



_título:

_Médicos-Sentinela **o que se fez em 2012**

_coleção

_Número 26

_edição:

_INSA, IP

_autores: **_Departamento de Epidemiologia**

Ana Paula Rodrigues, Susana Silva, Inês Batista, Baltazar Nunes,
Carlos Matias Dias

_local / data:

_Lisboa
_Janeiro 2014



Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge



Catálogo na publicação

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP

Médicos-Sentinela : o que se fez em 2012 / Ana Paula Rodrigues, Susana Silva, Inês Batista, Baltazar Nunes, Carlos Matias Dias. - Lisboa : Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge IP, 2014. - 56 p. : il. - (Número 26)

ISBN: 978-972-8643-86-7

© Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP 2014.

Título: Médicos-Sentinela : o que se fez em 2012

Autores: Ana Paula Rodrigues, Susana Silva, Inês Batista, Baltazar Nunes, Carlos Matias Dias
(Departamento de Epidemiologia)

Editor: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP)

Coleção: Relatórios científicos e técnicos

Coordenação editorial: Elvira Silvestre

Composição e paginação: Francisco Tellechea

ISBN: 978-972-8643-86-7

Lisboa, janeiro de 2014

Coordenador da Rede Médicos-Sentinela: Carlos Matias Dias

Reprodução autorizada desde que a fonte seja citada, exceto para fins comerciais.





Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge, IP

Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa
t: 217 519 200 @: info@insa.min-saude.pt

www.insa.pt



www.insa.pt



Relatórios

_título:

_Médicos-Sentinela **o que se fez em 2012**

_coleção

_Número 26

_edição:

_INSA, IP

_autores: **_Departamento de Epidemiologia**

Ana Paula Rodrigues, Susana Silva, Inês Batista, Baltazar Nunes,
Carlos Matias Dias

_local / data:

_Lisboa
_Janeiro 2014



Agradecimentos

Aos Médicos-Sentinela participantes na Rede em 2012:

Médicos participantes	Unidade de Saúde
Adão Nogueira	ACES Cávado I - Braga
Adriano Borges Monteiro	ACES Estuário do Tejo
Adriano de Oliveira Domingues	ACES Baixo Vouga
Aldora Saraiva Neves Firmo	ACES Baixo Mondego
Álvaro Luís Portela Simões	ACES Pinhal Interior Norte
Alzira Florinda Alves Gomes	ACES Espinho/Gaia
Alzira Oliveira Braga Biscaia	ACES Cávado III - Barcelos/Esposende
Amadeu António Pinto Duarte	ACES Douro II - Douro Sul
Ana Isabel Franco	ACES Cascais
Ana Maria Costa Fonseca Ferrão	ACES Cascais
Ana Maria da Conceição Ernesto	ACES Baixo Mondego
Ana Maria Ferreira	ULS Guarda
Ana Maria Isidro Monsanto Pereira	ACES Baixo Alentejo
Ana Maria Meira Macedo Sardinha	ULS Matosinhos
Ana Maria Rodrigues Barros	ACES Pinhal Litoral
Ana Maria Silva Azenha Pisco	ACES Oeste Norte
Ana Paula Jesus Moreira	ACES Espinho/Gaia
Ana Paula Pires Granadeiro	ACES Arco Ribeirinho
Anabela Clara Jesuíno	ACES Alentejo Litoral
Anne Paula Lemaire	ACES Alentejo Litoral
Anne Tancrede	ACES Algarve II - Algarve Barlavento
Antoni Jimenez Garcia	ACES Alentejo Litoral
António João Passão Lopes	ACES Alentejo Central
António José Novais Tavares	ACES Médio Tejo
Armando Brito Sá	ACES Lisboa Norte
Arminda Santos Moreira Pires	ULS Matosinhos



Médicos participantes	Unidade de Saúde
Arquímínio Simões Eliseu	ACES Alentejo Central
Artur Freitas	ACES Cávado I - Braga
Ausenda Zaida Belo Martins	ULS Nordeste Alentejano
Camila Manuela Dias Pinto	ACES Feira/Arouca
Camilo Monteiro Silva	ACES Feira/Arouca
Carlos Laginha	ACES Alentejo Litoral
Carlos Manuel Príncipe Ceia	ACES Lezíria
Cecília Garrido Teixeira	ACES Oeste Sul
Cesarina Augusta Santos Silva	ACES Grande Porto III - Maia e Valongo
Conceição Outeirinho	ACES Grande Porto V - Porto Ocidental
Cristina Maria Silva Chilro	ACES Tâmega II
Cristina Sousa Castela	ACES Douro II - Douro Sul
Cristina Sousa Pereira Pinto	ULS Matosinhos
Daniel Pinto	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras
Daniela de Almeida Moreira	ACES Dão Lafões
Diana Brigas	ACES Feira/Arouca
Edite Maria Caldas da Silva	ULS Matosinhos
Elisa Maria Bento da Guia	ACES Douro II - Douro Sul
Elsa Colaço Alcântara Melo	ACES Alentejo Central
Emília Maria Teixeira	ULS Matosinhos
Felicidade Maria Malheiro	ACES Grande Porto VI - Porto Oriental
Fernando Augusto Severino Silva	ACES Dão Lafões
Fernando Oliveira Rodrigues	ULS Nordeste Alentejano
Fernando Ferreira	ACES Grande Porto VII - Gaia
Fernando José Santos Almeida	ACES Espinho/Gaia
Fernando Manuel Mesquita Oliveira	ACES Feira/Arouca
Francisco Fachado Gonzalez	ACES Cávado I - Braga
Gonçalo Melo	ACES Lisboa Norte
Graça Pacheco Coito	ACES Alentejo Litoral
Helena Ferreira	ACES Cávado III - Barcelos/Esposende



Médicos participantes	Unidade de Saúde
Helena Frederico	ACES Alentejo Litoral
Helena Maria Ferreira de Oliveira	ACES Gerês/Cabreira
Isabel Pedroso Lima	ACES Alentejo Litoral
Isabel Serpa Branco	ACES Alentejo Central
Isabel Taveira Pinto	ULS Nordeste Alentejano
Isabela Chorão	ACES Cávado I - Braga
Jaime Brito da Torre	RA da Madeira
Jaime Correia de Sousa	ULS Matosinhos
Joana Maria Rafael Pinto Santos	ULS Matosinhos
Joana Neto de Carvalho	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras
João Adélio Trocado Moreira	ULS Nordeste Alentejano
João António Martin Silva Rego	ACES Alto Ave
João Horácio Soares Medeiros	ACES Douro I - Marão e Douro Norte
João Luís da Silva Pereira	ACES Loures-Odivelas
João Manuel Almeida Diniz	ACES Alto Ave
João Pedro Faria	ACES Cascais
João Ricardo Santos Brito	ACES Lisboa Central
João Vaz Ramires	ACES Cascais
Joaquim Baptista da Fonseca	ACES Douro I - Marão e Douro Norte
Joaquim Manuel Ramalho Fitas	ACES Alentejo Central
Jorge Alberto Lorga Ramos	ACES Alentejo Central
Jorge Manuel Pereira Cruz	ACES Alto Trás-os-Montes - Nordeste
Jorge Maria Silva Viana Sá	ACES Alentejo Central
José António Nunes de Sousa	ACES Feira/Arouca
José Armando Baptista Pereira	ACES Tâmega II - Vale do Sousa Sul
José Augusto Rodrigues Simões	ACES Baixo Mondego
José Francisco Borrega Abreu	ACES Alentejo Central
José Rui Caetano	ACES Cávado I - Braga
Leonor Ramalho	ACES Amadora
Lia Martins Ferreira Cardoso	ACES Dão Lafões



Médicos participantes	Unidade de Saúde
Licínio Laborinho Fialho	ACES Oeste Norte
Luciara Paiva	ACES Algarve II - Algarve Barlavento
Luís Silva	ULS Matosinhos
Madalena Reis Corbafo Araújo	CS Vila do Porto
Manuel Luciano Correia Silva	ULS Matosinhos
Manuel Veloso	ACES Algarve II - Algarve Barlavento
Margarida Conceição Reis Lima	ACES Cávado I - Braga
Margarida Mano Guimarães	ACES Dão Lafões
Margarida Mesquita	ACES Médio Tejo
Maria Alzira Reis Pereira	ACES Lezíria
Maria Celestina Ventura	ACES Alentejo Litoral
Maria Cristina de Mira Galvão	ACES Baixo Alentejo
Maria da Conceição Fraga Costa	ACES Douro I - Marão e Douro Norte
Maria da Conceição Sousa Balsinha	ACES Cascais
Maria da Luz Loureiro Amorim	ACES Cávado III - Barcelos e Esposende
Maria de Fátima Gomes Domingos	ACES Oeste Sul
Maria Elvira Pinto Costa Silva	ACES Espinho/Gaia
Maria Fátima Simões da Cruz	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras
Maria Fernanda Martins Amaral Gama	ACES Beira Interior Sul
Maria Filomena Mina Henriques	CS Santo da Terra
Maria Gabriela Salle Sousa Brito	ACES Douro II - Douro Sul
Maria Gracinda Pereira Rodrigues	ULS Nordeste Alentejano
Maria Helena Sá Pereira Fernandes	ULS Matosinhos
Maria Helena Sequeira	ACES Pinhal Interior Norte
Maria José Salgueiro Carmo	ACES Algarve III - Algarve Sotavento
Maria José Tovar	ACES Baixo Vouga
Maria Lourdes Fernandes	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras
Maria Luísa Mota Almeida	ACES Grande Porto V - Porto Ocidental
Maria Luísa Rodrigues Romeiro	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras
Maria Madalena Primo Cabral	ACES Baixo Mondego



Médicos participantes	Unidade de Saúde
Maria Manuel Ruela Silva Cunha	ACES Baixo Vouga
Maria Manuela Moreira Sucena Mira	ACES Baixo Vouga
Maria Odete Semedo Oliveira	ACES Baixo Mondego
Maria Otilia Graça Vidal	ACES Baixo Vouga
Maria Prazeres Rodrigues Silva	ULS Matosinhos
Maria Raquel Fraga Castro	ULS Matosinhos
Maria Rosário Martins	ACES Alentejo Central
Maria Teresa Castro Laranjeiro	ACES Alentejo Central
Maria Teresa Ministro Esteves	ACES Dão Lafões
Maria Teresa Simões Brandão	ACES Lisboa Central
Maria Teresa Vieira Libório	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras
Maria Vitória Altas Amaral	ACES Alentejo Central
Marília Vasconcelos Jardim Fernandes	CS São Roque
Mário Alexandre Pereira Santos	ACES Cascais
Mário Fernando Luz Silva	ACES Lezíria
Marisa Fátima Lemos Carvalho	ACES Feira/Arouca
Marta Oliveira Cardoso	ACES Sintra
Miguel Alberto Cruz Melo	ACES Cávado I - Braga
Nuno Pina	ACES Pinhal Interior Norte
Olga Ferreira Capela	ACES Feira/Arouca
Olga Maria Correia Xavier Rocha	ACES Cascais
Pascale Charondiére	ACES Cascais
Paulo Guilherme Lopes Ascensão	ULS do Baixo Alentejo
Paulo José Mendes Goucha Jorge	ACES Lisboa Norte
Paulo Santos	ACES Grande Porto V - Porto Ocidental
Rogério Aurélio Neves Costa	ACES Alentejo Central
Rosa Maria Antunes Quaresma	ULS Nordeste Alentejano
Rui Afonso Cernadas	ULS Matosinhos
Rui César Campos Castro	ACES Lezíria
Rui Manuel Taborda Gonçalves	ULS Guarda



Médicos participantes	Unidade de Saúde
Rui Nogueira	ACES Baixo Mondego
Rui Pereira Alves Brás	ULS Nordeste Alentejano
Rui Tiago Aguiar Cardoso	ACES Grande Porto V - Porto Ocidental
Sara Marques	ACES Pinhal Interior Norte
Sérgio António Sousa Vieira	ACES Espinho/Gaia
Sílvia Henriques	ULS Matosinhos
Suzie Ferreira da Silva Leandro	ACES Feira/Arouca
Teresa Alexandra Lima Ponte	CS São Roque do Pico
Tiago Santos Freitas Carneiro	ACES Cascais
Valério Ireneu Santos Rodrigues	ACES Algarve I - Algarve Central
Valério Manuel Neto Capaz	ACES Lezíria
Vanda Marina Melo Pires Monteiro	ACES Ave - Famalicão
Vera Gaspar da Costa	ACES Sintra
Vítor Manuel Borges Ramos	ACES Cascais
Zaida Alves	ACES Alentejo Litoral

ACES: Agrupamento de Centros de Saúde **CS:** Centro de Saúde **ULS:** Agrupamento de Centros de Saúde

Agradece-se, ainda às Administrações Regionais de Saúde, à Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e à Equipa do Departamento de Epidemiologia pela revisão crítica do relatório.



_sumário

1. Introdução	10
2. Material e métodos	12
2.1 Médicos-Sentinela em 2012	13
2.2 População sob observação	13
2.3 População máxima sob observação	13
2.4 População sob observação efetiva	14
2.5 Atualização da composição das listas	15
2.6 Doenças e situações em estudo	16
3. Limitações metodológicas	17
3.1 Representatividade da população sob observação	18
3.2 Limitações específicas dos numeradores	18
3.3 Subnotificação de casos	18
3.4 Sobrenotificação de casos	19
3.5 Limitações específicas dos denominadores	19
4. Resultados	20
4.1 Síndrome gripal	21
4.2 Diabetes mellitus	24
4.3 Acidente vascular cerebral	25
4.4 Enfarte agudo do miocárdio	27
4.5 Hipertensão arterial	28
4.6 Insónia	29
4.7 Gravidez	32
4.8 Consulta relacionada com depressão	34
5. Participação em projetos nacionais e internacionais	39
5.1 Sistema de vigilância integrada clínica e laboratorial da gripe	40
5.2 I-move “influenza monitoring vaccine effectiveness in europe”	40
6. Estudos-satélite realizados	42
7. Publicações	48
Anexo	55

1

Introdução



A Rede Médicos-Sentinela (MS) é um Sistema de Observação em Saúde constituído por médicos de Medicina Geral e Familiar cuja atividade profissional é desenvolvida em Unidades de Saúde Familiar (USF) ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Tem como principais objetivos:

1. Estimar taxas de incidência de algumas doenças ou eventos com importância para a saúde pública, contribuindo para a sua vigilância epidemiológica.
2. Identificar precocemente surtos de doenças que ocorram na comunidade.
3. Contribuir para a investigação epidemiológica e investigação dos serviços de saúde através da criação de uma base de dados nacional.

A participação dos Médicos de Família na Rede MS é voluntária e concretiza-se através da:

1. Notificação semanal contínua dos novos casos de doença ocorridos nos utentes inscritos nas listas dos médicos participantes;
2. Apresentação de propostas, realização de estudos-satélite e participação em estudos de âmbito nacional ou internacional.

A Rede Médicos-Sentinela foi criada em 1989, desde então foram alvo de notificação 50 eventos distintos, alguns das quais se mantêm em observação de modo sistemático como é o caso da Gripe, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Enfarte Agudo do Miocárdio. No ano de 2012 esti-

veram em notificação as seguintes situações: Síndrome Gripal, Diabetes Mellitus, Acidente Vascular Cerebral, Enfarte Agudo do Miocárdio, Hipertensão Arterial, Consulta relacionada com Depressão, Gravidez e Insónia.

Um dos desafios que atualmente se coloca a esta Rede é o aumento da sua representatividade e a participação de novos MS.

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

2

Material e métodos

2.1 Médicos-Sentinela em 2012

Em 2012 estiveram inscritos nos MS 161 médicos, dos quais dois da Região Autónoma da Madeira e dois da Região Autónoma dos Açores.

No Quadro 1 descreve-se a distribuição geográfica dos médicos participantes em 2012.

Quadro 1 – Número de Médicos-Sentinela, por NUT II, em dezembro de 2012.

NUT II	31.12.12
Norte	60
Centro	24
Lisboa e Vale do Tejo	40
Alentejo	28
Algarve	5
R. A. Açores	2
R. A. Madeira	2

R.A. Região autónoma

2.2 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 efetiva* (PSOE).

Quadro 2 – População máxima sob observação por sexo e grupo etário em 31.12.12 na Rede Médicos-Sentinela.

Grupo etário (anos)	Homens	Mulheres	H+M
0-4	6.842	6.600	13.442
5-9	7.234	6.756	13.990
10-14	7.078	6.848	13.926
15-24	14.897	14.885	29.782
25-34	19.982	20.942	40.924
35-44	19.918	20.977	40.895
45-54	17.719	19.150	36.869
55-64	14.477	16.229	30.706
65-74	11.558	14.335	25.893
≥75	9.411	14.712	24.123
Total	129.116	141.434	270.550

2.3 População máxima sob observação

A PMSO obtém-se através do somatório de todos os utentes inscritos nas listas dos médicos participantes na Rede Médicos-Sentinela.

A PMSO pode ser calculada para a totalidade da Rede ou para uma área geográfica específica.

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 m

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

No final do ano de 2012, a PMSO atingiu **270.550** indivíduos, correspondendo a 2,6 % da população residente, para Portugal em 2012 (INE: Estimativas Provisórias de População Residente: 10.487.289).

No Quadro 2 descreve-se a distribuição da PMSO por sexo e grupo etário.

A PMSO é fundamentalmente usada para o cálculo de prevalências.

2.4 População sob observação efetiva

A **PSOE** de cada período de tempo varia com o número de médicos que estão em atividade nesse período e é sempre inferior à **PMSO**. A **PSOE** pode ser calculada por semanas ou por ano.

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

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

Fórmula 2

$$PSOE_t = \sum_{m=1}^M N_m I_{tm}$$

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 ativo na semana t e 0 caso contrário.

A população sob observação usada como denominador no cálculo das taxas de incidência anuais é a média das **PSOE** nas 52 semanas do ano, ou seja:

Fórmula 3

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

A $PSOE_{ano}$ referente ao ano de 2012, utilizada no cálculo das taxas de incidência anuais, consta do Quadro 3. Neste quadro é ainda apresentada a estrutura etária e distribuição por sexo da população inscrita nas listas dos médicos participantes.

Quadro 3 – População sob observação efetiva, por sexo e idade, em 2012 na Rede Médicos-Sentinelas.

Grupo etário (anos)	Homens	Mulheres	H+M
0-4	706	675	1.381
5-9	795	749	1.544
10-14	820	766	1.586
15-24	1.646	1.610	3.256
25-34	2.121	2.198	4.319
35-44	2.261	2.380	4.641
45-54	1.920	2.026	3.946
55-64	1.512	1.742	3.254
65-74	1.132	1.452	2.584
≥75	911	1.524	2.435
Total	13.824	15.122	28.946



2.5 Atualização da composição das listas

Uma vez que a composição das listas de utentes sofre alterações frequentes ao longo do ano, é necessário proceder à sua atualização no final de cada ano (31 de dezembro) para permitir o cálculo mais preciso da **PSOE** e da **PMSO**.

Para além da atualização das listas de utentes a 31 de dezembro de cada ano, é ainda necessário estimar a composição da lista de utentes a 30 de junho de cada ano.

Em condições ideais, essa estimativa seria obtida através da média aritmética do número de utentes inscritos em 31 de dezembro do ano e do ano anterior.

Por exemplo, para o ano de 2012 e para cada médico, a estimativa da composição da respetiva lista, em 30 de junho seria dada por:

Fórmula 4

$$N^{m\ 30.06.12} = \frac{N_{31.12.11} + N_{31.12.12}}{2}$$

Em que:

$N^{m\ 30.06.12}$ é a estimativa do número de indivíduos inscritos num médico, a meio do ano.

$N^{31.12.11}$ é o número de indivíduos inscritos em 31.12.11.

$N^{31.12.12}$ é o número de indivíduos inscritos em 31.12.12.

No entanto, a atualização da lista de alguns médicos é feita, com atraso. Por isso, a estimativa da composição para o meio do ano não pode ser obtida pela média *simples* calculada pela fórmula 4, mas por uma média *ponderada* entre a última composição conhecida (N_{inic}) e a atualização (N_{final}).

No seu cálculo, os valores destas duas listas são afetados por um fator inversamente proporcional ao tempo que separa o dia 30 de junho 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 2011 e procedeu à sua atualização em março de 2013.

Consideremos o período de tempo compreendido entre aqueles dois meses:

	2011												2012												2013	
Meses	2				6								1				6						1	3		
	2				6					12	13					18						25	27			
	I																C							F		

Sejam:

- C** data de referência (30.06.12)
- I** mês a que a composição inicial da lista se refere
- F** mês a que a atualização da lista se refere



A estimativa da composição da lista em 30.06.12 será obtida pela média ponderada entre o valor da lista em **I** e o novo valor em **F**.

O fator de ponderação que afeta 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 fator de ponderação utilizado.

Os fatores de ponderação (*F*) serão calculados por:

no exemplo atrás citado:

$$\text{para I} \Rightarrow F_I = (F-C)/(F-I)$$

$$F_I = (27-18)/(27-2)=9/25$$

$$\text{para F} \Rightarrow F_F = (C-I)/(F-I)$$

$$F_F = (18-2)/(27-2)=16/25$$

A estimativa da composição da lista em 30.06.12, para um dado médico, será:

Fórmula 5

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

2.6 Doenças e situações em estudo

Durante o ano de 2012 foram alvo de notificação 8 eventos distintos, apresentados no quadro 4.

Quadro 4 – Doenças ou situações em estudo, no ano de 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

Síndrome Gripal
Diabetes
Acidente Vascular Cerebral
Enfarte Agudo do Miocárdio
Hipertensão Arterial
Insónia
Gravidez
Consulta relacionada com Depressão

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

3

Limitações metodológicas



As características da Rede Médicos-Sentinela, em particular, a participação voluntária; a notificação ao nível dos cuidados de saúde primários e o facto de a Rede MS abranger apenas os utilizadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS) são responsáveis por algumas limitações que é necessário ter em conta na análise dos resultados obtidos.

3.1 Representatividade da população sob observação

A participação voluntária dos médicos que integram os MS pretende contribuir para uma melhor adesão e maior qualidade dos dados colhidos. No entanto, ao constituir-se como uma amostra de conveniência do total de médicos de família, esta poderá não ser representativa dessa população e consequentemente, a população sob observação não será representativa da população portuguesa.

Ao mesmo tempo, o facto dos médicos que integram os MS pertencerem ao SNS não permite avaliar o que acontece em determinados grupos populacionais que utilizem outros sistemas de saúde. Este ponto será um viés de seleção importante, em particular, se os dois grupos de utentes possuírem diferentes características que possam condicionar diferentes frequências das doenças (e seus fatores de risco) em notificação.

3.2 Limitações específicas dos numeradores (casos)

A identificação dos casos é influenciada pela precisão do diagnóstico que varia de acordo com a sensibilidade e especificidade dos métodos de diagnóstico.

Nos casos em que o diagnóstico é clínico, a precisão do diagnóstico é influenciada pelos critérios clínicos adotados, cuja uniformidade é impossível

de garantir na Rede, sendo no entanto recomendados, sempre que possível, os algoritmos de diagnóstico preconizados nas Normas Clínicas da Direção-Geral de Saúde.

3.3 Subnotificação de casos

Alguns dos casos ocorridos em utentes de MS podem não ser identificados pelo médico conduzindo a uma subnotificação desses eventos.

As causas destas subnotificações podem ser de diversa ordem e têm diferentes suscetibilidades de correção na fase de análise.

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. Por exemplo, a procura de cuidados por indivíduos com diarreia aguda pode diminuir, apenas, por saturação das consultas com casos de gripe.

Períodos de inatividade do médico

Embora o MS possa notificar casos que não diagnosticou mas dos quais teve conhecimento *à posteriori*, a probabilidade de identificação de casos que ocorreram durante os seus períodos de inatividade (férias, formação, doença, etc) é menor quando comparada com períodos de normal atividade.



Esta limitação pode ser parcialmente corrigida através de ajustamentos nos denominadores, na fase de análise dos dados, desde que o MS informe dos seus períodos de ausência.

3.4 Sobrenotificação de casos

Embora a sobrenotificação de casos tenha menor importância que a situação inversa, são de assinalar as seguintes três situações em que pode acontecer sobrenotificação:

Um médico notifica o mesmo caso mais do que uma vez

Estas situações são habitualmente corrigidas no processo de validação dos dados através da identificação de casos com variáveis iguais.

O mesmo caso é notificado por dois MS

É uma eventualidade que pode ocorrer, se o mesmo utente estiver simultaneamente inscrito nas listas de dois MS e o evento em notificação for identificado (e notificado) por ambos. Embora se supunha que esta situação seja muito rara, não pode ser identificada, nem corrigida, durante o processamento dos dados.

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

Este erro não é identificável no processamento dos dados pelo que não pode ser estimada a sua frequência.

3.5 Limitações específicas dos denominadores (população sob observação)

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

- falhas de registo administrativo (mudanças de residência, falecimentos e outras alterações podem não ser adequadamente registadas).
- atrasos na atualização anual das listas de utentes dos MS.

Por outro lado, uma proporção dos utentes inscritos na lista de cada médico não o procura quando necessita de cuidados. Estes utentes não estão, de facto, sob observação, no entanto, não são retirados do denominador.

Por estas razões, a população sob observação deverá estar sobrestimada e consequentemente, as taxas de incidência subestimadas.

4

Resultados



Neste relatório, foram analisados os dados obtidos pela notificação contínua de cada uma das doenças e situações em estudo em 2012, tendo sido calculadas as taxas de incidência anuais, por sexo e grupo etário. Excetua-se 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 grupos etários específicos.

Não se calcularam taxas dos eventos cuja frequência absoluta nas classes das variáveis de desagregação foi de 5 ou menos casos.

Apesar das limitações atrás referidas, julgamos que muitas das estimativas de incidência constantes deste relatório poderão contribuir para o conhecimento da epidemiologia das doenças a que dizem respeito, uma vez que para algumas situações serão mesmo as únicas estimativas de incidência, de base populacional que se publicam em Portugal.

4.1 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: 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. **Para cálculo das taxas de incidência consideram-se apenas os casos de Síndrome Gripal que apresentem seis ou mais destes itens.**

► **Caso de Gripe** – Todo o caso notificado no qual tenha sido detetado vírus influenza em exsudado nasofaríngeo por cultura viral e/ou RT-nested PCR em multiplex. A cultura viral é realizada através da inoculação do produto biológico na linha celular (Mardin Darby Canine Kidney cells – MDCK cells) sendo expectável o crescimento e isolamento da

estirpe viral ao fim de 7-10 dias. A deteção rápida do vírus da gripe é realizada por metodologias de biologia molecular, através da amplificação de zonas do genoma viral, que permitem a identificação do tipo e subtipo dos vírus influenza A e B.

► **Época de Gripe** – Definida como o período de tempo de aproximadamente 33 semanas que decorre entre o início de outubro de um determinado ano (40ª semana) e meados de maio do ano seguinte (20ª semana).

Linha de base e respetivo limite superior do intervalo de confiança a 95% – Designada também por **área de atividade basal**, é definida pela linha de base e respetivo limite superior do intervalo de confiança a 95%, obtida por suavização da distribuição das médias semanais (semana 40 à 13) das taxas de incidência inferiores a 50 casos por 100 000 habitantes. Este valor limite ($50/10^5$) foi estabelecido, à data pela relação entre a frequência da distribuição semanal das taxas de incidência durante 7 épocas de atividade gripal e

a análise da média do número de vírus detetados no mesmo intervalo de tempo. Permite: (1) a comparação entre os respetivos valores nas várias semanas, facilitando a interpretação dos resultados (Figura 1); (2) definir períodos epidémicos; (3) comparar as epidemias anuais em função da sua intensidade e duração; (4) determinar o impacto dessas epidemias na comunidade.

Adotado este parâmetro de referência para a atividade gripal, definiu-se, então, um critério classificativo da mesma que adiante se descreve.

► **Atividade 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 atividade basal, e pelo número de vírus circulantes detetados.

Assim, para classificar a atividade gripal adotam-se:

Indicadores ou níveis de dispersão geográfica da Gripe

Ausência de atividade gripal – Pode haver notificação de casos de Síndrome Gripal mas a taxa de incidência permanece abaixo, ou na área de atividade basal, não havendo a confirmação laboratorial da presença do vírus influenza;

Atividade gripal esporádica – Casos isolados, confirmados laboratorialmente, de infeção por vírus influenza, associados a uma taxa de incidência que permanece abaixo ou na área de atividade basal;

Surtos locais – Casos agregados, no espaço e no tempo, de infeção por vírus influenza confirmados

laboratorialmente. Atividade gripal localizada em áreas delimitadas e/ou instituições (escolas, lares, etc), permanecendo a taxa de incidência abaixo ou na área de atividade basal;

Atividade gripal epidémica – Taxa de incidência acima da área de atividade basal, associada a uma confirmação laboratorial da presença de vírus influenza;

Atividade gripal epidémica disseminada – Taxa de incidência, por mais de duas semanas consecutivas, acima da área de atividade basal e com uma tendência crescente, associada à confirmação da presença de vírus influenza.

As limitações que existem em termos de interpretação da distribuição geográfica da ocorrência de casos de doença na população em observação, inerentes às características geográficas da Rede, impõem toda a cautela na aplicação dos conceitos de distribuição geográfica.

Indicadores ou níveis de intensidade da atividade gripal

Atividade gripal baixa – Definida por valores de taxa de incidência situados abaixo ou na área de atividade basal;

Atividade 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 provisória de Síndrome Gripal da ordem dos $120/10^5$ utentes ($\leq 120/10^5$);

Atividade gripal alta – Definida por valores de taxa de incidência provisória de Síndrome Gripal acima $120/10^5$ utentes;



Época de Gripe 2012-2013

Os resultados apresentados no Quadro 5 e na Figura 1 referem-se às estimativas das taxas de incidência brutas semanais de síndrome gripal desde 1 de outubro de 2012 até 19 de maio de 2013.

Na época de 2012-2013, os valores das taxas de incidência semanais mantiveram-se acima da área

atividade basal entre as semanas 4/2013 e 11/2013 (Figura 1), verificando-se uma ligeira descida da taxa de incidência para a área de atividade basal nas semanas 6 e 7 de 2013. O valor máximo da taxa de incidência foi de $69,6/10^5$, correspondendo, assim, a uma atividade gripal moderada.

Quadro 5 – Estimativas das taxas de incidência brutas semanais ($/10^5$) de Síndrome Gripal, em 2012-2013.

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
2012			2013			2013		
40	0	–	01	4	16,3	14	7	31,3
41	3	11,9	02	15	38,7	15	7	26,8
42	4	15,4	03	18	44,1	16	1	3,2
43	2	7,1	04	28	63,5	17	1	4,9
44	3	14,9	05	25	51,2	18	0	–
45	6	23,8	06	21	39,7	19	1	4,4
46	6	23,1	07	21	42,7	20	0	–
47	3	7,7	08	30	58,4			
48	4	15,2	09	34	64,4			
49	3	8,5	10	41	69,6			
50	1	3,4	11	28	59,7			
51	4	16,1	12	14	37,7			
52	0	–	13	0	–			

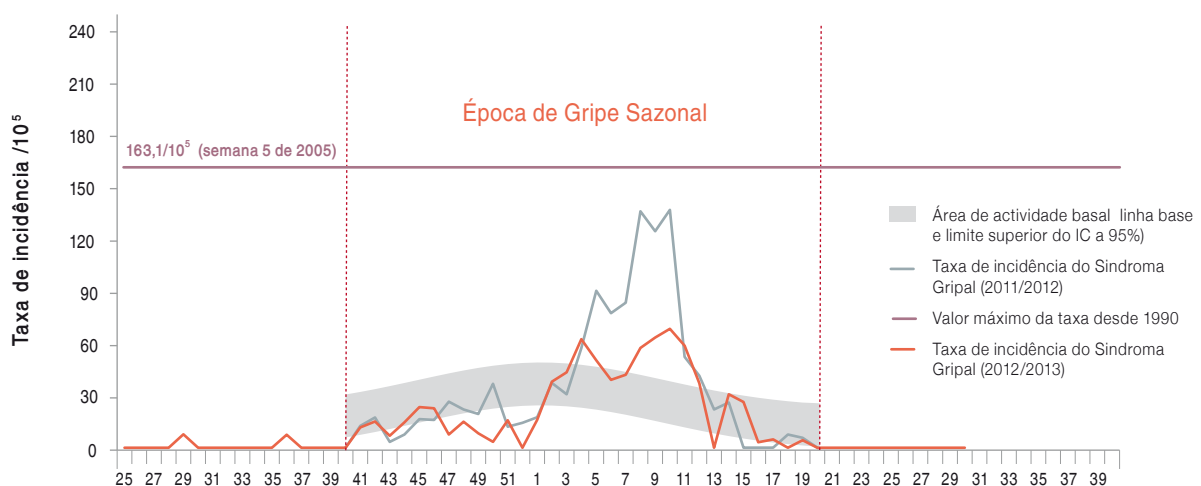


Figura 1 – Taxas de incidência ($/10^5$) brutas, semanais definitivas, de síndrome gripal na época gripal de 2012-2013.

Fonte: Relatório da Época 2012/13 do Programa Nacional de Vigilância da Gripe



Relativamente ao contributo para o Sistema de Vigilância Integrada, Clínica e Laboratorial, da Gripe, da semana 40 de 2012 à semana 20 de 2013, foram enviadas pelos Médicos-Sentinela, para o Laboratório Nacional de Referência para o Vírus da Gripe, 100 exsudados nasofaríngeos, que foram analisados independentemente do número de sintomas que caracterizava o caso, contribuindo para confirmar 39 casos de gripe.

4.2 Diabetes Mellitus

Durante o ano de 2012 foram notificados 145 novos casos de Diabetes Mellitus, sendo 76 do sexo masculino (52,4 %) e 69 do sexo feminino (47,6 %).

Na população utente de 35 e mais anos obteve-se uma taxa de incidência de $836,3/10^5$ (Quadro 6).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma taxa de incidência de $500,9/10^5$.

Em ambos os sexos, a incidência da doença atingiu o valor máximo no grupo etário dos 55-64 anos, respetivamente $1.851,9/10^5$ no sexo masculino e $1.205,5/10^5$ no sexo feminino (Quadro 6 e Figura 2).

Foi registado um caso do sexo masculino com menos de 24 anos que implicou internamento hospitalar.

Na totalidade, foram registados 8 casos com internamento hospitalar, 6 no sexo masculino e 2 no feminino.

Quadro 6 – Estimativa das taxas de incidência anuais ($/10^5$ utentes) de diabetes mellitus, por sexo e grupo etário, em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

Grupo etário (anos)	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-14	*	-	*	-	*	-
15-24	1	**	*	-	1	**
25-34	3	**	*	-	3	**
35-44	9	398,1	4	168,1	13	280,1
45-54	12	625,0	15	740,4	27	684,2
55-64	28	1.851,9	21	1.205,5	49	1.505,8
65-74	17	1.501,8	15	1.033,1	32	1.238,4
75 e +	6	658,6	14	918,6	20	821,4
Total	76	549,8	69	456,3	145	500,9
≥35	72	930,7	69	756,2	141	836,3

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

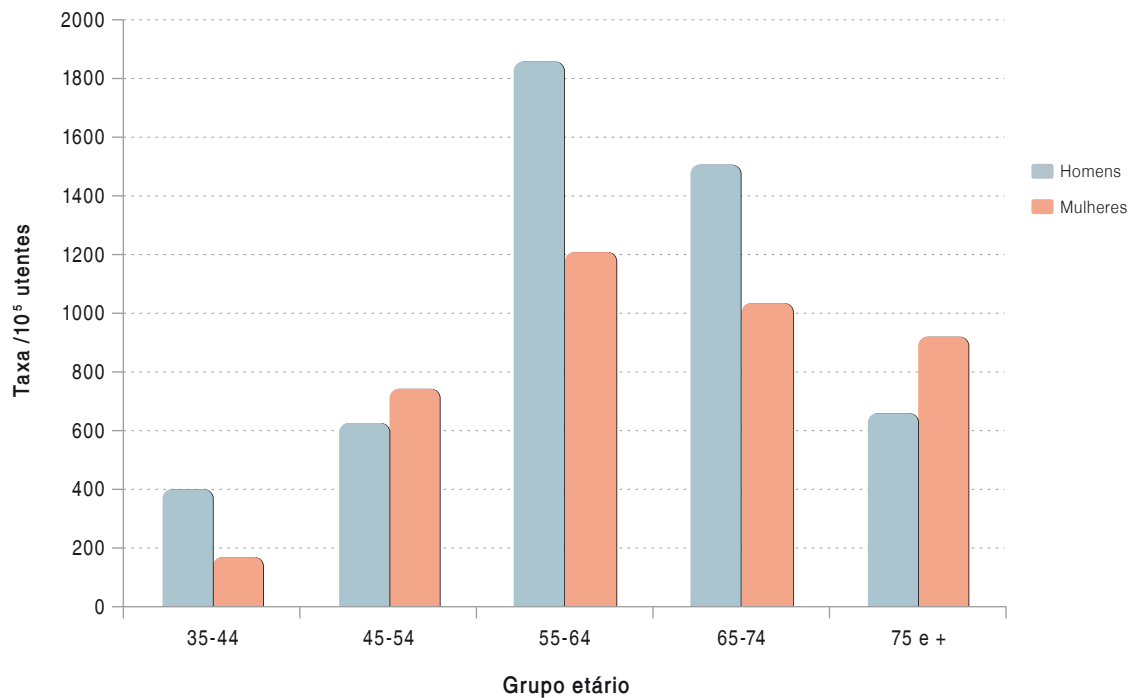


Figura 2 – Taxas de incidência anuais de diabetes mellitus, por sexo e grupo etário, em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

4.3 Acidente Vascular Cerebral

Durante o ano de 2012 foram notificados 60 novos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC), tendo ocorrido 22 (36,7 %) no sexo masculino e 38 (63,3%) no feminino. Foi notificada uma ocorrência no grupo etário dos 25-34 anos de idade, correspondente a uma mulher de 27 anos de idade.

Na população utente de **55 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 676,9/10⁵** deste grupo etário (Quadro 7).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 207,3/10⁵** (Quadro 7).

Em ambos os sexos a taxa de incidência de AVC atingiu o seu valor máximo no grupo etário dos 75 e mais anos, respetivamente com **658,6/10⁵ no sexo masculino** e **1.574,8/10⁵ no feminino** (Quadro 7 e Figura 3).

Dos casos reportados, foram registados 4 óbitos, 2 homens e 2 mulheres. O caso letal mais novo registado correspondeu a um indivíduo do sexo masculino de 44 anos de idade.

Foram registados 42 casos com internamento hospitalar.



Quadro 7 – Estimativa das taxas de incidência anuais ($/10^5$) de AVC, por sexo e grupo etário, em 2012 na Rede Médicos-Sentinelas.

Grupo etário (anos)	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-24	*	-	*	-	*	-
25-34	*	-	1	**	1	**
35-44	1	**	*	-	1	**
45-54	2	**	*	-	2	**
55-64	7	463,0	4	**	11	338,0
65-74	6	530,0	9	619,8	15	580,5
≥75	6	658,6	24	1.574,8	30	1.232,0
Total	22	159,1	38	251,3	60	207,3
≥ 55	19	534,5	37	784,2	56	676,9

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

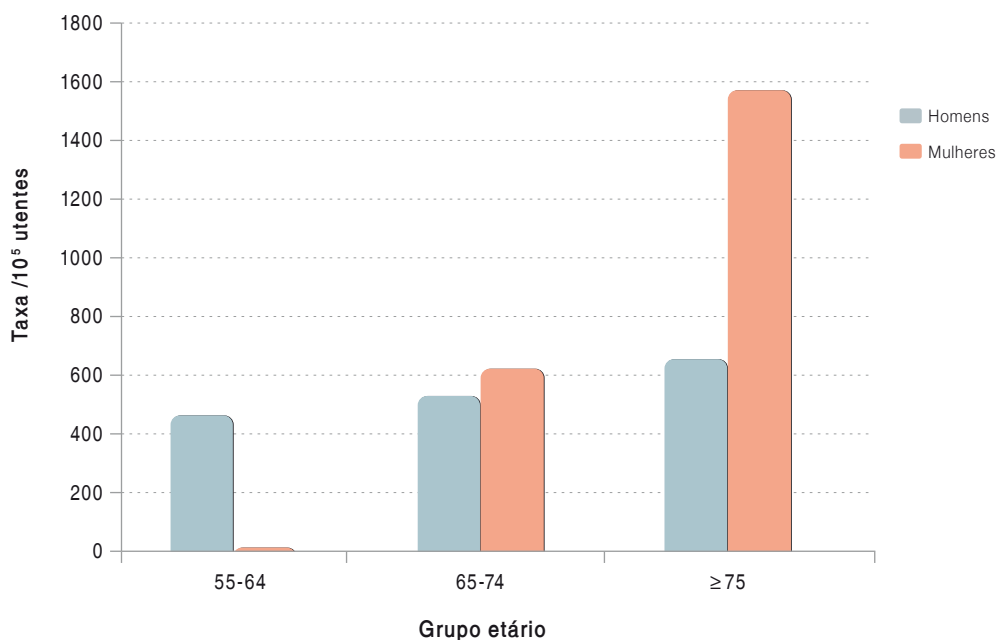


Figura 3 – Taxas de incidência anuais de acidente vascular cerebral, por sexo e grupo etário, em 2012 na Rede Médicos-Sentinelas.



4.5 Hipertensão Arterial

Durante o ano de 2012 foram notificados 184 casos de hipertensão arterial, tendo ocorrido 96 (52,2%) no sexo masculino e 88 (47,8%) no feminino.

Na população com idade superior aos **25 anos de idade** obteve-se uma **taxa de incidência de 821,6/10⁵** (Quadro 9).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 635,7/10⁵** (Quadro 9).

Em ambos os sexos os valores mais elevados da taxa registaram-se no grupo etário 45-54 anos, nomeadamente, **1.718,8/10⁵ para o sexo masculino** e **1.530,1/10⁵ para o sexo feminino** (Quadro 9 e Figura 6).

Observou-se 1 caso num indivíduo com idade abaixo dos 25 anos de idade.

Registou-se um internamento, num indivíduo do sexo feminino, com 32 anos de idade.

Houve registo de três óbitos, todos no sexo masculino, sem internamentos registados.

Quadro 9 – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de hipertensão arterial, por sexo e grupo etário, em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

Grupo etário (anos)	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-14	*	-	*	-	*	-
15-24	1	**	*	-	1	**
25-34	3	**	6	273,0	9	208,4
35-44	23	1.017,2	11	462,2	34	732,6
45-54	33	1.718,8	31	1.530,1	64	1.621,9
55-64	18	1.190,5	20	1.148,1	38	1.167,8
65-74	12	1.060,1	11	757,6	23	890,1
75 e +	6	658,6	9	590,6	15	616,0
Total	96	694,4	88	581,9	184	635,7
≥25	92	933,3	82	724,3	174	821,6

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

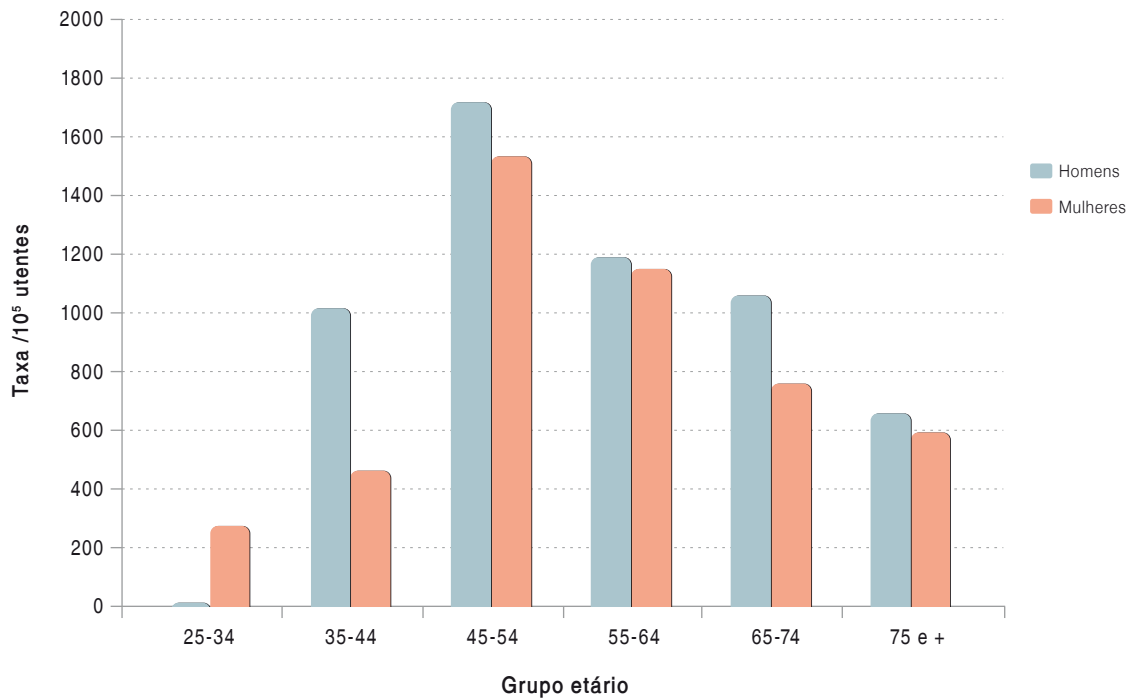


Figura 5 – Estimativas das taxas de incidência anuais de hipertensão arterial por sexo e grupo etário, em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

4.6 Insónia

Durante o ano de 2012 foram notificadas 221 consultas relacionadas com a insónia, das quais 167 (75,6%) corresponderam a procura feita por mulheres e 54 (24,4%) por homens, traduzindo um predomínio de consultas no sexo feminino logo a partir dos 15 anos. Foram registados 2 casos com internamento hospitalar.

Estimou-se um **número anual de consultas relacionado com a insónia de 763,5/10⁵** (Quadro 10 e Figura 6).

Tratando-se de uma situação que afeta predominantemente as mulheres, constatou-se que na população feminina com **≥ 25 anos de idade a estimativa foi de 1.404,3 consultas por 100.000 utentes** (Quadro 10).

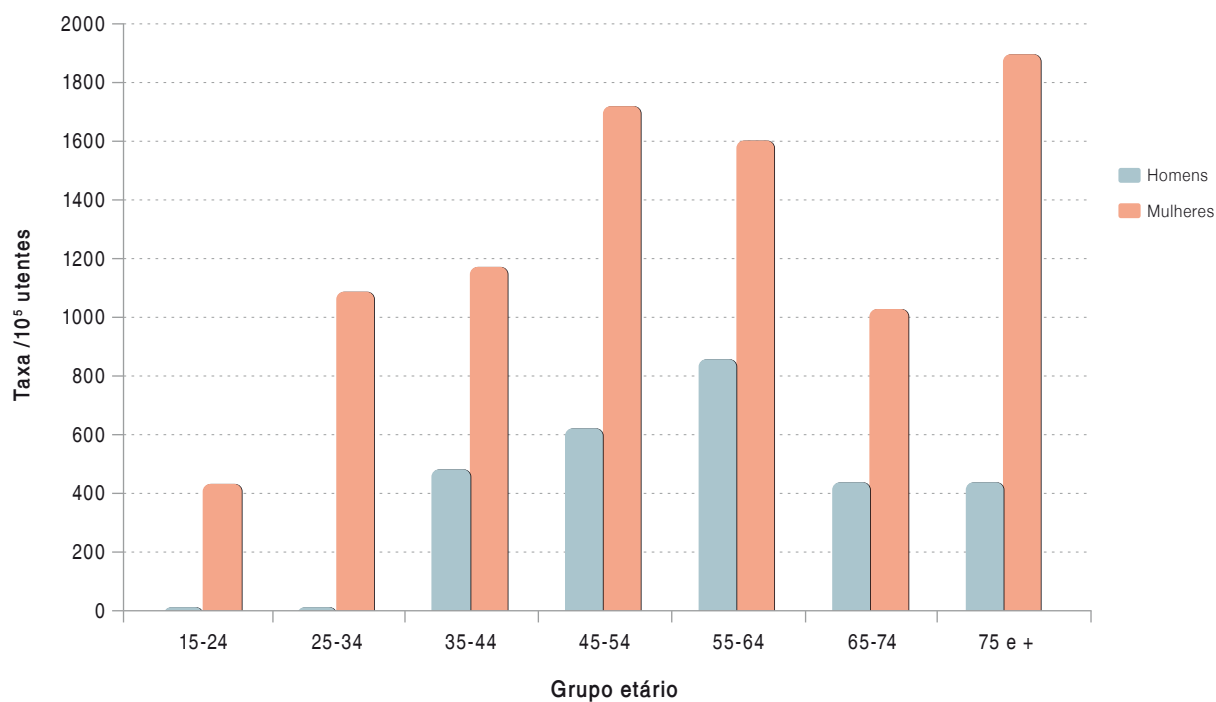


Figura 6 – Estimativa do número de consultas relacionadas com insónia (/10⁵), por sexo e grupo etário na Rede Médicos Sentinela.

Quadro 10 – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de insónia, por sexo e grupo etário, em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

Grupo etário (anos)	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
00-09	*	-	*	-	*	**
10-14	2	**	1	**	3	**
15-24	3	**	7	434,8	10	307,1
25-34	4	**	24	1.091,9	28	648,3
35-44	11	486,5	28	1.176,5	39	840,3
45-54	12	625,0	35	1.727,5	47	1.191,1
55-64	13	859,8	28	1.607,3	41	1.260,0
65-74	5	441,7	15	1.033,1	20	774,0
75 e +	4	439,1	29	1.902,9	33	1.355,2
Total	54	390,6	167	1.104,4	221	763,5
≥ 25	49	497,1	159	1.404,3	208	982,1

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas



Das consultas reportadas, apenas 139 indicaram ser conhecida a causa da insónia. De entre as causas apontadas, a depressão e a ansiedade foram as mais referidas (Quadro 11).

Houve registo de prescrição medicamentosa em 201 consultas, constando-se que em 92,0 % foi

usado um esquema de monoterapia (Quadro 12). Os antidepressivos foram os fármacos mais prescritos (37,8%), seguidos das benzodiazepinas (30,4%) e das ciclopirononas (15,7%) (Quadro 13).

Quadro 11 – Distribuição das causas de insónia, em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

Causa	N	%
Ansiedade/depressão	67	48,2
Problemas no emprego/desemprego	16	11,5
Doença do próprio	15	10,8
Problemas familiares	11	7,9
Doença de familiar	10	7,2
Morte de familiar	6	4,3
Problemas económicos	6	4,3
Outros	8	5,8
Total	139	100,0

Quadro 12 – Esquema terapêutico medicamentoso utilizado nas consultas relacionadas com a insónia, em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

Esquema terapêutico	Nº de consultas (n=201)	%
Monoterapia	185	92,0%
Associação de 2 medicamentos	16	8,0%



Quadro 13 – Proporção de prescrições relacionadas com insónia, por tipo de medicamentos (classificação ATC), em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

Medicamentos (ATC)	Nº Prescrições*	% (n=217)
<i>Antipsicóticos (N05A)</i>		
Outros antipsicóticos (N05A X)	3	1,4
<i>Ansiolíticos (N05B)</i>		
Derivados da benzodiazepina (N05B A)	66	30,4
Derivados do difenilmetano (N05B B)	1	0,5
Derivados da azaspirodecanodiona (N05B E)	2	0,9
<i>Hipnóticos e sedativos (N05C)</i>		
Derivados das benzodiazepinas (N05C D)	21	9,7
Ciclopírrononas (N05C F)	34	15,7
Agonistas do recetor da melatonina (N05C H)	4	1,8
Outros hipnóticos e sedativos (N05C M)	4	1,8
<i>Antidepressivos (N06A)</i>		
Derivados tricíclicos (N06A A)	4	1,8
Derivados bicíclicos (N06A B)	3	1,4
Inibidores das monoamina oxidases tipo A (N06A G)	0	0,0
Outros antidepressivos (N06A X)	75	34,6
<i>Psicolépticos associados a psicoanalépticos (N06C)</i>		
Antidepressivos associados a psicolépticos (N06C A)	0	0,0

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

ATC: anatomical therapeutic chemical code

4.7 Gravidez

Durante o ano de 2012 foram notificadas 244 gravidezes, das quais 34% ocorreram entre os 30 e os 34 anos de idade. A idade mínima registada foi 15 anos e a máxima 42 anos.

Na população utente entre os 15 e os 44 anos de idade obteve-se uma **taxa de incidência de 3.943,1 /10⁵** (Quadro 14).

Das 244 consultas registadas, 159 (65,3%) corresponderam a gravidezes planeadas. Destas, 117 (67,9%) tiveram uma consulta pré-concepcional.

Em 71,8 % dos casos (84 gravidezes) a consulta pré-concepcional foi efetuada antes da paragem do método contraceutivo (Quadro 15).

Registaram-se 84 gravidezes não planeadas (34,7%), das quais 59,5% não usava método contraceutivo no mês em que engravidou e 32,1% referiu falha do método contraceutivo (Quadro 16).



Quadro 14 – Estimativa da taxa de incidência anual de gravidez ($/10^5$ utentes), por grupo etário, em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

Grupo etário (anos)	Nº casos	Taxa ($/10^5$)
15-24	40	2.484,5
25-34	150	6.824,4
35-44	54	2.268,9
15-44	244	3.943,1

Quadro 15 – Distribuição das consultas referentes a gravidezes planeadas de acordo com a realização de consulta pré-concepcional, 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

Realização de consulta pré-concepcional	n=159	%	Consulta pré-concepcional em relação ao momento da paragem da contraceção	n=117	%
Com consulta	117	73,6	Antes de parar o método contraceptivo	84	71,8
			Após paragem do método contraceptivo	25	21,4
			NS/NR	9	7,7
Sem consulta	38	23,9			
NS/NR	4	2,5			

NS/NR: não sabe / não respondeu

Quadro 16 – Distribuição das consultas referentes a gravidezes não planeadas, 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

	N (84)	%
Não fazia contraceção	50	59,5
O método contraceptivo falhou	27	32,1
NS/NR	7	8,3

NS/NR: não sabe / não respondeu



4.8 Consulta relacionada com Depressão

Durante o ano de 2012 foram notificadas 1.908 consultas relacionadas com depressão, das quais 1.538 (80,6%), corresponderam a procura feita por mulheres e 370 (19,4%) por homens, o que traduz um predomínio de consultas no sexo feminino logo a partir dos 15 anos.

Estimou-se um **número anual de consultas relacionadas com depressão de 6.591,6/10⁵** (Quadro 17 e Figura 7).

Tratando-se de uma situação que afeta predominantemente as mulheres, constatou-se que na população feminina com **≥15 anos de idade** a estimativa foi de **11.877,5 consultas por 100.000 utentes deste grupo** (Quadro 17).

Foram registados 17 casos com internamento hospitalar, ocorrendo apenas um num indivíduo do sexo masculino.

Quadro 17 – Estimativa do número de anual de consultas (/10⁵ utentes) relacionadas com depressão, por sexo e grupo etário, em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

Grupo etário (anos)	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-9	*	-	*	-	*	-
10-14	*	-	2	**	2	**
15-24	15	911,3	34	2.111,8	49	1.504,9
25-34	47	2.215,9	113	5.141,0	160	3.704,6
35-44	55	2.432,6	292	12.268,9	347	7.476,8
45-54	53	2.760,4	368	18.163,9	421	10.669,0
55-64	97	6.415,3	302	17.336,4	399	12.261,8
65-74	52	4.593,6	255	17.562,0	307	11.880,8
75 e +	51	5.598,2	172	11.286,1	223	9.158,1
Total	370	2.676,5	1.538	10.170,6	1.908	6.591,6
≥15	370	3.216,6	1.536	11.877,5	1.906	7.800,3

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

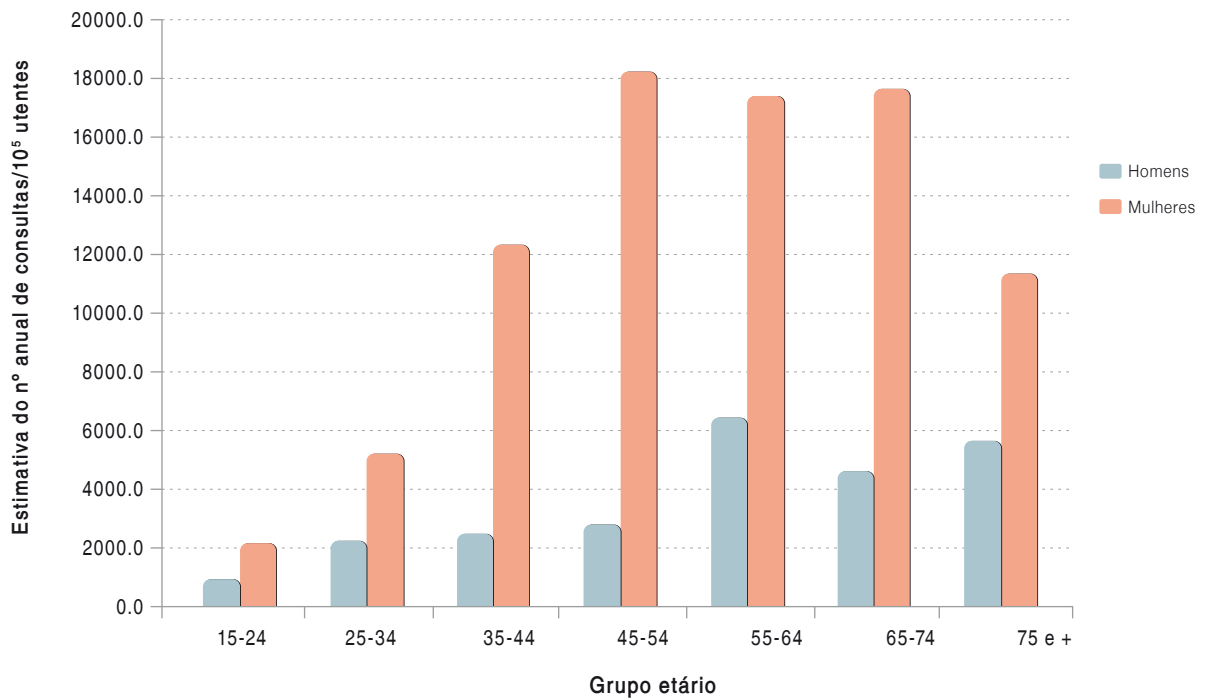


Figura 7 – Estimativa do número anual de consultas (/10⁵ utentes) relacionadas com depressão, por sexo e grupo etário, em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

O motivo de consulta mais registado foi o de consulta de seguimento (45,6%). Da informação disponível, constatou-se que 198 consultas se re-

feriram a um primeiro episódio na vida do utente (10,4%) e 204 consultas a novos episódios (10,7%) (Quadro 18).

Quadro 18 – Proporção de consultas relacionadas com depressão, segundo o motivo em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

Motivo de consulta	% (n=1.908)
O primeiro episódio na vida no utente	10,4 (198)
Um novo episódio na vida do utente	10,7 (204)
Uma consulta de seguimento	45,6 (870)
Renovação de medicação (sem presença do utente)	33,3 (636)

n: número de registos válidos; (): numerador da percentagem



Em 92,0% das situações o diagnóstico de depressão (primeiro episódio ou recidiva) foi realizado pelo médico de família do utente e apenas em 5,7% dos casos o diagnóstico foi efetuado por psiquiatra (Quadro 19).

Em 6,9% das consultas relacionadas com depressão foi realizada uma referência, na maioria dos casos para psiquiatria (64,9%) ou para psicologia (29,0%) (Quadro 20).

Quadro 19 – Proporção de consultas relacionadas com depressão, segundo quem fez o diagnóstico em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

Quem fez o Diagnóstico	% (n=402)
Médico de Família	92,0 (370)
Psiquiatra	5,7 (23)
Outro	2,2 (9)

n: número de registos válidos; (): numerador da percentagem

Quadro 20 – Proporção de consultas relacionadas com depressão em que houve referência, em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

Referenciação	% (n=131)
Psiquiatra	64,9 (85)
Psicólogo	29,0 (38)
Neurologista	2,3 (3)

n: número de registos válidos; (): numerador da percentagem

Estimou-se uma taxa de incidência anual de **primeiros episódios de 684,0/10⁵** e de **recidivas de 704,8/10⁵** (Quadro 21). Em ambos os casos, verificou-se uma tendência crescente da taxa de incidência de depressão até aos 54 anos (Quadro 21).

Quando analisamos a distribuição de todos os novos casos de depressão (primeiros episódios na vida do utente e recidivas), por sexo, observamos uma incidência mais elevada no sexo feminino (2.136,0/10⁵), o que está de acordo com a distribuição por sexo do número de consultas relacionadas com depressão (Quadro 22).

Em 148 consultas não houve registo de prescrição de medicamentos relacionados com depressão.

Da análise das 1.760 consultas com prescrição medicamentosa registada constatou-se que o esquema terapêutico mais utilizado foi o da monoterapia, correspondendo a 64,3% das consultas (Quadro 23).

No Quadro 24 listam-se os medicamentos prescritos, de acordo com a classificação ATC, e analisa-se a proporção de prescrição de cada categoria face ao total (n=2.502). Os antidepressivos bicíclicos foram os fármacos mais prescritos, correspondendo a 41,9% do total de prescrições.

**Quadro 21** – Estimativas das taxas de incidência anuais de primeiro episódio de depressão e de recidivas (/10⁵), por grupo etário, em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

Grupo etário (anos)	Primeiros episódios		Recidivas		Total	
	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa
0-9	*	-	*	-	*	-
10-14	1	**	*	-	1	**
15-24	12	368,6	8	245,7	20	614,3
25-34	34	787,2	28	648,3	62	1.435,5
35-44	37	797,2	51	1.098,9	88	1.896,1
45-54	47	1.191,1	48	1.216,4	95	2.407,5
55-64	35	1.075,6	38	1.167,8	73	2.243,4
65-74	16	619,2	20	774,0	36	1.393,2
75 e +	16	657,1	11	451,7	27	1.108,8
Total	198,0	684,0	204	704,8	402	1.388,8

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

Quadro 22 – Estimativa da taxa de incidência anual de depressão, por sexo e grupo etário, em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

Grupo etário (anos)	Homens		Mulheres		H+M	
	N° casos	Taxa	N° casos	Taxa	N° casos	Taxa
00-09	*	-	*	-	*	**
10-14	*	-	1	**	1	**
15-24	6	364,5	14	869,6	20	614,3
25-34	11	518,6	51	2.320,3	62	1.435,5
35-44	13	575,0	75	3.151,3	88	1.896,1
45-54	16	833,3	79	3.899,3	95	2.407,5
55-64	20	1.322,8	53	3.042,5	73	2.243,4
65-74	9	795,1	27	1.859,5	36	1.393,2
75 e +	4	439,1	23	1.509,2	27	1.108,8
Total	79	571,5	323	2.136,0	402	1.388,8
≥ 15	79	686,8	322	2.489,9	401	1.641,1

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas



Quadro 23 – Esquema terapêutico medicamentoso utilizado nas consultas relacionadas com a depressão, em 2012 na rede Médicos-Sentinela.

Esquema terapêutico	Nº de consultas (n = 1.760)	%
Monoterapia	1.132	64,3
Associações medicamentosas		
2 Medicamentos	525	29,8
3 Medicamentos	92	5,2
4 Medicamentos	11	0,6

n: número de registos válidos

Quadro 24 – Proporção de prescrições relacionadas com depressão, por tipo de medicamentos (classificação ATC), em 2012 na Rede Médicos-Sentinela.

Medicamentos (ATC)	Nº Prescrições*	% (n=2.502)
<i>Antipsicóticos (N05A)</i>		
Fenotiazinas com o grupo dimetilaminopropilo (N05AA)	6	0,2
Derivados da butirofenona (N05AD)	1	0,0
Derivados da difenilbutilpiperidina (N05AG)	1	0,0
Derivados da dibenzodiazepina e da dibenzoxazepina (N05AH)	36	1,4
Benzaminas (N05AL)	27	1,1
Outros antipsicóticos (N05AX)	2	0,1
<i>Ansiolíticos (N05B)</i>		
Derivados da benzodiazepina (N05BA)	497	19,9
Derivados da azaspirodecanodiona (N05BE)	11	0,4
<i>Hipnóticos e sedativos (N05C)</i>		
Derivados das benzodiazepinas (N05CD)	20	0,8
Ciclopirononas (N05CF)	48	1,9
Outros hipnóticos e sedativos (N05CM)	4	0,2
<i>Antidepressivos (N06A)</i>		
Derivados tricíclicos (N06AA)	97	3,9
Derivados bicíclicos (N06AB)	1.049	41,9
Inibidores das monoamina oxidases tipo A (N06AG)	14	0,6
Outros antidepressivos (N06AX)	681	27,2
<i>Psicolépticos associados a psicoanalépticos(N06C)</i>		
Antidepressivos associados a psicolépticos (N06C A)	8	0,3

* Numa mesma consulta, pode ter ocorrido mais do que uma prescrição dentro da mesma categoria
n: número de registos válidos ATC: anatomical therapeutic chemical code

5

Participação em projetos nacionais e internacionais



5.1 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 Direção-Geral da Saúde e, a partir daí, no Instituto Nacional de Saúde Doutor 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 detetados em amostras de sangue e/ou zangaratoas faríngeas recolhidas nos utentes identificados como tendo síndrome gripal.

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 Doutor Ricardo Jorge, no endereço www.insa.pt.

Parte da informação, obtida através deste programa é enviada, semanalmente à 4ª feira, para o sistema *The European Surveillance System*

(TESSy), pelo *European Centre for Prevention and Disease Control* (ECDC), de forma a permitir, juntamente com a informação enviada por mais de 20 países da rede EISN – *European Influenza Surveillance Network*, a descrição da atividade gripal na Europa, e ainda, a identificação precoce de eventuais surtos de gripe nos países participantes.

5.2 I-MOVE “Influenza Monitoring Vaccine Effectiveness in Europe”

Desde 2008 o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA) participa através dos Departamentos de Epidemiologia e de Doenças Infeciosas no projeto europeu *Monitoring influenza vaccine effectiveness during influenza seasons and pandemics in the European Union* (I-MOVE), financiado pelo ECDC e cujo consórcio é gerido pela empresa EPICONCEPT.

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

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

Durante a época 2010-2011, Portugal participou novamente neste projeto, através da Rede



Médicos-Sentinela, com a Espanha, França, Irlanda, Itália, Roménia e Hungria, Polónia.

Durante a época 2011-2012, dada a alteração da recomendação da vacina para o grupo com 60 e mais anos, o estudo teve como objetivo estimar a efetividade da vacina (EV) antigripal sazonal na população geral e nos indivíduos com 60 e mais anos). Portugal participou mais uma vez neste projeto, através da Rede Médicos-Sentinela, com os mesmos parceiros.

Na época 2012-2013, o estudo **Euroeva** foi desenvolvido pela quinta vez consecutiva. Mante-se o objetivo de estimar a efetividade da vacina antigripal na população geral e nos com 65 e mais anos de idade. Nesta época Portugal participou no estudo em conjunto com a Espanha, Irlanda, França, Alemanha, Roménia e Polónia.

6

Estudios-satélite realizados



1989

A síndrome 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.* 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 tiroide
(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 toxicod dependência
(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 interrupção
voluntária da gravidez (não publicado)

1997

Tentativa de suicídio (não publicado)

Morbilidade dos AVC (não publicado)

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)

Incontinência urinária (não publicado)

Etiologia das diarreias agudas (não publicado)

2000

Etiologia das diarreias agudas (continuação do es-
tudo) (não publicado)

Casos de varicela que não chegam ao conheci-
mento do médico de família

Publicado em:

Fleming DM Schellevis SG, Falcao IM, Alonso TV, Pa-
dilla ML. The incidence of chickenpox in the community.
Lessons for disease surveillance in sentinel practice ne-
tworks. *European Journal of Epidemiology* 2002;

17:1023-1027.

2001

Estudo sobre a percentagem de indivíduos com
hepatite b que se tornaram portadores crónicos
de antigénio Hbs (não publicado)

2002

Complicações e custos sociais da varicela
(não publicado)

Regimes terapêuticos para a úlcera péptica e o
Helicobacter pylori

Publicado em:

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

2003

Precisão do diagnóstico dos novos casos de asma
notificados pelos Médicos-Sentinela de 2000 a
2005 (não publicado)

Fibrilhação auricular e risco de tromboembolismo

Publicado em:

Paulo Ascensão. Fibrilhação auricular e prevenção do trom-
boembolismo – 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 *Ri-
ckettsioses* (não publicado)

2005

Prevalência da diabetes e incidência das respec-
tivas complicações numa coorte de diabéticos
portugueses

Publicado em:

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 por-
tugueses: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. *Rev.
Port. Clin. Geral* 2008; 24(5):679-92.



Diagnóstico da febre escaro-nodular e de outras *Rickettsioses* – 2^a ano
(não publicado)

2006

Prevalência da diabetes e incidência das respectivas complicações numa coorte de diabéticos portugueses – II fase

2007

TGV – Tabaco e Gravidez – II fase
(não publicado)

EUROEVA 2008-2009: efectividade da vacina antigripal sazonal e pandémica na Europa – estudo piloto

Publicado em:

Kissling E, Valenciano M, Falcão JM, 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. *Euro Surveill.* 2009;14(44):pii=19388. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19388>

2009

EUROEVA 2009-2010: Efectividade da vacina antigripal sazonal e pandémica na Europa – estudo multicêntrico caso-controllo

Publicado em:

Valenciano M, Kissling E, Cohen J-M, Oroszi B, Barret A-S, *et al.* (2011) Estimates of Pandemic Influenza Vaccine Effectiveness in Europe, 2009–2010: Results of Influenza Monitoring Vaccine Effectiveness in Europe (I-MOVE) Multicentre Case-Control Study. *PLoS Med* 8(1): e1000388. doi:10.1371/journal.pmed.1000388

EUROEVA 2010-2011: Efectividade da vacina antigripal sazonal e pandémica na Europa – estudo multicêntrico caso-controllo

Publicado em:

Kissling E, Valenciano M, Cohen JM, Oroszi B, Barret AS, Rizzo C, Stefanoff P, Nunes B, Pitigoi D, Larrauri A, Daviaud I, Horvath JK, O'Donnell J, Seyler T, Paradowska-Stankiewicz IA, Pechirra P, Ivanciuc AE, Jiménez-Jorge S, Savulescu C, Ciancio BC, Moren A. I-MOVE multi-centre case control study 2010-11: overall and stratified estimates of influenza vaccine effectiveness in Europe. *PLoS One.* 2011;6(11):e27622. Epub 2011 Nov 15. PubMed PMID: 22110695; PubMed Central PMCID:PMC3216983.

Nunes B, Machado A, Pechirra P, Falcao I, Gonçalves P, Conde P, Guiomar R, Batista I, Falcao JM. Efectividade da vacina antigripal na época 2010-2011 em Portugal: resultados do projeto EuroEVA. *Rev Por Med Geral Fam* 2012;28:271-84.

2011

EUROEVA 2011-2012: Efectividade da vacina antigripal sazonal e pandémica na Europa – estudo multicêntrico caso-controllo

Kissling E, Valenciano M, I-MOVE case-control studies team. Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness in Europe, 2010/11: I-MOVE, a multicentre case-control study. *Euro Surveill.* 2011;16(11):pii=19818

E Kissling, M Valenciano, I-MOVE case-control studies team. Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness in Europe among target groups for vaccination: results from the I-MOVE multicentre case-control study, 2011/12. *Euro Surveill.* 2012;17(15)

Valenciano M, Ciancio BC, on behalf of the I-MOVE study team. I-MOVE a European network to measure the effectiveness of influenza vaccines. *Euro Surveill.* 2012;17(39):pii=20281.

Kissling E, Valenciano M, Larrauri A, Oroszi B, Cohen JM, Nunes B, Pitigoi D, Rizzo C, Rebolledo J, Paradowska-Stankiewicz I *et al.* Low and decreasing vaccine



effectiveness against influenza A(H3) in 2011/12 among vaccination target groups in Europe: results from the I-MOVE multicentre case-control study Euro Surveill.2013;18(5).

Nunes B, Machado A, Pechirra P, Falcao I, Gonçalves P, Conde P, Guiomar R, Batista I, Falcao JM. Efetividade da vacina antigripal na época 2010-2011 em Portugal: resultados do projeto EuroEVA. Rev Por Med Geral Fam 2012;28:271-84.

2012

EUROEVA 2012-2013: Efectividade da vacina antigripal sazonal e pandémica na Europa – estudo multicêntrico caso-controllo

Valenciano M, Kissling E, I-MOVE case-control study team. Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness in Europe: results from the I-MOVE multicentre case-control study, 2012/13. Euro Surveill. 2013;18(7);pii=20400.

7

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; 18 (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 insulínica. *Arquivos de Medicina* 1996;10 Supl 4:23-26.

Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direção-Geral da Saúde. *A passo firme*. Médicos-Sentinela (8). Lisboa: Direção 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 fatores 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: Direção-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. *Ata 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, 6(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 Doutor 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.

Uphoff H, Cohen JM, Fleming DM, Noone A. Harmonisation des données nationales de morbidité d'EISS pour la surveillance de la grippe : un index simple. *Euro Surveillance* 2003;8(7):pii=420. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=420>.

2004

CNG e ONSA. Atividade 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 cruzes! *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 Doutor 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 IM, Andrade HR. A gripe em 2005-2006: tão falada e receada, mas afinal tão ligeira! *Observações*. ONSA 2006, 31.



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

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-Sentinela. *Rev. Port. Clin. 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 Doutor 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 multicentric case-control study in Europe, 2008-9. *Eurosurveillance* 2009;14(44).

2010

Sousa JC, Silva ML, Lobo FA, Yaphe J. Asthma incidence and accuracy of diagnosis in the Portuguese sentinel practice network. *Primary Care Respiratory Journal* 2010; 19(4): 352-357. Disponível em: http://www.thepcrj.org/journ/vol19/19_4_352_357.pdf

2011

Kissling E, Valenciano M, Cohen JM, Oroszi B, Barret AS, Rizzo C, Stefanoff P, Nunes B, Pitigoi D, Larrauri A, Daviaud I, Horvath JK, O'Donnell J, Seyler T, Paradowska-Stankiewicz IA, Pechirra P, Ivanciuc AE, Jiménez-Jorge S, Savulescu C, Ciancio BC, Moren A (2011). I-MOVE Multi-Centre Case Control Study 2010-11: Overall and Stratified Estimates of Influenza Vaccine Effectiveness in Europe. *Plos-ONE* 6(11).

Kissling E, Valenciano M, I-MOVE case-control studies team. Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness in Europe, 2010/11: I-MOVE, a multicentre case-control study. *Euro Surveillance*. 2011;16(11):pii=19818.

Valenciano M *et al.* Estimates of Pandemic Influenza Vaccine Effectiveness in Europe, 2009-2010: Results of Influenza Monitoring Vaccine Effectiveness in Europe (I-MOVE) Multicentre Case-Control Study (2011). *Plos Med* 8(1):e10000388.doi; 10.1371/journal.pmed.1000388

2012

E Kissling, M Valenciano, I-MOVE case-control studies team. Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness in Europe among target groups for vaccination: results from the I-MOVE multicentre case-control study, 2011/12. *Euro Surveillance* 2012;17(15).

Valenciano M, Ciancio BC, on behalf of the I-MOVE study team. I-MOVE a European network to measure the effectiveness of influenza vaccines. *Euro Surveillance* 2012;17(39):pii=20281.

Nunes B, Machado A, Pechirra P, Falcao I., Gonçalves P, Conde P, Guiomar R, Batista I, Falcao JM. Efetividade da vacina antigripal na época 2010-2011 em Portugal: resultados do projeto EuroEVA. *Rev Por Med Geral Fam* 2012;28:271-84.



Ferreira D, Pina A, Cruz AM, Figueiredo AR, Ferreira CP, Cabrita JC, Sousa JC. DPOC na população sob vigilância pela Rede Médicos-Sentinela de 2007 a 2009. *Rev Port Med Geral Fam* 2012; 28:250-60.

Paixão E, Branco MJ, Rodrigues E, Falcão JM. Comparação da prescrição de antibacterianos em 2001 e 2007: um estudo na rede Médicos Sentinela. *Rev Port Med Geral Fam* 2012 Mar; 28(2): 88-96.

Anexo



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Instituto **Nacional de Saúde**
Doutor Ricardo Jorge

_Departamento de Epidemiologia

Instituto Nacional de Saúde *Doutor Ricardo Jorge*

Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal

Tel.: (+351) 217 526 404

Fax: (+351) 217 526 499

E-mail: dep@insa.min-saude.pt