

_título:

Médicos-Sentinela

_subtítulo:

o que se fez em 2017

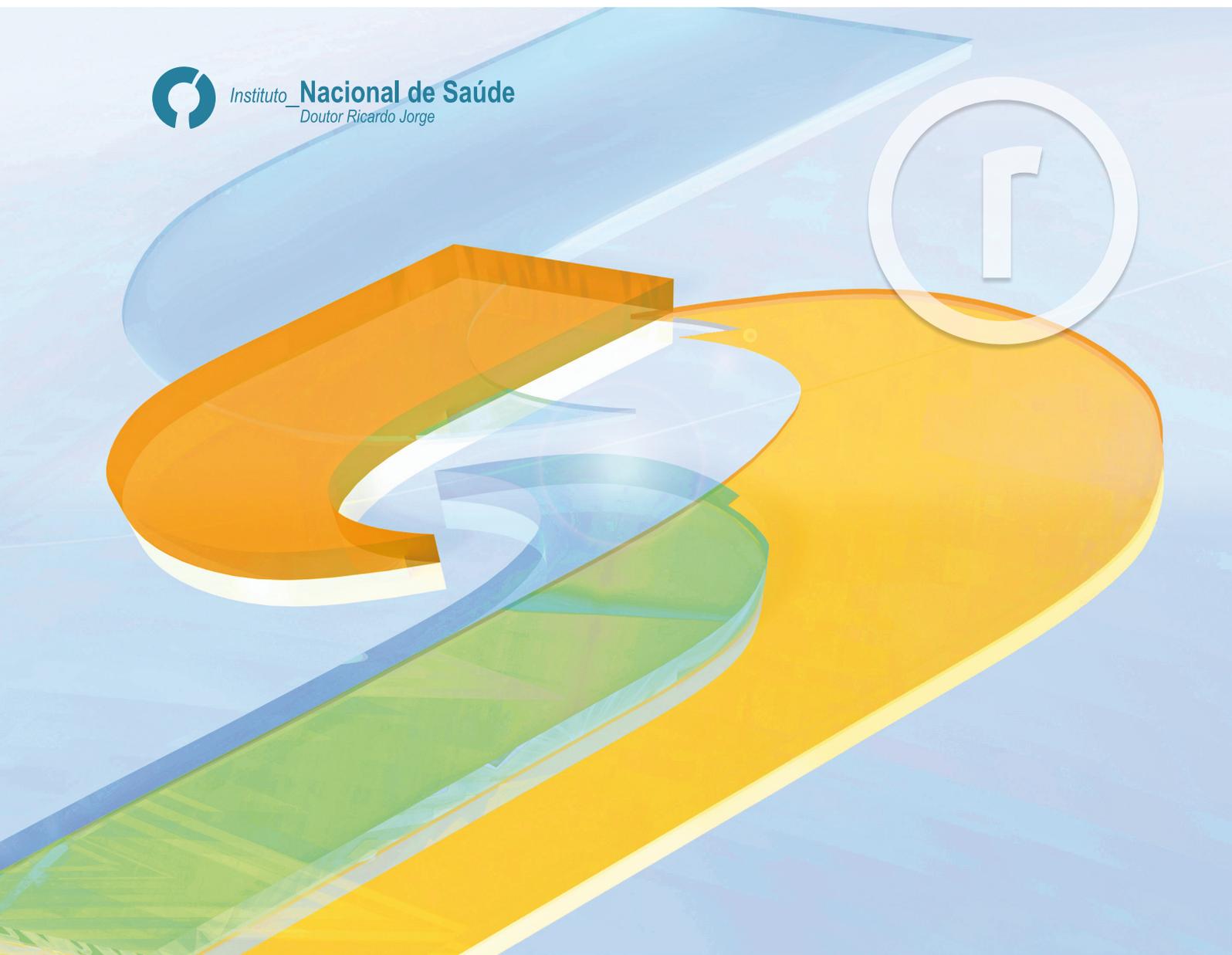
_edição:
INSA, IP

_autores: Departamento de Epidemiologia
Ana Paula Rodrigues, Inês Batista, Susana Silva

_local / data:
Lisboa
Junho 2019



Instituto **Nacional de Saúde**
Doutor Ricardo Jorge



Catálogo na publicação

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP
Médicos-Sentinela : o que se fez em 2017 / Ana Paula Rodrigues, Inês Batista, Susana Silva - Lisboa : Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge IP, 2019 - 63 p. : il. - (Número 31)

Morbilidade/ Notificação/ Grupo Etário/ Incidência/ Síndrome Gripal/ Diabetes *Mellitus*/ Hipertensão Arterial/ Enfarte Agudo do Miocárdio/
Acidente Vascular Cerebral/ Depressão/ Gravidez

ISBN: 978-989-8794-59-8 (ebook)

© Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP 2019.

Título: Médicos-Sentinela: o que se fez em 2017

Autores: Ana Paula Rodrigues, Inês Batista, Susana Silva (Departamento de Epidemiologia)

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

Coleção: Relatórios científicos e técnicos

Coordenação editorial: Elvira Silvestre

Composição gráfica: Francisco Tellechea

Lisboa, junho de 2019

Coordenadora da Rede Médicos-Sentinela: Ana Paula Rodrigues

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





Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge, IP

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

_titulo:

Médicos-Sentinela

_ subtítulo:

o que se fez em 2017

_edição:
INSA, IP

_autores: Departamento de Epidemiologia

Ana Paula Rodrigues, Inês Batista, Susana Silva

_local / data:
Lisboa
Junho 2019

Índice

1. Introdução	5
2. Material e métodos	9
2.1 Número de Médicos-Sentinela participantes	11
2.2 População sob observação	11
2.2.1. População máxima sob observação	11
2.2.2. População sob observação efetiva	12
2.2.3. Atualização da composição das listas de utentes	13
2.3 Eventos de saúde em estudo	14
2.3.1. Síndrome gripal	15
2.4 Análise estatística	17
3. Resultados	19
3.1 Síndrome gripal	21
3.2 Diabetes <i>mellitus</i>	23
3.3 Hipertensão arterial	24
3.4 Enfarte agudo do miocárdio	25
3.5 Acidente vascular cerebral	26
3.6 Depressão	27
3.7 Gravidez	30
4. Conclusões	31
5. Participação em projetos nacionais e internacionais	37
6. Estudos-satélites realizados	41
7. Publicações	59
Agradecimentos	59
Anexo – Instrumento de notificação, 2017	63

1

Introdução

A Rede Médicos-Sentinela é um sistema de observação em saúde constituído por um conjunto de Médicos de Família que exercem funções numa Unidade de Saúde Familiar ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Tem como principais objetivos:

- contribuir para a vigilância epidemiológica nacional, estimando taxas de incidência de diversos problemas de saúde agudos e crónicos, permitindo o acompanhamento das tendências e a identificação precoce de surtos;
- criar uma base de dados nacional que possa contribuir para a investigação em serviços de saúde no âmbito dos cuidados de saúde primários.

A participação na Rede Médicos-Sentinela é voluntária e resulta de uma forte motivação por parte dos médicos participantes. Tal possibilita, aliás, a obtenção de dados de melhor qualidade.

As taxas de incidência estimadas por este sistema, na maioria das situações, constituem os únicos dados de incidência relativos a estes problemas de saúde disponibilizados em Portugal. Essa é a razão pela qual algumas das situações se têm mantido em notificação ao longo do tempo, aportando um importante contributo à vigilância epidemiológica.

Apesar da metodologia usada pela Rede Médicos-Sentinela, ser mais adequada ao cálculo de taxas de incidência, alguns estudos satélites, que usam um desenho de estudo do tipo transversal, permitem obter estimativas da prevalência de problemas de saúde específicos.

Os estudos desenvolvidos pela Rede Médicos-Sentinela desde a sua constituição em 1989 e os projetos em que a Rede tem participado estão referidos em capítulo próprio neste relatório.

②

Material e métodos

2.1. Número de Médicos-Sentinela participantes

Durante o ano de 2017 participaram na Rede 159 médicos (133 listas de utentes), dos quais 85 (63,9%) notificaram casos durante, pelo menos, uma semana no ano. Durante esse ano, registou-se a entrada de 31 médicos na Rede Médicos-Sentinela.

A distribuição geográfica dos Médicos-Sentinela participantes encontra-se representada no mapa abaixo (Figura 1).

2.2. População sob observação

Identificam-se dois tipos de *População sob Observação* (PSO), que se designam por *População Máxima sob Observação* (PMSO) e *População sob Observação Efetiva* (PSOE).

2.2.1. População máxima sob observação

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

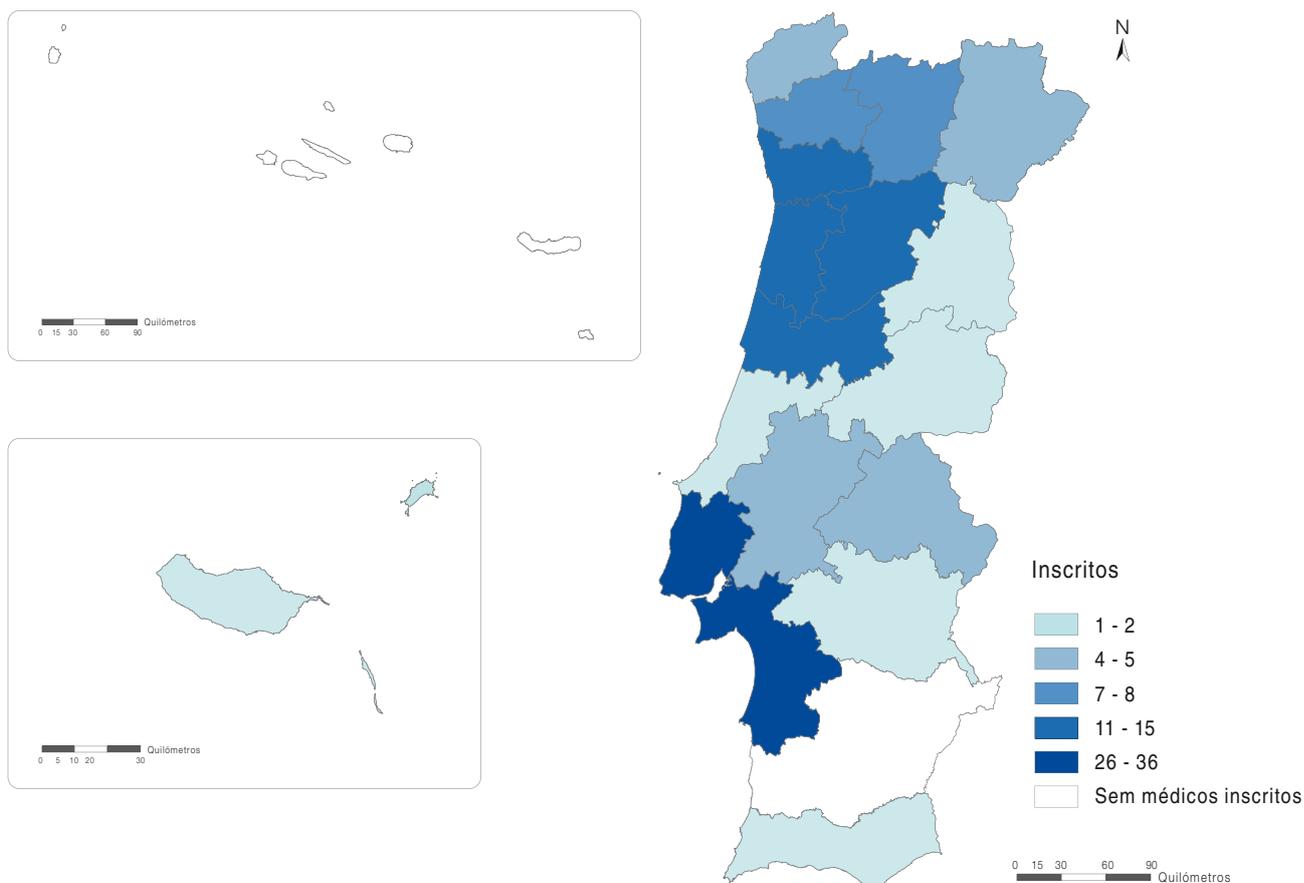


Figura 1 – Distribuição geográfica dos Médicos-Sentinela em 2017.

A PMSO pode ser calculada para a totalidade da Rede ou para uma área geográfica específica e o seu cálculo é dado por:

Fórmula 1

$$PMSO = \sum_{m=1}^M N_m$$

Em que:

N_m Representa o número de utentes inscritos em cada médico m .

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

No final do ano de 2017, a PMSO atingiu 226.750 indivíduos (quadro 1).

A PMSO é, fundamentalmente, usada em estudos-satélite para o cálculo de prevalências.

Quadro 1 – População Máxima sob Observação na Rede Médicos-Sentinel a 31 de dezembro de 2017, desagregada por sexo e grupo etário.

Grupo etário (anos)	Homens	Mulheres	Total
0-4	4.615	4.628	9.243
5-9	5.689	5.477	11.166
10-14	6.181	5.838	12.019
15-24	12.210	12.239	24.449
25-34	12.891	14.305	27.196
35-44	16.422	18.540	34.962
45-54	15.257	17.190	32.447
55-64	13.743	15.602	29.345
65-74	10.900	13.270	24.170
≥75	8.504	13.249	21.753
Total	106.412	120.338	226.750

2.2.2. População sob observação efetiva

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

A PSOE da semana obtém-se pelo somatório das listas de utentes dos médicos que nessa semana enviaram, pelo menos, uma notificação, ou declararam não terem casos a notificar.

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

Fórmula 2

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

Em que:

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

I_{tm} é uma variável que toma o valor 1 se o médico m esteve ativo na semana t e 0 no caso contrário.

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

Fórmula 3

$$PSOE_{ano} = \sum_{t=1}^T \frac{PSOE_t}{52}$$

t é o número de cada semana.

A PSOE de 2017 e respetiva distribuição por sexo e grupo etário, utilizada no cálculo das taxas de incidência anuais, é apresentada no [Quadro 2](#).

Quadro 2 – População sob observação efetiva na Rede Médicos-Sentinela em 2017, desagregada por sexo e grupo etário.

Grupo etário (anos)	Homens	Mulheres	Total
0-4	897	893	1.790
5-9	1.083	1.063	2.146
10-14	1.181	1.090	2.271
15-24	2.351	2.324	4.675
25-34	2.409	2.649	5.058
35-44	3.107	3.562	6.669
45-54	2.839	3.215	6.054
55-64	2.567	2.940	5.507
65-74	2.023	2.466	4.489
≥75	1.474	2.281	3.755
Total	19.931	22.483	42.414

2.2.3. Atualização da composição das listas de utentes

Procedeu-se à atualização da composição das listas de utentes de cada médico a 31 de dezembro de 2017, e estimou-se a composição da lista de utentes a 30 de junho de 2017, de modo a permitir uma maior precisão na PMSO e PSOE.

Em condições ideais, esta estimativa é obtida através da média aritmética do número de utentes inscritos em 31 de dezembro do ano em análise e do ano anterior. Para o ano de 2017, e para cada médico, a estimativa da composição da respetiva lista, a 30 de junho é dada por:

Fórmula 4

$$N_{m30.06.17} = \frac{N_{31.12.16} + N_{31.12.17}}{2}$$

Em que:

$N_{m30.06.17}$ É a estimativa do número de indivíduos inscritos na lista do médico m , a meio do ano.

$N_{31.12.16}$ É o número de indivíduos inscritos na lista do médico m a 31 de dezembro de 2016.

$N_{31.12.17}$ É o número de indivíduos inscritos na lista do médico m a 31 de dezembro de 2017.

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

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 2016 e procedeu à sua atualização em março de 2018.

Consideremos o período de tempo compreendido entre aqueles dois meses:

	2016						2017						2018						
	2				6		1				6						1		3
Meses	2				6		12	13			18						25		27
	I										C							F	

Sejam

C data de referência (30.06.17)

I mês a que a composição inicial da lista se refere

F mês a que a atualização da lista se refere

No seu cálculo, os valores das duas listas são afetados por um fator (F) inversamente proporcional ao tempo que separa o dia 30 de junho (C), do ano em causa, das datas a que aquelas listas se referem (I: mês a que se refere a lista inicial; F: mês a que se refere a lista final). 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. Quanto menor for esse afastamento, mais elevado será o fator de ponderação utilizado. Assim, os fatores de ponderação (F) serão calculados por:

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

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

no exemplo atrás citado:

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

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

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

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

A estimativa da composição da lista em 30.06.17 será obtida pela média ponderada entre o valor da lista em I e o novo valor em F.

Assim, a estimativa da composição da lista em 30.06.17, para um dado médico, será:

Fórmula 5

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

Em que:

N_m É a estimativa do número de indivíduos inscritos na lista do médico m , a meio do ano.

N_{inic} É o número de indivíduos inscritos na penúltima lista conhecida do médico m .

N_{final} É o número de indivíduos inscritos na última lista conhecida do médico m .

N_I É o fator de ponderação inicial

N_F É o fator de ponderação final

2.3. Eventos de saúde em estudo

Durante o ano de 2017, foram alvo de notificação 8 eventos de saúde distintos, apresentados no [Quadro 3](#).

Uma vez que os dados referentes à prescrição de anticoagulantes orais integram um estudo específico, *Adesão à Terapêutica Anticoagulante em doentes com fibrilhação auricular (ATAC)*, os seus resultados serão posteriormente apresentados em relatório ou artigo específico.

No [Anexo I](#) pode ser consultado o instrumento de notificação utilizado para a recolha de dados durante o ano de 2017.

Quadro 3 – Eventos de saúde em estudo durante o ano de 2017 na Rede Médicos-Sentinela.

Síndrome gripal
Diabetes <i>mellitus</i>
Enfarte agudo do miocárdio
Acidente vascular cerebral
Hipertensão arterial
Depressão
Gravidez
Prescrição de anticoagulantes orais

2.3.1. Síndrome Gripal

A notificação dos casos de síndrome gripal (SG) na Rede Médicos-Sentinela é uma das componentes do sistema de vigilância da gripe, e integra o Programa Nacional de Vigilância da Gripe.

Assim, dadas as especificidades da observação deste evento de saúde, apresentam-se, em se-

guida, os principais conceitos usados na vigilância da gripe.

- **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, ausência de sinais respiratórios relevantes e contacto com doente com gripe. Para o cálculo das taxas de incidência consideram-se apenas os casos de síndrome gripal que apresentem seis ou mais destes itens.
- **Caso de gripe** – Todo o caso notificado no qual tenha sido detetado vírus *Influenza* em exsudado nasofaríngeo por cultura viral e/ou *RT-nested PCR em multiplex*. A cultura viral é realizada através da inoculação do produto biológico na linha celular (*Mardin Darby Canine Kidney cells* – MDCK cells) sendo expectável o crescimento e isolamento da estirpe viral ao fim de 7-10 dias. A deteção rápida do vírus *Influenza* é realizada por metodologias de biologia molecular, através da amplificação de zonas do genoma viral, que permitem a identificação do tipo e subtipo dos vírus *Influenza* A e B.
- **Época de gripe** – Período de tempo de aproximadamente 33 semanas que decorre entre o início de outubro de um determinado ano (40^a semana) e meados de maio do ano seguinte (20^a semana).
- **Linha de base** também designada por **área de atividade basal**, constitui o intervalo de

valores da taxa de incidência correspondente a uma circulação esporádica de vírus da gripe. Permite definir períodos epidémicos, comparar as epidemias anuais em função da sua intensidade e duração e determinar o impacto dessas epidemias na comunidade. Foi estimada utilizando o método *Moving Epidemic Method* (MEM) ⁽¹⁾.

- **Atividade gripal** – Definida pelo nível da intensidade da ocorrência da doença, medido pela estimativa semanal da taxa de incidência de síndrome gripal e do seu posicionamento relativo à área de atividade basal, e pelo número de vírus circulantes detetados.

Para classificar a atividade gripal adotam-se indicadores de dispersão geográfica e de intensidade da atividade gripal.

No que se refere à dispersão geográfica, a atividade gripal pode ser classificada em quatro níveis (adaptado da classificação do ECDC - *European Center for Disease Prevention and Control*):

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 da gripe.

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

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

Atividade gripal disseminada – casos confirmados de gripe na maioria do território nacional, indicando circulação disseminada do vírus da gripe.

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.

A intensidade da atividade gripal é definida com base em toda a informação da vigilância recolhida através das várias fontes de dados e é avaliada, tendo em consideração a informação histórica nacional sobre a gripe, usando o método MEM ⁽¹⁾. De acordo com este método são definidos 5 níveis de atividade gripal:

Ausência de atividade gripal – nível de atividade gripal caracterizado por uma taxa de incidência de síndrome gripal abaixo ou na área de atividade basal e sem identificação de vírus da gripe.

Atividade gripal baixa – Nível de atividade gripal associado à presença de vírus da gripe e correspondendo a uma taxa de incidência provisória de SG superior à área de atividade basal e inferior ou igual a 76,9/10⁵.

(1) Vega T, Lozano JE, Meerhoff T, Snacken R, Beauté J, et al. Influenza surveillance in Europe: comparing intensity levels calculated using the moving epidemic method. *Influenza Other Respir Viruses*. 2015 Sep; 9(5): 234–246.

Atividade gripal moderada – nível de atividade gripal associado à presença de vírus da gripe e correspondendo a uma taxa de incidência de síndrome gripal provisória superior a $76,9/10^5$ e inferior ou igual a $131,7/10^5$.

Atividade gripal elevada – nível de atividade gripal associado à presença de vírus da gripe e correspondendo a uma taxa de incidência de síndrome gripal provisória superior a $131,7/10^5$ e inferior ou igual a $167,0/10^5$.

Atividade gripal muito elevada – nível de atividade gripal associado à presença de vírus da gripe e correspondendo a uma taxa de incidência de síndrome gripal provisória superior a $167,0/10^5$.

Nota: Os valores dos limites dos diferentes níveis de atividade gripal são anualmente atualizados.

semana n+1) e definitivas (isto é, taxas de incidência estimadas no final da época gripal).

Não foram calculadas as taxas anuais dos eventos de saúde cuja frequência absoluta nas classes das variáveis de desagregação tenha sido menor ou igual a cinco casos, dada a variabilidade dessas estimativas.

2.4. Análise estatística

Procedeu-se ao cálculo das taxas de incidência anuais de diabetes *mellitus* do tipo 2, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, depressão e gravidez, desagregadas por sexo (quando aplicável) e grupo etário. Para o cálculo da taxa de incidência de depressão foram consideradas apenas as consultas referentes a casos incidentes, isto é, primeiro episódio de depressão na vida do utente ou episódio seguinte.

No caso de SG foram calculadas as taxas de incidência semanais provisórias (isto é, as taxas de incidência estimadas na quinta-feira da

3

Resultados

3.1. Síndrome gripal

Os resultados apresentados nos [Quadros 4 e 5](#) e na [Figura 2](#) referem-se às estimativas das taxas de incidência semanais, provisórias e definitivas, de síndrome gripal observadas da semana 40 de 2017 à semana 20 de 2018.

Na época 2017/2018, os valores das taxas de incidência semanais mantiveram-se acima da área de atividade basal entre as semanas 52 de 2017 e a semana 7 de 2018 ([Quadros 4 e 5](#), [Figura 2](#)). O valor máximo da taxa de incidência provisória foi de $69,6/10^5$ (semana 52/2017), correspondendo este valor a uma atividade gripal de baixa intensidade.

Após atualização das taxas de incidência de síndrome gripal, o valor máximo da taxa de incidência definitiva observado foi de $78,8/10^5$ (semana 52/2017).

Para a componente laboratorial do Programa Nacional de Vigilância da Gripe foram enviados pelos Médicos-Sentinela 259 exsudados nasofaríngeos para o Laboratório Nacional de Referência para o Vírus da Gripe e Outros Vírus Respiratórios.

Quadro 4 – Taxa de incidência semanal provisória de síndrome gripal ($/10^5$ utentes) na época 2017/2018.

Semana	Nº casos	$/10^5$	Semana	Nº casos	$/10^5$	Semana	Nº casos	$/10^5$
2017			2018			2018		
40	4	15,5	1	31	50,3	14	4	13,1
41	2	6,7	2	30	41,5	15	0	0,0
42	3	7,4	3	38	58,4	16	2	5,8
43	2	6,2	4	28	48,7	17	0	0,0
44	2	6,9	5	29	37,3	18	0	0,0
45	3	6,4	6	10	31,1	19	0	0,0
46	5	15,4	7	20	34,5	20	0	0,0
47	5	11,7	8	15	25,4			
48	5	14,6	9	9	16,1			
49	2	6,6	10	9	15,8			
50	8	20,7	11	14	28,2			
51	3	9,7	12	2	4,5			
52	20	69,6	13	0	0,0			

Quadro 5 – Taxa de incidência semanal definitiva de síndrome gripal (/10⁵ utentes) na época 2017/2018.

Semana	Nº casos	/10 ⁵	Semana	Nº casos	/10 ⁵	Semana	Nº casos	/10 ⁵
2017			2018			2018		
40	6	16,3	1	44	62,3	14	5	11,6
41	3	7	2	41	49,3	15	0	0
42	5	11,9	3	49	66,4	16	2	4,5
43	3	7,3	4	42	61,1	17	0	0
44	2	6,1	5	32	34,1	18	0	0
45	4	7,4	6	22	29,9	19	0	0
46	8	17,1	7	26	38,1	20	0	0
47	6	11,9	8	20	28,1			
48	8	20,3	9	19	27,8			
49	8	21,4	10	11	17,5			
50	11	22,4	11	18	30,9			
51	10	22,9	12	3	5,3			
52	33	78,8	13	2	3,9			

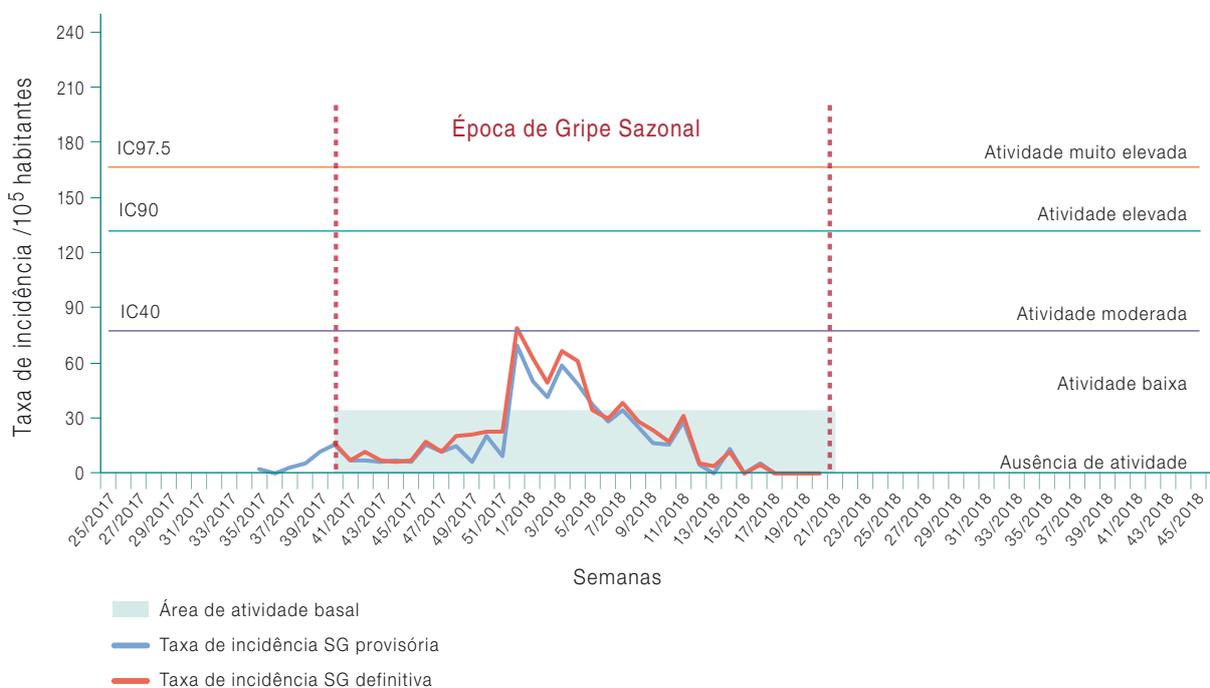


Figura 2 – Taxa de incidência semanal, provisória e definitiva, de síndrome gripal (/10⁵ utentes) na época 2017/2018.

3.2. Diabetes *mellitus*

Em 2017 foram notificados 236 novos casos de diabetes *mellitus* (DM), 120 (50,8 %) eram do sexo feminino. Do total de casos, 221 (93,6 %) corresponderam a novos casos de DM tipo 2. Dos restantes casos, 8 corresponderam a diabetes gestacional, 5 casos a diabetes *mellitus* do tipo 1 e 2 casos corresponderam a outros tipos de diabetes.

A idade média (e mediana) dos doentes à data do diagnóstico de DM tipo 2 foi de 65 anos (mínimo: 33 anos; máximo: 96 anos).

Para o total da população inscrita, a taxa de incidência de DM tipo 2 estimada foi de **521,1 casos/10⁵ utentes**, tendo sido mais elevada no sexo masculino (572,0 casos/10⁵ utentes). Considerando apenas a população de utentes com 25 ou mais anos, a taxa de incidência foi

de **700,9 casos/10⁵ utentes** (Quadro 6). Em relação ao observado em 2016, salienta-se um aumento dos valores da taxa de incidência estimados em ambos os sexos ⁽²⁾.

A incidência mais elevada observou-se no grupo etário acima dos 74 anos (1.571,2 casos/10⁵ utentes), no entanto, no sexo masculino a taxa de incidência mais elevada foi observada no grupo etário dos 55-64 anos (1.597,2 casos/10⁵ utentes) (Quadro 6).

Em relação ao ano de 2016, observou-se um aumento da incidência, em especial no grupo etário com 75 ou mais anos ⁽²⁾. Este aumento foi observado em ambos os sexos.

Quadro 6 – Taxa de incidência anual (/10⁵ utentes) de diabetes *mellitus* tipo 2, em 2017 por sexo e grupo etário.

Grupo etário (anos)	Homens		Mulheres		Total	
	Nº casos	/10 ⁵	Nº casos	/10 ⁵	Nº casos	/10 ⁵
00-24	*	*	*	*	*	*
25-34	1	**	1	**	2	**
35-44	5	**	5	**	10	149,9
45-54	16	563,6	15	466,6	31	512,1
55-64	41	1.597,2	22	748,3	63	1.144,0
65-74	28	1.384,1	28	1.135,4	56	1.247,5
≥75	23	1.560,4	36	1.578,3	59	1.571,2
Total	114	572,0	107	475,9	221	521,1
≥25	114	790,6	107	625,3	221	700,9

* Sem registo de casos ** Número de casos menor ou igual a 5

(2) Rodrigues AP, Batista I, Silva S, Fonseca Vieira J. Médicos-Sentinela: o que se fez em 2016. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/5006>

3.3. Hipertensão arterial

Em 2017 foram notificados 248 novos casos de hipertensão arterial (HTA), sendo 131 (52,8 %) do sexo masculino.

A idade média (e mediana) dos doentes à data do diagnóstico foi de 54 anos (53 anos), sendo a idade mínima 19 anos e a idade máxima à data do diagnóstico de 99 anos.

Para o total da população inscrita, a taxa de incidência de HTA estimada foi de **584,7 casos/10⁵ utentes**, tendo sido mais elevada no sexo masculino (657,3 casos/10⁵ utentes). Considerando apenas a população de utentes com 25 ou mais anos, a taxa de incidência foi de **777,0 casos/10⁵ utentes** (Quadro 7).

A incidência mais elevada observou-se no grupo etário entre os 45 e os 54 anos (1.404,0 casos/10⁵ utentes), em ambos os sexos (Quadro 7).

Quando comparada com a taxa de incidência estimada em 2015, salienta-se uma redução da incidência de HTA na população geral (584,7/10⁵ vs 944,8/10⁵)⁽³⁾.

Quadro 7 – Taxa de incidência anual de hipertensão arterial (/10⁵ utentes) em 2017, por sexo e grupo etário.

Grupo etário (anos)	Homens		Mulheres		Total	
	Nº casos	/10 ⁵	Nº casos	/10 ⁵	Nº casos	/10 ⁵
00-14	*	*	*	*	*	*
15-24	2	**	1	**	3	**
25-34	5	**	4	**	10	177,9
35-44	23	740,3	15	421,1	38	569,8
45-54	43	1.514,6	42	1.306,4	85	1.404,0
55-64	25	973,0	32	1.088,4	57	1.035,0
65-74	30	1.482,9	16	648,8	46	1.024,7
≥75	3	**	7	306,9	10	266,3
Total	131	657,3	117	520,4	248	584,7
≥25	129	894,7	116	677,8	245	777,0

* Sem registo de casos ** Número de casos menor ou igual a 5

(3) Rodrigues AP, Batista I, Sousa-Uva Mafalda, Silva S. Médicos-Sentinela: o que se fez em 2015. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/4066>

3.4. Enfarte Agudo do Miocárdio

Durante o ano 2017 foram notificados 30 novos casos de enfarte agudo do miocárdio (EAM). A idade dos casos variou entre 44 e 96 anos (média de 68 e mediana de 67 anos). Para o total da população inscrita observou-se uma taxa de incidência anual de **70,7 casos/10⁵ utentes**. Na população com 35 ou mais anos, a taxa de incidência anual foi de **113,3 casos/10⁵ utentes**, valores inferiores aos observados em 2016 ⁽²⁾. A taxa de incidência mais elevada foi observada na população com 75 ou mais anos de idade (266,3 casos/10⁵ utentes) (**Quadro 8**).

Em relação a 2016, observou-se uma redução da incidência de EAM na população em geral ⁽²⁾, parecendo haver um aumento progressivo da idade de ocorrência de EAM.

Quadro 8 – Taxa de incidência anual de enfarte agudo do miocárdio (/10⁵ utentes) em 2017, por sexo e grupo etário.

Grupo etário (anos)	Homens		Mulheres		Total	
	Nº casos	/10 ⁵	Nº casos	/10 ⁵	Nº casos	/10 ⁵
00-34	*	*	*	*	*	*
35-44	1	**	*	*	1	**
45-54	4	**	*	*	4	**
55-64	6	233,7	2	**	8	145,3
65-74	3	**	4	**	7	155,9
≥75	4	**	6	263,0	10	266,3
Total	18	90,3	12	53,4	30	70,7
≥35	18	149,9	12	83,0	30	113,3

Notas: * Sem registo de casos ** Número de casos menor ou igual a 5

(2) Rodrigues AP, Batista I, Silva S, Fonseca Vieira J. Médicos-Sentinela: o que se fez em 2016. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/5006>

3.5. Acidente Vascular Cerebral

Durante o ano de 2017 foram notificados 70 novos casos de acidente vascular cerebral (AVC), correspondendo a uma taxa de incidência anual de **165,0 casos/10⁵ utentes** na população inscrita, e de **249,3 casos/10⁵ utentes** na população de utentes com 35 ou mais anos de idade (**Quadro 9**), valores superiores aos observados em 2016 ⁽²⁾.

Observou-se um aumento do número de novos casos com o aumento da idade, sendo o máximo observado de **1.356,9 casos/10⁵ utentes** na população com 75 ou mais anos de idade do sexo masculino (**Quadro 9**).

Em relação a 2016, observou-se um aumento da incidência de AVC na população em geral ⁽²⁾, devido ao aumento do número de novos casos nos grupos etários mais velhos, em especial acima dos 75 anos de idade.

Quadro 9 – Taxa de incidência anual de acidente vascular cerebral (/10⁵ utentes) em 2017, por sexo e grupo etário.

Grupo etário (anos)	Homens		Mulheres		Total	
	Nº casos	/10 ⁵	Nº casos	/10 ⁵	Nº casos	/10 ⁵
00-14	*	*	*	*	*	*
15-24	1	**	*	*	1	**
25-34	2	**	1	**	3	**
35-44	1	**	*	*	1	**
45-54	3	**	1	**	4	**
55-64	7	272,7	5	**	12	217,9
65-74	5	**	6	243,3	11	245,0
≥75	20	1.356,9	18	789,1	38	1.012,0
Total	39	195,7	31	137,9	70	165,0
≥35	36	299,8	30	207,4	66	249,3

* Sem registo de casos ** Número de casos menor ou igual a 5

(2) Rodrigues AP, Batista I, Silva S, Fonseca Vieira J. Médicos-Sentinela: o que se fez em 2016. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/5006>

3.6. Depressão

Durante o ano de 2017 foram notificados 424 episódios de depressão, dos quais 330 (77,8%), eram do sexo feminino.

A distribuição da taxa de incidência de depressão, considerando apenas os primeiros episódios na vida dos utentes foi de 457,4 casos/10⁵ utentes, tendo sido mais elevada no sexo feminino (604,9 casos/10⁵ utentes). No global, o grupo etário com taxa de incidência mais elevada é o dos 55 aos 64 anos (671,9 casos/10⁵ utentes), embora no sexo masculino a taxa de incidência mais elevada tenha sido registada entre os 65 e os 74 anos (593,2 casos/10⁵ utentes) e no sexo feminino a taxa mais elevada tenha sido observada entre os 45 e 54 anos (933,1 casos/10⁵ utentes) (Quadro 10).

A taxa de incidência de depressão tendo em conta primeiros episódios na vida do utente e recidivas foi de 999,7 casos/10⁵ utentes, tendo sido cerca de três vezes mais elevado no sexo feminino (1.467,8 casos/10⁵ utentes) do que no sexo masculino (471,6 casos/10⁵ utentes). A taxa de incidência mais elevada observou-se no sexo feminino, no grupo etário dos 45 aos 54 anos (2.239,5 casos/10⁵ utentes). No sexo masculino, a taxa de incidência mais elevada observou-se entre os 55 e os 64 anos (934,9 casos/10⁵ utentes) (Quadro 11).

Em relação a 2016, observou-se uma redução da incidência de depressão na população em geral e em ambos os sexos, tanto devido à redução de primeiros episódios na vida como devido à redução do número de recidivas⁽²⁾.

Quadro 10 – Taxa de incidência anual de depressão (primeiros episódios na vida) (/10⁵ utentes) em 2017, por sexo e grupo etário.

Grupo etário (anos)	Homens		Mulheres		Total	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-14	*	*	1	**	1	**
15-24	4	**	10	430,3	14	299,5
25-34	7	290,6	24	906,0	31	612,9
35-44	7	225,3	20	561,5	27	404,9
45-54	5	**	30	933,1	35	578,1
55-64	15	584,3	22	748,3	37	671,9
65-74	12	593,2	14	567,7	26	579,2
≥75	8	542,7	15	657,6	23	612,5
Total	58	291,0	136	604,9	194	457,4
≥15	58	345,9	135	694,6	193	533,0

* Sem registo de casos ** Número de casos menor ou igual a 5

(2) Rodrigues AP, Batista I, Silva S, Fonseca Vieira J. Médicos-Sentinela: o que se fez em 2016. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/5006>

Quadro 11 – Taxa de incidência anual de depressão (/10⁵ utentes) (primeiros episódios e recidivas), em 2017, por sexo e grupo etário.

Grupo etário (anos)	Homens		Mulheres		Total	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-14	*	*	1	**	1	**
15-24	6	255,2	15	645,4	21	449,2
25-34	12	498,1	50	1887,5	62	1.225,8
35-44	15	482,8	75	2.105,6	90	1.349,5
45-54	11	387,5	72	2.239,5	83	1.371,0
55-64	24	934,9	60	2.040,8	84	1.525,3
65-74	15	741,5	32	1.297,6	47	1.047,0
≥75	11	746,3	25	1.096,0	36	958,7
Total	94	471,6	330	1.467,8	424	999,7
≥15	94	560,5	329	1.692,6	423	1.168,3

* Sem registo de casos ** Número de casos menor ou igual a 5

Em 84,4 % das situações, o diagnóstico de depressão (primeiro episódio ou recidiva) foi estabelecido pelo médico de família do utente (Quadro 12).

Em 67 consultas (15,8 %), o utente foi referenciado para outro profissional de saúde, observando-se uma maior proporção de referências no sexo masculino (19,0 %). Na maioria dos casos, o doente foi referenciado para um psicólogo (54,8 %) (Quadro 13), facto diferente do observado em anos anteriores, nos quais a maioria das referências era feita para psiquiatras⁽²⁾.

Foi percebido risco de suicídio em 3,4 % das consultas (4,6 % nos homens e 3,2 % em mulheres).

Do total de consultas relacionadas com depressão houve prescrição medicamentosa em 96,2 % das situações (408 consultas). Em 49,0 % dos casos foi usado apenas um fármaco (Quadro 14).

Os fármacos mais prescritos foram os derivados bicíclicos (49,5 %) e os derivados das benzodiazepinas (19,4 %) (Quadro 15).

Quadro 12 – Distribuição dos novos casos de depressão segundo quem fez o diagnóstico em 2017.

Quem fez o diagnóstico	n	%
Médico de Família	358	84,4
Psiquiatra	41	9,7
Outro	25	5,9
Total	424	100,0

n = número de registos válidos

Quadro 13 – Distribuição das consultas relacionadas com depressão segundo o tipo de referência em 2017.

Referência	n	%
Psiquiatra	20	32,3
Psicólogo	34	54,8
Psiquiatra ou psicólogo	6	9,7
Outras referências	2	3,2

n = número de registos válidos; em 5 consultas não foi identificado o tipo de referência

Quadro 14 – Esquema terapêutico medicamentoso utilizado nas consultas relacionadas com a depressão em 2017.

Esquema terapêutico	Nº consultas (n=408)	%
Monoterapia	200	49,0
2 Medicamentos	174	42,6
3 Medicamentos	32	7,8
≥4 Medicamentos	2	0,5

n = número de registos válidos

Quadro 15 – Proporção de prescrições relacionadas com depressão, por tipo de medicamentos (classificação ATC) em 2017.

Medicamentos (ATC)	Prescrições*	% (n=650)
<i>Antipsicóticos (N05A)</i>		
Fenotiazinas com o grupo dimetilaminopropilo (N05AA)	1	0,2
Derivados da dibenzodiazepina e da dibenzoxazepina (N05AH)	9	1,4
Benzaminas (N05AL)	10	1,5
Outros antipsicóticos (N05A X)	3	0,5
<i>Ansiolíticos (N05B)</i>		
Derivados da benzodiazepina (N05B A)	126	19,4
Derivados da azaspirodecanodiona (N05B E)	19	2,9
<i>Hipnóticos e sedativos (N05C)</i>		
Derivados das benzodiazepinas (N05C D)	3	0,5
Ciclopirrolonas (N05C F)	19	2,9
Outros hipnóticos e sedativos (N05C M)	6	0,9
<i>Antidepressivos (N06A)</i>		
Derivados tricíclicos (N06A A)	3	0,5
Derivados bicíclicos (N06A B)	322	49,5
Inibidores das monoamina oxidases tipo A (N06A G)	2	0,3
Outros antidepressivos (N06A X)	127	19,5

(2) Rodrigues AP, Batista I, Silva S, Fonseca Vieira J. Médicos-Sentinela: o que se fez em 2016. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/5006>

3.7. Gravidez

Durante o ano de 2017 foram notificadas 472 gravidezes. A idade média (mediana) das grávidas foi 30 anos (32 anos), a idade mínima de 16 anos e a máxima de 50 anos. Em comparação com anos anteriores ⁽⁴⁾ destaca-se o aumento da idade das grávidas em estudo.

Na população utente entre os 15 e os 44 anos de idade obteve-se uma taxa de incidência de 5.495,0/10⁵ (Quadro 16), valor superior ao estimado em 2013 ⁽⁴⁾. Embora estes valores não representem a taxa de natalidade, o aumento observado está de acordo com o aumento da taxa de natalidade observado entre 2013 e 2017 ⁽⁵⁾.

Quadro 16 – Estimativa da taxa de incidência anual de gravidez (/10⁵ utentes), por grupo etário, em 2017.

Grupo etário (anos)	Nº casos	Taxa (/10 ⁵)
15-24	68	2.926,0
25-34	283	10.683,3
35-44	118	3.312,7
45-54	3	**
15-44	469	5.495,0

Das 472 grávidas em estudo, 429 (90,9 %) tomou ácido fólico durante o primeiro trimestre da gravidez. Destas menos de metade (44,3 %) iniciou a toma antes de engravidar (Quadro 17).

Quadro 17 – Toma de ácido fólico durante o primeiro trimestre da gravidez segundo o momento de início da toma.

	n	%
Iniciou toma antes de engravidar	190	44,3
Iniciou toma depois de engravidar	239	55,7
Total	429	100,0

(4) Rodrigues AP, Silva S, Batista I, Nunes B. Médicos-Sentinela: o que se fez em 2013. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2014. <http://hdl.handle.net/10400.18/2389>

(5) Instituto Nacional de Estatística. Taxa bruta de natalidade por local de residência (NUTS-2013) [online] 2018 [consult. 1/3/2019]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008264&contexto=bd&selTab=tab2

4

Conclusões

A maioria dos problemas de saúde em estudo pela Rede Médicos-Sentinela durante o ano de 2017 haviam sido já estudados no passado, pelo que os resultados obtidos este ano podem ser comparados com os valores observados em anos anteriores.

De entre os principais resultados obtidos salienta-se que:

- A taxa de incidência de diabetes *mellitus* tipo 2 observada em 2017 foi superior à observada em 2016, em especial no grupo etário com 75 ou mais anos de idade. Em 2017 a taxa de incidência foi de $521,1/10^5$, tendo sido mais elevada no sexo masculino ($572,0/10^5$) e no grupo etário com 75 ou mais anos ($1.571,2/10^5$).
- A taxa de incidência de hipertensão arterial observada em 2017 ($584,7/10^5$) foi inferior à observada em anos anteriores, em ambos os sexos. A taxa de incidência mais elevada foi observada no sexo masculino ($657,3/10^5$) e no grupo etário dos 45 aos 54 anos ($1.404,0/10^5$).
- A taxa de incidência de enfarte agudo do miocárdio em 2017 ($70,7/10^5$) foi inferior à estimada em 2016 em ambos os sexos. Observou-se uma incidência mais elevada no sexo masculino ($149,9/10^5$) e na população com 75 ou mais anos de idade ($266,3/10^5$).
- A taxa de incidência de acidente vascular cerebral em 2017 ($165,0/10^5$) foi superior à estimada em 2016, tendo sido mais elevada no sexo masculino ($19,7/10^5$) e no grupo etário com 75 ou mais anos de idade ($1.012,0/10^5$).
- A taxa de incidência de depressão estimada em 2017 ($999,7/10^5$) foi inferior à observada em 2016, devido à redução quer do número de primeiros episódios, quer do número de recidivas. A taxa de incidência mais elevada, considerando os primeiros episódios na vida e os episódios seguintes, observou-se no sexo feminino ($1.467,8/10^5$) e no grupo etário entre os 55 e os 64 anos ($1.525,3/10^5$).
- O número de gravidezes e idade média das grávidas portuguesas aumentaram em relação a 2013. A maioria das grávidas (90,9%) tomou ácido fólico no primeiro trimestre da gravidez, mas menos de metade (44,3%) das mulheres iniciou a toma de ácido fólico antes de engravidar.

Limitações

À semelhança daquilo que tem sido referido nos relatórios anteriores, os resultados apresentados devem ser interpretados à luz das limitações inerentes às características da Rede (participação voluntária abrangendo apenas utilizadores dos cuidados de saúde primários).

A participação voluntária permite a obtenção de dados de melhor qualidade, mas ao mesmo tempo, o grupo de médicos que integram os Médicos-Sentinela constitui-se como uma amostra de conveniência do total de Médicos de Família do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o que poderá justificar o facto da população sob observação não ser representativa da população portuguesa.

Ao mesmo tempo, os médicos que integram a Rede Médicos-Sentinela pertencem ao SNS, não permitindo avaliar o que acontece em determinados grupos populacionais utilizadores de outros sistemas de saúde. Este ponto será um viés de seleção importante, em particular, se os dois grupos de utentes possuírem diferentes características que possam condicionar diferentes frequências das doenças (e seus determinantes) em notificação.

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

Nos casos em que o diagnóstico é clínico, a precisão do diagnóstico é influenciada pelos critérios clínicos adotados, cuja uniformidade é difícil de garantir na Rede, sendo, no entanto, recomendados, sempre que possível, os algoritmos de diagnóstico constantes nas Normas Clínicas da Direção-Geral da Saúde.

É, ainda, necessário considerar que alguns dos casos ocorridos em utentes de Médicos-Sentinela podem, por diversas razões, não ser identificados pelo médico conduzindo a uma subnotificação desses eventos. Por exemplo:

- a variação das estimativas de incidência de uma dada doença pode ser apenas resultado da alteração da incidência de uma outra.
- a probabilidade de identificação de casos que ocorreram durante os seus períodos de inatividade (férias, formação, doença, etc) é menor quando comparada com períodos de normal atividade. Esta limitação pode ser parcialmente

corrigida através de ajustamentos nos denominadores, na fase de análise dos dados, desde que o Médico-Sentinela informe dos seus períodos de ausência.

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

- um médico notificar o mesmo caso mais do que uma vez: estas situações são habitualmente corrigidas no processo de validação dos dados através da identificação de casos com variáveis iguais;
- um médico notificar casos ocorridos em utentes não pertencentes à sua lista: Este erro não é identificável no processamento dos dados, pelo que não pode ser estimada a sua frequência.

As limitações dos denominadores encontram-se, especialmente, associadas às modificações não identificadas da composição das listas de utentes ao longo do tempo por:

- falhas de registo administrativo (mudanças de residência, falecimentos e outras alterações que podem não ser adequadamente registadas);
- atrasos na atualização anual das listas de utentes dos MS;
- utentes inscritos nas listas dos Médicos de Família que não o procuram quando necessitam de cuidados. Estes utentes não estão, de facto, sob observação, no entanto, não são retirados do denominador, o que conduzirá a

uma sobrestimativa da população sob observação e, conseqüente, a subestimativa das taxas de incidência.

Apesar das limitações referidas, considera-se que as estimativas de incidência constantes no presente relatório poderão contribuir para o conhecimento da epidemiologia das doenças a que dizem respeito, uma vez que representam, na maioria dos casos, as únicas estimativas de incidência, de base populacional, publicadas em Portugal.

5

Participação em projetos 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 zangaratoas faríngeas recolhidas nos utentes identificados como tendo síndrome gripal.

Semanalmente, à 5ª feira, é elaborado um Boletim de Vigilância Epidemiológica da Gripe que pode ser consultado no site do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), no endereço www.insa.pt.

Parte da informação, obtida através deste programa é enviada, semanalmente à 4ª feira, para o sistema *The European Surveillance System* (TESSy), do *European Centre for Prevention and Disease Control*, de forma a permitir, juntamente com a informação enviada pelos países da rede *European Influenza Surveillance Network* (EISN), 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 INSA participa através dos Departamentos de Epidemiologia e de Doenças Infeciosas no projeto europeu *Monitoring influenza vaccine effectiveness during influenza seasons and pandemics in the European Union* (I-MOVE), financiado pelo ECDC e cujo consórcio é gerido pela empresa EPICONCEPT.

Em 2015, este projecto foi alargado para avaliação do impacto e efetividade das vacinas antigripal e antipneumocócicas. Este novo projecto é denominado *Integrated Monitoring of Vaccines Effects in Europe: a platform to measure and compare effectiveness and impact of influenza and pneumococcal vaccines and vaccination strategies in the elderly* (IMOVE+), integra 23 parceiros europeus e é financiado pelo Programa Europeu Horizonte 2020.

GIBS “Global Influenza B Study”

Em 2014, o INSA colaborou no *Global Influenza B Study* (GIBS). Este estudo foi iniciado em 2012, pretendendo recolher informação sobre a epidemiologia da doença por Influenza do tipo B nos últimos 15 anos de modo a contribuir para a implementação de políticas de prevenção. Este estudo integra o *Global Influenza Initiative* e nele participam mais de 27 países em todo o mundo.

PISA “Pandemic influenza severity assessment”

Em 2016 iniciou-se uma colaboração com a Organização Mundial de Saúde no projeto *Pandemic influenza severity assessment* (PISA) que tem como objetivo avaliar a gravidade das epidemias e pandemias de gripe a partir de dados colhidos pelo sistema de vigilância da gripe, para o qual a Rede Médicos-Sentinela contribui com as estimativas da taxa de incidência semanal de síndrome gripal.

6

Estudios-satélite realizados

1989

■ A SÍNDROME GRIPAL EM 1989-1990

Publicado em:

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

Divisão de Epidemiologia 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.

■ 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. Rev Port de Clin 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. Rev Port de Clin 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. Rev Port de Clin 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. Rev Port de Clin Geral 1994;11(3):170-175.

■ DOENÇA DE PARKINSON

Publicado em:

Dias JAA, Felgueiras MM, Sanchez JP, *et al.* A prevalência da Doença de Parkinson em Portugal - Estimativas populacionais a partir de uma rede de Médicos-Sentinela. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Lisboa, 1992.

1993

■ UTILIZAÇÃO DE EXAMES DE IMAGIOLOGIA EM CLÍNICA GERAL (não publicado)

■ REGISTO COMUNITÁRIO/HOSPITALAR DE AVC E AIT

Publicado em:

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.

■ 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 Med Port* 1995;8:619-628.

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.

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

Falcão JM, Gouveia MF, Rosa AV, *et al.* Epidemiologia da diabetes: Parte II – Parâmetros bioquímicos, consumo de tabaco e de álcool e prevalência de “complicações” numa coorte de diabéticos portugueses, 1993. *Rev Port Clin Geral* 1996;13:213-28.

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

Rodrigues G, Falcão IM, Ferro JM. Diagnóstico de acidente isquémico transitório por clínicos gerais: validação na Rede Médicos - Sentinela. *Rev Port Clin 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 DORTUGUESES - 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 INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ** (não publicado)

1997

- **TENTATIVA DE SUICÍDIO** (não publicado)
- **MORBILIDADE DOS AVC** (não publicado)

1998

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

1999

- **ALEITAMENTO MATERNO** (não publicado)
- **INCONTINÊNCIA URINÁRIA** (não publicado)
- **ETIOLOGIA DAS DIARREIAS AGUDAS** (não publicado)

2000

- **ETIOLOGIA DAS DIARREIAS AGUDAS** (continuação do 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. Eur J Epidemiol 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:
Martins AP, Ascensão P, Ceia C, *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:
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.

- **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**

Publicado em:

Falcão IM, Pinto C, Santos J, Fernandes ML, Ramalho L, Paixão E, Falcão JM. Estudo da Prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral* 2008; 24(5):679-92.

- **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)**
- **PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIAS NA POPULAÇÃO SOB OBSERVAÇÃO DA REDE MÉDICOS-SENTINELA**

2007

- **TGV – TABACO E GRAVIDEZ** (não publicado)
- **PREVALÊNCIA DA DIABETES E INCIDÊNCIA DAS RESPECTIVAS COMPLICAÇÕES NUMA COORTE DE DIABÉTICOS PORTUGUESES (3ª FASE)** (não publicado)

2008

- **TGV – TABACO E GRAVIDEZ (2ª FASE)** (não publicado)
- **EUROEVA 2008-2009: EFECTIVIDADE DA VACINA ANTIGRIPIAL SAZONAL E PANDÉMICA NA EUROPA – estudo piloto**

Publicado em:

Kissling E, Valenciano M, Falcao J, *et al.* “I-MOVE”

towards monitoring seasonal and pandemic influenza vaccine effectiveness: lessons learnt from a pilot multicentric case-control study in Europe, 2008-9. *Eurosurveill* 2009;14(44).

2009

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

Publicado em:

Valenciano M, Kissling E, Cohen JM, *et al.* Estimates of Pandemic Influenza Vaccine Effectiveness in Europe, 2009–2010: Results of Influenza Monitoring Vaccine Effectiveness in Europe (I-MOVE) Multicentre Case-Control Study. *PLoS Med* 2011; 8(1): e1000388.

2010

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

Publicado em:

Kissling E, Valenciano M, Cohen JM, *et al.* I-MOVE Multi-Centre Case Control Study 2010-11: Overall and Stratified Estimates of Influenza Vaccine Effectiveness in Europe. *Plos-ONE* 2011; 6(11)..

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

Nunes B, Machado A, Pechirra P, *et al.* Efectividade da vacina antigripal na época 2010-2011 em Portugal: resultados do projeto EuroEVA. *Rev Por Med Geral Fam* 2012;28:271-84.

2011

■ EUROEVA 2011-2012: EFECTIVIDADE DA VACINA ANTIGRI PAL SAZONAL E PANDÉMICA NA EUROPA – estudo multicêntrico caso-control o

Publicado em:

Kissling E, Valenciano M, Larrauri A, *et al.* Low and decreasing vaccine effectiveness against influenza A(H3) in 2011/12 among vaccination target groups in Europe: results from the I-MOVE multicentre case-control study. *Euro Surveill* 2013 Jan 31;18(5). pii: 20390.

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

2012

■ EUROEVA 2012-2013: EFECTIVIDADE DA VACINA ANTIGRI PAL SAZONAL E PANDÉMICA NA EUROPA – estudo multicêntrico caso-control o

Publicado em:

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

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

Nunes B, Machado A, Guiomar R, *et al.* Estimates of 2012/13 influenza vaccine effectiveness using the case test-negative control design with different influenza negative control groups. *Vaccine* 2014 Jul 31;32(35):4443-9.

Kissling E, Valenciano M, Buchholz U, *et al.* Influenza vaccine effectiveness estimates in Europe in a season with three influenza type/subtypes circulating: the I-MOVE multicentre case-control

study, influenza season 2012/13. *Euro Surveill* 2014;19(6):pii=20701.

Valenciano M, Kissling E, Reuss A, *et al.* Homogeneous moderate influenza vaccine effectiveness against A(H1N1)pdm09 and heterogeneous results by country against A(H3N2). *Vaccine* 2015; 4;33(24):2813-22.

2013

■ EUROEVA 2012-2013: EFECTIVIDADE DA VACINA ANTIGRI PAL SAZONAL E PANDÉMICA NA EUROPA – estudo multicêntrico caso-control o

Publicado em:

Machado A, Conde P, Pechirra P, *et al.* Efectividade da vacina antigripal sazonal na época 2012/13: resultados do projeto EuroEVA 2012/13. *Boletim Epidemiológico Observações* 2014; 3(7):22-24.

2014

■ PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Publicado em:

Rodrigues AP, Pinto P, Nunes B, *et al.* Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono: Epidemiologia, Diagnóstico e Tratamento. Um Estudo da Rede Médicos-Sentinela. Direção-Geral da Saúde, Lisboa, 2014.

Rodrigues AP, Pinto P, Nunes B, *et al.* Obstructive Sleep Apnea: Epidemiology and Portuguese patients profile. *Rev Port Pneumol* 2017;23(2):57-61.

■ EUROEVA 2012-2013: EFECTIVIDADE DA VACINA ANTIGRI PAL SAZONAL E PANDÉMICA NA EUROPA – estudo multicêntrico caso-control o

Publicado em:

Machado A, Rodrigues AP, Nunes B, *et al.* Influenza vaccine effectiveness in Portugal: Season 2014/15 Report. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, 2015.

Valenciano M, Kissling E, Reuss A, *et al.* I-MOVE multicentre case-control team. Vaccine effectiveness in preventing laboratory-confirmed influenza in primary care patients in a season of co-circulation of influenza A(H1N1)pdm09, B and drifted A(H3N2), I-MOVE Multicentre Case-Control Study, Europe 2014/15. *Euro Surveill* 2016;21(7):pii=30139.

Kissling E, Nunes B, Robertson C, *et al.* I-MOVE multicentre case-control study 2010/11 to 2014/15: Is there within-season waning of influenza type/subtype vaccine effectiveness with increasing time since vaccination?. *Euro Surveill* 2016;21(16):pii=30201.

2015

- **EUROEVA 2015-2016: EFECTIVIDADE DA VACINA ANTIGRI PAL SAZONAL E PANDÉMICA NA EUROPA – estudo multicêntrico caso-controlo**

Publicado em:

Kissling E, Valenciano M. Early influenza vaccine effectiveness results 2015-16: I-MOVE multicentre case-control study. *Euro Surveill* 2016; 21(6):pii=30134.

Rondy M, Larrauri A, Casado I, *et al.* 2015-2016 seasonal vaccine effectiveness against influenza A(H1N1)pdm09 and B hospitalisation among elderly in Europe: results from the I-MOVE+ project. *Euro Surveill* 2017;22(30). DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2017.22.30.30580

Gómez V, Guiomar R, Rodrigues AP, *et al.* Efetividade da vacina antigripal na época 2015-2016 em Portugal: resultados do projeto EuroEVA. *Gac Sanit* 2016;30:337.

Gómez V, Guiomar R, Rodrigues AP, *et al.* Final report – Influenza vaccine effectiveness in Portugal. Season 2015/2016 Report. Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa: 2016. <http://hdl.handle.net/10400.18/4015>

Gómez V, Guiomar R, Rodrigues AP, *et al.* Efetividade da vacina antigripal na época 2015-2016 em Portugal: resultados do projeto EuroEVA. *Boletim Epidemiológico Observações*. 2016;16:16-19. <http://hdl.handle.net/10400.18/3889>

2016

- **EUROEVA 2016-2017: EFECTIVIDADE DA VACINA ANTIGRI PAL SAZONAL E PANDÉMICA NA EUROPA – estudo multicêntrico caso-controlo**

Publicado em:

Kissling E, Rondy M, *et al.* Early 2016/17 vaccine effectiveness estimates against influenza A(H3N2): I-MOVE multicentre case control studies at primary care and hospital levels in Europe. *Euro Surveill* 2017;22(7):pii=30464.

2017

- **EUROEVA 2017-2018: EFECTIVIDADE DA VACINA ANTIGRI PAL SAZONAL E PANDÉMICA NA EUROPA – estudo multicêntrico caso-controlo**

7

Publicações

1990

- Moreira VV, Carvalho A, Reis C, *et al.* Utilização de exames laboratoriais de sangue em Clínica Geral. *Rev Port de Clin 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 – Direcção Geral 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. *Rev Port de Clin 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. *Rev Port de Clin Geral* 1992;9(2):45-54.
- Silva DF. Acidentes Vasculares Cerebrais notificados em Portugal em 1990 pelos Médicos-Sentinela. *Rev Port de Clin 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. *Rev Port de Clin Geral* 1992;9(3):88-96.

- Ascensão P, Monsanto A. Enfarte do miocárdio: dados epidemiológicos de 1990. *Rev Port de Clin 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). Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Lisboa, 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, *et al.* A prevalência da Doença de Parkinson em Portugal - Estimativas populacionais a partir de uma rede de Médicos-Sentinela. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Lisboa, 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: Direcção Geral da Saúde, 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 Med Port 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. Rev Port de Clin 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. Eur J Epidemiol 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 Infeciosas 1995; 18 (3/4):195-200.
- Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. Cinco anos depois. Médicos-Sentinela (7). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1995.
- Dias CM, Nogueira P, Rosa AV, *et al.* Colesterol total e colesterol das lipoproteínas de alta densidade em doentes com DMNID. Acta Med Port 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 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 fatores de risco numa coorte de diabéticos portugueses, 1993. *Rev Port Clin Geral* 1996;13: 213-28.
- Falcão JM, Gouveia MF, Rosa AV, *et al.* Epidemiologia da diabetes: Parte II – Parâmetros bioquímicos, consumo de tabaco e de álcool e prevalência de “complicações” numa coorte de diabéticos portugueses, 1993. *Rev Port Clin 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, *et al.* 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. *Rev Port Clin 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. *J Epidemiol 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 JA. 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 JA. 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 ; European Influenza Surveillance Scheme. Surveillance de la grippe dans les pays membres du réseau européen EISS d'octobre 2000 à avril 2001. *Eurosurveill* 2001, 6(9).

2002

- Martins AP, Melo M, Mendes Z, *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. *Eur J Epidemiol* 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, 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, Pisco AM, Simões JA, *et al.* Prescrição de antibacterianos em Clínica Geral: Um estudo na Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral* 2003; 19: 315-29.
- Uphoff H, Cohen JM, Fleming DM, *et al.* Harmonisation des données nationales de morbidité d'EISS pour la surveillance de la grippe: un index simple. *Euro Surveill* 2003;8(7):pii=420.

2004

- Centro Nacional da Gripe e Observatório Nacional de Saúde. Actividade gripal no inverno de 2003/2004. Observações ONSA 2004, 22.
- Centro Nacional da Gripe e Observatório Nacional de Saúde. 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 IM. Ainda sobre a gripe...já quase a desaparecer! Observações 26.Observatório Nacional de Saúde, Lisboa,2005.
- Simões JA, Falcão IM. A cruz de quem tem dor nas cruces! Observações 26. Observatório Nacional de Saúde, Lisboa,2005.
- 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 e Observatório Nacional de Saúde. Gripe em Portugal 2003/2005: Relatório Anual. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa; 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 30. Observatório Nacional de Saúde, Lisboa, 2006.

- Falcão IM, Andrade HR. A gripe em 2005-2006: tão falada e receada, mas afinal tão ligeira! Observações 31. Observatório Nacional de Saúde, Lisboa, 2006.

2007

- Falcão IM, Monsanto A, Nunes B, Marau J, Falcão JM. Prescrição de psicofármacos em Medicina Geral e Familiar: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. Observatório Nacional de Saúde, Lisboa, 2007

2008

- Falcão IM, Pinto C, Santos J, Fernandes ML, Ramalho L, Paixão E, Falcão JM. Estudo da Prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. Rev Port Clin Geral 2008; 24(5):679-92.
- Nunes B, Falcão JM, Sardinha A, Ribas MJ. Consultas domiciliárias em Clínica Geral: resultados preliminares de um estudo da Rede Médicos-Sentinela em 2007. Observações 38. Instituto Nacional de Saúde, Lisboa, 2008.

2009

- Falcão J, Nunes B, Andrade HR, *et al.* Pilot case-control study measuring influenza vaccine effectiveness, in Portugal 2008-2009. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, 2009.
- Kissling E, Valenciano M, Falcão J, *et al.* "I-MOVE" towards monitoring seasonal and pandemic influenza vaccine effectiveness: lessons learnt from a pilot multicentric case-control study in Europe, 2008-9. Eurosurveill 2009;14(44).

2010

- Sousa JC, Silva ML, Lobo FA, *et al.* Asthma incidence and accuracy of diagnosis in the Portuguese sentinel practice network. Primary Care Respiratory Journal 2010; 19(4): 352-357.

2011

- Kissling E, Valenciano M, Cohen JM, *et al.* I-MOVE Multi-Centre Case Control Study 2010-11: Overall and Stratified Estimates of Influenza Vaccine Effectiveness in Europe. Plos-ONE 2011; 6(11).
- Kissling E, Valenciano M; I-MOVE case-control studies team. Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness in Europe, 2010/11: I-MOVE, a multicentre case-control study. Euro Surveill 2011;16(11):pii=19818.
- Valenciano M, Kissling E, Cohen JM, *et al.* Estimates of Pandemic Influenza Vaccine Effectiveness in Europe, 2009-2010: Results of Influenza Monitoring Vaccine Effectiveness in Europe (I-MOVE) Multicentre Case-Control Study. PLoS Med 2011; 8(1): e1000388.

2012

- E Kissling, M Valenciano; I-MOVE case-control studies team. Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness in Europe among target groups for vaccination: results from the I-MOVE multicentre case-control study, 2011/12. Euro Surveill 2012;17(15).
- Valenciano M, Ciancio BC; I-MOVE study team. I-MOVE a European network to measure the effectiveness of influenza vaccines. Euro Surveill 2012;17(39):pii=20281.
- Nunes B, Machado A, Pechirra P, *et al.* Efectividade da vacina antigripal na época 2010-2011 em Portugal: resultados do projeto EuroEVA. Rev Por Med Geral Fam 2012;28:271-84.

- Ferreira D, Pina A, Cruz AM, *et al.* DPOC na população sob vigilância pela Rede Médicos-Sentinela de 2007 a 2009. *Rev Port Med Geral Fam* 2012; 28:250-60.
- Branco MJ, Rodrigues E, Falcão J. Comparação da prescrição de antibacterianos em 2001 e 2007: Um estudo na Rede Médicos-Sentinela. *Rev Por Med Geral Fam* 2012; 28(2): 88-96.

2013

- Souto D, Simões JA, Torre C, *et al.* Perfil terapêutico da hipertensão na Rede Médicos-Sentinela – 12 anos depois. *Rev Port Med Geral Fam* 2013; 29 (5):286-96.
- Sousa-Uva M, Antunes L, Nunes B, *et al.* Evolução da taxa de incidência de Diabetes *Mellitus* na população sob observação da Rede Médicos-Sentinela entre 1992 e 2012. *Boletim Epidemiológico Observações* 2013, especial 2: 27-29.
- Kissling E, Valenciano M, Larrauri A, *et al.* Low and decreasing vaccine effectiveness against influenza A(H3) in 2011/12 among vaccination target groups in Europe: results from the I-MOVE multicentre case-control study. *Euro Surveill* 2013 Jan 31;18(5). pii: 20390.
- Valenciano M, Kissling E; I-MOVE case-control study team. Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness in Europe: results from the I-MOVE multicentre case-control study, 2012/13. *Euro Surveill* 2013;18(7):pii=20400.
- Nunes B, Machado A, Guiomar R, *et al.* Estimates of 2012/13 influenza vaccine effectiveness using the case test-negative control design with different influenza negative control groups. *Vaccine* 2014 Jul 31;32(35):4443-9.
- Machado A, Conde P, Pechirra P, *et al.* Efetividade da vacina antigripal sazonal na época 2012/13: resultados do projeto EuroEVA 2012/13. *Boletim Epidemiológico Observações* 2014; 3(7):22-24.
- Rodrigues AP, Sousa-Uva M, Nunes B, *et al.* Taxas de incidência de primeiros episódios de depressão nos cuidados de saúde primários em 2004 e 2012: dados da Rede Médicos-Sentinela. *Boletim Epidemiológico Observações* 2014;3 (8): 28-29.
- Rodrigues AP, Galvão C, Sousa-Uva M, *et al.* Prevalência de demência na população sob observação da Rede Médicos-Sentinela em 2006. *Boletim Epidemiológico Observações* 2014; 3(10): 9-10.
- Rodrigues AP, Pinto P, Nunes B, *et al.* Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono: Epidemiologia, Diagnóstico e Tratamento. Um Estudo da Rede Médicos-Sentinela. *Direção-Geral da Saúde*, Lisboa, 2014.

2015

2014

- Kissling E, Valenciano M, Buchholz U, *et al.* Influenza vaccine effectiveness estimates in Europe in a season with three influenza type/subtypes circulating: the I-MOVE multicentre case-control study, influenza season 2012/13. *Euro Surveill* 2014;19(6):pii=20701.
- Rodrigues AP, Pinto P, Nunes B, *et al.* Prevalência da Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono: um estudo da Rede Médicos-Sentinela. *Boletim Epidemiológico Observações* 2015;4(11): 3-4.
- Broberg E, Snacken R, Adlhoch C, *et al.* Start of the 2014/15 influenza season in Europe: drifted influenza A(H3N2) viruses circulate as dominant subtype. *Euro Surveill* 2015;20(4):pii=21023.
- Pechirra P, Cristóvão P, Costa I, *et al.* A gripe em Portugal: análise preliminar da atividade gripal 2014/15. *Boletim Epidemiológico Observações* 2015; 4(12): 22-26.

- Pechirra P, Costa I, Cristóvão P, *et al.* Caracterização virológica dos vírus da gripe que circularam em Portugal na época 2014/2015. *Boletim Epidemiológico Observações* 2015;4(14):14-19.
- Rodrigues AP, Machado A, Nunes B, *et al.* Apresentação clínica dos casos de síndrome gripal em Portugal: gripe e outros vírus respiratórios. *Boletim Epidemiológico Observações* 2015;4(Supl 6):24-25.
- Conde P, Machado A, Pechirra P, *et al.* Efetividade da vacina antigripal entre 2009 e 2015 em Portugal. *Boletim Epidemiológico Observações* 2015;4(Supl 6):29-32.
- Machado A, Rodrigues AP, Nunes B, *et al.* Influenza vaccine effectiveness in Portugal: Season 2014/15 Report. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, 2015.
- Valenciano M, Kissling E, Reuss A, *et al.* Homogeneous moderate influenza vaccine effectiveness against A(H1N1)pdm09 and heterogenous results by country against A(H3N2). *Vaccine* 2015;4;33(24):2813-22.
- Guiomar R, Pechirra P, Cristóvão P, *et al.* Programa Nacional de Vigilância da Gripe: relatório da época 2015/2016. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, 2016.
- Gómez V, Guiomar R, Rodrigues AP, *et al.* Efetividade da vacina antigripal sazonal na época 2015/16: resultados do projeto EuroEVA. *Boletim Epidemiológico Observações* 2016; 5(16):16-19.
- Conde P, Pechirra P, Cristóvão P, *et al.* A gripe em Portugal: análise preliminar da atividade gripal na época 2015/2016. *Boletim Epidemiológico Observações* 2016; 5(16):12-15.
- Gómez V, Guiomar R, Rodrigues AP, *et al.* Efetividade da vacina antigripal na época 2015-2016 em Portugal: resultados do projeto EuroEVA. *Gac Sanit* 2016;30:337.
- Gómez V, Guiomar R, Rodrigues AP, *et al.* Final report - Influenza vaccine effectiveness in Portugal. Season 2015/2016 Report. Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa: 2016. <http://hdl.handle.net/10400.18/4015>
- Gómez V, Guiomar R, Rodrigues AP, *et al.* Efetividade da vacina antigripal na época 2015-2016 em Portugal: resultados do projeto EuroEVA. *Boletim Epidemiológico Observações*. 2016;16:16-19. <http://hdl.handle.net/10400.18/3889>

2016

- Rodrigues AP; Fonseca R; Matias-Dias C. Rede Médicos-Sentinela como instrumento de vigilância em saúde pública. *Acta Med Port* 2016;29(1):5-9
- Kissling E, Nunes B, Robertson C, *et al.* I-MOVE multicentre case-control study 2010/11 to 2014/15: Is there within-season waning of influenza type/subtype vaccine effectiveness with increasing time since vaccination?. *Euro Surveill* 2016;21(16):pii=30201.
- Caini S, Andrade W, Badur S, *et al.* Correction: Temporal Patterns of Influenza A and B in Tropical and Temperate Countries: What Are the Lessons for Influenza Vaccination? *PLoS ONE* 2016; 11(5): e0155089.

2017

- Rodrigues AP, Pinto P, Nunes B, *et al.* Obstructive Sleep Apnea: Epidemiology and Portuguese patients profile. *Rev Port Pneumol* 2017;23(2):57-61.
- Kissling E, Rondy M, *et al.* Early 2016/17 vaccine effectiveness estimates against influenza A(H3N2): I-MOVE multicentre case control studies at primary care and hospital levels in Europe. *Euro Surveill* 2017;22(7):pii=30464.

- Rondy M, Larrauri A, Casado I, *et al.* 2015-2016 seasonal vaccine effectiveness against influenza A(H1N1)pdm09 and B hospitalisation among elderly in Europe: results from the I-MOVE+ project. *Euro Surveill* 2017;22(30). DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2017.22.30.30580
- Guiomar R, Pechirra P, Cristovão P, *et al.* Programa Nacional de Vigilância da Gripe: relatório da época 2016/2017. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, 2017.
- Guiomar R, Pereira da Silva S, Conde P, Cristóvão P, Maia AC, *et al.* Cross-protection to new drifted influenza A(H3) viruses and prevalence of protective antibodies to seasonal influenza, during 2014 in Portugal. *Vaccine* 2017;35(16):2092-2099.
- Rodrigues AP, Sousa-Uva M; Fonseca R; Marques S; Pina N; Matias-Dias C. Evolução da taxa de incidência de depressão e do desemprego em Portugal entre 1995-2013: dados da Rede Médicos Sentinela. *Revista de Saúde Pública* 2017; 51:98.

Agradecimentos

A todos os Médicos-Sentinela participantes na Rede em 2017:

Médicos participantes	Unidade de saúde
Aldora Saraiva Neves Firmo	ACeS Baixo Mondego
Alexandre Marques	ACeS Baixo Mondego
Alzira Florinda Alves Gomes	ACeS Grande Porto VII - Gaia
Ana Catarina Henriques	ACeS Almada-Seixal
Ana Cristina Santos Ferreira	ACeS Almada-Seixal
Ana Dantas	ACeS Cascais
Ana Esperanza Fuertes Marcos	ACeS Alto Trás-os-Montes - Nordeste
Ana Filipa Pimentel Silva	ACeS Oeste Sul
Ana Isabel Penas	ACeS Tâmega II - Vale do Sousa Sul
Ana Laura Sousa Esperança	ULS do Alto Minho
Ana Luísa Marcelino	ACeS Oeste Sul
Ana Maria da Conceição Ernesto	ACeS Baixo Mondego
Ana Maria Rodrigues Barros	ACeS Pinhal Litoral
Ana Matias	ACeS Almada-Seixal
Ana Paes de Vasconcellos	ACeS Cascais
Ana Rita Pereira	ACeS Baixo Vouga
Ana Rita Rebelo	ULS do Alto Minho
Ana Sofia Brandão Oliveira Gomes	ACeS Grande Porto VII - Gaia
Ana Sofia Carvalho	ACeS Dão Lafões
Ana Sofia Gonçalves Freitas	ACeS Alto Trás-os-Montes - Nordeste
Ana Valadares	ACeS Lisboa Norte
André Ribas Ribeiro	ACeS Tâmega III - Vale do Sousa Norte
Andreia Carreira	ACeS Médio Tejo
Ângela Fernanda Santos Neves	ACeS Baixo Mondego
Artur Freitas	ACES Braga
Berto Moreira Gomes	ACeS Tâmega II - Vale do Sousa Sul
Bruno Melo	ACeS Cávado I - Braga
Camila Manuela Dias Pinto	ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca
Cândida Teixeira	ACeS Oeste Sul
Carlos Manuel Príncipe Ceia	ACeS Lezíria
Carminda Carvalho	ACeS Douro I - Marão e Douro Norte
Catarina Bernardes	ACeS Almada-Seixal
Catarina Ferreira	ACeS Douro I - Marão e Douro Norte
Cátia Cerqueira	ACeS Almada-Seixal
Cátia Lopes	ULS do Alto Minho
Cátia Valente	ACeS Almada-Seixal
Cecília Garrido Teixeira	ACeS Oeste Sul
Cecília Louise Shinn	ACeS Loures/Odivelas
Célia Pinheiro	ACeS Almada-Seixal
Célia Santos	ACeS Almada-Seixal

Médicos participantes	Unidade de saúde
Cláudia Estêvão	ACeS Almada-Seixal
Cláudia Penedo	ACeS Cascais
Cristina Gaspar	ACeS Baixo Mondego
Cristina Paiva	ACeS Baixo Vouga
Daniel Pinto	ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras
Daniela Duarte Silva	ACeS Grande Porto II - Gondomar
Daniela Sá	ACeS Oeste Sul
Diana Brigas	ACeS Entre Douro e Vouga I- Feira/Arouca
Diogo Anes	ACeS Baixo Mondego
Elisa Maria Bento da Guia	ACeS Douro II - Douro Sul
Elsa Colaço Alcântara Melo	ACeS Alentejo Central
Fátima Cruz	ACeS Loures Odivelas
Fernando Ferreira	ACeS Cávado III - Barcelos/Esposende
Filomena Maria Lima Monteiro	ACeS Loures/Odivelas
Francisca Caetano	ACeS Alto Ave
Graça Pacheco Coito	ULS Litoral Alentejano
Guilherme Ferreira	ACeS Lisboa Central
Gustavo Trindade Coelho	ACeS Almada-Seixal
Helena Cabral	ACeS Grande Porto III - Maia/Valongo
Helena Ferreira	ACeS Cávado III - Barcelos/Esposende
Inês Calvino	ACeS Lisboa Central
Inês Rosa	ACeS Almada-Seixal
Inês Venâncio	ACeS Lisboa Central
Isabel Maria Festas Alves Pratas	ACeS Amadora
Isabel Taveira Pinto	ACeS São Mamede - Unidade Local de Saúde do Nordeste Alentejano
Isabel Tomás	ACeS Baixo Vouga
Isabela Chorão	ACeS Porto Ocidental
Iva Lopes	ACeS Alto Trás-os-Montes - Nordeste
Iwona Tomczak	ACeS Lisboa Norte
Joana Afonso	ACeS Cávado I - Braga
Joana Além	ULS do Alto Minho
Joana Andrade Barros	ACeS Tâmega II - Vale do Sousa Sul
Joana Carvalho	ACeS Baixo Mondego
Joana Castanheira	ACeS Cávado III - Barcelos/Esposende
Joana Magalhães	ACeS Amadora
Joana Matos da Silva	ACeS Pinhal Litoral
Joana Neves Pereira	ACeS Almada-Seixal
Joana Oliveira	ACeS Almada-Seixal
Joana Pereira da Silva	ACeS Almada-Seixal
Joana Pontes	ACeS Maia/Valongo
João Adélio Trocado Moreira	ACeS São Mamede - Unidade Local de Saúde do Nordeste Alentejano
João Fonseca	ACeS Douro I - Marão e Douro Norte
João Horácio Soares Medeiros	ACeS Douro I - Marão e Douro Norte
Joaquim Baptista da Fonseca	ACeS Douro I - Marão e Douro Norte
Jorge Cruz	ACeS Alto Trás-os-Montes - Nordeste

Médicos participantes	Unidade de saúde
José António Nunes de Sousa	ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca
José Armando Baptista Pereira	ACeS Tâmega II - Vale do Sousa Sul
José Augusto Rodrigues Simões	ACeS Baixo Mondego
Lia Martins Ferreira Cardoso	ACeS Dão Lafões
Liane Marques Carreira	ACeS Dão Lafões
Lídia Cruz	ACeS Baixo Mondego
Liliana Mendes	ACeS Dão Lafões
Luís Eusébio	ACeS Almada-Seixal
Luís Paulo Costa	ACES Estuário do Tejo
Luísa Nunes Sousa	ULS Litoral Alentejano
Luísa Rocha	ACeS Almada-Seixal
Mafalda Roxo	ACeS Almada-Seixal
Marco Oliveira	ACeS Dão Lafões
Marcos Baraona	ACeS Barlavento
Margarida Moreira	ACeS Cávado III - Barcelos/Esposende
Maria Ana Gaspar	ACeS Lisboa Central
Maria Celestina Ventura	ULS Litoral Alentejano
Maria da Conceição Fraga Costa	ACeS Douro I - Marão e Douro Norte
Maria Elvira Pinto Costa Silva	ACeS Grande Porto VII - Gaia
Maria Fernanda Martins Amaral Gama	ACeS Beira Interior Sul
Maria Filomena Mina Henriques	RA Madeira
Maria Helena Sequeira	ACeS Pinhal Interior Norte
Maria João Costa	ACeS São Mamede - Unidade Local de Saúde do Nordeste Alentejano
Maria José Ribas	ACeS Grande Porto V - Porto Ocidental
Maria José Salgueiro Carmo	ACeS Algarve III - Algarve Sotavento
Maria Manuel Cunha	ACeS Baixo Vouga
Maria Manuela Moreira Sucena Mira	ACeS Baixo Vouga
Maria Teresa Ministro Esteves	ACeS Dão Lafões
Maria Teresa Vieira Libório	ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras
Mariana Leitão Ferreira	ACeS Grande Porto V - Porto Ocidental
Mariana Paim Carvalho	ACeS Oeste Sul
Marília Diogo	ACeS Baixo Vouga
Marília Vasconcelos Jardim Fernandes	RA Madeira
Marisa Santos	ACes Douro II - Douro Sul
Miguel Martins dos Santos	ULS Guarda
Miguel Toureiro e Paiva	ACes Cascais
Nadine Eustáquio	ACeS Oeste Sul
Nuno José Tavares Lopes	ACeS Sintra
Nuno Pina	ACeS Dão Lafões
Nuno Sales Craveiro	ACeS Dão Lafões
Olga Maria Correia Xavier Rocha	ACeS Cascais
Patrícia Cardoso	ACeS Baixo Mondego
Patrícia Rita	ACeS Baixo Mondego
Patrícia Teixeira	ACeS Almada-Seixal
Paula Neves	ACeS Douro I - Marão e Douro Norte

Médicos participantes	Unidade de saúde
Paulo José Mendes Goucha Jorge	ACeS Lisboa Norte
Pedro Pacheco	ACeS Almada-Seixal
Raquel Magalhães	ACeS Pinhal Interior Norte
Ricardo Vieira da Silva	ULS do Alto Minho
Rita Carvalho	ACeS Médio Tejo
Rita Nair Diaz	ACeS Oeste Sul
Rita Viegas	ACeS Almada-Seixal
Rosa Maria Antunes Quaresma	ACeS São Mamede - Unidade Local de Saúde do Nordeste Alentejano
Rui Nogueira	ACeS Baixo Mondego
Rui Pereira Alves Bras	ACeS São Mamede - Unidade Local de Saúde do Nordeste Alentejano
Sandra Lopes	ACeS Almada-Seixal
Sara Azevedo	ACeS Lezíria
Sara Marques	ACeS Dão Lafões
Sara Pessoa	ACeS Lisboa Central
Sérgio António Sousa Vieira	ACeS Grande Porto VII - Gaia
Sérgio Barros Cardoso	ACES Estuário do Tejo
Sofia Sousa e Silva	ACes Cascais
Suzie Ferreira da Silva Leandro	ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca
Tamara Prokopenko	ULS Litoral Alentejano
Tânia Monteiro	ULS Litoral Alentejano
Teresa Bastos	ACeS Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte
Tiago Oliveira	ACeS Almada-Seixal
Vanda Pereira	ACeS Oeste Sul
Vanessa Antunes	ACeS Oeste Sul
Vera Costa	ACeS Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte
Vera Gaspar da Costa	ACeS Sintra
Vitor Hugo Romão Ferreira	ACeS Baixo Mondego
Vitor Manuel Borges Ramos	ACeS Cascais
Zaida Alves	ULS Litoral Alentejano

ACES = Agrupamento de Centros de Saúde, CS = Centro de Saúde; ULS = Unidade Local de Saúde; RA = Região Autónoma

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

Anexo

Instrumento de notação – 2017

NOP ou Cartão de Utente: ||_____|| **CÓDIGO**_PI7_0001

Ausência/Sem ocorrências Síndrome Gripal AVC EAM HTA DMellitus
 Gravidez Consulta relacionada com depressão Prescrição de anticoagulantes orais

CÓDIGO....._PI7_0001
 Data do preenchimento _____ 2017
 Sem registos na semana de ____ a ____
 indique o motivo: _____

INFORMAÇÃO RELATIVA AO UTENTE
 Data de nascimento |____| |____| |____|
 Sexo..... M F

INFORMAÇÃO GERAL SOBRE O PROBLEMA
 Data da ocorrência |____| |____| |____|
• Data de início dos sinais ou sintomas para Síndrome Gripal
 • Data do diagnóstico para a DM, HTA, AVC, EAM
 • Data da consulta para Gravidez, Prescrição de Hipocoagulação Oral e Consulta relacionada com depressão

SINDROMA GRIPAL
(Nova definição de caso. ECDC: A1 condição de B1 condição de C)

A	Início súbito	S	N	I
	Febre ou febrícula	S	N	I
	Mal-estar, debilidade, prostração	S	N	I
B	Cefaleia	S	N	I
	Mialgias, dores generalizadas	S	N	I
	Tosse	S	N	I
C	Dor de garganta, inflamação da mucosa nasal e faríngea, sem sinais respiratórios relevantes	S	N	I
	Dificuldade respiratória	S	N	I
	Calafrios/arrepios	S	N	I
	Teve contacto com doente com gripe?	S	N	I
	Foi enviado exsudado nasofaríngeo?	S	N	I
	Foi vacinado contra a gripe sazonal?	S	N	I
	Está grávida?	S	N	N/A
	Vai ser prescrito antiviral?	S	N	I
	Sofre de alguma doença crónica?	S	N	I

Especifique

AVC **EAM** **HTA**
(apenas os casos diagnosticados em 2017)

DIABETES MELLITUS (apenas os casos diagnosticados em 2017)
 Tipo 2 Tipo 1 Gestacional
 Outro tipo Desconhecido

GRAVIDEZ (incluir qualquer gravidez a decorrer em 2017 independentemente da gravidez ter tido início em 2016)

1 - Escolaridade _____
 2 - Profissão _____
 3 - Nº de semanas de gestação _____
 4 - Índice Obstétrico:
 nº de gravidezes anteriores |__| nº de abortos |__|
 nº de partos |__| nº de filhos vivos |__|
 5 - Tomou ácido fólico no 1º trimestre? |S| |N|
 Se respondeu sim, indique se iniciou a toma de ácido fólico:
 antes de engravidar depois de engravidar
 Data do início da toma (mês/ano) |____| |____|
 Fármaco _____
 6 - Número médio de tomas "falhadas" por semana |__|

CONSULTA RELACIONADA COM DEPRESSÃO

1-Seleccione apenas 1 das seguintes opções:
 A) O 1º episódio na vida do utente.....
(Só os casos diagnosticados pela 1ª vez em 2017)
 B) Um novo episódio na vida do utente.....

2-Indique quem fez o diagnóstico
 Eu Outro Quem? _____

3- Este doente está em risco de suicídio? |S| |N| |D|
 4-Indique os medicamentos, relacionados com a depressão, que prescreveu nesta consulta:

5- Referenciou o utente? |S| |N|
 A quem? (Psicólogo/Psiquiatra) _____

PRESCRIÇÃO de HIPOCOAGULAÇÃO ORAL
(apenas prescrições "de novo")

Hipocoagulante oral prescrito (princípio ativo)

Situação clínica que levou à prescrição

Iniciativa da prescrição:
 Minha De Outro Quem? _____



Rede Médicos-Sentinela

Departamento de Epidemiologia

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal

Tel.: (+351) 217 526 404

E-mail: ms.onsa@insa.min-saude.pt

www.insa.pt