



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

Mestrado Integrado em Medicina – Trabalho Final

INÊS FILIPA QUITÉRIO CORDEIRO

Análise da Dinâmica de Crescimento de Indicadores Nacionais em Planeamento Familiar na Área de Cuidados de Saúde Primários/Medicina Geral e Familiar

Artigo Científico

Área Científica de Medicina Geral e Familiar

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professor Doutor Luiz Miguel Santiago

Abril 2020

Análise da Dinâmica de Crescimento de Indicadores Nacionais em Planeamento Familiar na Área de Cuidados de Saúde Primários / Medicina Geral e Familiar

Inês Filipa Quitério Cordeiro¹

Professor Doutor Luiz Miguel Santiago²

¹: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

²: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

e:mail – inesfqcordeiro@gmail.com

Índice

Lista de abreviaturas	5
Resumo	6
Introdução	8
Métodos	10
Resultados	11
Discussão	21
Conclusão	24
Agradecimentos	25
Referências bibliográficas:	26

Lista de abreviaturas

ACeS: Agrupamento de Centros de Saúde

ARS: Administrações Regionais de Saúde

DGS: Direção Geral de Saúde

LVT: Lisboa e Vale do Tejo

MIF: Mulher em Idade Fértil

PF: Planeamento Familiar

Resumo

Introdução: O planeamento familiar é uma área de grande importância na Medicina Geral e Familiar uma vez que proporciona toda a informação às pessoas, sobretudo mulheres em idade fértil, em relação à sua saúde sexual.

Objetivo: Verificar a dinâmica de crescimento de indicadores nacionais em planeamento familiar em diferentes zonas de Portugal Continental entre os anos de 2017 e 2018.

Métodos: Análise descritiva de dados obtidos online na plataforma https://bicsp.min-saude.pt/pt/investigacao/Paginas/Matrizindicadorescsp_publico.aspx?isdlg=1, dos indicadores 8, 9, 10, 52 e 267 para o total nacional, para as diferentes regiões de saúde e nestas para amostra aleatória representativa de Agrupamentos de Centros de Saúde. Calcularam-se as dinâmicas de crescimento e realizaram-se análises estatísticas em SPSS descritiva e inferencial.

Resultados: A região Norte é aquela que apresenta a melhor performance, tendo os melhores valores em todos os indicadores estudados, em oposição encontra-se a região do Algarve, como aquela que apresenta os piores resultados. Constatou-se ainda que não existe correlação entre o número de médicos de família e os diferentes indicadores e que apenas o indicador 267 teve diferença significativa para os anos em estudo.

Discussão: Os resultados encontrados, apesar de demonstrarem que a nível nacional muito há ainda para trabalhar, verificam-se diferenças entre regiões que urge colmatar em nome da igualdade. Os resultados encontrados na Região Norte implicam reflexão para as restantes regiões.

Conclusão: É necessário investimento a nível nacional para que haja uma melhoria dos indicadores e consequentemente melhoria da saúde sexual das populações, por se terem verificado dinâmicas de crescimento, quando positivas, muito pequenas.

Palavras-chave: Planeamento familiar. Indicadores. Cuidados de Saúde Primários.

Abstract

Background: Family planning is a very important area in General and Family Medicine because it provides all the information fertile women may need, regarding their sexual health.

Goals: Verify the trends of the national indicators in family planning in different regions of Portugal from 2017 to 2018.

Methods: Descriptive analysis of online data on the website https://bicsp.min-saude.pt/pt/investigacao/Paginas/Matrizindicadorescsp_publico.aspx?isdlg=1, of the national indicators 8, 9, 10, 52 and 267 for all Portugal and for different regions and in these for a random representative sample of Health Care Centres. Trends were calculated and a statistic descriptive and inferential analysis in SPSS was made.

Results: The North Health Region showed the best performance, having the best results in all studied indicators. In the opposite position the Algarve Health Region had the worst results. We found out that there is no correlation between the number of doctors and the different indicators and that only the indicator number 267 had a significative difference for the years in study.

Discussion: Although there is still a lot to be done nationally, we verified differences between regions that urge to be minimized for equality. The results founded in the North Region imply reflexion for all the other regions.

Conclusion: A national investment in this area, in order to improve the indicators and consequentially to improve the sexual health of the populations must be done, because although some positive dynamic growths were noted, they were very small.

Keywords: Family Planning. Indicators. Primary Health Care.

Introdução

Na área da medicina geral e familiar ao longo dos anos têm surgido diferentes tipos de programas de saúde, nomeadamente o planeamento familiar (PF). O PF representa um componente fundamental na prestação de cuidados de saúde e cresce com a emancipação da mulher na toma das decisões relacionadas com a sua saúde reprodutiva, sendo atualmente uma “arma” vital para as mulheres em idade fértil (MIF) [1].

O programa de PF da Direção Geral da Saúde (DGS) é um programa universal e gratuito que tem como intuito proporcionar aos utentes, nomeadamente às MIF, a capacidade de autonomia em relação à sua Saúde Sexual e Reprodutiva, através do acesso a informação sobre os diferentes métodos contraceptivos disponíveis, acesso também aos serviços de saúde apropriados que permitam a vivência da sexualidade de uma forma saudável, feliz e segura, bem como o planeamento de uma gravidez e parto nas condições mais adequadas. Com ele a mulher torna-se capaz de decidir se quer ou não ter filhos, alcançar e planear o número de filhos, assim como o momento e o espaçamento entre gravidezes.

Existem atualmente normas para o seguimento da MIF que devem de ser cumpridas [1]. Estão em vigor: ter pelo menos uma consulta médica de PF realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde, nos últimos 36 meses; ter pelo menos um registo parametrizado do método de PF utilizado (ou da não utilização do método); ter pelo menos 1 registo de pressão arterial, nos últimos 36 meses. Para as mulheres entre os 15 e os 50 inclusive: ter pelo menos um registo de resultado de colpocitologia em lâmina, nos últimos 36 meses ou ter pelo menos um resultado de colpocitologia em meio líquido nos últimos 5 anos ou ter pelo menos um resultado pesquisa de DNA do HPV por PCR nos últimos 5 anos ou a utente ter menos de 25 anos.

Para avaliar se tais normas são cumpridas existem diferentes indicadores de saúde [2] que são gerados automaticamente para todo o país, permitindo avaliar regiões e fazer comparações a nível nacional.

Os indicadores de saúde constituem medidas sumárias que refletem indiretamente informação relevante sobre diferentes atributos e dimensões da saúde e dos fatores que a determinam, incluindo o desempenho do sistema de saúde [3], permitindo analisar a situação atual, fazer comparações entre diferentes regiões, avaliar mudanças ao longo dos anos, bem como avaliar a execução das medidas implementadas.

Para tal temos de ter em mente, o conceito de qualidade em Saúde, que segundo Donabedian (1990) assenta em sete atributos, por ele chamados de pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade [4].

Atualmente em Portugal existem mais de 300 indicadores de saúde que nos permitem avaliar a população a diferentes níveis, sendo que podemos ter indicadores de estrutura, de processo e de resultado.

Os indicadores de estrutura resultam de atributos dos setores onde os cuidados são prestados. Os indicadores de processo permitem medir aquilo que foi feito e os de resultado medem qual foi a mudança no estado de saúde da população (efeito/ consequência).

Com este trabalho pretende-se comparar a dinâmica de crescimento entre as diferentes zonas de Portugal Continental, recorrendo a 5 indicadores de Planeamento Familiar constante do BI CSP, portal nacional público, entre os anos de 2017 e 2018 à data de 31 de dezembro em indicador flutuante, comparando os resultados nas diferentes Administrações Regionais de Saúde (ARS) e dos diferentes Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) dentro de cada ARS. Pretende-se também correlacionar o número de médicos em cada ACeS aos resultados obtidos em cada indicador e desta forma avaliar o PF atualmente em vigor.

[1] PORTUGAL. MS. DGS. Saúde Reprodutiva / Planeamento Familiar. 2008. 67 p. - ed. revista e actualizada.

[2] Ministério da Saúde. Bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde primários para o ano de 2017. ACSS Adm Cent do Sist Saúde,IP [Internet]. 2017;1–651. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf

[3] Matias Dias Carlos et al. Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral 2007

[4] Portela MC. Avaliação da qualidade em saúde. Fundam da Vigilância Sanitária [Internet]. 2000;259–69. Available from: <http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf>

Métodos

Num artigo científico original, de carácter observacional descritivo, estudaram-se os dados obtidos online na plataforma https://bicsp.min-saude.pt/pt/investigacao/Paginas/Matrizindicadorescsp_publico.aspx?isdlg=1 que se encontram para consulta pública. Foram estudados os valores dos indicadores nacionais, dos indicadores de cada região e nestas ainda a média obtida de 50% mais um dos agrupamentos de centros de saúde (ACeS), obtidos de forma aleatória após ordenação por ordem alfabética inversa.

Os diferentes indicadores a estudo foram:

- a) O indicador **008** (Taxa de utilização de consultas de PF), que exprime a proporção de MIF, que tiveram pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem de PF nos últimos 12 meses em relação ao conjunto das MIF [2].
- b) O indicador **009** (Taxa de utilização de consultas de enfermagem de PF), que exprime a proporção de MIF, que tiveram uma consulta de enfermagem de PF nos últimos 12 meses [2].
- c) O indicador **010** (Taxa de utilização de consultas médicas de PF), que exprime a proporção de MIF que tiveram uma consulta médica de PF nos últimos 12 meses [2].
- d) O indicador **052** (Proporção de MIF, com acompanhamento adequado na área do PF) que exprime a proporção de MIF com intervalo entre os 15 e os 50 anos exclusive com acompanhamento de acordo com as normas da DGS [2].
- e) Por último, o indicador **267** (índice de acompanhamento adequado na área do PF nas MIF) que permite monitorizar o programa de PF com recurso a índices, em que o numerador constitui o somatório do "score de acompanhamento em PF" determinado para cada MIF. Este "score" pode variar entre 0 e 1, de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento, sendo o denominador a contagem de MIF com idade entre os 15 e os 50 anos exclusive.

Posteriormente à recolha dos dados para cada ACeS, calcularam-se dinâmicas de crescimento e realizou-se análise estatística descritiva e inferencial não paramétrica e de correlação de Pearson em SPSS versão 24 com definição de $p < 0,001$ para valor de diferença.

Resultados

A tabela I representa os resultados obtidos em cada indicador para as diferentes ARS nos anos de 2017 e 2018. Podemos verificar que a ARS Norte apresenta melhores resultados em todos os indicadores estudados. As ARS Centro e Lisboa e Vale do Tejo têm valores muito semelhantes para quase todos os indicadores. A ARS Algarve apresenta indicadores mais baixos.

De salientar que todos os indicadores nas diferentes regiões, à exceção dos indicadores Taxa de utilização de consultas de PF (médicas), Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF e Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF na Região do Algarve, tiveram uma redução de 2017 para 2018.

O indicador que apresenta melhor performance a nível nacional é a taxa de utilização de consultas em planeamento familiar (médicas e enfermagem), tendo os melhores valores em todas as regiões.

Tabela I - Valores dos indicadores para cada ARS

ARS	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)		Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)		Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)		Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF		Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Norte	60,57	58,60	47,09	43,84	46,73	45,72	55,34	54,86	0,74	0,73
Centro	41,09	36,39	33,92	28,77	28,75	27,48	32,67	32,20	0,53	0,53
LVT	37,75	36,68	28,50	26,48	28,35	28,60	32,11	31,68	0,51	0,51
Alentejo	41,45	38,59	32,26	28,43	27,58	27,27	33,55	33,52	0,55	0,55
Algarve	32,43	28,75	26,72	21,92	20,70	21,09	18,95	22,29	0,40	0,42

Particularizando a análise para os ACeS, segundo a Tabela II, verifica-se na ARS Norte, o ACeS Vale de Sousa Sul como o que tem os melhores valores em quase todos os indicadores estudados.

Na ARS Centro, o ACeS Baixo Vouga apresenta os melhores valores dos indicadores de toda a região e também é o que apresenta o maior número de médicos a nível nacional.

Na ARS Lisboa e Vale do Tejo, destacam-se os ACeS Almada/Seixal e Oeste Norte pelos valores obtidos.

No Alentejo, o ACeS de S. Mamede destaca-se por melhores resultados em todos os indicadores e no Algarve o ACeS Algarve Sotavento detém os melhores resultados.

Tabela II - Valores indicadores ACES

ARS	ACeS	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)		Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)		Taxa de utilização de consultas de PF (méd)		Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF		Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF		Número de Médicos de Família	
		2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Norte	Alto Minho	55,68	55,47	43,13	41,95	42,50	43,01	47,46	50,03	0,68	0,69	162	162
	Ave/Famalicão	61,84	61,51	49,68	49,69	46,14	44,57	58,49	54,45	0,75	0,73	72	72
	Aveiro Norte	64,38	66,07	50,02	50,84	53,84	56,17	66,97	68,03	0,81	0,82	66	67
	Braga	60,82	58,90	44,57	42,30	50,28	48,16	61,00	59,80	0,78	0,76	101	106
	Douro Sul	48,58	44,73	37,44	33,00	36,80	34,01	46,67	46,35	0,65	0,65	44	47
	Gaia	58,11	49,89	44,36	35,98	46,92	40,53	50,76	45,22	0,70	0,66	85	84
	Gerês/Cabreira	56,74	56,45	37,38	37,72	45,75	44,86	51,82	53,64	0,71	0,73	62	63
	Gondomar	61,58	60,93	51,32	47,70	45,65	47,29	52,30	52,96	0,74	0,73	96	97
	Maia/Valongo	63,25	59,50	50,67	43,97	48,54	46,35	56,28	54,93	0,75	0,74	121	122
	Marão e Douro Norte	56,59	50,22	44,38	34,94	40,70	38,75	52,60	53,61	0,70	0,71	66	65
	Nordeste	51,14	46,98	43,19	35,97	31,21	32,41	40,81	40,97	0,62	0,62	91	91
	Porto Oriental	55,54	51,18	38,30	34,06	44,86	42,12	47,59	45,66	0,70	0,67	68	70
	Vale de Sousa Sul	71,31	69,16	53,23	49,26	58,52	56,76	66,85	67,91	0,83	0,83	96	99
	Centro	Baixo Vouga	45,04	39,55	37,43	31,68	35,66	32,50	42,84	39,48	0,61	0,59	226
Dão Lafões		39,48	38,54	31,69	30,54	29,41	30,58	35,17	37,10	0,54	0,57	154	159
Guarda		37,43	27,27	32,77	20,89	18,07	18,21	16,98	15,33	0,40	0,39	103	98
Pinhal Interior Norte		39,01	34,63	32,17	27,34	25,76	24,92	27,27	27,52	0,48	0,49	83	82
Pinhal Interior Sul		37,34	31,89	32,76	26,25	17,20	17,09	22,61	23,47	0,43	0,43	21	22
Pinhal Interior		38,64	34,97	31,51	27,81	28,14	26,34	31,85	30,95	0,51	0,52	152	161
LVT	Almada/Seixal	44,96	46,28	38,16	37,83	32,07	34,86	38,37	39,61	0,58	0,59	178	179
	Arco Ribeirinho	38,38	35,41	30,91	27,68	28,03	26,13	31,47	29,48	0,51	0,50	98	98
	Arrábida	43,95	40,12	37,02	33,19	31,33	28,53	35,06	33,06	0,54	0,53	93	95
	Estuário do Tejo	30,47	29,74	24,40	22,07	20,34	21,41	24,46	22,89	0,45	0,45	100	107
	Lisboa Central	29,29	28,65	18,25	17,85	22,80	22,98	21,59	22,59	0,41	0,41	140	154
	Lisboa Norte	33,04	31,35	24,83	22,20	25,12	24,87	28,52	25,91	0,47	0,45	139	149
	Lisboa Ocidental e Oeiras	38,20	38,69	26,08	25,02	31,77	33,29	35,32	35,95	0,54	0,55	140	140
	Oeste Norte	44,80	41,04	37,07	31,36	34,60	33,05	46,46	44,90	0,63	0,62	92	83
Sintra	34,49	33,98	24,20	24,16	26,17	26,36	27,28	27,49	0,48	0,48	156	160	
Alentejo	Alentejo Central	41,35	38,59	31,29	27,12	28,76	28,90	35,49	35,21	0,55	0,55	102	103
	Alentejo Litoral	34,76	32,35	28,85	25,26	20,88	21,61	24,96	25,91	0,48	0,48	57	59
	São Mamede	45,63	43,38	32,70	30,53	32,88	31,58	41,92	42,09	0,62	0,62	72	67
Algarve	Algarve Central	32,57	29,42	26,81	23,13	22,08	22,23	22,11	24,13	0,43	0,44	130	138
	Algarve Sotavento	43,35	36,42	35,30	26,46	30,12	27,67	31,35	38,90	0,53	0,58	32	34

Em relação aos indicadores estudados apresentamos na Tabela III, a Taxa de utilização de consultas de PF quer médicas quer de enfermagem.

Tal como já foi notado para as diferentes ARS, é clara a diferença da ARS Norte em relação às restantes. O ACeS que se destaca a nível nacional, quer para os anos de 2017 quer para 2018, é a de Vale de Sousa Sul.

Quanto às dinâmicas de crescimento observamos que a grande maioria das ACeS teve uma dinâmica de crescimento negativa, estando em consonância a dinâmica de crescimento do total nacional. Os únicos ACeS que apresentam uma dinâmica de crescimento positivo são as ACeS Aveiro Norte, Almada/Seixal e Lisboa Ocidental e Oeiras.

Tabela III - Valores para Indicador Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.) (indicador 008)

ACeS	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)		Dinâmica de crescimento
	2017	2018	
1 - Alto Minho	55,68	55,47	- 0,00
2 - Ave/Familição	61,84	61,51	- 0,01
3 - Aveiro Norte	64,38	66,07	0,03
4 - Braga	60,82	58,90	- 0,03
5 - Douro Sul	48,58	44,73	- 0,08
6 - Gaia	58,11	49,89	- 0,14
7 - Gerês/Cabreira	56,74	56,45	- 0,01
8 - Gondomar	61,58	60,93	- 0,01
9 - Maia/Valongo	63,25	59,50	- 0,06
10 - Marão e Douro Norte	56,59	50,22	- 0,11
11 - Nordeste	51,14	46,98	- 0,08
12 - Porto Oriental	55,54	51,18	- 0,08
13 - Vale de Sousa Sul	71,31	69,16	- 0,03
14 - Baixo Vouga	45,04	39,55	- 0,12
15 - Dão Lafões	39,48	38,54	- 0,02
16 - Guarda	37,43	27,27	- 0,27
17 - Pinhal Interior Norte	39,01	34,63	- 0,11
18 - Pinhal Interior Sul	37,34	31,89	- 0,15
19 - Pinhal Litoral	38,64	34,97	- 0,09
20 - Almada/Seixal	44,96	46,28	0,03
21 - Arco Ribeirinho	38,38	35,41	- 0,08
22 - Arrábida	43,95	40,12	- 0,09
23 - Estuário do Tejo	30,47	29,74	- 0,02
24 - Lisboa Central	29,29	28,65	- 0,02
25 - Lisboa Norte	33,04	31,35	- 0,05
26 - Lisboa Ocidental e Oeiras	38,20	38,69	0,01
27 - Oeste Norte	44,80	41,04	- 0,08
28 - Sintra	34,49	33,98	- 0,01
29 - Alentejo Central	41,35	38,59	- 0,07
30 - Alentejo Litoral	34,76	32,35	- 0,07
31 - São Mamede	45,63	43,38	- 0,05
32 - Algarve Central	32,57	29,42	- 0,10
33 - Algarve Sotavento	43,35	36,42	- 0,16

ARS	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)		Dinâmica de crescimento
	2017	2018	
Norte	60,57	58,60	- 0,03
Centro	41,09	36,39	- 0,11
LVT	37,75	36,68	- 0,03
Alentejo	41,45	38,59	- 0,07
Algarve	32,43	28,75	- 0,11

Total Nacional	2 017	2 018	Din. Cresc.
	46,80	44,50	- 0,05

Na Tabela IV descrevem-se os valores quanto ao indicador Taxa de utilização de consultas de enfermagem de PF. Constatam-se, mais uma vez, os melhores resultados no Norte, destacando-se a ACeS Vale de Sousa Sul, com os melhores resultados para o ano de 2017 e a ACeS Aveiro Norte para o ano de 2018.

Quanto às dinâmicas de crescimento, vemos que a nível nacional é negativa tal como a nível de todas as ARS e de quase todos os ACES, excetuando-se o ACeS Ave/Famalicão, Gêres/Cambreira e Aveiro Norte, que apresentam dinâmicas positivas, mas muito próximas de zero.

Tabela IV - Valores do indicador Taxa de utilização de consultas de PF (enf.) (Indicador 009)

ACeS	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)		Dinâmica de crescimento
	2017	2018	
1 - Alto Minho	43,13	41,95	- 0,03
2 - Ave/Famalicão	49,68	49,69	0,00
3 - Aveiro Norte	50,02	50,84	0,02
4 - Braga	44,57	42,30	- 0,05
5 - Douro Sul	37,44	33,00	- 0,12
6 - Gaia	44,36	35,98	- 0,19
7 - Gerês/Cabreira	37,38	37,72	0,01
8 - Gondomar	51,32	47,70	- 0,07
9 - Maia/Valongo	50,67	43,97	- 0,13
10 - Marão e Douro Norte	44,38	34,94	- 0,21
11 - Nordeste	43,19	35,97	- 0,17
12 - Porto Oriental	38,30	34,06	- 0,11
13 - Vale de Sousa Sul	53,23	49,26	- 0,07
14 - Baixo Vouga	37,43	31,68	- 0,15
15 - Dão Lafões	31,69	30,54	- 0,04
16 - Guarda	32,77	20,89	- 0,36
17 - Pinhal Interior Norte	32,17	27,34	- 0,15
18 - Pinhal Interior Sul	32,76	26,25	- 0,20
19 - Pinhal Litoral	31,51	27,81	- 0,12
20 - Almada/Seixal	38,16	37,83	- 0,01
21 - Arco Ribeirinho	30,91	27,68	- 0,10
22 - Arrábida	37,02	33,19	- 0,10
23 - Estuário do Tejo	24,40	22,07	- 0,10
24 - Lisboa Central	18,25	17,85	- 0,02
25 - Lisboa Norte	24,83	22,20	- 0,11
26 - Lisboa Ocidental e Oeiras	26,08	25,02	- 0,04
27 - Oeste Norte	37,07	31,36	- 0,15
28 - Sintra	24,20	24,16	- 0,00
29 - Alentejo Central	31,29	27,12	- 0,13
30 - Alentejo Litoral	28,85	25,26	- 0,12
31 - São Mamede	32,70	30,53	- 0,07
32 - Algarve Central	26,81	23,13	- 0,14
33 - Algarve Sotavento	35,30	26,46	- 0,25

ARS	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)		Dinâmica de crescimento
	2017	2018	
Norte	47,09	43,84	- 0,07
Centro	33,92	28,77	- 0,15
LVT	28,50	26,48	- 0,07
Alentejo	32,26	28,43	- 0,12
Algarve	26,72	21,92	- 0,18

Total	2017	2018	Din. Cresc.
Nacional	36,47	33,18	- 0,09

Quanto ao indicador Taxa de utilização de consultas médicas de PF, constatamos na Tabela V que tal como nos indicadores anteriores, a dinâmica de crescimento a nível nacional é negativa, tal como em quase todas as ARS, excetuando-se a ARS Lisboa e Vale do Tejo, que apresenta uma dinâmica de crescimento positiva.

Particularizando nos ACeS, constatamos que 14 ACeS apresentam uma dinâmica de crescimento positiva. Mais uma vez é de destacar a ACES Vale de Sousa Sul, que apresenta os melhores valores em ambos os anos observados.

Tabela V - Valores do indicador Taxa de utilização de consultas de PF (méd.) (Indicador 010)

ACeS	Taxa de utilização de consultas de PF (méd)		Dinâmica de crescimento
	2017	2018	
1 - Alto Minho	42,50	43,01	0,01
2 - Ave/Familição	46,14	44,57	- 0,03
3 - Aveiro Norte	53,84	56,17	0,04
4 - Braga	50,28	48,16	- 0,04
5 - Douro Sul	36,80	34,01	- 0,08
6 - Gaia	46,92	40,53	- 0,14
7 - Gerês/Cabreira	45,75	44,86	- 0,02
8 - Gondomar	45,65	47,29	0,04
9 - Maia/Valongo	48,54	46,35	- 0,05
10 - Marão e Douro Norte	40,70	38,75	- 0,05
11 - Nordeste	31,21	32,41	0,04
12 - Porto Oriental	44,86	42,12	- 0,06
13 - Vale de Sousa Sul	58,52	56,76	- 0,03
14 - Baixo Vouga	35,66	32,50	- 0,09
15 - Dão Lafões	29,41	30,58	0,04
16 - Guarda	18,07	18,21	0,01
17 - Pinhal Interior Norte	25,76	24,92	- 0,03
18 - Pinhal Interior Sul	17,20	17,09	- 0,01
19 - Pinhal Litoral	28,14	26,34	- 0,06
20 - Almada/Seixal	32,07	34,86	0,09
21 - Arco Ribeirinho	28,03	26,13	- 0,07
22 - Arrábida	31,33	28,53	- 0,09
23 - Estuário do Tejo	20,34	21,41	0,05
24 - Lisboa Central	22,80	22,98	0,01
25 - Lisboa Norte	25,12	24,87	- 0,01
26 - Lisboa Ocidental e Oeiras	31,77	33,29	0,05
27 - Oeste Norte	34,60	33,05	- 0,04
28 - Sintra	26,17	26,36	0,01
29 - Alentejo Central	28,76	28,90	0,00
30 - Alentejo Litoral	20,88	21,61	0,04
31 - São Mamede	32,88	31,58	- 0,04
32 - Algarve Central	22,08	22,23	0,01
33 - Algarve Sotavento	30,12	27,67	- 0,08

ARS	Taxa de utilização de consultas de PF (méd)		Dinâmica de crescimento
	2017	2018	
Norte	46,73	45,72	- 0,02
Centro	28,75	27,48	- 0,04
LVT	28,35	28,60	0,01
Alentejo	27,58	27,27	- 0,01
Algarve	20,70	21,09	0,02

Total Nacional	2017	2018	Din. Cresc.
	34,94	34,38	- 0,02

Quanto ao indicador Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF analisando a Tabela VI, observamos uma dinâmica de crescimento negativa, quer a nível nacional, quer em todas as ARS. Em relação aos ACeS verificamos que 18 apresentam uma dinâmica de crescimento positiva, apesar de alguns terem valores de crescimento muito próximos de zero, sendo o ACeS Aveiro Norte o que apresenta melhores resultados.

Tabela VI - Valores indicador Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF (Indicador 052)

ACeS	Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF		Dinâmica de crescimento
	2017	2018	
1 - Alto Minho	47,46	50,03	0,05
2 - Ave/Familição	58,49	54,45	- 0,07
3 - Aveiro Norte	66,97	68,03	0,02
4 - Braga	61,00	59,80	- 0,02
5 - Douro Sul	46,67	46,35	- 0,01
6 - Gaia	50,76	45,22	- 0,11
7 - Gerês/Cabreira	51,82	53,64	0,04
8 - Gondomar	52,30	52,96	0,01
9 - Maia/Valongo	56,28	54,93	- 0,02
10 - Marão e Douro Norte	52,60	53,61	0,02
11 - Nordeste	40,81	40,97	0,00
12 - Porto Oriental	47,59	45,66	- 0,04
13 - Vale de Sousa Sul	66,85	67,91	0,02
14 - Baixo Vouga	42,84	39,48	- 0,08
15 - Dão Lafões	35,17	37,10	0,05
16 - Guarda	16,98	15,33	- 0,10
17 - Pinhal Interior Norte	27,27	27,52	0,01
18 - Pinhal Interior Sul	22,61	23,47	0,04
19 - Pinhal Litoral	31,85	30,95	- 0,03
20 - Almada/Seixal	38,37	39,61	0,03
21 - Arco Ribeirinho	31,47	29,48	- 0,06
22 - Arrábida	35,06	33,06	- 0,06
23 - Estuário do Tejo	24,46	22,89	- 0,06
24 - Lisboa Central	21,59	22,59	0,05
25 - Lisboa Norte	28,52	25,91	- 0,09
26 - Lisboa Ocidental e Oeiras	35,32	35,95	0,02
27 - Oeste Norte	46,46	44,90	- 0,03
28 - Sintra	27,28	27,49	0,01
29 - Alentejo Central	35,49	35,21	- 0,01
30 - Alentejo Litoral	24,96	25,91	0,04
31 - São Mamede	41,92	42,09	0,00
32 - Algarve Central	22,11	24,13	0,09
33 - Algarve Sotavento	31,35	38,90	0,24

ARS	Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF		Dinâmica de crescimento
	2017	2018	
Norte	55,34	54,86	- 0,01
Centro	32,67	32,20	- 0,01
LVT	32,11	31,68	- 0,01
Alentejo	33,55	33,52	- 0,00
Algarve	18,95	22,29	0,18

Total Nacional	2017	2018	Din. Cresc.
	40,40	40,03	- 0,01

Os valores observados quanto ao indicador Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF são referidos na tabela VII. Também este indicador tem uma dinâmica de crescimento negativa a nível nacional, exceto na ARS Centro e na do Alentejo. É de salientar, mais uma vez, os valores bem superiores da ARS Norte.

Em relação aos ACeS, verificamos que em 16 ACeS há dinâmicas de crescimento positivas mesmo que muito próximas de zero.

Tabela VII - Valores indicador Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF (Indicador 267)

ACeS	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF		Dinâmica de crescimento
	2017	2018	
1 - Alto Minho	0,68	0,69	0,02
2 - Ave/Famalicão	0,75	0,73	- 0,03
3 - Aveiro Norte	0,81	0,82	0,01
4 - Braga	0,78	0,76	- 0,02
5 - Douro Sul	0,65	0,65	- 0,01
6 - Gaia	0,70	0,66	- 0,06
7 - Gerês/Cabreira	0,71	0,73	0,02
8 - Gondomar	0,74	0,73	- 0,00
9 - Maia/Valongo	0,75	0,74	- 0,01
10 - Marão e Douro Norte	0,70	0,71	0,02
11 - Nordeste	0,62	0,62	- 0,01
12 - Porto Oriental	0,70	0,67	- 0,04
13 - Vale de Sousa Sul	0,83	0,83	0,01
14 - Baixo Vouga	0,61	0,59	- 0,04
15 - Dão Lafões	0,54	0,57	0,05
16 - Guarda	0,40	0,39	- 0,03
17 - Pinhal Interior Norte	0,48	0,49	0,03
18 - Pinhal Interior Sul	0,43	0,43	0,00
19 - Pinhal Litoral	0,51	0,52	0,00
20 - Almada/Seixal	0,58	0,59	0,02
21 - Arco Ribeirinho	0,51	0,50	- 0,02
22 - Arrábida	0,54	0,53	- 0,03
23 - Estuário do Tejo	0,45	0,45	- 0,01
24 - Lisboa Central	0,41	0,41	0,02
25 - Lisboa Norte	0,47	0,45	- 0,04
26 - Lisboa Ocidental e Oeiras	0,54	0,55	0,01
27 - Oeste Norte	0,63	0,62	- 0,01
28 - Sintra	0,48	0,48	0,01
29 - Alentejo Central	0,55	0,55	- 0,00
30 - Alentejo Litoral	0,48	0,48	0,01
31 - São Mamede	0,62	0,62	0,01
32 - Algarve Central	0,43	0,44	0,02
33 - Algarve Sotavento	0,53	0,58	0,10

ARS	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF		Dinâmica de crescimento
	2017	2018	
Norte	0,74	0,73	- 0,01
Centro	0,53	0,53	0,00
LVT	0,51	0,51	- 0,00
Alentejo	0,55	0,55	0,00
Algarve	0,40	0,42	0,06

Total Nacional	2017	2018	Din. Cresc.
	0,60	0,59	- 0,00

Estudou-se ainda o número de médicos de família em cada ACeS, por forma a avaliar se existiria alguma relação entre número e sua dinâmica e os resultados obtidos nos indicadores. Tal como para os indicadores, também se avaliou a dinâmica de crescimento no número de médicos nas diferentes ACeS. Os valores constam da tabela VIII. É de destacar que a grande maioria dos ACeS teve uma dinâmica de crescimento positiva, sendo que apenas cinco não tiveram qualquer tipo de crescimento.

De salientar a região de Lisboa e Vale do Tejo com maior número de médicos, logo seguida a região Norte. No entanto, a ACeS que apresenta maior número de profissionais é a ACeS Baixo Vouga e menor número a ACeS Pinhal Interior.

Tabela VIII - Valores Número de Médicos de Família

ACeS	Nº de Médicos de Família		Dinâmica de crescimento
	2017	2018	
1 - Alto Minho	162	162	-
2 - Ave/Familição	72	72	-
3 - Aveiro Norte	66	67	0,02
4 - Braga	101	106	0,05
5 - Douro Sul	44	47	0,07
6 - Gaia	85	84	- 0,01
7 - Gerês/Cabreira	62	63	0,02
8 - Gondomar	96	97	0,01
9 - Maia/Valongo	121	122	0,01
10 - Marão e Douro Norte	66	65	- 0,02
11 - Nordeste	91	91	-
12 - Porto Oriental	68	70	0,03
13 - Vale de Sousa Sul	96	99	0,03
14 - Baixo Vouga	226	231	0,02
15 - Dão Lafões	154	159	0,03
16 - Guarda	103	98	- 0,05
17 - Pinhal Interior Norte	83	82	- 0,01
18 - Pinhal Interior Sul	21	22	0,05
19 - Pinhal Litoral	152	161	0,06
20 - Almada/Seixal	178	179	0,01
21 - Arco Ribeirinho	98	98	-
22 - Arrábida	93	95	0,02
23 - Estuário do Tejo	100	107	0,07
24 - Lisboa Central	140	154	0,10
25 - Lisboa Norte	139	149	0,07
26 - Lisboa Ocidental e Oeiras	140	140	-
27 - Oeste Norte	92	83	- 0,10
28 - Sintra	156	160	0,03
29 - Alentejo Central	102	103	0,01
30 - Alentejo Litoral	57	59	0,04
31 - São Mamede	72	67	- 0,07
32 - Algarve Central	130	138	0,06
33 - Algarve Sotavento	32	34	0,06

De seguida realizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov de uma amostra, Tabela IX, onde verificámos que apenas o indicador 267 tinha distribuição normal pelo que optámos pela aplicação sistemática de análise inferencial não-paramétrica.

Tabela IX - Teste de Kolmogorov-Smirnov

Indicador	008	009	010	052	267	Nº de médicos
Significância Assint. (Bilateral)	0,012	0,200	0,028	0,200	<0,001	0,001

A análise para verificação de diferenças significativas para os diferentes indicadores entre 2017 e 2018, Tabela X, permitiu verificar uma diferença significativa apenas para o indicador 267 com $p < 0,001$.

Tabela X - Estatísticas de teste

Indicador	008	009	010	052	267	Nº de médicos
U de Mann-Whitney	460,000	401,000	523,000	542,000	,000	529,500
Wilcoxon W	1021,000	962,000	1084,000	1103,000	561,000	1090,500
Z	-1,084	-1,840	-,276	-,032	-6,983	-,192
Significância Assint. (Bilateral)	0,279	0,066	0,783	0,974	<0,001	0,847

a. Variável de Agrupamento: Ano

Na Tabela XI são revelados os valores observados na distribuição entre 2017 e 2018 para o indicador em causa (267). Analisando a tabela, observamos que a mediana e a moda são diferentes nos dois anos avaliados, sendo todos os outros parâmetros iguais. É de salientar que caso tivéssemos mantido mais casas decimais, teríamos maiores diferenças, no entanto, procedeu-se deste modo para que se tornasse mais fácil de avaliar.

Tabela XI - Estatística indicador 267

Ano	2017	2018
Média	0,59	0,59
Mediana	0,58	0,59
Moda	0,40	0,39
Desvio Padrão	0,12	0,12
Ic a 95%	0,55 a 0,64	0,55 a 0,64

Em relação às diferentes ARS e tendo em conta os anos de 2017 e 2018 verificámos, recorrendo ao Teste Kruskal Wallis, que não existem diferenças significativas (p maior que 0,001) entre anos em análise para os vários indicadores, Tabela XII.

Tabela XII - Significância ARS

Indicador	008	009	010	052	267
P	$p=0,026$	$p=0,100$	$p=0,782$	$p=0,190$	$p=0,302$

Posteriormente, realizaram-se testes para avaliação das correlações entre os diferentes indicadores e o número de médicos de família, sendo as correlações negativas para todos os indicadores em análise (tabela XIII).

Tabela XIII - Correlações entre dinâmica de crescimento de indicadores e dinâmica de crescimento de número de médicos a nível nacional

	Nº de Médicos de Família	Indicador 008
Correlação de Pearson	1	0,162
Sig. (bilateral)		0,366
	Nº de Médicos de Família	Indicador 009
Correlação de Pearson	1	0,193
Sig. (bilateral)		0,283
	Nº de Médicos de Família	Indicador 010
Correlação de Pearson	1	0,074
Sig. (bilateral)		0,683
	Nº de Médicos de Família	Indicador 052
Correlação de Pearson	1	0,268
Sig. (bilateral)		0,132
	Nº de Médicos de Família	Indicador 267
Correlação de Pearson	1	0,225
Sig. (bilateral)		0,208

Discussão

Este estudo teve como objetivo comparar a dinâmica de crescimento em Portugal de 5 indicadores de Planeamento Familiar constantes do BI CSP, portal nacional público, entre as diferentes regiões de Portugal Continental, para os anos de 2017 e 2018 à data de 31 de dezembro em indicador flutuante, comparando os resultados nas diferentes ARS e dos diferentes ACeS dentro de cada ARS. Pretendeu-se também correlacionar o número de médicos em cada ACeS aos resultados obtidos em cada indicador e desta forma avaliar o PF atualmente em vigor.

De acordo com todos os resultados obtidos, verificámos que a ARS Norte é a que apresenta os melhores resultados em todos os indicadores para ambos os anos em estudo, sendo que, para alguns indicadores, a dinâmica de crescimento chega a ser superior a 20. Pela tabela 1 verificámos que existe uma diminuição dos valores de todos indicadores entre 2017 e 2018, exceto para os indicadores 10, 52 e 267 na região do Algarve, o que reflete, de alguma forma, que não terá havido um investimento por parte das ARS na melhoria dos cuidados em planeamento familiar. De salientar ainda a ARS Algarve como aquela que apresenta sistematicamente indicadores com baixos resultados.

Na globalidade também os ACeS da Região Norte têm melhores desempenhos. Destaca-se, em particular, a performance da ACeS Vale de Sousa Sul em quase todos os indicadores nos anos avaliados, sendo pertinente saber de razões para tais resultados como políticas implementadas de fomento ao desempenho em PF e se o modelo é repercutível em outros ACeS.

Quando particularizamos para os indicadores, tabelas III, IV, V, VI, VII, apercebemos-mos mais uma vez da dinâmica da região Norte, assim como a existência de dinâmicas de crescimento negativas para quase todos os indicadores, quer a nível nacional, quer a nível das ARS, com algumas exceções: ARS LVT para o indicador 10, ARS Centro e ARS Alentejo para o indicador 267. Ao nível dos ACeS observámos mais exceções, sendo, no entanto, de relatar que as dinâmicas nestes casos são muito próximas de zero.

Já em relação ao número de médicos de família, constatámos que quase todas os ACeS aumentaram o número de profissionais ao serviço da população, investindo desta forma na saúde das populações, não se refletindo, no entanto, na melhoria dos indicadores estudados.

Depois de realizada a análise estatística concluímos que apenas o indicador 267 tem diferença estatística para os anos em estudo. Sendo que, no entanto, nenhuma das ARS apresenta uma diferença estatística para os indicadores em estudo para os anos de 2017 e 2018.

A partir de todos os resultados obtidos e das análises realizadas, apercebemos-nos ainda de que muito deve ser feito em Portugal nesta área, sendo vital o fomento do investimento nesta área, quer em publicitação quer em materiais, para que haja uma melhoria dos indicadores. Deverá ainda começar a perceber-se o que está a ser feito na região Norte ao nível do PF, para que os resultados sejam, no resto do país, similares.

Outro facto, que também nos chamou à atenção, foi a existência de diferenças entre os diferentes ACeS dentro da própria ARS. Desta forma impõe-se saber se não deveria haver medidas regionais por forma a uniformizar os resultados, que são consequência da utilização dos serviços na área do PF.

Estas diferenças ocorrem por uma questão de população, mais jovem ou envelhecida? Por questões relativas à atividade médica? Pela existência de material? Por dinamização política regional ou de ACeS? Por melhor ou pior adesão das populações?

Deve ser referido que a utilização destas consultas de PF permite fazer o rastreio de um dos cancros que mais afeta a mulher em idade fértil, através da realização de uma colpocitologia.

Temos de ter em conta que a área do planeamento familiar abrange uma grande faixa etária que vai desde a adolescência a mulheres até aos 50 anos. Assim sendo, será que os indicadores deveriam ser adaptados a cada faixa etária, de acordo com as necessidades da mesma?

Este ponto reveste-se de elevada importância no caso do indicador 267, uma vez que este constitui um indicador composto, medindo vários parâmetros, nomeadamente: ter, pelo menos, uma consulta médica de PF realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde, nos últimos 36 meses; ter pelo menos, um registo parametrizado do método de planeamento familiar utilizado (ou da não utilização do método); ter, pelo menos 1 registo de pressão arterial, nos últimos 36 meses. Para mulheres com idades entre [25, 50] anos, ter, pelo menos, um registo de resultado de colpocitologia em lâmina, nos últimos 36 meses ou ter, pelo menos, um resultado de colpocitologia em meio líquido nos últimos 5 anos ou ter, pelo menos, um resultado de pesquisa de DNA do HPV, por PCR nos últimos 5 anos ou a utente ter menos 25 anos.

Desta forma, será que todos estes parâmetros são necessários ou serão excessivos? Levantamos então a questão “o que será necessário para vigiar bem uma mulher em idade fértil?”. Serão necessárias análises sanguíneas em todos os casos ou apenas em casos selecionados? Será que a vigilância de uma mulher, que utiliza um método barreira como método contraceptivo, terá de ser igual à vigilância de uma mulher que utiliza contraceptivos orais ou tem um dispositivo intrauterino?

A vigilância analítica sanguínea da mulher em idade fértil terá de ser individualizada, de acordo com as necessidades de cada caso, mas com que periodicidade? E, sobretudo, serão necessárias análises para o controlo?

Tendo em vista a individualização do controlo, crê-se que será oportuno criar um sistema que permita aliar a história pessoal à prescrição, por forma a criar alarmes aquando da prescrição de determinados métodos contraceptivos. Por exemplo, no caso de uma mulher que tivesse antecedentes de carcinoma da mama poderia haver um alerta aquando da tentativa de prescrição de um anticoncetivo oral. Podemos, então, questionarmo-nos quais seriam os alertas que deveriam ser adicionados e, até que ponto, não se deveria adaptar este sistema a dados presentes em listas para alertar o profissional.

O facto de muitas mulheres em idade fértil serem seguidas em consultas de ginecologia, quer em hospitais públicos quer em instituições privadas, realizando nestes estabelecimentos as citologias e todo o conseqüente acompanhamento influenciará os indicadores? Como é que esta informação pode ser atualizada?

De referir, ainda, que existem muitas citologias e aconselhamentos que são realizados em outras consultas não agendadas como PF e desta forma levam a alterações ao nível dos indicadores, pois não são contabilizadas como consultas de PF. Considera-se que dever-se-ia alertar os médicos para a necessidade de mudar a designação da consulta para que estas sejam contabilizadas.

De uma forma geral, podemos dizer que os indicadores são interessantes, no entanto, necessitam, urgentemente, de ser atualizados para que se possam melhorar os dados nacionais e intervir para uma maior adesão aos cuidados ao nível do PF. E com que periodicidade é que devem ser estudados?

Conclusão

O planeamento familiar é uma das áreas vitais da Medicina Geral e Familiar e está disponível para toda a mulher em idade fértil, através de consultas médicas e de enfermagem, em qualquer centro de cuidados primários no nosso país. No entanto, em Portugal é ainda uma área ainda a necessitar de franco desenvolvimento.

A Região de Saúde Norte é a que apresenta valores mais elevados nos indicadores em estudo. A Região de Saúde do Algarve, pela negativa, apresenta os piores resultados.

Verificou-se no biénio 2017-2018 uma dinâmica de crescimento negativa para todos os indicadores estudados, com a exceção da Região de Saúde do Algarve,

O número de profissionais de saúde ao serviço da comunidade em nada beneficiou os indicadores em estudo, o sucesso na melhoria do PF em Portugal, quanto aos indicadores em estudo, não estando dependente do número de profissionais.

Devem ser avaliados os fatores explicativos de diferenças entre ACeS para assegurar equidade e igualdade bem como para melhorar o desempenho de atitudes médicas importantes.

Parece existir a necessidade de atualização de indicadores referentes ao PF, em vigor em Portugal, por forma a se tornarem mais eficazes, como a criação de indicadores por escalões etários.

Acredita-se que um investimento nacional no PF fomentaria a utilização deste pela população, nomeadamente MIF, sendo vital atualizar registos clínicos, sobretudo ao nível de citologias realizadas noutros locais, e informar a população sobre o que é realmente o PF e para que serve, melhorando desta forma a participação das utentes de forma esclarecida, ativa e autónoma no processo de decisão clínica. Com uma taxa de natalidade tão baixa como a de Portugal, o incentivo no programa de PF vai permitir aumentar a natalidade, através da desmistificação de determinados mitos, quer em relação à pré-conceção, quer em relação ao parto e pós-parto.

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago por todo o apoio fornecido ao longo da realização deste trabalho.

Agradeço também à minha família e namorado pelas incansáveis leituras por forma a garantir que tudo estava correto.

Referências bibliográficas:

1. PORTUGAL. MS. DGS. Saúde Reprodutiva / Planeamento Familiar. 2008. 67 p. - ed. revista e actualizada.
2. Ministério da Saúde. Bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde primários para o ano de 2017. ACSS Adm Cent do Sist Saúde,IP [Internet]. 2017;1–651. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf
3. Matias Dias Carlos et al. Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral 2007
4. Portela MC. Avaliação da qualidade em saúde. Fundam da Vigilância Sanitária [Internet]. 2000;259–69. Available from: <http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf>
5. Pratt W, Kinsella T. The Familiar. World Lit Today. 2000;74(2):372.
6. Gouvêa, Carla. Indicadores para monitoramento da qualidade em saúde - Foco de segurança do paciente. Available from: <http://brasil.campusvirtualsp.org/node/228068>
7. DIAS, Matilde Padrão et al. Ciclo de melhoria de qualidade para aumentar a obtenção de consentimento informado em procedimentos de planeamento familiar. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, [S.l.], v. 30, n. 3, p. 168-72, maio 2014. ISSN 2182-5181. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11360>. Acesso em: 11 mar. 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v30i3.11360>.