

_título:

_Médicos-Sentinela: relatório de atividades 2011

_coleção:

_Número 25. Um quarto de milhão sob observação

_edição:

_INSA, IP

_autores:_Departamento de Epidemiologia

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

_local / data:

_Lisboa

_Dezembro 2012



Instituto **Nacional de Saúde**
Doutor Ricardo Jorge





Catálogo na publicação:

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Departamento de Epidemiologia Médicos-Sentinela : relatório de atividades 2011 / Departamento de Epidemiologia ; Maria João Branco, Susana Silva, Inês Batista, Baltazar Nunes, Carlos Matias Dias. - Lisboa : Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge IP, 2012. - 63 p. : il. - (Número 25. Um quarto de milhão sob observação)

ISBN: 978-972-8643-73-7

© Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP 2012



Título: Médicos-Sentinela: relatório de atividades 2011

Autores: Departamento de Epidemiologia (Maria João Branco, Susana Silva, Inês Batista, Baltazar Nunes, Carlos Matias Dias)

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

Coleção: Número 25. Um quarto de milhão sob observação

Design e Paginação: Biblioteca do INSA

ISBN: 978-972-8643-73-7

Lisboa, dezembro de 2012

Coordenador da Rede Médicos-Sentinela: Carlos Matias Dias

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





Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge, IP

Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa

www.insa.pt

t: 217 519 200 @: info@insa.min-saude.pt



www.insa.pt



Relatório 2011 Médicos-Sentinela

_título:

Médicos-Sentinela: relatório de atividades 2011

_coleção:

Número 25. Um quarto de milhão sob observação

_edição:

INSA, IP

_autores: Departamento de **Epidemiologia**

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

_local / data:

Lisboa

Dezembro 2012



www.insa.pt



Relatório 2011 Médicos-Sentinela



AGRADECIMENTOS

Aos Médicos-Sentinela participantes na Rede em 2011:

MÉDICOS PARTICIPANTES	CENTRO DE SAÚDE
ADÃO NOGUEIRA	BRAGA
ADRIANO BORGES MONTEIRO	AZAMBUJA
ADRIANO DE OLIVEIRA DOMINGUES	AGUEDA
ALDORA SARAIVA NEVES FIRMO	USF VITASAURIUM
ÁLVARO LUÍS PORTELA SIMÕES	OLIVEIRA DO HOSPITAL
ALZIRA FLORINDA C. ALVES GOMES	REBORDOSA
ALZIRA M. OLIVEIRA BRAGA BISCAIA	RIO TINTO
AMADEU ANTÓNIO PINTO DUARTE	LAMEGO
ANA ISABEL FRANCO	USF MARGINAL
ANA MARIA COSTA FONSECA FERRÃO	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	GORJAO HENRIQUES
ANA MARIA SILVA AZENHA PISCO	TORNADA
ANA PAULA JESUS MOREIRA	BARÃO DO CORVO
ANA PAULA PIRES GRANADEIRO	MOITA
ANNE TANCREDE	ALJEZUR
ANTONI JIMENEZ GARCIA	ODEMIRA
ANTÓNIO JOÃO PASSÃO LOPES	ÉVORA II
ANTÓNIO JOSÉ NOVAIS TAVARES	MAÇÃO
ARMANDO BRITO SÁ	RODRIGUES MIGUÉIS
ARMINDA SANTOS MOREIRA PIRES	SENHORA DA HORA
ARQUIMÍNIO SIMÕES ELISEU	USF EBORAE
AUSENDA ZAIDA BELO MARTINS	PONTE DE SÔR
CAMILA MANUELA DIAS PINTO	USF FAMILIAS
CAMILO MONTEIRO SILVA	USF FAMILIAS
CARLOS MANUEL PRÍNCIPE CEIA	CORUCHE
CECILIA M ^a 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
DANIEL PINTO	USF S.JULIÃO/OEIRAS
DANIELA DE ALMEIDA MOREIRA	VEISEU 3
EDITE MARIA CALDAS R. DA SILVA	LEÇA DA PALMEIRA
ELISA MARIA BENTO DA GUIA	MOIMENTA DA BEIRA
ELSA COLACO ALCÂNTARA MELO	USF EBORAE
EMÍLIA MARIA M. C. TEIXEIRA	LEÇA DA PALMEIRA
FELICIDADE MARIA MALHEIRO	PARANHOS
FERNANDO AUGUSTO SEVERINO SILVA	VEISEU



FERNANDO FERREIRA
FERNANDO JOSÉ SANTOS ALMEIDA
FERNANDO MANUEL MESQUITA OLIVEIRA
FERNANDO OLIVEIRA RODRIGUES
FRANCISCO FACHADO GONZALEZ
GONÇALO MELO
HELENA MARIA FERREIRA DE OLIVEIRA
ISABEL SERPA BRANCO
ISABEL TAVEIRA PINTO
ISABELA MARIA NOGUEIRA DOS SANTOS
JAIME BRITO DA TORRE
JAIME CORREIA DE SOUSA
JOANA MARIA RAFAEL PINTO SANTOS
JOANA NETO DE CARVALHO
JOÃO ADÉLIO TROCADO MOREIRA
JOÃO ANTÓNIO MARTIN SILVA REGO
JOÃO HORÁCIO SOARES MEDEIROS
JOÃO LUÍS DA SILVA PEREIRA
JOÃO MANUEL ALMEIDA DINIZ
JOÃO PEDRO FARIA
JOÃO RICARDO SANTOS BRITO
JOÃO VAZ RAMIRES
JOAQUIM BAPTISTA DA FONSECA
JOAQUIM RAMALHO FITAS
JORGE ALBERTO LORGA RAMOS
JORGE MANUEL PEREIRA CRUZ
JORGE MARIA SILVA VIANA SÁ
JOSÉ ANTÓNIO NUNES DE SOUSA
JOSÉ ARMANDO BAPTISTA PEREIRA
JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES
JOSÉ FRANCISCO BORREGA ABREU
JOSÉ RUI SEABRA
LEONOR RAMALHO
LIA MARTINS FERREIRA CARDOSO
LICÍNIO LABORINHO FIALHO
LUCIARA PAIVA
LUÍS SILVA
MADALENA REIS CORBAFO ARAÚJO
MANUEL AUGUSTO SANTOS COELHO
MANUEL LUCIANO CORREIA SILVA
MANUEL VELOSO
MARGARIDA CONCEIÇÃO REIS P. LIMA
MARGARIDA MANO GUIMARÃES
MARGARIDA MESQUITA
MARIA ALZIRA REIS PEREIRA

USF STº ANDRÉ CANIDELO
ARCOZELO
USF FAMILIAS
PONTE DE SÔR
USF GUALTAR
SETE RIOS
USF D'AS TERRAS DE LANHOSO
USF EBORAE
PONTE DE SÔR
USF + CARANDA
MACHICO
U.S.F. HORIZONTE
SENHORA DA HORA
STº CONDESTÁVEL
AVIS
USF FAFE SENTINELA
USF FENIX VILA REAL
SACAVÉM
USF NOVO CUIDAR
USF MARGINAL
GRAÇA
USF MARGINAL
STª MARTA DE PENAGUIÃO
MONTEMOR-O-NOVO
USF PLANICIE
MIRANDELA
USF EBORAE
USF FAMILIAS
USF BALTAR
USF MARQUES DE MARIALVA
MONTEMOR-O-NOVO
USF GUALTAR
VENDA NOVA
VISEU 1
USF MAR DE SAÚDE
MONCHIQUE
USF HORIZONTE
VILA DO PORTO
FUNDÃO
USF HORIZONTE
MONCHIQUE
BRAGA I - CARANDÁ
CASTRO D'AIRE
USCP OURÉM
CHAMUSCA



MARIA CRISTINA DE MIRA GALVÃO	SERPA
MARIA DA CONCEIÇÃO FRAGA COSTA	PESO DA RÉGUA
MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA BALSINHA	USF MARGINAL
MARIA DA LUZ LOUREIRO AMORIM	BRAS OLEIRO/RIO TINTO
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 DO CORVO
MARIA EMÍLIA BARROS	ESPINHO
MARIA FÁTIMA SIMÕES 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 JOSÉ SALGUEIRO CARMO	VILA REAL DE STº ANTONIO
MARIA JOSÉ TOVAR	ÁGUEDA
MARIA LOURDES FERNANDES	PAÇO DE ARCOS
MARIA LUÍSA MOTA ALMEIDA	BARÃO DO CORVO
MARIA LUÍSA RODRIGUES ROMEIRO	OEIRAS
MARIA MADALENA F. PRIMO S. CABRAL	NORTON DE MATOS
MARIA MANUEL RUELA SILVA CUNHA	AVEIRO
MARIA MANUELA MOREIRA SUCENA MIRA	AGUEDA
MARIA ODETE SEMEDO OLIVEIRA	MEALHADA
MARIA OTÍLIA GRAÇA VIDAL	AGUEDA
MARIA PRAZERES RODRIGUES SILVA	LEÇA DA PALMEIRA
MARIA RAQUEL FRAGA CASTRO	U.S.F HORIZONTE
MARIA ROSÁRIO MARTINS	USF EBORAE
MARIA TERESA CASTRO LARANJEIRO	GUIMARÃES
MARIA TERESA D. MINISTRO ESTEVES	USF GRÃO VASCO
MARIA TERESA SIMÕES BRANDÃO	OLIVAIS
MARIA TERESA VIEIRA LIBORIO	USF S. JULIÃO
MARIA VITÓRIA ALTAS AMARAL	USF EBORAE
MARÍLIA VASCONC JARDIM FERNANDES	S.ROQUE
MÁRIO ALEXANDRE PEREIRA SANTOS	USF MARGINAL
MÁRIO FERNANDO LUZ SILVA	CHAMUSCA
MARISA FÁTIMA LEMOS CARVALHO	USF FAMILIAS
MARTA OLIVEIRA CARDOSO	SINTRA
MIGUEL ALBERTO CRUZ MELO	BRAGA
NATÁLIA 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 JOSÉ MENDES GOUCHA JORGE	USF GERAÇÕES/BENFICA



ROGÉRIO AURÉLIO NEVES COSTA
ROSA MARIA ANTUNES QUARESMA
RUI AFONSO CERNADAS
RUI ARTUR COUTINHO SILVA NOGUEIRA
RUI CÉSAR CAMPOS CASTRO
RUI MANUEL TABORDA GONÇALVES
RUI PEREIRA ALVES BRÁS
SÉRGIO ANTÓNIO SOUSA VIEIRA
SÍLVIA HENRIQUES
SUZIE FERREIRA DA SILVA LEANDRO
TERESA ALEXANDRA LIMA PONTE
TIAGO SANTOS FREITAS CARNEIRO
VALÉRIO IRENEU SANTOS RODRIGUES
VALÉRIO MANUEL NETO CAPAZ
VANDA MARINA MELO PIRES MONTEIRO
VERA GASPAR DA COSTA
VITOR MANUEL BORGES RAMOS

USF EBORAE
GAVIÃO
USF RRE DA AGUDA
NORTON DE MATOS
SANTARÉM
PINHEL
CASTELO DE VIDE
USF ALÉM D'OURO
USF PORTA DO SOL
USF FAMILIAS
SAO ROQUE DO PICO
USF MARGINAL
USF AL GHARB
USF VALE DO SORRAIA
VILA NOVA DE FAMALICÃO
USF MONTE DA LUA
CASCAIS

Agradece-se, ainda a:

Administrações Regionais de Saúde;

Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar;

Equipa do DEP, pela revisão crítica.



_sumário

www.insa.pt



_Relatório 2011 _Médicos-Sentinela

1_Introdução	7
2_Material e Métodos	9
Médicos-Sentinela em 2011	9
População sob observação	9
População máxima sob observação	9
Atualização da composição das listas	10
3_Limitações Metodológicas	14
Representatividade da população sob observação	14
Limitações específicas dos numeradores	14
Limitações de diagnóstico	14
Sub notificação de casos	15
Sobre notificação de casos	15
Limitações específicas dos denominadores	16
4_Resultados	17
Síndrome gripal	17
Diabetes	21
Acidente Vascular Cerebral	23
Enfarte Agudo do Miocárdio	24
Hipertensão Arterial	26



Consulta relacionada com o Joelho	27
Consulta relacionada com a Tiroide	33
Lesão autoinfligida	38
Acidentes	39
5_Participação em projetos nacionais e internacionais	45
Sistema de vigilância integrada clínica e laboratorial da gripe	45
I-MOVE “Influenza Monitoring Vaccine Effectiveness in Europe”	45
6_Estudios-satélite realizados	46
7_Publicações	51
Anexo	59

'relatório _2011



www.insa.pt



_Relatório 2011 _Médicos-Sentinela

1_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 participaram 54 Médicos-Sentinela cuja prática se desenvolvia em 27 Unidades de Saúde Familiar e uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

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 “surto”;
- Constituir uma base de dados que possibilite, em qualquer momento, a análise epidemiológica aprofundada de doenças com interesse para a saúde pública.

A participação de 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.

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



2_Material e Métodos

Médicos-Sentinela em 2011

Em 2011 estiveram inscritos na Rede 149 clínicos, dos quais três da Região Autónoma da Madeira e dois dos Açores. Note-se que as expressões de interesse de participação por parte da 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 2011

NUT II	31.12.10
Norte	43
Centro	37
Lisboa e Vale do Tejo	36
Alentejo	23
Algarve	5
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 “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:

$$(Fórmula 1) PMSO = \sum_{m=1} N_m$$

Em que

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

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

No final do ano de 2011, a PMSO atingiu 255566 indivíduos, correspondendo a 2,4% da população residente, para Portugal em 2011 (INE. Censo 2011: 10 555 850).

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

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.

Actualização da composição das listas

A composição das listas de utentes sofre alterações frequentes pelo que se torna necessário proceder à sua actualização, no final de cada ano.

Por outro lado, é importante estimar a composição da lista a meio do ano em causa (30 de Junho), de forma a permitir alguns cálculos.

Quadro II - População Máxima sob Observação (PMSO) por sexo e grupo etário. em 31.12.11

Grupo Etário	Homens	Mulheres	H+M
0-4	6415	6102	12517
5-9	6871	6326	13197
10-14	6658	6470	13128
15-24	14076	13997	28073
25-34	18921	19720	38641
35-44	18855	19812	38667
45-54	16696	18003	34699
55-64	13535	15289	28824
65-74	11021	13743	24764
≥75	8979	14077	23056
Total	122027	133539	255566



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 2011 e para cada médico, a estimativa da composição da respetiva lista, em 30 de junho desse ano, é dada por:

$$(Fórmula 2) \quad N^{m30.06.11} = \frac{N_{31.12.10} + N_{31.12.11}}{2}$$

Em que:

$N^{m30.06.11}$ É a estimativa do número de indivíduos inscritos num médico, a meio do ano

$N_{31.12.10}$ É o número de indivíduos inscritos em 31.12.10

$N_{31.12.11}$ É o número de indivíduos inscritos em 31.12.11

No entanto, a actualização da lista de alguns médicos é feita, por vezes, com atraso. Por isso, a estimativa da composição para o meio do ano não pode ser obtida pela média simples calculada pela fórmula 2, mas por uma média ponderada entre a última composição conhecida (N_{inic}) e a actualização (N_{final}).

No seu cálculo, os valores destas duas listas são afectados por um factor inversamente proporcional ao tempo que separa o dia 30 de Junho do ano em causa, das datas a que aquelas listas se referem.

Para melhor compreensão do processo de cálculo, utilizemos o seguinte exemplo:

Um médico-sentinela enviou, pela primeira vez, a composição da sua lista de utentes em fevereiro de 2010 e procedeu à sua actualização em março de 2012.

Consideremos o período de tempo compreendido entre aqueles dois meses.

A estimativa da composição da lista em 30.06.11 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 factor de ponderação utilizado.

Sejam:

C data de referência (30.06.11)

I mês a que a composição inicial da lista se refere

F mês a que a actualização da lista se refere

Meses	2010												2011												2012				
		2				6										1					6							1	3
	2				6										13						18						25	27	
	I																				C								F



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:

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

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

A estimativa da composição da lista em 30.06.11, para um dado médico, será:

$$\text{(Fórmula 3)} \quad N_m = N_{inic}(F_I) + N_{final}(F_F)$$

Outro aspecto 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 efectiva

A 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 declararam, 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:

$$\text{(Fórmula 4)} \quad PSOE_t = \sum_{m=1}^M N_m I_{tm}$$

em que:

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

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

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:

$$\text{(Fórmula 5)} \quad PSOE_{ano} = \sum_t \frac{PSOE_t}{52}$$

A $PSOE_{ano}$ referente ao ano de 2011, 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 actualizada periodicamente.

**Quadro III - População sob observação efetiva, por sexo e idade, em 2011**

Grupo Etário	Homens	Mulheres	H+M
0-4	815	743	1558
5-9	918	866	1784
10-14	922	869	1791
15-24	1873	1824	3697
25-34	2534	2596	5130
35-44	2669	2735	5404
45-54	2300	2412	4712
55-64	1885	2176	4061
65-74	1501	1957	3458
≥75	1278	2108	3386
Total	16695	18286	34981

Doenças e situações em estudo

Durante o ano de 2011, estiveram em estudo dez temas relacionados com saúde (Quadro IV).

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

Quadro IV – Doenças ou situações em estudo, no ano de 2011

Síndrome gripal
Diabetes
Acidente Vascular Cerebral
Enfarte Agudo do Miocárdio
Hipertensão Arterial
Lesão Autoinfligida
Agressão
Acidente
Consulta relacionada com o Joelho
Consulta relacionada com a Tireoide



3 Limitações Metodológicas

As limitações gerais dos dados e das estimativas geradas por Médicos-Sentinela estão associadas a alguns aspetos:

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 sob notificação ou em sobre notificação de casos.

Limitações de diagnóstico

Os erros e imprecisões do diagnóstico estão associados ao grau de certeza do diagnóstico e à uniformidade dos critérios utilizados:

- Grau de certeza do diagnóstico

Em Clínica Geral, muitos diagnósticos não podem, nem necessitam de ser confirmados. Os dados estão, pois, limitados por erro ou imprecisão dos diagnósticos. Essas limitações são, provavelmente, muito mais acentuadas nalgumas doenças (em regra, os casos de gripe não podem ser confirmados laboratorialmente) do que noutras (os acidentes vasculares cerebrais são, muitas vezes, diagnosticáveis facilmente, apenas com critérios clínicos). Não há forma, no âmbito de Médicos-Sentinela, de intervir sobre esta limitação.

- Falta de uniformidade dos critérios de diagnóstico.

Os critérios de diagnóstico de cada doença variam, certamente, entre os médicos participantes, de acordo com a sua formação, a sua experiência profissional, etc. A uniformização desses critérios, apesar de desejável, só pode ser promovida de modo muito parcial, neste sistema. Utilizam-se, para isso, algumas variáveis auxiliares, específicas de cada doença (ver, por exemplo, síndrome gripal), que visam permitir diferentes formas de agregação dos sinais e sintomas. Não parece realista



pretender uniformizar os critérios clínicos de diagnóstico correntemente utilizados por cada médico.

Sub notificação de casos

Parte dos casos verificados em utentes dos Médicos-Sentinela pode não ser identificada por eles, por causas várias, originando uma 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, parcial-

mente, 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.



4_ Resultados

Foram analisados os dados obtidos pela notificação contínua de cada uma das doenças e situações em estudo, em 2011, e foram calculadas as taxas de incidência anuais, por sexo e grupo etário. Há, porém, uma exceção: a Síndrome Gripal, cuja vigilância epidemiológica semanal justifica a apresentação de taxas de incidência por semana.

Por outro lado, o estudo de algumas situações só se justifica em determinadas idades, pelo que nesses casos só foram calculadas as taxas para os segmentos da população mais 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/prostacção; 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 do número de vírus detetados no mesmo intervalo de tempo. Permite: (1) a comparação entre os respectivos valores nas várias semanas, facilitando a interpretação dos resultados (Fig.1); (2) definir períodos epidémicos; (3) comparar as epidemias anuais em função da sua intensidade e duração; 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 área de atividade basal;

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

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



Época de Gripe 2011-2012

Os resultados apresentados nos quadros V e 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 1 de outubro de 2011 até 20 de maio de 2012, 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 8, 9 e 10 de 2012, com o pico na semana 9, respetivamente taxas de $141,5/10^5$, $164,8/10^5$ e $129,2/10^5$ utentes, enquanto relativamente às taxas definitivas foi na semana 10 de 2012, que se estimou o valor mais elevado ($137,7/10^5$) (Quadro V e VI).

Quadro V - Estimativas provisórias das taxas de incidência brutas semanais ($/10^5$) de Síndrome Gripal, em 2011-2012

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
2011			2012			2012		
40	0	0	01	3	13,2	14	6	43,5
41	2	11,6	02	5	32,4	15	1	6,5
42	5	20,1	03	9	31,3	16	0	0
43	1	4,9	04	12	47,0	17	1	5,9
44	2	10,5	05	24	90,4	18	2	7,4
45	1	6,2	06	32	78,3	19	6	43,5
46	4	26,2	07	38	96,9	20	0	0
47	7	26,3	08	45	141,5			
48	7	22,4	09	49	164,8			
49	2	9,9	10	51	129,2			
50	11	45,0	11	23	63,9			
51	3	10,8	12	10	58,3			
52	3	11,4	13	7	25,1			



Quadro VI - Estimativas definitivas das taxas de incidência brutas semanais (/10⁵) de Síndrome Gripal, em 2011-2012

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
2011			2012			2012		
40	0	0	01	5	17,6	14	6	26,2
41	3	12,6	02	11	37,5	15	0	0
42	5	17,5	03	13	30,9	16	2	7,9
43	1	3,3	04	18	57,6	17	0	0
44	2	7,7	05	34	90,8	18	2	7,7
45	4	16,6	06	39	77,9	19	2	5,7
46	4	16,1	07	44	83,9	20	0	0
47	8	26,6	08	54	137,0			
48	8	22,1	09	51	125,4			
49	5	19,5	10	62	137,7			
50	11	37,0	11	23	52,6			
51	4	12,1	12	11	41,6			
52	4	14,4	13	7	22,1			

Na época de 2011-2012, os valores das taxas provisórias e definitivas semanais mantiveram-se acima da área atividade basal, durante 9 semanas consecutivas entre as semanas 4/2012 e 12/2012 (Figura

1), correspondendo, assim, a uma atividade gripal moderada, excetuando-se as semanas 8, 9 e 10, nas quais ocorreu atividade gripal considerada alta ($\geq 120/10^5$).

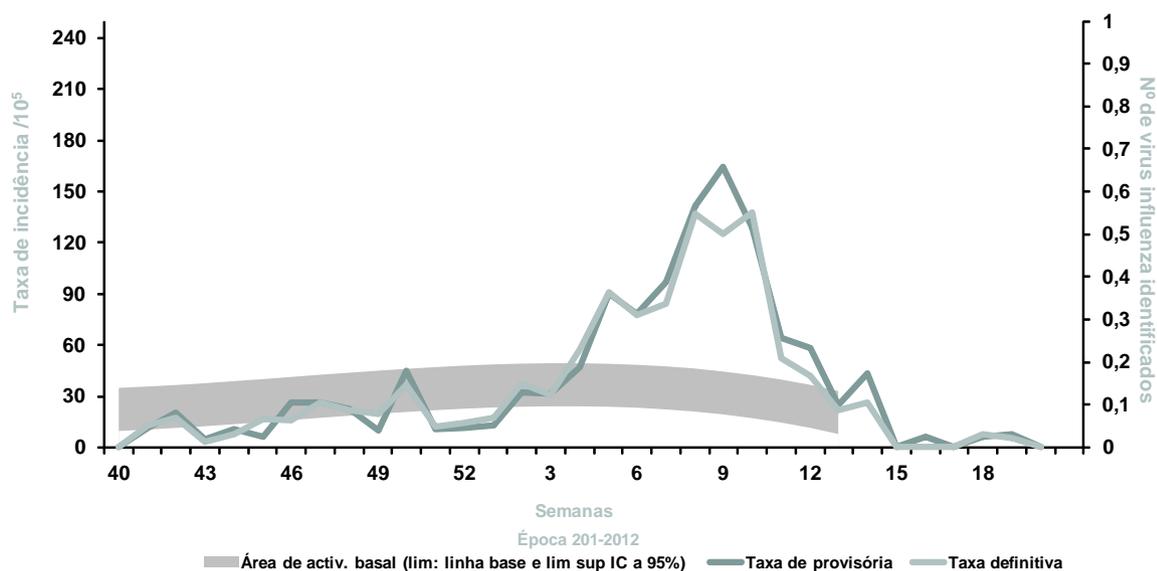


Fig.1-Taxas de incidência (/10⁵) brutas, semanais, provisórias e definitivas, de síndrome gripal na época gripal de 2011-2012.



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-Sentinela, para o Laboratório Nacional de Referência para o Vírus da Gripe, 253 exsudados nasofaríngeos, que foram analisados independentemente do nº de sintomas que caracterizava o caso, contribuindo para confirmar 92 casos de gripe.

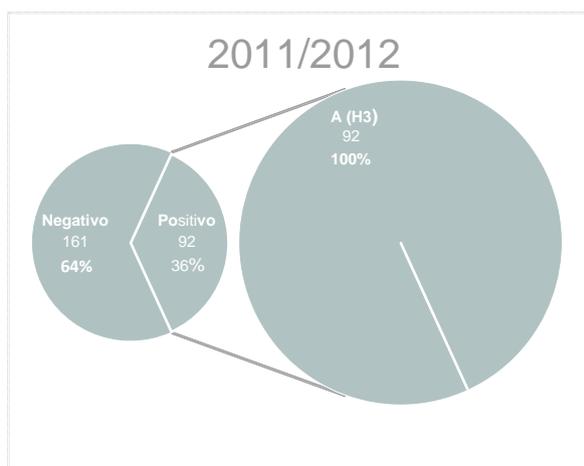


Fig. 2- Resultados da pesquisa de Vírus Influenza nos casos notificados acompanhados de exsudado da nasofarínge por tipo e subtipo de vírus, em 2011-2012

Fonte: Laboratório Nacional de Referência para o Vírus da Gripe. Departamento de Doenças Infecciosas

Diabetes

Durante o ano de 2011 foram notificados 228 novos casos de Diabetes Mellitus, sendo 121 do sexo masculino (53,1%) e 107 do sexo feminino (46,9%).

Na população utente de 35 e mais anos obteve-se uma taxa de incidência de 1079,9 por 100 000 utentes deste grupo etário (Quadro VII).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma taxa de incidência de 51,8 por 100 000 utentes.

No sexo masculino, a incidência da doença atingiu o valor máximo no grupo etário dos 55-64 anos ($2228,1/10^5$) enquanto no sexo feminino, o valor máximo foi atingido no grupo etário dos 65-74 anos ($1430,8/10^5$) (Quadro VII e Fig. 3).

Foi registado um caso com menos de 15 anos.

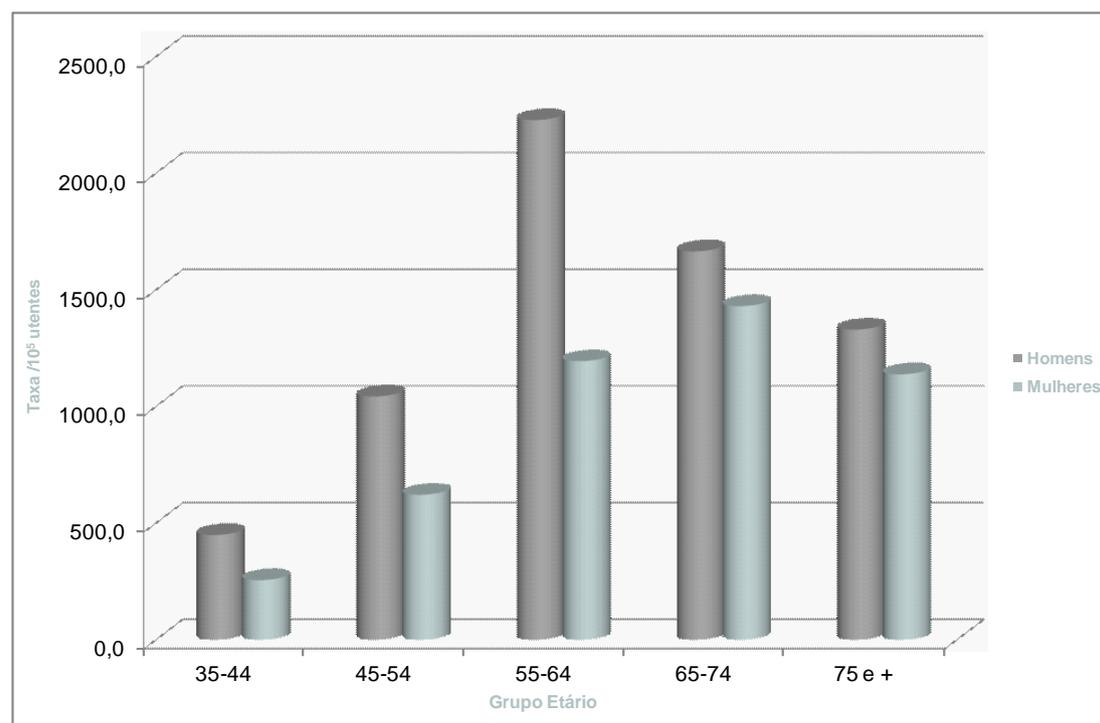
Na totalidade, foram registados 4 casos com internamento hospitalar.

**Quadro VII – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Diabetes, por sexo e grupo etário, em 2011**

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	*	-	*	-	*	-
5-9	*	-	1	**	1	**
10-14	*	-	*	-	*	-
15-24	*	-	1	**	1	**
25-34	1	**	5	**	6	117,0
35-44	12	449,6	7	255,9	19	351,6
45-54	24	1043,5	15	621,9	39	827,7
55-64	42	2228,1	26	1194,9	68	1674,5
65-74	25	1665,6	28	1430,8	53	1532,7
75 e +	17	1330,2	24	1138,5	41	1210,9
Total	121	724,8	107	585,1	228	651,8
≥ 35	121	1256,1	106	930,8	227	1079,9

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

**Fig. 3 – Taxas de incidência anuais de diabetes, por sexo e grupo etário, em 2011**



Acidente Vascular Cerebral

Durante o ano de 2011 foram notificados 88 novos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC), tendo ocorrido 51 (58,0%) no sexo masculino e 37 (42,0%) no feminino. Foi notificada uma ocorrência no grupo etário dos 35-44 anos de idade, correspondente a um homem 42 anos de idade.

Na população utente de **45 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 557,1 por 100 000 utentes** deste grupo etário (Quadro VIII).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de**

251,6 casos por 100 000 utentes (Quadro VIII).

Em ambos os sexos a taxa de incidência de AVC atingiu o seu valor máximo no grupo etário dos 75 e mais anos, respetivamente com 1408,5/10⁵ no sexo masculino e 1186,0/10⁵ no feminino (Quadro VIII e Fig. 4).

Dos casos reportados, foram registados 12 óbitos, 6 homens e 6 mulheres. O caso letal mais novo registado correspondeu a um indivíduo do sexo masculino de 48 anos de idade.

Foram registados 73 casos com internamento hospitalar.

Quadro VIII – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵) de AVC, por sexo e grupo etário, em 2011

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-34	*	-	*	-	*	-
35-44	1	**	*	-	1	**
45-54	10	434,8	1	**	11	233,4
55-64	6	318,3	2	**	8	197,0
65-74	16	1066,0	9	459,9	25	723,0
≥75	18	1408,5	25	1186,0	43	1269,9
Total	51	305,5	37	202,3	88	251,6
≥ 45	50	718,0	37	427,6	87	557,1

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

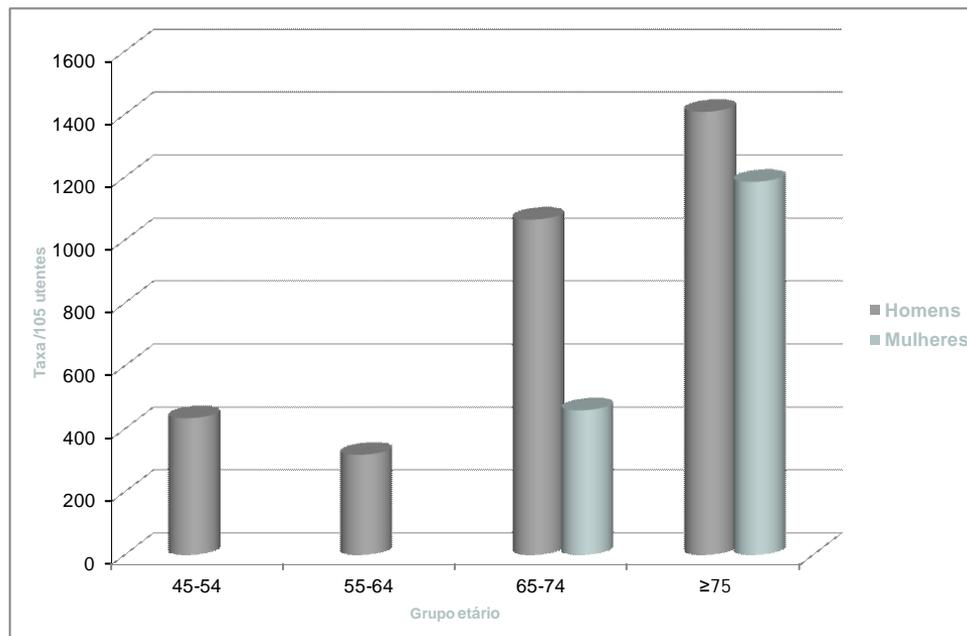


Fig. 4 – Taxas de incidência anuais de AVC, por sexo e grupo etário, em 2011

Enfarte Agudo do Miocárdio

Durante o ano de 2011 foram notificados 36 novos casos de enfarte agudo do miocárdio, tendo ocorrido 22 (61,1%) no sexo masculino e 14 (38,9%) no feminino.

Foram notificados dois casos com menos de 45 anos, um homem e uma mulher. Nos registos femininos, 39 anos é a menor idade apresentada, enquanto no sexo masculino o caso mais novo correspondeu a um homem de 35 anos.

Na população de **45 e mais anos** obteve-se uma **taxa de incidência de 217,7 por 100 000 utentes** deste grupo etário (Quadro IX). Considerando o total da população inscrita,

estimou-se uma **taxa de incidência de 102,9 casos por 100 000 utentes**. (Quadro IX)

Só se verificaram ocorrências em número que permitiu o cálculo de taxas, nos homens do grupo etário 55-64 anos; nas mulheres, no grupo etário dos 75 e mais anos, respetivamente, $530,5/10$ e $332,1/10$, (Quadro IX e Fig. 5). ⁵ ⁵

Verificaram-se 6 óbitos do sexo masculino, um dos quais num indivíduo com 49 anos, e 4 no sexo feminino; Em 4 dos casos letais tinha havido internamento hospitalar.

Globalmente, foram registados 25 casos com internamento hospitalar.



Quadro IX – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Enfarte Agudo do Miocárdio, por sexo e grupo etário, em 2011

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-34	*	-	*	-	*	-
35-44	1	**	1	**	2	**
45-54	3	**	1	**	4	**
55-64	10	530,5	2	**	12	295,5
65-74	3	**	3	**	6	173,5
≥75	5	**	7	332,1	12	354,4
Total	22	131,8	14	76,6	36	102,9
≥ 45	21	301,6	13	150,2	34	217,7

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

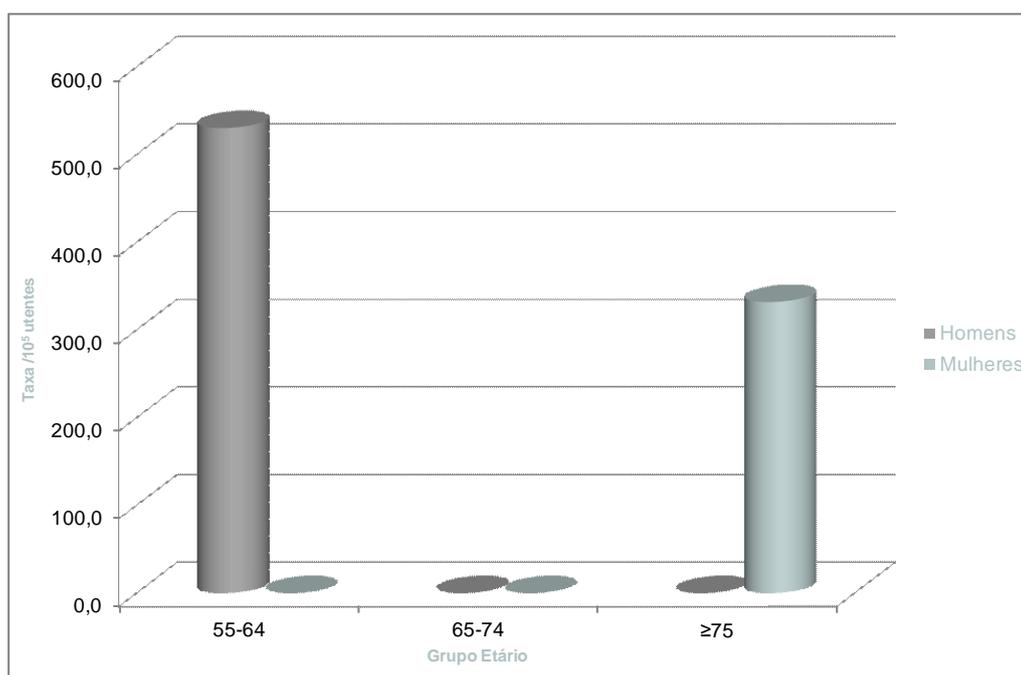


Fig. 5 – Taxas de incidência anuais de Enfarte Agudo do Miocárdio, por sexo e grupo etário, em 2011



Hipertensão Arterial

Durante o ano de 2011 foram notificados 229 casos de hipertensão arterial, tendo ocorrido 122 (53,3%) no sexo masculino e 107 (46,7%) no feminino.

Na população com idade superior aos 25 anos de idade obteve-se uma taxa de incidência de 864,2 por 100 000 utentes (Quadro X).

Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma taxa de incidência de 654,6 casos por 100 000 utentes (Quadro X).

Em ambos os sexos os valores mais elevado da taxa registaram-se no grupo

etário 45-54 anos, nomeadamente, 1521,7/10⁵ para o sexo masculino e 1243,8/10⁵ para o sexo feminino (Quadro X e Fig. 6).

Observaram-se 3 casos em indivíduos com idades abaixo dos 25 anos de idade.

Registaram-se dois internamentos, sendo ambos os registo de indivíduos do sexo masculino, um com 44 e outro com 57 anos de idade.

Houve registo de um óbito, um homem de 61 anos, sem internamento registado.

Quadro X - Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Hipertensão Arterial, por sexo e grupo etário, em 2011

Grupo etário	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-14	*	-	*	-	*	-
15-24	2	**	1	**	3	**
25-34	6	236,8	7	269,6	13	**
35-44	25	936,7	17	621,6	42	**
45-54	35	1521,7	30	1243,8	65	1379,5
55-64	27	1432,4	25	1148,9	52	1280,5
65-74	18	1199,2	16	817,6	34	983,2
75 e +	9	704,2	11	521,8	20	590,7
Total	122	730,8	107	585,1	229	654,6
≥ 25	120	986,3	106	758,0	226	864,2

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

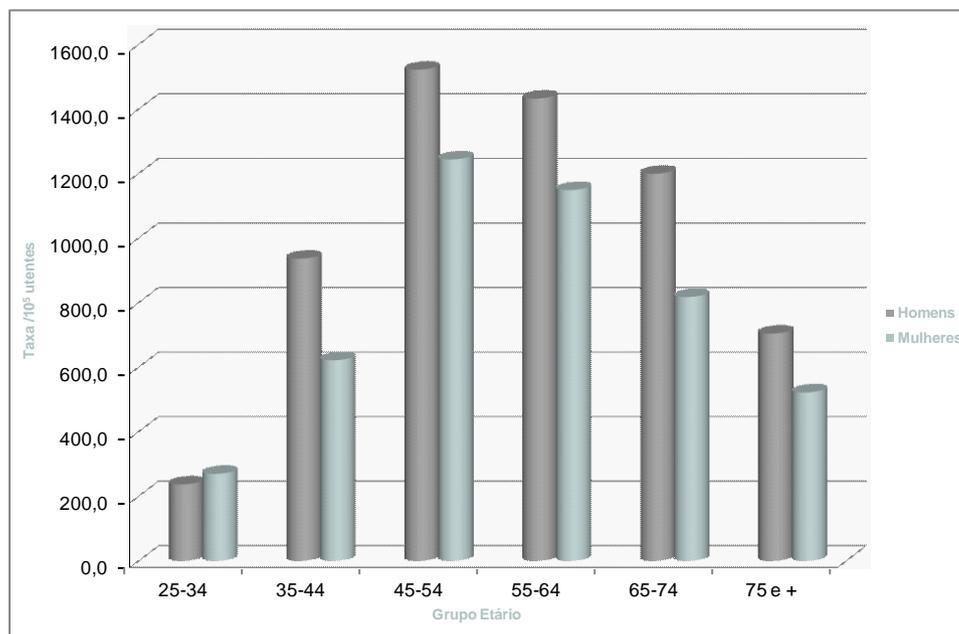


Fig. 6 - Taxas de incidência anuais de Hipertensão, por sexo e grupo etário, em 2011

Consulta relacionada com o Joelho

Durante o ano de 2011 foram notificadas 660 consultas relacionadas com o joelho, das quais 451 (68,3%), corresponderam a procura feita por mulheres e 209 (31,7%) por homens, traduzindo um predomínio de consultas no sexo feminino especialmente a partir dos 45 anos.

O motivo de consulta mais registado foi o de

consulta de seguimento (28,8%), podendo para uma mesma consulta ter sido assinalado mais do que um motivo (Quadro XI).

Dos diagnósticos, o que obteve mais registos foi a Osteoartrose do joelho (61,8%), podendo também para uma mesma consulta ter sido assinalados mais do que um diagnóstico (Quadro XII).

**Quadro XI – Percentagem de consultas relacionadas com Joelho, segundo o motivo, em 2011**

Motivo de consulta *	% (n=867)
Início de sintomas	17,6 (153)
Alteração do padrão dos sintomas	4,4 (38)
Exacerbação	20,6 (179)
Renovação de medicação	13,6 (118)
Consulta de seguimento	28,8 (250)
Outro (aconselhamento, esclarecimento, pedido de atestado/declaração)	14,9 (129)

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

Quadro XII – Percentagem de consultas relacionadas com Joelho, segundo o diagnóstico, em 2011

Diagnóstico *	% (n=691)
Entorse ou distensão do joelho	7,8 (54)
Luxação ou subluxação do joelho	1,4 (10)
Fratura do fémur	0,3 (2)
Fratura da Tibia	0,3 (2)
Osteoartrose do joelho	61,8 (427)
Lesões inflamatórias (por ex: bursite/tendinite/sinovite)	11,7 (81)
Rotura de ligamentos cruzados	2,7 (19)
Ignora	13,9 (96)



Estimou-se um **número de consultas anual relacionado com joelho de 1886,7 consultas por 100 000 utentes.**

Globalmente, verificou-se que a estimativa do número de consultas/10⁵ utentes aumentou progressivamente dos 35 até aos 74 anos, onde atingiu o valor máximo de 5696,9/10⁵, diminuindo depois nos 75 e mais anos (Quadro XIII e Fig. 7).

Foi a partir dos 45 anos que as notificações se tornaram mais frequentes. Assim, na população de 45 e mais anos obteve-se uma estimativa de 3566,6 por 100 000 utentes deste grupo etário (Quadro XIII).

Foram registados 12 casos com internamento hospitalar e 2 óbitos.

Da informação disponível, constatou-se que 175 consultas referiram-se a casos novos (26,5%).

Quando se analisou a distribuição dos casos conhecidos e casos novos por grupo etário, verificou-se que a distribuição percentual por grupo etário apresentou uma tendência globalmente crescente para os casos conhecidos. Foi no grupo etário 55-64 anos que se registaram mais consultas a casos novos (26,9%) (Quadro XIV).

Quadro XIII – Estimativa do número anual de consultas (/10⁵ utentes) relacionadas com joelho, por sexo e grupo etário em 2011

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	1	**	1	**	2	**
5-9	*	-	1	**	1	**
10-14	3	**	2	**	5	**
15-24	17	907,6	14	767,5	31	838,5
25-34	17	670,9	16	616,3	33	643,3
35-44	13	487,1	18	658,1	31	573,6
45-54	29	1260,9	50	2073,0	79	1676,6
55-64	40	2122,0	106	4871,3	146	3595,2
65-74	46	3064,6	151	7715,9	197	5696,9
75 e +	43	3364,6	92	4364,3	135	3987,0
Total	209	1251,9	451	2466,4	660	1886,7
>45	158	2268,8	399	4611,1	557	3566,6

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

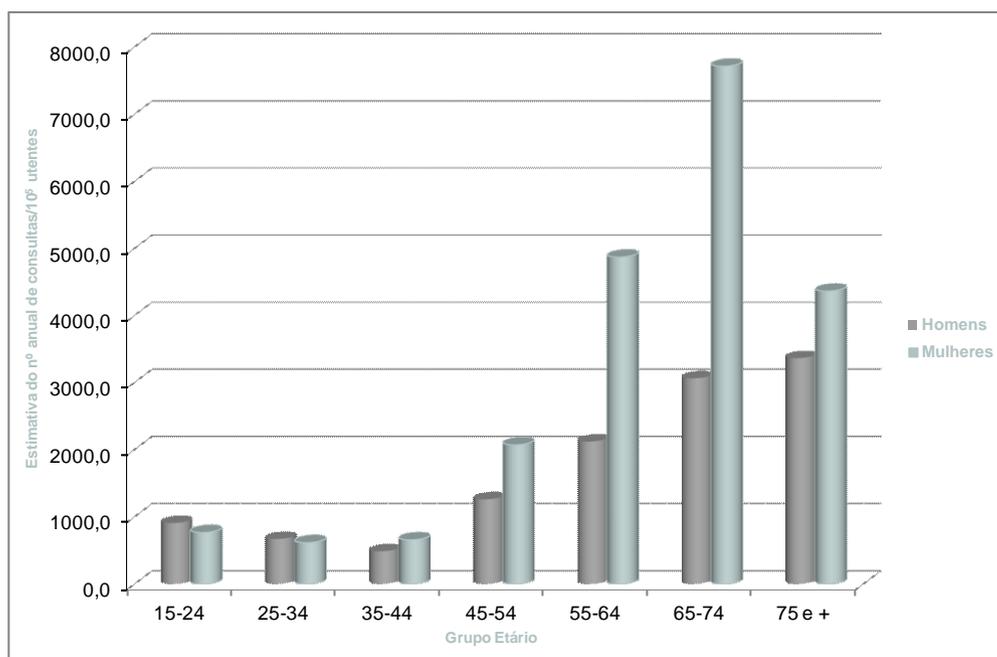


Fig. 7 – Estimativa do número anual de consultas relacionadas com o Joelho, por sexo e grupo etário, em 2011

Quadro XIV - Distribuição percentual das consultas, relacionadas com Joelho, de casos novos e casos conhecidos e estimativa do número anual de consultas de casos novos ($/10^5$), por grupo etário, em 2011

Grupo etário	Casos novos			Casos conhecidos	
	Nº	%	Consultas/ 10^5	Nº	%
0-4	2	1,1	**	*	*
5-9	*	*	-	1	0,2
10-14	3	1,7	**	*	*
15-24	14	8,0	378,7	13	2,9
25-34	16	9,1	311,9	16	3,5
35-44	13	7,4	240,6	18	4,0
45-54	32	18,3	679,1	39	8,6
55-64	47	26,9	1157,4	92	20,4
65-74	29	16,6	838,6	162	35,8
75 e +	19	10,9	561,1	111	24,6
Total	175	100,0	500,3	452	100,0

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas



Com base no número de consultas de casos novos, estimou-se uma taxa de incidência anual de consulta relacionada com o joelho de 500,3 por 100 000 utentes.

A taxa estimada para o sexo masculino e

feminino foi, respetivamente, de 455,2/10⁵ e de 541,4/10⁵, tendo atingido o valor máximo, no grupo etário dos 55-64 anos para ambos os sexos, com os homens a apresentarem uma taxa de 848,8/10⁵ e as mulheres, 1424,6/10⁵ (Quadro XV e Fig. 8).

Quadro XV - Estimativa do número anual de consultas de casos novos (/10⁵ utentes) relacionada com o Joelho, por sexo e grupo etário, em 2011

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	**	2	**
5-9	*	-	*	**	*	**
10-14	1	**	2	**	3	**
15-24	6	320,3	8	438,6	14	378,7
25-34	8	315,7	8	308,2	16	311,9
35-44	7	262,3	6	219,4	13	240,6
45-54	15	652,2	17	704,8	32	679,1
55-64	16	848,8	31	1424,6	47	1157,4
65-74	11	732,8	18	919,8	29	838,6
75 e +	11	860,7	8	379,5	19	561,1
Total	76	455,2	99	541,4	175	500,3

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

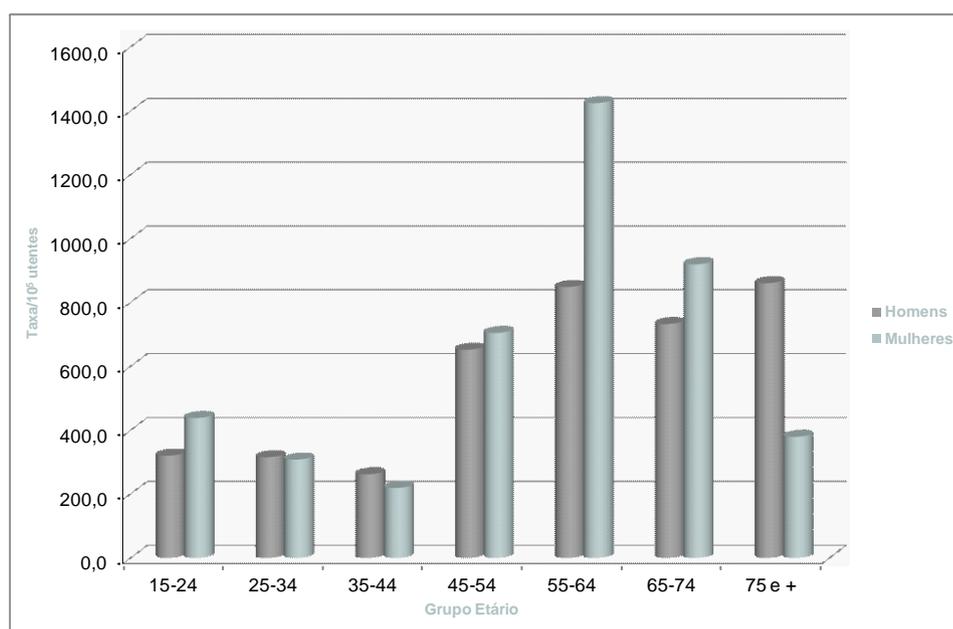


Fig. 8 - Taxas de incidência anuais (casos novos) de consultas relacionadas com Joelho, por sexo e grupo etário, em 2011



Em 224 consultas não houve registo de prescrição medicamentosa.

Da análise das 436 consultas com prescrição medicamentosa registada constatou-se que o esquema terapêutico mais utilizado foi o da monoterapia, correspondendo a 71,1% das consultas (Quadro XVI).

No Quadro XVII 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 (573). Constatou-se pertencerem ao grupo dos *derivados do ácido acético e da acetamida* (21,5%), os medicamentos mais prescritos.

Quadro XVI – Esquema terapêutico medicamentoso utilizado nas consultas relacionadas com o Joelho, em 2011

Esquema terapêutico	Nº de consultas (n=436)	%
Monoterapia	310	71,1
Associações medicamentosas		
2 Medicamentos	116	26,6
3 Medicamentos	9	2,1
4 Medicamentos	1	0,2

Quadro XVII – Percentagem de prescrições relacionadas com o Joelho, por tipo de medicamentos (classificação ATC), em 2011

Medicamentos (ATC)	Nº Prescrições*	% (n=573)
<i>Anti-inflamatórios e antirreumáticos não esteroides (M01A)</i>	18	3,1
Derivados do ácido acético e da acetamida (M01A B)	123	21,5
Oxicans (M01A C)	37	6,5
Derivados do ácido propiónico (M01A E)	95	16,6
Coxibs-Inibidores Seletivos da COX2 (M01A H)	21	3,7
Outros anti-inflamatórios e antirreumáticos não esteroides (M01A X)	69	12,0
<i>Medicamentos tópicos para a dor muscular e articular (M02A)</i>		
Anti-inflamatórios não esteroides de uso tópico (M01A A)	9	1,6
Relaxantes musculares de ação central (M03B)	7	1,2
<i>Analgésicos (N02)</i>		
Opiáceos (N02A)	39	6,8
Outros analgésicos e antipiréticos (N02B)	146	25,5
<i>Corticosteroides para uso sistémico (H02A)</i>		
Mineralcorticóides (H02A A)	5	0,9
Glucocorticóides (H02A B)	4	0,7

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



Consulta relacionada com a Tireoide

Durante o ano de 2011 foram notificadas 718 consultas relacionadas com tireoide, das quais 635 (88,4%), corresponderam a procura feita por mulheres e 83 (11,6%) por homens, traduzindo um predomínio de consultas no sexo feminino logo a partir dos 15 anos.

O motivo de consulta mais registado foi o de consulta de seguimento (47,6%), podendo para uma mesma consulta ter sido assinalado mais do que um motivo (Quadro XVIII).

Dos diagnósticos, o que obteve mais registos foi o Bócio (38,5%), logo seguido do

Hipotireoidismo/Mixedema (34,0). Para uma mesma consulta podem ter sido assinalados mais do que um diagnóstico (Quadro XIX).

Estimou-se um número anual de consultas relacionado com a tireoide de 2052,5 consultas por 100 000 utentes (Quadro XX e Fig. 9).

Tratando-se de uma situação que afeta predominantemente as mulheres, constatou-se que na população feminina com ≥ 15 anos de idade a estimativa foi de 4004,3 consultas por 100 000 utentes deste grupo.

Foram registados 6 casos com internamento hospitalar e 4 óbitos.

Quadro XVIII – Percentagem de consultas relacionadas com a tireoide, segundo o motivo, em 2011

Motivo de consulta *	% (n=809)
Início de sintomas	5,6 (45)
Alteração do padrão dos sintomas	1,7 (14)
Renovação de medicação	30,3 (245)
Consulta de seguimento	47,6 (385)
Outro (aconselhamento, esclarecimento, pedido de atestado/declaração)	14,8 (120)

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



Quadro XIX – Percentagem de consultas relacionadas com a tiroide, segundo o diagnóstico em 2011

Diagnóstico *	% (n=776)
Neoplasia Benigna da Tiroide	7,7 (60)
Neoplasia Maligna da Tiroide	2,3 (18)
Bócio	38,5 (299)
Hipertiroidismo/Tireotoxicose	4,9 (38)
Hipotiroidismo/Mixedema	34,0 (264)
Tiroidite	6,2 (48)
Ignora	6,3 (49)

Quadro XX – Estimativa do número anual de consultas (/10⁵utentes) relacionadas com a tiroide, por sexo e grupo etário em 2011

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	*	**	1	**	1	**
5-9	*	-	*	**	*	**
10-14	1	**	1	**	2	**
15-24	1	**	11	603,1	12	324,6
25-34	8	315,7	52	2003,1	60	1169,6
35-44	8	299,7	92	3363,8	100	1850,5
45-54	19	826,1	117	4850,7	136	2886,2
55-64	9	477,5	140	6433,8	149	3669,0
65-74	31	2065,3	100	5109,9	131	3788,3
75 e +	6	469,5	121	5740,0	127	3750,7
Total	83	497,2	635	3472,6	718	2052,5
≥ 15	82	584,0	633	4004,3	715	2395,5

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

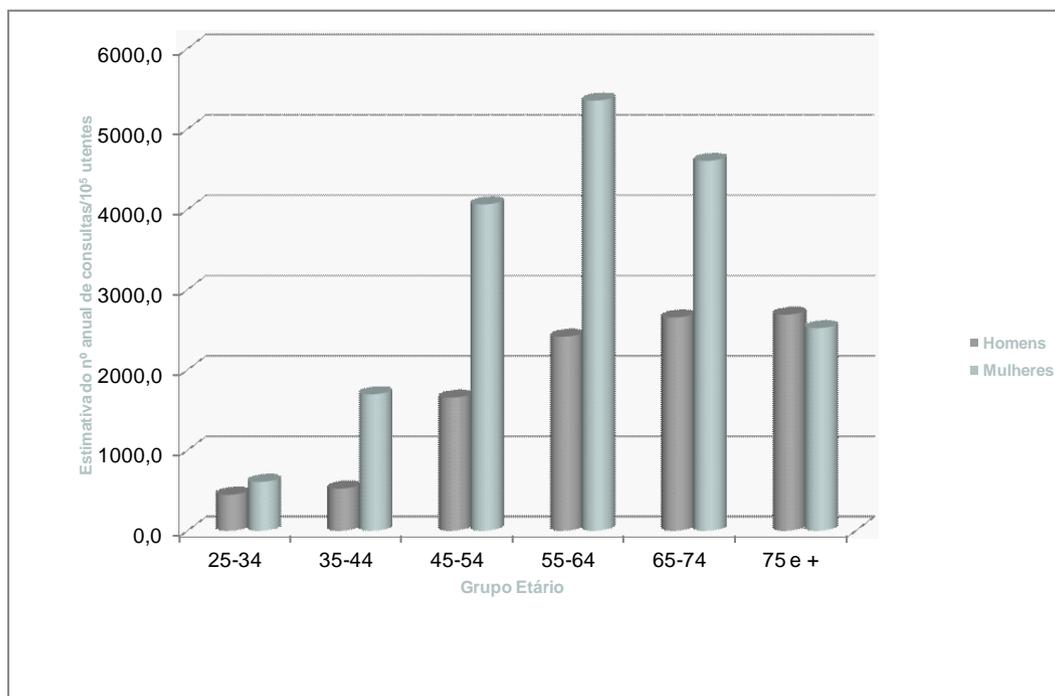


Fig. 9 – Estimativa do número anual de consultas relacionadas com a tiroide, por sexo e grupo etário, em 2011

Da informação disponível, constatou-se que 91 consultas referiram-se a casos novos (26,5%).

Quando se analisou a distribuição dos casos conhecidos e casos novos por grupo etário,

verificou-se que a distribuição percentual por grupo etário apresentou para ambos uma tendência crescente, nomeadamente até aos 64 anos para os casos conhecidos, e até aos 54 anos para os casos novos (Quadro XXI).

Quadro XXI -Distribuição percentual das consultas, relacionadas com a tiroide, de casos novos e casos conhecidos e estimativa do número anual de consultas de casos novos ($/10^5$), por grupo etário, em 2011

Grupo etário	Casos novos			Casos conhecidos	
	Nº	%	Consultas/ 10^5	Nº	%
0-9	*	-	-	*	-
10-14	1	1,1	**	*	-
15-24	7	7,7	189,3	5	0,8
25-34	8	8,8	155,9	48	8,1
35-44	10	11,0	185,0	81	13,7
45-54	26	28,6	551,8	103	17,5
55-64	18	19,8	443,2	125	21,2
65-74	12	13,2	347,0	114	19,3
75 e +	9	9,9	265,8	114	19,3
Total	91	100,0	260,1	590	100,0

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas



Com base no número de consultas de casos novos, estimou-se uma **taxa de incidência anual de consulta relacionada com a tiroide de 260,1 por 100 000 utentes** (Quadro XXII e Fig. 10).

casos novos. A taxa estimada para o sexo masculino e feminino foi, respetivamente, de $95,8/10^5$ e de $410,1/10^5$ (Quadro XXII e Fig. 10).

Quadro XXII - Estimativa do número anual de consultas de casos novos ($/10^5$ utentes) relacionada com a tiroide, por sexo e grupo etário, em 2011

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	Nº casos	Taxa/ 10^5	Nº casos	Taxa/ 10^5	Nº casos	Taxa/ 10^5
0-9	*	-	*	-	*	-
10-14	*	**	1	**	1	**
15-24	*	**	7	383,8	7	189,3
25-34	2	**	6	231,1	8	155,9
35-44	*	**	10	365,6	10	185,0
45-54	5	**	21	870,6	26	551,8
55-64	4	**	14	643,4	18	443,2
65-74	5	**	7	357,7	12	347,0
75 e +	*	**	9	426,9	9	265,8
Total	16	95,8	75	410,1	91	260,1

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

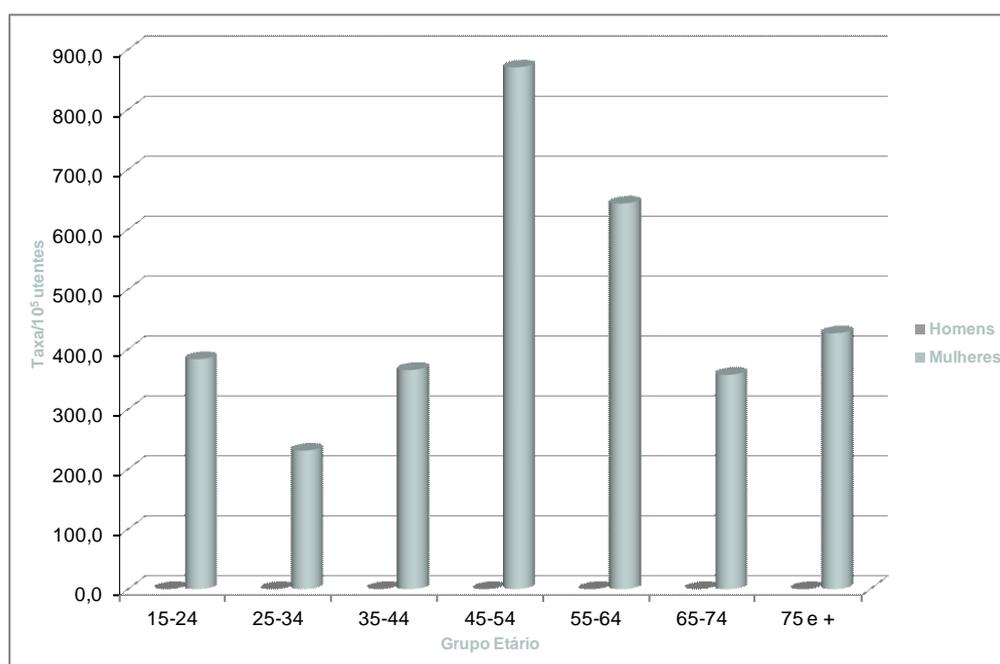


Fig. 10 - Taxas de incidência anuais (casos novos) de consultas relacionadas com a tiroide, por sexo e grupo etário, em 2011



Em 302 consultas não houve registo de prescrição medicamentosa.

Da análise das 416 consultas com prescrição medicamentosa registada constatou-se que o esquema terapêutico mais utilizado foi o da monoterapia, correspondendo a 99,8% das consultas (Quadro XXIII).

No Quadro XXIV 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 (417).

Constatou-se pertencerem ao grupo das *hormonas da tiroide* (95,8%), os medicamentos mais prescritos.

Quadro XXIII – Esquema terapêutico medicamentoso utilizado nas consultas relacionadas com a Tiroide, em 2011

Esquema terapêutico	Nº de consultas (n=416)	%
Monoterapia	415	99,8
Associações medicamentosas		
2 Medicamentos	1	0,2

Quadro XXIV – Percentagem de prescrições relacionadas com a Tiroide, por tipo de medicamentos (classificação ATC), em 2011

Medicamentos (ATC)	Nº Prescrições*	%
		(n=417)
<i>Hormonas do hipotálamo e da hipófise (H01)</i>		
<i>Hormonas do lobo anterior da hipófise (H01A)</i>		
ACTH (H01A A)	2	0,5
<i>Terapêutica da tiroide (H03)</i>		
<i>Tiroide (H03A)</i>		
Hormonas da tiroide (H03A A)	400	95,9
<i>Medicamentos anti-tiroideos (H03B)</i>		
Tioracilos (H03B A)	7	1,7
Derivados do imidazole contendo enxofre (H03B B)	7	1,7
<i>Relaxantes musculares (M03)</i>		
<i>Relaxantes musculares de ação periférica (M03A)</i>	1	0,2

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



Lesão autoinfligida

No ano de 2011 foram notificadas 12 ocorrências de lesões autoinfligidas o que corresponde na população utente de 15 e mais anos a uma **taxa de incidência de 40,2 por 100 000 utentes** deste grupo etário. Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma **taxa de incidência de 34,3 casos por 100 000 utentes** (Quadro XXV).

No sexo masculino registaram-se 4 casos (33,3%) e no sexo feminino, 8 (66,7%).

O caso mais novo foi registado numa mulher de 20 anos.

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

Sete casos tiveram internamento hospitalar. Quatro casos foram letais, um dos quais com internamento hospitalar.

Agressão

Foram notificados 44 casos de agressão, 23 (52,3%) no sexo masculino e 21 (47,7%) no feminino.

A estimativa do **número de agressões foi de 125,8 por 100 000 utentes** (Quadro XXVI).

Dos registos apresentados, um caso reporta-se a agressão de um menor do sexo masculino de 4 anos.

Da notificação pode-se ainda concluir que 12 agressões foram relacionadas com o ambiente doméstico.

Foram registados 7 casos com internamento hospitalar.

Quadro XXV – Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵ utentes) de Lesões autoinfligidas, por sexo e grupo etário, em 2011

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-14	*	-	*	-	*	-
15-24	*	-	3	**	3	**
25-34	1	**	2	**	3	**
35-44	*	-	2	**	2	**
45-54	1	**	*	-	1	**
55-64	*	-	*	-	*	-
65-74	*	-	*	-	*	-
75 e +	2	**	1	**	3	**
Total	4	**	8	43,7	12	34,3
>15	4	**	8	50,6	12	40,2

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas



Quadro XXVI – Estimativa do número anual de agressões (/10⁵utentes), por sexo e grupo etário em 2011

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	1	**	*	-	1	**
5-9	*	-	*	-	*	-
10-14	*	-	1	**	1	**
15-24	2	**	1	**	3	**
25-34	5	**	2	**	7	136,5
35-44	5	**	1	**	6	111,0
45-54	3	**	3	**	6	127,3
55-64	4	**	4	**	8	197,0
65-74	3	**	7	357,7	10	289,2
75 e +	*	-	2	**	2	**
Total	23	137,8	21	114,8	44	125,8

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

Acidentes

Foram notificadas 888 ocorrências, em três das quais não foi registado o tipo de acidente.

Na sua maioria, os acidentes notificados foram acidentes domésticos e de lazer (70,1%) (Quadro XXVII).

Focando a análise nos resultados relativos aos três tipos de acidentes mais frequentes constatou-se:

Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL)

Durante o ano de 2011 foram notificados 620 casos de ADL, tendo ocorrido 223

(36,0%) no sexo masculino e 397 (64,0%) no feminino.

A estimativa do **número de acidentes foi de 1772,4 por 100 000 utentes** (Quadro XXVIII).

Em ambos os sexos as estimativas atingiram o seu valor máximo no grupo etário dos 75 e mais anos, respetivamente, 3990,6/10 no sexo masculino e 6024,7/10 no feminino (Quadro XXVIII e Fig. 11).

Dos casos reportados, foram registados 4 óbitos, 2 homens e 2 mulheres. Os casos letais ocorreram em adultos com mais de 55 anos de idade.

Foram registados 65 casos com internamento hospitalar.



Quadro XXVII – Distribuição (%) de Acidentes, segundo o tipo, em 2011

Tipo de Acidente *	% (n=885)
Acidentes domésticos e de lazer (ADL)	70,1 (620)
Acidentes de trabalho (AT)	9,9 (88)
Acidentes de viação (AV)	9,4 (83)
Acidentes de desporto	3,7 (33)
Acidentes escolares	3,3 (29)
Outros	3,6 (32)

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

Quadro XXVIII – Estimativa do número anual de acidentes domésticos e de lazer (ADL) (/10⁵utentes), por sexo e grupo etário em 2011

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-4	12	1472,4	6	807,5	18	1155,3
5-9	6	653,6	5	**	11	616,6
10-14	6	650,8	8	920,6	14	781,7
15-24	12	640,7	8	438,6	20	541,0
25-34	24	947,1	18	693,4	42	818,7
35-44	21	786,8	24	877,5	45	832,7
45-54	29	1260,9	43	1782,8	72	1528,0
55-64	19	1008,0	71	3262,9	90	2216,2
65-74	43	2864,8	87	4445,6	130	3759,4
75 e +	51	3990,6	127	6024,7	178	5256,9
Total	199	1192,0	397	2171,1	620	1772,4

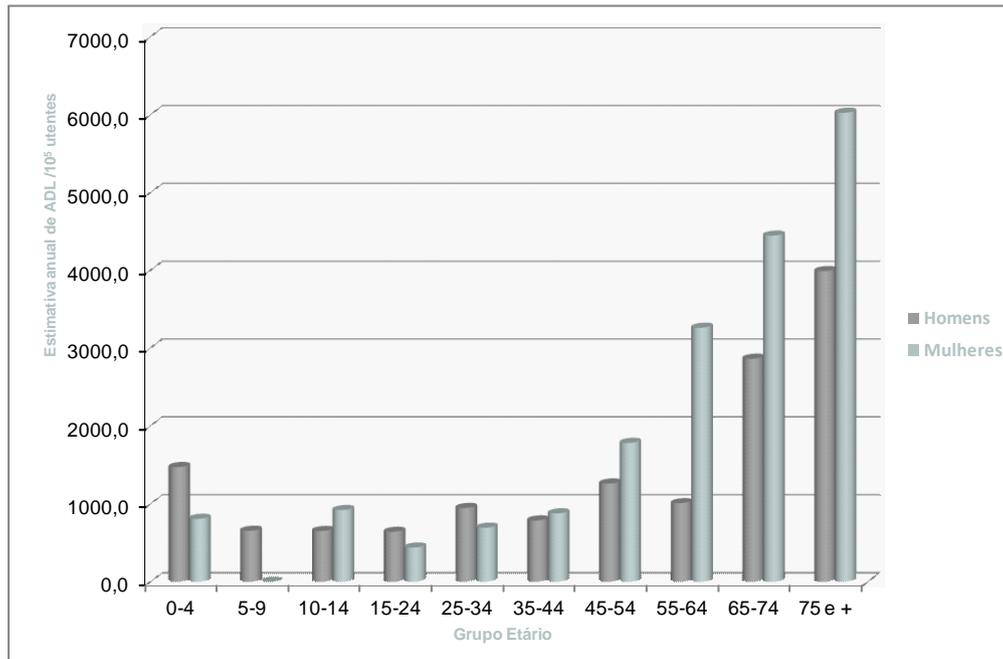


Fig. 11 – Estimativa do número anual de acidentes domésticos e de lazer, por sexo e grupo etário, em 2011

Acidentes de Viação (AV)

Durante o ano de 2011 foram notificados 88 casos de AV, tendo ocorrido 50 (56,8%) no sexo masculino e 38 (43,2%) no feminino.

A estimativa do **número de acidentes foi de 251,6 por 100 000 utentes** (Quadro XXIX).

No sexo masculino a incidência mais elevada ocorreu no grupo etário dos 65-74 anos, com uma estimativa de $599,6/10^5$. No sexo feminino a estimativa mais elevada de

números de acidentes verificou-se no grupo etário dos 45-54 anos, respetivamente, $331,7/10^5$ (Quadro XXIX e Fig. 12). De relevar a estimativa do número de acidentes no grupo etário dos 15-24 anos, no sexo masculino ($583,7/10^5$).

Dos casos reportados, foram registados dois óbitos.

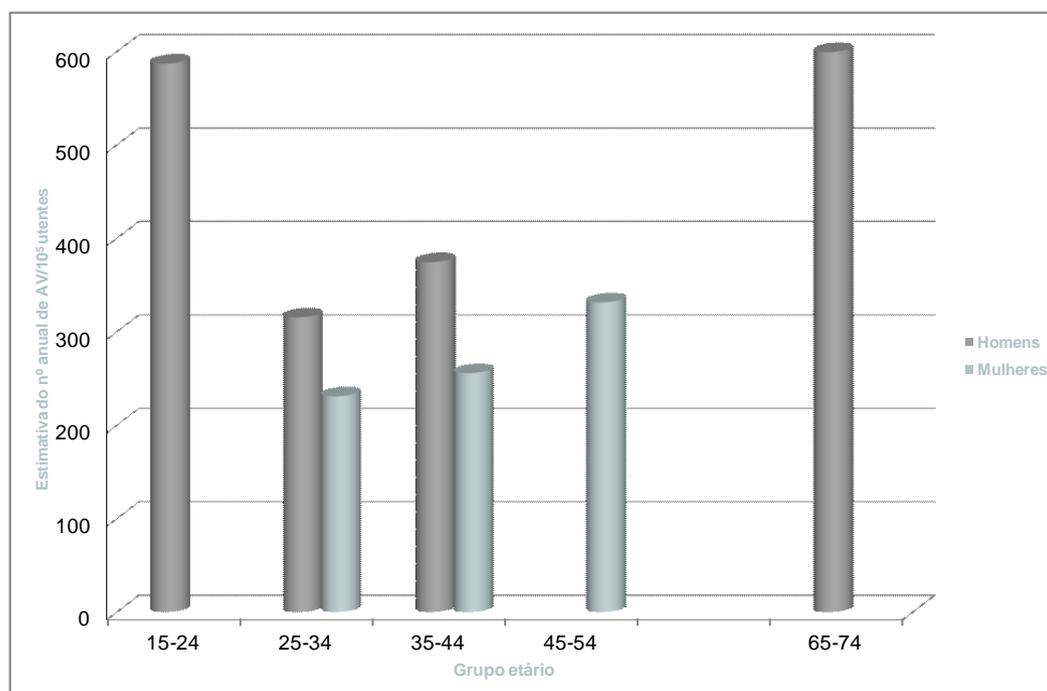
Foram registados 18 acidentes com internamento hospitalar.

**Quadro XXIX – Estimativa do número anual de acidentes de viação (AV) (/10⁵ utentes), por sexo e grupo etário em 2011**

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
0-9	*	-	*	-	*	-
10-14	1	**	1	**	2	**
15-24	11	587,3	5	**	16	432,8
25-34	8	315,7	6	231,1	14	272,9
35-44	10	374,7	7	255,9	17	314,6
45-54	2	**	8	331,7	10	212,2
55-64	5	**	4	**	9	221,6
65-74	9	599,6	4	**	13	375,9
75 e +	4	**	3	**	7	206,7
Total	50	299,5	38	207,8	88	251,6

* Sem registo de casos

** Nº de casos inadequado ao cálculo das taxas

**Fig. 12 – Estimativa do número anual de acidentes de viação, por sexo e grupo etário, em 2011**



Acidentes de Trabalho (AT)

Durante o ano de 2011 foram notificados 83 casos de AT, tendo ocorrido 52 (62,7%) no sexo masculino e 31 (37,3%) no feminino.

Dois sinistrados tinham 75 e mais anos, ambos com 80 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 306,1 por 100 000 utentes deste grupo etário (Quadro XXX).

A estimativa atingiu nos homens o valor máximo de 674,4/10⁵ no grupo etário dos 35-44 anos. No sexo feminino o valor mais elevado verificou-se no grupo etário dos 55-64 anos, com uma estimativa de 321,7/10⁵, (Quadro XXX e Fig. 13).

Dos casos reportados, não foi registado nenhum óbito.

Foram registados 8 acidentes com internamento hospitalar.

Quadro XXX – Estimativa do número anual de acidentes de trabalho (AT) (/10⁵ utentes), por sexo e grupo etário em 2011

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
15-24	2	**	2	**	4	**
25-34	9	355,2	7	269,6	16	311,9
35-44	18	674,4	5	**	23	425,6
45-54	11	478,3	7	290,2	18	382,0
55-64	8	424,4	7	321,7	15	369,4
65-74	2	**	3	**	5	**
75 e +	2	**	*	-	2	**
15-74	50	391,8	31	226,3	81	306,1

* Sem registo de casos

** N° de casos inadequado ao cálculo das taxas

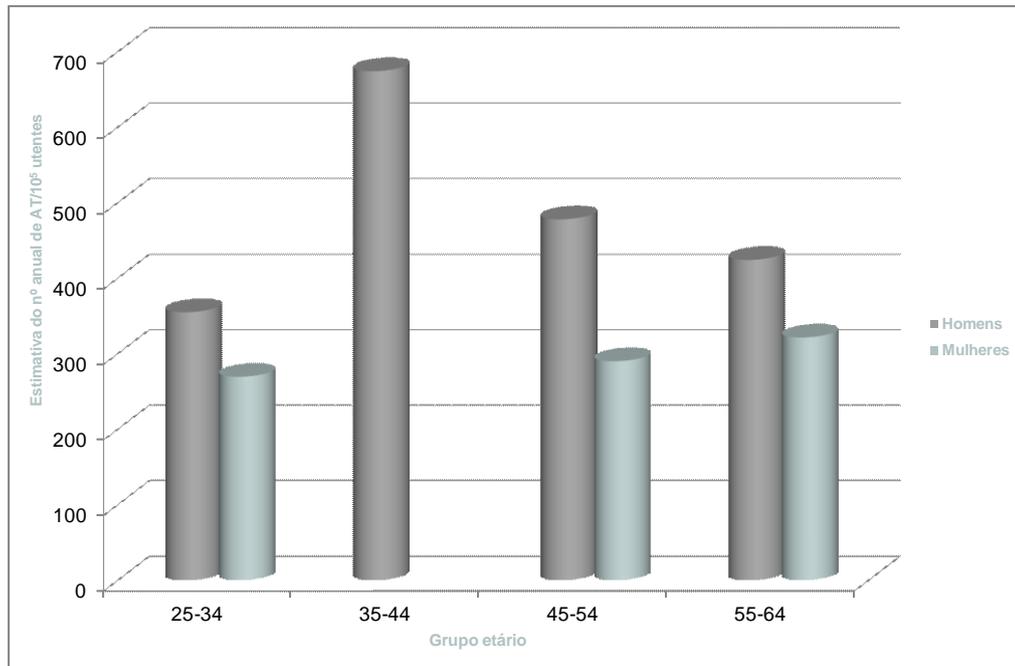


Fig. 13 – Estimativa do número anual de acidentes de trabalho, por sexo e grupo etário, em 2011



5 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 Dr. Ricardo Jorge).

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

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

A vigilância laboratorial concretiza-se através da identificação dos vírus isolados ou detetados em amostras de sangue e/ou zangatoas 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 Dr. Ricardo Jorge, I.P. (INSA) participa através dos Departamentos de Epidemiologia e de Doenças Infecciosas no projeto europeu “Monitoring influenza vaccine effectiveness during influenza seasons and pandemics in the European Union” (I-MOVE), financiado pelo European Centre for Prevention and Disease Control (ECDC) e cujo consórcio é gerido pela empresa EPICONCEPT.

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

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



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

Durante a época 2010-2011, Portugal participou novamente neste projeto, através da Rede Médicos-Sentinela, com a Espanha, França, Irlanda, Itália, Roménia e Hungria, Polónia.

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

6_ 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: Direção 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 Direção 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: Direção 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. Ata Médica Portuguesa 1995;8:619-628.

Dias CM, Nogueira P, Sá JV *et al.* Trigliceridémia em doentes com Diabetes Mellitus não insulínica. 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. Revista Portuguesa de clínica Geral 1996; 13: 213-28.

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

PREVALÊNCIA DE POSITIVIDADE PARA VIH (não publicado)

PREVALÊNCIA DA PERSISTÊNCIA DE AGHBS (não publicado)

PREVALÊNCIA DA EPILEPSIA

Publicado em:

Monsanto A, Dias JA, Sanchez JP, Simões



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

1994

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

Publicado em:

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

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

Publicado em:

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

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

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

PREVALÊNCIA DE PATOLOGIA DA TIRÓIDE (não publicado)

PREVALÊNCIA DE NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA FEMININA

Publicado em:

Falcão IM. Tumor Maligno da Mama

Feminina: Quantos casos conhecemos? - Estimativa de prevalência na população inscrita em Médicos-Sentinela. Saúde em Números 1995;10 (2):13-15.

PREVALÊNCIA DA TOXICODEPENDÊNCIA (não publicado)

1995

PREVALÊNCIA DE MENOPAUSA CIRÚRGICA - I fase

Publicado em:

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

PREVALÊNCIA DA HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA (não publicado)

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

1996

PREVALÊNCIA DE MENOPAUSA CIRÚRGICA - II fase (não publicado)

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

PREVALÊNCIA DO ABUSO CRÓNICO DO ÁLCOOL (não publicado)



PREVALÊNCIA DE BRONQUITE CRÓNICA E ASMA (não publicado)

ESTUDO DAS RAZÕES DETERMINANTES DE INTERRUÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ (não publicado).

1997

TENTATIVA DE SUICÍDIO (não publicado)

MORBILIDADE DOS AVC (não publicado)

1998

CONTACTOS NÃO PROGRAMADOS - CARACTERIZAÇÃO DA PROCURA DO MÉDICO DE FAMÍLIA (não publicado)

PERFIL TERAPÊUTICO DA HIPERTENSÃO EM CLÍNICA GERAL

Publicado em:

Ana Paula Martins et al. Perfil terapêutico da Hipertensão na Rede Médicos-Sentinela. Rev Port Clin Geral 2001; 17:359-372

1999

ALEITAMENTO MATERNO (não publicado)

INCONTINÊNCIA URINÁRIA (não publicado)

ETIOLOGIA DAS DIARREIAS AGUDAS (não publicado)

2000

ETIOLOGIA DAS DIARREIAS AGUDAS (continuação do 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-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)

FRIBILHAÇÃO 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

EUROEVA 2008-2009: EFECTIVIDADE DA VACINA ANTIGRI PAL SAZONAL E PANDÉMICA NA EUROPA – estudo piloto

2009

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

2010

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

Publicado em:

Kissling E, Valenciano M, Cohen JM, Oroszi B, Barret AS, Rizzo C, Stefanoff P, Nunes B, Pitigoi D, Larrauri A, Daviaud I, Horvath JK, O' Donnell J, Seyler T, Paradowska-Stankiewicz IA, Pechirra P, Ivanciuc AE, Jiménez-Jorge S, Savulescu C, Ciancio BC, Moren A. I-MOVE multi-centre case control study 2010-11: overall and stratified estimates of influenza vaccine effectiveness in Europe. PLoS One. 2011;6(11):e27622. Epub 2011 Nov 15. PubMed PMID: 22110695; PubMed Central PMCID:PMC 3216983.

2011

EUROEVA 2011-2012: 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. Revista Portuguesa de Clínica Geral 1990;7(1):6-13.

Falcão JM. Médicos-Sentinela - 9 passos em frente. Saúde em Números 1990;5(3):17-21.

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

1991

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

Sanches JP, Campos F. Acidente isquémico transitório: incidência em 1990. Projecto Médicos-Sentinela. Revista Portuguesa de Clínica Geral 1991;8(12):353-356.

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

1992

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

Silva DF. Acidentes Vasculares Cerebrais notificados em Portugal em 1990 pelos Médicos-Sentinela. Revista Portuguesa de Clínica Geral 1992;9(3):81-87.

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

Ascensão P, Monsanto A. Enfarte do miocárdio: dados epidemiológicos de 1990. Revista Portuguesa de Clínica Geral 1992;9(4):112-115.

Figueiredo MV, Andrade HL, Paixão MT et al. Gripe em 1990/1991: resultados da vigilância clínica e laboratorial. Saúde em Números 1992;7(2):13-26.

Pereira F. Doenças transmitidas por via sexual - qual a sua incidência?. Saúde em



Números 1992;7(5):36.

Divisão de Epidemiologia da Direção 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: Direção 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 Direção Geral da Saúde. Cinco anos depois. Médicos-Sentinela (7). Lisboa: Direção 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. *Ata 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 Direção Geral da Saúde. A passo firme. Médicos-Sentinela (8). Lisboa: Direção Geral da Saúde, 1996.

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

Falcão JM, Gouveia MF, Rosa AV, Sá JV, Valente MF. Epidemiologia da diabetes:



Parte II – Parâmetros bioquímicos, consumo de tabaco e de álcool e prevalência de “complicações” numa coorte de diabéticos portugueses, 1993. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1996;13:213-28.

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

Paixão MT, Falcão IM, Andrade MH. Resultados da vigilância epidemiológica da gripe de 1990-1995. *Pathos* 1996;12(9):38-45.

1997

Dias JAA, Lima MG, Henriques MFM. Acidentes isquémicos transitórios – estimativas de incidência, características de apresentação e valor prognóstico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1997;15(3):11-20

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

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

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

1998

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

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

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

2000

Simões JAR. Incidência de queixas de Disfunção Sexual na população da rede



Médicos-Sentinela no ano de 1998. *Ata Urológica Portuguesa* 2000, 17; 2: 57-61

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

2001

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

2002

Martins AP et al. Perfil terapêutico da Hipertensão na Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral* 2001; 17:359-372

Falcão IM, Nogueira PJ, Pimenta ZP. Incidência anual da diabetes mellitus em Portugal - resultados da rede Médicos-Sentinela, de 1992 a 1999. *Rev Port Clin Geral* 2001; 17:447-457.

Fleming DM Schellevis SG, Falcao IM, Alonso TV, Padilla ML. The incidence of chickenpox in the community. Lessons for disease surveillance in sentinel practice networks. *European Journal of Epidemiology* 2002; 17:1023-1027.

Simões JA, Falcão IM, Dias CM. Incidência de amigdalite aguda na população sob observação pela Rede Médicos-Sentinela no ano de 1998. *Rev Port Clin Geral* 2002;18:99-108.

Falcão JM et al. Prescrição de antibacterianos em Clínica Geral: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. Relatório. Observatório Nacional de Saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2002.

2003

Ascensão PL, Nogueira PJ. Vigilância epidemiológica da ocorrência de enfarte agudo do miocárdio numa população de utentes de centros de saúde. *Rev Port Clin Geral* 2003;19:239-46.

Falcão IM. A pouca gripe do inverno passado! Observações ONSA 2003, 19.

Falcão JM et al. Prescrição de antibacterianos em Clínica Geral: Um estudo na Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral* 2003; 19: 315-29.

Eurosurveillance. Harmonisation des données nationales de morbidité d'EISS pour la surveillance de la grippe:un index simple. *Eurosurveillance*. Vol 8 nº7/8: 156-163.



2004

CNG e ONSA. Atividade gripal no inverno de 2003/2004. Observações ONSA 2004, 22.

CNG e ONSA. Precisão do diagnóstico dos novos casos de asma notificados pelos Médicos-Sentinela. Observações ONSA 2004, 22.

Simões, JA. Utente pede ajuda para alterar situação ou comportamento de dependência. Observações ONSA 2004, 23.

2005

Falcão I. Ainda sobre a gripe...já quase a desaparecer! Observações. ONSA, 2005, 26.

Simões JÁ, Falcão I. A cruz de quem tem dor nas cruces! Observações. ONSA, 2005, 26.

Fleming DM, Schellevis FG, Van Casteren V. The prevalence of known diabetes in eight european countries. European Journal of Public Health 2005;14:10-14.

Centro Nacional da Gripe, ONSA. Gripe em Portugal 2003/2005. Relatório Anual. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2005.

Observatório Nacional de Saúde. O que deu nas vistas em 2002, Médicos-Sentinela 16. Relatório anual de 2002. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2005.

Observatório Nacional de Saúde. O ano dos gestos, Médicos-Sentinela 17. Relatório anual de 2003. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2005.

2006

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

Falcão I, Silva M. Dislipidémia: uma abordagem pela Rede Médicos-Sentinela Observações. ONSA 2006, 30.

Falcão I.M Andrade HR. A gripe em 2005-2006: tão falada e receada, mas afinal tão ligeira! Observações. ONSA 2006, 31.

2007

Falcão I. Observatório Nacional de Saúde. Médicos-Sentinela. Relatório de atividades 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 atividades 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-Seninela. 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 multicentric 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

2011

Kissling E, Valenciano M, Cohen JM, Oroszi B, Barret AS, Rizzo C, Stefanoff P, Nunes B, Pitigoi D, Larrauri A, Daviaud I, Horvath JK, O'Donnell J, Seyler T,



Paradowska-Stankiewicz IA, Pechirra P, Ivanciuc AE, Jiménez-Jorge S, Savulescu C, Ciancio BC, Moren A (2011). I-MOVE Multi-Centre Case Control Study 2010-11: Overall and Stratified Estimates of Influenza Vaccine Effectiveness in Europe. Plos-ONE 6(11).

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

Valenciano M et al. Estimates of Pandemic Influenza Vaccine Effectiveness in Europe, 2009-2010: Results of Influenza Monitoring Vaccine Effectiveness in Europe (I-MOVE) Multicentre Case-Control Study (2011). Plos Med8(1):e10000388.doi;10.1371/journal.pmed.1000388

_Médicos-Sentinela

'anexo



www.insa.pt



_Relatório 2011 _Médicos-Sentinela



Instrumento de notação – 2011

MÉDICO| | | | |

Data do preenchimento.....| | | | |/| | | | |/2011

Se não efectuou registos na semana de | | | | | a | | | | | indique o motivo:

INFORMAÇÃO RELATIVA AO UTENTE

NOP ou N° cartão de utente | | | | | | | | | |

Idade| | | | | anos

Sexo.....| | | | | M F

Foi causa de morte do utente? Sim Ignora

Foi hospitalizado? Sim Não Ignora

INFORMAÇÃO GERAL SOBRE O PROBLEMA

Data da ocorrência | | | | | | | | | |

(É a data de início dos sinais ou sintomas para Síndrome Gripal, AVC, Enfarte, para a Diabetes e Hipertensão Arterial é a data do diagnóstico; para Consulta relacionada com Joelho e Tiróide é a data da consulta; para a Agressão, a Lesão Auto-Infligida ou a Acidente é a data do evento)

SINDROMA GRIPAL

Nova definição de caso, ECDC: A+1 sint.de B+1 sint.de C

	S	N	I
A Início súbito.....	1	2	9
Febre ou febrícula.....	1	2	9
B Mal-estar, debilidade, prostração.....	1	2	9
Cefaleia.....	1	2	9
Mialgias, dores generalizadas.....	1	2	9
Tosse.....	1	2	9
Dor de garganta, inflamação da mucosa nasal e faríngea, sem sinais respiratórios relevantes.....	1	2	9
C Dificuldade respiratória.....	1	2	9
Calafrios/arrepios.....	1	2	9
Contacto com doente de gripe.....	1	2	9
Foi enviado exsudado nasofaríngeo?.....	1	2	9
Foi vacinado contra a gripe sazonal?.....	1	2	9

DIABETES

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

HIPERTENSÃO

(Só os casos diagnosticados pela 1ª vez em 2011)

Indique os valores em que se apoia o diagnóstico:

Tensão sistólica.....mmHg

Tensão diastólica.....mmHg

LESÃO AUTO-INFLIGIDA

(suicídio e tentativa de suicídio e outras)

Mecanismo.....

Lesão.....

ACIDENTE **AGRESSÃO**

(assinale uma ou mais opções)

Viação.....1

Trabalho.....2

Doméstico e de lazer.....3

Escolar.....4

Desporto.....5

Outro tipo.....6

Ignora.....9

Mecanismo.....

Lesão.....

CONSULTA RELACIONADA COM JOELHO

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

Início de sintomas.....1

Alteração do padrão de sintomas.....2

Exacerbação.....3

Renovação de medicação.....4

Consulta de seguimento.....5

Outros (aconselhamento, esclarecimento, pedido de atestado/declaração).....6

Indique se é: (assinale apenas 1 opção)

Caso novo (só pode ser notificado 1 vez).....1

Caso conhecido.....2

Caso sem diagnóstico (caso em estudo, esclarecimento/aconselhamento, etc).....3

Diagnóstico: (assinale uma ou mais opções)

Entorse ou distensão do joelho.....1

Luxação e sub-luxação do joelho.....2

Fractura do Fémur.....3

Fractura da Tibia.....4

Osteoartrite do joelho.....5

Lesões inflamatórias (por ex: bursite/tendinite/sinovite).....6

Rotura dos ligamentos cruzados.....7

Ignora.....9

Indique os medicamentos que prescreveu (para esta situação).....

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

MÉDICOS Sentinela 2011

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
(217526488)

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS
MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL

CONSULTA RELACIONADA COM TIRÓIDE

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

Início de sintomas.....1

Alteração do padrão de sintomas.....2

Renovação de medicação.....3

Consulta de seguimento.....4

Outros (aconselhamento, esclarecimento, pedido de atestado/declaração).....5

Indique se é: (assinale apenas 1 opção)

Caso novo (só pode ser notificado 1 vez).....1

Caso conhecido.....2

Caso sem diagnóstico (caso em estudo, esclarecimento/aconselhamento, etc).....3

Diagnóstico: (assinale uma ou mais opções)

Neoplasia Benigna da Tiróide.....1

Neoplasia Maligna da Tiróide.....2

Bócio.....3

Hipertiroidismo/Tireotoxicose.....4

Hipotiroidismo/Mixedema.....5

Tiroidite.....6

Ignora.....9

Indique os medicamentos que prescreveu (para esta situação).....



Instituto **Nacional de Saúde**
Doutor Ricardo Jorge

_Departamento de **Epidemiologia**

Instituto Nacional de Saúde *Doutor Ricardo Jorge*
Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal

Tel.: (+351) 217 526 404

Fax: (+351) 217 526 499

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

www.insa.pt