



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
Dr. Ricardo Jorge

Médicos-Sentinela

Relatório de Actividades

21

O que se fez
em 2007



MÉDICOS-SENTINELA

O que se fez em 2007

21

Lisboa, 2009

FICHA TÉCNICA

Médicos–Sentinela. O que se fez em 2007. Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa 2009. 112 pág.(Médicos-Sentinela 21).

Morbilidade/Notificação/ Grupo Etário/ Incidência/ Síndrome Gripal/ Diabetes/ Acidente Vascular Cerebral/ Enfarte Agudo do Miocárdio/ Varicela/ Fractura do Colo de Fémur/ Prescrição de Antibacterianos/ Interrupção Voluntária de Gravidez/ Consulta Relacionada com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica/ Consulta no Domicílio/ Acontecimentos IRIS.

Documento electrónico

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>

Coordenador da Rede Médicos-Sentinela: José Carlos Marinho Falcão

AGRADECIMENTOS

Aos Médicos-Sentinela que participaram na Rede em 2007:

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 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 Novais Tavares	Mação
António Martins Silva Caio	Fundão
Armando Brito de Sá	Benfica
Arminda Santos Moreira Pires	Senhora da Hora
Arquímínio Simões Eliseu	Évora
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
Daniela Almeida Moreira	Viseu

Edite Maria Caldas da Silva	Leça da Palmeira
Elisa Maria Bento da Guia	Moimenta da Beira
Elsa Colaço Alcântara Melo	Évora
Emília Maria Teixeira	Leça da Palmeira
Felicidade Maria Malheiro	Paranhos
Fernando Augusto Severino Silva	Viseu
Fernando Ferreira	Arcozelo
Fernando José Santos Almeida	Arcozelo
Fernando Oliveira Rodrigues	Ponte de Sôr
Graça Maria Barreto Martins	Viseu
Helena Maria Ferreira Oliveira	Oliveira de Azeméis
Isabel Maria Amaral Almeida Alves	Freixo
Isabela Maria Nogueira dos Santos	Braga
Isabel Serpa Branco	Évora
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 Martins 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	Viseu
Licínio Laborinho Fialho	Nazaré
Lúcia Maria Ferreira	Sever do Vouga
Luciara Paiva	Monchique
Luís 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 d'Aire
Margarida Maria Lobão Ferreira	Penalva do Castelo
Maria Alzira Reis Pereira	Chamusca
Maria da Conceição Fraga Costa	Peso da Régua
Maria Cristina de Mira Galvão	Serpa
Maria Elvira Pinto Costa Silva	Barão Corvo
Maria Emília Correia Barros	Espinho
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 Filomena Mina Henriques	Stº António da Serra
Maria Filomena Prata Vieira	Paranhos
Maria Gabriela Sallé Sousa Brito	Lamego
Maria da Graça Araújo Cardoso	Vila Nova de Famalicão
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 de Lurdes Fernandes	Oeiras
Maria da Luz Amorim	Rio Tinto
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 Rosário Martins	Évora
Maria Teresa Brandão	Olivais
Maria Teresa Castro Laranjeiro	Guimarães
Maria Teresa Ministro Esteves	Viseu
Maria Teresa Vieira Libório	Oeiras
Maria Vitória Altas Amaral	Évora

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
Rogério Aurélio Neves Costa	Évora
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 Taborda Gonçalves	Pinhel
Rui Pereira Alves Brás	Castelo de Vide
Sérgio António Sousa Vieira	Carvalhos
Teresa Laginha	Coração de Jesus
Valério Ireneu Santos Rodrigues	Faro
Valério Manuel Neto Capaz	Coruche

Vanda Marina Pires Monteiro	Vila Nova de Famalicão
Vera Gaspar da Costa	Sintra
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 2007	5
População sob observação	8
População máxima sob observação	9
Actualização da composição das listas	11
LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	17
Representatividade da população sob observação	17
Limitações específicas dos numeradores	17
Limitações de diagnóstico	18
Sub notificação de casos	19
Sobre notificação de casos	20
Limitações específicas dos denominadores	21
RESULTADOS	23
Síndrome gripal	25
Diabetes	37
Acidente Vascular Cerebral	41

Enfarte Agudo do Miocárdio	45
Varicela	49
Fractura do Colo do Fémur	53
Prescrição de Antibacterianos	57
Interrupção Voluntária da Gravidez	67
Consulta relacionada com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	71
Consulta no Domicílio	83
Acontecimentos IRIS	89
ESTUDOS-SATÉLITE EM 2007	91
PARTICIPAÇÃO EM PROJECTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS	93
Sistema de vigilância integrada clínica e laboratorial da gripe	93
EISS – European Influenza Surveillance Scheme. www.eiss.org	94
ESTUDOS-SATÉLITE REALIZADOS	97
PUBLICAÇÕES	103
ANEXO I	111

INTRODUÇÃO

A Rede Médicos-Sentinela (MS) é constituída por médicos de Clínica Geral/Medicina Familiar (CG) cuja actividade profissional é desenvolvida, na sua maioria, em Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, começando no entanto a tomar expressão a prática clínica estruturada em Unidades de Saúde Familiares.

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 “surto”;
- 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 2007

Em 2007, na globalidade, participaram na Rede 151 clínicos. A rede iniciou-se no ano em causa com 139 Médicos-Sentinela. Ao longo do ano concretizaram-se 12 novas adesões e 7 desistências, saldando-se o ano com 141 Médicos-Sentinela no Continente, o que correspondeu a 2,5% do total de Clínicos Gerais a desempenhar funções nos Centros de Saúde do Continente. Na Região Autónoma da Madeira colaboram dois MS e na dos Açores, um.

Nos quadros I e II descreve-se a distribuição geográfica dos médicos participantes e a sua evolução ao longo do ano.

Da análise do Quadro II ressalta o ganho efectivo de 5 adesões relativamente ao ano de 2006.

O nº máximo anual de notificações/médico foi de 658.

Quadro I – Distribuição percentual de médicos de MGF (MGF) que participaram na rede Médicos-Sentinela, no Continente, por Sub-região de Saúde, em 31.12.2007

Distrito	MS	MGF*	MS/MGF %	Distrito	MS	MGF*	MS/MGF %
Aveiro	11	418	2,6	Leiria	3	264	1,1
Beja	4	97	4,1	Lisboa	20	1125	1,8
Braga	11	443	2,5	Portalegre	7	69	10,1
Bragança	1	91	1,1	Porto	31	963	3,2
Castelo Branco	4	138	2,9	Santarém	6	240	2,5
Coimbra	6	291	2,1	Setúbal	1	369	0,3
Évora	12	106	11,3	Viana do Castelo	1	180	0,6
Faro	7	254	2,8	Vila Real	3	152	2,0
Guarda	3	114	2,6	Viseu	10	234	4,3
Continente					141	5619	2,5

*Fonte: Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas da Saúde. Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e produção do SNS: Ano de 2007. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2007

Quadro II - **Número de médicos participantes, por Distrito e Região Autónoma, em Janeiro e em Dezembro de 2007**

Distrito	01.01.07	31.12.07	Distrito	01.01.07	31.12.07
Aveiro	12	11	Lisboa	18	20
Beja	4	4	Portalegre	7	7
Braga	10	11	Porto	32	31
Bragança	1	1	Santarém	7	6
Castelo Branco	4	4	Setúbal	2	1
Coimbra	6	6	Viana do Castelo	1	1
Évora	6	12	Vila Real	3	3
Faro	7	7	Viseu	10	10
Guarda	3	3	R A Madeira	2	2
Leiria	3	3	R A Açores	1	1
			Total	139	144

População sob observação

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

População máxima sob observação

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

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

O seu cálculo é dado por:

(Fórmula 1)
$$PMSO = \sum_{m=1} N_m$$

Em que

N_m Representa o número de utentes inscritos em cada médico

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

No final do ano de 2007, a **PMSO** atingiu 255 470 indivíduos, correspondendo a 2,4% da população residente em Portugal (10617575 estimativa da população de 2007).

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 (2007), por Distrito e Região Autónoma, em 31.12.07**

Distrito	PMSO	PMSO/PR %	Distrito	PMSO	PMSO/PR %
Aveiro	21441	2,9	Lisboa	33746	1,5
Beja	6006	3,9	Portalegre	14570	12,3
Braga	18772	2,2	Porto	56361	3,1
Bragança	1572	1,1	Santarém	11550	2,5
Castelo Branco	6388	3,2	Setúbal	2981	0,3
Coimbra	9623	2,2	Viana do Castelo	1625	0,6
Évora	19755	11,6	Vila Real	4984	2,3
Faro	12318	2,9	Viseu	18115	4,6
Guarda	4294	2,5	R A Madeira	3454	1,4
Leiria	5350	1,1	R A Açores	2565	1,1
Total				255470	2,5

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 2007 e para cada médico, a estimativa da composição da respectiva lista, em 30 de Junho desse ano, é dada por:

(Fórmula 2)
$$N_{m30.06.07} = \frac{N_{31.12.06} + N_{31.12.07}}{2}$$

Em que:

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

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

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

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 2006 e procedeu à sua actualização em Março de 2008.

Consideremos o período de tempo compreendido entre aqueles dois meses:

	2006												2007												2008	
	2				6								1					6						1	3	
Meses	2				6					12	13						18						25	27		
	I																	C							F	

Sejam

- C** data de referência (30.06.07)
- 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 30.06.07 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 30.06.07, 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 2007, 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 2007

Grupo Etário	Homens	Mulheres	H+M
0-4	3022	2858	5880
5-9	3017	2865	5882
10-14	2911	2790	5701
15-24	6607	6365	12972
25-34	8587	8890	17477
35-44	8048	8410	16458
45-54	7075	7555	14630
55-64	5634	6393	12027
65-74	4692	6021	10713
≥75	3657	5732	9389
Total	53250	57879	111129

Doenças e situações em estudo

Durante o ano de 2007, estiveram em estudo dez 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 2007**

Síndrome gripal
Diabetes
Acidente Vascular Cerebral
Enfarte Agudo do Miocárdio
Varicela
Fractura do Colo de Fémur
Prescrição de Antibacterianos
Interrupção Voluntária da Gravidez
Consulta relacionada com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
Consulta no Domicílio

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 2007, 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.

Resultados

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

Síndrome gripal

Definição de conceitos

A vigilância da gripe implica a definição de alguns conceitos:

- **Caso de Síndrome Gripal** – Todo o caso diagnosticado pelo médico, com base nas manifestações clínicas, que apresentem 6 ou mais dos seguintes itens: início súbito (<12h); tosse; calafrios; febre; debilidade/prostração; mialgias/dores generalizadas; inflamação da mucosa nasal e faríngea, sem sinais respiratórios relevantes; contacto com doente com gripe.
- **Caso de Gripe** – Todo o caso notificado no qual tenha sido detectado vírus influenza em exsudado nasofaríngeo por cultura viral e/ou RT-nested PCR em multiplex.
- **Época de Gripe** – Definida como o período de tempo de aproximadamente 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 à área de actividade basal e com casos esporádicos (3 ou menos) positivos para vírus influenza;

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

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

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

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

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

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

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

As semanas foram indexadas de 1 a 26, ($k=1,2, \dots,26$), indicando sequencialmente as semanas da época de gripe.

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

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

2- Para as taxas definitivas

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

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:

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

e para as taxas definitivas:

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

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 2007-2008

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 2007 até 31 de Março de 2008, e às estimativas definitivas, referentes ao mesmo período de tempo, calculadas após todos os dados estarem disponíveis.

É de salientar que os valores mais elevados das taxas provisórias foram registados nas semanas 3, 4 e 5 de 2008, respectivamente taxas de 59,8, 60,4 e 61,1/100000 utentes, enquanto que relativamente às taxas definitivas foi na 3^a semana desse ano, que se estimou o valor mais alto (62,0/10⁵) (Quadro VI e VII).

Quadro VI - Estimativas provisórias das taxas de incidência brutas semanais ($/10^5$) de Síndrome Gripal, em 2007-2008

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
2007			2008		
40	9	18,6	01	16	28,1
41	6	8,3	02	21	29,8
42	8	10,5	03	38	59,8
43	3	4,6	04	43	60,4
44	2	3,6	05	40	61,1
45	6	8,6	06	26	40,3
46	14	23,3	07	21	35,5
47	7	7,7	08	17	24,9
48	8	11,3	09	17	31,4
49	4	5,1	10	14	27,2
50	7	9,5	11	9	16,9
51	9	17,3	12	5	15,5
52	4	10,0	13	8	14,0

Quadro VII - Estimativas definitivas das taxas de incidência brutas semanais ($/10^5$) de Síndrome Gripal, em 2007-2008

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
2007			2008		
40	12	16,0	01	37	37,9
41	7	6,9	02	33	30,1
42	10	10,0	03	61	62,0
43	9	8,6	04	55	52,6
44	2	2,1	05	60	56,0
45	15	15,2	06	47	52,3
46	22	23,9	07	46	47,8
47	18	15,7	08	32	36,2
48	13	13,5	09	35	38,0
49	7	6,5	10	20	26,0
50	14	15,1	11	18	22,1
51	11	11,6	12	7	13,2
52	8	11,6	13	11	15,7

Verificou-se que nesta época de 2007-2008, entre as semanas 3 e 5, os valores das taxas provisórias e definitivas semanais se mantiveram acima do limite superior do IC a 95% da área a que corresponde a actividade *basal* (Figura 1).

As curvas que representam as taxas de incidência provisórias e definitivas evoluíram de forma semelhante ao longo das semanas. Nas semanas 51, 4 e 5 a curva das taxas provisórias apresentou valores superiores aos das taxas definitivas (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, 122 zaragatoas faríngeas, 10 das quais fora do período definido como *época gripal* (4 colheitas antes da 40^a semana de vigilância e 6 já depois da 13^a semana).

Das 112 amostras analisadas durante a época gripal, 49 (43,8%) foram positivas para o vírus Influenza, 24 do tipo A e 25 do tipo B. Das 10 colheitas realizadas fora do período de vigilância convencional, em 3 foram identificados vírus Influenza B, concretamente, nas semanas 14, 17 e 21, respectivamente)

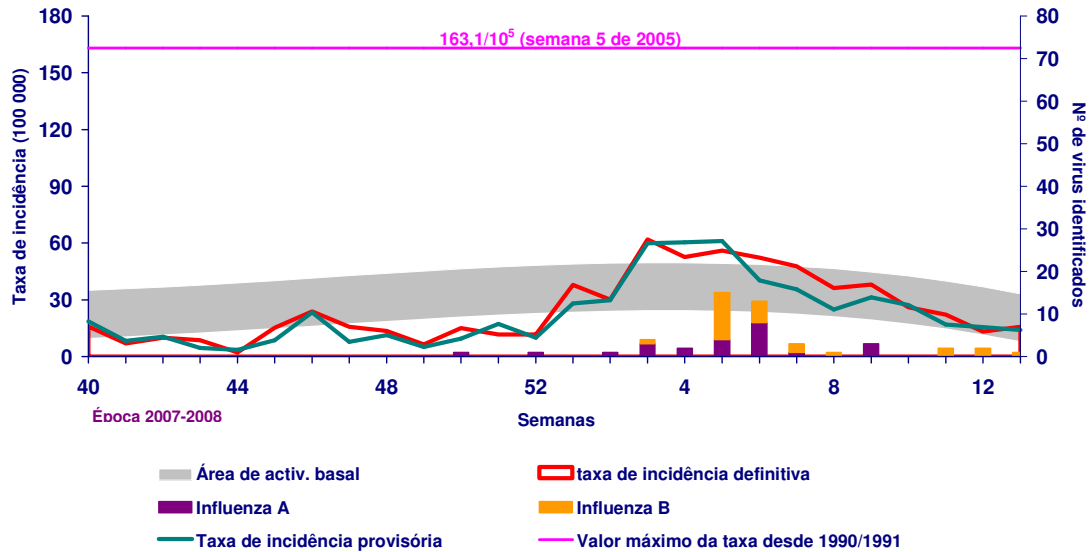


Fig.1-Taxas de incidência (/10⁵) brutas, semanais, provisórias e definitivas, de síndrome gripal na época gripal de 2007-2008 e número de vírus Influenza identificados durante aquele período de tempo. A área de actividade basal foi definida pela linha de base e pelo limite superior do IC a 95%.

Diabetes

Durante o ano de 2007 foram notificados 568 novos casos de Diabetes *Mellitus*, sendo 293 referentes a homens (51,6%) e 275 a mulheres (48,4%).

Na população utente de **25 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 697,7 por 100000 utentes** deste grupo etário (Quadro VIII).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 511,1 por 100000 utentes**.

No sexo masculino a incidência da doença atingiu o valor máximo no grupo etário dos 55-64 anos ($1632,9/10^5$) enquanto que no sexo feminino, o valor máximo foi atingido no grupo etário 65-74 anos ($1162,6/10^5$) (Quadro VIII e fig. 2).

Quadro VIII – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Diabetes, por sexo e grupo etário, em 2007

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	1	**	*	-	1	**
5-9	*	-	2	**	2	**
10-14	*	-	*	-	*	-
15-24	2	**	*	-	2	**
25-34	6	69,9	4	**	10	57,2
35-44	29	360,3	23	273,5	52	316,0
45-54	63	890,5	53	701,5	116	792,9
55-64	92	1632,9	69	1079,3	161	1338,7
65-74	65	1385,3	70	1162,6	135	1260,2
≥75	35	957,1	54	942,1	89	947,9
Total	293	550,2	275	475,1	568	511,1
≥25	290	769,4	273	634,9	563	697,7

* Sem registo de casos

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

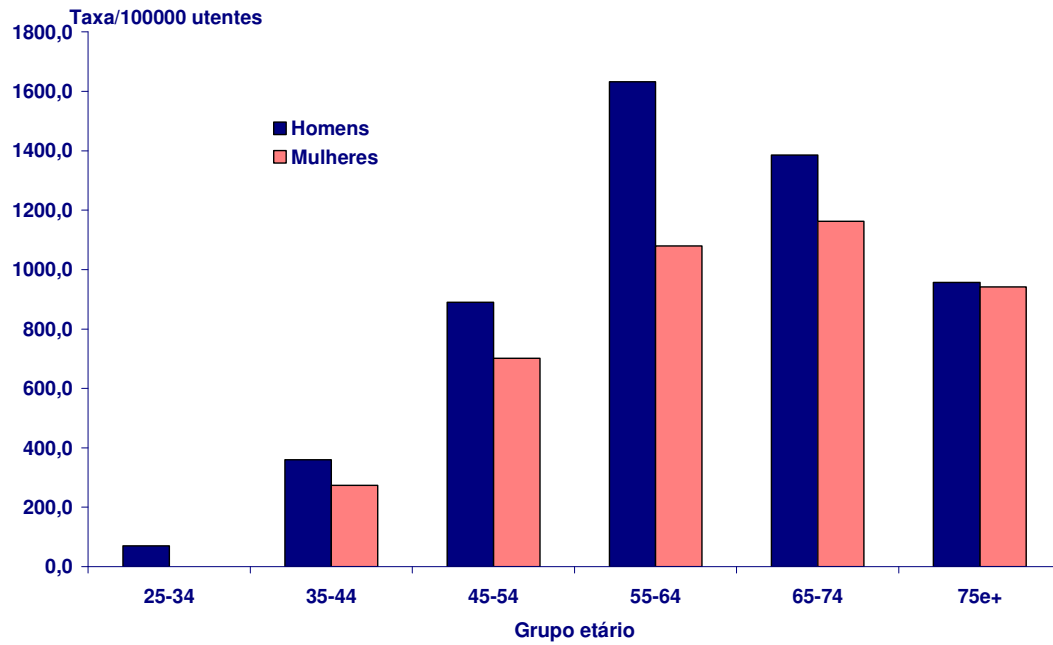


Fig. 2 – Taxas de incidência anuais de diabetes, por sexo e grupo etário, em 2007

Acidente Vascular Cerebral

Durante o ano de 2007 foram notificados 235 novos episódios de Acidente Vascular Cerebral (AVC), tendo ocorrido 121 (51,5%) no sexo masculino e 114 (48,5%) no feminino. Foi notificada uma ocorrência numa doente de 37 anos, o que correspondeu ao caso reportado com menor idade.

Na população utente de **35 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 371,7 por 100000 utentes** deste grupo etário (Quadro IX).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 211,5 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 dos 75 e mais anos, respectivamente com $1504,0/10^5$ no sexo masculino e $1116,5/10^5$ no feminino (Quadro IX e Fig. 3).

Quadro IX – Estimativa das taxas de incidência anuais ($/10^5$) de AVC, por sexo e grupo etário em 2007

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-34	*	-	*	-	*	-
35-44	2	**	5	**	7	42,5
45-54	12	169,6	6	79,4	18	123,0
55-64	20	355,0	10	156,4	30	249,4
65-74	32	682,0	29	481,6	61	569,4
≥75	55	1504,0	64	1116,5	119	1267,4
Total	121	227,2	114	197,0	235	211,5
≥35	121	415,7	114	334,2	235	371,7

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

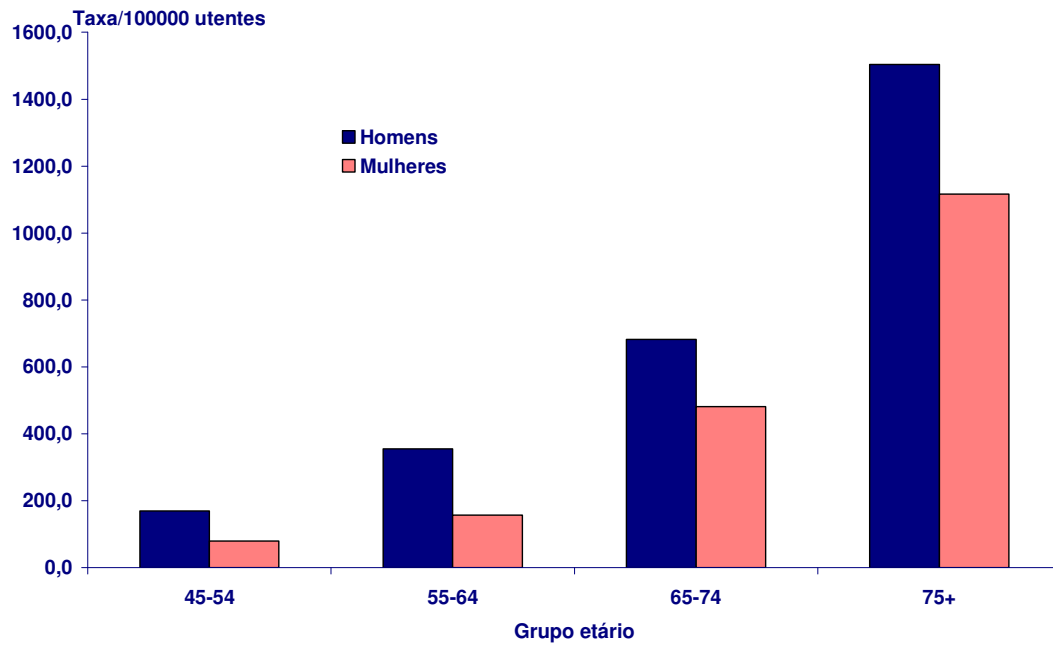


Fig. 3 – Taxas de incidência anuais de AVC, por sexo e grupo etário, em 2007

Enfarte Agudo do Miocárdio

Durante o ano de 2007 foram notificados 118 novos casos de enfarte agudo do miocárdio, tendo ocorrido 66 (55,9%) no sexo masculino e 52 (44,1%) no feminino.

Foi notificada uma ocorrência num doente de 36 anos, o que correspondeu ao caso reportado com menor idade. Saliente-se que nos homens ocorrem cinco casos antes dos 45 anos.

Na população de **35 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 186,7 por 100000 utentes** deste grupo etário (Quadro X).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 106,2 casos por 100000 utentes**.

A taxa estimada para o sexo masculino atingiu o valor máximo no grupo etário dos 55-64 anos ($372,7/10^5$), enquanto que nas mulheres esse valor foi registado no grupo etário 75 e+ anos, com uma taxa de $523,4/10^5$ (Quadro X e Fig. 4).

Quadro X – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Enfarte Agudo do Miocárdio, por sexo e grupo etário em 2007

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-24	*	-	*	-	*	-
25-34	*	-	*	-	*	-
35-44	5	**	*	-	5	**
45-54	12	169,6	1	**	13	88,9
55-64	21	372,7	5	**	26	216,2
65-74	16	341,0	16	265,7	32	298,7
≥75	12	328,1	30	523,4	42	447,3
Total	66	123,9	52	89,8	118	106,2
≥35	66	226,8	52	152,4	118	186,7

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

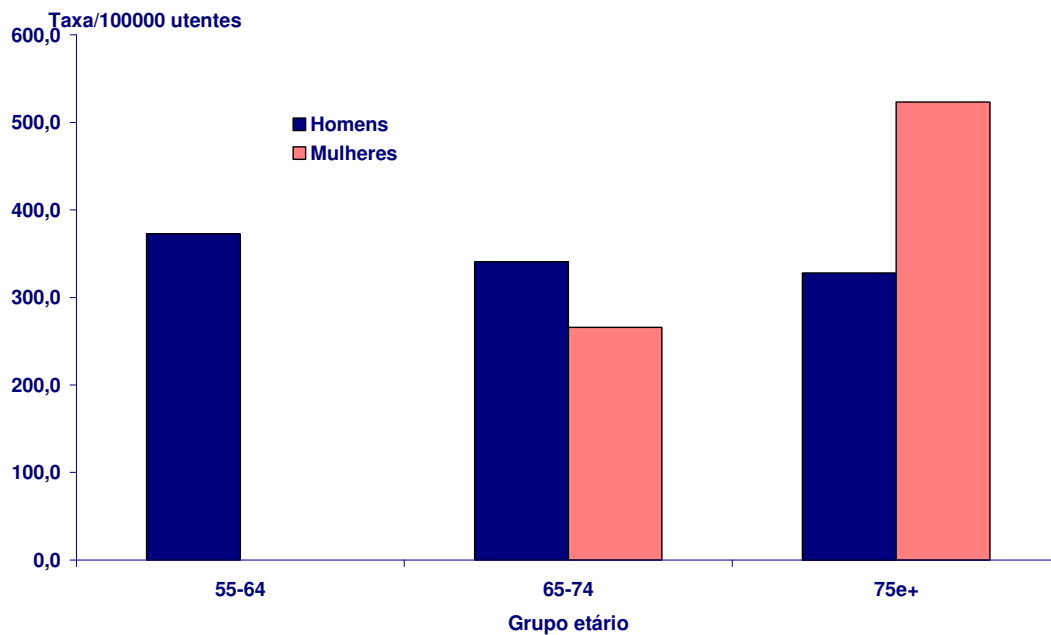


Fig. 4 – Taxas de incidência anuais de Enfarte Agudo do Miocárdio, por sexo e grupo etário, em 2007

Varicela

Durante o ano de 2007 foram notificados 722 casos de varicela, tendo ocorrido 365 (50,6%) no sexo masculino e 357 (49,4%) no feminino.

Na população dos **0-14 anos de idade** obteve-se uma **taxa de incidência de 3653,4 por 100000 utentes** deste grupo etário (Quadro XI).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 649,7casos 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 $6241,5/10^5$ e $3536,2/10^5$ (Quadro XI e Fig. 5).

Quadro XI - Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Varicela, por sexo e grupo etário, em 2007

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	189	6254,1	178	6228,1	367	6241,5
5-9	110	3646,0	98	3420,6	208	3536,2
10-14	28	961,9	35	1254,5	63	1105,1
15-24	14	211,9	21	329,9	35	269,8
25-34	18	209,6	19	213,7	37	211,7
35-44	5	**	4	**	9	54,7
45-54	1	**	2	**	3	**
≥55	*	-	*	-	*	-
Total	365	685,4	357	616,8	722	649,7
0-14	327	3653,6	311	3653,2	638	3653,4

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

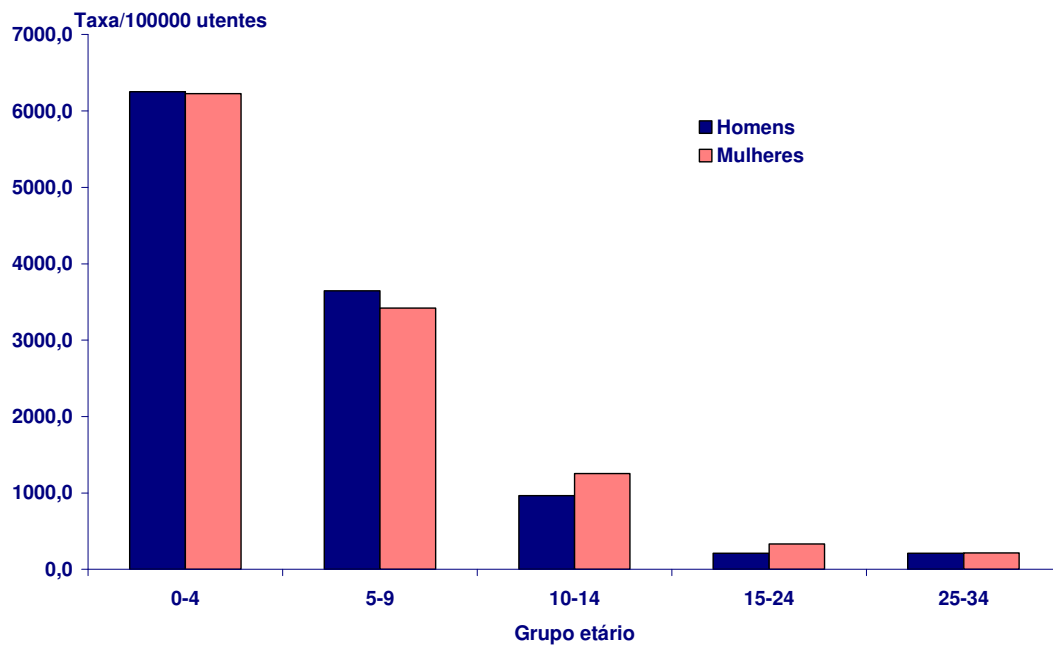


Fig. 5 - Taxas de incidência anuais de Varicela por sexo e grupo etário, em 2007

Fractura do Colo do Fémur

Durante o ano de 2007 foram notificados 71 novos casos de fractura do colo de fémur, tendo ocorrido 17 (23,9%) no sexo masculino e 54 (76,1%) no feminino.

Na população utente do **sexo feminino**, de **45 e mais anos de idade**, obteve-se uma **taxa de incidência de 210,1 por 100000 utentes** neste 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 63,9 casos por 100000 utentes**.

Em ambos os sexos a taxa de incidência foi mais elevada no grupo etário 75 e mais anos, tendo sido de $218,8/10^5$ e $593,2/10^5$ respectivamente, para o sexo masculino e feminino. (Quadro XII e Fig. 6).

Quadro XII - Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Fractura do Colo do Fémur, por sexo e grupo etário, em 2007

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵
0-44	*	-	*	-	*	-
45-54	2	**	1	**	3	**
55-64	1	**	5	**	6	49,9
65-74	6	127,9	14	232,5	20	186,7
≥75	8	218,8	34	593,2	42	447,3
Total	17	31,9	54	93,3	71	63,9
≥45	17	80,7	54	210,1	71	151,8

* Sem registo de casos

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

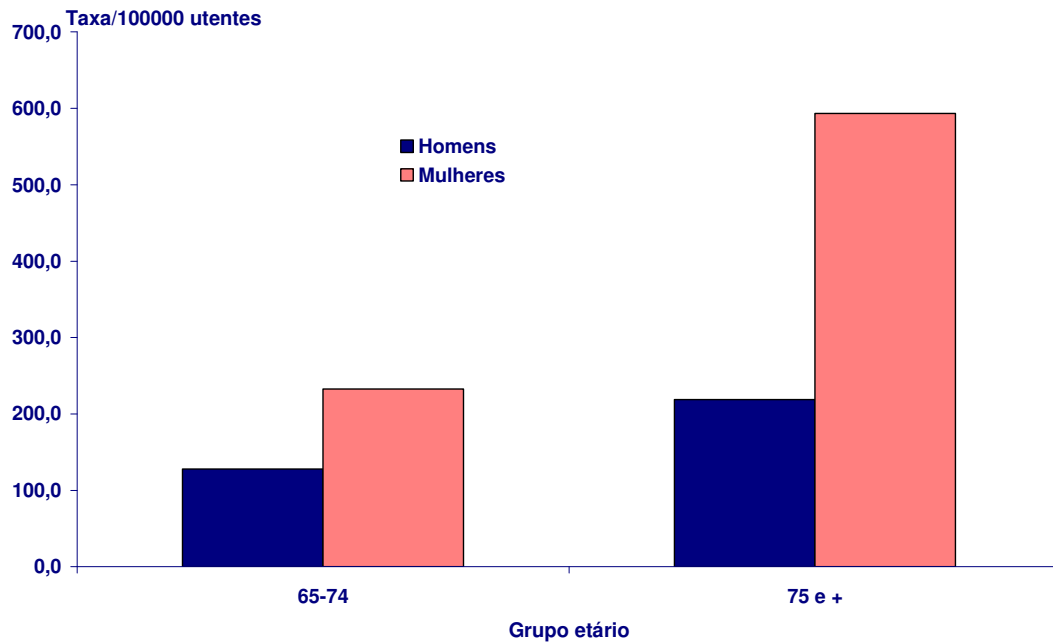


Fig. 6 - Taxas de incidência anuais de Fractura do Colo do Fémur, por sexo e grupo etário, em 2007

Prescrição de Antibacterianos

Cada médico participante foi solicitado a notificar todos os antibacterianos (AB) que prescreveu a indivíduos pertencentes à sua lista de utentes. Destes, eram elegíveis para notificação não só os AB prescritos por iniciativa do próprio médico, mas também os que foram prescritos por solicitação de outro médico ou mesmo do próprio utente.

Os AB prescritos foram codificados de acordo com a Classificação ATC da OMS

Para cada AB prescrito foi notificada a doença, sintomatologia ou situação que motivou a prescrição, tendo sido determinada de acordo com o melhor conhecimento do médico à data da notificação. A doença ou motivo da prescrição indicado na notificação inicial não foi sujeito a confirmação posterior. Este parâmetro foi codificado de acordo com a International Classification of Primary Care – 2ª edição.

Na sua totalidade foram prescritos 9034 antibacterianos, 8878 prescritos em esquema de monoterapia. Em 156 consultas foram prescritos 2 antibacterianos.

Quase metade das prescrições disseram respeito a antibacterianos do grupo dos *beta-lactâmicos*, *penicilinas* (49,3%) (Quadro XIII). As polémicas *quinolonas* corresponderam ao terceiro grupo de antibacterianos mais prescritos.

No Quadro XIV descreve-se a prescrição por grupo etário. Da sua análise ressalta valores máximos de prescrição de antibacterianos, no que diz respeito aos grupos dos *beta-lactâmicos*, *penicilinas* e *outros beta-lactâmicos*, nomeadamente *cefalosporinas*, nos utentes dos dois grupos etários mais novos. As *quinolonas* atingem o seu pico no grupo etário de 75 e mais anos.

Quadro XIV – Estimativa do nº anual de prescrições de antibacterianos (/10³ utentes), segundo a classificação ATC, por grupo etário, em 2007

	≤4		5-9		10-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		≥75		Total	
	Nº	AB/10 ³	Nº	AB/10 ³	Nº	AB/10 ³	Nº	AB/10 ³	Nº	AB/10 ³	Nº	AB/10 ³	Nº	AB/10 ³	Nº	AB/10 ³	Nº	AB/10 ³	Nº	AB/10 ³	Nº	AB/10 ³
β-lactâmicos, penicilinas	627	106,6	494	84,0	251	44,0	458	35,3	510	29,2	464	28,2	419	28,6	430	35,8	366	34,2	431	45,9	4450	40,0
Macrólidos e lincosaminas	57	9,7	56	9,5	58	10,2	159	12,3	183	10,5	189	11,5	204	13,9	217	18,0	192	17,9	168	17,9	1483	13,3
Quinolonas	*		*		3	**	64	4,9	132	7,6	182	11,1	214	14,6	259	21,6	290	27,1	324	34,5	1468	13,2
Outros β-lactâmicos	131	22,3	116	19,7	37	6,5	58	4,5	86	4,9	92	5,6	86	5,9	91	7,6	114	10,6	102	10,9	913	8,2
Sulfonamidas e trimetoprim	21	3,6	20	3,4	7	1,2	19	1,5	50	2,9	51	3,1	52	3,6	40	3,3	72	6,7	52	5,5	384	3,5
Outros antibacterianos	4	**	3	**	1	**	22	1,7	23	1,3	33	2,0	21	1,4	27	2,2	28	2,6	40	4,3	202	1,8
Tetraciclinas	*		*		3	**	13	1,0	11	0,6	14	0,9	25	1,7	16	1,3	19	1,8	20	2,1	121	1,1
Aminoglicosidos	1	**	*		*		*		1	**	*		3	**	*		4	**	4		13	0,1
Total	841	143,0	689	117,1	360	63,1	793	61,1	996	57,0	1025	62,3	1024	70,0	1080	89,8	1085	101,3	1141	122	9034	81,3

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das estimativas

Globalmente, a estimativa do nº de antib./1 000 pessoas foi superior no sexo feminino (97,2 prescrições/1 000 utentes) em relação ao sexo masculino (64,0 prescrições/1 000 utentes) (Quadro XV e Fig. 7). Essa diferença ocorreu em todos os grupos etários entre os 5 e os 74 anos. Somente no grupo etários dos 0-4 se verificou, com relevância, maior prescrição no sexo masculino.

Quadro XV – Estimativa do número de prescrições anuais (/10³ utentes) de antibacterianos, por sexo e grupo etário, em 2007

Grupos Etários	Homens		Mulheres	
	Nº casos	Prescrições/ 10 ³	Nº casos	Prescrições/ 10 ³
0-4	457	151,2	384	134,4
5-9	345	114,7	344	119,7
10-14	171	58,7	189	67,7
15-24	308	46,6	485	76,2
25-34	316	36,8	680	76,5
35-44	305	37,9	720	85,6
45-54	290	41,0	734	97,2
55-64	355	63,2	725	113,2
65-74	410	87,4	675	112,1
≥75	448	122,5	693	120,9
Total	3405	64,0	5629	97,2

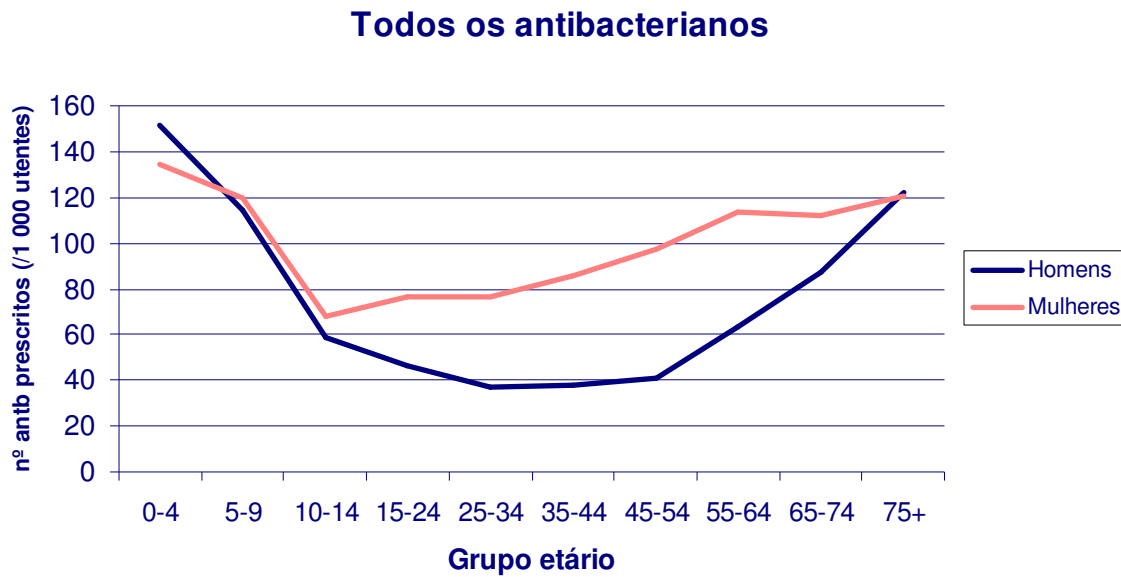


Figura 7 – Número de prescrições de AB (/1 000 utentes), por sexo e grupo etário, em 2007

A análise das doenças ou situações clínicas que levaram à prescrição antibacteriana revelou que na sua maioria foram doenças do aparelho respiratório, apresentando-se em segundo lugar as doenças do aparelho urinário.

Para a maioria das doenças o grupo de antibacterianos mais frequentemente prescrito foi o das *β-lactâmicos*, *penicilinas*. Exceptuaram-se as infecções do aparelho urinário, nas quais foram usadas as *quinolonas* para um pouco mais de metade das situações (Quadro XVI).

Quadro XVI – Distribuição percentual de prescrições de AB, por grupo ATC, segundo o aparelho ou órgão envolvido, em 2007

AB	Ap. Respiratório	Ap. Urinário	Pele	Ap. Auditivo	Ap. Digestivo	Outros
	% (N=4563)	% (N=1497)	% (N=1097)	% (N=822)	% (N=631)	% (N=407)
Penicilinas	54.6	21.3	54.0	61.4	69.7	29,0
Macrólidos	25.8	1.2	3.3	7.1	16.3	19,7
Quinolonas	7.3	50.6	17.1	3.9	5.1	29,7
Cefalosporinas	10.7	4.5	8.0	26.6	3.5	7,1
Sulfonamidas	0.2	21.6	0.3	0.5	4.8	2,7
Tetraciclinas	1.4	0.1	2.4	0.2	0.2	6,6

N- total de prescrições

Em 8804 prescrições, independente de se tratar de monoterapia ou de associação de dois antibacterianos, foi registada informação acerca do antibiograma. Assim, em 89,4% das prescrições não foi feito pedido de antibiograma; em 4,5% foi pedido, mas aguardava resultado à data da notificação; 6,1% das prescrições foram feitas baseadas no resultado.

Quando se analisa a realização do antibiograma relativamente ao aparelho ou órgão envolvido no episódio de doença constatou-se que foram as prescrições relacionadas com as infecções do aparelho urinário que apresentaram a maior percentagem de concretização de antibiograma (52,2%), eventualmente pela maior facilidade de colheita do produto biológico em causa, logo seguidas das relacionadas com o aparelho genital feminino (30,3%) (Quadro XVII).

Quadro XVII – Distribuição percentual de prescrições de AB, pela situação face ao pedido de TSA, segundo o aparelho ou órgão envolvido no episódio de doença, em 2007

	Sem pedido de TSA	Pedido TSA, aguarda resultado	Com resultado de TSA	Total de prescrições
Ap. Respiratório	98,7	0,9	0,3	4452
Ap. Urinário	47,8	21,5	30,7	1483
Pele	97,9	0,7	1,4	1062
Ap. Auditivo	98,3	0,9	0,9	818
Ap. Digestivo	97,5	1,2	1,2	566
Outros*	87,8	3,1	9,2	392
Ap. Genital feminino	69,6	5,9	24,4	137
Ap. Genital masculino	96,0	4,0		76

*Na categoria «Outros» estão incluídos os Ap. Genital masculino e feminino

Em 8800 notificações o médico assinalou a iniciativa de prescrição. Verificou-se que 68,4% das prescrições foram da iniciativa própria, 30,6% foi da iniciativa de outro colega. Apenas 1,1% das prescrições foram da iniciativa de terceiros, na sua maioria, farmacêuticos, o próprio doente e familiares. Apesar de pouco expressiva, correspondendo a 93 prescrições, esta iniciativa reveste-se de especial importância atendendo a tratar-se, numa perspectiva alargada, de automedicação.

No Quadro XVIII analisa-se a distribuição percentual das prescrições pela situação face à iniciativa da prescrição.

Quadro XVIII - Distribuição percentual das prescrições pela situação face à iniciativa da prescrição, segundo o grupo ATC de antibacterianos, em 2007

AB	Iniciativa do próprio médico	Iniciativa de outro médico	Iniciativa de outrem
Penicilinas	64,4	34,5	1,1
Macrólidos	75,9	22,8	1,2
Quinolonas	68,8	30,2	1,0
Cefalosporinas	72,0	27,4	0,7
Sulfonamidas	63,4	35,3	1,3
Tetraciclinas	84,0	16,0	-

Interrupção Voluntária da Gravidez

Durante o ano de 2007 foram notificados 67 casos de Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG).

Foi notificada uma ocorrência numa adolescente de 14 anos, o que correspondeu ao caso reportado com menor idade.

Estimou-se uma **taxa de incidência de 197,0 casos por 100000 utentes, na população feminina de 10-54 anos de idade.**

Na população utente <25 anos, obteve-se uma **taxa de incidência de 284,0/10⁵.**

A taxa de incidência mais elevada (392,8/10⁵) foi registada no grupo etário 15-24 anos, logo seguida na do grupo de mulheres com idades compreendidas entre os 25 e 34 anos de idade (Quadro XIX e Fig. 8).

Quadro XIX – Distribuição percentual dos casos e estimativa da taxa de incidência anual (/10⁵utentes) de Interrupção Voluntária de Gravidez, por grupo etário, em 2007

Grupo etário	Nº IVG	%	Taxa /10⁵
10-14	1	1,5	**
15-24	25	37,3	392,8
25-34	25	37,3	281,2
35-44	15	22,4	178,4
45-54	1	1,5	**
Total	67	100,0	197,0
≤25	26	38,8	284,0

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

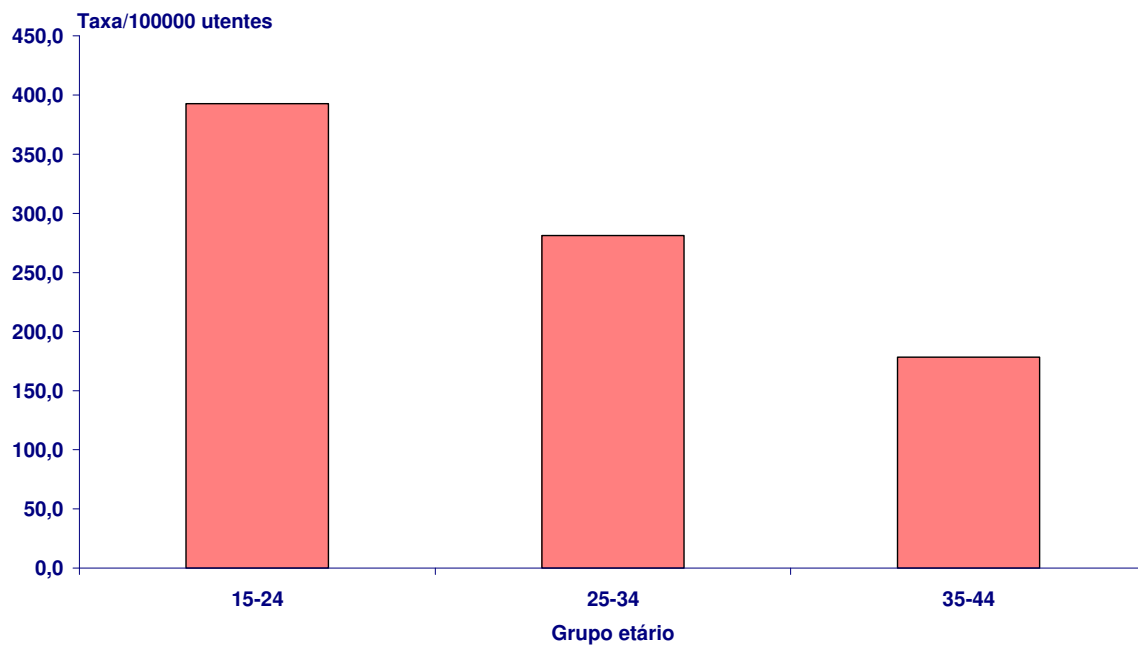


Fig. 8 - Taxas de incidência anuais de Interrupção Voluntária da Gravidez, por grupo etário, nas mulheres de 15-44 anos de idade, em 2007

Consulta relacionada com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

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

- *Casos novos*: foram considerados os novos diagnósticos de DPOC referidos pelos MS em 2007. Não foi perguntado ao médico qual o método utilizado para a confirmação do diagnóstico.
- *Casos conhecidos*: foram incluídos nesta categoria todos os casos de DPOC diagnosticados anteriormente.
- *Casos sem diagnóstico*: foram incluídos nesta categoria todos os casos em estudo, cujo diagnóstico não estava ainda confirmado, e também os pedidos de esclarecimento, de aconselhamento, de atestados, declarações, desde que tivessem motivado a consulta etc.

Durante o ano de 2007 foram notificadas 1312 consultas relacionadas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

O motivo mais invocado para a realização das consultas foi a *renovação de medicação* (56,3%) logo seguido do *seguimento* (34,6%) (Quadro XX).

Quadro XX – Percentagem de consultas relacionadas com DPOC, segundo o motivo, em 2007

Motivo de consulta*	% (n=1312)
Início de sintomas	3,2 (42)
Alteração do padrão dos sintomas	6,3 (82)
Exacerbação	17,6 (231)
Renovação de medicação	56,3 (739)
Consulta de seguimento	34,6 (454)
Outro (aconselhamento, esclarecimento, motivos administrativos)	5,7 (75)

*os motivos de consulta não são mutuamente exclusivos
n: nº de registos válidos
(): numerador da percentagem

Estimou-se um **número de consultas anual relacionado com DPCO de 1180,6 consultas por 100000 utentes.**

Verificou-se que a estimativa do número de consultas/10⁵ utentes aumentou progressivamente até aos 75 e + anos onde atingiu o valor máximo de 5900,5/10⁵. Também com o aumento de idade se verificou um predomínio de consultas no sexo masculino (Quadro XXI e Fig. 9).

Quadro XXI - **Estimativa do número anual de consultas (/10⁵ utentes) relacionado com DPOC, por grupo etário, em 2007**

Grupo etário	Nº consultas	Consultas/10 ⁵
0-4	*	-
5-9	2	**
10-14	*	-
15-24	5	**
25-34	7	40,1
35-44	19	115,4
45-54	92	628,8
55-64	254	2111,9
65-74	379	3537,8
≥75	554	5900,5
Total	1312	1180,6

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

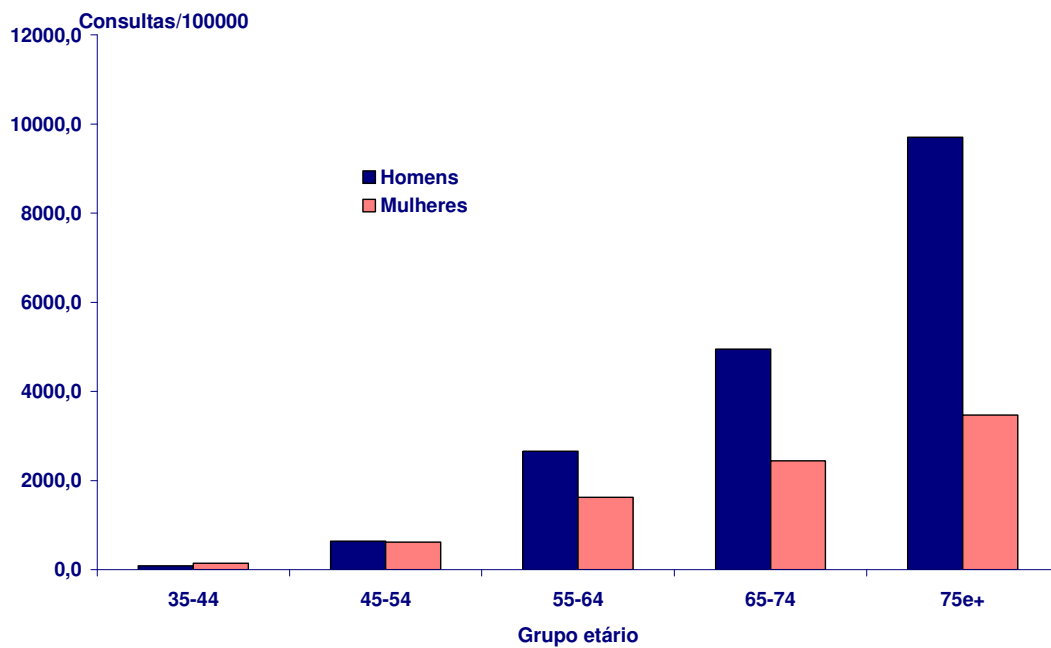


Fig. 9 – Estimativa do número anual de consultas relacionadas com DPOC, por sexo e grupo etário, em 2007

Em 1292 notificações foi assinalada a classificação do caso relativamente ao diagnóstico. Assim, 78 consultas foram de casos novos (6,0%), 1196 de casos conhecidos (92,6%) e 18 de casos sem diagnóstico (1,4%) (Quadro XXII).

Quadro XXII - Distribuição percentual das consultas relacionadas com DPOC, notificadas em 2007, por casos novos, casos conhecidos e casos sem diagnóstico, em cada grupo etário

Grupo etário	Consultas a casos novos	Consultas a casos conhecidos	Consultas a casos sem diagnóstico	Total de casos classificados Nº	s/inf
	%	%	%		
0-4	-	-	-	*	
5-9		100,0		2	
10-14	-	-	-	*	
15-24	-	100,0	-	5	
25-34	14,3	85,7	-	7	
35-44	26,3	73,7	-	19	
45-54	13,0	84,8	2,2	92	
55-64	7,5	89,4	3,1	254	
65-74	7,8	90,3	1,9	373	1,6
≥75	2,2	97,6	0,2	540	2,5
Todas idades	6,0	92,6	1,4	1292	1,5

* Sem registo de casos

Quando se analisou a distribuição das diferentes consultas por grupo etário, verificou-se que foi a partir do grupo etário 25-34 anos que se registaram consultas a casos novos e que estas ocorreram, com maior frequência, nos homens de 65-74 anos de idade (37,2%) (Quadro XXIII).

Quadro XXIII - Distribuição percentual das consultas de casos novos, casos conhecidos e casos sem diagnóstico, relacionadas com DPCO e estimativa do número anual de primeiras consultas (/10⁵) de DPCO, por grupo etário, em 2007

Grupo etário	Casos novos			Casos conhecidos		Casos sem diagnóstico	
	Nº	%	Consultas/10 ⁵	Nº	%	Nº	%
0-4	*	-	-	*	-	*	-
5-9	*	-	-	2	0,2	*	-
10-14	*	-	-	*		*	-
15-24	*	-	-	5	0,4	*	-
25-34	1	1,3	**	6	0,5	*	-
35-44	5	6,4	**	14	1,2	*	-
45-54	12	15,4	82,0	78	6,5	2	11,1
55-64	19	24,4	158,0	227	19,0	8	44,4
65-74	29	37,2	270,7	337	28,2	7	38,9
≥75	12	15,4	127,8	527	44,1	1	5,6
Total	78	100,0	70,2	1196	100,0	18	100,0

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

Com base no número de consultas de casos novos, estimou-se uma **taxa de incidência anual de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica de 70,2 por 100000 utentes.**

A taxa estimada para o sexo masculino e feminino atingiu o valor máximo no grupo etário dos 65-74 anos (homens: 298,4/10⁵; mulheres: 249,1/10⁵) (Quadro XXIV e Fig. 10).

Quadro XXIV - Estimativa do número anual de consultas (/10⁵ utentes) relacionado com DPOC, por sexo e grupo etário, em 2007

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵
0-24	*	-	*	-	*	-
25-34	1	**	*	-	1	**
35-44	2	**	3	**	5	**
45-54	8	113,1	4	**	12	82,0
55-64	9	159,7	10	156,4	19	158,0
65-74	14	298,4	15	249,1	29	270,7
≥75	8	218,8	4	**	12	127,8
Total	42	78,9	36	62,2	78	70,2

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

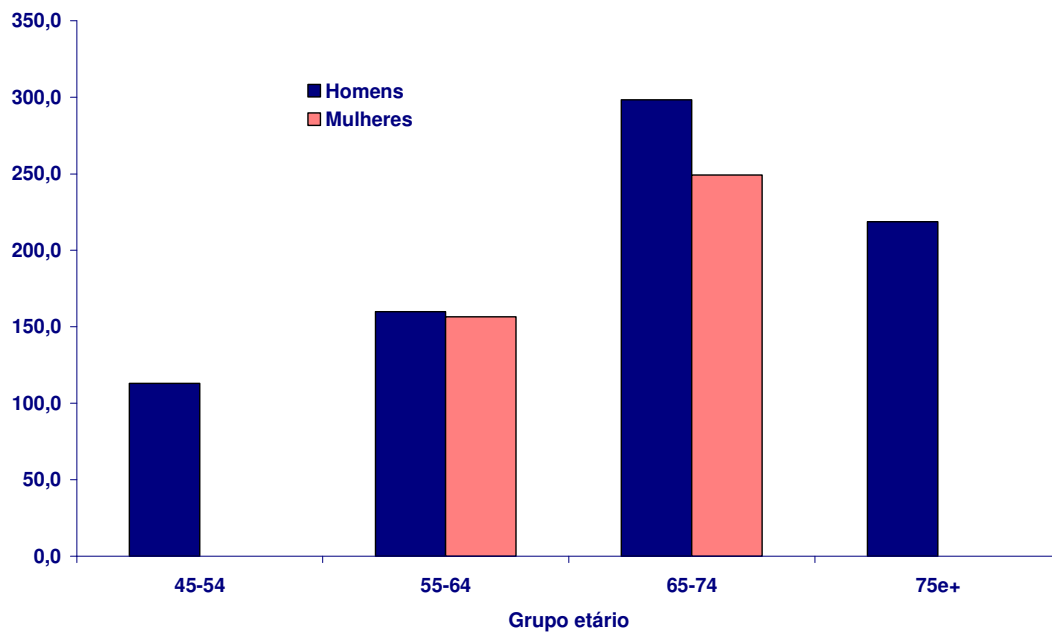


Fig. 10 - Taxas de incidência anuais de casos novos de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, por sexo e grupo etário, em 2007

Das consultas realizadas em que o médico registou a decisão clínica, constatou-se que a maioria envolveu a prescrição medicamentosa (84,8%) (Quadro XXV).

Quadro XXV – Percentagem de consultas relacionadas com DPCO, segundo a decisão médica, em 2007

Decisão médica *	% (n=1312)
Aconselhou/esclareceu o doente	27,4 (360)
Referenciou o utente	5,4 (71)
Medicou o utente	84,8 (1113)

*: 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 84,8% (1113) das consultas. Em 9 consultas não houve registo do tipo de prescrição.

Da análise das 1104 consultas constatou-se que o esquema terapêutico mais utilizado foi o da monoterapia (Quadro XXVI).

Quadro XXVI – Esquema terapêutico utilizado nas consultas relacionadas com DPCO, em 2007

Esquema terapêutico*	Nº de consultas
Monoterapia	533
Associações medicamentosas	
2 Medicamentos	255
3 Medicamentos	144
4 Medicamentos	72

* Inclui oxigenoterapia

No Quadro XXVII listam-se os medicamentos prescritos, de acordo com a classificação ATC, e analisa-se a proporção com que o foram relativamente ao total de prescrições (1963).

Quadro XXVII – Percentagem de prescrições relacionadas com DPOC, por tipo de medicamentos (classificação ATC) e oxigenoterapia, em 2007

Oxigenoterapia e Medicamentos (ATC)	Nº Prescrições*	% (n=1963)
Oxigénio	114	5,8
Antiasmáticos		
Medicamentos adrenérgicos de inalação	730	37,2
Outros antiasmáticos de inalação	669	34,1
Medicamentos adrenérgicos de uso sistémico	16	0,8
Outros antiasmáticos de uso sistémico	262	13,3
Medicamentos para constipações e para a tosse		
Expectorantes	109	5,6
Anti-histamínicos de uso sistémico	3	0,2
Vacinas		
Vacina pneumocócica	12	0,6
Vacina para a gripe	15	0,8
Outras vacinas bacterianas	3	0,2
Corticosteróides de uso sistémico	30	1,5

*Numa mesma consulta, pode ter ocorrido mais do que uma prescrição dentro da mesma categoria, nomeadamente das categorias do grupo «Antiasmáticos»

Consulta no Domicílio

Um utente do SNS tem direito a assistência médica no domicílio sempre que o seu médico de medicina geral e familiar determine essa necessidade. Com o envelhecimento da população poder-se-á especular sobre um aumento da procura deste tipo de cuidados.

Durante o ano de 2007 foi estudada a prática dos Médicos-Sentinela relativamente à realização de consultas domiciliárias.

Foram notificados 2231 consultas no domicílio, dos quais 769 (34,5%) do sexo masculino e 1462 (65,5%) no sexo feminino.

Estimou-se um **número de consultas domiciliárias anual de 2007,6 consultas por 100000 utentes.**

Para o conjunto dos dois sexos foi no grupo etário dos 75 e anos que se verificou o grande aumento de consultas domiciliárias, nomeadamente $18534,9/10^5$ (Quadro XXVIII e Fig. 11).

Quadro XXVIII – Estimativa do número de consultas domiciliárias (/10⁵), por sexo e grupo etário, em 2007

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº consultas	Consultas/ 10 ⁵	Nº consultas	Consultas/ 10 ⁵	Nº consultas	Consultas/ 10 ⁵
0-4	1	**	*	-	1	**
5-9	*	-	1	**	1	**
10-14	2	**	1	**	3	**
15-24	1	**	2	**	3	**
25-34	2	**	1	**	3	**
35-44	9	111,8	9	107,0	18	109,4
45-54	26	367,5	18	238,3	44	300,8
55-64	43	763,2	44	688,3	87	723,4
65-74	145	3090,4	187	3105,8	332	3099,0
≥75	540	14766,2	1199	20917,7	1739	18521,7
Total	769	1444,1	1462	2526,0	2231	2007,6

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

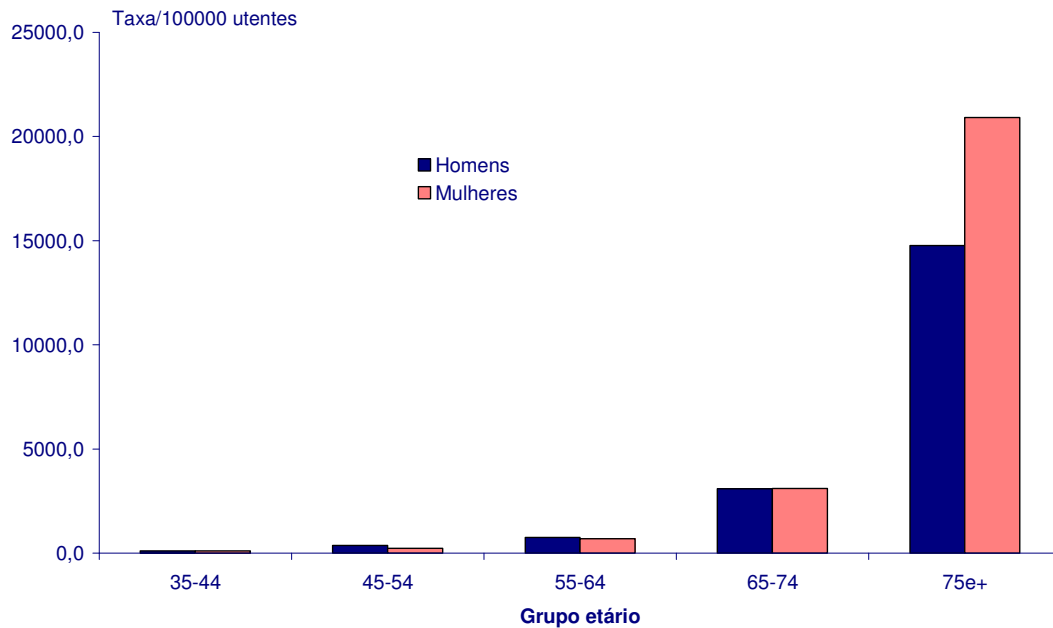


Fig. 11 – Estimativa do número anual de consultas no domicílio, por sexo e grupo etário, em 2007

Relativamente à iniciativa da consulta, foi o médico (40,9%) logo seguido do familiar/cuidador (36,1%), que em maior percentagem desencadeou a consulta (Quadro XXIX).

Quadro XXIX – Percentagem de consultas domiciliárias segundo a iniciativa, em 2007

Iniciativa de consulta	% (n=2230)
Utente	17,8 (398)
Médico	40,9 (912)
Familiar/Cuidador	36,1 (806)
Enfermeiro	4,2 (94)
Outro	0,9 (20)

n: nº de registos válidos
(): numerador da percentagem

O motivo mais invocado para a realização da consulta domiciliária foi o da doença crónica (74,6%) (Quadro XXX).

Quadro XXX – Percentagem de consultas domiciliárias segundo o motivo de consulta, em 2007

Motivo de consulta	% (n=2231)
Doença aguda	28,5 (636)
Doença crónica	74,6 (1664)
Problema psicológico/psiquiátrico	7,5 (167)
Problema social	6,6 (147)
Problema laboral	0,1 (3)

*: Os motivos de consulta não são mutuamente exclusivos

n: Nº de registos válidos

(): Numerador da percentagem

Das notificações em que houve registo sobre a ocorrência de referenciação (2215), retira-se que em 97 consultas domiciliárias (4,4%) o médico referenciou o doente.

No Quadro XXXI explicitam-se as especialidades de referência.

O serviço de urgência absorveu 35,8% das situações referenciadas, 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 27,4% dos casos referenciados.

Quadro XXXI - Distribuição das consultas domiciliárias em que houve lugar a referenciação por especialidade médico-cirúrgica, em 2007

Especialidade de referenciação	% (N=95)
Serviço de urgência	35,8 (34)
Cirurgia Geral	10,5 (10)
Medicina Interna	8,4 (8)
Psiquiatria, Psicologia e Saúde Mental	7,4 (7)
Medicina Física e de Reabilitação	5,3 (5)
Ortopedia	5,3 (5)
Outra	27,4 (26)

n: Nº de registos válidos

(): Numerador da percentagem

Acontecimentos IRIS

Durante o ano de 2007, 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 2007

- **TGV – Tabaco e Gravidez**

Objectivos: Estimar a percentagem de

1. Mulheres que fumaram durante a gravidez
 2. Mulheres fumadoras que deixaram de fumar durante a gravidez”
 3. Mulheres fumadoras que deixaram de fumar durante a gravidez e voltaram a fumar no período de 6 meses após o parto
-
- **Prevalência da diabetes e incidência das respectivas complicações numa coorte de diabéticos portugueses (3ª fase)**

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 ecrãs do EISS, no site www.eiss.org.

ESTUDOS-SATÉLITE REALIZADOS

1989

- **A SÍNDROMA GRIPAL EM 1989-1990**

Publicado em:

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

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

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

Publicado em:

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

1990

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

Publicado em:

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

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

1992

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

Publicado em:

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

- **INCIDÊNCIA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO SEXUAL**

Publicado em:

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

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

- **DOENÇA DE PARKINSON**

Publicado em:

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

1993

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

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

Publicado em:

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

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

Publicado em:

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

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

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

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

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

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

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

- **PREVALÊNCIA DA EPILEPSIA**

Publicado em:

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

1994

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

Publicado em:

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

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

Publicado em:

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

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

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

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

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

Publicado em:

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

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

1995

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

Publicado em:

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

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

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

1996

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

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

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

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

1997

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

1998

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

1999

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

2000

- **ETIOLOGIA DAS DIARREIAS AGUDAS** (continuação do estudo) (não publicado)
- **CASOS DE VARICELA QUE NÃO CHEGAM AO CONHECIMENTO DO MÉDICO DE FAMÍLIA**
Publicado em:
Fleming DM Schellevis SG, Falcao IM, Alonso TV, Padilla ML. The incidence of chickenpox in the community. Lessons for disease surveillance in sentinel practice networks. *European Journal of Epidemiology* 2002; 17:1023-1027.

2001

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

2002

- **COMPLICAÇÕES E CUSTOS SOCIAIS DA VARICELA** (não publicado)
- **REGIMES TERAPÊUTICOS PARA A ÚLCERA PÉPTICA E O *Helicobacter pylori***
Publicado em:
Ana Paula Martins *et al.* Regimes terapêuticos para a úlcera péptica e o *helicobacter pylori* nos utentes da Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral* 2005; 21:431-44.

2003

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

2005

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

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

2006

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

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

1997

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

1998

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

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

1999

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

2000

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

2001

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

2002

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

2003

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

2004

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

2005

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

2006

- Ascensão P, Fibrilhação auricular e prevenção do tromboembolismo - estudo numa população de utentes de centros de saúde. *Rev Port Clin Geral* 2006; 22:13-24.
- Falcão I, Silva M. Dislipidémia: uma abordagem pela Rede Médicos-Sentinela *Observações*. ONSA 2006, 30.
- Falcão I.M Andrade HR. A gripe em 2005-2006: tão falada e receada, mas afinal tão ligeira! *Observações*. ONSA 2006, 31.
- *Observações* ONSA 2004, 23.

2007

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



ANEXO I

Instrumento de notação – 2007

MÉDICO Data do preenchimento: / / 2007

Se não efectuou registos na semana de: / / c

indique o motivo:

INFORMAÇÃO RELATIVA AO UTENTE

NOPI-1111-1111-11

Idade: .., *HH anos

Sexo: ..-0

Foi causa de morte do utente? Sim D Não D Ignora D (Não aplicável aos temas: prescrição de antibacterianos, consulta relacionada com DPOC e consulta no domicílio).

Foi hospitalizado? Sim D Não D Ignora D (24 h ou mais; em qualquer hospital; não aplicável aos temas: prescrição de antibacterianos, consulta relacionada com DPOC e consulta no domicílio).

INFORMAÇÃO GERAL SOBRE O PROBLEMA

Data da ocorrência: HH-HH-HH

(É a data de início dos sinais ou sintomas para síndrome Gripal, AVC, Enfarte, Varicela e Fractura do Colo de Fémur; para a Diabetes é a data do diagnóstico; para a IVG é a data em que foi feita a IVG; para a Consulta relacionada com DPOC, Prescriçã de Antibacterianos e Consulta no Domicílio é a data da consulta).

SÍNDROMA GRIPAL

	S	N	I
Início súbito (< 12 h).....	1	2	9
Tosse	1	2	9
Calafrios	1	2	9
Febre	1	2	9
Debilidade, prostração	1	2	9
Mialgias, dores generalizadas	1	2	9
Inflamação da mucosa nasal e faríngea, sem sinais respiratórios relevantes	1	2	9
Contacto com doente de gripe.....	1	2	9
Foi enviado exsudado nasofaríngeo?.....	1	2	-
Este utente foi vacinado contra a gripe? ...	1	2	9

DIABETES (só os casos diagnosticados desde 01/01/07)

IAVC (Acidente Vascular Cerebral)

ENF ARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

VARICELA

_FRACTURA DO COLO DE FÉMUR

PRESCRIÇÃO DE ANTIBACTERIANOS

Qual foi o antibacteriano prescrito? (indique o nome comercial ou químico)

Sobre o antibiograma indique (apenas uma opção):

Não foi pedido

Foi pedido e aguarda-se o resultado

A prescrição baseou-se no resultado

Indique a doença ou situação clínica (protecção dos contactos, etc) que levou à prescrição do antibacteriano:

De quem foi a iniciativa da prescrição? (assinale apenas uma opção)

Sua

De outro colega

De outro. Indique de quem:

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ (IVG)

Indique o local/agente onde foi iniciada a IVG:

Hospital/Serviço de saúde

Médico noutro local.....

Enfermeiro noutro local

Leigo/curiosa.....

A própria

Ignora.....

CONSULTA RELACIONADA COM DPOC
(Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)

Qual foi o motivo desta consulta? (assinale uma ou mais opções)

Início de sintomas.....

Alteração do padrão dos sintomas.....

Exacerbação.....

Renovação de medicação.....

Consulta de seguimento.....

Outros (aconselhamento, esclarecimento, pedido de atestado/declaração).....

Em relação ao diagnóstico, indique se é:

(assinale apenas uma opção)

Caso novo (só pode ser notificado uma vez).....

Caso conhecido.....

Caso sem diagnóstico.....

(caso em estudo, esclarecimento/aconselhamento, etc)

Indique qual foi a sua decisão (uma ou mais opções)

Aconselhou/esclareceu o utente?.....

Referenciou o utente?.....

Medicou o utente?.....

Indique os medicamentos que prescreveu (só os relacionados com DPOC)

CONSULTA NO DOMICÍLIO

De quem foi a iniciativa/pedido da consulta? (apenas uma opção)

Utente.....

Médico.....

Familiar/cuidador.....

Enfermeiro.....

Outro.....

Qual foi o motivo desta consulta? (uma ou mais opções)

Doença aguda.....

Doença crónica.....

Problema psicológico/psiquiátrico.....

Problema social.....

Problema laboral.....

Referenciou o utente?

Sim Para que consulta?

Não

