



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE

Dr. Ricardo Jorge

Médicos-Sentinela

Relatório de Actividades

16

*O que deu nas
vistas em 2002*



**INSA
BIBLIOTECA**

**INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE**

INSTITUTO NACIONAL
DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE
BIBLIOTECA
N.º 14894

MÉDICOS-SENTINELA

Relatório das actividades de 2002

O que deu nas vistas em 2002

16

Lisboa, 2004

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE

Médicos-Sentinela: O que deu nas vistas em 2002 - relatório das actividades de 2002/
ONSA

Observatório Nacional de Saúde - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa
2002-102 p. - (Médicos-Sentinela; 16)

Notificação / Grupo etário / Incidência / Síndrome Gripal / Asma e Consulta Relacionada
com Asma / Utente pede ajuda para alterar situação ou comportamento / Varicela /
Herpes / Acontecimentos IRIS

Editor: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa - Portugal

Impressão: Litomaior

Tiragem: 1000 exemplares

ISBN: 972-8643-17-9

Dep Legal: 122033/98

**I N S T I T U T O N A C I O N A L D E
S A Ú D E D R . R I C A R D O J O R G E**

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE

**ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DOS
MÉDICOS
DE
CLÍNICA GERAL**

SUB-REGIÕES DE SAÚDE

AVEIRO
BEJA
BRAGA
BRAGANÇA
CASTELO BRANCO
COIMBRA
ÉVORA
FARO
GUARDA
LEIRIA
LISBOA
PORTALEGRE
PORTO
SANTARÉM
SETÚBAL
VIANA DO CASTELO
VILA REAL
VISEU
R. A. AÇORES
R. A. MADEIRA

Médicos-Socios

ONSA

Observatório

2002-2003

Participaram na elaboração deste relatório:

Isabel Marinho Falcão

José Marinho Falcão

Zilda Pimenta

Mais uma vez agradecemos aos Clínicos Gerais/Médicos de Família que participaram na Rede Médicos-Sentinela a persistência e determinação com que o fizeram, tornando assim possível gerar nova informação e conhecimento na área da saúde.

SUMÁRIO

	Pág.
ÍNDICE DE QUADROS	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
INTRODUÇÃO	1
MÉDICOS–SENTINELA EM 2002	5
Caracterização dos médicos sentinela.....	5
Distribuição geográfica	5
População sob observação.....	7
População máxima sob observação.....	7
População sob observação efectiva.....	10
Actualização da composição das listas.....	10
Cálculo da PSOE	10
PSOE em 2002.....	10
DOENÇAS E SITUAÇÕES EM ESTUDO	17
RESULTADOS	19
Síndrome gripal.....	21
Asma e Consulta relacionada com asma.....	31

SUMÁRIO

	Pág.
Utente pede ajuda para alterar situação ou comportamento.....	37
Obesidade	40
Álcool.....	42
Tabaco.....	44
Toxicod dependência.....	46
Atitude do MS em relação ao pedido de ajuda.....	48
Varicela	49
Herpes (todos os tipos)	51
Herpes labial.....	53
Herpes intercostal.....	55
Herpes de outra localização.....	57
Herpes oftálmico.....	59
Herpes genital.....	60
Acontecimentos IRIS.....	61
LIMITAÇÕES DOS DADOS.....	63
PROGRAMA DE VIGILÂNCIA INTEGRADA DA SÍNDROMA GRIPAL.....	69
<i>EISS – EUROPEAN INFLUENZA SURVEILLANCE SCHEME.....</i>	<i>70</i>
ESTUDOS – SATÉLITE	71

	Pág.
PUBLICAÇÕES.....	79
ANEXO I.....	89
ANEXO II.....	91

ÍNDICE DE QUADROS

		Pág.
Quadro I	Número de médicos participantes, por Distrito e Região Autónoma, em Janeiro e Dezembro de 2002	5
Quadro II	Proporção de médicos de Clínica Geral (CG) que participavam na rede Médicos-Sentinela, por Distrito, em Dezembro de 2002, no Continente.....	6
Quadro III	População Máxima Sob Observação (PMSO), por Distrito e Região Autónoma, em 2002	8
Quadro IV	Distribuição percentual da população residente (PR) inscrita nas listas dos médicos-sentinela (PMSO), por Distrito e Região Autónoma, em 31.12.02...	9
Quadro V	População sob observação efectiva, por sexo e idade, em 2002.....	15
Quadro VI	Doenças e situações em estudo, no ano de 2002.....	17
Quadro VII	Estimativas provisórias das taxas de incidência brutas semanais (/10 ⁵) de Síndrome Gripal, em 2002-2003	21
Quadro VIII	Estimativas definitivas das taxas de incidência brutas semanais (/10 ⁵) de Síndrome Gripal, em 2002-2003	22
Quadro IX	Distribuição de todas as consultas relacionadas com asma notificadas em 2002, distribuídas por “casos novos”, “casos conhecidos” e por “utente não asmático”, segundo o grupo etário.....	31

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro X	Estimativas das taxas de incidência anuais (/10 ⁵) de Asma, por sexo e grupo etário, em 2002 32
Quadro XI	Distribuição das consultas relacionadas com asma, segundo os motivos de consulta, em 2002 34
Quadro XII	Distribuição dos medicamentos prescritos para a asma, nas consultas relacionadas com asma, segundo o grupo fármaco-terapêutico 35
Quadro XIII	Distribuição das taxas (/10 ⁵) de pedidos de ajuda (PA), ao médico de família, para alterar algumas situações ou comportamentos de dependência, por sexo e grupo etário..... 37
Quadro XIV	Distribuição das taxas de PA-obesidade notificados, por sexo e grupo etário..... 40
Quadro XV	Distribuição das taxas (/10 ⁵) de PA-álcool notificados, por sexo e grupo etário 42
Quadro XVI	Distribuição das taxas (/10 ⁵) de PA-tabaco notificados, por sexo e grupo etário 44
Quadro XVII	Distribuição das taxas (/10 ⁵) de PA-toxicodependência notificados, por sexo e grupo etário 46
Quadro XVIII	Percentagem de PA, segundo a situação, em que o MS decidiu “tomar a seu cargo a resolução da situação”, em que “referenciou o utente” e em que “adiou a decisão ou não fez nada”..... 48

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro XIX	Estimativa das taxas de incidência anuais (/10 ⁵) de Varicela, por sexo e grupo etário, em 2002 49
Quadro XX	Estimativa das taxas de incidência anuais (/10 ⁵) de herpes, de várias localizações, por sexo e grupo etário, em 2002 51
Quadro XXI	Distribuição das taxas de incidência anuais (/10 ⁵) de herpes labial por sexo e grupo etário, em 2002 53
Quadro XXII	Estimativa das taxas de incidência anuais (/10 ⁵) de herpes intercostal por sexo e grupo etário, em 2002 55
Quadro XXIII	Estimativa das taxas de incidência anuais (/10 ⁵) de herpes de outra localização *, por sexo e grupo etário, em 2002 57
Quadro XXIV	Distribuição dos casos notificados de herpes oftálmico, por sexo e grupo etário, em 2002 59
Quadro XXV	Distribuição dos casos notificados de herpes genital, por sexo e grupo etário, em 2002 60

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Taxas de incidência (10^5) brutas, semanais, provisórias e definitivas, de síndrome gripal em 2002-2003 e número de vírus Influenza identificados durante o mesmo período de tempo.....	28
Figura 2 - Distribuição das taxas de incidência anuais ($/10^5$) de asma, por sexo e grupo etário, em 2002.....	33
Figura 3 - Distribuição das taxas ($/10^5$) de pedidos de ajuda, ao médico de família, para alterar situações ou comportamentos de dependência por sexo e grupo etário.....	38
Figura 4 - Distribuição percentual das situações de pedidos de ajuda, por sexo, em 2002.....	39
Figura 5 - Distribuição das taxas ($/10^5$) de pedidos de ajuda-obesidade notificados, por sexo e grupo etário.....	41
Figura 6 - Distribuição das taxas ($/10^5$) de pedidos de ajuda-álcool notificados, por sexo e grupo etário.....	43
Figura 7 - Distribuição das taxas ($/10^5$) de pedidos de ajuda-tabaco notificados, por sexo e grupo etário.....	45
Figura 8 - Distribuição das taxas ($/10^5$) de pedidos de ajuda-toxicodependência notificados, por sexo e grupo etário.....	47

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 9 - Distribuição das taxas de incidência anuais de varicela por sexo e grupo etário, em 2002.....	50
Figura 10 - Estimativa das taxas de incidência anuais ($/10^5$) de herpes de várias localizações por sexo e grupo etário, em 2002.....	52
Figura 11 - Estimativa das taxas de incidência anuais ($/10^5$) de herpes labial, por sexo e grupo etário, em 2002.....	54
Figura 12 - Estimativa das taxas de incidência anuais ($/10^5$) de herpes intercostal, por sexo e grupo etário, em 2002.....	56
Figura 13 - Estimativa das taxas de incidência anuais ($/10^5$) de herpes de outra localização *, por sexo e grupo etário, em 2002	58

INTRODUÇÃO

A rede Médicos-Sentinela (MS) é constituída, exclusivamente, por Clínicos Gerais/Médicos de Família (CG) cuja actividade profissional é desenvolvida em Centros de Saúde.

OBJECTIVOS DA REDE

Os principais objectivos da actividade desta rede são:

- estimar as taxas de incidência anuais ou semanais de algumas doenças ou de situações com elas relacionadas que ocorrem na população inscrita nos médicos-sentinela;
- fazer a vigilância epidemiológica de algumas doenças que ocorrem na comunidade, de forma a permitir a identificação precoce de eventuais “surtos”;
- constituir uma base de dados que possibilite, em qualquer momento, a análise epidemiológica aprofundada de doenças com interesse para a saúde pública.

FORMAS DE PARTICIPAÇÃO

A participação de Clínicos Gerais/Médicos de Família na rede Médicos-Sentinela é estritamente voluntária e dela se destacam duas formas de colaboração:

- notificação contínua, semanal, dos novos casos de doença ocorridos nos utentes inscritos nas listas dos médicos participantes;
- apresentação de propostas e realização de estudos-satélite e participação em estudos nacionais e internacionais.

INTRODUÇÃO

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.

Uma das preocupações fundamentais dos coordenadores de Médicos-Sentinela tem sido a procura sistemática do maior envolvimento dos médicos na actividade da rede. Esse esforço tem-se traduzido, quer na maior regularidade da notificação contínua e dinamismo revelado nas reuniões anuais da rede, quer na apresentação de maior número de propostas para a realização de estudos-satélite.

As características técnicas, dos métodos, das potencialidades e fragilidades da rede Médicos-Sentinela constam do presente relatório, como forma de facilitar a consulta e balizar a interpretação dos resultados.

REUNIÕES ANUAIS DE MÉDICOS-SENTINELA

A necessidade de estabelecer o contacto directo entre os diversos intervenientes da rede Médicos-Sentinela (Médicos, Direcção Geral da Saúde, Administrações Regionais de Saúde e Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral) levou a planear, desde 1991, o seu encontro, em reuniões anuais.

A estrutura destas reuniões tem sido constituída por três partes:

- na primeira parte, têm sido apresentados os resultados preliminares da análise dos dados da notificação contínua e dos estudos satélites do ano anterior e ainda a descrição das outras actividades desenvolvidas no âmbito da rede;
- na segunda parte, têm sido apresentados, quer por Médicos-Sentinela, quer por outros interessados, as propostas de novos temas para notificação contínua e estudos-satélite; essas propostas têm sido depois discutidas em plenário e em grupos de trabalho criados com esse objectivo específico;
- a terceira parte tem sido destinada à discussão de aspectos relacionados com a utilização dos dados e com a estrutura e organização da rede.

É de salientar a abertura destas reuniões à participação externa de eventuais interessados. Assim, tem sido possível contar, frequentemente, com a presença e colaboração de médicos especialistas de várias instituições, bem como de colegas estrangeiros, nomeadamente os coordenadores das redes sentinela do Reino Unido e da Bélgica.

A REDE NA INTERNET

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

MÉDICOS-SENTINELA EM 2002

CARACTERIZAÇÃO DOS MÉDICOS-SENTINELA

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA

Durante o ano de 2002, colaboraram na rede 166 médicos de Clínica Geral, tendo 7 e 4, respectivamente, iniciado e interrompido a sua participação.

A distribuição dos médicos participantes, por Distrito, encontra-se no quadro I.

Quadro I - Número de médicos participantes, por Distrito e Região Autónoma, em Janeiro e Dezembro de 2002

Distrito	01.01.02	31.12.02	Distrito	01.01.02	31.12.02
Aveiro	16	17	Lisboa	18	18
Beja	4	4	Portalegre	10	10
Braga	11	11	Porto	31	33
Bragança	3	3	Santarém	8	9
Castelo Branco	4	5	Setúbal	8	8
Coimbra	5	5	Viana do Castelo	4	5
Évora	6	6	Vila Real	6	6
Faro	3	3	Viseu	11	11
Guarda	4	4	R A Madeira	2	2
Leiria	3	4	R A Açores	2	2
			Total	159	166

MÉDICOS-SENTINELA EM 2002

Assim, em Dezembro de 2002, no território do Continente, o número de médicos participantes era de 162, o que corresponde a 3,0% do total de Clínicos Gerais que desempenhavam funções em centros de saúde (Quadro II).

Quadro II - Proporção de médicos de Clínica Geral (CG) que participavam na rede Médicos-Sentinela, por Distrito, em Dezembro de 2002, no Continente.

Distrito	MS/CG %	Distrito	MS/CG %
Aveiro	4,0	Leiria	1,6
Beja	3,7	Lisboa	1,5
Braga	2,7	Portalegre	13,0
Bragança	4,4	Porto	3,8
Castelo Branco	3,4	Santarém	3,4
Coimbra	1,6	Setúbal	2,2
Évora	5,7	Viana do Castelo	3,4
Faro	1,5	Vila Real	3,7
Guarda	3,2	Viseu	4,6
		Total	3,0

Fonte da informação sobre o número de CG: Instituto Nacional de Estatística.

POPULAÇÃO SOB OBSERVAÇÃO

A idade e o sexo da população inscrita nas listas dos médicos participantes são conhecidos. A composição dessas listas é actualizada no final de cada ano.

Podem definir-se dois tipos de “população sob observação” (PSO), que se designam por “população *máxima* sob observação” (PMSO) e “população sob observação *efectiva*” (PSOE).

POPULAÇÃO MÁXIMA SOB OBSERVAÇÃO

A população máxima sob observação (PMSO) obtém-se através do somatório de todos os utentes inscritos nas listas de todos os médicos participantes na Rede Médicos-Sentinela (ou dos médicos de um dado distrito ou conjunto de distritos), independentemente do número de semanas em que estiveram activos*.

O seu cálculo é dado por

$$PMSO = \sum_{m=1} N_m \quad (1)$$

em que

N_m representa o número de utentes inscritos em cada médico

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

* Designaram-se activos, numa dada semana, todos os médicos que, nessa semana, enviaram, pelo menos, uma notificação, ou declararam, expressamente, não ter tido casos a notificar.

MÉDICOS-SENTINELA EM 2002

No final do ano de 2002, a **PMSO** atingia 261 064 indivíduos cuja distribuição geográfica está evidenciada no quadro III.

Quadro III - População Máxima Sob Observação (PMSO), por Distrito e Região Autónoma, em 2002

Distrito	PMSO	Distrito	PMSO
Aveiro	27196	Lisboa	26347
Beja	6200	Portalegre	16824
Braga	15524	Porto	53976
Bragança	4903	Santarém	14823
Castelo Branco	6331	Setúbal	13163
Coimbra	6893	Viana do Castelo	7888
Évora	9410	Vila Real	9715
Faro	5913	Viseu	16244
Guarda	6752	R A Madeira	3290
Leiria	6860	R A Açores	2812
		Total	261064

MÉDICOS-SENTINELA EM 2002

No quadro IV, apresenta-se a proporção de população residente, por Distrito e Região Autónoma, inscrita nas listas dos médicos-sentinela.

Quadro IV – Distribuição percentual da população residente (PR) inscrita nas listas dos médicos-sentinela (PMSO), por Distrito e Região Autónoma, em 31.12.02.

Distrito	PMSO/PR %	Distrito	PMSO/PR %
Aveiro	3,8	Lisboa	1,2
Beja	3,9	Portalegre	13,6
Braga	1,9	Porto	3,0
Bragança	3,3	Santarém	3,2
Castelo Branco	3,1	Setúbal	1,6
Coimbra	1,6	Viana Castelo	3,2
Évora	5,5	Vila Real	4,4
Faro	1,5	Viseu	4,1
Guarda	3,8	R A Madeira	1,4
Leiria	1,5	R A Açores	1,2
		Total	2,5

Fonte de população residente: Instituto Nacional de Estatística.

Portalegre foi o distrito com o valor mais elevado (13,6%), tendo o valor mais baixo sido verificado em Lisboa e na R.A. Açores (1,2%).

MÉDICOS-SENTINELA EM 2002

POPULAÇÃO SOB OBSERVAÇÃO EFECTIVA

A população máxima sob observação não deve ser utilizada como denominador das taxas de incidência na maior parte das situações. De facto, há, todas as semanas, um certo número de médicos que não está em actividade, por motivos diversos (doença, férias, formação, etc.).

Por isso, a **PSOE** (população sob observação efectiva) de cada período de tempo varia com o número de médicos que estão em actividade nesse período (semana, total do ano) e é sempre inferior à população máxima sob observação.

A PSOE de uma dada semana obtém-se pelo somatório das listas de utentes dos médicos *activos* nessa semana.

A PSOE de um dado ano é a média dos valores das PSOE das 52 semanas do ano.

O cálculo das PSOE exige que a composição das listas dos médicos seja actualizada periodicamente.

ACTUALIZAÇÃO DA COMPOSIÇÃO DAS LISTAS

A composição das listas de utentes sofre alterações frequentes. É, por isso, necessário, que cada médico proceda à sua actualização, no final de cada ano.

As PSOE devem ser calculadas a partir da estimativa da composição da lista, a meio do ano em causa (30 de Junho), já que se pretende calcular taxas de incidência anuais.

Em condições ideais, essa estimativa obtém-se pela média aritmética do número de utentes inscritos em 31 de Dezembro do ano em causa e do ano anterior.

Por exemplo, para o ano de 2002 e para cada médico, a estimativa da composição da respectiva lista, em 30 de Junho desse ano, é dada por:

$$N^m = \frac{N_{31.12.01} + N_{31.12.02}}{2} \quad (2)$$

em que:

N^m é a estimativa do número de indivíduos inscritos num médico, a meio do ano.

$N_{31.12.01}$ é o número de indivíduos inscritos em 31.12.01.

$N_{31.12.02}$ é o número de indivíduos inscritos em 31.12.02.

Se cada médico procedesse sempre à actualização da sua lista em Dezembro de cada ano, os valores de N_m poderiam ser usados directamente na fórmula (1).

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.

MÉDICOS-SENTINELA EM 2002

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

CÁLCULO DA ESTIMATIVA DA COMPOSIÇÃO DA LISTA DE UM MÉDICO, EM 30.06.02

Neste exemplo, o médico enviou, pela primeira vez, a composição da sua lista de utentes em Fevereiro de 2001 e procedeu à sua actualização em Março de 2003.

Consideremos o período de tempo compreendido entre aqueles dois meses:

	2001						2002						2003	
meses	2			6			1			6			1	3
	2			6		12	13			18			25	27
	I									C				F

Sejam

- C** - a data de referência (30.06.02)
- I** - o mês a que a composição inicial da lista se refere
- F** - o mês a que a actualização da lista se refere

A estimativa da composição da lista em 30.06.02 será obtida pela média ponderada entre o valor da lista em **I** e o novo valor em **F**.

O factor de ponderação que afecta cada uma das listas é inversamente proporcional ao grau de afastamento temporal de I e F em relação a C medido em meses. Assim, quanto menor for esse afastamento, mais elevado será o factor de ponderação utilizado.

Os factores de ponderação (F) serão calculados por:

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

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

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 30.06.02, para um dado médico, será:

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

O valor de N_m calculado desta forma pode ser directamente utilizado na fórmula (1) (pág.7).

MÉDICOS-SENTINELA EM 2002

CÁLCULO DA PSOE

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

$$PSOE_t = \sum n_{tm} \quad (4)$$

em que

n_{tm} é o número de utentes inscritos na lista do médico **m**, que esteve *activo* na semana **t** (ver definição de *activo* na página 7).

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

ou seja,

$$PSOE_{ano} = \sum_t PSOE_t / 52 \quad (5)$$

A PSOE_{ano} referente ao ano de 2002, utilizada no cálculo das taxas de incidência anuais, consta do quadro V.

MÉDICOS-SENTINELA EM 2002

Quadro V - População sob observação efectiva, por sexo e idade, em 2002

Grupo Etário	Homens	Mulheres	H+M
00-04	2745	2588	5333
05-09	2838	2820	5658
10-14	3091	2920	6011
15-24	7520	7531	15051
25-34	8563	8943	17506
35-44	7725	8252	15977
45-54	6265	6642	12907
55-64	5236	6185	11421
65-74	5148	6415	11563
75e+	3465	5458	8923
Total	52596	57754	110350

DOENÇAS E SITUAÇÕES EM ESTUDO

DOENÇAS E SITUAÇÕES EM ESTUDO

Durante o ano de 2002, cinco doenças ou situações estiveram em estudo (Quadro VI):

Quadro VI - Doenças e situações em estudo, no ano de 2002

SÍNDROMA GRIPAL
ASMA E CONSULTA RELACIONADA COM ASMA
UTENTE PEDE AJUDA PARA ALTERAR SITUAÇÃO OU COMPORTAMENTO
VARICELA
HERPES

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

RESULTADOS

Os resultados obtidos pela notificação contínua, de cada uma das doenças e situações em estudo, em 2002, serão apresentados, neste relatório, através das taxas de incidência, por sexo e grupo etário. Há, porém, uma exceção: o Síndrome Gripal, cuja vigilância epidemiológica semanal justifica a apresentação de taxas de incidência por semana.

É possível e desejável explorar, mais amplamente, os restantes dados colhidos sobre cada uma das doenças e situações, pelo que a totalidade dos dados foi posta à disposição dos médicos participantes e vários grupos estão envolvidos nessa tarefa. A divulgação dos resultados dessas análises será feita através de outras publicações para além da reunião anual.

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

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

SÍNDROMA GRIPAL

Os resultados apresentados nos quadros e figura seguintes 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 2002 até 31 de Março de 2003, e às estimativas definitivas, referentes ao mesmo período de tempo, calculadas após todos os dados estarem disponíveis.

Quadro VII - Estimativas provisórias das taxas de incidência brutas semanais ($/10^5$) de Síndrome Gripal, em 2002-2003

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
40	18	12,0	01	45	28,0
41	24	10,7	02	44	12,0
42	27	6,3	03	39	9,7
43	19	14,2	04	34	17,3
44	20	2,4	05	63	33,2
45	40	18,5	06	44	12,9
46	34	10,2	07	28	8,1
47	46	15,9	08	38	10,2
48	68	18,8	09	18	6,9
49	80	41,1	10	17	8,3
50	87	25,6	11	18	3,6
51	58	34,6	12	23	11,6
52	39	16,2	13	19	9,6

SÍNDROMA GRIPAL

Quadro VIII - Estimativas definitivas das taxas de incidência brutas semanais ($/10^5$) de Síndrome Gripal, em 2002-2003

Semana	Nº casos	Taxa	Semana	Nº casos	Taxa
40	6	17,3	01	18	45,0
41	6	23,1	02	10	32,7
42	4	25,3	03	9	27,4
43	7	18,2	04	14	25,7
44	1	20,3	05	22	56,1
45	12	34,5	06	7	30,3
46	7	30,8	07	8	18,9
47	11	39,8	08	8	28,5
48	15	53,2	09	4	13,4
49	22	65,9	10	6	14,0
50	9	77,0	11	2	14,0
51	2	47,5	12	8	16,7
52	4	49,1	13	4	14,9

ÉPOCA DE GRIPE

Para maior facilidade de compreensão será designado por *época de gripe* o período de tempo de aproximadamente 24 semanas que decorre entre o início de Outubro de um determinado ano (semana 40^a) e o final de Março do ano seguinte (semana 13^a).

ACTIVIDADE GRIPAL

Designou-se por *actividade gripal* o grau de intensidade da ocorrência da doença, medido pela respectiva taxa de incidência.

Até 2002-2003, foram utilizados, como referência para classificar a actividade gripal, os valores atingidos em 1989, em Portugal, durante uma epidemia de gripe, em que o pico máximo de incidência foi 390/10⁵ utentes.

Desta forma, a actividade gripal foi considerada *baixa* sempre que o valor mais elevado da taxa de incidência foi inferior ou igual a 50/10⁵ utentes; *moderada* sempre que aquele valor foi superior a 50 e inferior a 120/10⁵; e *alta* se foi superior ou igual a 120/10⁵ utentes.

A partir da época 2003-2004 foi calculada a linha de base e o respectivo limite superior de confiança a 95%, quer para as taxas provisórias quer para as definitivas, com o objectivo de permitir a comparação entre os respectivos valores nas várias semanas e facilitar a interpretação dos resultados (Fig.1).

CÁLCULO DA LINHA DE BASE E DO RESPECTIVO LIMITE SUPERIOR DO INTERVALO DE CONFIANÇA A 95%

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

SÍNDROMA GRIPAL

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

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

As semanas foram indexadas de 1 a 24, ($k=1,2, \dots,24$), indicando sequencialmente as semanas da época de gripe.

Definiu-se que:

t_{ik} é a estimativa da taxa de incidência, provisória ou definitiva, de gripe, obtida na época i ($i = 90/91, \dots, 02/03$), para a semana $k=1, 2, \dots, 24$.

Calculou-se, depois, para cada semana k , a média das taxas t_{ik} inferiores a 50×10^5 :

$$b_k^* = \sum_{i=90/91}^{02/03} \frac{t_{ik}}{N_k} I(t_{ik}) \quad \text{em que } k=1, \dots, 24$$

$$I(t_{ik}) = \begin{cases} 1 & \text{se } t_{ik} < 50 \times 10^5 \\ 0 & \text{se } t_{ik} \geq 50 \times 10^5 \end{cases}$$

e em que
$$N_k = \sum_{i=90/91}^{02/03} I(t_{ik})$$

Obteve-se, desta forma, uma série de valores b_1^*, \dots, b_{24}^* , que corresponde à linha de base das taxas de incidência semanais da gripe, provisórias ou definitivas, para o período compreendido entre a 40ª semana e a 13ª semana da época de gripe em estudo.

A linha de base resultante é irregular. Com o objectivo de a “alisar” utilizou-se um modelo padrão para o respectivo comportamento ao longo destas semanas, ajustando o seguinte modelo polinomial cúbico:

$$b_k^* = \beta_0 + \beta_1 k + \beta_2 k^2 + \beta_3 k^3 + \varepsilon_k \quad \text{em que } k=1, \dots, 24 \quad \text{e} \quad \varepsilon_k \text{ é o erro aleatório}$$

Resultaram daqui as seguintes estimativas:

para as taxas provisórias

$$b_k^* = 20.8 - 2.1k + 0.33k^2 - 0.01k^3 + \varepsilon_k \quad \text{sendo} \quad R_{ajustado}^2 = 0.832$$

para as taxas definitivas

$$b_k^* = 22.1 - 2.7k + 0.39k^2 - 0.01k^3 + \varepsilon_k \quad \text{sendo} \quad R_{ajustado}^2 = 0.824$$

SÍNDROMA GRIPAL

em que $R_{ajustado}^2$ é a proporção de variação das taxas explicada pelo modelo.

Passaremos então a designar a linha de base resultante da aplicação do modelo por b_k .

Temos, então, para as taxas provisórias:

$$b_k = 20.8 - 2.1k + 0.33k^2 - 0.01k^3 \quad \text{em que } k=1, \dots, 24$$

e para as taxas definitivas:

$$b_k = 22.1 - 2.7k + 0.39k^2 - 0.01k^3 \quad \text{em que } k=1, \dots, 24$$

Obtivemos, assim, em cada uma das situações (taxas provisórias ou definitivas) uma nova série de valores, b_1^*, \dots, b_{24}^* , correspondentes às 24 semanas que vão da 40ª à 13ª semana da época de gripe em estudo.

CÁLCULO DO LIMITE SUPERIOR O INTERVALO DE CONFIANÇA A 95%

A estimativa do limite superior do intervalo de confiança a 95%, para esta linha de base, foi obtida da seguinte forma:

$$b_{k\text{ Sup}(95)} = b_k + 1.96 \times S \quad \text{em que } k=1, 2, \dots, 24$$

e em que S é a estimativa do desvio-padrão das estimativas das taxas de incidência da gripe, inferiores a 50×10^5

$$S = \sqrt{\sum_{i=90/91}^{02/03} \sum_{k=33}^{14} \frac{(t_{ik} - \bar{t})^2}{K} I(t_{ik})}$$

em que

$$K = \sum_{k=33}^{14} K_i \quad \text{e} \quad \bar{t} = \sum_{i=90/91}^{02/03} \sum_{k=33}^{14} \frac{t_{ik}}{K} I(t_{ik})$$

As estimativas obtidas para o desvio-padrão foram:

Para as taxas provisórias: $S = 13$

Para as taxas definitivas: $S = 11.3$

SÍNDROMA GRIPAL

ÉPOCA DE GRIPE 2002-2003

Verificou-se que as curvas que representam as taxas de incidência provisórias e definitivas evoluíram de forma semelhante ao longo das semanas, tendo, no entanto, a curva das taxas definitivas sempre, valores superiores (Fig.1).

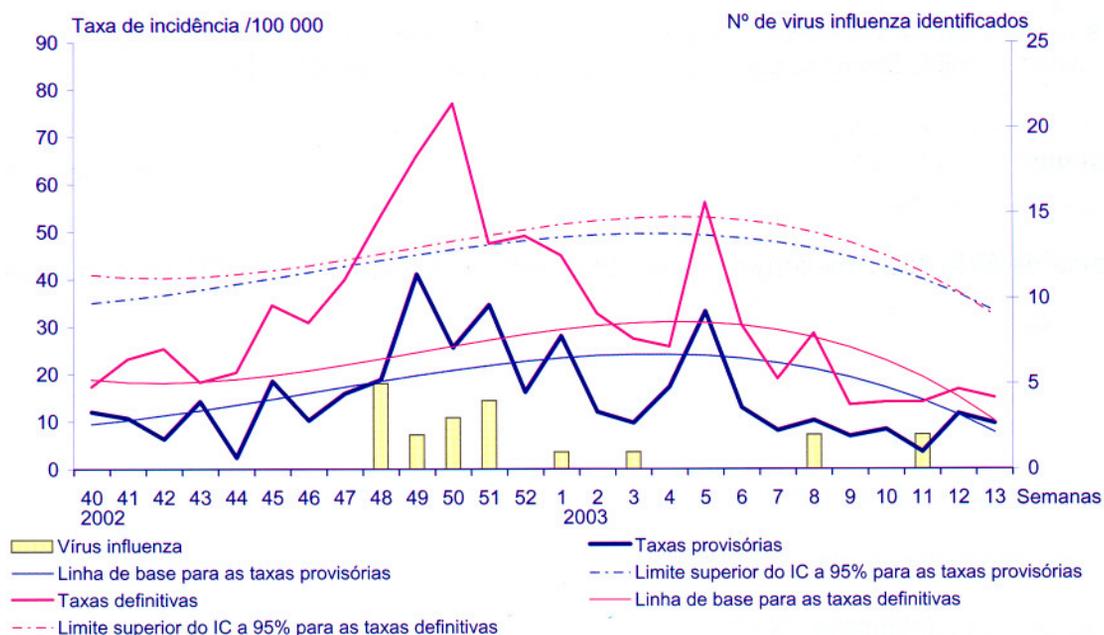


Fig.1-Taxas de incidências (105) brutas, semanais, provisórias e definitivas, de síndrome gripal em 2002-2003 e número de vírus Influenza identificados durante o mesmo período de tempo. Linhas de base para as taxas provisórias e definitivas e respectivos limites superiores dos intervalos de confiança a 95%.

A taxa de incidência definitiva aumentou progressivamente a partir da semana 46, atingiu o valor máximo de $41,1/10^5$ na semana 49 e voltou a decrescer nas semanas seguintes.

Verificou-se depois um novo acréscimo do valor da taxa na semana 5 ($33,2/10^5$) que decresceu na semana imediatamente a seguir.

Os valores da taxa definitiva registados acima da curva do respectivo limite superior de confiança a 95% foram apenas 3, referentes às semanas 48, 49 e 50.

Foram enviadas 153 zaragatoas faríngeas para o Centro Nacional da Gripe, tendo sido identificados 37 (22%) vírus Influenza, sendo 3 (8,1%) do tipo A (1 AH1 e 2 AH3) e 34 (91,9%) do tipo B.

Cerca de 80% dos vírus foram identificados entre as semanas 43 de 2002 e 3 de 2003.

ASMA E CONSULTA RELACIONADA COM ASMA

Durante o ano de 2002 foram notificadas 2540 *consultas relacionadas com asma*, tendo 168 (6,6%) sido referidas como *novos casos de asma* e 2301 (90,3%) como *casos já conhecidos de asma*. Foram ainda notificadas 71 (2,8%) consultas referentes a *utentes não asmáticos**.

A distribuição percentual das consultas, por grupo etário, encontra-se no quadro IX.

Quadro IX – Distribuição de todas as consultas relacionadas com asma notificadas em 2002, distribuídas por “casos novos”, “casos conhecidos” e por “utente não asmático*”, segundo o grupo etário.

Grupo etário	Casos novos		Casos conhecidos		Utente não asmático*		Total N
	N	%	N	%	N	%	
00-04	24	24,0	54	54,0	22	22,0	100
05-09	15	13,3	84	74,3	14	12,4	113
10-14	12	13,2	75	82,4	4	4,4	91
15-24	18	11,4	137	86,7	3	1,9	158
25-34	25	13,4	157	84,0	5	2,7	187
35-44	29	11,7	216	87,1	3	1,2	248
45-54	19	6,2	282	92,2	5	1,6	306
55-64	19	4,3	413	94,3	4	0,9	438
65-74	6	1,1	521	96,8	6	1,1	538
75 e+	1	0,3	362	97,8	5	1,4	370
Total	168	6,6	2301	90,3	71	2,8	2549

**utente não asmático*: utente que, não sendo ele próprio asmático, recorreu à consulta para pedir esclarecimento ou aconselhamento sobre asma. Ex: mãe que quer saber se o filho asmático pode fazer desporto, que cuidados deve ter em determinado clima, etc.

ASMA E CONSULTA RELACIONADA COM ASMA

NOVOS DIAGNÓSTICOS DE ASMA

Durante o ano de 2002 foram notificados 68 novos casos de asma, diagnosticados nas consultas relacionadas com asma.

As estimativas das taxas de incidência anuais de asma, por sexo e grupo etário, encontram-se no quadro X.

Quadro X - Estimativas das taxas de incidência anuais ($/10^5$) de Asma, por sexo e grupo etário, em 2002

Grupos Etários	Homens		Mulheres		H+M	
	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa
00-04	17	619,3	7	270,5	24	450,0
05-09	8	281,9	7	248,2	15	265,1
10-14	6	194,1	6	205,5	12	199,6
15-24	10	133,0	8	106,2	18	119,6
25-34	8	93,4	17	190,1	25	142,8
35-44	9	116,5	20	242,4	29	181,5
45-54	5	79,8	14	210,8	19	147,2
55-64	5	95,5	14	226,4	19	166,4
65-74	3	58,3	3	46,8	6	51,9
75 e+	1	28,9	0	0,0	1	11,2
Total	72	136,9	96	166,2	168	152,2

ASMA E CONSULTA RELACIONADA COM ASMA

Verificou-se que, para ambos os sexos, a taxa mais elevada foi encontrada no grupo etário 00-04, sendo o valor estimado para o sexo masculino 2,3 vezes superior ao estimado para o feminino (Quadro X)(Fig.2).

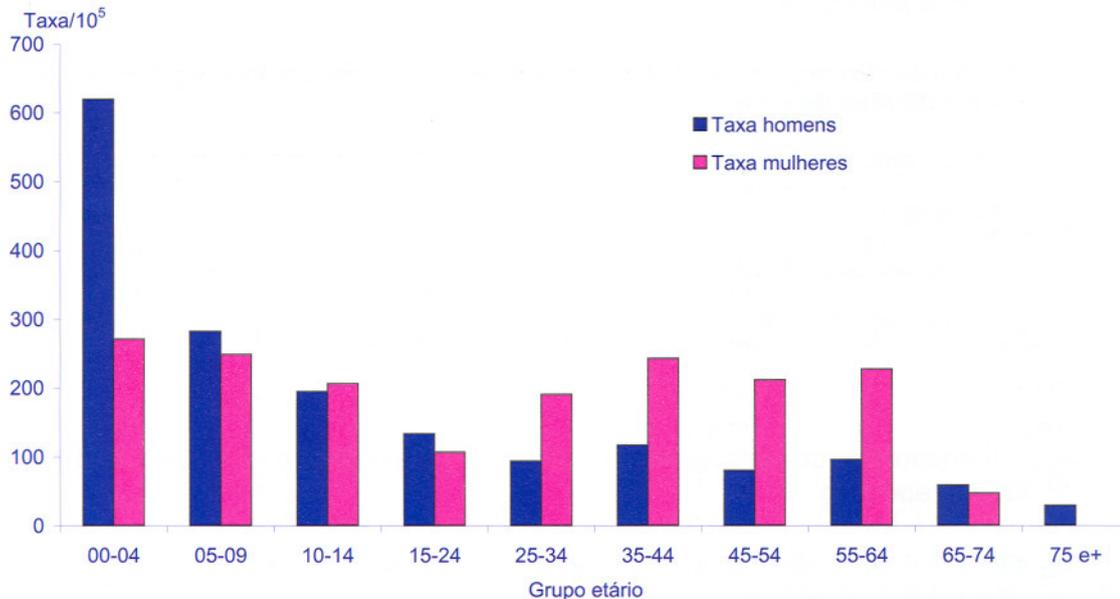


Fig. 2 - Distribuição das taxas de incidência anuais (/10⁵) de asma, por sexo e grupo etário, em 2002

ASMA E CONSULTA RELACIONADA COM ASMA

Verificou-se que o motivo de consulta mais frequente foi a renovação de medicação, tendo sido prescrito, pelo menos, um medicamento para a asma, em 69,5% das consultas relacionadas com asma (Quadro XI).

Quadro XI – Distribuição das consultas relacionadas com asma, segundo os motivos de consulta (um ou mais), em 2002

Motivo de consulta	N	%
Seguimento	598	23,5
Agudização	462	18,1
Renovação de medicação	1772	69,5
Aconselhamento/Esclarecimento	472	18,5

No quadro XII encontram-se distribuídos os medicamentos mais prescritos, segundo o grupo fármaco-terapêutico.

Os medicamentos mais prescritos foram os do grupo dos B2 agonistas, na forma inalada (67,9%), seguidos pelo grupo dos glicocorticóides, também na forma inalada (41,0%).

ASMA E CONSULTA RELACIONADA COM ASMA

Quadro XII– Distribuição dos medicamentos prescritos para a asma, nas consultas relacionadas com asma, segundo o grupo fármaco-terapêutico.

Medicamentos prescritos	N	% *
B2 Agonistas Inalados	1730	67,9
B2 Agonistas Sistêmicos	72	2,8
Glicocorticóides inalados	1044	41,0
Glicocorticóides sistêmicos	96	3,8
Anticolinérgicos	250	9,8
Xantinas	389	15,3
Inibidores dos leucotrienos	308	12,1
Associações	338	13,3
Antialérgicos	75	2,9

* - o somatório das percentagens é superior a 100% porque os medicamentos prescritos não são mutuamente exclusivos

UTENTE PEDE AJUDA PARA ALTERAR SITUAÇÃO OU COMPORTAMENTO

Durante o ano de 2002 foram estudadas todas as situações em que os utentes, por iniciativa própria, pediram ajuda (PA), ao médico de família, para alterar algumas situações ou comportamentos de dependência

Registaram-se PA para a obesidade, alcoolismo, tabagismo, toxicod dependência e anorexia, num total de 515 notificações recebidas.

Quadro XIII - Distribuição das taxas (/10⁵) de pedidos de ajuda (PA), ao médico de família, para alterar algumas situações ou comportamentos de dependência, por sexo e grupo e etário.

Grupo etário	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
10-14	4	129,4	11	376,7	15	249,5
15-24	30	398,9	42	557,7	72	478,4
25-34	74	864,2	65	726,8	139	794,0
35-44	41	530,7	74	896,8	115	719,8
45-54	32	510,8	67	1008,7	99	767,0
55-64	21	401,1	27	436,5	48	420,3
65-74	11	213,7	15	233,8	26	224,9
75 e+	1	28,9	0	0,0	1	11,2
Total	214	455,2	301	575,0	515	518,3

UTENTE PEDE AJUDA PARA ALTERAR SITUAÇÃO OU COMPORTAMENTO (PA)

Verificou-se que a taxa de PA (para todas as situações), no sexo feminino, foi 1,3 vezes mais elevada do que no masculino, aumentando progressivamente até ao grupo etário 45-54 anos e decrescendo nos grupos seguintes (Quadro XIII) (Fig.3).

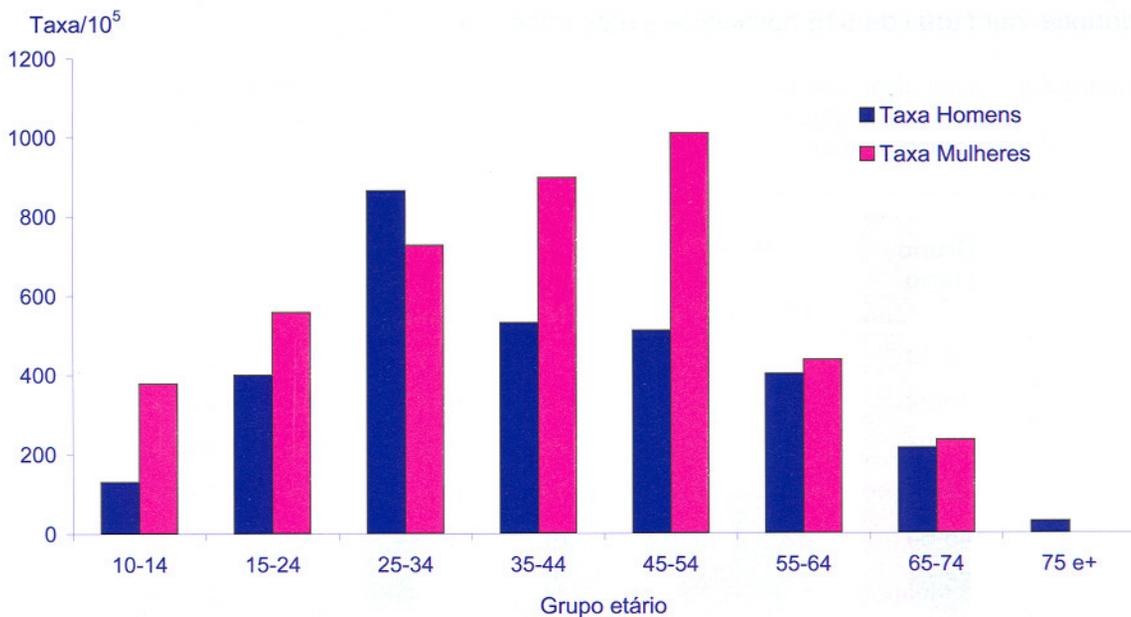


Fig. 3 - Distribuição das taxas (/10⁵) de pedidos de ajuda, ao médico de família, para alterar situações ou comportamentos de dependência (PA) (para todas as situações), por sexo e grupo etário.

UTENTE PEDE AJUDA PARA ALTERAR SITUAÇÃO OU COMPORTAMENTO

No sexo masculino o valor da taxa aumentou progressivamente até ao grupo 25-34, onde atingiu um valor superior à estimada para o sexo feminino e decresceu nos grupos etários seguintes (Quadro XIII) (Fig.3).

A distribuição, por sexo e grupo etário, das situações ou comportamentos de dependência para os quais foi pedida ajuda, encontra-se na Fig.4.

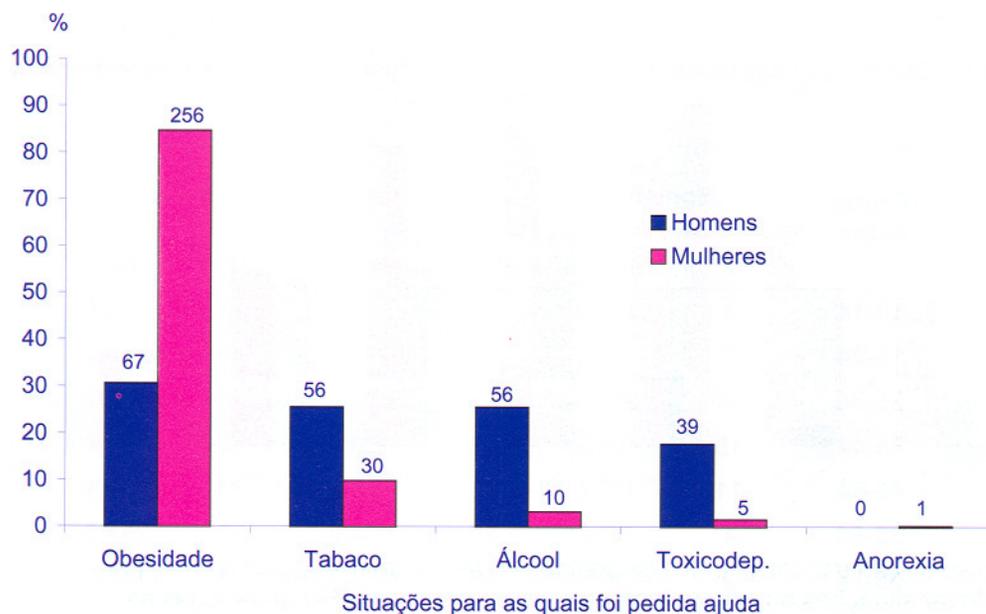


Fig.4 - Distribuição percentual das situações de PA, por sexo, em 2002.

UTENTE PEDE AJUDA PARA ALTERAR SITUAÇÃO OU COMPORTAMENTO

PA-obesidade

Verificou-se que a situação que mais frequentemente motivou o pedido de ajuda foi, em cada sexo, a obesidade, tendo 20,7% desses pedidos sido feitos por homens e 79,3% por mulheres. (Fig.4).

A taxa mais elevada de PA-obesidade ocorreu, nas mulheres, no grupo etário 45-54 anos (903,3/10⁵) e nos homens, no grupo etário 25-34 (280,3/10⁵) (Quadro XIV).

Quadro XIV- Distribuição das taxas de PA-obesidade (/10⁵) notificadas, por sexo e grupo etário.

Grupo etário	Homens		Mulheres		Total	
	Nº	Taxa/10 ⁵	Nº	Taxa/10 ⁵	Nº	Taxa/10 ⁵
10-14	4	129,4	11	376,7	15	249,5
15-24	7	93,1	34	451,5	41	272,4
25-34	24	280,3	59	659,7	83	474,1
35-44	15	194,2	52	630,2	67	419,4
45-54	11	175,6	60	903,3	71	550,1
55-64	4	76,4	25	404,2	29	253,9
65-74	2	38,9	15	233,8	17	147,0
Total	67	153,9	256	546,0	323	357,2

UTENTE PEDE AJUDA PARA ALTERAR SITUAÇÃO OU COMPORTAMENTO

Em todos os grupos etários a taxa de PA-obesidade foi 3,5 mais elevada nas mulheres do que nos homens (Fig.5).

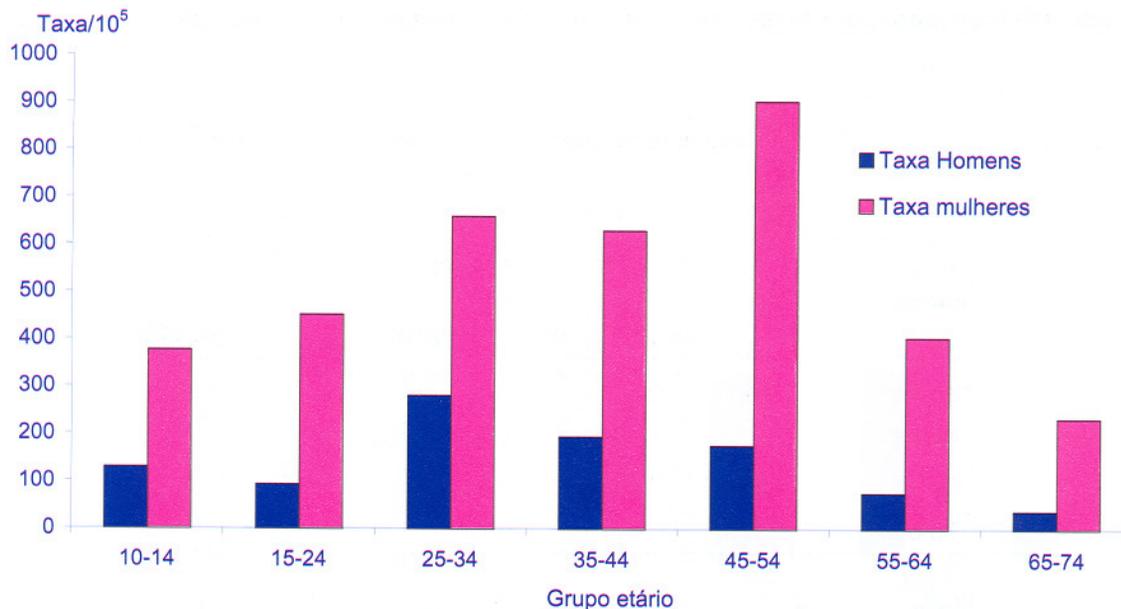


Fig. 5 - Distribuição das taxas (/10⁵) de PA-obesidade notificadas, por sexo e grupo etário

UTENTE PEDE AJUDA PARA ALTERAR SITUAÇÃO OU COMPORTAMENTO

PA-álcool

Verificou-se que a taxa de PA-álcool foi 6,3 vezes mais elevada no sexo masculino do que no feminino (Quadro XV).

Quadro XV- Distribuição das taxas (/10⁵) de PA-álcool notificadas, por sexo e grupo etário

Grupo etário	Homens		Mulheres		Total	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
15-24	1	13,3	1	13,3	2	13,3
25-34	11	128,5	0	-	11	62,8
35-44	15	194,2	7	84,8	22	137,7
45-54	16	255,4	1	15,1	17	131,7
55-64	6	114,6	1	16,2	7	61,3
65-74	6	116,6	0	-	6	51,9
75 e+	1	28,9	0	-	1	11,2
Total	56	127,5	10	20,2	66	70,7

UTENTE PEDE AJUDA PARA ALTERAR SITUAÇÃO OU COMPORTAMENTO

No sexo masculino a taxa aumentou progressivamente até ao grupo etário 45-54 anos e decresceu nos grupos etários seguintes (Fig. 6).

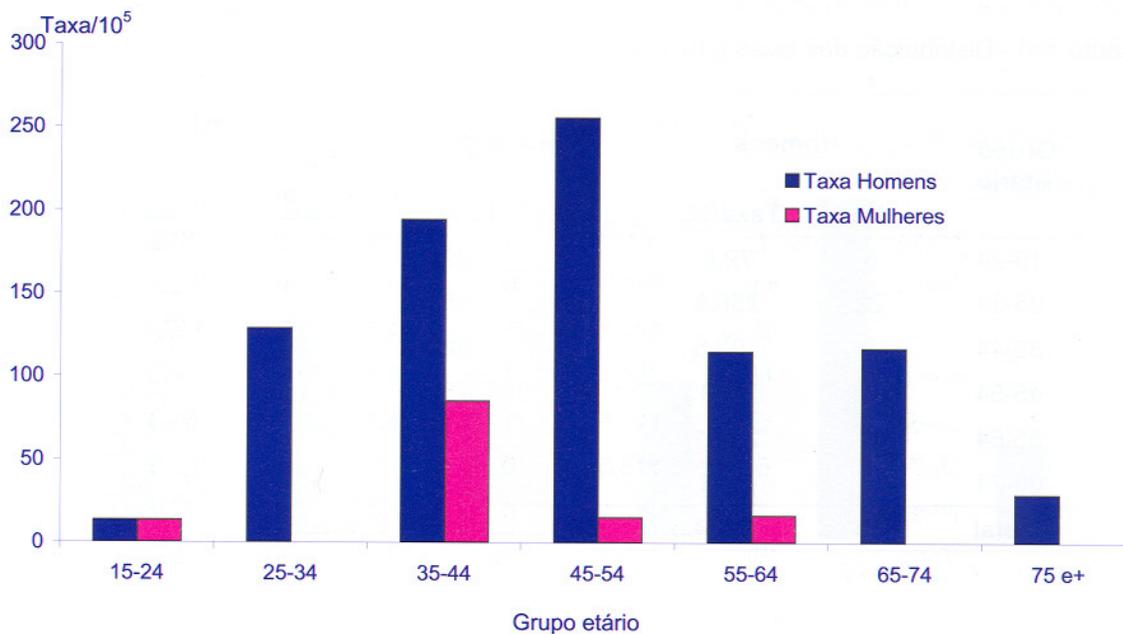


Fig. 6 - Distribuição das taxas (/10⁵) de PA-álcool notificadas, por sexo e grupo etário

UTENTE PEDE AJUDA PARA ALTERAR SITUAÇÃO OU COMPORTAMENTO

PA-TABACO

Verificou-se que no sexo masculino os valores mais elevados foram atingidos no grupo etário 25-34 anos (256,9/10⁵) e 55-64 anos (201,1/10⁵) e no feminino no grupo 35-44 anos (206,0/10⁵) (Quadro XVI).

Quadro XVI - Distribuição das taxas (/10⁵) de PA-tabaco notificadas, por sexo e grupo etário

Grupo etário	Homens		Mulheres		Total	
	Nº	Taxa/10 ⁵	Nº	Taxa/10 ⁵	Nº	Taxa/10 ⁵
15-24	6	79,8	3	39,8	9	59,8
25-34	22	256,9	5	55,9	27	154,2
35-44	8	103,6	17	206,0	25	156,5
45-54	6	95,8	5	75,3	11	85,2
55-64	11	210,1	0	-	11	96,3
65-74	3	58,3	0	-	3	25,9
Total	56	138,4	30	68,2	86	101,9

UTENTE PEDE AJUDA PARA ALTERAR SITUAÇÃO OU COMPORTAMENTO

A taxa de PA-tabaco, no sexo masculino, foi cerca de duas vezes a estimada para o sexo feminino (Fig 7) (Quadro XVI).

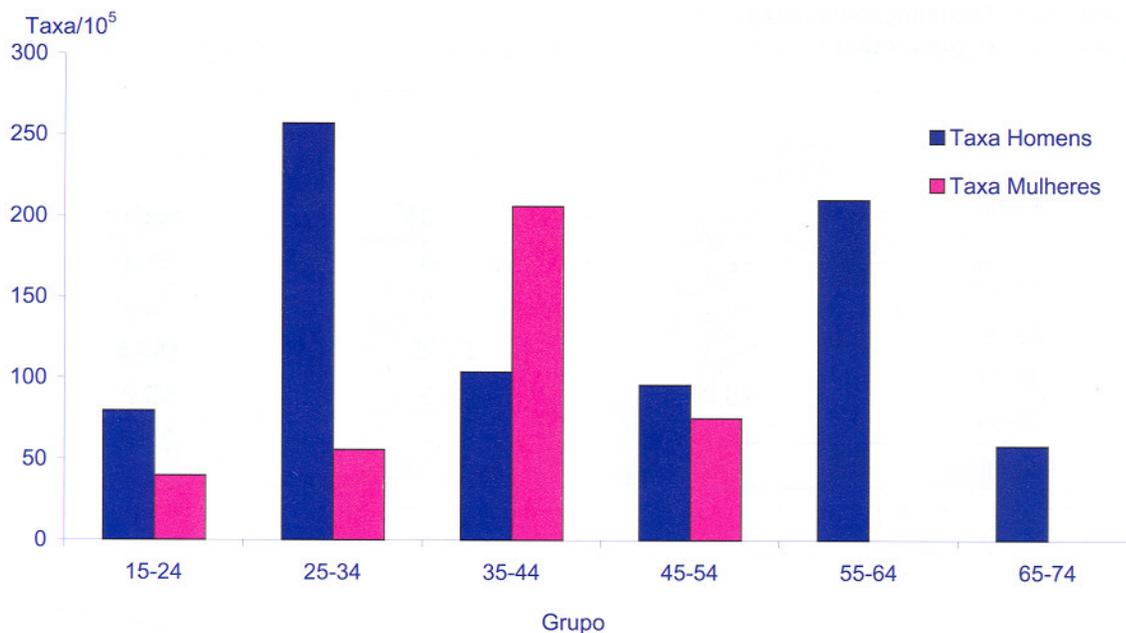


Fig. 7- Distribuição das taxas (/10⁵) de PA-tabaco notificadas, por sexo e grupo etário

UTENTE PEDE AJUDA PARA ALTERAR SITUAÇÃO OU COMPORTAMENTO

PA-toxicod dependência

Verificou-se que a taxa de PA-toxicod dependência no sexo masculino foi cerca de 8 vezes superior à estimada para o sexo feminino.

Quadro XVII- Distribuição das taxas (/10⁵) de PA-toxicod dependência notificadas, por sexo e grupo etário

Grupo Etário	Homens		Mulheres		Total	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
15-24	16	212,8	3	39,8	19	126,2
25-34	19	221,9	1	11,2	20	114,2
35-44	4	51,8	0	-	4	25,0
55-64	0	-	1	16,2	1	8,8
Total	39	134,3	5	16,2	44	73,4

UTENTE PEDE AJUDA PARA ALTERAR SITUAÇÃO OU COMPORTAMENTO

Em relação ao grupo etário, a taxa mais elevada foi encontrada, no grupo 15-24 anos.

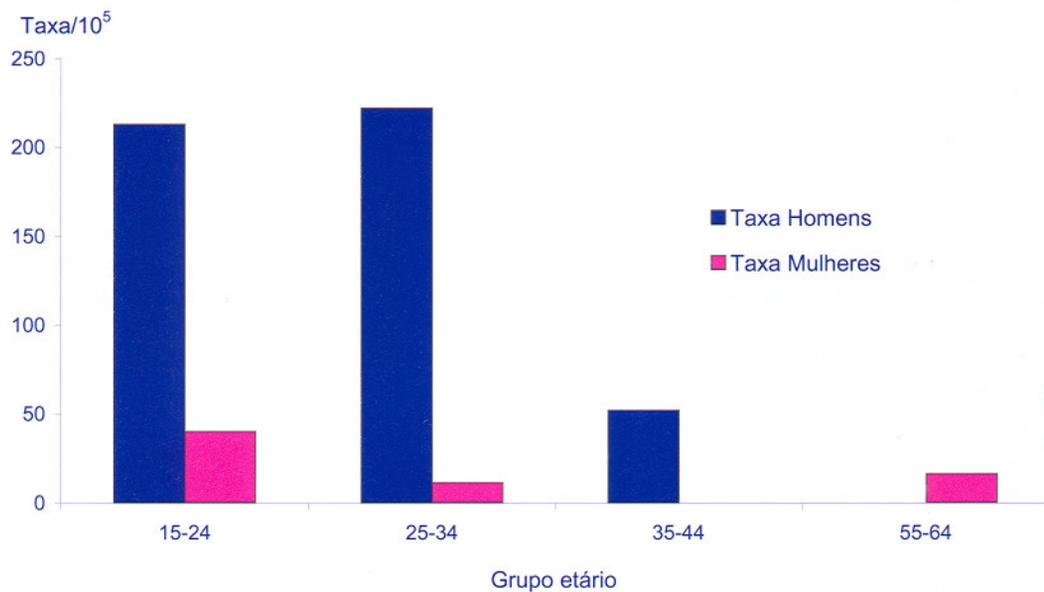


Fig. 8 - Distribuição das taxas (/10⁵) de PA-toxicod dependência notificadas, por sexo e grupo etário

UTENTE PEDE AJUDA PARA ALTERAR SITUAÇÃO OU COMPORTAMENTO

Atitude do médico-sentinela em relação ao PA

Verificou-se que, na maior parte das situações de obesidade (67,2%), tabaco (66,3%) e álcool (57,6%), o MS tomou a seu cargo a respectiva resolução, e que em metade dos casos de toxicodependência referenciou o utente (Quadro XVIII).

Quadro XVIII- Percentagem de PA, segundo a situação, em que o MS decidiu “tomar a seu cargo a resolução da situação”, em que “referenciou o utente” e em que “adiou a decisão ou não fez nada”.

PA	MS DECIDIU TOMAR A SEU CARGO A SITUAÇÃO (%)	MS REFERENCIOU O UTENTE (%)	MS ADIOU A DECISÃO OU NÃO FEZ NADA (%)
OBESIDADE	67,2	30,7	2,1
TABACO	66,3	23,3	10,4
ÁLCOOL	57,6	34,8	7,6
TOXICODEPENDÊNCIA	45,5	50,0	4,5

VARICELA

Durante o ano de 2002 foram notificados 516 novos casos de varicela.

No quadro XIX encontra-se a distribuição das taxas de incidência da doença, por sexo e grupo etário.

A taxa de incidência da varicela atingiu o valor mais elevado, nos dois sexos, no grupo etário 00-04 ($4335,2/10^5$ e $5332,3/10^5$, respectivamente nos sexos masculino e feminino).

Quadro XIX - Estimativa das taxas de incidência anuais ($/10^5$) de Varicela, por sexo e grupo etário, em 2002

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa
00-04	119	4335,2	138	5332,3	257	4819,1
05-09	66	2325,6	73	2588,7	139	2456,7
10-14	26	841,2	12	411,0	38	632,2
15-24	17	226,1	22	292,1	39	259,1
25-34	11	128,5	19	212,5	30	171,4
35-44	6	77,7	2	24,2	8	50,1
45-54	1	16,0	2	30,1	3	23,2
55-64	0	-	0	-	0	-
65-74	2	38,9	0	-	2	17,3
75 e+	0	-	0	-	0	-
Total	248	471,5	268	464,0	516	467,6

VARICELA

De facto, cerca de 77% dos casos (396) ocorreram até aos 9 anos de idade.

Verificou-se depois um decréscimo, para cerca de metade do valor inicial, no grupo etário 05-09, mantendo-se, no entanto, as taxas com valores mais elevados do que os observados nos grupos etários seguintes (Fig.9) (Quadro XIX).

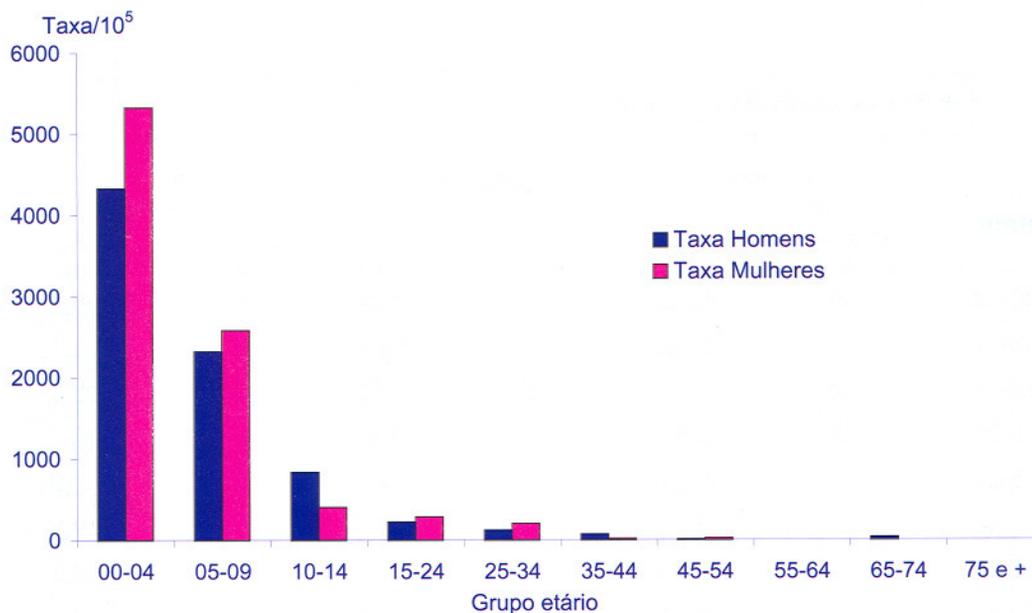


Fig. 9 - Distribuição das taxas de incidência anuais de varicela por sexo e grupo etário, em 2002

HERPES

Durante o ano de 2002 foram notificados 632 novos casos de herpes, referentes a várias localizações.

Verificou-se que a taxa de incidência do herpes, considerando todas as localizações, no sexo feminino, foi cerca de duas vezes o valor estimado para o sexo masculino (Quadro XX).

Quadro XX - Estimativa das taxas de incidência anuais ($/10^5$) de herpes, de várias localizações, por sexo e grupo etário, em 2002

Grupo etário	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
00-04	9	327,9	10	386,4	19	356,3
05-09	5	176,2	7	248,2	12	212,1
10-14	4	129,4	9	308,2	13	216,3
15-24	20	266,0	58	770,2	78	518,2
25-34	20	233,6	60	670,9	80	457,0
35-44	23	297,7	60	727,1	83	519,5
45-54	33	526,7	53	798,0	86	666,3
55-64	25	477,5	64	1034,8	89	779,3
65-74	39	757,6	74	1153,5	113	977,3
75 e+	16	461,8	43	787,8	59	661,2
Total	194	368,8	438	758,4	632	572,7

HERPES

O grupo etário com a taxa mais elevada foi, para os dois sexos, o grupo 65-74 anos (Fig.10).

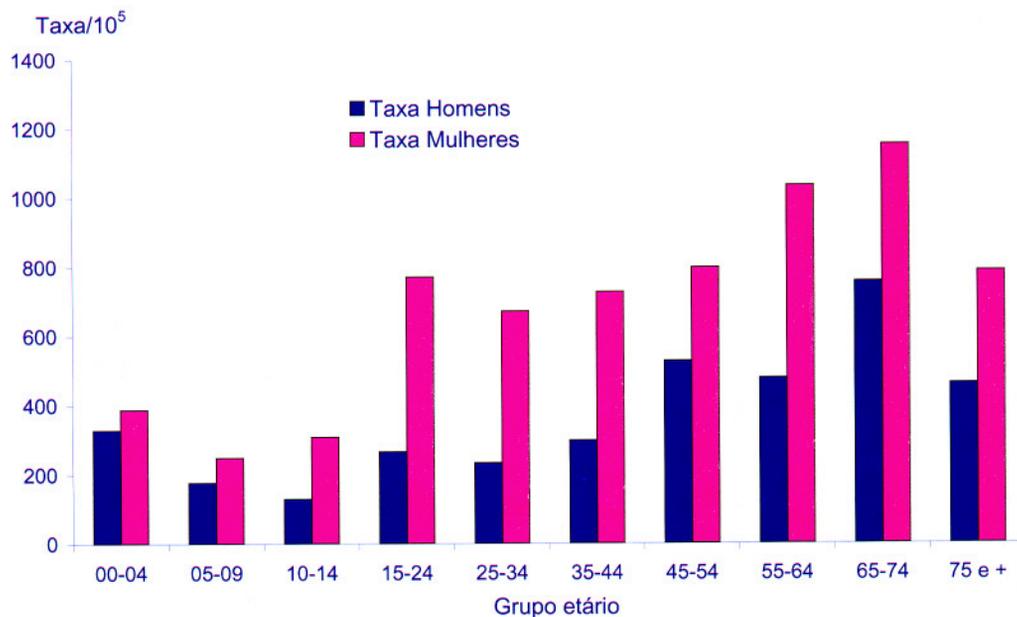


Fig. 10 - Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵) de herpes de várias localizações por sexo e grupo etário, em 2002

Foram notificados 310 casos de herpes labial.

A distribuição das taxas de incidência de herpes labial, por sexo e grupo etário, encontra-se no quadro XXI.

Quadro XXI – Distribuição das taxas de incidência anuais ($/10^5$) de herpes labial por sexo e grupo etário, em 2002

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa
00-04	4	145,7	3	115,9	7	131,3
05-09	4	140,9	4	141,8	8	141,4
10-14	3	97,1	6	205,5	9	149,7
15-24	9	119,7	47	624,1	56	372,1
25-34	18	210,2	45	503,2	63	359,9
35-44	13	168,3	37	448,4	50	312,9
45-54	15	239,4	30	451,7	45	348,6
55-64	7	133,7	25	404,2	32	280,2
65-74	5	97,1	23	358,5	28	242,2
75 e+	1	28,9	11	201,5	12	134,5
Total	79	150,2	231	400,0	310	280,9

HERPES LABIAL

Verificou-se que a incidência do herpes labial foi, cerca de 2,6 vezes mais elevada no sexo feminino do que no masculino.

A taxa de incidência mais elevada registou-se no sexo feminino, no grupo etário 15-24 anos ($624,1/10^5$). A partir daí decresceu progressivamente nos grupos etários seguintes. No sexo masculino a taxa mais elevada foi $239,4/10^5$, no grupo etário 45-54 anos (Quadro XXI) (Fig.11).

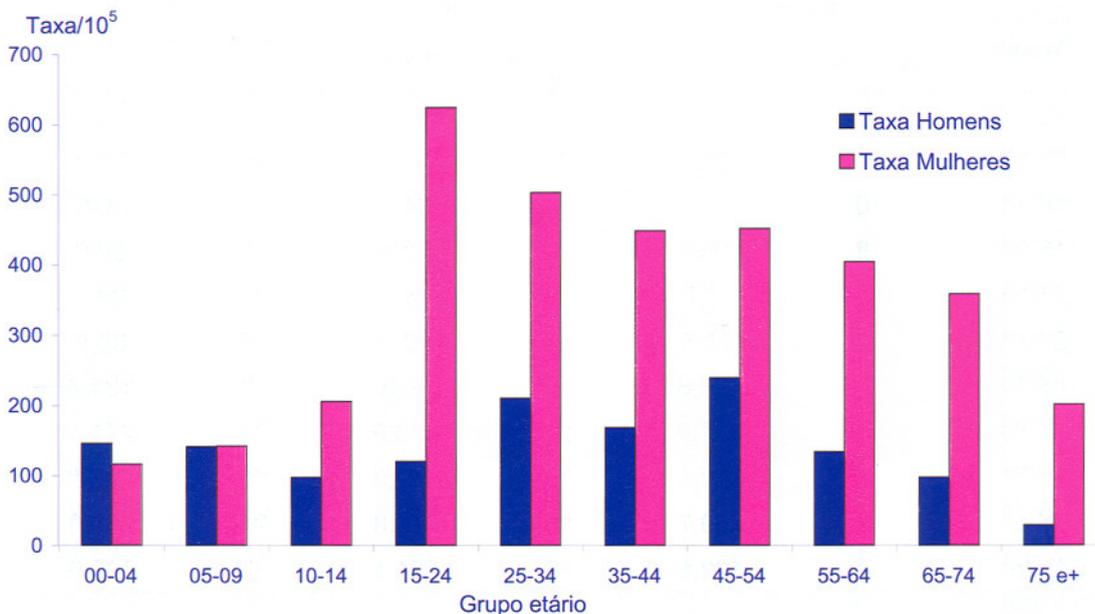


Fig. 11 - Estimativa das taxas de incidência anuais ($/10^5$) de herpes labial, por sexo e grupo etário, em 2002

HERPES INTERCOSTAL

Foram notificados 154 novos casos de herpes intercostal.

A distribuição das taxas de incidência do herpes intercostal, por sexo e grupo etário, encontra-se no quadro XXII.

Quadro XXII - Estimativa das taxas de incidência anuais(/10⁵) de herpes intercostal por sexo e grupo etário, em 2002

Grupo etário	Homens		Mulheres		H+M	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
00-04	0	-	0	-	0	-
05-09	1	35,2	0	-	1	17,7
10-14	0	-	1	34,2	1	16,6
15-24	8	106,4	1	13,3	9	59,8
25-34	1	11,7	4	44,7	5	28,6
35-44	5	64,7	6	72,7	11	68,8
45-54	11	175,6	6	90,3	17	131,7
55-64	10	191,0	21	339,5	31	271,4
65-74	20	388,5	35	545,6	55	475,7
75 e+	9	259,7	15	274,8	24	269,0
Total	65	123,6	89	154,1	154	139,6

HERPES INTERCOSTAL

O valor mais elevado da taxa registou-se, para os dois sexos, no grupo etário 65-74 anos, (388,5/10⁵ e 545,6 /10⁵, respectivamente no sexo masculino e feminino (Quadro XXII) (Fig.12).

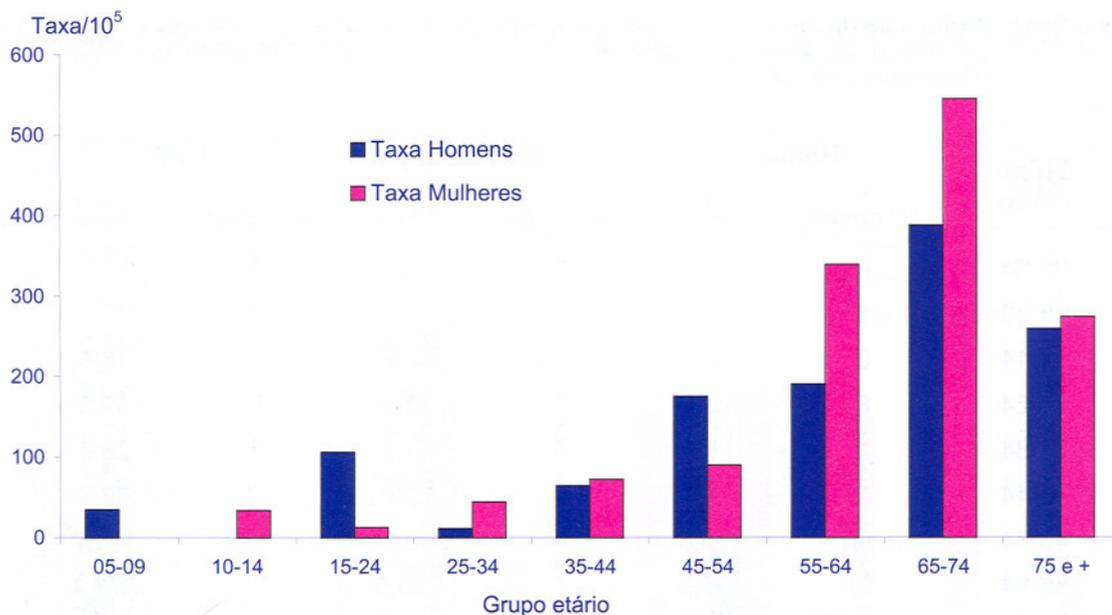


Fig. 12 - Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵) de herpes intercostal, por sexo e grupo etário, em 2002

HERPES DE OUTRA LOCALIZAÇÃO

Foram notificados 98 novos casos de herpes de outra localização*.

A distribuição das taxas de incidência de herpes de outra localização*, por sexo e grupo etário, encontra-se no quadro XXIII.

Quadro XXIII - Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵) de herpes de outra localização *, por sexo e grupo etário, em 2002

Grupo etário	Homens		Mulheres		Homens+Mulheres	
	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa
00-04	2	72,9	2	77,3	4	75,0
05-09	0	-	0	-	0	-
10-14	0	-	1	34,2	1	16,6
15-24	3	39,9	4	53,1	7	46,5
25-34	1	11,7	2	22,4	3	17,1
35-44	2	25,9	8	96,9	10	62,6
45-54	2	31,9	10	150,6	12	93,0
55-64	7	133,7	12	194,0	19	166,4
65-74	8	155,4	12	187,1	20	173,0
75 e+	6	173,2	16	293,1	22	246,6
Total	31	58,9	67	116,0	98	88,8

* outra localização: labial, genital, intercostal e oftálmica excluídas

HERPES DE OUTRA LOCALIZAÇÃO

Para os dois sexos, os valores mais elevados da taxa registaram-se no grupo etário 75 e + anos (Quadro XXIII) (Fig. 13).



Fig. 13 - Estimativa das taxas de incidência anuais (/10⁵) de herpes de outra localização *, por sexo e grupo etário, em 2002

* outra localização: labial, genital, intercostal e oftálmica excluídas

HERPES OFTÁLMICO

Pelo facto do número de casos notificados de herpes oftálmico ter sido reduzido (N=18) não foram calculadas as respectivas taxas de incidência, apresentando-se no quadro XXIV apenas a distribuição dos casos por sexo e grupo etário.

Quadro XXIV – Distribuição dos casos notificados de herpes oftálmico, por sexo e grupo etário, em 2002.

Grupo etário	Homens N	Mulheres N	H+M N
10-14	0	1	1
35-44	1	1	2
45-54	1	2	3
55-64	1	3	4
65-74	2	3	5
75 e +	1	2	3
Total	6	12	18

HERPES GENITAL

Pelo facto do número de casos de herpes genital notificados ter sido reduzido (N=37) não foram calculadas as respectivas taxas de incidência apresentando-se no quadro XXV apenas a distribuição dos casos, por sexo e grupo etário.

Quadro XXV – Distribuição dos casos notificados de herpes genital, por sexo e grupo etário, em 2002.

Grupo etário	Homens N	Mulheres N	H+M N
00-04	0	2	2
05-09	0	2	2
10-14	0	0	0
15-24	0	3	3
25-34	0	8	5
35-44	3	6	9
45-54	3	3	6
55-64	0	1	1
65-74	3	3	6
75 e+	0	0	0
Total	9	28	37

ACONTECIMENTOS IRIS

Durante o ano de 2002, nenhum dos acontecimentos IRIS notificados se configurou como um risco para a saúde pública, pelo que não serão descritos neste relatório.

LIMITAÇÕES DOS DADOS

LIMITAÇÕES GERAIS DOS DADOS

As limitações gerais dos dados e das estimativas geradas por Médicos-Sentinela estão associadas a 3 aspectos principais:

REPRESENTATIVIDADE DA POPULAÇÃO SOB OBSERVAÇÃO

A amostra de médicos, assim como a população sob observação que lhe corresponde, não foi seleccionada aleatoriamente.

A decisão de optar por uma amostra de conveniência constituída por médicos que participam voluntariamente, visou possibilitar uma elevada notificação de casos e promover uma boa qualidade geral da informação.

Certos grupos profissionais (funcionários públicos, empregados bancários, etc) estão, obviamente, sub-representados, uma vez que pertencendo a sub-sistemas de saúde, recorrem menos aos centros de saúde.

A sub-representação atinge, também, certamente, os estratos economicamente mais afluentes.

LIMITAÇÕES ESPECÍFICAS DOS NUMERADORES

Os numeradores estão, potencialmente, afectados por deficiências ou erros, que se traduzem em subnotificação ou em sobrenotificação de casos.

LIMITAÇÕES DOS DADOS

SUBNOTIFICAÇÃO DE CASOS

Parte dos casos verificados em utentes dos Médicos-Sentinela pode não ser identificada por eles, por causas várias, originando uma subnotificação que pode ser influenciada por factores muito distintos e com diferente susceptibilidade à correcção por meios específicos de Médicos-Sentinela.

FACTORES QUE INFLUENCIAM A SUBNOTIFICAÇÃO

- **O CARÁCTER DA DOENÇA**

Cada doença ou situação, só por si, tem uma probabilidade diferente de chegar ao conhecimento do médico de clínica geral.

- **AS ALTERAÇÕES OCASIONAIS DA INCIDÊNCIA DE OUTRA DOENÇA**

A variação das estimativas de incidência de uma dada doença pode ser apenas resultado da alteração da incidência de uma outra. Assim, por exemplo, a procura de cuidados por indivíduos com diarreia aguda pode diminuir, apenas, por saturação das consultas com casos de gripe.

- **PERÍODOS DE INACTIVIDADE DO MÉDICO**

O médico-sentinela pode notificar casos que não diagnosticou pessoalmente mas que identificou *a posteriori*, através de informações adequadas. Apesar disso, a probabilidade de identificação de casos que ocorreram durante os seus períodos de inactividade está diminuída.

Os períodos de inactividade ocorrem regularmente, por férias, mas podem também ocorrer por doença ou formação curricular dos médicos.

Esta limitação pode ser corrigida, parcialmente, através de ajustamentos apropriados, feitos nos denominadores, na fase de análise dos dados.

SOBRENOTIFICAÇÃO DE CASOS

A sobrenotificação de casos tem uma importância muito menor do que a subnotificação 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 de notificação múltipla dum mesmo caso é assegurada 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. Ele não é identificável no processamento.

LIMITAÇÕES DOS DADOS

ERROS E IMPRECIÇÕES DO DIAGNÓSTICO

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

- Grau de certeza do diagnóstico

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

- Falta de uniformidade dos critérios de diagnóstico

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

LIMITAÇÕES DOS DADOS

LIMITAÇÕES ESPECÍFICAS DOS DENOMINADORES

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

Estas modificações ocorrem continuamente e exigem actualização periódica da população sob observação (idealmente, de ano a ano).

Admite-se que, apesar disso, haja imperfeições na identificação dos utentes que deixaram de estar ao cuidado de cada médico. De facto, mudanças de residência, falecimentos e outras alterações podem não ser adequadamente registadas.

Por outro lado, um certo número de utentes inscritos na lista de cada médico não o procura quando necessita de cuidados. Estes utentes, “inactivos” não estão, de facto, sob observação e deveriam ser retirados do denominador, se tal fosse possível.

Assim, a população sob observação terá, provavelmente, tendência para ser progressivamente sobrestimada e as taxas de incidência, por isso, subestimadas.

PROGRAMA DE VIGILÂNCIA INTEGRADA, CLÍNICA E LABORATORIAL, DA SÍNDROMA GRIPAL

PROGRAMA DE VIGILÂNCIA INTEGRADA, CLÍNICA E LABORATORIAL DA SÍNDROMA GRIPAL

Desde 1990 que a Rede Médicos-Sentinela realiza a vigilância epidemiológica, semanal, do síndrome gripal, em colaboração com o Centro Nacional da Gripe (até 1999, na Direcção Geral da Saúde e, a partir daí, no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge).

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

A vigilância clínica concretiza-se através das taxas de incidência da síndrome gripal, estimadas através da notificação dos novos casos da doença ocorridos nas listas de utentes dos médicos participantes, e identificados segundo critérios exclusivamente clínicos. A vigilância clínica ocorre, semanalmente, durante todo o ano.

A vigilância laboratorial concretiza-se através da identificação dos vírus isolados ou detectados em amostras de sangue e/ou zangaratoas faríngeas recolhidas nos utentes identificados como tendo síndrome gripal. Decorre de Setembro a Maio do ano seguinte.

Semanalmente, à 5ª feira, é elaborado um Boletim de Vigilância Epidemiológica da Síndrome Gripal que pode ser consultado no site do Observatório Nacional de Saúde, no endereço www.onsa.pt.

Parte da informação, obtida através deste programa é enviada, semanalmente, para o programa *EISS-European Influenza Surveillance Scheme*, através do endereço www.eiss.org, de forma a permitir, juntamente com a informação enviada por mais de 20 países, a descrição da actividade gripal na Europa, e ainda, a identificação precoce de eventuais surtos de gripe nos países participantes.

EISS- European Influenza Surveillance Scheme

EISS - European influenza surveillance scheme - www.eiss.org

O *EISS - European Influenza Surveillance Scheme* é um programa que colige e disponibiliza os dados clínicos e virológicos sobre gripe, enviados por mais de 20 países europeus.

É, assim, possível trocar informação e descrever a *actividade gripal* na Europa e ainda dispor de um sistema de alerta que pode identificar precocemente surtos de gripe.

Trata-se da continuação do projecto ENS/CARE Telematics, que teve início em 1992, com a colaboração de alguns países, entre os quais Portugal.

No EISS, coordenado pelo NIVEL National Institute for Health Services Research colaboram redes sentinela, laboratórios de referência de vários países e centros nacionais de vigilância de doenças transmissíveis de vários países.

Estão habitualmente disponíveis os dados dos seguintes países: Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, França, Holanda, Irlanda, Itália, Noruega, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Roménia, Suécia e Suíça.

Os dados provisórios da síndrome gripal, recolhidos através do programa de vigilância integrada clínica e laboratorial realizado no âmbito da rede Médicos-Sentinela são introduzidos, semanalmente, nos ecrans do EISS, no site www.eiss.org.

1989

- **A SÍNDROMA GRIPAL EM 1989-1990**

Publicado em:

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

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

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

Publicado em:

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

1990

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

Publicado em:

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

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

1992

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

Publicado em:

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

- **INCIDÊNCIA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO SEXUAL**

Publicado em:

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

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

- **DOENÇA DE PARKINSON**

Publicado em:

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

1993

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

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

Publicado em:

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

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

Publicado em:

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

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

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

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

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

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

ESTUDOS – SATÉLITE REALIZADOS

- **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**

ESTUDOS – SATÉLITE REALIZADOS

- **PREVALÊNCIA DE PATOLOGIA DA TIROIDEIA** (não publicado)
- **PREVALÊNCIA DE NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA FEMININA**
Publicado em:
Falcão IM. Tumor Maligno da Mama Feminina: Quantos casos conhecemos? - Estimativa de prevalência na população inscrita em Médicos-Sentinela. Saúde em Números 1995;10 (2):13-15.
- **PREVALÊNCIA DA TOXICODPENDÊNCIA** (não publicado)

1995

- **PREVALÊNCIA DE MENOPAUSA CIRÚRGICA - I FASE**
Publicado em:
Catarino J, Falcão IM, Dias JA. Menopausa Cirúrgica em Utentes de Centros de Saúde: Avaliação da eficácia da terapêutica substitutiva com estrogénios. Saúde em Números 1996;11(4):25-29.
- **PREVALÊNCIA DA HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA** (não publicado)
- **EPIDEMIOLOGIA DA DIABETES - PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DAS SUAS COMPLICAÇÕES NUMA COORTE DE DIABÉTICOS PORTUGUESES - II Fase**

ESTUDOS – SATÉLITE REALIZADOS

1996

- **PREVALÊNCIA DE MENOPAUSA CIRÚRGICA - II Fase** (não publicado)
- **PREVALÊNCIA DE BRONQUITE CRÓNICA E ASMA** (não publicado)
- **EPIDEMIOLOGIA DA DIABETES - PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DAS SUAS COMPLICAÇÕES NUMA COORTE DE DIABÉTICOS PORTUGUESES - II Fase** (continuação)
- **PREVALÊNCIA DO ABUSO CRÓNICO DO ALCOOL** (não publicado)
- **ESTUDO DAS RAZÕES DETERMINANTES DE INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ** (não publicado). Alguns resultados deste estudo podem ser consultados no endereço: www.onsa.pt, em fontes de informação, Médicos-Sentinela.
- **EPIDEMIOLOGIA DA DIABETES - PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DAS SUAS COMPLICAÇÕES NUMA COORTE DE DIABÉTICOS PORTUGUESES - II Fase** (conclusão)
- **TENTATIVA DE SUICÍDIO** (não publicado)
Alguns resultados deste estudo podem ser consultados no endereço: www.onsa.pt, em fontes de informação, Médicos-Sentinela.

ESTUDOS – SATÉLITE REALIZADOS

- **MORBILIDADE DOS AVC** (não publicado)

Alguns resultados deste estudo podem ser consultados no endereço: www.onsa.pt, em fontes de informação, Médicos-Sentinela.

1998

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

- **PERFIL TERAPÊUTICO DA HIPERTENSÃO EM CLÍNICA GERAL**

Publicado em:

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

1999

- **ALEITAMENTO MATERNO** (não publicado)

Alguma informação sobre os resultados deste estudo pode ser consultada no endereço: www.onsa.pt, em fontes de informação, Médicos-Sentinela.

- **INCONTINÊNCIA URINÁRIA** (não publicado)

- **ETIOLOGIA DAS DIARREIAS AGUDAS** (não publicado)

ESTUDOS – SATÉLITE REALIZADOS

2000

- **ETIOLOGIA DAS DIARREIAS AGUDAS** (continuação do estudo) (não publicado)
- **CASOS DE VARICELA QUE NÃO CHEGAM AO CONHECIMENTO DO MÉDICO DE FAMÍLIA** (não publicado)

2001

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

2002

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

2003

- **PRECISÃO DO DIAGNÓSTICO DOS NOVOS CASOS DE ASMA NOTIFICADOS PELOS MÉDICOS SENTINELA DE 2000 A 2004** (não publicado)
- **FIBRILHAÇÃO AURICULAR E RISCO DE TROMBOEMBOLISMO** (não publicado)

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.

PUBLICAÇÕES

1992

- Miranda AM, Afonso CM, Ascensão PL *et al.* Requisição de exames complementares de diagnóstico em Clínica Geral - parte I: exames radiológicos e electrocardiogramas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(2):45-54.
- Silva DF. Acidentes Vasculares Cerebrais notificados em Portugal em 1990 pelos Médicos-Sentinela. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(3):81-87.
- Miranda A, Afonso CM, Ascensão PL *et al.* Requisição de exames complementares de diagnóstico em Clínica Geral - parte II: exames laboratoriais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(3):88-96.
- Ascensão P, Monsanto A. Enfarte do miocárdio: dados epidemiológicos de 1990. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1992;9(4):112-115.
- Figueiredo MV, Andrade HL, Paixão MT *et al.* Gripe em 1990/1991: resultados da vigilância clínica e laboratorial. *Saúde em Números* 1992;7(2):13-26.
- Pereira F. Doenças transmitidas por via sexual - qual a sua incidência?. *Saúde em Números* 1992;7(5):36.
- Divisão de Epidemiologia da Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários. Um novo olhar sobre a saúde. *Médicos-Sentinela* (2). Lisboa: DGCSP, 1992.
- Pisco A, Pisco L, Dias A *et al.* Consultas de Clínica Geral para procedimentos administrativos. *Saúde em Números* 1992;7(4):29-31.

- Casteren V, Leurquin P. Eurosentinel: Development of an International Sentinel Network of general practitioners. *Methods of Information in Medicine* 1992;31(2):147-152.
- Dias JAA, Felgueiras MM, Sanchez JP, Gonçalves JM, Falcão JM, Pimenta ZP. A prevalência da Doença de Parkinson em Portugal - Estimativas populacionais a partir de uma rede de Médicos Sentinela. Lisboa: DGCSP, 1992.

1993

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

PUBLICAÇÕES

1994

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

1995

- Feliciano J. Epidemiologia da Diabetes em Portugal - Estimativa de incidência no triénio 1992/94. Saúde em Números 1995;10(2):9-12.
- Falcão IM. Tumor Maligno da Mama Feminina: Quantos casos conhecemos? - Estimativa de prevalência na população inscrita em Médicos-Sentinela. Saúde em Números 1995;10(2):13-15.
- Andrade HR, Falcão IM, Paixão MT *et al.* Programa de Vigilância da Gripe em Portugal - Resultados do período 1990-1994. Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas 1995; Ano18 (3/4):195-200.
- Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. Cinco anos depois. Médicos-Sentinela (7). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1995.
- Dias CM, Nogueira P, Rosa AV *et al.* Colesterol total e colesterol das lipoproteínas de alta densidade em doentes com DMNID. Acta Médica Portuguesa 1995;8:619-628.
- Van Casteren V, Van Renterghem H, Szecsenyi J. Data collection on patterns of demands for HIV-testing and other HIV/AIDS-related consultations in general practice. Surveillance by sentinel networks in various european countries. Annex to final report. September 1995 DG V Project "EUROPE AGAINST AIDS"

PUBLICAÇÕES

1996

- Catarino J, Falcão IM, Dias JA. Menopausa Cirúrgica em Utentes de Centros de Saúde: Avaliação da eficácia da terapêutica substitutiva com estrogénios. Saúde em Números 1996;11(4):25-29.
- Catarino J. Interrupção Voluntária da Gravidez em Portugal, 1991-1995 - Estimativas de incidência na rede Médicos-Sentinela. Saúde em Números 1996;11(4):30-32.
- Dias C, Nogueira P, Sá JV et al. Trigliceridémia em doentes com Diabetes Mellitus não insulínica. Arquivos de Medicina 1996;10 Supl 4:23-26.
- Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. A passo firme. Médicos-Sentinela (8). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1996.
- Falcão JM, Gouveia MF, Rosa AV, Sá JV, Valente MF. Epidemiologia da diabetes: Parte I – Prevalência da doença e de alguns factores de risco numa coorte de diabéticos portugueses, 1993. Revista Portuguesa de Clínica Geral 1996;13: 213-28.
- Falcão JM, Gouveia MF, Rosa AV, Sá JV, Valente MF. Epidemiologia da diabetes: Parte II – Parâmetros bioquímicos, consumo de tabaco e de álcool e prevalência de “complicações” numa coorte de diabéticos portugueses, 1993. Revista Portuguesa de Clínica Geral 1996;13:213-28.
- Ferro JM, Falcão IM, Rodrigues G *et al.* Diagnosis of Transient Ischemic Attack by the Nonneurologist - A validation study. Stroke 1996;27(12):2225-2229.
- Paixão MT, Falcão IM, Andrade MH. Resultados da vigilância epidemiológica da gripe de 1990-1995. Pathos 1996;12(9):38-45

1997

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

1998

- Falcão IM, Andrade HR, Santos AS *et al.* Programme for the surveillance of influenza in Portugal: results of the period 1990-1996. *Journal of epidemiology and community health* 1998;52 (Suppl 1):39S-42S.
- Dias CM, Falcão IM, Falcão JM. Epidemiologia da interrupção voluntária da gravidez em Portugal Continental (1993-1997). *Observações ONSA* 1999, 4.

PUBLICAÇÕES

1999

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

2000

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

2001

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

2002

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

2003

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

PUBLICAÇÕES

- 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.

2004

- Observatório Nacional de Saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. No primeiro ano do século. Médicos-Sentinela (15). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004.
- Sousa JC, Silva ML. Precisão do diagnóstico dos novos casos de asma notificados pelos Médicos-Sentinela. Observações ONSA 2004, 22.
- Centro Nacional da Gripe e Observatório Nacional de Saúde. Actividade gripal no Inverno de 2003/2004. Observações ONSA 2004, 22.
- A gripe em Portugal em 2002-2003. Centro Nacional da Gripe e Observatório Nacional de Saúde. Relatório do Instituto Nacional de saúde Dr. Ricardo Jorge, 2003.
- Simões JAR. Utente pede ajuda para alterar situação ou comportamento. Observações ONSA 2004, 23.

Acontecimentos IRIS

Inesperados, Raros, Inéditos ou Surpreendentes

MÉDICO: Código [] [] [] [] [] []

DATA DO PREENCHIMENTO ____ / ____ / ____

UTENTE*: Idade [] [] []

Sexo Masc [] Fem []

CARACTERÍSTICAS DO ACONTECIMENTO IRIS:

Data de ocorrência ____ / ____ / ____

Descrição (Indique, quando aplicável):

1. se é uma doença, um síndrome, um sintoma ou vários (quais?);
ou descreva o tipo de lesões encontradas;
2. a localização;
3. a causa, se conhecida ou suspeitada;
4. circunstâncias da ocorrência

* Se se tratar de um acontecimento IRIS colectivo, não preencha o item referente ao utente.

Atenção: notifique os acontecimentos IRIS de que tiver conhecimento, mesmo que tenham ocorrido em utentes que não façam parte da sua lista.

MÉDICOS SENTINELA 2002

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE
OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL

MÉDICOS-SENTINELA
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
Observatório Nacional de Saúde
Av. Padre Cruz
1649-016 LISBOA

MÉDICOS PARTICIPANTES	CENTRO DE SAÚDE
ADRIANO BORGES MONTEIRO	AZAMBUJA
ADRIANO DE OLIVEIRA DOMINGUES	ÁGUEDA
ALDORA SARAIVA NEVES FIRMO	SOURE
ÁLVARO LUIS PORTELA SIMÕES	OLIVEIRA DO HOSPITAL
ALZIRA FIGUEIREDO BARATA	NORTON DE MATOS
ALZIRA FLORINDA ALVES GOMES	REBORDOSA
ALZIRA OLIVEIRA BRAGA BISCAIA	RIO TINTO
AMADEU ANTÓNIO PINTO DUARTE	LAMEGO
ANA CRISTINA MEIRELES PEREIRA	AVEIRO
ANA CRISTINA PINTO MAGALHÃES	LOULÉ
ANA MARGARIDA AGUIAR LEVY	SINTRA

ANA MARIA CONCEIÇÃO ERNESTO	MEALHADA
ANA MARIA COSTA SÁ MARQUES PIRES	PONTE DE LIMA
ANA MARIA FERREIRA	CELORICO DA BEIRA
ANA MARIA ISIDRO MONSANTO PEREIRA	OURIQUE
ANA MARIA MEIRA MACEDO SARDINHA	MATOSINHOS
ANA MARIA RODRIGUES BARROS	DR. GORJÃO HENRIQUES
ANA MARIA ROSAS VIEIRA	AMARANTE
ANA MARIA SILVA AZENHA PISCO	CALDAS DA RAINHA
ANA PAULA JESUS MOREIRA	BARÃO CORVO
ANA PAULA PIRES GRANADEIRO	MOITA
ANABELA SANTANA MIRANDA DE LIMA	GRAÇA
ANTÓNIO AURÉLIO REBELO FIGUEIREDO	AGUAS SANTAS
ANTÓNIO DAVID PINTO MARTINHO	FUNDÃO

ANTÓNIO DINIS MACHADO DA SILVA	VILA VERDE
ANTÓNIO JOÃO PASSÃO LOPES	ÉVORA
ANTÓNIO JOSÉ DA SILVA VALENTE	BRAGANÇA
ANTÓNIO JOSÉ NOVAIS TAVARES	MAÇÃO
ANTÓNIO LUÍS GLÓRIAS FERREIRA	REDONDO
ANTÓNIO MARTINS SILVA CAIO	FUNDÃO
ANTÓNIO PEDRO GARRIDO CAETANO	ALVITO
ANTÓNIO VALÉRIO ROSA	MOITA
ARISTEU DOMINGOS LEITÃO	GUIMARÃES
AUSENDA ZAIDA BELO MARTINS	PONTE DE SÔR
CARLOS ALBERTO SANTOS REIS	SINES
CARLOS MANUEL PRÍNCIPE CEIA	CORUCHE
CECÍLIA GARRIDO TEIXEIRA	TORRES VEDRAS

CESARINA AUGUSTA SANTOS SILVA	ERMESINDE
CRISTINA SOUSA CASTELA	TAROUCA
CRISTINA MARIA SILVA CHILRO	CASTELO DE PAIVA
CRISTINA SOUSA PEREIRA PINTO	LEÇA DA PALMEIRA
DAGOBERTO MARÍLIO MONTEIRO MOURA	PARANHOS
DANIEL JOSÉ MARQUES FURTADO SILVA	ALDOAR
DEOLINDA MARIA SILVA DINIZ	ALMADA
EDITE MARIA CALDAS DA SILVA	LEÇA DA PALMEIRA
ELISA MARIA BENTO DA GUIA	MOIMENTA DA BEIRA
EMÍLIA MARIA TEIXEIRA	LEÇA DA PALMEIRA
FELICIDADE MARIA MALHEIRO	PARANHOS
FERNANDA MARIA PINHO TAVARES	VILA DO CONDE
FERNANDO AUGUSTO SEVERINO SILVA	WISEU



FERNANDO JOSÉ SANTOS ALMEIDA

ARCOZELO

FERNANDO MANUEL OLIVEIRA FARDILHA

OVAR

FERNANDO OLIVEIRA RODRIGUES

PONTE DE SÔR

FRANCISCO MANUEL PÁSCOA

COVA DA PIEDADE

GRAÇA MARIA BARRETO MARTINS

WISEU

HELENA MARIA DA SILVA FERREIRA

MEALHADA

ISABEL CRISTINA MARTINS AZEVEDO

HORTA

ISABEL MARIA AMARAL ALMEIDA ALVES

FREIXO

ISABEL TAVEIRA PINTO

PONTE DE SÔR

JAIME CORREIA DE SOUSA

MATOSINHOS

JESUS PEREZ Y SANCHEZ

MATOSINHOS

JOANA NETO DE CARVALHO

STº CONDESTÁVEL

JOÃO MARINHO TROCADO MOREIRA

AVIS

JOÃO ALBERTO ALVES CARVALHO	FUNDÃO
JOÃO ANTÓNIO DUARTE SOUSA CUNHA	MONFORTE
JOÃO ANTÓNIO INÁCIO CONCEIÇÃO	TOMAR
JOÃO ANTÓNIO MARTIN SILVA REGO	FAFE
JOÃO HORÁCIO SOARES MEDEIROS	SANTA MARTA DE PENAGUIÃO
JOÃO LUÍS DA SILVA PEREIRA	SACAVÉM
JOÃO RICARDO SANTOS BRITO	GRAÇA
JOAQUIM BAPTISTA DA FONSECA	SANTA MARTA DE PENAGUIÃO
JOAQUIM MANUEL COSTA DOMINGUES	AJUDA
JOAQUIM MANUEL RAMALHO FITAS	MONTEMOR-O-NOVO
JORGE ALBERTO LORGA RAMOS	PORTEL
JORGE MANUEL MONTEIRO DE ALMEIDA	PESO DA RÉGUA
JORGE MANUEL PEREIRA CRUZ	MIRANDELA

JORGE MARIA SILVA VIANA SÁ	REDONDO
JOSÉ ANTÓNIO NUNES DE SOUSA	FEIRA
JOSÉ ARMANDO BAPTISTA PEREIRA	PAREDES
JOSÉ AUGUSTO GONÇALVES MACEDO	GUIMARÃES
JOSÉ AUGUSTO MANTEIGA RUIVO	ALCANENA
JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES	GÓIS
JOSÉ JOÃO FERREIRA JESUS RICARDO	ARRONCHES
JOSÉ PEDRO VERDELHO ALVES	BOTICAS
LIA MARTINS FERREIRA CARDOSO	UISEU
LICÍNIO LABORINHO FIALHO	NAZARÉ
LÚCIA MARIA FERREIRA	SEVER DO VOUGA
LUCINDA ROSARIA SILVEIRO	SEIXAL
LUÍS ALLEN SERRAS PEREIRA	CARNAXIDE

LUÍSA MARIA MOREIRA GOMES	BARCELINHOS
MADALENA REIS CORBAFO ARAÚJO	HORTA
MANUEL AUGUSTO SANTOS COELHO	FUNDÃO
MANUEL DOS SANTOS SOARES	CARNAXIDE
MANUEL FILIPE FREIRE ANDRADE	VILA VERDE
MANUEL FRANCISCO GODINHO	LAGOS
MANUEL JOAQUIM GONÇALVES	BARCELINHOS
MANUEL LUCIANO CORREIA SILVA	MATOSINHOS
MARGARIDA CONCEIÇÃO REIS LIMA	BRAGA I
MARGARIDA GUIMARÃES	CASTRO DAIRE
MARGARIDA MARIA LOBÃO FERREIRA	PENALVA DO CASTELO
MARIA ADELINA MOREIRA GUEDES	LOUSADA
MARIA AUGUSTA ALMEIDA PEREIRA	TERRAS DO BOURO

MARIA CRISTINA DE MIRA GALVÃO	SERPA
MARIA DA CONCEIÇÃO FRAGA COSTA	PESO DA RÉGUA
MARIA DA LUZ ESTEVES	FEIRA
MARIA DE FÁTIMA GLÓRIAS FERREIRA	ALANDROAL
MARIA DE FÁTIMA GOMES DOMINGOS	SOBRAL DE MONTE AGRAÇO
MARIA DE FÁTIMA SOUSA DA SILVA	AMARANTE
MARIA ELVIRA PINTO COSTA SILVA	BARÃO CORVO
MARIA EMÍLIA CORREIA BARROS	ESPINHO
MARIA FÁTIMA CRUZ BEIROLA	STº CONDESTÁVEL
MARIA FERNANDA LEITE GOUVEIA	PONTE DE SÔR
MARIA FILOMENA MINA HENRIQUES	STº ANTONIO DA SERRA MACHICO
MARIA GABRIELA SALLÉ SOUSA BRITO	LAMEGO
MARIA GRAÇA CARVALHAL FEIO	MATOSINHOS

MARIA GRACINDA PEREIRA RODRIGUES	PONTE DE SÔR
MARIA HELENA SÁ PEREIRA FERNANDES	MATOSINHOS
MARIA ISABEL VENÂNCIO MORAIS	PONTE DE LIMA
MARIA JOSÉ BRITO VALÉRIO ROSA	BARREIRO
MARIA JOSÉ RIBAS CASTRO	MATOSINHOS
MARIA JOSÉ SALGUEIRO CARMO	CASTRO MARIM
MARIA JOSÉ TOVAR	ÁGUEDA
MARIA JOSEFINA MARAU GONÇALVES	SINTRA
MARIA LURDES NERY COSTA FERREIRA	WISEU
MARIA MADALENA PRIMO CABRAL	NORTON DE MATOS
MARIA MANUEL MARQUES AÇAFRÃO	DR. ARNALDO SAMPAIO
MARIA MANUEL RUELA SILVA CUNHA	AVEIRO
MARIA MANUELA ALVES FONTOURA	PARANHOS

MARIA MANUELA MOREIRA SUCENA MIRA	ÁGUEDA
MARIA MARGARIDA CASTRO LEITE	GRÂNDOLA
MARIA ODETE SEMEDO OLIVEIRA	MEALHADA
MARIA OTÍLIA GRAÇA VIDAL	ÁGUEDA
MARIA PALMIRA FERNANDES CARNEIRO	VILA VERDE
MARIA PAULA FERNANDES	PONTINHA
MARIA PAULA RODRIGUES FERREIRA	TORRES VEDRAS
MARIA PRAZERES RODRIGUES SILVA	LEÇA DA PALMEIRA
MARIA RAQUEL FRAGA CASTRO	MATOSINHOS
MARIA TERESA MINISTRO ESTEVES	WISEU
MARÍLIA JARDIM FERNANDES	SANTA CRUZ
MARÍLIA JOSÉ PEREIRA DIOGO	OVAR
MARÍLIA SILVESTRE CARVALHO	GRAÇA

MÁRIO FERNANDO LUZ SILVA	CHAMUSCA
MIGUEL ALBERTO CRUZ MELO	BRAGA I
NANTÍLIA AUGUSTA ALMEIDA BARBOSA	AVEIRO
OLGA MARIA CORREIA XAVIER ROCHA	PAREDE
PAULO GUILHERME LOPES ASCENSÃO	CASTRO VERDE
PAULO JOSÉ MENDES GOUCHA JORGE	SANTARÉM
RITA DE FÁTIMA MENDES PINHEIRO	FREIXO
ROGÉRIO RAMIRO CARVALHO SOUSA	SABUGAL
ROSA MARIA FERREIRA CASTRO GOMES	FREIXO
ROSA MARIA AMORIM DOS REIS	VILA DO CONDE
ROSA MARIA ANTUNES QUARESMA	GAVIÃO
RUI AFONSO CERADAS	ARCOZELO
RUI CÉSAR CAMPOS CASTRO	SANTARÉM

RUI MANUEL CAMPOS TEIXEIRA	PINHEL
RUI MANUEL FARIA SILVA NETO	LOUSADA
RUI MANUEL TABORDA GONÇALVES	PINHEL
RUI MANUEL TAVARES AMARAL	VINHAI
RUI MARQUES RODRIGUES SANTOS	MONDIM DE BASTO
RUI PEREIRA ALVES BRÁS	CASTELO DE VIDE
SÉRGIO ANTÓNIO SOUSA VIEIRA	TERMAS DE S. VICENTE
SÉRGIO JÚLIO VERDELHO ALVES	CARTAXO
TERESA LAGINHA	CORAÇÃO DE JESUS
TERESA MARIA CAMPOS ÂNGELO MENDES	SERTÃ
VALÉRIO MANUEL NETO CAPAZ	CORUCHE
ZAIDA AGUIAR SÁ AZEREDO	CARVALHOSA



Ministério da Saúde



Portugal em Acção

Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge (INSA)
Observatório Nacional de Saúde (ONSA).
Portugal.

Médicos Sentinela:

O que deu nas vistas em 2002 - 16

Relatório de Actividades 2002

Lisboa: 2004

Propriedade: ONSA – Observatório Nacional
de Saúde

Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa. Portugal

Tiragem: 1000 exemplares

ISBN: 972-8643-17-9

Depósito Legal: 122033/98