



saúde em números

VOL. 5 N.º 3

JULHO — 1990

SUMÁRIO

17 "MÉDICOS-SENTINELA": 9 PASSOS EM FRENTE

22 QUALIDADE DOS CERTIFICADOS DE ÓBITO EM VILA NOVA DE GAIA

MÉDICOS-SENTINELA: 9 PASSOS EM FRENTE

José Marinho Falcão*

INTRODUÇÃO

O projecto "Médicos-Sentinela" visa criar um instrumento de medida de saúde que, com base numa rede de médicos de Clínica Geral:

1. constitua a base de um sistema de informação de saúde, especialmente dirigido à produção de estimativas de incidência;
2. facilite a realização de estudos específicos, em regra de curta duração;
3. assegure a participação portuguesa no projecto "Eurosentinel" do COMAC "Health Services Research" da CEE.

ANTECEDENTES

Desde 1980, alguns epidemiologistas portugueses tomaram contacto com as redes de "médicos-sentinela" em operação na Bélgica e no Reino Unido.

As discussões tendentes a definir os objectivos do projecto e as suas características genéricas ocorreram em 1987 e envolveram os epidemiologistas da Divisão de Epidemiologia (DE) da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP).

Nesse ano realizaram-se alguns testes de campo e foi preparado um documento preliminar contendo a estratégia geral de lançamento do projecto.

Em Outubro de 1988, houve conhecimento de que a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG) planeava lançar uma rede de médicos de clínica geral, no âmbito do projecto "Eurosentinel" do COMAC-HSR (Health Services Research) da Comunidade Económica Europeia.

O diálogo encetado entre a DE e a APMCG permitiu que ambas as partes concordassem em desenvolver um projecto único.

* Divisão de Epidemiologia — D. G. Cuidados de Saúde Primários.



Em Março de 1989 foi iniciada a constituição da primeira rede de médicos, no distrito de Setúbal. Novas redes distritais foram, entretanto, criadas. É, agora, oportuno descrever a evolução de "Médicos-Sentinela" até Junho de 1990, e apresentar algumas das primeiras estimativas de incidência calculadas pelo sistema.

PROGRESSÃO DA COBERTURA GEOGRÁFICA

Em Junho de 1990, cerca de 15 meses depois do seu lançamento em dois distritos experimentais (Setúbal e Beja), "Médicos-Sentinela" tinha dado os seus primeiros 9 passos, cobrindo outros tantos distritos (Fig. 1).

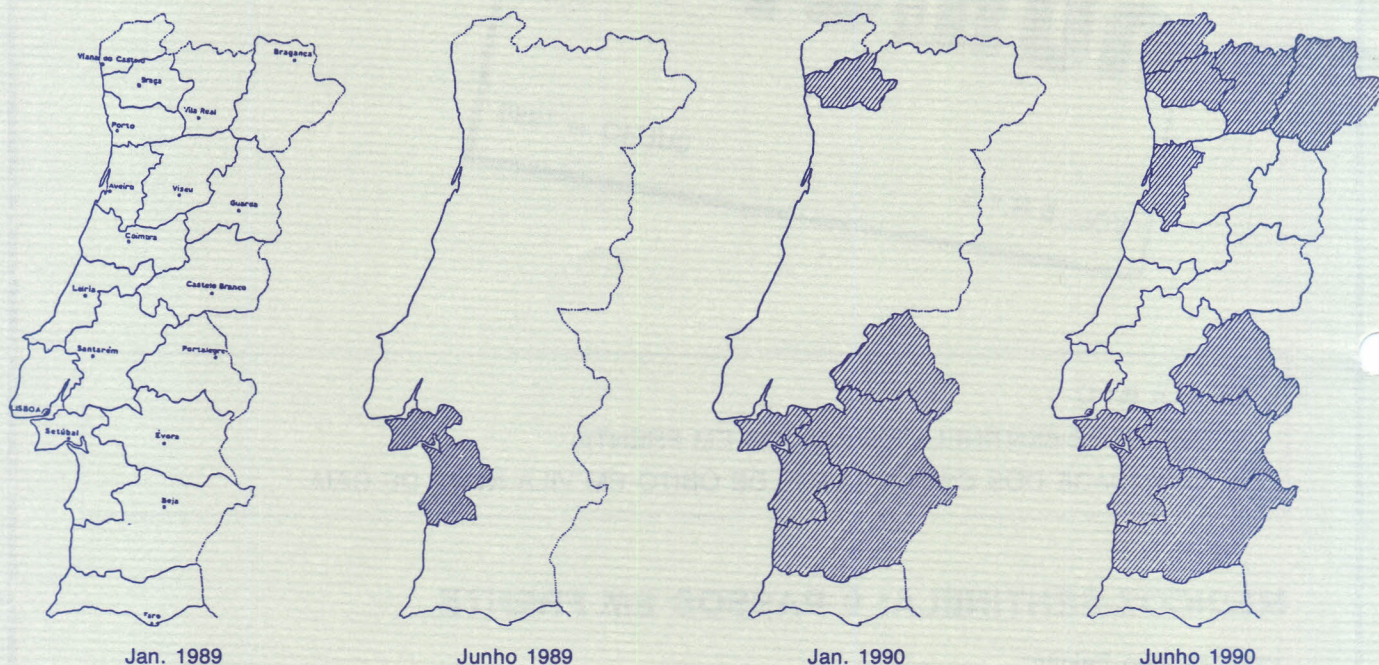


Fig. 1 — Progressão da rede de médicos nos distritos do Continente, até Junho de 1990

Prevê-se que a cobertura do Continente esteja completa no final do ano de 1990.

MÉDICOS PARTICIPANTES

Em Junho de 1990, 125 médicos participavam regularmente no projecto (Quadro I).

Quadro I — Distribuição dos médicos participantes por sexo e idade, em 9 distritos do Continente.

	<30	30-34	35-39	40 e +	Total
Médicos	1	31	18	2	52
Médicas	1	35	33	4	73
Total	2	66	51	6	125

A distribuição distrital dos médicos está descrita no Quadro II.

Quadro II — Distribuição dos médicos participantes, por distritos.

Setúbal	43
Beja	11
Évora	5
Portalegre	15
Bragança	5
Vila Real	4
Braga	19
Viana do Castelo	1
Aveiro	22
Total	125

A POPULAÇÃO SOB OBSERVAÇÃO

Considera-se população sob observação o conjunto de todos os indivíduos inscritos na lista dos médicos participantes.

A caracterização da composição da lista de cada médico foi feita por sexo e ano do nascimento de cada

utente. O somatório dos utentes dos vários médicos-sentinela, agregados em grupos etários, constituem a base para o cálculo dos denominadores das taxas de incidência.

Quadro III — Distribuição dos indivíduos inscritos nas listas dos médicos-sentinela participantes, por sexo e idade.

	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 e +	Total
H	11498	14374	12733	11216	9050	8942	8118	6818	82749
M	10872	14209	14549	11967	10080	10363	9385	9664	91089
H + M	22370	28583	27282	23183	19130	19305	17503	16472	173838

Verifica-se que cerca de 170 000 indivíduos constituem a população total sob observação.

As diferenças entre os distritos são apreciáveis, como seria de esperar face à dimensão da população de cada um (Quadro IV).

Quadro IV — Distribuição da população sob observação, por distritos (em milhares)

Setúbal	67,6
Beja	14,2
Évora	6,1
Portalegre	17,2
Bragança	4,4
Vila Real	4,1
Braga	24,2
Viana do Castelo	1,6
Aveiro	34,5
Total	173,9

AS ÁREAS TEMÁTICAS EM ESTUDO

As áreas temáticas foram seleccionadas aplicando, sem rigidez, o seguinte conjunto de critérios:

a) terem importância nacional (determinada pela frequência, letalidade, evolução especial ou outro indicador);

b) não serem alvo de estudo regular por outros sistemas de informação de rotina;

c) ter uma probabilidade razoável de ser diagnosticada pelo médico ou de chegar, por outra forma, ao seu conhecimento.

Sete doenças e situações foram seleccionadas para lançar a fase experimental, em Março de 1989. Em Outubro de 1989, quatro outras doenças e situações foram acrescentadas ao grupo inicial.

Quadro V — Doenças e situações em estudo durante o ano de 1990.

Para lançamento (Março de 1989)	Incluídas em 1 de Outubro de 1989
Enfarte de miocárdio	Acidente isquémico transit.
Acidente vascular cerebral	Sintomas/infecção urinária
Acidentes (domésticos, de lazer, de viação, de trabalho)	Síndrome gripal
Agressões	Interrupção vol. gravidez
Suicídio e tentativa de suicídio	
Parotidite ¹	
Sarampo ¹	

¹ Apesar de não respeitarem um dos critérios de selecção, a parotidite e o sarampo foram incluídos por estarem a ser estudadas no projecto "Eurosentinel".

RESULTADOS

O desenvolvimento já atingido pelo projecto torna possível o cálculo de estimativas das taxas de incidência de algumas das doenças mais frequentemente notificadas.

As estimativas referem-se apenas aos distritos de Setúbal e de Beja, tomados em conjunto, e ao período Outubro de 1989 a Março de 1990. De facto, nesse período, apenas aqueles dois distritos tinham redes de médicos-sentinela suficientemente estabilizadas.

SINDROMA GRIPAL

Quadro VI — Taxas de incidência de síndrome gripal, nos distritos de Setúbal e de Beja, por grupo etário e quinzena da ocorrência (/100 000 indivíduos. quinzena).

	QUINZENAS — 1989					
	1.10 15.10	16.10 31.10	1.11 15.11	16.11 30.11	1.12 15.12	16.12 31.12
0-9	73.7	27.7	92.0	117.7	105.5	315.6
10-19	33.5	10.4	96.2	78.8	234.0	294.4
20-39	35.9	22.7	81.0	122.0	105.5	169.7
40-59	115.1	69.6	79.7	121.9	174.4	253.0
60 +	73.3	70.8	178.3	130.9	352.7	405.2
Total	66.3	41.6	103.1	116.3	190.0	272.8

QUINZENAS — 1990

	1.1 15.1	16.1 31.1	1.2 15.2	16.2 28.2	1.3 15.3	16.3 31.3
0-9	477.7	446.7	93.8	34.8	130.4	—
10-19	360.8	321.1	160.3	76.3	95.9	46.6
20-39	242.6	265.6	113.6	90.1	96.0	16.9
40-59	526.4	310.2	221.2	84.8	137.0	41.3
60 +	623.5	388.6	149.9	142.5	105.5	93.8
Total	429.1	329.7	151.0	89.9	111.6	40.0

Note-se que a taxa de incidência quinzenal começa a elevar-se durante o mês de Novembro, atinge o valor máximo durante a primeira quinzena de Janeiro e decresce depois até final de Março (Fig. 2).

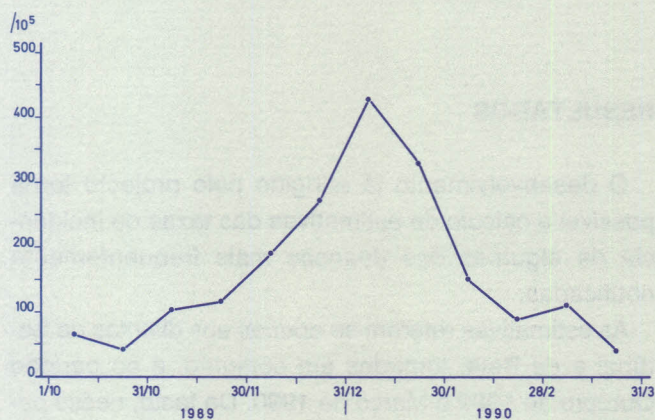


Fig. 2 — Taxas de incidência quinzenais de síndrome gripal (distritos de Setúbal + Beja)

Assinale-se ainda que a estimativa é mais elevada no grupo etário mais idoso, sobretudo durante as quinzenas de maior incidência.

Registe-se ainda que, nessas quinzenas, a distribuição das taxas assumiu uma forma grosseiramente em U, com o valor mais baixo pertencente, em regra, ao grupo etário 20-39 anos.

As limitações genéricas do sistema não permitem distinguir se a distribuição descrita corresponde a efectivas diferenças de incidência ou apenas a diferente procura de cuidados de clínica geral, pelos vários grupos etários.

Admite-se que a proporção de casos não notificados, seja elevada. Apesar disso, foi possível, em 1989/1990 acompanhar a evolução do número absoluto de casos notificados ao longo do tempo e identificar o início e o fim do surto verificado.

Julga-se, por isso, que “Médicos-Sentinelas” está fortemente vocacionado para monitorizar a incidência do síndrome gripal.

SINTOMAS / INFECÇÃO URINÁRIA

Quadro VII — Estimativa das taxas de incidência anuais de sintomas/infecção urinária, por sexo e idade dos doentes, nos distritos de Setúbal + Beja (/100 000 indivíduos).

	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 e +	Total
H. . . .	194.4 (3)	— (—)	112.8 (2)	165.6 (3)	319.2 (5)	141.6 (2)	1008.0 (12)	307.2 (3)	242.4 (30)
M . . .	823.2 (12)	602.4 (12)	1483.2 (30)	1972.8 (37)	1879.2 (30)	2361.6 (36)	2520.0 (33)	1262.4 (17)	1572.0 (207)

Nota: número de casos, entre parêntesis.

Registem-se as taxas muito mais elevadas que afectam o sexo feminino e o seu crescimento desde o grupo etário 10-19 até ao grupo 60-69 (Fig. 3).

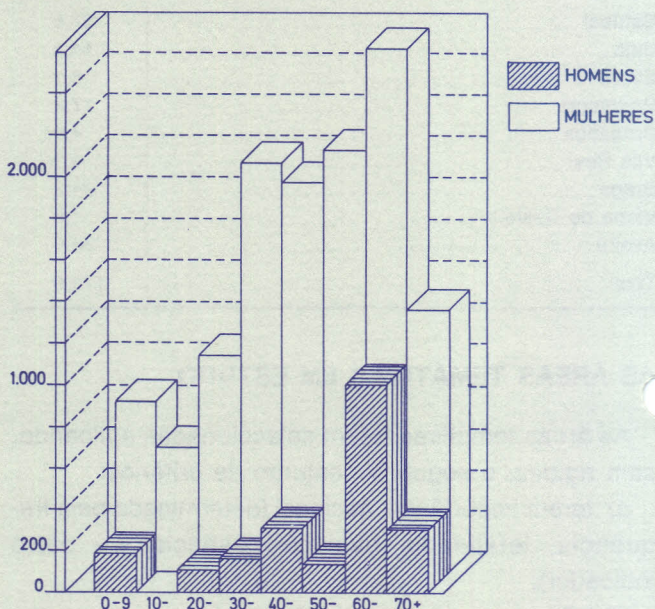


Fig. 3 — Estimativas das taxas de incidência anuais de sintomas/infecção urinária (Distritos de Setúbal + Beja; Outubro de 1989 a Março de 1990).

Como no síndrome gripal, diferenças dos vários grupos etários na procura de cuidados de clínica geral podem explicar a variação das taxas.

Já dificilmente, esse fenómeno explicará a diferença tão acentuada que se verifica entre os sexos.

A situação "sintomas/infecção urinária" foi muito frequentemente notificada neste período. Não estando disponíveis fontes alternativas de dados, julga-se que "Médicos-Sentinela" tem vocação para estudar esta doença, provavelmente de forma não contínua, mas com periodicidade regular.

PAROTIDITE EPIDÉMICA

Quadro VIII — Estimativa das taxas de incidência anuais de parotidite epidémica, por sexo e idade dos doentes, nos distritos de Setúbal e Beja (/100 000 indivíduos)

	0-4	5-9	10-14
H	691.2 (4)	2875.2 (28)	912.0 (10)
M	926.4 (5)	1742.4 (16)	770.4 (8)
Total	806.4	2325.6	844.8

Note-se que as crianças do grupo etário 0-4 anos com parotidite poderão ser tratadas por médicos pediatras, com mais frequência do que as do grupo etário 5-9 anos. Esse eventual procedimento pode contribuir para subestimar a incidência do primeiro grupo etário, em relação ao segundo.

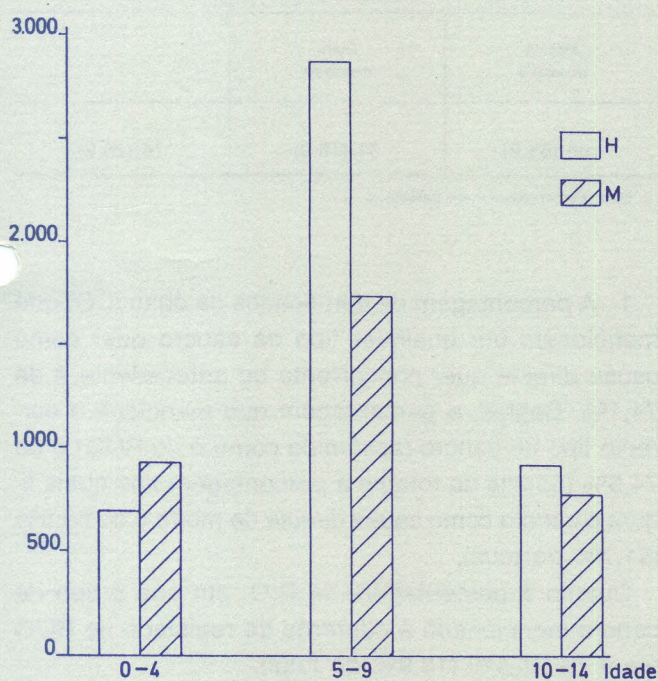


Fig. 4 — Estimativa das taxas de incidência anuais de parotidite epidémica — Distritos de Setúbal + Beja; Outubro de 1989 a Março de 1990 (/100.000).

REFERÊNCIAS

- 1 — Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde — Inquérito Nacional de Saúde, 1987.
- 2 — Portaria n.º 766/86, de 26 de Dezembro.
- 3 — Portaria n.º 35/88, de 16 de Janeiro.
- 4 — Crombia D. L., Fleming D. M., Norbury C. A., Weekly Returns Service-Report for 1988.
- 5 — NIVEL: Continuous Morbidity Registration Sentinel Stations — The Netherlands, 1986.
- 6 — Institut d'Hygiene et d'Epidemiologie, La morbidité en Belgique en 1987: Reseau d'enregistrement des médecins vigies.
- 7 — Sentinella 1988/89 — Le système de déclaration Sentinella en Suisse: résultats de l'enquête annuelle de Juin 1988 à Mai 1989.
- 8 — DGCSP, Div. Epidemiologia — Programa Médicos-Sentinela, 1988.
- 9 — Van Casteren V, — A descriptive study on sentinel health information systems with GPs in the countries of the European Economic Community, 1987. Institut d'Hygiene et d'Epidemiologie, Bruxelles.
- 10 — DGCSP — Risco de Morrer em Portugal, 1988.
- 11 — Moreira V. V., et al — Utilização de exames laboratoriais de sangue, em Clínica Geral, Rev. Port. Clin. Geral 7, 1:6-13.
- 12 — EUROSENTINEL — Sentinel networks of GPs as early warning system of an influenza epidemic, Quaterly Newsletter no. 6.

QUALIDADE DOS CERTIFICADOS DE ÓBITO EM VILA NOVA DE GAIA

João Amado*, E. Matos*, José M. Calheiros*, A. P. Santos*, A. Ribeiro*, M. I. Cardoso*, M. M. Neto*, M. Martins*, P. Fernandes*, T. Gomes*, C. Ramalho**, A. Ramalho**, A. Castro**

INTRODUÇÃO

As estatísticas de mortalidade, a par das restantes estatísticas demográficas, são as que mais usualmente se utilizam quer como indicadores em saúde quer com vista às acções que desde o planeamento à avaliação, dia a dia, ajudam a elaborar a decisão do trabalhador de saúde (1, 2, 3, 4).

A fonte dos dados, no que às estatísticas de mortalidade diz respeito, é o certificado de óbito, preenchido pelo clínico, de acordo com o modelo em vigor.

A codificação da causa básica, a cargo de técnicos especializados e usando regras estabelecidas, possibilita a publicação de resultados, passíveis, assim, de serem comparados.

Um grupo de doenças para o qual se julga existir maior sensibilidade do clínico para o correcto preenchimento do diagnóstico é aquele que diz respeito aos tumores malignos.

Os dados dos Registos Oncológicos têm permitido a realização de diversos estudos com vista à determinação da fiabilidade que merecem os certificados de óbito, nas respectivas áreas e para o tipo de patologia a que eles dizem respeito (4, 5, 6, 7).

Foi o que presentemente iniciámos tendo como base o único Registo Oncológico de Base Populacional do Continente, à data existente.

OBJECTIVO

O nosso objectivo foi, pois, avaliar a informação sobre a doença neoplásica contida nos certificados de óbito dos doentes registados em 1981 e 1982, no Registo Oncológico de Vila Nova de Gaia (ROG) (8, 9).

* Do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.

** Do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

MÉTODO

A partir dos dados de todos os doentes registados em 1981 e 1982, no Registo Oncológico de Vila Nova de Gaia (ROG) (8, 9) foram consultados nas duas Conservatórias do Registo Civil de Vila Nova de Gaia (desde o ano de 1981 a 1988), para os falecidos, os respectivos certificados de óbito; para os vivos, ou mortos sem informação, os assentos de nascimento.

A informação assim obtida foi devidamente analisada quer quanto à inclusão nas diferentes causas e patologia registada, quer quanto ao médico certificador.

RESULTADOS

Dos resultados obtidos (Quadro I) podemos verificar que

Quadro I — Concordância entre o diagnóstico de 286 casos de neoplasia maligna, registados no ROG e falecidos, e o diagnóstico inscrito no certificado de óbito.

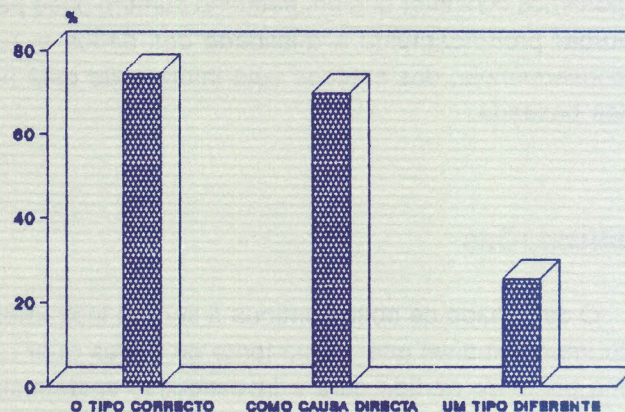
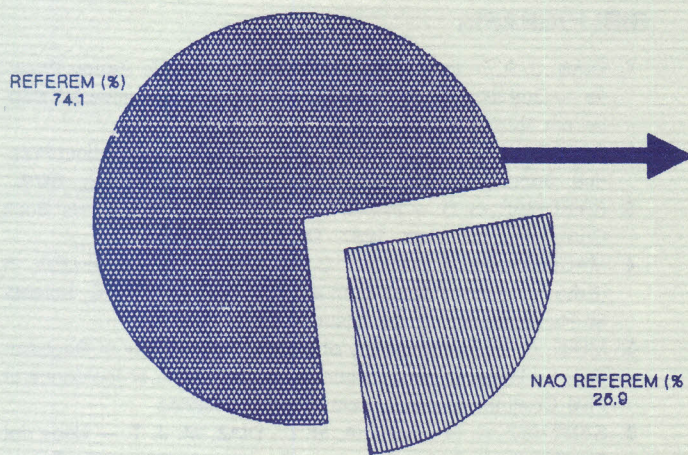
Com neoplasia no certificado de óbito		Sem neoplasia no certificado de óbito
Mesma neoplasia	Outra neoplasia	
158 (55.2)	54 (18.9)	74 (25.9)

Nota: Percentagem entre parêntesis

1. A percentagem de certificados de óbito (CO) que mencionam um qualquer tipo de cancro quer como causa directa quer concorrente ou antecedente é de 74,1%. Destes, a percentagem que menciona o correcto tipo de cancro (assumido como o do ROG) é de 74,5% (55,2% do total) e a percentagem nos quais figura o cancro como causa directa de morte é de 69,8% (51,7% do total).

Quanto à percentagem de C.O. em que o tipo de cancro mencionado é diferente do registado no ROG ela é de 25,5% (18,9% do total).

A percentagem de certificados de óbito nos quais não é feita qualquer referência ao cancro é de 25,9% (Fig. 1).



ROG, 1981-1982

Fig. 1 — Certificados de óbito — referência ao cancro

2. Relativamente aos médicos certificadores eles, no total, foram 197.

Analisando apenas os dados registados pelos médicos que, no período considerado, subscreveram 7 ou mais certificados de óbito verificamos que (Fig. 2).

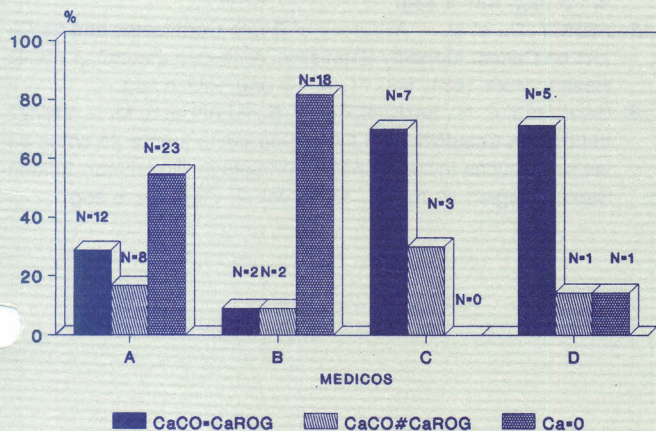


Fig. 2 — Certificados de óbito por médico (com n = ou > 7) ROG, 1981-1982

2.1. São quatro (4) os médicos que o fizeram e representam 2% de todos os certificadores.

2.2. A eles se devem 28,3% do total dos certificados emitidos.

2.3. O erro é mais elevado naqueles que maior número de certificados subscreveram.

Quadro II — Certificados de óbito por médico com 7 ou mais emitidos

MÉDICO	CERTIFICADOS SUBSCRITOS			
	TOTAL N	CaCO = CaROG N	CaCO ≠ CaROG N	Ca = 0 N
A	43	12	8	23
B	22	2	2	18
C	10	7	3	0
D	7	5	1	1
	82	26	14	42

LEGENDA: CaCO = CaROG → Cancro registado no CO está coincidente com o do Registo Oncológico.
 CaCO ≠ CaROG → Cancro Registado no CO não coincide com o do Registo Oncológico.
 Ca = 0 → No CO não existe qualquer referência a cancro.

CONCLUSÕES

1. Globalmente podemos considerar que, nos COs, o cancro é mencionado numa percentagem (74,1%) situada abaixo da de outros registos o mesmo se passando quanto à concordância entre o cancro registado no ROG e o do CO (74,5%, ou seja, 55,2% do total (6, 10, 11, 12, 13);

2. Avaliando a conformidade do diagnóstico do registo com a causa directa da morte, verificamos que a sua fiabilidade, é reduzida (69,5%);

3. No que diz respeito à importância do certificador, podemos constatar que um pequeno número pode perturbar profundamente a qualidade dos dados e, por consequência, dos estudos cuja informação está neles baseada.

SUGESTÕES

O certificado de óbito continua a ser um instrumento imprescindível quer como fonte de dados quer como ponto de partida para a investigação epidemiológica. Assim julgamos que seria possível melhorar a referida qualidade se fossem devidamente contempladas as seguintes sugestões:

1. O certificado definitivo deveria ser sempre da autoria do médico de família; em sua impossibilidade teria carácter provisório e deveria ser substituído a curto prazo (a determinar).
2. Não sendo viável em prazo útil a substituição sugerida, esta tarefa caberia ao responsável pelo respectivo Centro de Saúde o qual teria acesso a todo o processo clínico.
3. De modo a possibilitar os conhecimentos necessários, dever-se-ia incluir na formação tanto pré como pós-graduada a sensibilização e treino adequados de modo a garantir, pelos profissionais respectivos, o correcto preenchimento dos documentos em vigor.

BIBLIOGRAFIA

1. DIAS, J. A. — Indicadores de Morbilidade e de Saúde Positiva — Que alternativa face às estatísticas de mortalidade? Saúde em Números, 1988; 3: 22-24.
2. BARKER, D. J. P., ROSE, G. — Epidemiology in Medical Practice. Second Edition. Churchill Livingstone. Edinburg, 1979.
3. FRIEDMAN, G. D. — Primer of Epidemiology. McGraw-Hill Book Company, New York, 1987. Third edition.
4. MACLENNAN, R., MUIR, C., STEINITZ, R., WINKLER, A (Eds) — Cancer Registration and its Techniques. IARC, Scientific Publications, n.º 21. Lyon, 1979.
5. MUIR, C. — Comparability of Data and Reliability of Registration. In: Waterhouse J., Muir, C. et al. — Cancer Incidence in Five Continents. IARC, Scientific Publications.
6. SANCHEZ, C. N., GARCIA, M. L., DIAZ, M. J. T. — Usos del Certificado de Defunción en un Registro de Cáncer de Población. Gazeta Sanitaria / Julio-Agosto, 1988, n.º 7, vol. 2, pág. 167 e seg.
7. PARKING, D. M., WAGNER, G. and MUIR, C. S. (Eds) — The Role of the Registry in Cancer Control. IARC, Scientific Publications, n.º 66, Lyon, 1985.
8. AMADO, J. et al. — Incidência e Mortalidade no Concelho de Vila Nova de Gaia (1981-1987). Trabalho para publicação.
9. GOMES, T. et al. — Registo Oncológico de Vila Nova de Gaia (1981-1985). Jornal do Médico, n.º 123: 647, 1987, pág. 385-404.
10. BENAVIDES, F. G. — Fiabilidad de las Estadísticas de Mortalidad. Conselleria de Sanitat i Consum. Generalitat Valenciana, 1986.
11. GLASSER, J. H. — The Quality and Utility of Death Certificate Data. American Journal of Public Health. Mars 1981, vol. 71, n.º 3 pág. 231 e seg.
12. PERCY, C., et al. — Accuracy of Death Certificates and Its Effect on Cancer Mortality Statistics. American Journal of Public Health. Mars 1981, vol. 71, n.º 3 pág. 242 e seg.
13. SANCHEZ, C. N., SANCHEZ, J. A. S., ILLAN, J. A. M. — Validez del Boletín Estadístico de Defunción como fuente de datos en las estadísticas sobre el cáncer. Un estudio Preliminar. Boletín Sauidad Region Murciana, 1984, vol. 4, pág. 177 e seg.

DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
SERVIÇO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1056 LISBOA Codex

Tel. 352 45 15
Telex: 64237

COMPOSTO E IMPRESSO NA GRÁFICA MONUMENTAL, LDA.
RUA NEVES FERREIRA, 13, 1.º — 1100 LISBOA
JULHO 90
2000 EXEMPLARES
DEPÓSITO LEGAL 33.517/90
ISSN 0871-0813

Autorizada a reprodução total ou parcial de figuras e texto sem autorização prévia, desde que sejam referidas a fonte e o autor