



INSTITUTO NACIONAL DE SAUDE
Dr. Ricardo Jorge

Médicos-Sentinela

Relatório de Actividades

24

O que se fez
em 2010



MÉDICOS-SENTINELA

O que se fez em 2010

24

Lisboa, 2014

FICHA TÉCNICA

Médicos–Sentinela. O que se fez em 2010. Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa 2012. 39 pág.(Médicos-Sentinela 24).

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

Autores:

Maria João Branco, Susana Silva, Inês Batista, Baltazar Nunes, Carlos Matias Dias

Editor:

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.

Departamento de Epidemiologia (DEP).

Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa - Portugal

Correio eletrónico: ms.onsa@insa.min-saude.pt

Telefone: 217 526 488

Fax: 217 526 400

<http://www.insa.pt>

Coordenador da Rede Médicos-Sentinela: Carlos Dias

AGRADECIMENTOS

Aos Médicos-Sentinelas participantes na Rede em 2010:

MÉDICOS PARTICIPANTES	CENTRO DE SAÚDE
ADÃO NOGUEIRA	BRAGA
ADRIANO BORGES MONTEIRO	AZAMBUJA
ADRIANO DE OLIVEIRA DOMINGUES	ÁGUEDA
ALDORA SARAIVA NEVES FIRMO	USF VITASURIUM
ALVARO LUIS PORTELA SIMOES	OLIVEIRA DO HOSPITAL
ALZIRA FLORINDA C. ALVES GOMES	REBORDOSA
ALZIRA M. OLIVEIRA BRAGA BISCAIA	RIO TINTO
AMADEU ANTONIO PINTO DUARTE	LAMEGO
ANA ISABEL FRANCO	USF MARGINAL
ANA MARIA COSTA FONSECA FERRAO	USF MARGINAL
ANA MARIA DA CONCEIÇÃO ERNESTO	MEALHADA
ANA MARIA FERREIRA	CELORICO DA BEIRA
ANA MARIA ISIDRO MONSANTO PEREIRA	OURIQUE
ANA MARIA MEIRA MACEDO SARDINHA	USF HORIZONTE
ANA MARIA RODRIGUES BARROS	GORJÃO HENRIQUES
ANA MARIA SILVA AZENHA PISCO	TORNADA
ANA PAULA JESUS MOREIRA	BARÃO CORVO
ANA PAULA PIRES GRANADEIRO	MOITA
ANNE TANCREDE	ALJEZUR
ANTONI JIMENEZ GARCIA	ODEMIRA
ANTÓNIO CAIO	FUNDÃO
ANTONIO JOAO PASSAO LOPES	ÉVORA II
ANTONIO JOSE NOVAIS TAVARES	MAÇÃO
ARMANDO BRITO SA	RODRIGUES MIGUÉIS/BENFICA
ARMINDA SANTOS MOREIRA PIRES	SENHORA DA HORA
ARQUIMINIO SIMOES ELISEU	USF EBORAE
AUSENDA ZAIDA MART.E BELO MARTINS	PONTE DE SÔR
CAMILA MANUELA DIAS PINTO	USF FAMILIAS
CAMILO MONTEIRO SILVA	USF FAMILIAS
CARLOS MANUEL PRINCIPE CEIA	CORUCHE
CARLOS MARTINS	S. JOÃO

CECILIA Mª MARQ. GARRIDO TEIXEIRA	USF GAMA
CESARINA AUGUSTA SANTOS SILVA	ERMESINDE
CRISTINA MARIA SILVA CHILRO	CASTELO DE PAIVA
CRISTINA SOUSA CASTELA	TAROUCA
CRISTINA SOUSA PEREIRA PINTO	SANTA CRUZ BISPO
DANIELA DE ALMEIDA MOREIRA	VISEU 3
EDITE MARIA CALDAS R. DA SILVA	LEÇA DA PALMEIRA
ELISA MARIA BENTO DA GUIA	MOIMENTA DA BEIRA
ELSA COLACO ALCANTRA MELO	USF EBORAE
EMILIA MARIA M. C. TEIXEIRA	LEÇA DA PALMEIRA
FELICIDADE MARIA MALHEIRO	PARANHOS
FERNANDO AUGUSTO SEVERINO SILVA	VISEU
FERNANDO FERREIRA	USF STº ANDRÉ DO CANIDELo
FERNANDO JOSE SANTOS ALMEIDA	ARCOZELO
FERNANDO MANUEL MESQUITA OLIVEIRA	USF FAMILIAS
FERNANDO OLIVEIRA RODRIGUES	PONTE DE SÔR
HELENA MARIA FERREIRA DE OLIVEIRA	USF D'AS TERRAS DE LANHOSO
ISABEL SERPA BRANCO	USF EBORAE
ISABEL TAVEIRA PINTO	PONTE DE SÔR
ISABELA MARIA NOGUEIRA DOS SANTOS	USF + CARANDÁ
JAIME BRITO DA TORRE	MACHICO
JAIME CORREIA DE SOUSA	U.S.F. HORIZONTE
JOANA MARIA RAFAEL PINTO SANTOS	SENHORA DA HORA
JOANA NETO DE CARVALHO	STº CONDESTÁVEL
JOAO ADELIO TROCADO MOREIRA	AVIS
JOÃO ALBERTO CARVALHO	FUNDÃO
JOAO ANTONIO MARTIN SILVA REGO	USF FAFE SENTINELA
JOAO HORACIO SOARES MEDEIROS	USF FÉNIX VILA REAL
JOAO LUIS DA SILVA PEREIRA	SACAVÉM
JOAO MANUEL ALMEIDA DINIZ	USF NOVO CUIDAR
JOAO PEDRO FARIA	USF MARGINAL
JOAO RICARDO SANTOS BRITO	GRAÇA
JOAO VAZ RAMIRES	USF MARGINAL
JOAQUIM BAPTISTA DA FONSECA	STº MARTA DE PENAGUIÃO
JOAQUIM RAMALHO FITAS	MONTEMOR-O-NOVO

JORGE ALBERTO LORGA RAMOS	USF PLANICIE
JORGE MANUEL PEREIRA CRUZ	MIRANDELA
JORGE MARIA SILVA VIANA Sã	USF EBORAE
JOSE ANTONIO NUNES DE SOUSA	USF FAMILIAS
JOSE ARMANDO BAPTISTA PEREIRA	USF BALTAR
JOSE AUGUSTO RODRIGUES SIMOES	USF MARQUES DE MARIALVA
JOSE FRANCISCO BORREGA ABREU	MONTEMOR-O-NOVO
JOSÉ MENDES NUNES	OEIRAS
JOSEFINA MARAU	SINTRA
LEONOR RAMALHO	VENDA NOVA
LIA MARTINS FERREIRA CARDOSO	WISEU 1
LICINIO LABORINHO FIALHO	USF MAR DE SAUDE
LUCIARA PAIVA	MONCHIQUE
LUIS SILVA	USF HORIZONTE
MADALENA REIS CORBAFO ARAÚJO	VILA DO PORTO
MANUEL AUGUSTO SANTOS COELHO	FUNDÃO
MANUEL LUCIANO CORREIA SILVA	USF HORIZONTE
MANUEL VELOSO	MONCHIQUE
MARGARIDA CONCEIÇÃO REIS P. LIMA	BRAGA I - CARANDÁ
MARGARIDA MANO GUIMARAES	CASTRO D'AIRES
MARIA ALZIRA REIS PEREIRA	CHAMUSCA
MARIA CRISTINA DE MIRA GALVÃO	SERPA
MARIA DA CONCEIÇÃO FRAGA COSTA	PESO DA RÉGUA
MARIA DA CONCEICAO SOUSA BALSINHA	USF MARGINAL
MARIA DA GRAÇA ARAÚJO CARDOSO	VILA NOVA DE FAMALICÃO
MARIA DA LUZ LOUREIRO AMORIM	BRAS OLEIRO
MARIA DE FÁTIMA GOMES DOMINGOS	SOBRAL DE MONTE AGRAÇO
MARIA DE FÁTIMA NOGUEIRA BREIA	MONTEMOR-O-NOVO
MARIA ELVIRA B.F. PINTO COSTA SILVA	BARÃO CORVO
MARIA EMÍLIA BARROS	ESPINHO
MARIA FATIMA SIMOES DA CRUZ	STº CONDESTÁVEL
MARIA FERNANDA MARTINS AMARAL GAMA	S. MIGUEL/CASTELO BRANCO
MARIA FILOMENA MINA HENRIQUES	SANTO DA SERRA
MARIA FILOMENA PRATA VIEIRA	PARANHOS
MARIA GABRIELA SALLÉ T. SOUSA BRITO	LAMEGO

MARIA GRACINDA S. PEREIRA RODRIGUES	PONTE DE SÔR
MARIA HELENA SÁ PEREIRA FERNANDES	U.S.F HORIZONTE
MARIA JOSE SALGUEIRO CARMO	VILA REAL DE STº ANTONIO
MARIA JOSE TOVAR	ÁGUEDA
MARIA LOURDES FERNANDES	PAÇO DE ARCOS
MARIA LUISA MOTA ALMEIDA	BARÃO CORVO
MARIA LUISA RODRIGUES ROMEIRO	OEIRAS
MARIA MADALENA F. PRIMO S. 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	U.S.F HORIZONTE
MARIA ROSARIO MARTINS	USF EBORAE
MARIA TERESA CASTRO LARANJEIRO	GUIMARÃES
MARIA TERESA D. MINISTRO ESTEVES	USF GRÃO VASCO
MARIA TERESA SIMOES BRANDAO	OLIVAIS
MARIA TERESA VIEIRA LIBORIO	USF S. JULIÃO
MARIA VITORIA ALTAS AMARAL	USF EBORAE
MARILIA VASCONC JARDIM FERNANDES	S.ROQUE
MARIO ALEXANDRE PEREIRA SANTOS	USF MARGINAL
MARIO FERNANDO LUZ SILVA	CHAMUSCA
MARISA FATIMA LEMOS CARVALHO	USF FAMILIAS
MARTA OLIVEIRA CARDOSO	SINTRA
MIGUEL ALBERTO CRUZ MELO	BRAGA
NATALIA PREGO CANCELO	VILA NOVA DE FAMALICÃO
OLGA FERREIRA CAPELA	USF FAMILIAS
OLGA MARIA CORREIA XAVIER ROCHA	USF EMERGIR
PASCALE CHARONDIERE	USF MARGINAL
PAULO GUILHERME LOPES ASCENSÃO	OURIQUE
PAULO JOSE MENDES GOUCHA JORGE	USF GERAÇÕES/BENFICA
ROGERIO AURELIO NEVES COSTA	USF EBORAE
ROGERIO RAMIRO C.CARVALHO SOUSA	SABUGAL
ROSA MARIA ANTUNES QUARESMA	GAVIÃO

RUI AFONSO CERNADAS	USF RRE DA AGUDA
RUI ARTUR COUTINHO SILVA NOGUEIRA	NORTON DE MATOS
RUI CESAR CAMPOS CASTRO	SANTARÉM
RUI MANUEL TABORDA GONCALVES	PINHEL
RUI PEREIRA ALVES BRAS	CASTELO DE VIDE
SERGIO ANTÍNIO SOUSA VIEIRA	USF ALÉM D'OURO
SUZIE FERREIRA DA SILVA LEANDRO	USF FAMILIAS
TERESA ALEXANDRA LIMA PONTE	SAO ROQUE DO PICO
TERESA LAGINHA	CORAÇÃO DE JESUS
TIAGO SANTOS FREITAS CARNEIRO	USF MARGINAL
VALERIO IRENEU SANTOS RODRIGUES	USF AL GHARB
VALERIO MANUEL NETO CAPAZ	USF VALE DO SORRAIA
VANDA MARINA MELO PIRES MONTEIRO	VILA NOVA DE FAMALICÃO
VERA GASPAR DA COSTA	USF MONTE DA LUA
VITOR MANUEL BORGES RAMOS	CASCAIS
VITOR MANUEL FERREIRA	MONCHIQUE

Agradece-se, ainda a:

- Administrações Regionais de Saúde;
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar;
- Equipa do Departamento de Epidemiologia, pela revisão crítica.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
MATERIAL E MÉTODOS	2
Médicos-Sentinela em 2010	2
População sob observação	2
População máxima sob observação	2
Atualização da composição das listas	2
População sob observação efetiva	3
Doenças e situações em estudo	4
LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	5
Representatividade da população sob observação	5
Limitações específicas dos numeradores	5
<i>Limitações de diagnóstico</i>	5
<i>Subnotificação de casos</i>	5
<i>Sobre notificação de casos</i>	6
Limitações específicas dos denominadores	6
RESULTADOS	8
Síndrome gripal	8
Definição de conceitos	8
Época de Gripe 2010-2011	10
Diabetes	11
Acidente Vascular Cerebral	12
Enfarte Agudo do Miocárdio	14
Varicela	15
Interrupção Voluntária da Gravidez	16
Herpes	17
Consulta relacionada com o ombro doloroso	20
Lesão autoinfligida	24
Agressão	25
Acidentes	26
Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL)	26
Acidentes de Trabalho (AT)	27
Acidentes de Viação (AV)	29
PARTICIPAÇÃO EM PROJECTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS	30
Sistema de vigilância integrada clínica e laboratorial da gripe	30
I-MOVE “Influenza Monitoring Vaccine Effectiveness in Europe”	30

ESTUDOS-SATÉLITE REALIZADOS	32
PUBLICAÇÕES	34
ANEXO I – INSTRUMENTO DE NOTAÇÃO DE 2010	39

INTRODUÇÃO

A Rede Médicos-Sentinela (MS) é constituída por médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) cuja atividade profissional é desenvolvida, na sua maioria, em Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde. No ano em análise identificaram-se 49 Médicos-Sentinela cuja prática se desenvolvia, dispersa por 26 Unidades de Saúde Familiar.

Os principais objetivos da atividade 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 na lista dos Médicos-Sentinela;
- Fazer a vigilância epidemiológica de algumas doenças que ocorrem na comunidade, de forma a permitir a identificação precoce de eventuais “surtos”;
- Constituir uma base de dados que possibilite, em qualquer momento, a análise epidemiológica aprofundada de doenças com interesse para a saúde pública.

A participação de 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 objetivo fundamental para a coordenação da Rede dos Médicos-Sentinela aumentar o envolvimento dos médicos na atividade 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 atividades passadas e se projeta 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 atividades 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 objetivo específico;
- Discutem-se aspetos relacionados com a utilização dos dados e com a estrutura e organização da rede.

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

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

MATERIAL E MÉTODOS

Médicos-Sentinela em 2010

Em 2010 estiveram inscritos na Rede 152 clínicos, dos quais três da Região Autónoma da Madeira e dois dos Açores. Note-se que as expressões de interesse de participação por parte dos Médicos de Família, concretizadas pela inscrição na Rede, nem sempre se traduziram numa participação efetiva com casos notificados.

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

Quadro I: Número de médicos participantes, por NUT II, em Dezembro de 2010

NUT II	31.12.10
Norte	42
Centro	40
Lisboa e Vale do Tejo	36
Alentejo	23
Algarve	6
R. A. Açores	2
R. A. Madeira	3

População sob observação

Do ponto de vista metodológico torna-se fundamental definir o conceito de “população sob observação”. Identificam-se dois tipos de

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

“população sob observação” (PSO), que se designam por “população *máxima* sob observação” (PMSO) e “população sob observação *efetiva*” (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 ativos. Note-se, que se consideram ativos 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)

Em que

Representa o número de utentes inscritos em cada médico - m

Representa o somatório de todos os médicos

No final do ano de 2010, a **PMSO** atingiu **260 780** indivíduos, correspondendo a 2,5% da população residente, estimada para Portugal em 2010 (INE: 10 636 979).

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

Quadro II - População Máxima sob Observação (PMSO) por sexo e grupo etário. em 31.12.10

Grupo Etário	Homens	Mulheres	H+M
0-4	6479	6225	12704
5-9	7207	6728	13935
10-14	6749	6519	13268
15-24	14518	14465	28983
25-34	19450	20391	39841
35-44	19050	20087	39137
45-54	16947	18180	35127
55-64	13648	15419	29067
65-74	11213	14094	25307
≥75	9151	14260	23411
Total	124412	136368	260780

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 atualização da sua composição.

Atualização da composição das listas

A composição das listas de utentes sofre alterações frequentes pelo que se torna necessário proceder à sua atualização, 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 2010 e para cada médico, a estimativa da composição da respetiva lista, em 30 de Junho desse ano, é dada por:

(Fórmula 2)

Em que:

É a estimativa do número de indivíduos inscritos num médico, a meio do ano.

É o número de indivíduos inscritos em 31.12.09.

É o número de indivíduos inscritos em 31.12.10.

No entanto, a atualização 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 atualização (N_{final}).

No seu cálculo, os valores destas duas listas são afetados por um fator inversamente proporcional ao tempo que separa o dia 30 de Junho 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 2009 e procedeu à sua atualização em Março de 2011.

Consideremos o período de tempo compreendido entre aqueles dois meses.

Meses	2009												2010												2011					
		2				6										1					6								1	
	2				6					12	13					18											25		27	
	I																			C									F	

C data de referência (30.06.10)
I mês a que a composição inicial da lista se refere
F mês a que a atualização da lista se refere

A estimativa da composição da lista em 30.06.10 será obtida pela média ponderada entre o valor da lista em **I** e o novo valor em **F**. O fator de ponderação que afeta cada uma das listas é inversamente proporcional ao grau de afastamento temporal de I e F em relação a C medido em meses. Assim, quanto menor for esse afastamento, mais elevado será o fator de ponderação utilizado.

Os fatores de ponderação (F) serão calculados por:

no exemplo atrás citado:
 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 30.06.10, para um dado médico, será:
 (Fórmula 3)

Outro aspeto a considerar na definição de denominadores para o cálculo das taxas diz respeito ao número de médicos que

não está em atividade, por motivos diversos (doença, férias, formação, etc.). Torna-se, pois, fundamental, criar um novo conceito de população em observação, a “população sob observação efetiva” (PSOE).

População sob observação efetiva

A população sob observação **efetiva** (PSOE) de cada período de tempo varia com o número de médicos que estão em atividade 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 *ativos* 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 **efetiva** é calculada por:

(Fórmula 4)

em que:

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

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

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

(Fórmula 5)

A PSOE_{ano} referente ao ano de 2010, utilizada no cálculo das taxas de incidência anuais, consta do Quadro III. Neste quadro é ainda apresentada a estrutura etária e distribuição por sexo da população inscrita nas listas dos médicos participantes. O cálculo das PSOE exige também que a composição das listas dos médicos seja atualizada periodicamente.

Quadro III: População sob observação efetiva, por sexo e idade, em 2010

Grupo Etário	Homens	Mulheres	H+M
0-4	1082	992	2074
5-9	1298	1236	2534
10-14	1138	1101	2239
15-24	2365	2379	4744
25-34	3361	3451	6812
35-44	3246	3356	6602
45-54	2839	3004	5843
55-64	2361	2671	5032
65-74	1846	2411	4257
≥75	1488	2459	3947
Total	21024	23060	44084

Doenças e situações em estudo

Durante o ano de 2010, estiveram em estudo 11 temas relacionados com saúde (Quadro IV).

Quadro IV: Doenças ou situações em estudo

Síndrome gripal
Diabetes
Acidente Vascular Cerebral
Enfarte Agudo do Miocárdio
Varicela
Interrupção Voluntária da Gravidez
Herpes
Consulta relacionada com Ombro Doloroso
Lesão Autoinfligida
Agressão
Acidente

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 aspetos principais:

Representatividade da população sob observação

A amostra de médicos, assim como a população sob observação que lhe corresponde, não foi selecionada 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, afetados 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 Medicina Geral e Familiar, muitos diagnósticos não necessitam de ser confirmados. Os dados estão, pois, limitados por erro ou imprecisão dos diagnósticos. Essas limitações são, provavelmente, 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.

Subnotificação de casos

Parte dos casos verificados em utentes dos Médicos-Sentinela pode não ser identificada por eles, por causas várias, originando uma sob notificação que pode ser influenciada por fatores muito distintos e com diferente

suscetibilidade à correção: 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 inatividade 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 inatividade está diminuída.

- Os períodos de inatividade 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 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 atualização 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, “inativos” 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 2010, foram analisados sendo 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 suscetíveis.

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

É possível e desejável explorar, mais amplamente, os restantes dados colhidos sobre cada uma das doenças e situações, pelo que a totalidade dos dados foi posta à disposição dos médicos participantes.

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

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

Síndrome gripal

Definição de conceitos

A vigilância da gripe implica a definição de alguns conceitos:

- **Caso de Síndrome Gripal** – Todo o caso diagnosticado pelo médico, com base nas manifestações clínicas: início súbito (<12h); tosse; calafrios; febre; debilidade / prostração; mialgias / dores generalizadas; inflamação da mucosa nasal e faríngea, sem sinais respiratórios relevantes; contacto com doente com gripe. **Para cálculo das taxas de incidência consideram-se apenas os casos de Síndrome Gripal que apresentem seis ou mais destes itens.**

- **Caso de Gripe** – Todo o caso notificado no qual tenha sido detetado vírus influenza em exsudado nasofaríngeo por cultura viral e / ou RT-nested PCR em multiplex.

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

- **Linha de base e respetivo limite superior do intervalo de confiança a 95%** - Designada também por **área de atividade basal**, é definida pela linha de base e respetivo limite superior do intervalo de confiança a 95%, obtida por suavização da distribuição das médias semanais (semana 40 à 13) das taxas de

incidência inferiores a 50 casos por 100 000 habitantes. Este valor limite ($50/10^5$) foi estabelecido, à data pela relação entre a frequência da distribuição semanal das taxas de incidência durante 7 épocas de atividade gripal e a análise da média dos vírus detetados no mesmo intervalo de tempo. Permite (1) a comparação entre os respetivos valores nas várias semanas, facilitando a interpretação dos resultados (Figura 1); (2) definir períodos epidémicos; (3) comparar as epidemias anuais em função da sua intensidade e duração; e determinar o impacto dessas epidemias na comunidade.

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

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

Assim, para classificar a atividade gripal adotam-se:

Indicadores ou níveis de dispersão geográfica da Gripe

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

Atividade gripal esporádica – Casos isolados, confirmados laboratorialmente, de infeção por vírus influenza, associados a uma taxa de

incidência que permanece abaixo ou na área de atividade basal;

Surtos locais – Casos agregados, no espaço e no tempo, de infeção por vírus influenza confirmados laboratorialmente. Atividade gripal localizada em áreas delimitadas e/ou instituições (escolas, lares, etc.), permanecendo a taxa de incidência abaixo ou na área de atividade basal;

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

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

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

Indicadores ou níveis de intensidade da atividade gripal

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

Atividade gripal moderada – Definida por valores de taxa de incidência acima do limite superior do intervalo de confiança a 95% da linha de base até uma taxa provisória de Síndrome Gripal da ordem dos $120/10^5$ utentes ($\leq 120/10^5$);

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

Época de Gripe 2010-2011

Os resultados apresentados no Quadro V e Quadro VI e na Figura 1 referem-se, sucessivamente, às estimativas provisórias das taxas de incidência brutas semanais, tal como foram calculadas ao longo das várias semanas, desde 4 de Outubro de 2010 até 16 de Maio de

2011, 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 1 e 3, de 2011, respetivamente taxas de $109,7/10^5$ e $95,6/10^5$ utentes, enquanto relativamente às taxas definitivas foi na semana 52 de 2010, que se estimou o valor mais alto ($121,1/10^5$) (Quadro V e Quadro VI).

Quadro V: Estimativas provisórias das taxas de incidência brutas semanais ($/10^5$) de Síndrome Gripal, em 2010-2011

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
40/2010	0	-	51/2010	20	65,1	10/2011	7	19,6
41/2010	3	10,2	52/2010	18	75,1	11/2011	2	5,3
42/2010	1	3,5	1/2011	46	109,7	12/2011	1	3,3
43/2010	3	14,1	2/2011	37	69,3	13/2011	2	5,2
44/2010	3	16	3/2011	49	95,6	14/2011	1	2,6
45/2010	2	8,4	4/2011	25	52,2	15/2011	1	4,7
46/2010	4	15,2	5/2011	36	81,3	16/2011	0	-
47/2010	4	16,6	6/2011	23	48,6	17/2011	0	-
48/2010	7	23,4	7/2011	15	36,3	18/2011	0	-
49/2010	8	36,7	8/2011	14	44,8	19/2011	2	6,6
50/2010	23	60,2	9/2011	3	13,4	20/2011	0	0

Quadro VI: Estimativas definitivas das taxas de incidência brutas semanais ($/10^5$) de Síndrome Gripal, em 2010-2011

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
40/2010	1	4,1	51/2010	34	81,4	10/2011	9	21,9
41/2010	3	8	52/2010	33	121,1	11/2011	6	12,5
42/2010	2	5,6	1/2011	57	100,2	12/2011	1	2,3
43/2010	3	8,6	2/2011	46	72,6	13/2011	4	8,6
44/2010	3	10,8	3/2011	52	84,4	14/2011	1	2,3
45/2010	3	9,9	4/2011	35	63,3	15/2011	1	3,1
46/2010	7	16,5	5/2011	44	79,8	16/2011	0	0
47/2010	6	18,3	6/2011	26	47,8	17/2011	0	0
48/2010	10	25,8	7/2011	18	34,1	18/2011	0	0
49/2010	15	46,2	8/2011	17	37,6	19/2011	2	5,7
50/2010	36	79,5	9/2011	11	29,5	20/2011	0	0

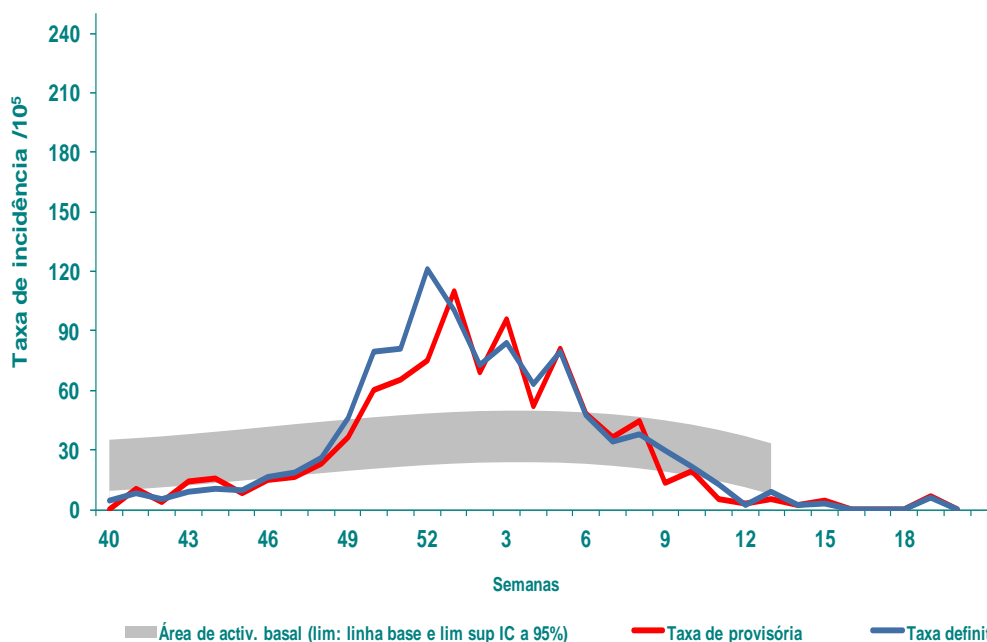


Figura 1: Taxas de incidência (/10⁵) brutas, semanais, provisórias e definitivas, de síndrome gripal na época gripal de 2010-2011

Na época de 2010-2011, os valores das taxas provisórias e definitivas semanais mantiveram-se acima da área atividade *basal*, durante 9 semanas consecutivas entre as semanas 49/2010 e 5/2011 (Figura 1). com um valor máximo de taxa de incidência definitiva de 121,2 casos de SG por 100 000 habitantes na semana 52/2010. Considerou-se, assim, durante a vigilância, um período de atividade gripal moderada naquele intervalo de tempo, excetuando-se a semana 52 em que a atividade foi alta.

Relativamente ao contributo para o Sistema de Vigilância Integrada, Clínica e Laboratorial, da Gripe, da semana 40 de 2010 à semana 20 de 2011, foram enviadas pelos Médicos-

Sentinelas, para o Laboratório Nacional de Referência para o Vírus da Gripe, 206 exsudados nasofaríngeos, que contribuíram para confirmar 103 casos de gripe.

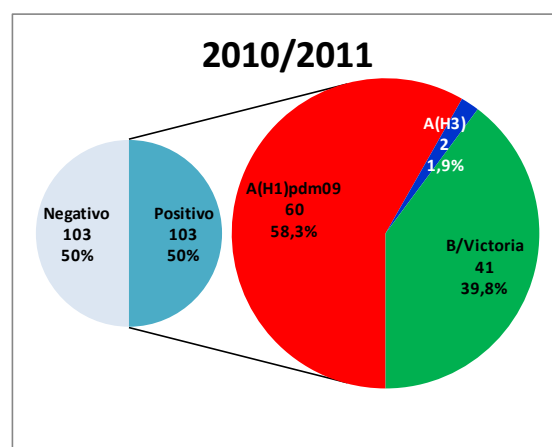


Figura 2: Resultados da pesquisa de Vírus Influenza nos casos notificados acompanhados de exsudado da nasofaringe por tipo e subtipo de vírus (Fonte: Laboratório Nacional de Referência para o Vírus da Gripe. Departamento de Doenças Infecciosas)

Diabetes

Durante o ano de 2010 foram notificados **295** novos casos de *Diabetes Mellitus*, sendo 164 do sexo masculino (55,6%) e 131 do sexo

feminino (44,4%).

Na população utente de **25 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 901,7**

por 100 000 utentes deste grupo etário (Quadro VII).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma taxa de incidência de 669,2 por 100 000 utentes.

No sexo masculino a incidência da doença atingiu o valor máximo no grupo etário dos 55-64 anos (2456,6/10⁵) enquanto no sexo feminino, o valor máximo foi atingido no

grupo etário dos 65-74 anos (1576,1/10⁵) (Quadro VII e Figura 3).

Registaram-se dois casos no grupo etário dos 15-24, nomeadamente de um elemento do sexo feminino com 17 anos e um do sexo masculino de 19 anos. Este último teve internamento hospitalar.

Na totalidade, foram registados 12 casos com internamento hospitalar.

Quadro VII: Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Diabetes, por sexo e grupo etário, em 2010

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-14	*	-	*	-	*	-
15-24	1	**	1	**	2	**
25-34	3	**	5	**	8	117,4
35-44	13	400,5	7	208,6	20	302,9
45-54	34	1197,6	19	632,5	53	907,1
55-64	58	2456,6	39	1460,1	97	1927,7
65-74	33	1787,6	38	1576,1	71	1667,8
≥75	22	1478,5	22	894,7	44	1114,8
Total	164	780,1	131	568,1	295	669,2
≥25	163	1076,5	130	749,2	293	901,7

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

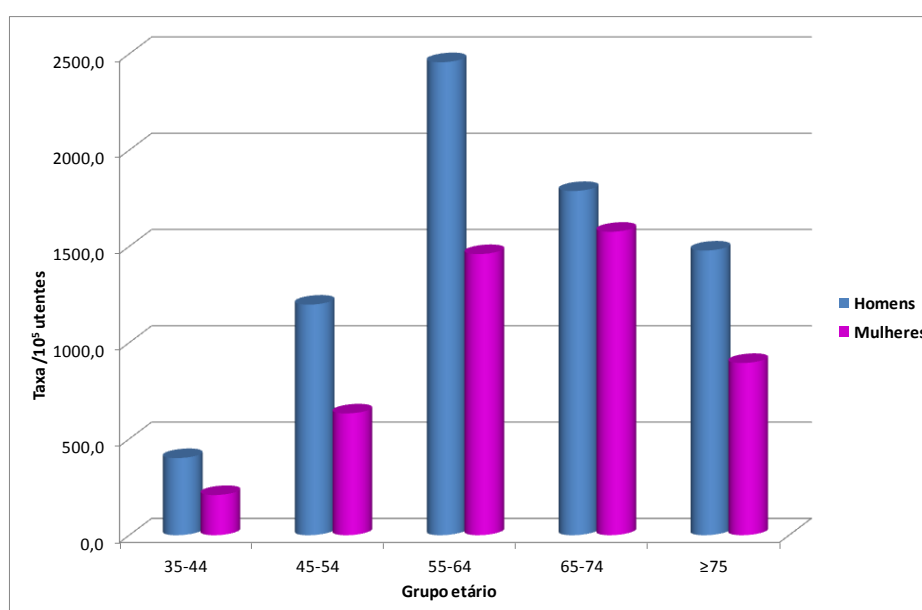


Figura 3: Taxas de incidência anuais de diabetes, por sexo e grupo etário, em 2010

Acidente Vascular Cerebral

Durante o ano de 2010 foram notificados 118 novos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC), tendo ocorrido 76 (64,4%) no sexo masculino e 42 (35,6%) no feminino. Foram notificadas cinco ocorrências no grupo etário dos 35-44 anos de idades, correspondendo todas a homens, tendo dois deles 35 anos, dois 42 anos e um 43 anos de idade.

Na população utente de **35 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 459,5 por 100 000 utentes** deste grupo etário (Quadro VIII). Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 267,7 casos por 100 000 utentes** (Quadro VIII).

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, respetivamente com $2083,3/10^5$ no sexo masculino e $1098,0/10^5$ no feminino (Quadro VIII e Figura 4).

Dos casos reportados, foram registados 9 óbitos, 7 homens e 2 mulheres. O caso letal mais novo registado correspondeu a um indivíduo do sexo masculino de 52 anos de idade. Foram registados 100 casos com internamento hospitalar.

Quadro VIII: Estimativa das taxas de incidência anuais ($/10^5$) de AVC, por sexo e grupo etário, em 2010

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-34	*	-	*	-	*	-
35-44	5	**	*	-	5	**
45-54	8	281,8	2	**	10	171,1
55-64	8	338,8	2	**	10	198,7
65-74	24	1300,1	11	456,2	35	822,2
≥75	31	2083,3	27	1098,0	58	1469,5
Total	76	361,5	42	182,1	118	267,7
≥35	76	645,2	42	302,1	118	459,5

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

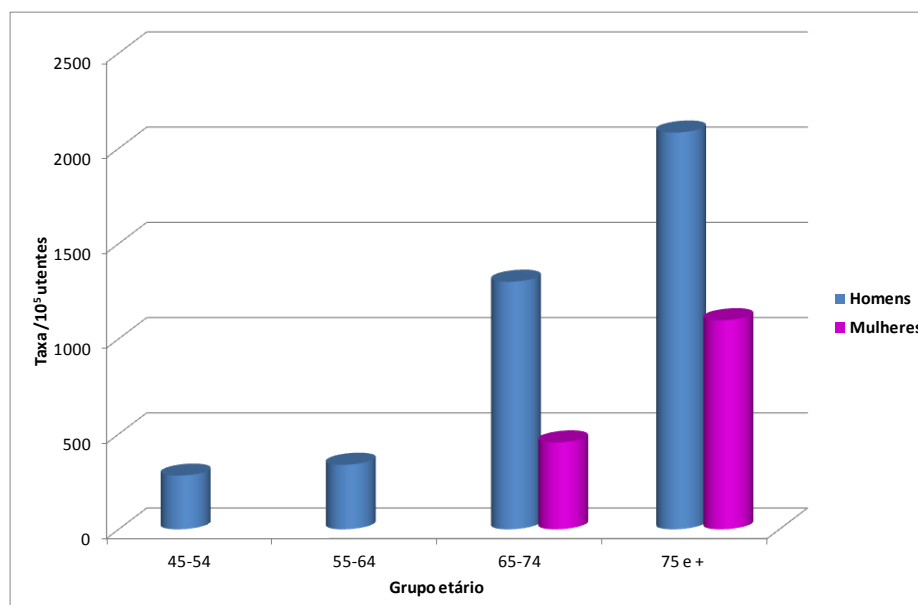


Figura 4: Taxas de incidência anuais de AVC, por sexo e grupo etário, em 2010

Enfarte Agudo do Miocárdio

Durante o ano de 2010 foram notificados 46 novos casos de enfarte agudo do miocárdio, tendo ocorrido 27 (58,7%) no sexo masculino e 19 (41,3%) no feminino.

Foram notificados oito casos com menos de 55 anos, quatro homens e quatro mulheres. De entre os quatro registos femininos, 51 anos é a menor idade apresentada, enquanto no sexo masculino o caso mais novo correspondeu a um homem de 45 anos

Na população de **45 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 241,1 por 100 000 utentes** deste grupo etário (Quadro IX).

Considerando o total da população inscrita,

estimou-se uma **taxa de incidência de 104,3 casos por 100 000 utentes.** (

Quadro IX)

A taxa estimada atingiu o valor máximo para o sexo masculino no grupo etário dos 65 aos 74 anos (541,7/10⁵), e para o sexo feminino no grupo etário dos 75 e mais anos com uma taxa de 366,0/10⁵ (

Quadro IX e Figura 5).

Verificaram-se 7 óbitos do sexo masculino, dois dos quais em indivíduos, respetivamente, com 45 e 62 anos e 2 no sexo feminino, um dos quais, uma mulher de 52 anos.

Em 38 casos foi registado internamento hospitalar.

Quadro IX: Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Enfarte Agudo do Miocárdio, por sexo e grupo etário, em 2010

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-44	*	-	*	-	*	-
45-54	4	**	4	**	8	136,9
55-64	7	296,5	1	**	8	159,0
65-74	10	541,7	5	**	15	352,4
≥75	6	403,2	9	366,0	15	380,0
Total	27	128,4	19	82,4	46	104,3
≥45	27	316,4	19	180,2	46	241,1

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

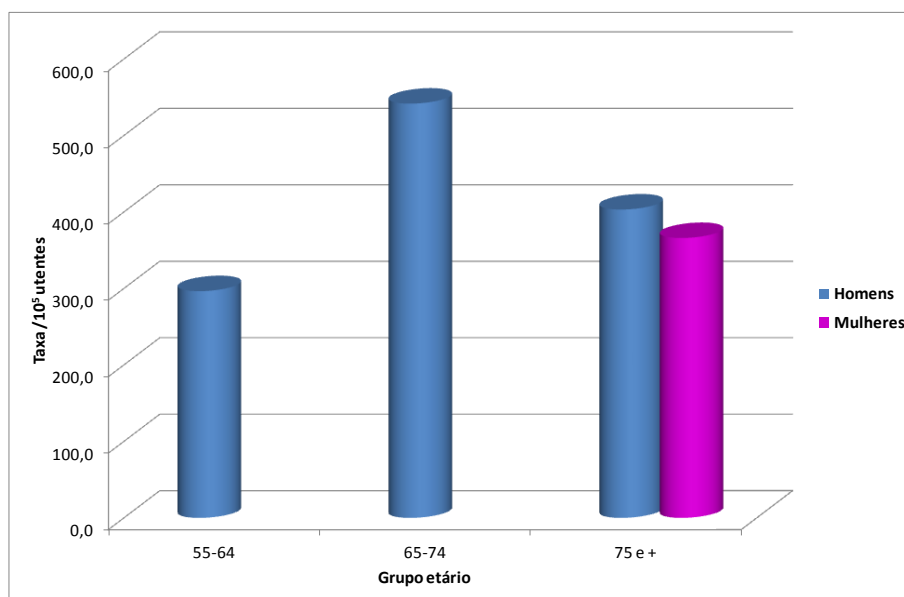


Figura 5: Taxas de incidência anuais de Enfarte Agudo do Miocárdio, por sexo e grupo etário, em 2010

Varicela

Durante o ano de 2010 foram notificados 158 casos de varicela, tendo ocorrido 81 (51,3%) no sexo masculino e 77 (48,7%) no feminino.

Na população dos **0-34 anos de idade** obteve-se uma **taxa de incidência de 836,8 por 100 000 utentes** deste grupo etário (Quadro X).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 358,4 casos por 100 000 utentes** (Quadro X).

No conjunto dos dois sexos o valor mais elevado da taxa de incidência ($3857,3/10^5$)

registou-se no grupo etário 0-4 anos (Quadro X e

Figura 6).

Observaram-se 15 casos em indivíduos ≥ 25 anos de idade.

Registou-se um internamento, numa criança de 3 anos do sexo masculino.

Nove casos ocorreram em crianças vacinadas.

Houve registo de um óbito, numa criança do grupo etário 5-9 anos, sem internamento registado e com registo de vacina.

Quadro X: Estimativa das taxas de incidência anuais ($/10^5$ utentes) de Varicela, por sexo e grupo etário, em 2010

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	42	3881,7	38	3830,6	80	3857,3
5-9	20	1540,8	25	2022,7	45	1775,8
10-14	4	**	7	635,8	11	491,3
15-24	5	**	2	**	7	147,6
25-34	8	238,0	3	**	11	161,5
35-44	2	**	0	**	2	**
45-64	0	**	0	**	0	**
65-74	0	**	2	**	2	**
Total	81	385,3	77	333,9	158	358,4
0-34	79	854,6	75	818,9	154	836,8

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

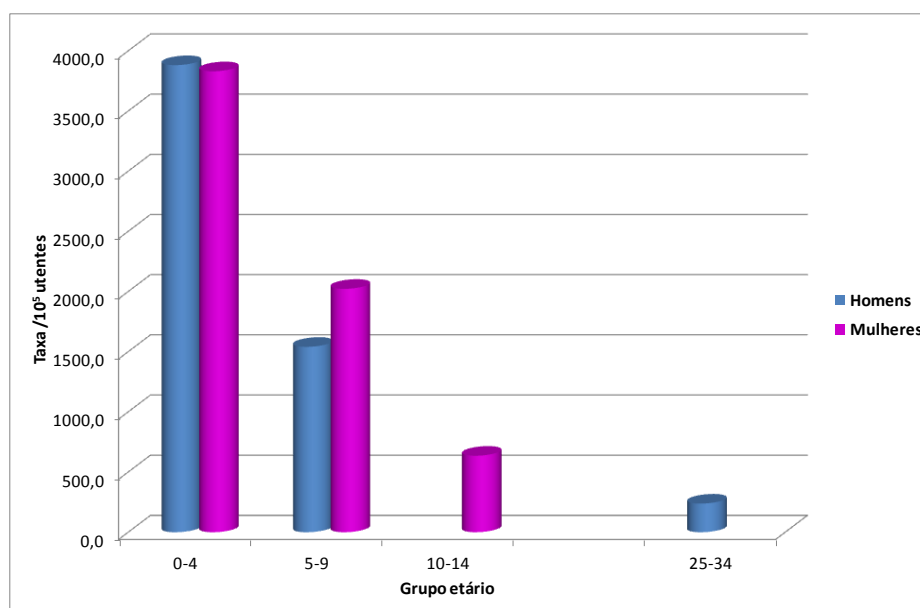


Figura 6: Taxas de incidência anuais de Varicela por sexo e grupo etário, em 2010

Interrupção Voluntária da Gravidez

Durante o ano de 2010 foram notificados 46 casos de Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG).

Foi notificada uma ocorrência numa adolescente de 14 anos. Não houve registo de ocorrências acima dos 44 anos de idade.

Estimou-se uma **taxa de incidência de 447,2 casos por 100 000 utentes, na população feminina de 10-44 anos de idade** (Quadro XI).

Na população utente <25 anos, obteve-se uma **taxa de incidência de 431,0/10⁵**(Quadro XI).

A taxa de incidência mais elevada (608,5/10⁵)

foi registada no grupo etário 25-34 anos de idade (Quadro XI e Figura 7).

Das IVG notificadas, 35 efetuaram-se num hospital público, 7 num centro de saúde, 1 num hospital privado, 1 teve a intervenção de um médico fora do hospital ou centro de saúde, 1 foi realizada por “leigo/curiosa” e 1 pela própria mulher.

Sete casos de IVG implicaram internamento hospitalar, sendo que todos ocorreram em utentes cuja interrupção foi realizada no hospital público.

Quadro XI: Distribuição percentual dos casos e estimativa da taxa de incidência anual (/10⁵ utentes) de Interrupção Voluntária de Gravidez, por grupo etário, em 2010

Grupo etário	Nº IVG	%	Taxa /10 ⁵
10-14	1	2,2	**
15-24	14	30,4	588,5
25-34	21	45,7	608,5
35-44	10	21,7	298,0
Total (10-44)	46	100,0	447,2
<25	15	32,6	431,0

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

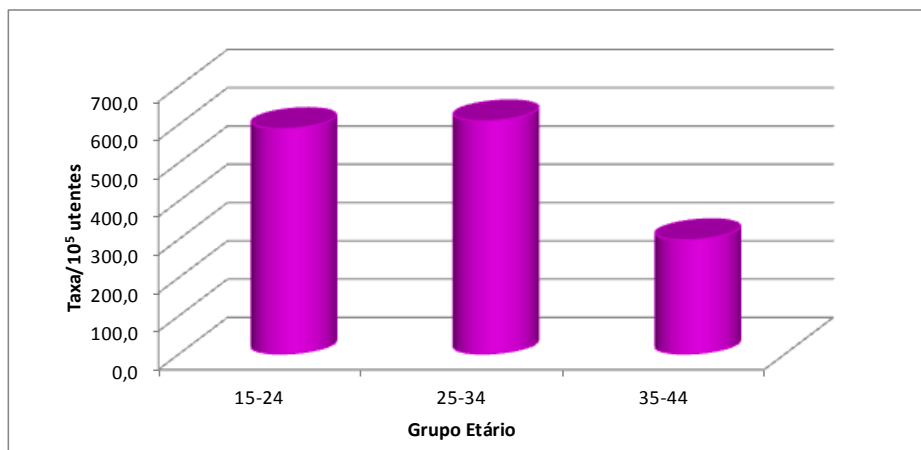


Figura 7: Taxas de incidência anuais de Interrupção Voluntária da Gravidez, por grupo etário, em 2010

Herpes

Durante o ano de 2010 foram notificados 137 casos de Herpes. A distribuição por sexo, revelou que 40 casos ocorreram no sexo masculino (29,2%) e 97 no sexo feminino (70,8%).

Em relação ao diagnóstico quase metade correspondeu a herpes labial (41,6%). (Quadro XII)

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de herpes (todas as localizações) de 310,8 casos por 100 000 utentes** (

Quadro XII: Percentagem de casos de herpes, segundo a localização, em 2010

Diagnóstico	% (n=137)
Herpes labial	41,6 (57)
Herpes Zoster intercostal	29,9 (41)
Herpes Zoster outra	15,3 (21)
Estomatite herpética	5,1 (7)
Herpes genital	4,4 (6)
Herpes oftálmico	4,4 (6)

*1 caso apresentou duas localizações de infecção herpética
n: n° de registos válidos
(): numerador da percentagem

No sexo masculino a incidência da doença atingiu o valor máximo no grupo etário dos 75 e mais anos (537,6/10⁵) enquanto no sexo feminino, o valor máximo foi atingido no grupo etário dos 65-74 anos (995,4/10⁵) (

Quadro XIII).

Quadro XIII e Figura 8).

Quadro XIII: Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Herpes (todas as localizações)*, por sexo e grupo etário, em 2010

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	2	**	1	**	3	**
5-9	0	**	1	**	1	**
10-14	0	**	1	**	1	**
15-24	3	**	5	**	8	168,6
25-34	3	**	11	318,7	14	205,5
35-44	2	**	17	506,6	19	287,8
45-54	6	211,3	11	366,2	17	290,9
55-64	10	423,5	9	337,0	19	377,6
65-74	6	325,0	24	995,4	30	704,7
≥75	8	537,6	17	691,3	25	633,4
Total	40	190,3	97	420,6	137	310,8

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

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

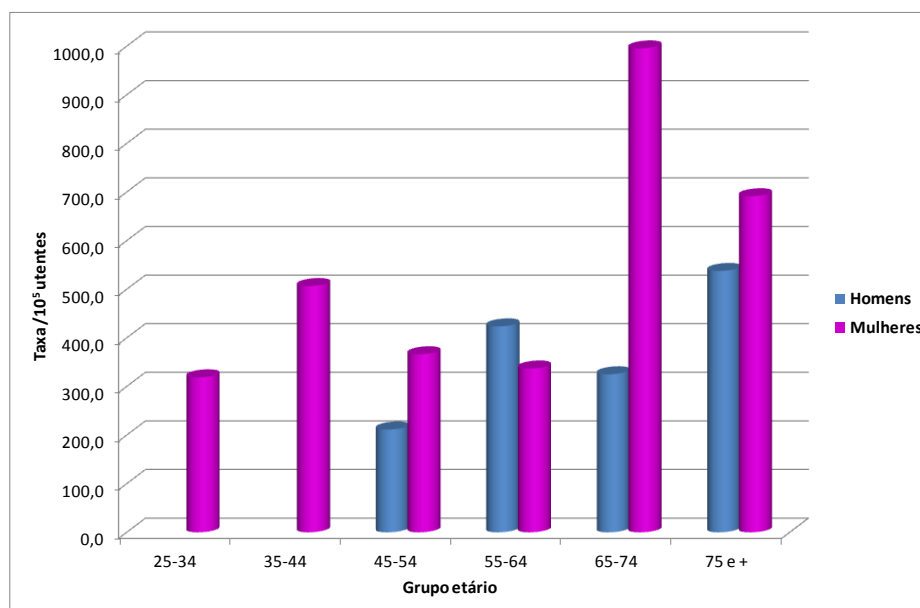


Figura 8: Taxas de incidência anuais de Herpes (todas as localizações)*, por sexo e grupo etário, em 2010
 *[inclui: estomatite herpética, herpes oftálmico, herpes labial, herpes genital, herpes zoster intercostal. herpes zoster com outra localização]

Quadro XIV: Prescrições relacionadas com Herpes, por tipo de medicamentos (classificação ATC), em 2010

Medicamentos (ATC)	Nº Prescrições	% (n=150)
Trato gastrointestinal e metabolismo (A)		
Vitaminas (A11)	1	-
Medicamentos usados em dermatologia (D)		
Outros anti-infecciosos de uso tópico (D06B)	0	-
Antivíricos (D06B B)	41	27,3
Outros medicamentos de uso dermatológico (D11A)	0	-
Shampoos medicinais (D11A C)	1	-
Anti-infecciosos gerais para uso sistémico (J)		
Antivíricos de uso sistémico que actuam directamente sobre o vírus (J05A)	84	56,0
Aparelho músculo-esquelético (M)		
Anti-inflamatórios e anti-reumáticos não esteróides (M01A X)	3	-
Analgésicos (N02)		
Opiáceos (N02A)	8	5,3
Outros analgésicos e antipiréticos (N02B)	10	6,7
Antiepiléticos (N03)		

	Outros antiepiléticos (N03A X)	1	-
Psicoléticos (N05)			
	Ansiolíticos (N05B)	1	-

Consulta relacionada com o ombro doloroso

Durante o ano de 2010 foram notificadas 749 consultas relacionadas com Ombro Doloroso (OD), das quais 518 (69,2%), corresponderam a procura feita por mulheres e 231 (30,8%) por homens, traduzindo um predomínio de consultas no sexo feminino especialmente a partir dos 35 anos.

O motivo de consulta mais registado foi o de início de sintomas (40,6%), podendo para uma mesma consulta ter sido assinalado mais do que um motivo (Quadro XV).

Estimou-se um **número de consultas anual relacionado com OD de 1699,0 consultas por 100 000 utentes.**

Globalmente verificou-se que a estimativa do número de consultas/10⁵ utentes aumentou progressivamente até aos 64 anos, onde atingiu o valor máximo de 3974,6/10⁵, decrescendo a partir dos 65. Diferente padrão se observou no sexo masculino onde se registou um aumento do número de consultas com a idade, mesmo após os 64 anos (Quadro XVI e Figura 9).

Foi a partir dos 25 anos que as notificações se tornaram mais frequentes. Assim, na

população de 25 e mais anos obteve-se uma estimativa de 2280,5 por 100 000 utentes deste grupo etário (Quadro XVI).

Foram registados 5 casos com internamento hospitalar.

Quadro XV: Percentagem de consultas relacionadas com Ombro Doloroso, segundo o motivo, em 2010

Motivo de consulta*	% (n=749)
Início de sintomas	40,6 (304)
Alteração do padrão dos sintomas	4,0 (30)
Exacerbação	29,1 (218)
Renovação de medicação	3,7 (28)
Consulta de seguimento	24,3 (182)
Outro (aconselhamento, esclarecimento, motivos administrativos)	8,9 (67)

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

Quadro XVI: Estimativa do número anual de consultas ($/10^5$ utentes) relacionadas com Ombro Doloroso, por sexo e grupo etário em 2010

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	1	**	0	**	1	**
5-14	0	**	0	**	0	**
15-24	5	**	2	**	7	147,6
25-34	15	446,3	21	608,5	36	528,5
35-44	17	523,7	57	1698,5	74	1120,9
45-54	47	1655,5	122	4061,3	169	2892,3
55-64	57	2414,2	143	5353,8	200	3974,6
65-74	49	2654,4	111	4603,9	160	3758,5
75 e +	40	2688,2	62	2521,4	102	2584,2
Total	231	1098,7	518	2246,3	749	1699,0
≥25	225	1486,0	516	2973,7	741	2280,5

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

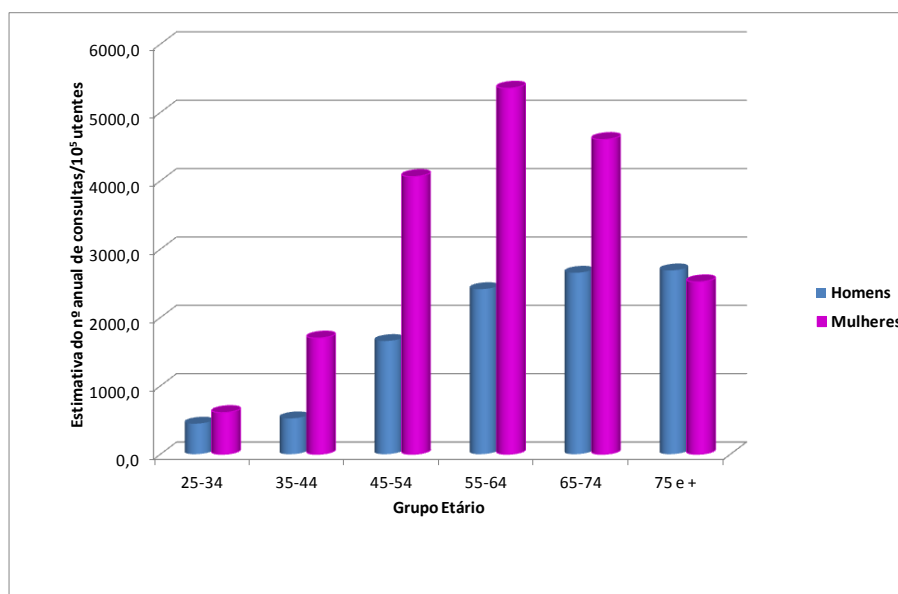


Figura 9: Estimativa do número anual de consultas relacionadas com Ombro Doloroso, por sexo e grupo etário, em 2010

Da informação disponível, constatou-se que 337 consultas foram referentes a casos novos (45,1%).

Quando se analisou a distribuição dos casos novos e casos conhecidos por grupo etário, verificou-se que a distribuição percentual por grupo etário apresentou o mesmo padrão de distribuição, para os dois tipos de casos. Foi no grupo etário 55-64 anos que se registaram mais

consultas a casos novos (25,5%) (Quadro XVII).

Com base no número de consultas de casos novos, estimou-se uma **taxa de incidência anual de ombro doloroso de 764,4 por 100 000 utentes.**

A taxa estimada para o sexo masculino e feminino foi, respetivamente, de $542,2/10^5$ e de $967,0/10^5$, tendo atingido o valor máximo, no

grupo etário dos 55-64 anos para os homens (1355,4/10⁵), e dos 65-74 anos para as mulheres (2073,8/10⁵) (Quadro XVIII e Figura 10).

Quadro XVII: Distribuição percentual das consultas, relacionadas com Ombro Doloroso, de casos novos e casos conhecidos e estimativa do número anual de consultas de casos novos (/10⁵) de OD, por grupo etário, em 2010

Grupo etário	Casos novos			Casos conhecidos	
	Nº	%	Consultas/10 ⁵	Nº	%
0-4	1	0,3	**	*	*
5-14	*	*	**	*	*
15-24	6	1,8	126,5	1	0,3
25-34	23	6,8	337,6	13	3,3
35-44	49	14,5	742,2	23	5,8
45-54	67	19,9	1146,7	97	24,6
55-64	86	25,5	1709,1	109	27,7
65-74	67	19,9	1573,9	90	22,8
≥75	38	11,3	962,8	61	15,5
Total	337	100,0	764,4	394	100,0

* Sem registo de casos ** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas. Em 18 casos não existe informação quanto ao tipo de diagnóstico

Quadro XVIII: Estimativa do número anual de consultas de casos novos (/10⁵utentes) relacionada com Ombro Doloroso, por sexo e grupo etário, em 2010

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵	Nº casos	Taxa/10 ⁵
0-4	1	**	*	**	1	**
5-14	*	**	*	**	*	**
15-24	5	211,4	1	**	6	126,5
25-34	7	208,3	16	463,6	23	337,6
35-44	15	462,1	34	1013,1	49	742,2
45-54	21	739,7	46	1531,3	67	1146,7
55-64	32	1355,4	54	2021,7	86	1709,1
65-74	17	920,9	50	2073,8	67	1573,9
75 e +	16	1075,3	22	894,7	38	962,8
Total	114	542,2	223	967,0	337	764,4

* Sem registo de casos ** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

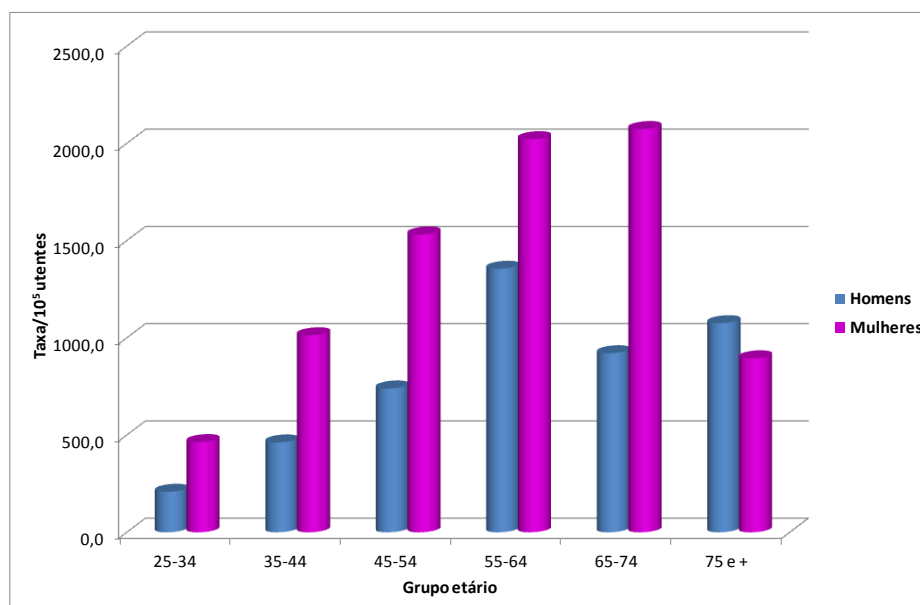


Figura 10: Taxas de incidência anuais (casos novos) de consultas relacionadas com Ombro Doloroso, por sexo e grupo etário, em 2010

Em 163 consultas não houve registo de prescrição medicamentosa.

Da análise das 586 consultas com prescrição medicamentosa registada constatou-se que o esquema terapêutico mais utilizado foi o da monoterapia, correspondendo a 78,6% das consultas (

Quadro XX 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 (728). Constatou-se pertencerem ao grupo dos *derivados do ácido acético e da acetamida* (26,5%), os medicamentos mais prescritos.

Quadro XX)

No

Quadro XIX: Esquema terapêutico medicamentoso utilizado nas consultas relacionadas com Ombro Doloroso, em 2010

Esquema terapêutico	Nº de consultas (n=586)	%
Monoterapia	460	78,5
Associações medicamentosas		
2 Medicamentos	110	18,8
3 Medicamentos	16	2,7

Quadro XX: Percentagem de prescrições relacionadas com Ombro doloroso, por tipo de medicamentos (classificação ATC), em 2010

Medicamentos (ATC)	Nº Prescrições*	% (n=728)
Anti-inflamatórios e anti-reumáticos não esteróides (M01A)		
Derivados do ácido acético e da acetamida (M01A B)	193	26,5
Oxicans (M01A C)	63	8,7
Derivados do ácido propiónico (M01A E)	120	16,5
Coxibs-Inibidores Selectivos da COX2 (M01A H)	67	9,2
Outros anti-inflamatórios e anti-reumáticos não esteróides (M01A X)	35	4,8
Não classificados	31	4,3
Medicamentos tópicos para a dor muscular e articular (M02A)		
Anti-inflamatórios não esteróides de uso tópico (M02A A)	3	0,4
Relaxantes musculares de acção central (M03B)		
Outros relaxantes musculares de acção central (M03B X)	13	1,8
Analgésicos (N02)		
Opiáceos (N02A)	43	5,9
Outros analgésicos e antipiréticos (N02B)	132	18,1
Corticosteróides para uso sistémico (H02A)		
Mineralcorticóides (H02A A)	3	0,4
Glucocorticóides (H02A B)	25	3,4

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

Lesão autoinfligida

No ano de 2010 foram notificadas 13 ocorrências de lesões autoinfligidas o que corresponde na população utente de 15 e mais anos a uma **taxa de incidência de 34,9 por 100 000 utentes** deste grupo etário. Considerando o total da população inscrita,

estimou-se uma **taxa de incidência de 29,5 casos por 100 000 utentes** (Quadro XXI).

No sexo masculino registaram-se 5 casos (38,5%) e no sexo feminino, 8 (61,5%).

O caso mais novo foi registado numa mulher de 19 anos.

Foi no grupo etário dos 75 e mais anos que se verificou maior número absoluto de casos notificados.

O mecanismo de lesão mais frequentemente utilizado foi o da *intoxicação/envenenamento*, em 7 casos, logo seguido de *asfixia*, em 5 casos.

Seis casos tiveram internamento hospitalar e um caso foi letal.

Relativamente ao mecanismo de lesão autoinfligida constatou-se que aquele mais frequentemente registado foi *intoxicação/envenenamento*, respetivamente, em 7 casos, logo seguido de *compressão*, *corde*, *perfuração*, em 3 casos.

Quadro XXI: Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Lesões autoinfligidas, por sexo e grupo etário, em 2010

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-14	*	-	*	-	*	-
15-24	1	**	1	**	2	**
25-34	0	**	1	**	1	**
35-44	2	**	*	-	2	**
45-54	1	**	1	**	2	**
55-64	*	-	*	-	*	-
65-74	*	-	2	**	2	**
≥75	1	**	3	**	4	**
Total	5	**	8	34,7	13	29,5
≥15	5	**	8	40,5	13	34,9

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

Agressão

Foram notificados 48 casos de agressão, 18 (52,2%) no sexo masculino e 30 (47,8%) no feminino.

A estimativa do **número de agressões anual foi de 108,9 por 100 000 utentes** (Quadro XXII).

O maior número de casos foi registado nas

mulheres (Quadro XXII e Figura 11).

Da notificação pode-se ainda concluir: 3 agressões foram relacionadas com o ambiente escolar; 2 passaram-se em meio laboral; 20 com o ambiente doméstico.

Foram registados 5 casos com internamento hospitalar e um óbito numa mulher de 26 anos.

Quadro XXII: Estimativa do número anual de agressões (/10⁵ utentes), por sexo e grupo etário em 2010

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	*	-	*	-	*	-
5-9	1	**	1	**	2	**
10-14	1	**	*	-	1	**
15-24	1	**	2	**	3	**
25-34	3	**	5	144,9	8	117,4
35-44	3	**	2	**	5	75,7
45-54	5	176,1	6	199,7	11	188,3
55-64	2	**	4	**	6	119,2
65-74	2	**	6	248,9	8	187,9
≥75	0	-	4	**	4	**

Total	18	85,6	30	130,1	48	108,9
--------------	----	-------------	----	--------------	----	--------------

* Sem registo de casos ** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

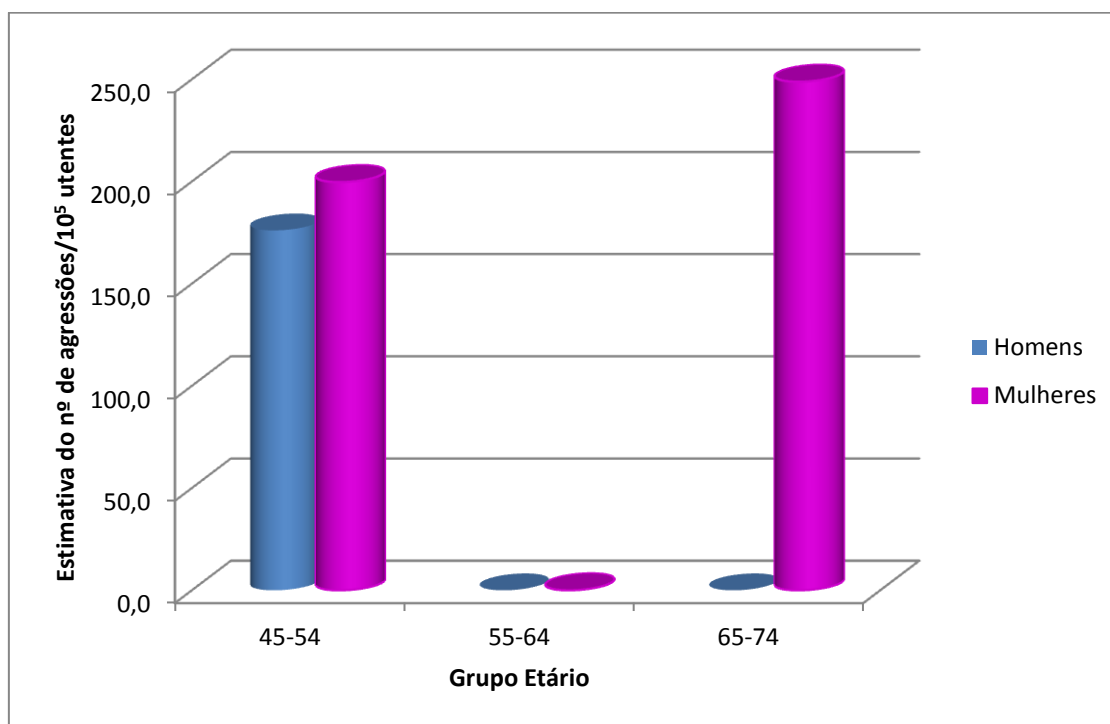


Figura 11: Estimativa do número anual de agressões, por sexo e grupo etário, em 2010

Acidentes

Foram notificadas 1.045 ocorrências, sete das quais sem informação sobre o tipo de acidente.

Na sua maioria, os acidentes notificados foram acidentes domésticos e de lazer (67,6%) (Quadro XXIII).

Quadro XXIII: Distribuição (%) de Acidentes, segundo o tipo, em 2010

Tipo de Acidente	% (n=1.038)*
Acidentes domésticos e de lazer (ADL)	67,6 (702)
Acidentes de trabalho (AT)	11,4 (118)
Acidentes de viação (AV)	9,5 (99)
Acidentes de desporto	2,8 (29)
Acidentes escolares	3,7 (38)
Outros	5,0 (52)

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

*Em 7 casos não foi reportada informação sobre o tipo de acidente

Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL)

Durante o ano de 2010 foram notificados 702 casos de ADL, tendo ocorrido 239 (34,0%) no sexo masculino e 463 (66,0%) no feminino.

A estimativa do número de acidentes foi de 1592,4 por 100 000 utentes (

Quadro xxiv).

Em ambos os sexos as estimativas atingiram o seu valor máximo no grupo etário dos 75 e mais anos, respetivamente, 2755,4/10⁵ no sexo masculino e 6466,0/10⁵ no feminino (Quadro xxiv e Figura 12).

Dos casos reportados, foram registados 8 óbitos, 4 homens e 4 mulheres. Os casos letais ocorreram em adultos com mais de 45 anos de idade.

Foram registados 80 casos com internamento hospitalar.

Quadro XXIV: Estimativa do número anual de acidentes domésticos e de lazer (ADL) (/10⁵utentes), por sexo e grupo etário em 2010

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	7	647,0	13	1310,5	20	964,3
5-9	15	1155,6	5	404,5	20	789,3
10-14	11	966,6	5	454,1	16	714,6
15-24	16	676,5	15	630,5	31	653,5
25-34	15	446,3	11	318,7	26	381,7
35-44	27	831,8	42	1251,5	69	1045,1
45-54	33	1162,4	49	1631,2	82	1403,4
55-64	37	1567,1	66	2471,0	103	2046,9
65-74	37	2004,3	98	4064,7	135	3171,2
≥75	41	2755,4	159	6466,0	200	5067,1
Total	239	1136,8	463	2007,8	702	1592,4

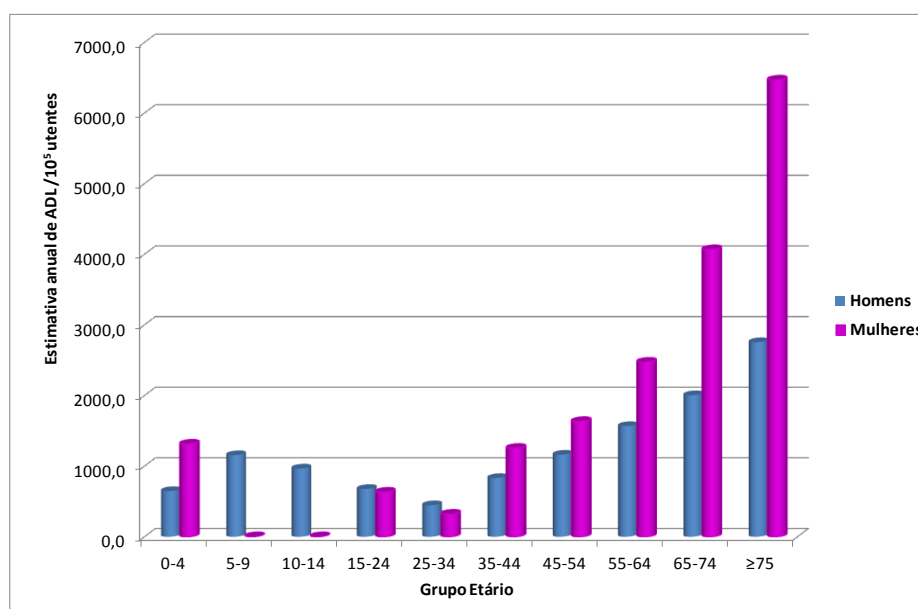


Figura 12: Estimativa do número anual de acidentes domésticos e de lazer, por sexo e grupo etário, em 2010

Acidentes de Trabalho (AT)

Durante o ano de 2010 foram notificados 118 casos de AT, tendo ocorrido 78 (66,1%) no sexo masculino e 40 (33,9%) no feminino.

Três acidentes ocorreram com indivíduos do sexo masculino, de 15, 16 e 17 anos. Dois sinistrados tinham 75 e mais anos, respetivamente 76 e 84 anos de idade.

Em rigor a estimativa deveria ser calculada com base na população de 16 e mais anos, limite legal á iniciação laboral, contudo, por limitações metodológicas foi considerada a população de 15 e mais anos.

Assim, considerada a população dos 15-74 anos, a estimativa do **número de acidentes de trabalho foi de 348,5 por 100 000 utentes** deste grupo etário (Quadro xxv).

A estimativa atingiu nos homens o seu valor máximo no grupo etário dos 45-54 anos, respetivamente, 704,5/10⁵. O pico no sexo feminino verificou-se no grupo etário dos 55-64, com uma estimativa de 449,3/10⁵ (Quadro xxv e Figura 13).

Dos casos reportados, não foi registado nenhum óbito.

Foram registados 7 acidentes com internamento hospitalar.

Quadro XXV: Estimativa do número anual de acidentes de trabalho (AT) (/10⁵ utentes), por sexo e grupo etário em 2010

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
15-24	12	507,4	2	**	14	295,1
25-34	7	208,3	5	**	12	176,2
35-44	19	585,3	9	268,2	28	424,1
45-54	20	704,5	10	332,9	30	513,4
55-64	13	550,6	12	449,3	25	496,8
65-74	5	**	2	**	7	164,4
≥75	2	**	0	**	2	**
Total	78	371,0	40	173,5	118	267,7
15-74	76	474,5	40	231,6	116	348,5

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

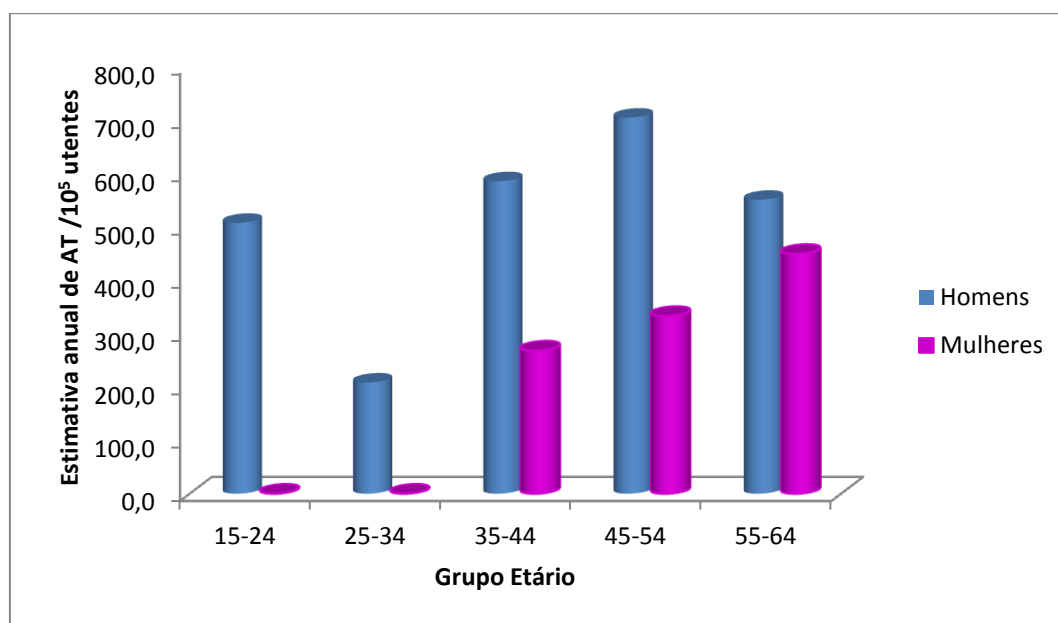


Figura 13: Estimativa do número anual de acidentes de trabalho, por sexo e grupo etário, em 2010

Acidentes de Viação (AV)

Durante o ano de 2010 foram notificados 99 casos de AV, tendo ocorrido 56 (56,6%) no sexo masculino e 43 (43,4%) no feminino.

A estimativa do **número de acidentes foi de 224,6 por 100 000 utentes** (Quadro xxvi).

No sexo masculino a incidência mais elevada ocorreu no grupo etário dos 75 e mais anos, com uma estimativa de $470,4/10^5$. No sexo

feminino a estimativa mais elevada de números de acidentes verificou-se no grupo etário dos 65-74 anos, respetivamente, $373,3/10^5$ (

Quadro xxvi e Figura 14).

Dos casos reportados, não foi registado nenhum óbito.

Foram registados 22 acidentes com internamento hospitalar.

Quadro XXVI: Estimativa do número anual de acidentes de viação (AV) ($/10^5$ utentes), por sexo e grupo etário em 2010

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	1	**	*	-	1	**
5-9	1	**	1	**	2	**
10-14	2	**	*	-	2	**
15-24	4	**	6	252,0	10	210,8
25-34	9	267,8	3	**	12	176,2
35-44	13	400,5	10	298,0	23	348,4
45-54	8	281,8	4	133,2	12	205,4
55-64	7	296,5	6	224,6	13	258,3
65-74	4	**	9	373,3	13	305,4
≥75	7	470,4	4	**	11	278,7
Total	56	266,4	43	186,5	99	224,6

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

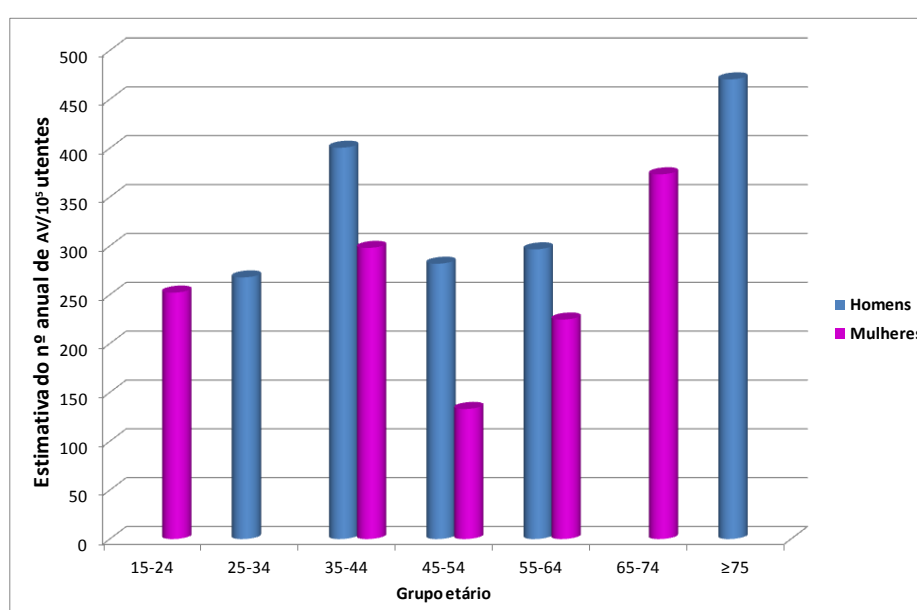


Figura 14: Estimativa do número anual de acidentes de viação, por sexo e grupo etário, em 2010

PARTICIPAÇÃO EM PROJECTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

Sistema de vigilância integrada clínica e laboratorial da gripe

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

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

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

A vigilância laboratorial concretiza-se através da identificação dos vírus isolados ou detetados em amostras de sangue e/ou zaragatoas faríngeas recolhidas nos utentes identificados como tendo síndrome gripal. Decorre de Setembro a Maio do ano seguinte. Semanalmente, à 5ª feira, é elaborado um Boletim de Vigilância Epidemiológica da Síndrome Gripal que pode ser consultado no site do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, no endereço www.insa.pt

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

I-MOVE “Influenza Monitoring Vaccine Effectiveness in Europe”

Desde 2008, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA) com o apoio da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, tem participado através do estudo EuroEVA no projecto europeu multicêntrico I-MOVE (*Monitoring influenza vaccine effectiveness during influenza seasons and pandemics in the European Union*). O consórcio é gerido pela empresa EPICONCEPT.

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

Durante a época 2009-2010, dado o contexto pandémico, acrescentou-se um novo objetivo: estimar a efetividade da vacina pandémica na

população geral (todos os grupos etários). Portugal participou mais uma vez neste projeto, através da Rede Médicos-Sentinela, com a Espanha, França, Irlanda, Itália, Roménia e Hungria

Durante a época 2010-2011, o projeto I-MOVE contou com a participação de Portugal,

Espanha, Itália, França, Polónia, Hungria, Irlanda e Roménia e tinha como objetivo estimar a efetividade da vacina (EV) antigripal sazonal na população geral e nos mais idosos (com 65 e mais anos).

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 TOXICODPENDÊNCIA (não publicado)**

1995

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

Publicado em:

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

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

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

1996

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

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

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

- **PREVALÊNCIA DE BRONQUITE CRÓNICA E ASMA (não publicado)**

- **ESTUDO DAS RAZÕES DETERMINANTES DE INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ (não publicado).**

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)**

Alguns resultados deste estudo podem ser consultados 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 CRÓNICOS DE ANTIGÉNIO Hbs** (não publicado)

2002

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

Publicado em:

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

2003

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

- **Fibrilhação auricular e risco de tromboembolismo**

Publicado em:

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

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

2005

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

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

2006

- **PREVALÊNCIA DA DIABETES E INCIDÊNCIA DAS RESPECTIVAS**

- **COMPLICAÇÕES NUMA COORTE DE DIABÉTICOS PORTUGUESES (2ª FASE)**

2007

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

2008

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

2009

- **EUROEVA 2009-2010: EFECTIVIDADE DA VACINA ANTIGRIPIAL SAZONAL E PANDÉMICA NA EUROPA – estudo multicêntrico caso-controlo**

2010

- **EUROEVA 2010-2011: EFECTIVIDADE DA VACINA ANTIGRIPIAL SAZONAL E PANDÉMICA NA EUROPA – estudo multicêntrico caso-controlo**

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-Sentinel - 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-Sentinel. (1). Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 1991.
- Sanches JP, Campos F. Acidente isquémico transitório: incidência em 1990. Projecto Médicos-Sentinel. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1991;8(12):353-356.

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

1992

- Miranda AM, Afonso CM, Ascensão PL *et al.* Requisição de exames complementares de diagnóstico em Clínica Geral - parte I: exames radiológicos e electrocardiogramas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(2):45-54.
- Silva DF. Acidentes Vasculares Cerebrais notificados em Portugal em 1990 pelos Médicos-Sentinela. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(3):81-87.
- Miranda A, Afonso CM, Ascensão PL *et al.* Requisição de exames complementares de diagnóstico em Clínica Geral - parte II: exames laboratoriais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(3):88-96.
- Ascensão P, Monsanto A. Enfarte do miocárdio: dados epidemiológicos de 1990. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(4):112-115.
- Figueiredo MV, Andrade HL, Paixão MT *et al.* Gripe em 1990/1991: resultados da vigilância clínica e laboratorial. *Saúde em Números* 1992;7(2):13-26.
- Pereira F. Doenças transmitidas por via sexual - qual a sua incidência?. *Saúde em Números* 1992;7(5):36.
- Divisão de Epidemiologia da Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários. *Um novo olhar sobre a saúde*. Médicos-Sentinela (2). Lisboa: DGCSP, 1992.
- Pisco A, Pisco L, Dias A *et al.* Consultas de Clínica Geral para procedimentos administrativos. *Saúde em Números* 1992;7(4):29-31.
- Casteren V, Leurquin P. Eurosentinel: Development of an International Sentinel Network of general practitioners. *Methods of Information in Medicine* 1992;31(2):147-152.
- Dias JAA, Felgueiras MM, Sanchez JP, Gonçalves JM, Falcão JM, Pimenta ZP. *A prevalência da Doença de Parkinson em Portugal - Estimativas populacionais a partir de uma rede de Médicos Sentinela*. Lisboa: DGCSP, 1992.

1993

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

1994

- Falcão IM. Varicela: Estimativas de incidência nos utentes inscritos em Médicos-Sentinela. *Acta Médica Portuguesa* 1994;7:281- 284.
- Falcão IM, Paixão MT. Diarreia aguda em Portugal - 1992. *Saúde em Números* 1994;9(1):1-5.
- Tovar MJ, Mira MM, Domingues AO. Acidentes no ano de 1992 - Estimativas de incidência na rede de Médicos-Sentinela. *Saúde em Números* 1994;9(3):17-20.
- Pereira FC, Louro M, Inácio MR *et al.* Doenças transmitidas por via sexual. Uma estimativa de incidência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1994;11(3):170-175.
- Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. *Epidemiologia da diabetes: prevalência e incidência das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: fase I - estudo transversal 1993*. Médicos-Sentinela (5).Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1994.
- Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde *Dezoito passos em frente*. Médicos-Sentinela (6). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1994.
- Dias JAA, Felgueiras MM, Sanchez JP *et al.* The prevalence of Parkinson's disease in Portugal - A population approach. *European Journal of Epidemiology* 1994;10:1-5.

1995

- Feliciano J. Epidemiologia da Diabetes em Portugal - Estimativa de incidência no triénio 1992/94. *Saúde em Números* 1995;10(2):9-12.
 - Falcão IM. Tumor Maligno da Mama Feminina: Quantos casos conhecemos? - Estimativa de prevalência na população inscrita em Médicos-Sentinela. *Saúde em Números* 1995;10(2):13-15.
 - Andrade HR, Falcão IM, Paixão MT *et al.* Programa de Vigilância da Gripe em Portugal - Resultados do período 1990-1994. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas* 1995; Ano18 (3/4):195-200.
 - Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. *Cinco anos depois*. Médicos-Sentinela (7). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1995.
 - Dias CM, Nogueira P, Rosa AV *et al.* Colesterol total e colesterol das lipoproteínas de alta densidade em doentes com DMNID. *Acta Médica Portuguesa* 1995;8:619-628.
 - Van Casteren V, Van Renterghem H, Szecsenyi J. *Data collection on patterns of demands for HIV-testing and other HIV/AIDS-related consultations in general practice. Surveillance by sentinel networks in various european countries.* Annex to final report. September 1995 DG V Project "EUROPE AGAINST AIDS".
- 1996**
- Catarino J, Falcão IM, Dias JA. Menopausa Cirúrgica em Utentes de Centros de Saúde: Avaliação da eficácia da terapêutica substitutiva com estrogénios. *Saúde em Números* 1996;11(4):25-29.
 - Catarino J. Interrupção Voluntária da Gravidez em Portugal, 1991-1995 - Estimativas de incidência na rede Médicos-Sentinela. *Saúde em Números* 1996;11(4):30-32.
 - Dias C, Nogueira P, Sá JV *et al.* Trigliceridémia em doentes com Diabetes Mellitus não insulino-dependente. *Arquivos de Medicina* 1996;10 Supl 4:23-26.
 - Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. *A passo firme*. Médicos-Sentinela (8). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1996.
 - Falcão JM, Gouveia MF, Rosa AV, Sá JV, Valente MF. Epidemiologia da diabetes: Parte I – Prevalência da doença e de alguns factores de risco numa coorte de diabéticos portugueses, 1993. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1996;13: 213-28.
 - Falcão JM, Gouveia MF, Rosa AV, Sá JV, Valente MF. Epidemiologia da diabetes: Parte II – Parâmetros bioquímicos, consumo de tabaco e de álcool e prevalência de “complicações” numa coorte de diabéticos portugueses, 1993. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1996;13:213-28.
 - Ferro JM, Falcão IM, Rodrigues G *et al.* Diagnosis of Transient Ischemic Attack by the Nonneurologist - A validation study. *Stroke* 1996;27(12):2225-2229.
 - Paixão MT, Falcão IM, Andrade MH. Resultados da vigilância epidemiológica da gripe de 1990-1995. *Pathos* 1996;12(9):38-45.
- 1997**
- Dias JAA, Lima MG, Henriques MFM. Acidentes isquémicos transitórios – estimativas de incidência, características de apresentação e valor prognóstico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1997;15(3):11-20
 - Falcão IM, Lima MG, Dias JA. A clínica geral e o tema HIV/SIDA. *Saúde em Números* 1997;12(2):9-12
 - Monsanto A, Dias JA, Sanchez JP, Simões AJ, Felgueiras MM, Sousa R. *Prevalência de Epilepsia em Portugal. Estimativa populacional e perfis terapêuticos a partir da rede Médicos-Sentinela*, 1993. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1997
 - Rodrigues G, Falcão IM, Ferro JM. Diagnóstico de acidente isquémico transitório por clínicos gerais: validação na rede Médicos - Sentinela. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1997;14:368-375
- 1998**
- Falcão IM, Andrade HR, Santos AS *et al.* Programme for the surveillance of influenza in Portugal: results of the period 1990-1996. *Journal of epidemiology and community health* 1998;52 (Suppl 1):39S-42S
 - Dias CM, Falcão IM, Falcão JM. Epidemiologia da interrupção voluntária da gravidez em Portugal Continental (1993-1997). *Observações ONSA* 1999, 4
- 1999**
- Costa MCF. Hepatite B e C: estudo de incidência 1995-1997. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1999;17(2):47-54
- 2000**
- Simões JAR. Incidência de queixas de Disfunção Sexual na população da rede Médicos-Sentinela no ano de 1998. *Acta Urológica Portuguesa* 2000, 17; 2: 57-61

-
- Simões JAR. Incidência da amigdalite aguda em crianças dos 0 aos 14 anos. *Saúde infantil* 2000; 22/3:5-15.

2001

- Manuguerra JC, Mosnier A, Paget JW au nom du programme *EISS (European Influenza Surveillance Scheme)*. Surveillance de la grippe dans les pays membres du réseau européen EISS d'octobre 2000 à avril 2001. *Eurosurveillance* 2001, vol 6, n° 9

2002

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

2003

- Ascensão PL, Nogueira PJ. Vigilância epidemiológica da ocorrência de enfarte agudo do miocárdio numa população de utentes de centros de saúde. *Rev Port Clin Geral* 2003;19:239-46.
- Falcão IM. A pouca gripe do Inverno passado! *Observações ONSA* 2003, 19.
- Falcão JM *et al.* Prescrição de antibacterianos em Clínica Geral: Um estudo na Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral* 2003; 19: 315-29.
- Eurosurveillance. Harmonisation des données nationales de morbidité d'EISS pour la surveillance de la grippe:un index simple. *Eurosurveillance*. Vol 8 n°7/8: 156-163.

2004

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

2005

- Falcão I. Ainda sobre a gripe...já quase a desaparecer! *Observações. ONSA*, 2005, 26.
- Simões JÁ, Falcão I. A cruz de quem tem dor nas cruzeiras! *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. [javascript:;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*[javascript:;](#), Médicos-Sentinela 17. Relatório anual de 2003. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2005.

2006

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

2007

- Falcão I. Observatório Nacional de Saúde. Médicos-Sentinela. Relatório de actividades de 2004. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2007.

- Falcão I, Monsanto A, Nunes B, Marau J, Falcão JM. Prescrição de psicofármacos em Medicina Geral e Familiar: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. Relatório interno. ONSA, 2007

2008

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

2009

- Falcão J, Nunes B, Rebelo de Andrade H, Barreto M, Gonçalves P, Santos L, Batista I. Pilot case-control study measuring influenza vaccine effectiveness, in Portugal 2008-2009. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa 2009.

- Kissling E, Valenciano M, Falcao J, Larrauri A, Widgren K, Pitigoi D, Oroszi B, Nunes B, Savulescu C, Mazick A, Lupulescu E, Ciancio B, Moren A. "I-MOVE" towards monitoring seasonal and pandemic influenza vaccine effectiveness: lessons learnt from a pilot multi-centric case-control study in Europe, 2008-9. *Eurosurveillance*, Volume 14, Issue 44, 05 November 2009

2010

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

MÉDICOS SENTINELA 2010

Médicos-Sentinela
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
Departamento de Epidemiologia
Av. Padre Cruz
1649-016 Lisboa

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
(217526488)

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL

