



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

# ***Qualidade da Vigilância Perinatal pelo Médico de Família no Distrito de Coimbra***

---

Artigo Científico

João Manuel Martins Simões<sup>1</sup>  
Doutorando Hernâni Pombas Caniço<sup>1</sup>  
Prof. Doutor José Manuel Monteiro de Carvalho e Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

**Março 2014**

*Trabalho Final do 6º ano médico com vista à atribuição do Grau de Mestre no âmbito do ciclo de estudos de Mestrado Integrado em Medicina*

## ÍNDICE

	Página
Resumo.....	2
<i>Abstract</i> .....	4
Introdução.....	6
Materiais e Métodos.....	8
Resultados.....	10
Discussão e Conclusões.....	27
Agradecimentos.....	34
Bibliografia.....	35
Anexo 1 – Inquérito aplicado.....	37
Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro...41	

## RESUMO

Portugal é dos países com melhores taxas de mortalidade materna e mortalidade infantil, reflectindo o sistema de saúde de um país. Os cuidados de saúde primários asseguram a primeira linha na assistência pré-concepcional, nos cuidados de planeamento familiar / saúde sexual e reprodutiva e em saúde materno-infantil, estando o Médico de Família numa posição privilegiada para exercer um trabalho com qualidade nesta área.

Foi aplicado um Inquérito a 105 utentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 e os 62 anos, em Centros de Saúde do Distrito de Coimbra de forma a avaliar a qualidade da vigilância perinatal pelo Médico de Família. Os dados foram recolhidos em Fevereiro e Março de 2014. O tratamento estatístico foi efectuado através do *SPSS 20.0*.

Os resultados foram comparados de acordo com a data da última gestação (últimos 10 anos *versus* há mais de 10 anos). Houve diferenças estatisticamente significativas em relação à idade das utentes ( $39,51 \pm 9,43$  vs.  $46,88 \pm 7,22$ ), no número de gestações prévias ( $0,64 \pm 0,76$  vs.  $1,37 \pm 0,62$ ), bem como nos dias desde a data do parto e a data da primeira consulta com o Médico de Família ( $8,68 \pm 6,31$  vs.  $23 \pm 15,7$ ). Em 99,0% o parto foi na Maternidade da área de influência. Verificou-se que 31,9% das inquiridas tiveram 10 ou mais consultas de vigilância da gravidez com o Médico de Família. A gravidez foi planeada em 76% dos casos, sendo que 74% das inquiridas tiveram consultas de Planeamento Familiar. Em 32% das inquiridas houve uma gravidez de risco e 21% teve complicações. Quanto à amamentação, 96% referem que amamentaram o filho. Observou-se uma correlação positiva entre a idade da mãe e o número de gestações prévias, a idade e a data da última gestação, o peso e a altura do bebé e da data da última gestação com os dias entre a data do parto e a data da primeira consulta. Foi também observada uma correlação negativa entre as habilitações literárias e o número de gravidezes prévias.

Os resultados deste estudo relacionam e evidenciam a importância da relação entre o Médico de Família e a grávida, nomeadamente no apoio prestado no período pré-concepcional, no acompanhamento da gravidez e no pós-parto. Houve também resultados de acordo com a evidência científica actual.

Cabe ao Médico de Família ter um papel activo para alterar algumas das falhas na qualidade da vigilância perinatal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Vigilância pré-natal, Saúde Materna, Saúde Infantil, Qualidade em Saúde, Cuidados de Saúde Primários.

**ABSTRACT**

*Portugal is among the countries with lower maternal and newborn mortality rates, reflecting the quality of the health system of the country. Primary cares insure the primary support line in preconception assistance, family planning and in maternal and child healthcare. The General Practitioner has therefore, a privileged role in this area.*

*A survey was conducted on 105 female patients, aged between 20 and 62 years old in the Health Centers, in Coimbra. The main goal of this study was to evaluate perinatal care provided by the General Practitioner. Data were collected on February and March 2014. Statistical analysis was performed using SPSS 20.0.*

*The results were compared taking into account the last pregnancy date (last 10 years versus more than 10 years). There were statistically significant differences in the age of the women ( $39,51 \pm 9,43$  vs.  $46,88 \pm 7,22$ ), number of previous pregnancies ( $0,64 \pm 0,76$  vs.  $1,37 \pm 0,62$ ), as well as in the number of days between date of birth and the first post-natal appointment with the General Practitioner ( $8,68 \pm 6,31$  vs.  $23 \pm 15,7$ ). Ninety nine percent of the women gave birth in the maternity of their residence area. It was found that 31.9% of respondents had 10 or more pregnancy surveillance appointments with the GP. The pregnancy was planned in 76% of cases, with 74% of the patients having had Family Planning appointment. Thirty-two percent were high risk pregnancies and 21% presented complications. Ninety-six percent stated that had breastfed their child. There was a positive correlation between age and number of previous pregnancies, age and last pregnancy date, height and weight of the baby and last pregnancy date with number of days between the date of birth and date of first post-natal appointment. We also observed a negative correlation between educational attainment and number of previous pregnancies.*

*The results of this study relate to and highlight the importance of the relationship between the family doctor and the pregnant woman, particularly in supporting the preconceptional period, monitoring the pregnancy and postpartum. There were also results in accordance with current scientific evidence.*

*It is up to the GP to have an asset in changing some of the flaws in perinatal surveillance role.*

**KEYWORDS:** *Prenatal Care, Maternal Health, Child Health, Health Quality, Primary Care.*

## INTRODUÇÃO

Portugal é, actualmente, um dos países com melhores taxas a nível mundial, no que respeita à mortalidade materna e à mortalidade infantil<sup>(1)</sup>. No ano de 2012, a taxa de mortalidade infantil, segundo os dados do INE, situou-se nos 3,37‰<sup>(2)</sup>. Nos últimos 15 anos, os indicadores materno-infantis deixaram de pertencer à categoria de “país subdesenvolvido” para pertencer aos países que mais evoluíram nesta área<sup>(3)</sup>.

A melhoria socio-económica, das condições de vida da população, o desenvolvimento de meios profiláticos e terapêuticos (antibioterapia, vacinação)<sup>(1)</sup>, o investimento nos cuidados de saúde primários, a melhoria das instalações e dos recursos técnicos humanos<sup>(3)</sup>, a criação de uma rede de referenciação centrada nas populações<sup>(4)</sup> e de instrumentos de trabalho como o Boletim de Saúde da Grávida e o Boletim de Saúde Infanto-Juvenil levaram a que a UNICEF considerasse, no seu relatório de 2006, Portugal no grupo dos melhores, a nível mundial, nos indicadores materno-infantis<sup>(3)(5)</sup>.

Para esta evolução contribuíram os primeiros Centros de Saúde (CS), em 1971, que já se ocupavam da vigilância da saúde da mulher, da grávida e da criança<sup>(4)</sup>. Em 1979, com a criação do Serviço Nacional de Saúde, iniciou-se uma racionalização na prestação dos cuidados de saúde, tendo sido criados programas na área da prevenção e vigilância materno-infantil<sup>(4)</sup>. Em 1989 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil cuja máxima se baseava na equidade no acesso à vigilância da grávida, do recém-nascido, da criança e do adolescente<sup>(3)</sup>, com vista à diminuição das morbidades e mortalidades materna, fetal, neonatal e infantil<sup>(5)</sup>.

Os Centros de Saúde asseguram a primeira linha na assistência pré-concepcional, assim como os cuidados em planeamento familiar / saúde sexual e reprodutiva e saúde

infantil<sup>(3)(5)</sup>. Os sistemas de saúde assentes numa estrutura sólida de cuidados primários são mais custo-efectivos, apresentam maior equidade e melhores níveis de saúde e satisfação das populações<sup>(6)</sup>. Os CS devem localizar e identificar mulheres de risco, nados-vivos que necessitem de apoio em cuidados secundários, efectuar acções de informação/educação para a saúde e prevenir e tratar condições patológicas<sup>(5)(10)</sup>.

O médico especialista em Medicina Geral e Familiar encontra-se numa posição privilegiada para prestar cuidados na saúde reprodutiva ao longo do ciclo de vida<sup>(5)</sup> e o seu conhecimento, experiência e capacidades de compreensão tornam-no único nesta tarefa<sup>(7)</sup>, porque praticam medicina baseada nos cuidados continuados, personalizada e compreensiva, abordando a saúde como um todo<sup>(8)</sup>.

O médico de família deverá vigiar todas as grávidas com gravidez normal. As grávidas de risco devem ser encaminhadas para a Maternidade da área de influência<sup>(9)</sup>, mediante protocolo de Vigilância Integrada Perinatal.

A consulta pré-concepcional deve ocorrer 3 a 6 meses antes da mulher engravidar<sup>(6)</sup>. O ideal será a futura grávida discutir os seus planos com o seu médico de família<sup>(7)</sup>. Este período é essencial para aconselhamento e educação<sup>(1)(7)</sup>.

Na primeira consulta deve ser avaliado o risco da gravidez tendo em conta os indicadores de risco social, de entre os quais se encontram a gravidez na adolescência, toxicodependência, alcoolismo, patologia psiquiátrica, baixo nível socio-económico, negligência para com o bebé e família disfuncional<sup>(9)</sup>.

Em Portugal, mais de 98% das grávidas têm, pelo menos, uma consulta pré-natal e mais de 80% inicia a vigilância antes da 16ª semana<sup>(1)</sup>. Em 2010 houve um aumento de 14% na primeira consulta de gravidez e um aumento de 7,4% nas consultas do 1º trimestre<sup>(10)</sup>, em relação a 2009. As consultas de planeamento familiar / SSR também aumentaram em 16,1%.



O objectivo deste trabalho prende-se essencialmente sobre a qualidade da avaliação perinatal pelos médicos de família no distrito de Coimbra segundo a visão da utente grávida, tentando evidenciar alguma tendência na evolução ao longo dos últimos anos e destacar factores positivos e negativos sobre este tema.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **População alvo**

Neste estudo foi aplicado um Inquérito (Anexo 1) a utentes dos Centros de Saúde do distrito de Coimbra, cujo critério fosse ter a última gestação acompanhada pelo seu médico de família. Foram validados 105 inquéritos de mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 62 anos. Considerou-se critério de exclusão a incapacidade no preenchimento do inquérito, de forma a que não fosse possível a obtenção de resultados.

### **Recolha dos dados**

A recolha dos dados foi efectuada pela aplicação do Inquérito em anexo, durante os meses de Fevereiro e Março de 2014 em diversos Centros de Saúde do distrito de Coimbra. Foram distribuídos um número semelhante de inquéritos nos diferentes Centros de Saúde de forma a não enviesar os resultados.

Para que a aplicação do inquérito fosse possível foi pedida autorização ao Conselho de Ética da ARS Centro que despachou favoravelmente a sua aplicação (Anexo 2).

O inquérito foi elaborado de raiz tendo em conta as principais características que se pretendiam avaliar com este estudo, tendo sido feito um pré-teste a cerca de 20 pessoas e tendo sido feitas alterações posteriores de forma a aplicar a toda a população-alvo.

Todas as participantes foram informadas acerca do sigilo profissional e do anonimato relativo ao preenchimento do Inquérito, constando uma informação na primeira página do mesmo.

## Objectivos do Inquérito

O Inquérito aplicado foi dividido em três secções:

- uma primeira secção que pretende caracterizar a nível socio-demográfico a amostra (idade, peso, altura, habilitações literárias, actividade profissional, número de gestações prévias, número de abortos espontâneos, número de interrupções voluntárias da gravidez); por outro lado, ainda dentro desta secção, pretendeu-se caracterizar a última gestação (número de semanas de gestação, local do parto, peso e altura do bebé ao nascimento, dias de espera entre data do parto e primeira consulta com o médico de família e número de consultas de vigilância da gravidez com o médico de família);
- a segunda secção tem como objectivo a caracterização objectiva da última gestação bem como de alguns antecedentes da grávida;
- a última secção tem como objectivo a caracterização subjectiva por parte da utente da última gestação.

## Tratamento estatístico dos dados

Para o tratamento estatístico utilizou-se o programa *Statistic Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0.

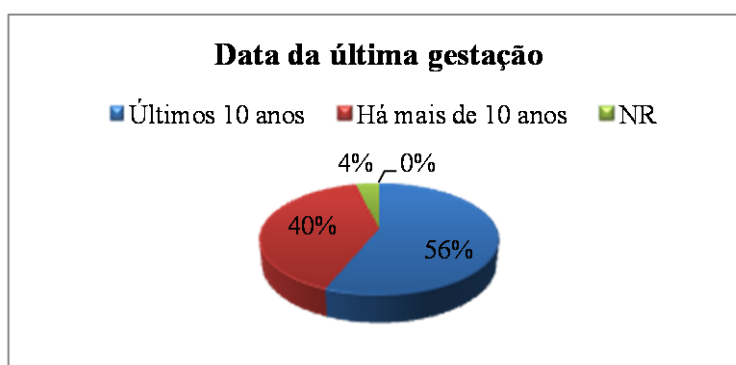
Analisaram-se as variáveis de acordo com o critério:

- Grupo I: última gestação nos últimos 10 anos (a partir de Março de 2004, inclusivé);
- Grupo II: última gestação há mais de 10 anos.

Utilizou-se o teste de acordo com as características das variáveis, procedeu-se ainda a uma correlação entre as variáveis de modo a poder verificar se havia uma associação entre elas.

## RESULTADOS

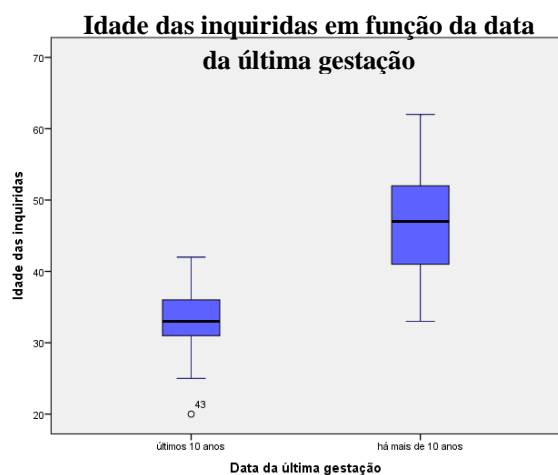
De acordo com a divisão em grupos, 56,19% das inquiridas (N = 59) tiveram a sua última gestação nos últimos 10 anos (Grupo I), sendo que destas, 54,24% (N = 32) tiveram-na no último ano. No Grupo II temos 40,0% das inquiridas (N = 42). Não preencheram este campo 3,81% (N = 4), pelo que não foram consideradas na análise das variáveis por grupos (**Gráfico 1**).



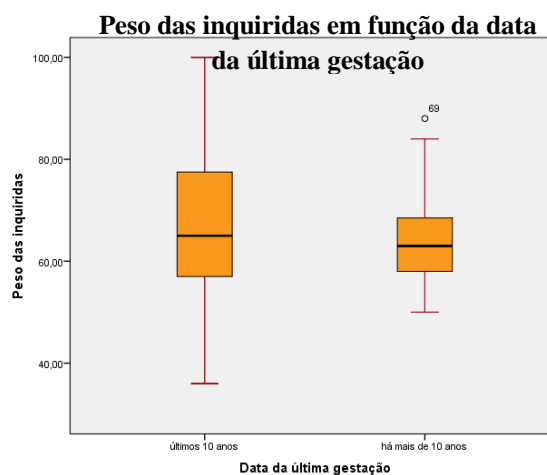
**Gráfico 1.** Divisão da amostra de acordo com a data da última gestação.

A *idade* das utentes que preencheram os inquéritos compreende-se entre os 20 e os 62 anos de idade. Duas das inquiridas não preencheram este campo (N = 103). A média das idades é de  $39,51 \pm 9,43$  anos. Tendo em conta a divisão pelos dois grupos de estudo, no Grupo I (N = 57) com uma média de idades de  $33,09 \pm 4,49$  anos e no Grupo II a média de idades foi de  $46,88 \pm 7,22$  anos (N = 42) (**Gráfico 2**). A diferença entre grupos foi estatisticamente significativa.

Em relação ao *peso*, tendo em conta toda a amostra, 10,48% não responderam à questão (N = 11). A média foi de  $66,48 \pm 12,64$  kg, com um mínimo registado de 36 kg e um máximo de 100 kg (N = 94). A média do peso das inquiridas cuja última gestação foi há menos de 10 anos é de  $33,09 \pm 4,49$  kg (N = 57), enquanto que das inquiridas cuja última gestação foi há mais de 10 anos é de  $46,88 \pm 7,22$  kg (N = 42) (**Gráfico 3**). A diferença entre grupos não foi estatisticamente significativa.

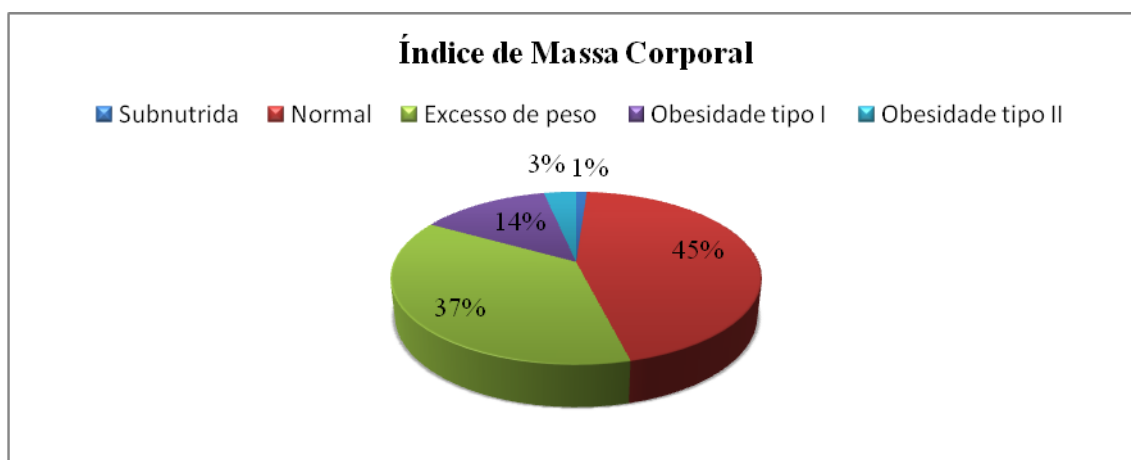


**Gráfico 2.** Média das idades das inquiridas tendo em conta os dois grupos de estudo.



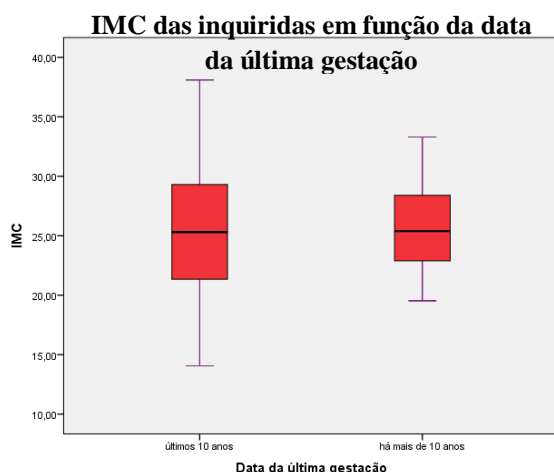
**Gráfico 3.** Média do peso das inquiridas tendo em conta os dois grupos de estudo.

No que diz respeito ao Índice de Massa Corporal das inquiridas, calculado pela fórmula  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{quadrado da altura (m)}$ , os resultados da amostra total encontram-se no **Gráfico 4**.



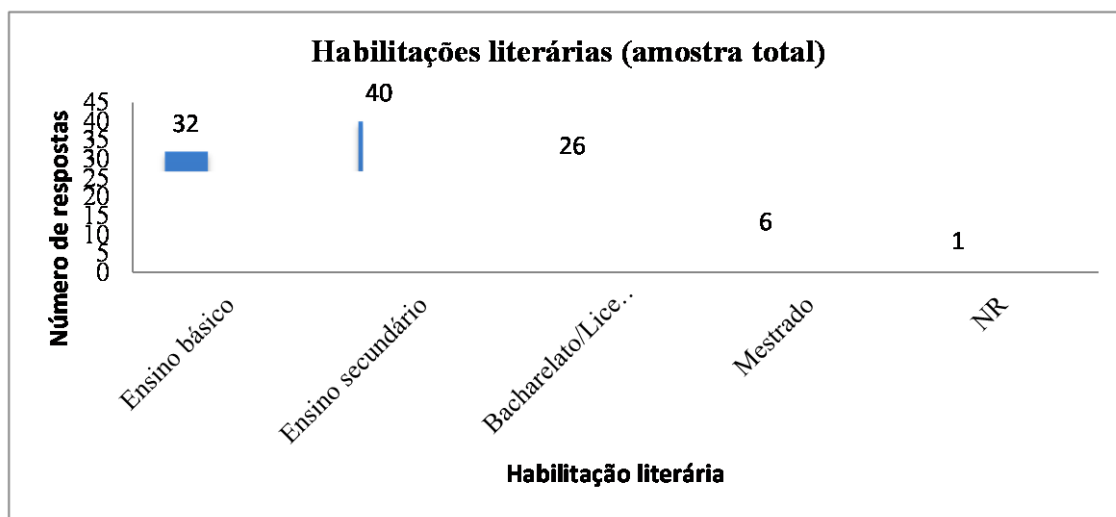
**Gráfico 4.** Índice de massa corporal das inquiridas. As utentes foram classificadas de acordo com o seguinte critério: subnutrida (IMC < 18,5), normal (IMC 18,5-24,9), excesso de peso (25-29,9), obesidade tipo I (30-34,9) e obesidade tipo II (35-39,9)

De acordo com a divisão pelos dois grupos de estudo, a média do IMC no Grupo I é de  $25,47 \pm 5,12 \text{ kg/m}^2$  enquanto que no grupo II é de  $25,73 \pm 3,41 \text{ kg/m}^2$  (**Gráfico 5**). Não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

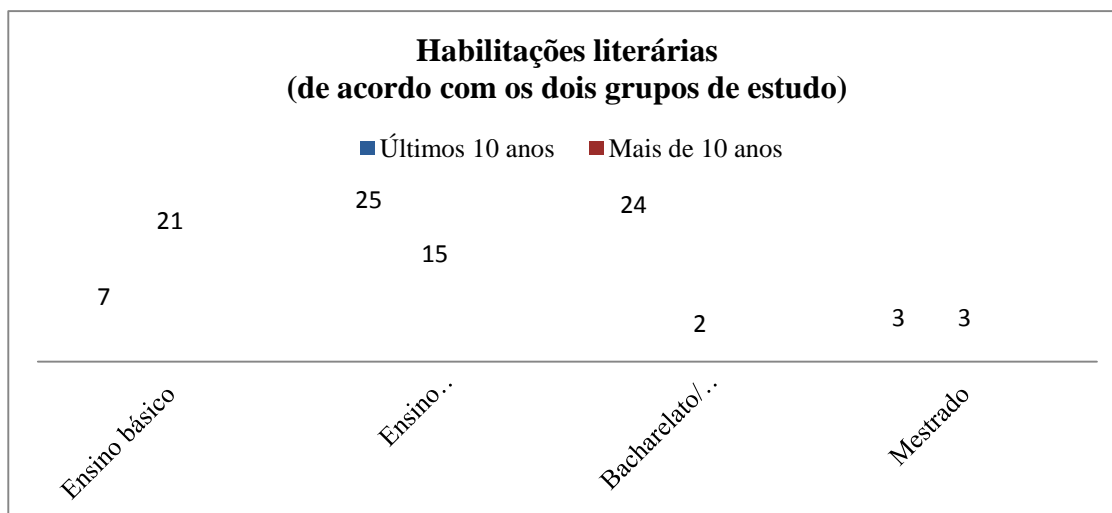


**Gráfico 5.** Média dos IMC entre os dois grupos de estudo.

Em relação às *habilitações literárias*, 99,1% das inquiridas responderam a este item (N = 104). Os resultados encontram-se no **Gráfico 6**. Têm o ensino básico (1º- 9º ano) 30,5% das inquiridas, 38,1% têm o ensino secundário (10º- 12º ano), 24,8% têm um bacharelato ou uma licenciatura, 5,7% têm mestrado e 0,9% não responderam à questão. As habilitações literárias, de acordo com os dois grupos de estudo, encontram-se representadas no **Gráfico 7**, em forma de percentagem.



**Gráfico 6.** Percentagem das habilitações literárias da amostra total.



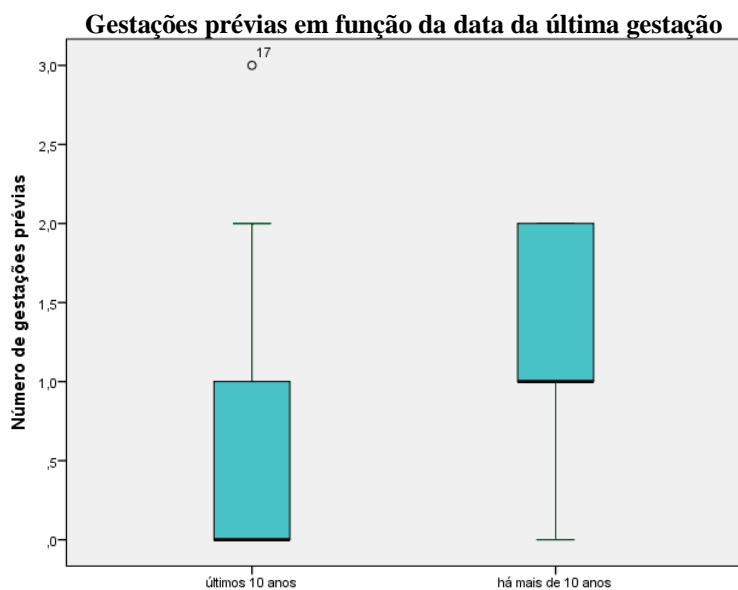
**Gráfico 7.** Habilitações literárias tendo em conta a divisão por grupos de estudo. Comparação tendo em conta o número de respostas (N).

Os dados relativos ao número de *gravidezes prévias*, número de *abortos espontâneos* e número de *interrupções voluntárias da gravidez* (IVGs) encontram-se na **Tabela 1**.

GRAVIDEZES PRÉVIAS, ABORTOS ESPONTÂNEOS E IVGs						
Resposta	Gravidezes prévias		Abortos espontâneos		IVGs	
	n	%	n	%	n	%
0	33	31,4	80	76,1	97	92,4
1	41	39,0	19	18,1	6	5,7
2	28	26,7	3	2,9	0	0
3	2	1,9	0	0	0	0
Não respondeu	1	1,0	3	2,9	2	1,9
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>
<b>Média</b>	0,99 ± 0,82		0,27 ± 0,24		0,06 ± 0,24	

**Tabela 1.** Número de gravidezes prévias, abortos e interrupções voluntárias da gravidez tendo em conta a amostra total.

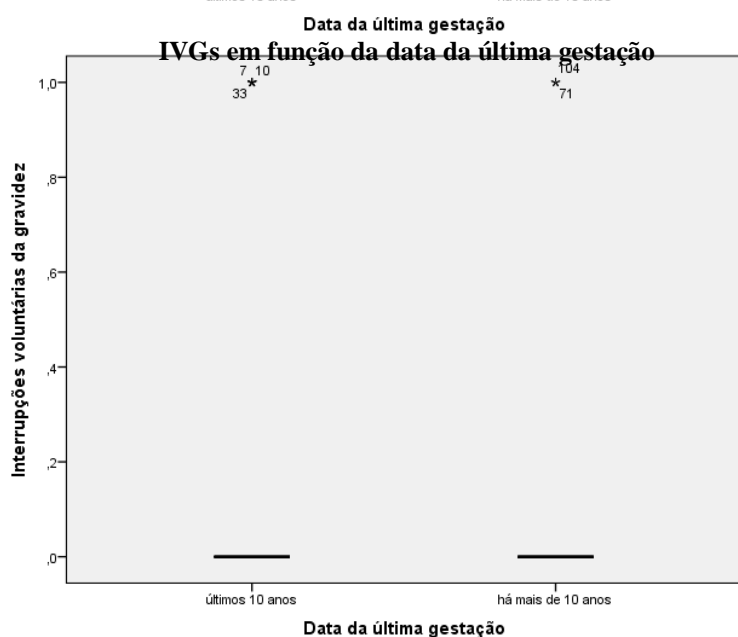
As mesmas variáveis foram comparadas entre os dois grupos de estudo, estando os resultados apresentados nos **Gráficos 8 a 10**.



**Gráfico 8.** Médias do número de gestações prévias entre os dois grupos de estudo. Para o primeiro grupo a média observada foi de  $0,64 \pm 0,76$  filhos enquanto que para o segundo grupo foi de  $1,37 \pm 0,62$  filhos. Há diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ( $p\text{-value} < 0,05$ ).

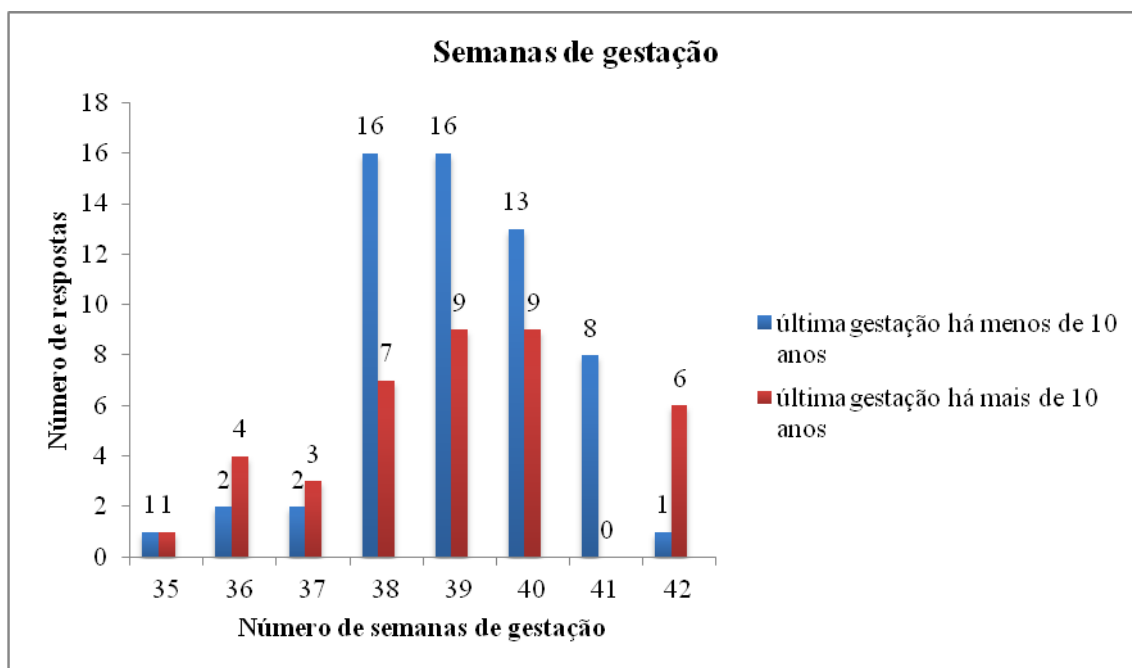


**Gráfico 9.** Médias do número de abortos espontâneos entre os dois grupos de estudo. Para o primeiro grupo a média observada foi de  $0,27 \pm 0,55$  abortos enquanto que para o segundo grupo foi de  $0,29 \pm 0,60$  abortos. Não há diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

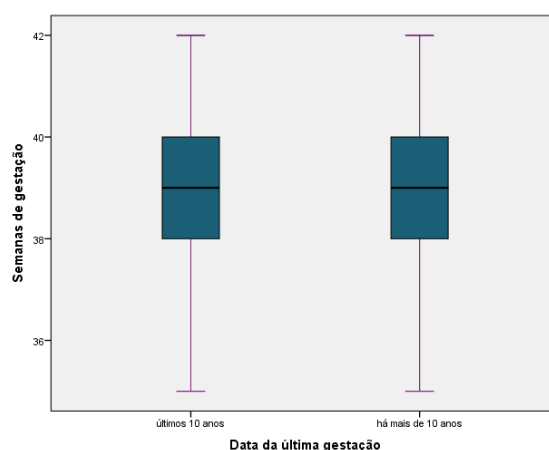


**Gráfico 10.** Médias do número de interrupções voluntárias da gravidez entre os dois grupos de estudo. Para o primeiro grupo a média observada foi de  $0,07 \pm 0,254$  enquanto que para o segundo grupo foi de  $0,05 \pm 0,218$ . Não há diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

O **Gráfico 11** representa a comparação entre os dois grupos de estudo no que diz respeito ao número de semanas de gestação. A média para a amostra total foi de  $38,99 \pm 1,57$  semanas (N =105); para o Grupo I foi de  $39,02 \pm 1,37$  semanas enquanto que para o Grupo II foi de  $38,95 \pm 1,88$  semanas. Não há diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (**Gráfico 12**).



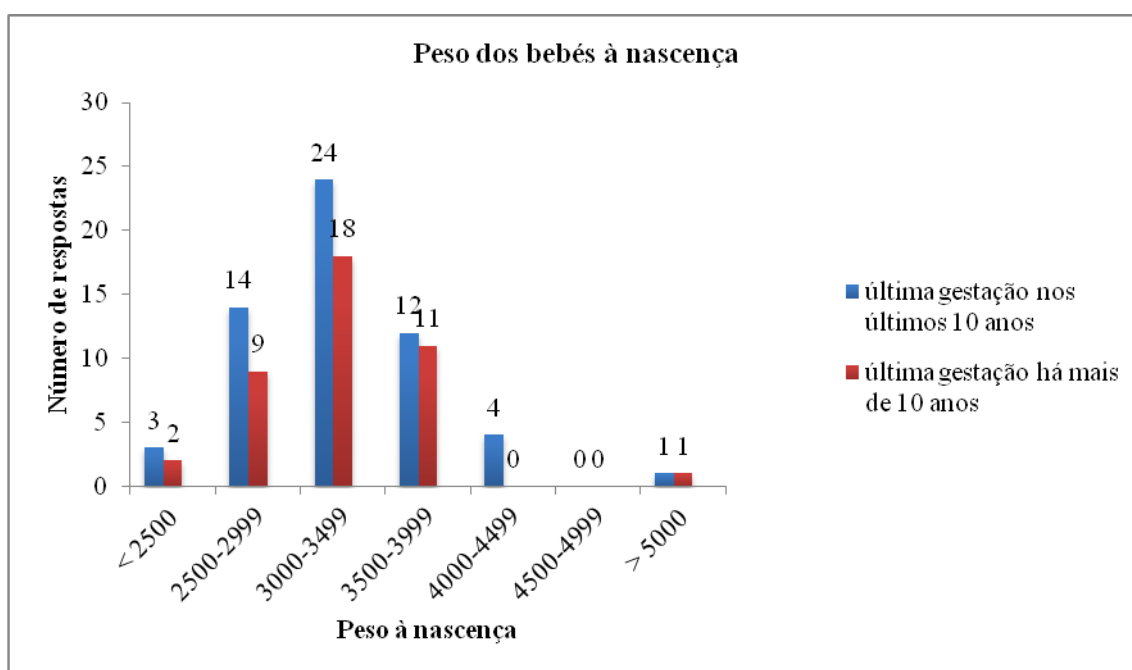
**Gráfico 11.** Semas de gestação tendo em conta os dois grupos em estudo.



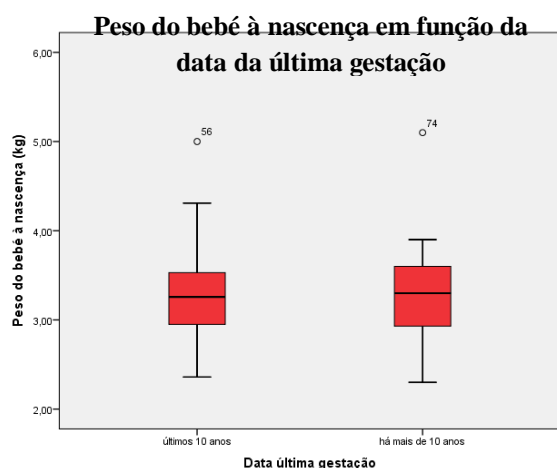
**Gráfico 12.** Médias entre os grupos no que diz respeito às semanas de gestação.



Em relação ao *peso do bebé*, em 105 inquiridas apenas 100 responderam à questão. A média foi de  $3290 \pm 500$  g à nascença, com um mínimo registado de 2300 g e um máximo de 5100 g. Tendo em conta a divisão das inquiridas pelos dois grupos, para o grupo da última gestação há menos de 10 anos (N = 58) a média do peso do bebé à nascença foi de  $3301 \pm 506$  gramas enquanto que para o grupo da última gestação há mais de 10 anos (N = 41), a média do peso do bebé à nascença foi de  $3274 \pm 263$  gramas. O **Gráfico 13** mostra o número de respostas tendo em conta a divisão pelos dois grupos. A diferença entre os grupos não é estatisticamente significativa (**Gráfico 14**).

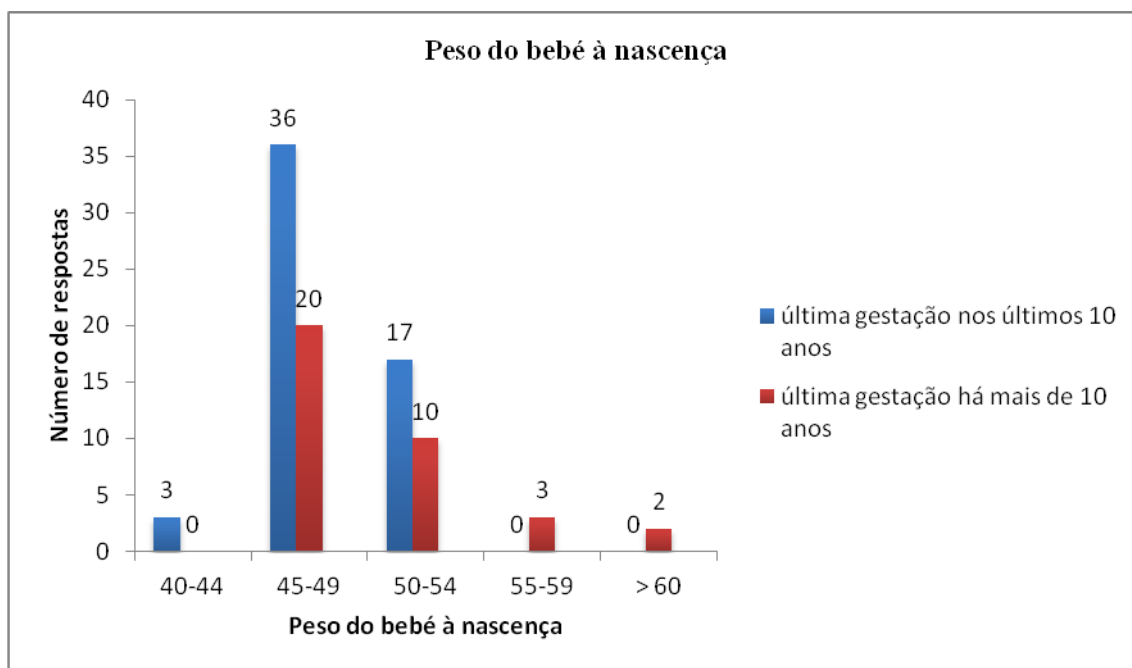


**Gráfico 13.** Peso dos bebés à nascença tendo em conta os dois grupos em estudo.

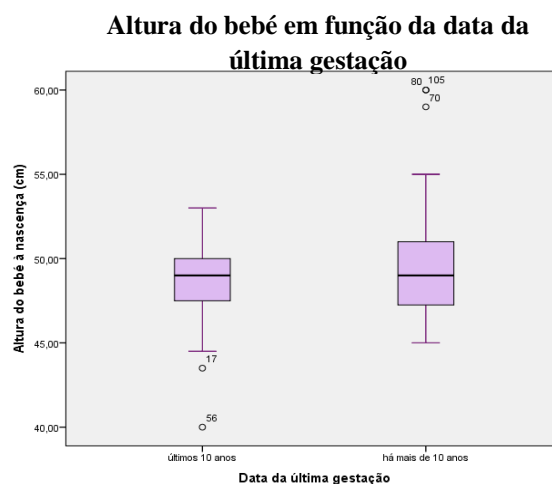


**Gráfico 14.** Médias dos pesos dos bebés à nascença de acordo com a data da última gestação.

No que diz respeito à altura do bebé à nascença, 13 das inquiridas não responderam à questão. A média foi de  $49,1 \pm 3,03$  cm de altura (N = 92). O máximo registado foi de 60 cm e a altura mínima foi de 40 cm. Tendo em consideração a divisão por grupos, no Grupo I (N = 56) e média é de  $48,5 \pm 4,62$  cm, enquanto que para o Grupo II (N = 35), a média da altura à nascença é de  $50,0 \pm 3,95$  cm. O **Gráfico 15** mostra o número de respostas tendo em conta os dois grupos. A diferença entre os grupos não é estatisticamente significativa (**Gráfico 16**).



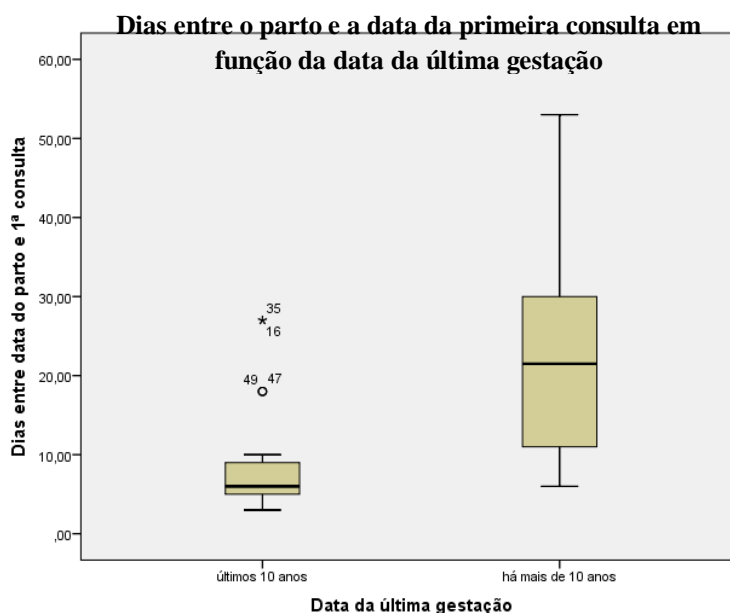
**Gráfico 15.** Frequência do peso do bebé à nascença de acordo com os dois grupos de estudo.



**Gráfico 16.** Média dos pesos dos bebés tendo em conta os dois grupos de estudo.

A variável *local do nascimento* foi respondida todas as inquiridas, tendo 104 utentes respondido “Maternidade” (99,0%) enquanto que 1 utente respondeu “IdealMed” (1,0%).

No que diz respeito ao número de dias entre a data do parto e a data da primeira consulta com o Médico de Família apenas foram validadas 39 respostas. A média da amostra total é de  $11,6 \pm 10,5$  dias, com um mínimo registado de 3 dias e um máximo de 53 dias. De acordo com a divisão pelos dois grupos, a média no grupo cuja última gestação foi nos últimos 10 anos (N = 31) foi de  $8,68 \pm 6,31$  dias, enquanto que para o grupo cuja última gestação foi há mais de 10 anos (N = 8) a média foi de  $23,0 \pm 15,7$  dias. A diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa ( $p\text{-value} < 0,05$ ). (**Gráfico 17**).



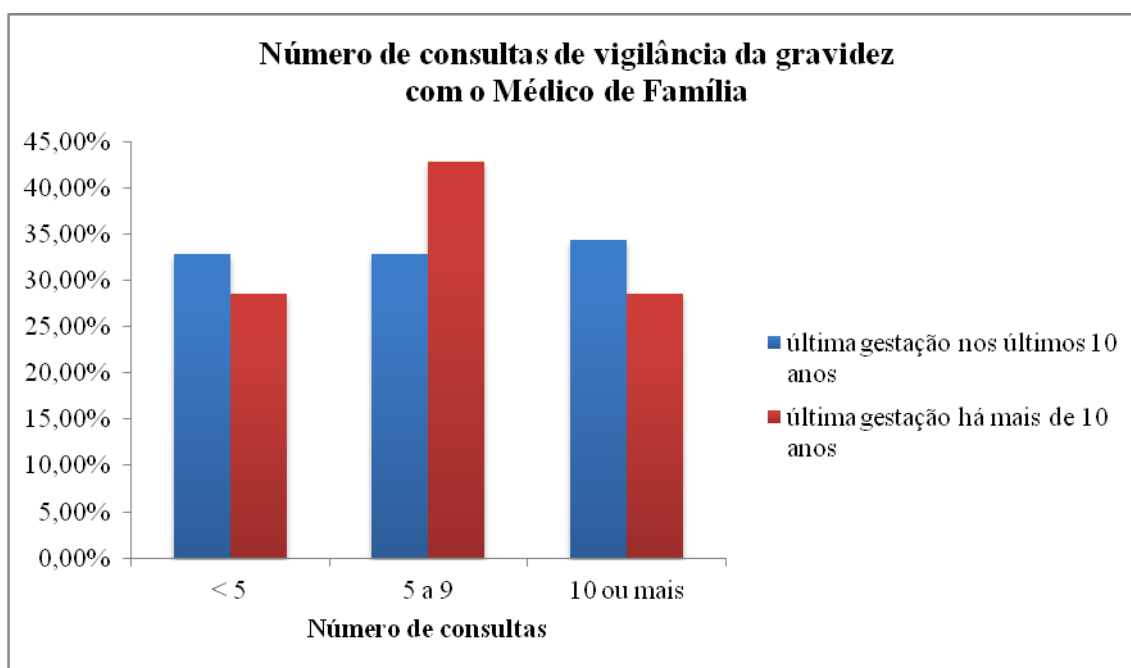
**Gráfico 17.** Média do número de dias entre a data do parto e a data da primeira consulta com o médico de família, tendo em conta a data da última gestação. A diferença entre os grupos é estatisticamente significativa ( $p\text{-value} < 0,05$ ).

Em relação ao número de consultas de vigilância da gravidez pelo médico de família, apenas 94 das 105 inquiridas responderam à questão. Os resultados da amostra total, do Grupo I e do Grupo II estão representados na **Tabela 2**. O **Gráfico 18** mostra a percentagem

de acordo com os grupos em estudo. A diferença entre grupos não é estatisticamente significativa.

NÚMERO DE CONSULTAS DE VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ COM O MÉDICO DE FAMÍLIA						
Resposta	Amostra total		Grupo I		Grupo II	
	n	%	n	%	n	%
< 5	30	31,9	19	32,8	10	28,6
5 a 9	34	36,2	19	32,8	15	42,8
10 ou mais	30	31,9	20	34,4	10	28,6
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 2.** Número de consultas de vigilância da gravidez com o Médico de Família na amostra total, no Grupo I (última gestação nos últimos 10 anos) e no Grupo II (última gestação há mais de 10 anos).



**Gráfico 18.** Percentagem de utentes em função do número de consultas de vigilância da gravidez com o Médico de Família de acordo com os grupos em estudo.

A **Tabela 3** representa os dados observados às questões pertencentes à Secção II do Inquérito aplicado.

<b>TABELA 3.</b>						
<b>QUESTÃO</b>	<b>SIM</b>		<b>NÃO</b>		<b>NÃO SABE NÃO RESPONDE</b>	
	n	%	n	%	n	%
1. A sua gravidez foi planeada?	76	72,4	28	26,7	1	0,9
2. Utilizava métodos contraceptivos, por indicação do seu médico de família, antes da gravidez?	62	59,0	41	39,0	2	2,0
3. Recorreu a alguma técnica de procriação medicamente assistida?	7	6,7	93	88,6	5	4,7
4. Tinha o calendário vacinal actualizado antes de engravidar?	91	86,7	13	12,4	1	0,9
4.1. Se respondeu <b>NÃO</b> na questão anterior, fez alguma vacina durante a gravidez?	3	23,1	6	46,2	4	30,7
5. Frequentou consultas de planeamento familiar com o seu médico de família?	74	70,5	31	29,5	0	0
5.1. Se respondeu <b>SIM</b> na questão anterior, foi por iniciativa do seu médico de família?	44	59,5	25	33,8	5	6,7
6. Efectuou a consulta de revisão do puerpério (depois da gravidez)?	87	82,9	16	15,2	2	1,9
6.1. Se respondeu <b>SIM</b> na questão anterior, foi por iniciativa do seu médico de família?	18	20,7	69	79,3	0	0
7. Efectuou a consulta de revisão do 1º Trimestre no seu Centro de Saúde com o seu médico de família?	64	61,0	39	37,1	2	1,9
8. Efectuou a consulta de revisão do 2º Trimestre no seu Centro de Saúde com o seu médico de família?	55	52,4	44	41,9	6	5,7
9. Efectuou a consulta de revisão do 3º Trimestre no seu Centro de Saúde com o seu médico de família?	58	55,2	41	40,0	5	4,8
10. O seu médico de família mantém o <i>Boletim de Saúde da Grávida</i> sempre actualizado?	71	67,6	14	13,3	20	19,1
11. O seu médico de família explicou-lhe os sinais de alarme que podem ocorrer numa gravidez?	83	79,0	13	12,4	9	8,6
12. A sua gravidez foi considerada de risco?	32	30,5	71	67,6	2	1,9
13. Teve complicações durante a gravidez?	21	20,0	82	78,1	2	1,9
14. Tem história familiar de anomalias congénitas?	6	5,7	97	92,4	2	1,9
15. Consumia habitualmente, antes da gravidez, alguma medicação?	17	16,2	86	81,9	2	1,9
15.1. Se respondeu <b>SIM</b> na questão anterior, interrompeu durante a gravidez?	13	76,5	4	23,5	0	0
16. Consumia habitualmente, antes da gravidez, bebidas alcoólicas?	10	9,5	94	89,5	1	1,0
16.1. Se respondeu <b>SIM</b> na questão anterior, interrompeu durante a gravidez?	9	90	1	10	0	0
17. Consumia habitualmente, antes da gravidez, tabaco?	25	23,8	79	75,2	1	1,0
17.1. Se respondeu <b>SIM</b> na questão anterior, interrompeu durante a gravidez?	13	52	10	40	2	8
18. Consumia habitualmente, antes da gravidez, algum tipo de substância ilícita (droga)?	0	0	103	98,1	2	1,9
19. Amamentou o/a seu/sua filho/a?	96	91,4	8	7,6	1	1,0
20. O/A seu/sua filho/a tem o calendário vacinal actualizado?	103	98,1	0	0	2	1,9

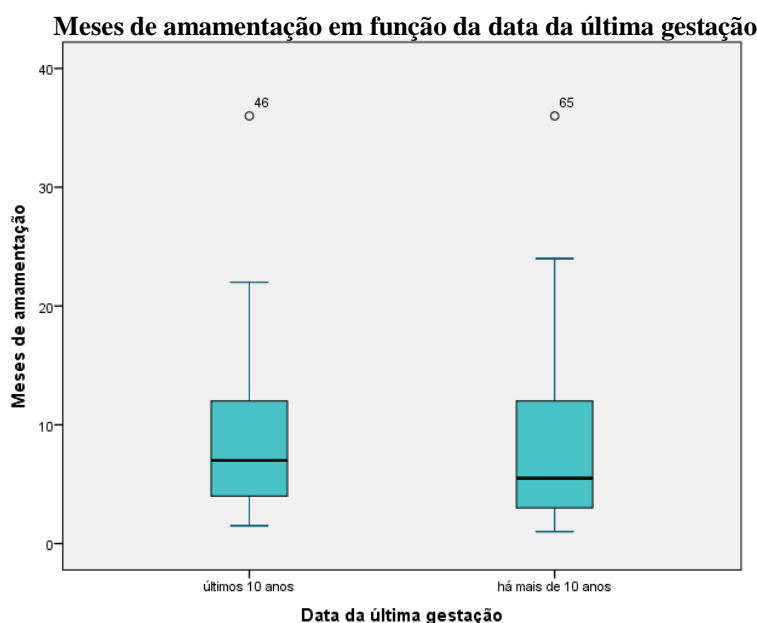
Tabela 3. Dados observados nas respostas à Secção II do Inquérito aplicado.

Todas as inquiridas que fizeram vacina durante a gravidez responderam especificaram que fizeram a vacina anti-tetânica durante este período (N = 3).

Na Secção II perguntou-se ainda o tempo de amamentação relativo à última gestação. Das 96 inquiridas que responderam afirmativamente a esta pergunta, 22 estão ainda a amamentar. Quatro utentes responderam que amamentaram mas não especificaram o tempo. A média de tempo de amamentação para o total da amostra é de  $8,29 \pm 6,80$  meses de amamentação (N = 70).

Tendo em conta os grupos, a média de meses de amamentação para as mulheres que tiveram a última gestação nos últimos 10 anos é de  $8,65 \pm 6,73$  meses (mínimo 2, máximo 36 meses) (N = 36), enquanto que para as mulheres que tiveram a última gestação há mais de 10 anos, a média é de  $7,97 \pm 7,14$  meses (mínimo 1 mês, máximo 36 meses) (N = 34).

A diferença entre os dois grupos não é estatisticamente significativa (**Gráfico 19**).



**Gráfico 19.** Comparação dos meses de amamentação de acordo com os dois grupos em estudo. A diferença entre os grupos não é estatisticamente significativa.

A **Tabela 4** mostra os dados observados na Secção III do Inquérito.

**TABELA 4.**

<i>QUESTÃO</i>	discordo totalmente		discordo		não concordo nem discordo		concordo		concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Tenho uma boa relação com o meu médico de família.	0	0	3	2,0	11	10,5	31	29,5	60	57,1
Fui acompanhada devidamente, durante a minha gestação, pelo meu médico de família.	7	6,7	5	4,8	19	18,1	31	29,5	43	41,0
O meu médico de família mostrou-se receptivo e colaborante nas consultas de vigilância da gravidez.	4	3,8	4	3,8	18	17,1	30	28,6	49	46,7
O meu médico de família teve iniciativa na marcação de consultas de acompanhamento da minha gravidez.	5	4,8	4	3,8	26	24,8	24	22,9	46	43,8
O meu médico de família teve iniciativa na marcação de consulta de revisão do puerpério.	3	2,9	3	2,9	31	29,5	31	29,5	37	35,2
O meu médico de família encoraja para a marcação de consultas de planeamento familiar.	4	3,8	4	3,8	14	13,3	37	35,2	46	43,8
O meu médico de família explica e aconselha a utilização de métodos contraceptivos.	3	2,9	6	5,7	17	16,2	40	38,1	39	37,1
O meu médico de família solicita e mantém actualizado o <i>Boletim de Saúde da Grávida</i> .	3	2,9	8	7,6	23	21,9	34	32,4	37	35,2
O meu médico de família solicita e mantém actualizado o <i>Boletim de Saúde Reprodutiva / Planeamento Familiar</i> .	2	1,9	8	7,6	26	24,8	41	39,0	28	26,7
Considero o meu médico de família eficaz nas consultas de avaliação da gravidez.	1	1,0	3	2,9	27	25,7	34	32,4	40	38,1
Considero que o meu médico de família tem conhecimentos e experiência para me assegurar uma avaliação correcta da gravidez.	0	0	5	4,8	28	26,7	40	38,1	32	30,5
Confio no meu médico de família para acompanhar as minhas gestações.	0	0	4	3,8	33	31,4	27	25,7	41	39,0
Fui alertada para os sinais de alarme da gravidez pelo meu médico de família.	4	3,8	8	7,6	26	24,8	28	26,7	39	37,1
Prefiro um médico especialista em Obstetrícia do que o meu médico de família para acompanhar as minhas gestações.	9	8,6	19	18,1	34	32,4	18	17,1	25	23,8
Prefiro recorrer a sistemas de saúde privados do que ao meu médico de família para avaliar as minhas gestações.	20	19,0	27	25,7	27	25,7	15	14,3	16	15,2
Considero os serviços do meu médico de família imprescindíveis para uma avaliação cuidada da gravidez.	3	2,9	9	8,6	37	35,2	32	30,5	24	22,9
Considero que o meu Centro de Saúde tem as condições necessárias para a realização de consultas de vigilância da gravidez.	4	3,8	10	9,5	37	35,2	28	26,7	26	24,8
A lista de espera para as consultas de saúde materna, no meu Centro de Saúde, são longas.	26	24,8	25	23,8	39	37,1	10	9,5	5	4,8
Em futuras gestações irei preferir a avaliação e o acompanhamento pelo meu médico de família.	9	8,6	10	9,5	37	35,2	22	21,0	27	25,7
Tenho uma boa opinião acerca da avaliação das mulheres grávidas pelo seu médico de família.	3	2,9	4	3,8	37	35,2	34	32,4	27	25,7

**Tabela 4.** Dados observados nas respostas à Secção III do Inquérito aplicado.

❖ Estatística inferencial

Foi feita uma correlação entre as questões da Secção III (Tabela 5).

**TABELA 5. Correlação entre as questões da Secção III.**

QUESTÕES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Correlação Pearson		,472**	,518**	,464**	,272**	,495**	,402**	,484**	,398**	,519**
	p-value		,000	,000	,000	,005	,000	,000	,000	,000	,000
2	Correlação Pearson	,472**		,871**	,771**	,568**	,607**	,596**	,638**	,571**	,748**
	p-value	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
3	Correlação Pearson	,518**	,871**		,794**	,634**	,646**	,551**	,578**	,553**	,704**
	p-value	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
4	Correlação Pearson	,464**	,771**	,794**		,671**	,621**	,537**	,621**	,558**	,751**
	p-value	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
5	Correlação Pearson	,272**	,568**	,634**	,671**		,618**	,470**	,474**	,613**	,614**
	p-value	,005	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
6	Correlação Pearson	,495**	,607**	,646**	,621**	,618**		,698**	,694**	,611**	,645**
	p-value	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
7	Correlação Pearson	,402**	,596**	,551**	,537**	,470**	,698**		,580**	,572**	,608**
	p-value	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
8	Correlação Pearson	,484**	,638**	,578**	,621**	,474**	,694**	,580**		,735**	,692**
	p-value	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
9	Correlação Pearson	,398**	,571**	,553**	,558**	,613**	,611**	,572**	,735**		,605**
	p-value	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
10	Correlação Pearson	,519**	,748**	,704**	,751**	,614**	,645**	,608**	,692**	,605**	
	p-value	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
11	Correlação Pearson	,491**	,546**	,554**	,581**	,549**	,593**	,499**	,613**	,558**	,744**
	p-value	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
12	Correlação Pearson	,574**	,561**	,573**	,640**	,542**	,531**	,469**	,602**	,527**	,731**
	p-value	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
13	Correlação Pearson	,358**	,589**	,536**	,694**	,506**	,554**	,508**	,535**	,490**	,649**
	p-value	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
14	Correlação Pearson	-,258**	-,188	-,218*	-,245*	-,131	-,182	-,183	-,128	-,094	-,268**
	p-value	,008	,055	,026	,012	,181	,063	,061	,194	,338	,006
15	Correlação Pearson	-,264**	-,310**	-,341**	-,325**	-,379**	-,350**	-,357**	-,287**	-,280**	-,421**
	p-value	,007	,001	,000	,001	,000	,000	,000	,003	,004	,000
16	Correlação Pearson	,467**	,489**	,532**	,523**	,517**	,498**	,439**	,519**	,540**	,578**
	p-value	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
17	Correlação Pearson	,400**	,462**	,464**	,486**	,425**	,508**	,469**	,472**	,452**	,548**
	p-value	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
18	Correlação Pearson	-,062	-,109	-,228*	-,166	-,222*	-,155	,047	-,032	,045	-,215*
	p-value	,531	,269	,019	,091	,023	,114	,631	,743	,646	,027
19	Correlação Pearson	,452**	,544**	,497**	,569**	,392**	,540**	,495**	,594**	,452**	,646**
	p-value	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
20	Correlação Pearson	,446**	,592**	,588**	,635**	,550**	,600**	,553**	,628**	,558**	,726**
	p-value	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000



TABELA 5. Correlação entre as questões da Secção III (continuação).											
QUESTÕES		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Correlação Pearson	,491**	,574**	,358**	-,258**	-,264**	,467**	,400**	-,062	,452**	,446**
	<i>p-value</i>	,000	,000	,000	,008	,007	,000	,000	,531	,000	,000
2	Correlação Pearson	,546**	,561**	,589**	-,188	-,310**	,489**	,462**	-,109	,544**	,592**
	<i>p-value</i>	,000	,000	,000	,055	,001	,000	,000	,269	,000	,000
3	Correlação Pearson	,554**	,573**	,536**	-,218*	-,341**	,532**	,464**	-,228*	,497**	,588**
	<i>p-value</i>	,000	,000	,000	,026	,000	,000	,000	,019	,000	,000
4	Correlação Pearson	,581**	,640**	,694**	-,245*	-,325**	,523**	,486**	-,166	,569**	,635**
	<i>p-value</i>	,000	,000	,000	,012	,001	,000	,000	,091	,000	,000
5	Correlação Pearson	,549**	,542**	,506**	-,131	-,379**	,517**	,425**	-,222*	,392**	,550**
	<i>p-value</i>	,000	,000	,000	,181	,000	,000	,000	,023	,000	,000
6	Correlação Pearson	,593**	,531**	,554**	-,182	-,350**	,498**	,508**	-,155	,540**	,600**
	<i>p-value</i>	,000	,000	,000	,063	,000	,000	,000	,114	,000	,000
7	Correlação Pearson	,499**	,469**	,508**	-,183	-,357**	,439**	,469**	,047	,495**	,553**
	<i>p-value</i>	,000	,000	,000	,061	,000	,000	,000	,631	,000	,000
8	Correlação Pearson	,613**	,602**	,535**	-,128	-,287**	,519**	,472**	-,032	,594**	,628**
	<i>p-value</i>	,000	,000	,000	,194	,003	,000	,000	,743	,000	,000
9	Correlação Pearson	,558**	,527**	,490**	-,094	-,280**	,540**	,452**	,045	,452**	,558**
	<i>p-value</i>	,000	,000	,000	,338	,004	,000	,000	,646	,000	,000
10	Correlação Pearson	,744**	,731**	,649**	-,268**	-,421**	,578**	,548**	-,215*	,646**	,726**
	<i>p-value</i>	,000	,000	,000	,006	,000	,000	,000	,027	,000	,000
11	Correlação Pearson		,779**	,648**	-,256**	-,375**	,642**	,667**	-,121	,621**	,666**
	<i>p-value</i>		,000	,000	,008	,000	,000	,000	,217	,000	,000
12	Correlação Pearson	,779**		,682**	-,387**	-,492**	,677**	,603**	-,084	,722**	,685**
	<i>p-value</i>	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,395	,000	,000
13	Correlação Pearson	,648**	,682**		-,339**	-,414**	,514**	,586**	-,109	,626**	,630**
	<i>p-value</i>	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,267	,000	,000
14	Correlação Pearson	-,256**	-,387**	-,339**		,630**	-,309**	-,222*	,206*	-,467**	-,211*
	<i>p-value</i>	,008	,000	,000		,000	,001	,023	,035	,000	,031
15	Correlação Pearson	-,375**	-,492**	-,414**	,630**		-,395**	-,371**	,440**	-,542**	-,401**
	<i>p-value</i>	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
16	Correlação Pearson	,642**	,677**	,514**	-,309**	-,395**		,667**	-,108	,697**	,640**
	<i>p-value</i>	,000	,000	,000	,001	,000		,000	,274	,000	,000
17	Correlação Pearson	,667**	,603**	,586**	-,222*	-,371**	,667**		-,147	,626**	,707**
	<i>p-value</i>	,000	,000	,000	,023	,000	,000		,134	,000	,000
18	Correlação Pearson	-,121	-,084	-,109	,206*	,440**	-,108	-,147		-,085	-,129
	<i>p-value</i>	,217	,395	,267	,035	,000	,274	,134		,388	,188
19	Correlação Pearson	,621**	,722**	,626**	-,467**	-,542**	,697**	,626**	-,085		,679**
	<i>p-value</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,388		,000
20	Correlação Pearson	,666**	,685**	,630**	-,211*	-,401**	,640**	,707**	-,129	,679**	
	<i>p-value</i>	,000	,000	,000	,031	,000	,000	,000	,188	,000	

Tabela 5. Considerou-se uma forte correlação para um coeficiente de Pearson  $\geq 0,70$  e uma correlação moderada para coeficientes de Pearson compreendidos entre 0,30 e 0,69. A verde estão representadas as correlações positivas e a vermelho as negativas com significado para um *p-value*  $< 0,05$ .

A **Tabela 6** demonstra o coeficiente de Pearson para questões da Secção I do Inquérito que foram estatisticamente significativas.

<b>TABELA 6. Correlação entre as questões da Secção I.</b>						
<b>QUESTÕES</b>		<b>Habilitações</b>	<b>Gravidezes prévias</b>	<b>Data última gestação</b>	<b>Dias primeira consulta</b>	<b>Altura do bebé</b>
<b>Idade</b>	Correlação Pearson	-,386**	,529**	,469**		
	<i>p-value</i>	,000	,000	,000		
	n	102	102	103		
<b>Habilitações</b>	Correlação Pearson		-,377**		-,432**	
	<i>p-value</i>		,000		0,006	
	n		103		39	
<b>Peso bebé</b>	Correlação Pearson					,414**
	<i>p-value</i>					,000
	n					92
<b>Data última gestação</b>	Correlação Pearson				,556	
	<i>p-value</i>				,000	
	n				39	

**Tabela 6.** Apenas estão representadas as correlações moderadas com significado estatístico para um *p-value* < 0,05. A verde estão representadas as correlações positivas e a vermelho as correlações negativas.

A **Tabela 7** demonstra a correlação entre outras variáveis em estudo, de diferentes secções do Inquérito. Apenas estão demonstradas variáveis nas quais houve uma correlação estatisticamente significativa.

<b>Tabela 7. Correlação entre outras variáveis em estudo.</b>				
<b>Variável I</b>	<b>Variável II</b>	<b>Correlação de Pearson</b>	<b><i>p-value</i></b>	<b><i>n</i></b>
Consultas de acompanhamento pelo Médico de Família	Efectuou consulta 1º Trimestre com o Médico de Família	,419	,000	95
	Efectuou consulta 2º Trimestre com o Médico de Família	,378	,000	91
	Efectuou consulta 3º Trimestre com o Médico de Família	,349	,001	92
	Fui acompanhada, devidamente, pelo meu Médico de Família.	,402	,000	95
	O meu Médico de Família teve iniciativa na marcação de consultas de acompanhamento da minha gravidez.	,399	,000	95
	Em futuras gestações irei preferir a avaliação e o acompanhamento pelo meu Médico de Família.	,333	,001	95
Gravidez de risco	Teve complicações durante a gravidez	,598	,000	103
Consulta de revisão do puerpério pelo Médico de Família	O Médico de Família teve iniciativa na marcação da consulta do puerpério.	,539	,000	87

<b>Tabela 7. Correlação entre outras variáveis em estudo (continuação)</b>				
Prefiro recorrer a sistemas de saúde privados	Consultas de planeamento familiar	-,347	,000	105
	Consulta do puerpério por iniciativa do Médico de Família	-,351	,001	87
	O Médico de Família mantém o Boletim de Saúde da Grávida actualizado	-,334	,002	85
	O Médico de Família explicou os sinais de alarme	-,363	,000	96
Consultas de planeamento familiar com o Médico de Família	Considero os serviços do meu Médico de Família imprescindíveis para uma avaliação correcta da gravidez	,370	,002	69
	O Médico de Família teve iniciativa na marcação de consultas de vigilância da gravidez	,410	,000	105
	O Médico de Família explica e aconselha utilização de métodos contraceptivos	,358	,000	105
	Em futuras gestações irei preferir a avaliação pelo meu Médico de Família	,313	,001	105
Consulta do 1º Trimestre com o Médico de Família	Consulta do 2º Trimestre com o Médico de Família	,799	,000	99
	Consulta do 3º Trimestre com o Médico de Família	,773	,000	100
	O Médico de Família explicou os sinais de alarme	,417	,000	95
Consulta do 2º Trimestre com o Médico de Família	O Médico de Família teve iniciativa na marcação de consultas de vigilância da gravidez	,562	,000	99
O Médico de Família mantém o Boletim de Saúde da Grávida actualizado	O Médico de Família explicou os sinais de alarme	,614	,000	84
	O Médico de Família solicita e mantém actualizado o Boletim de Saúde da Grávida	,478	,000	85
	O Médico de Família solicita e mantém actualizado o Boletim de Saúde Reprodutiva / Planeamento Familiar	,459	,000	85
O Médico de Família explicou os sinais de alarme	Considero o meu Médico de Família eficaz nas consultas de vigilância da gravidez	,473	,000	96
	Considero que o meu Médico de Família tem conhecimentos e experiência para uma avaliação correcta da gravidez	,331	,001	96
	Confio no meu Médico de Família para avaliar as minhas gestações	,374	,000	96

**Tabela 7.** Correlação entre diferentes variáveis do Inquérito. Apenas estão representadas variáveis com algum significado estatístico.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo analisou alguns parâmetros que definem a qualidade na avaliação perinatal pelo Médico de Família. A principal comparação que se pretendia fazer era entre os dois grupos de estudo, Grupo I (última gestação nos últimos 10 anos) *versus* Grupo II (última gestação há mais de 10 anos).

A Qualidade em Saúde consiste na prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, tendo em conta os recursos disponíveis e que consiga a adesão e a satisfação dos cidadãos, com base nos conhecimentos técnicos e científicos mais recentes.<sup>(16)(17)</sup>

A idade foi um dos factores que diferiu entre os dois grupos. A média das idades para o Grupo I foi de  $33,09 \pm 4,49$  anos enquanto que para o Grupo II  $46,88 \pm 7,22$  anos, havendo uma diferença estatisticamente significativa. Observa-se uma tendência nas gestações em idades mais avançadas, sendo que em 2009, 17,33% das mulheres com mais de 35 anos na Região Centro tiveram uma gestação.<sup>(11)</sup> Está bem documentado, contudo, que gravidezes em idades mais avançadas estão relacionadas com maiores complicações.<sup>(5)</sup> Neste estudo, contudo, não foi observada nenhuma relação entre a idade e as complicações. Apesar da idade mínima registada ser de 20 anos, Portugal é dos países com maior taxa de gravidez juvenil (idade inferior a 17 anos), contudo esta tem vindo a diminuir na região Centro.<sup>(1)(11)</sup>

Observa-se também que as utentes do Grupo I têm mais habilitações literárias que as utentes do Grupo II. As habilitações literárias são um factor determinante para a Saúde Materno-Infantil, constituindo um importante factor de risco de morbilidade e mortalidade infantil.<sup>(1)</sup> É contudo, na região do Baixo Mondego, que as mães têm maior nível de instrução.<sup>(11)</sup> Neste estudo conclui-se que existe uma correlação negativa moderada entre o nível de habilitação literária e o número de gravidezes prévias, o que quer dizer que quanto

maior o nível de instrução, menos o número de gravidezes prévias. Observa-se também uma correlação negativa moderada entre as habilitações literárias e o número de dias entre a data do parto e a data da primeira consulta. Isto significa que as mulheres com maior nível de instrução têm a primeira consulta com o Médico de Família mais cedo que as restantes. As habilitações literárias correlacionam-se de forma negativa com a idade, pelo que quanto maior a idade da utente menor é o seu grau académico.

Em relação à variável actividade profissional, não foi considerada no estudo uma vez que não houve nenhuma categoria profissional de risco, o que interessava para relacionar com outras variáveis.

A diferença entre o número de gravidezes prévias é estatisticamente significativa entre os dois grupos em estudo. Para o Grupo I, a média é de  $0,64 \pm 0,76$  filhos prévios, o que pode ser explicado por um grande número de utentes que se insere neste grupo ter respondido ao Inquérito como sendo a sua primeira gravidez (54,24%). Neste estudo não houve significado estatístico com a correlação entre o número de gravidezes anteriores com outras variáveis para além das mencionadas.

A diferença entre o número de abortos e de interrupções voluntárias da gravidez também não foi estatisticamente significativa entre os dois grupos de estudo. Podemos justificar este fenómeno tendo em conta o número diminuído da amostra; contudo, a média de ambos os grupos foi inferior a 0,30 abortos, pelo que pode espelhar a eficácia dos serviços de saúde e na vigilância peri-natal.

Um parto classifica-se como de termo caso tenha ocorrido entre as 37 e as 42 semanas de gestação. Abaixo das 37 semanas classifica-se o parto como pré-termo e acima das 42 semanas classifica-se como pós-termo.<sup>(20)</sup> Neste estudo tivemos 3 registos de partos pré-termos no Grupo I e 5 registos de partos pré-termos no Grupo II. A prematuridade (bebé que nasce de um parto pré-termo) está relacionada com problemas para o bebé, nomeadamente

com o Atraso de Crescimento Intra-Uterino (ACIU).<sup>(21)</sup> Este, por sua vez, pode levar a aumento da morbidade e mortalidade, sendo a sua detecção precoce importante para a diminuição dos índices referidos.<sup>(22)</sup>

O peso dos bebés, relacionado com a ACIU, revela para o Grupo I 3 registos abaixo de 2500g e 2 registos abaixo de 2500g no Grupo II – bebés com baixo peso. Acima dos 4000g encontramos 5 registos no Grupo I e 1 registo apenas no Grupo II – bebés macrossómicos. Contudo, a diferença entre os dois grupos não é estatisticamente significativa nem se encontrou uma correlação positiva com o IMC da mãe. Contudo, observa-se uma correlação moderada positiva entre o peso e a altura das crianças, o que traduz um crescimento harmonioso na placenta.

A variável local de nascimento foi respondida por 104 das inquiridas com “Maternidade”, o que realmente demonstra a eficácia da Rede de Referência Materno-Infantil.<sup>(2)(5)</sup> Cerca de 80% dos recém-nascidos portugueses nasce em locais dentro da Rede de Referência Materno-Infantil.<sup>(3)</sup>

Os dias de espera entre a data do parto e a data da primeira consulta com o Médico de Família também é estatisticamente significativa, demonstrando uma média de  $8,68 \pm 6,31$  dias nas gestações do Grupo I, demonstrando a preocupação das mães com o acompanhamento dos filhos pelo seu Médico de Família.

No que diz respeito ao número de consultas totais, uma gravidez de baixo risco deve ter um mínimo de 10 consultas de vigilância, com aumento da frequência após as 30 semanas de gestação.<sup>(8)</sup> Apenas 34,4% das inquiridas do Grupo I e 28,6% das inquiridas do Grupo II tiveram um acompanhamento considerado adequado. Em relação à vigilância da gestação pelo Médico de Família, uma percentagem entre 37 e 41% das inquiridas não realizou as consultas do 1º Trimestre, 2º Trimestre e 3º Trimestre com o Médico de Família. Contudo, um estudo demonstra que não há risco aumentado para a mãe nem para o feto com um menor

número de consultas pré-natais, mas que um maior número de consultas se correlaciona com a satisfação da mãe para com o Médico de Família.<sup>(7)</sup> O seguimento é importante, contudo, para a identificação e tratamento precoce de eventuais complicações.<sup>(10)</sup>

As consultas pré-concepcionais são também importantes nos cuidados primários nas mulheres em idade fértil.<sup>(1)(23)</sup> Nesta consulta é importante minimizar riscos ocupacionais, prescrever ácido fólico para evitar defeitos do tubo neural, fomentar um estilo de vida saudável, rever medicação que a mãe toma e controlar patologias prévias (hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e epilepsia).<sup>(7)(23)(24)</sup> Nas medidas educacionais, pretendemos que a mãe inicie uma gravidez com um IMC < 30 kg/m<sup>2</sup>.<sup>(25)</sup> Contudo, neste estudo não se podem tirar conclusões uma vez que o IMC pode indicar o peso da mãe após o parto e não antes da concepção. O IMC da mãe está também relacionado com maior risco de anomalias congénitas<sup>(25)</sup>, contudo neste estudo não se correlacionam.

Uma parte das mulheres não efectuam consultas de revisão do puerpério (pouco mais de 60%), sendo objectivo do Ministério da Saúde, no corrente ano, ter taxas aproximadas de 100%.<sup>(1)</sup> Neste estudo observou-se que 82,9% das inquiridas realizaram consulta de revisão do puerpério, mas apenas 18% respondeu que foi por iniciativa do seu Médico de Família. Há uma correlação positiva, contudo, entre a consulta de revisão do puerpério e a iniciativa pelo Médico de Família (0,539 para *p-value* < 0,05).

A gravidez foi de risco para 30,5% das inquiridas. Segundo o Protocolo de Vigilância Integrada Perinatal da Região Centro, estas têm indicação para serem seguidas na Maternidade da origem de residência. Algumas das inquiridas, contudo, foram seguidas simultaneamente pelo Médico de Família. Neste estudo encontramos uma correlação moderada (0,598 para um *p-value* < 0,05) entre as inquiridas que tiveram complicações durante a gravidez com a classificação de risco.

Neste estudo não se verificou nenhuma correlação entre as mães que fumaram durante a gravidez (N = 10) e as mães que ingeriram bebidas alcoólicas durante a gravidez (N = 1), uma vez que o número de utentes não foi estatisticamente significativo. Contudo, uma mãe que fume e/ou ingira bebidas alcoólicas durante a gravidez poderá desenvolver mais complicações para ela e para o bebé. Cabe ao Médico de Família identificar os grupos de risco e ter iniciativa na prevenção destes factores, como, por exemplo, criando campanhas de prevenção, e através da educação na sua consulta.<sup>(26)(27)</sup>

A amamentação materna foi outro parâmetro avaliado neste trabalho. Apesar da diferença entre grupos não ser estatisticamente significativa, a média foi de  $8,29 \pm 6,73$  meses de amamentação. O leite materno contém diversos componentes (hormonas, factores de crescimento, citocinas) e deve ser administrado pelo menos nos 6 primeiros meses do bebé.<sup>(28)</sup> O aleitamento materno diminui a ocorrência de algumas doenças – diarreia, otite média e infecções respiratórias –, bem como está relacionado com melhor desenvolvimento cognitivo.<sup>(28)(29)(30)</sup>

Em relação à utilização de métodos contraceptivos, verifica-se um direccionamento excessivo para a pílula.<sup>(1)</sup> Neste estudo, 59% das inquiridas utilizava métodos contraceptivos por indicação do médico de família. Apesar de não haver especificação do tipo de método usado, cabe ao Médico de Família maior esforço para divulgar e aconselhar outros métodos, que deve ser feita nas consultas de Planeamento Familiar / Saúde Sexual e Reprodutiva.<sup>(1)(30)</sup>

Observa-se ainda com este estudo uma correlação positiva na relação entre o Médico de Família e a utente com a realização de consultas de acompanhamento familiar por iniciativa do Médico de Família, a realização da consulta de revisão do puerpério pelo Médico de Família e a marcação de consultas de Planeamento Familiar. As utentes com acompanhamento regular pelo Médico de Família são alvo de cuidados personalizados, os cuidados preventivos são melhor aplicados, as patologias crónicas são melhor controladas e



os problemas agudos tratados precocemente, o que se traduz no melhor acompanhamento da utente pelo seu Médico de Família.<sup>(6)(7)</sup>

Observou-se ainda que as utentes que preferem um médico especialista em Obstetrícia ou que preferem recorrer a sistemas de saúde privados não confiam no seu Médico de Família para a vigilância da suas gestações, não foram alertadas pelos sinais de alarme da gravidez pelo seu Médico de Família e não vão optar pelo acompanhamento da gravidez pelo seu Médico de Família. No entanto, o conhecimento, a experiência e a capacidade de empatia e compreensão pelo Médico de Família tornam-no num avaliador com características únicas em qualidade peri-natal.<sup>(6)(7)</sup>

Um estudo de revisão realizado por Cochrane refere que as mulheres, no geral, sentem-se mais satisfeitas com os cuidados prestados pelo seu Médico de Família.<sup>(6)</sup> Isso verifica-se também com este estudo, uma vez que 70,5% das inquiridas refere que foi acompanhada devidamente na sua última gestação pelo Médico de Família, 66,7% refere que o Médico de Família teve iniciativa na marcação de consultas de acompanhamento da gravidez, 70,5% considera o Médico de Família eficaz nas consultas de vigilância da gravidez e 68,6% refere que o Médico de Família tem experiência e conhecimentos para uma avaliação correcta da gravidez.

Por fim, é importante salientar que as infra-estruturas também contribuem para a satisfação e qualidade peri-natal, sendo que 51,5% refere que o Centro de Saúde tem condições para a realização de consultas de vigilância da gravidez e 48,6% refere que as listas de espera não são longas. Para finalizar, 58,2% das inquiridas tem uma boa opinião acerca da avaliação das gestações pelos Médicos de Família, no Distrito de Coimbra.

Cabe ao profissional alterar alguns destes aspectos, melhorando a comunicação e a relação com os doentes, promovendo e tendo iniciativa na marcação das consultas de Planeamento Familiar, de Saúde Materna e de Saúde Infantil, na educação sexual e na

promoção de acções de prevenção para uma gravidez saudável. Está provado que a mulher grávida tende a maior confiança com o clínico quando este presta melhor apoio emocional, maior disponibilidade para escutar e para informar e discutir acerca das opções.<sup>(1)</sup>

Um ambiente favorável a condições seguras para a maternidade depende da disponibilidade e da atenção pela equipa de saúde, da disponibilidade dos centros de atendimento e da prestação pelos cuidados de saúde.<sup>(14)</sup>

Contudo, actualmente o número de especialistas em Medicina Geral e Familiar com competência em Saúde Materna e Infantil não é o suficiente para garantir a assistência partilhada da grávida e do recém-nascido<sup>(1)</sup> pelo que urge mais formação destes profissionais nesta área, para Portugal continuar num dos melhores classificados em cuidados em Saúde Materno-Infantil.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Dr. Hernâni Pombas Caniço, por toda a orientação, colaboração e sugestões na realização deste trabalho e pela sua disponibilidade e prontidão.

Aos meus amigos Jorge Cruz, Mestre em Economia pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e Beatriz Amaral, Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra pelas dicas e pela ajuda relativa ao tratamento estatístico dos dados.

Aos meus colegas de curso e amigos, por todo o apoio, paciência, compreensão, e preocupação especialmente Sónia Santiago, Cláudia Ferreira e Catarina Muller Pereira por toda a sua disponibilidade e Mariana Pacheco pela ajuda na tradução do *Abstract*.

Aos Coordenadores dos Centros de Saúde, em especial Dra. Alice Pinto (CS S. Martinho do Bispo), Dra. Conceição Milheiro (CS Norton de Matos), Dr. Lineu Palmeira (CS Santa Clara), Dra. Maria João (CS Fernão de Magalhães) e à Dra. Maria Glória e ao Dr. Luiz Santiago (CS Eiras). À minha tutora de Medicina Geral e Familiar, Dra. Rita Gomes (USF VitaSaurium), e a toda a equipa pela ajuda, disponibilidade e compreensão na realização deste estudo.

Por fim, mas não menos importante, aos meus pais e à minha irmã, por toda a ajuda, críticas construtivas e apoio na realização deste trabalho.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Remoaldo, Paula Cristina; *Os desafios da saúde materno-infantil portuguesa nos inícios do séculos XXI*; Cuadernos Geográficos, 36 (2005-1), 553-561; 2005.
- (2) Portal Instituto Nacional de Estatística – [www.ine.pt](http://www.ine.pt). Consultado a 11/03/2014.
- (3) Ministério da Saúde; *Organização Perinatal Nacional – Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal*; Lisboa; Março, 2006.
- (4) Branco, A. and Ramos, V.; *Cuidados de Saúde Primários em Portugal*; Revista Portuguesa de Saúde Pública; 2:2001.
- (5) Ministério da Saúde; *Rede de Referência Materno-Infantil*; Lisboa; 2001.
- (6) Miguel, L. and Sá, A.; *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016*; Lisboa; Novembro, 2010.
- (7) Sloane, P. et al.; *Essentials of Family Medicine*; 6<sup>th</sup> Edition; Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- (8) Rakel, R. and Rakel, D.; *Textbook of Family Medicine*; 8<sup>th</sup> Edition; Elsevier Saunders; 2007.
- (9) Direcção Geral de Saúde; *Protocolo de Vigilância Materno-Fetal*.
- (10) Santos, V. et al.; *Características sócio-demográficas das puérperas e seguimento da gravidez – o que mudou em 17 anos?*; Acta Médica Portuguesa; 24: 877-884; 2011.
- (11) Administração Regional de Saúde do Centro; *Perfil de Saúde da Região Centro 2010*; 2010.
- (12) Instituto Nacional de Estatística; *Censos 2011*; 2011.
- (13) Organização Mundial da Saúde. *Who evaluation of the NHPP (2004-2014)*.
- (14) UNICEF – *Situação Mundial da Infância*; 2009.
- (15) Hill, M. and Hill, A.; *Investigação por questionário*; 2<sup>a</sup> Edição; Edições Sílabo; 2012.
- (16) Qualidade em Saúde; Plano Nacional de Saúde 2011-2016
- (17) Medina, J. and Melo, P.; *Qualidade nos Cuidados de Saúde*; Acta Médica Portuguesa; 13: 303-307; 2000.
- (18) Palminha, J. et al.; *Cuidados de Saúde prestados às crianças portuguesas*; Acta Médica Portuguesa 1997; 10: 119-125; 1997.

- (19) Alves, O. et al.; *Saúde da mulher e da criança: necessidades, comportamentos e atitudes*; Revista Portuguesa de Saúde Pública; vol. 23, n.º 1; 2005.
- (20) Mendes, Mário Luiz; *Curso de Obstetrícia*; Coimbra; 1991.
- (21) Fant, M. et al.; *The nexus of prematurity, birth defects, and intrauterine growth restriction: a role for Plac1-Regulated pathways*; Front Pediatrics; Feb 21; 2:8; 2014.
- (22) Imdad, A. et al.; *Screening and triage of intrauterine growth restriction (IUGR) in general population and high risk pregnancies: a systematic review with a focus on reduction of IUGR related stillbirths*; BMC Public Health; Apr. 13; 2011.
- (23) Farahi, N.; *Recommendations for preconception counseling and care*; American Family Physician; Oct 15; 88(8):499-506; 2013.
- (24) Berghella, V. et al.; *Preconception care*; Obstetrical & Gynecological Survey; Feb 65(2):119-31; 2010.
- (25) Davies, G. et al.; *Obesity in pregnancy*; Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada; Feb 32(2):165-73; 2010.
- (26) Passey, M.; *Tobacco, alcohol and cannabis use during pregnancy: clustering of risks*; Drug and Alcohol Dependence; Jan 1;134:44-50; 2014.
- (27) Lamy, S. and Thibaut, F.; *Psychoactive substance use during pregnancy: a review*; Encephale; Feb 36(1):33-8; 2010.
- (28) Turck, D. et al.; *Breast feeding: health benefits for child and mother*; Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine; Dec 12 Suppl. 3:S145-65; 2005.
- (29) Ip, S. et al.; *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries; Evidence report/technology assessment*; Apr (153):1-186; 2007.
- (30) Haschke, F. et al.; *Feeding patterns during the first 2 years and health outcome*; Annals of Nutrition and Metabolism; 62 Suppl. 3:16-25; 2013.
- (31) Saúde reprodutiva - Planeamento familiar, Orientações DGS.

**ANEXO 1 – Inquérito aplicado.**



**QUALIDADE DA VIGILÂNCIA PERINATAL PELO MÉDICO DE FAMÍLIA NO  
CONCELHO DE COIMBRA**

O INQUÉRITO QUE SE SEGUE FAZ PARTE DA REALIZAÇÃO DO TRABALHO FINAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM MEDICINA, PELA UNIVERSIDADE DE COIMBRA.

O OBJETIVO DO INQUÉRITO É AVALIAR A PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS ATRIBUÍDOS PELO MÉDICO DE FAMÍLIA, DOS VÁRIOS CENTROS DE SAÚDE DA REGIÃO URBANA DO DISTRITO DE COIMBRA, NO QUE DIZ RESPEITO AO ACOMPANHAMENTO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO DAS SUAS UTENTES BEM COMO AO PLANEAMENTO FAMILIAR.

PARA ISSO, AGRADECEMOS QUE RESPONDA ÀS PERGUNTAS QUE SE SEGUEM COM A MAIOR SINCERIDADE. GARANTIMOS TODA A CONFIDENCIALIDADE. O INQUÉRITO É ANÓNIMO.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO,

JOÃO SIMÕES

ALUNO 6º ANO MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA



5.1. Se respondeu <b>SIM</b> na questão anterior, foi por iniciativa do seu médico de família?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
6. Efetuou a consulta de revisão do puerpério (depois da gravidez)?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
6.1. Se respondeu <b>SIM</b> na questão anterior, foi por iniciativa do seu médico de família?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
7. Efetuou a consulta de revisão do 1º Trimestre no seu Centro de Saúde com o seu médico de família?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
8. Efetuou a consulta de revisão do 2º Trimestre no seu Centro de Saúde com o seu médico de família?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
9. Efetuou a consulta de revisão do 3º Trimestre no seu Centro de Saúde com o seu médico de família?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
10. O seu médico de família mantém o <i>Boletim de Saúde da Grávida</i> sempre atualizado?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
11. O seu médico de família explicou-lhe os sinais de alarme que podem ocorrer numa gravidez?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
12. A sua gravidez foi considerada de alto risco?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
13. Teve complicações durante a gravidez?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
14. Tem história familiar de anomalias congénitas?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
15. Consumia habitualmente, antes da gravidez, alguma medicação?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
15.1. Se respondeu <b>SIM</b> na questão anterior, interrompeu durante a gravidez?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
16. Consumia habitualmente, antes da gravidez, bebidas alcoólicas?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
16.1. Se respondeu <b>SIM</b> na questão anterior, interrompeu durante a gravidez?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
17. Consumia habitualmente, antes da gravidez, tabaco?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
17.1. Se respondeu <b>SIM</b> na questão anterior, interrompeu durante a gravidez?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
18. Consumia habitualmente, antes da gravidez, algum tipo de substância ilícita (droga)?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
18.1. Se respondeu <b>SIM</b> na questão anterior, interrompeu durante a gravidez?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
19. Amamentou o/a seu/sua filho/a?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
19.1. Se respondeu <b>SIM</b> na questão anterior, especifique o tempo de amamentação.	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> ainda estou a amamentar		
20. O/A seu/sua filho/a tem o calendário vacinal atualizado?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>



**SECÇÃO III**

As perguntas que se seguem têm como objetivo apurar a sua opinião no que diz respeito à sua relação com o seu médico de família. Preencha apenas um quadrado, de 1 a 5, sendo que:

- 1 – discordo totalmente      2 – discordo      3 – não concordo nem discordo  
4 – concordo      5 – concordo totalmente

	1	2	3	4	5
1. Tenho uma boa relação com o meu médico de família.					
2. Fui acompanhada devidamente, durante a minha gestação, pelo meu médico de família.					
3. O meu médico de família mostrou-se recetivo e colaborante nas consultas de vigilância da gravidez.					
4. O meu médico de família teve iniciativa na marcação de consultas de acompanhamento da minha gravidez.					
5. O meu médico de família teve iniciativa na marcação da consulta de revisão do puerpério (depois da gestação).					
6. O meu médico de família encoraja para a marcação de consultas de planeamento familiar.					
7. O meu médico de família explica e aconselha a utilização de métodos contraceptivos (ex.: pílulas, preservativos, DIU,...).					
8. O meu médico de família solicita e mantém atualizado o <i>Boletim de Saúde da Grávida</i> .					
9. O meu médico de família solicita e mantém atualizado o <i>Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar</i> .					
10. Considero o meu médico de família eficaz nas consultas de avaliação da gravidez.					
11. Considero que o meu médico de família tem conhecimentos e experiência para me assegurar uma avaliação correcta da gravidez.					
12. Confio no meu médico de família para acompanhar as minhas gestações.					
13. Fui alertada para os sinais de alarme da gravidez pelo meu médico de família.					
14. Prefiro um médico especialista em Obstetria do que o meu médico de família para acompanhar as minhas gestações.					
15. Prefiro recorrer a sistemas de saúde privados do que ao meu médico de família para avaliar as minhas gestações.					
16. Considero os serviços do meu médico de família imprescindíveis para uma avaliação cuidada da gravidez.					
17. Considero que o meu Centro de Saúde tem as condições necessárias para a realização de consultas de vigilância da gravidez.					
18. A lista de espera para as consultas de saúde materna, no meu Centro de Saúde, são longas.					
19. Em futuras gestações irei preferir a avaliação e o acompanhamento pelo meu médico de família.					
20. Tenho uma boa opinião acerca da avaliação das mulheres grávidas pelos seus médicos de família.					

ANEXO 2 – Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.



ARSC ADMINISTRAÇÃO  
REGIONAL DE  
SAÚDE DO CENTRO, I.P.

Exmo. Senhor  
Dr. João Manuel Martins Simões  
[joaomsimoes1@gmail.com](mailto:joaomsimoes1@gmail.com)  
003388 14 02-04 09:24

Sua referência	Data	Nossa referência	Data
----------------	------	------------------	------


ASSUNTO: "Avaliação da vigilância peri-natal pelo médico de família no distrito de Coimbra"

Serve o presente para informar V. Ex<sup>a</sup>., que o Conselho Directivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

 Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P.

(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

  
Dr. Fernando Lopes de Almeida  
Vice-Presidente do Conselho Directivo  
da A.R.S. Centro, I.P.

AL

Na respectiva entidade a "nossa referência", em cada officio fazer-se-á do seu assunto.



## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b> <b>POSITIVO.</b>	<b>DESPACHO:</b> <i>Aprovado o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde</i> <i>30.9.2014</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.  Dr. José Manuel Venha Teresa Presidente.  Dr. Fernando José Lopes de Almeida Vice-Presidente.
---	---

**ASSUNTO:** "Qualidade da vigilância peri-natal pelo médico de família no distrito de Coimbra". Avaliação por Comissão de Ética: processo 48 de 2013

*[Signature]*  
Vogal  
Dr. Maria Augusta Mota  
Vogal,

Nada a apontar pois tem tudo o necessário.  
Deverá haver relatório à ARS para conhecimento da Unidade Coordenadora Funcional.

O Relator:  
*[Signature]*  
Luiz Miguel Santiago

*[Signature]*  
O Presidente da Comissão de Ética da ARS do Centro

Professor Doutor Fontes Ribeiro