U.PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2020/2021

Maria João Marques Reis

Métodos reversíveis de contraceção de longa duração nos Cuidados de Saúde Primários / Long-acting reversible contraceptive practices in Northern Portuguese Primary Health Care

março, 2021

FMUP

Maria João Marques Reis

Métodos reversíveis de contraceção de longa duração nos Cuidados de Saúde Primários / Long-acting reversible contraceptive practices in Northern Portuguese Primary Health Care

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Geral e Familiar

Tipologia: Dissertação

Trabalho efetuado sob a Orientação de:

Doutora Luísa Maria Barbosa de Sá

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:

Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

março, 2021

UC Dissertação/Projeto (6º Ano) - DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Maria João Marques Reis, abaixo assinado, nº mecanográfico 201503431, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 24 / 02 / 2021

Assinatura conforme cartão de identificação:

M. João Reis

UC Dissertação/Projeto (6º Ano) – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

NOME

Maria João Marques Reis

NÚMERO DE ESTUDANTE	E-MAIL
201503431	mjreis13@hotmail.com

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Ciências Médicas e da Saúde

TÍTULO DISSERTAÇÃO/~~MONOGRAFIA~~ (riscar o que não interessa)

Métodos reversíveis de contraceção de longa duração nos Cuidados de Saúde Primários

ORIENTADOR

Professora Doutora Luísa Maria Barbosa de Sá

COORIENTADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTE TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	☒
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTE TRABALHO (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	☐
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTE TRABALHO.	☐

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 24 / 02 / 2021

Assinatura conforme cartão de identificação: M. João Reis

MÉTODOS REVERSÍVEIS DE CONTRACEÇÃO DE LONGA DURAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Maria João Reis[1,2*]; Luísa Sá, MD, PhD[1,3,4**]

[1] Estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

[2] Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde (MEDCIDS) da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Alameda Professor Hernâni Monteiro, Porto, Portugal;

[3] Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Rua Doutor Plácido da Costa, Porto, Portugal;

[4] Unidade de Saúde Familiar Nova Via, Valadares, Portugal

*https://orcid.org/0000-0001-9385-8943; **https://orcid.org/0000-0002-8025-8188

Autor de correspondência

Nome: Maria João Marques Reis

Telefone: 916 121 200

Endereço de correio eletrónico: mjreis13@hotmail.com

Endereço postal: Rua Diogo Cão, 4485-567, Mindelo, Portugal

Regista-se uma mudança de paradigma na contraceção nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, com um aumento do uso de LARCs, nomeadamente do implante subcutâneo, cuja colocação releva-se uma competência transversal entre os Médicos de Família portugueses.

Métodos reversíveis de contraceção de longa duração nos Cuidados de Saúde Primários

Introdução e objetivo: Os LARC (long-acting reversible contraceptive) são anticoncecionais de longa duração, adequados a todas as mulheres, não dependentes de uso, com elevada eficácia contracetiva, satisfação e continuidade pelas utilizadoras. Em Portugal, os LARCs são gratuitos nos Cuidados de Saúde Primários e a sua colocação faz parte das competências do Médicos de Família. Este estudo pretendeu caracterizar o perfil de prescrição e colocação de LARCs nos Cuidados de Saúde Primários.

Métodos: Estudo observacional transversal. Foi utilizada uma amostra tipo "bola de neve" de especialistas e internos de Medicina Geral e Familiar, pertencentes à ARS Norte, através de um questionário online, via Google Forms®.

Resultados: Os estroprogestativos orais lideram a recomendação contracetiva nos Cuidados de Saúde Primários portugueses (84,4%; IC95%: 78,5% - 89,8%), seguidos pelos LARCs (21,6%; IC95%: 15,6% - 28,1%). O implante subcutâneo foi o LARC mais aconselhado (74,9%; IC95%: 68,3% - 80,8%) e colocado (70,7%; IC95%: 62,9% - 77,8%). A maioria não coloca contracetivos intrauterinos (59,9%; IC95%: 52,1% - 67,1%), optando por referenciar as utentes para consulta de ginecologia. O implante subcutâneo tende a ser aconselhado a nulíparas ($p < 0,001$) e a contraceção intrauterina a multíparas ($p < 0,001$).

Conclusões: Regista-se uma mudança de paradigma na contraceção nos Cuidados de Saúde Primários portugueses, com um aumento do uso de LARCs. Existe uma divergência na preferência de LARCs em Portugal, dado a contraceção intrauterina ser o LARC mais colocado mundialmente. A utilização de LARCs intrauterinos parece estar mais dependente de barreiras externas do que da competência dos Médicos de Família, pelo que a melhoria das condições para a sua colocação poderia otimizar o seu uso e a saúde sexual das utilizadoras, assim como diminuir a referenciação a consultas hospitalares.

Palavras-chave: Contraceptive Devices; Contraceptive Agents; Long-Acting Reversible Contraception; Primary Health Care.

Long-acting reversible contraceptive practices in Northern Portuguese Primary Health Care

Background and purpose: LARCs (long-acting reversible contraceptive) are long-term contraceptives, suitable for all women, not dependent on use, with high contraceptive efficacy, satisfaction, and continuity by users. In Portugal, LARCs are free of charge in Primary Health Care and their placement is part of the Family Physicians' skills. This study aimed to characterise contraceptive practices and the prescribing/placement of LARCs in Northern Primary Health Care, Portugal.

Methods: Cross-sectional observational study. A “snowball” sample of specialists and trainees Family Physicians was used through an online questionnaire, via Google Forms®, with multiple choice questions and Likert Scales.

Results: Oral estroprogestatives lead the contraceptive recommendation in Portuguese Primary Health Care (84,4%; 95%CI: 78,5% - 89,8%), followed by LARCs (21,6%; 95%CI: 15,6% - 28,1%). The subcutaneous implant was the most recommended (74,9%; 95%CI: 68,3% - 80,8%) and placed LARC (70,7%; 95%CI: 62,9% - 77,8%). Most Family Physicians do not place intrauterine contraceptives (59,9%; 95%CI: 52,1% - 67,1%), choosing to refer users to a gynecologist. The subcutaneous implant tends to be recommended for nulliparous ($p < 0,001$) and intrauterine contraception for multiparous women ($p < 0,001$).

Conclusions: There is a paradigm shift in contraception of Portuguese Primary Health Care, with an increase in the use of LARCs. There is a divergence in the preference of LARCs in Portugal, as intrauterine contraception is the most used LARC worldwide. The use of intrauterine LARCs seems to be more dependent on external barriers than on Family Physicians competence. Improving the LARC placement conditions could optimize the use of intrauterine contraception and users’ sexual health as well as decrease hospital referrals.

Keywords: Contraceptive Devices; Contraceptive Agents; Long-Acting Reversible Contraception; Primary Health Care

Introdução

A contraceção é um dos pilares do Planeamento Familiar que, além de evitar uma gravidez indesejada, possibilita que casais desfrutem de uma sexualidade mais segura e satisfatória.[1]

A gratuitidade das consultas de Planeamento Familiar e dos métodos contracetivos, regulamentada em Portugal desde 1985, facilita não só o acesso à contraceção como diminui o número de gravidezes indesejadas.[2-3] Gradualmente, esta medida tem proporcionado uma escolha adaptada a um maior número de utentes, garantindo a liberdade de escolha de cada mulher/casal e uma maior adesão e continuidade terapêuticas.[3] As mulheres portuguesas, além da contraceção propriamente dita, valorizam os benefícios complementares dos métodos contracetivos, particularmente o controlo do ciclo menstrual e da dismenorreia, validando a crescente tomada de consciência de que a contraceção se traduz em ganhos de saúde.[1]

Apesar de Portugal continuar abaixo da média europeia no que respeita ao indicador "número de interrupções da Gravidez por 1.000 nados-vivos", continua a ocorrer um número considerável de gravidezes não planeadas que poderão estar associadas à falta de informação sobre contraceção, baixa frequência de consultas de Planeamento Familiar/Ginecologia ou ainda ao defetivo uso dos métodos contracetivos escolhidos.[1],[4] Muitas mulheres que optam por realizar uma interrupção voluntária da gravidez não têm método contracetivo ou utilizam métodos mais falíveis como o preservativo ou os anticoncecionais orais.[5]

A pílula continua a ser o método contracetivo preferencialmente utilizado pelas mulheres portuguesas, embora o seu uso tenha vindo a diminuir.[1] Cerca de 20% destas utilizadoras admitem o esquecimento da toma da pílula, em todos os ciclos ou mais de uma vez por mês, sendo este esquecimento mais frequente nas mulheres mais jovens.[1] O facto de a maioria das mulheres não ter por hábito contar ao médico ou a outro profissional de saúde os esquecimentos da toma da pílula, reforça a importância do aconselhamento de métodos de

longa duração, mais independentes da utilizadora e que contornem os inconvenientes da toma diária de um comprimido e a eficácia contracetiva desta população.[1],[5] Por outro lado, um número significativo de mulheres apresenta contraindicações para o uso de estrogénios e/ou não toleram os seus efeitos secundários, levando à descontinuidade do método ou a uma má adesão terapêutica.[3] Os métodos contracetivos sem medicação ou que utilizam apenas progestativos constituem também uma alternativa segura para mulheres com contraindicação ou intolerância aos estrogénios.[3]

Dada a elevada eficácia, não dependente do uso, e elevadas taxa de satisfação e de continuação, a literatura tem vindo a dar uma grande relevância aos denominados métodos reversíveis de longa duração (LARCs: long-acting reversible contraceptive), registando-se um aumento da tendência da sua utilização.[1],[3],[6]

Segundo a American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), os LARCs são métodos contracetivos com uma administração periódica superior a 12 semanas que além de, a par com a esterilização, apresentarem 99% de eficácia na prevenção de gravidezes, são adequados a todas as mulheres, incluindo jovens e nulíparas.[7-8] A National Institute for Health and Care Excellence (NICE) denomina de LARCS todos os anticoncecionais com administração superior a 4 semanas, incluindo, desta forma, o injetável. Este estudo baseou-se na classificação da ACOG, concentrando-se na abordagem de LARCs de colocação subcutânea e intrauterina.

O implante subcutâneo é um LARC que contém 68 mg do progestagénio etonogestrel, e 15 mg de sulfato de bário (radiopaco), com três anos de duração de eficácia contracetiva.[9] Em Portugal existem quatro LARCs intrauterinos disponíveis: sistemas intrauterinos com 13,5 mg, 19,5 mg e 52 mg de Levonorgestrel e o dispositivo intrauterino de cobre (T 380 e U 375). Todos estão incluídos na lista nacional de métodos contracetivos gratuitamente disponíveis no Sistema Nacional de Saúde.[3]

Apesar de os LARCs se posicionarem no topo da hierarquia da eficácia, os Médicos de Família privilegiam os contracetivos hormonais, preferencialmente a pílula, enquanto os Médicos Ginecologistas privilegiam as novas vias de administração dos estroprogestativos e os métodos contracetivos de longa duração.[1] Ainda que a execução dos procedimentos técnicos necessários à aplicação dos LARCs seja uma das competências do Médico de Família em Portugal e que, após formação adequada, seja uma técnica exequível e integrada na sua prática clínica, estudos europeus apontam para um baixo recurso por parte desta especialidade.[8],[10-11] A relutância observada perante a escolha de LARCs, sobretudo os intrauterinos, não reside somente nas utentes mas também nos profissionais de saúde.[10-12] Esta resistência parece estar associada à necessidade da realização de um procedimento médico para a sua introdução/remoção e à falta de experiência dos profissionais, levando à adoção de outros métodos contracetivos e/ou à referenciação para consulta hospitalar de Ginecologia.[13]

A referenciação da paciente para a colocação/remoção dos LARCs, além de aumentar o tempo de espera para o início da contraceção, requer mais deslocações e contribui para a sobrelotação das consultas hospitalares. A acessibilidade destes anticoncecionais e a formação de mais Médicos de Família para a sua colocação permite, por si só, diminuir um entrave à utilização destes métodos: o tempo de espera para a sua colocação.[12]

Não existem estudos em Portugal que retratem as práticas contracetivas dos Médicos de Família portugueses, o recurso aos LARCs ou à execução das técnicas associadas à sua utilização. Assim, o objetivo principal deste estudo é caracterizar o perfil de prescrição e colocação de LARCs nos Cuidados de Saúde Primários.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Estudo observacional transversal realizado através de um questionário online.

População alvo

Médicos de Família e Internos de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, pertencentes à Administração Regional de Saúde (ARS) da zona Norte.

Critérios de seleção

Foram elegíveis todos os participantes médicos que pertenciam à ARS Norte. Não existiram critérios de exclusão.

Métodos da amostra e tamanho da amostra

Foi utilizada uma amostra não aleatória, tipo "bola de neve", dos Médicos de Família e Médicos Internos de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, da ARS Norte, que aceitaram responder ao questionário online, entre 6 julho e 1 de novembro de 2020.

Numa primeira fase, foi enviado um pedido de divulgação, via email institucional, aos 24 ACeS da ARS Norte e à Coordenação de Internato de MGF da Zona Norte, numa tentativa de chegar a toda a população da ARS Norte e combater o viés de seleção. Foi adicionalmente solicitada a colaboração à Associação de Internos de Medicina Geral e Familiar da Zona Norte, ao Núcleo de Internos de Braga, aos Fóruns Web "MGF XXI" e "USF-AN", e à plataforma "MGFamiliar". Foi pedido à pessoa entrevistada que indicasse ou convidasse outras para participar.

Instrumentos e métodos da colheita de dados

O questionário foi elaborado pelas investigadoras, com base em estudos prévios,[14-15] e pré-testado em 10 Médicos de Família, de forma a assegurar a sua adequabilidade, confiabilidade e aplicabilidade no terreno. Foi construído e divulgado na plataforma Google Forms ®. O questionário está estruturado em 7 seções. (Apêndice I) A primeira secção – CONSENTIMENTO – incluiu o consentimento informado dos participantes e respetiva autorização para utilização dos dados para fins de investigação. A segunda secção – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS – é constituída por questões tipo escolha múltipla e tem como objetivo recolher as características sociodemográficas dos participantes, incluindo formação e anos de carreira. O local de trabalho é caracterizado pelo ACeS, tipo e nome da unidade funcional, ambiente e distância relativa ao hospital de referência. A terceira secção – MÉTODOS DE CONTRACEÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – é composta por Escalas de Likert, de 5 pontos de frequência, com o intuito de averiguar quais os métodos contracetivos mais utilizados nos Cuidados de Saúde Primários, associados a má utilização pela utente e a mais efeitos adversos. A quarta secção – ACONSELHAMENTO E PRÁTICA CLÍNICA EM RELAÇÃO À CONTRACEÇÃO REVERSÍVEL DE LONGA DURAÇÃO – analisa o aconselhamento e práticas cínicas dos participantes relativamente aos diferentes LARCs disponíveis. É composta por Escalas de Likert, de 5 pontos de concordância, na aferição da eficácia de cada tipo de LARC e de 5 pontos de frequência, na avaliação da frequência de seu aconselhamento. Na análise da prática clínica dos participantes, são expostas várias situações clínicas adequadas ao seu uso e é averiguada a influência da paridade na sua escolha, através de questões tipo "escolha múltipla". Na quinta – IMPLANTE SC – e sexta secções – DIU/SIU –, os tipos de LARCs são explorados quanto à formação, colocação, remoção e referenciação para consulta hospitalar. Com o recurso de questões tipo escolha múltipla, é avaliado o principal motivo de não realização dos respetivos procedimentos. A sétima secção – PONTOS DE VISTA E OPINIÕES – recolhe os pontos de vista e opiniões dos praticantes em relação aos LARCs, através de Escalas de Likert (de 5 pontos de

concordância), e a sua vontade em adquirir mais competências na área, através de uma questão de escolha múltipla.

Análise estatística

A análise estatística foi efetuada com o recurso ao software *IBM SPSS® Statistics, versão 26* para *Windows 10*. Para a descrição das variáveis categóricas foram usadas as frequências absolutas e relativas (n, %). Para as variáveis quantitativas, com distribuição não normal, foi usada a mediana e amplitude interquartil (IQR). A normalidade foi verificada pela observação dos histogramas. Foram calculadas as prevalências estimadas da população bem como os respetivos intervalos de confiança a 95%. Os valores da Escala de Likert foram apresentados em gráficos de barras horizontais, construídos no software *Tableau*®, 2020.4, com 3 valores: o valor central neutro e a soma dos 2 valores limítrofes. Para avaliar a associação entre variáveis categóricas foi usado o Teste de *Qui-quadrado de Pearson,* sendo esta considerada significativa para valores de $p \leq 0,05$.

Considerações éticas

Este estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. O consentimento informado e a autorização para utilização dos dados para fins de investigação foram obtidos no início do questionário, que apenas progredia após autorização por parte do participante. Os participantes foram informados sobre o tempo estimado do preenchimento do questionário, do seu caráter facultativo e da possibilidade de desistência da sua participação a qualquer momento. A confidencialidade e a privacidade dos dados foram garantidas pelo anonimato das respostas, não sendo requerida qualquer autenticação eletrónica. Nenhum participante recebeu qualquer forma de compensação.

RESULTADOS

Rececionamos 170 questionários online, dos quais 3 foram dispensados por ausência de dados. Obtivemos uma amostra de 167 participantes, o que corresponde a 5,9% da população de Médicos de Família e Médicos Internos de Formação Específica em MGF da ARS Norte.[16] Estão representados 26,2% das unidades de saúde (95 das 363 unidades funcionais[17-18]) e colaboraram 23 dos 24 ACeS da ARS Norte. Os participantes eram maioritariamente especialistas, do sexo feminino e tinham entre 26 e 66 anos de idade (mediana 34). Na sua maioria trabalhavam em USF modelo B, em ambiente urbano, perto do hospital de referência e tinham menos de 10 anos de carreira. (Tabela 1)

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra.

Características da amostra	**n**	**%**
Sexo		
Feminino	141	84,4
Masculino	26	15,6
Idade (anos)		
<30	51	30,5
[30-35]	41	24,6
[36-40]	33	19,8
≥ 40	42	25,1
Nível de Formação		
Especialista	102	61,1
Interno de especialidade	65	38,9
Anos de carreira		
< 5	53	31,7
[5-9]	47	28,1
[10-14]	28	16,8
≥ 15	39	25,1
Tipo unidade funcional		
Unidade de Saúde Familiar - Modelo A	42	25,1
Unidade de Saúde Familiar - Modelo B	104	62,3
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	21	12,6
Ambiente local trabalho		
Rural	55	32,9
Urbano	112	67,1
Distância percecionada ao hospital de referência		
Perto	149	89,2
Longe	18	10,8

Métodos de contraceção nos Cuidados de Saúde Primários

Os Médicos de Família realizaram uma mediana de 6,0 (IQR: 4) consultas de Planeamento Familiar por semana. Verificou-se um recurso diversificado dos métodos contracetivos, com um claro predomínio de utilização de estroprogestativos orais. Os LARCs revelaram-se opções muito consideradas, com predomínio do implante subcutâneo (64,0%) e dos sistemas intrauterinos (59,3%). Os anticoncecionais menos usados foram o progestativo injetável, e os estroprogestativos transdérmicos. (Figura 1)

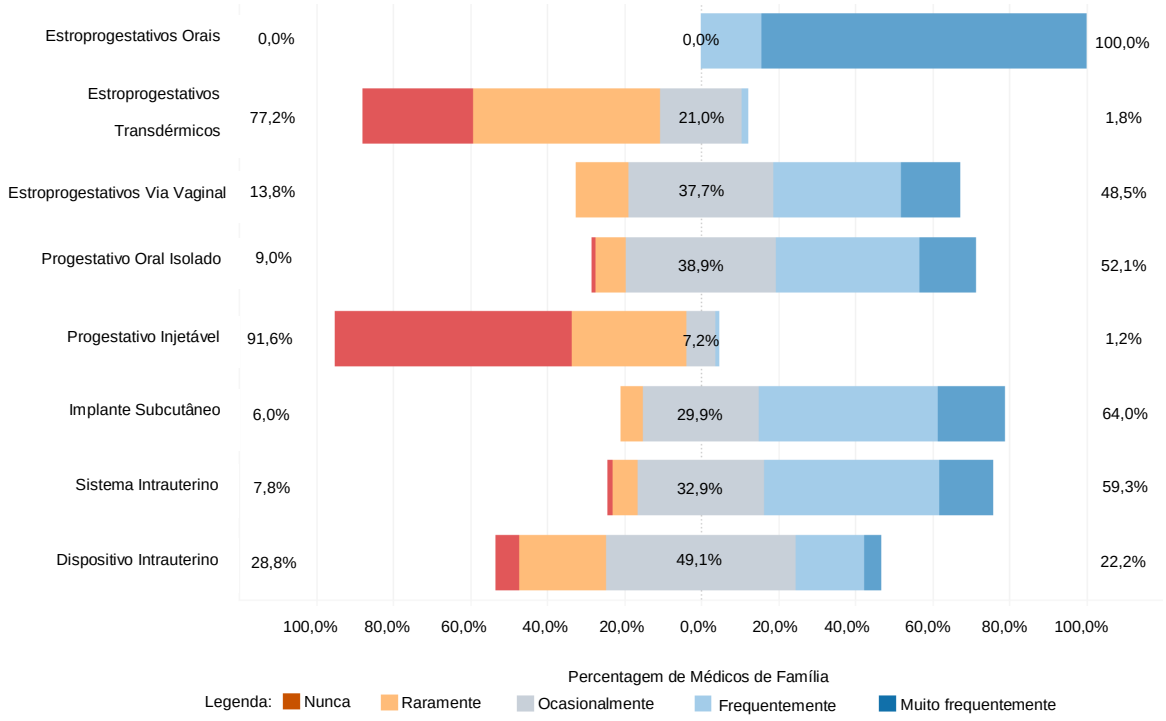


Figura 1. Métodos contracetivos de primeira linha nos Cuidados de Saúde Primários.

A generalidade dos Médicos de Família reconheceu que a utilização de LARCs não está dependente da utilizadora. Os anticoncecionais orais foram os métodos contracetivos mais frequentemente associados a uma má utilização, com predomínio dos estroprogestativos, geralmente tomados com uma semana de pausa, em relação aos progestativos isolados, tomados de forma contínua (73,6% *vs* 59,8%). Numa menor dimensão, os estroprogestativos

por via transdérmica (32,6%) e vaginal (22,8%) também foram associados a uma má utilização. (Figura 2.A)

Os Médicos de Família consideraram que os métodos contracetivos disponíveis nos Cuidados de Saúde Primários estão pouco associados a efeitos adversos. O progestativo injetável (37,7%), o implante subcutâneo (34,1%) e os estroprogestativos orais (32,9%) foram os mais associados a efeitos ad versos, enquanto a contraceção por via intrauterina e vaginal foram os menos associados a efeitos adversos. (Figura 2.B)

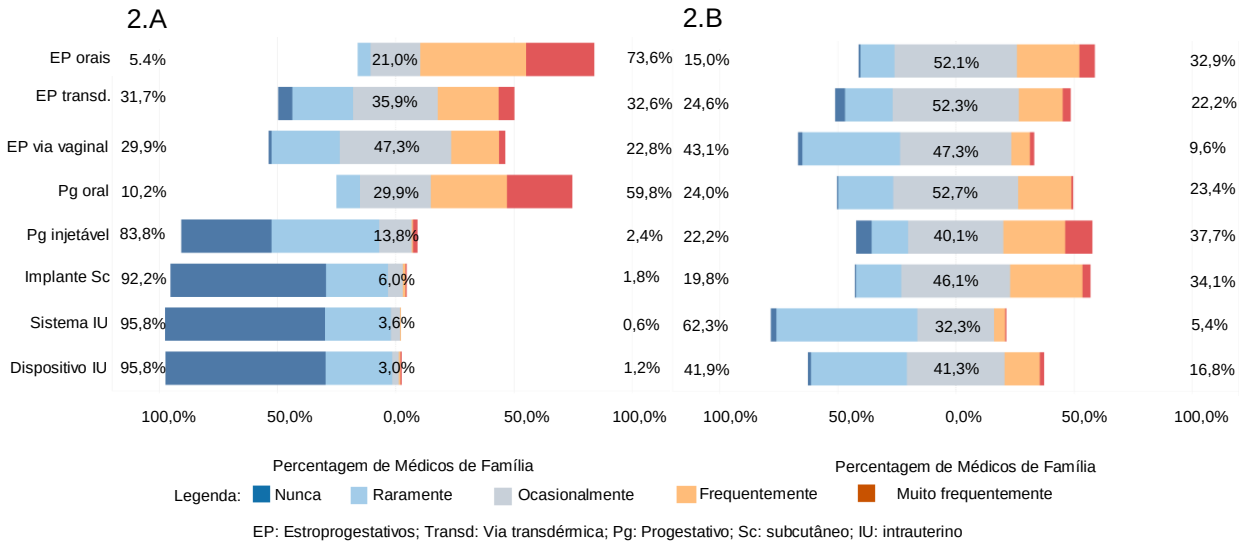


Figura 2. Métodos de contraceção associados a uma maior taxa de má utilização (2.A) e a mais efeitos adversos e desvantagens para a utilizadora (2.B).

Aconselhamento e prática clínica em relação aos LARCs

Os LARCs foram considerados métodos extremamente eficazes. Verificou-se que a eficácia da contraceção intrauterina diminuiu progressivamente com a diminuição da carga hormonal dos sistemas intrauterinos e era ligeiramente inferior com o dispositivo intrauterino. (Figura 3.A)

Quanto à frequência de aconselhamento, o implante subcutâneo foi o LARC mais indicado (74,8%). Verificamos que a frequência de aconselhamento de LARCs diminui com a diminuição da carga hormonal de cada dispositivo, de modo que os sistemas intrauterinos com menor carga hormonal e o dispositivo intrauterino são os menos aconselhados. (Figura 3.B)

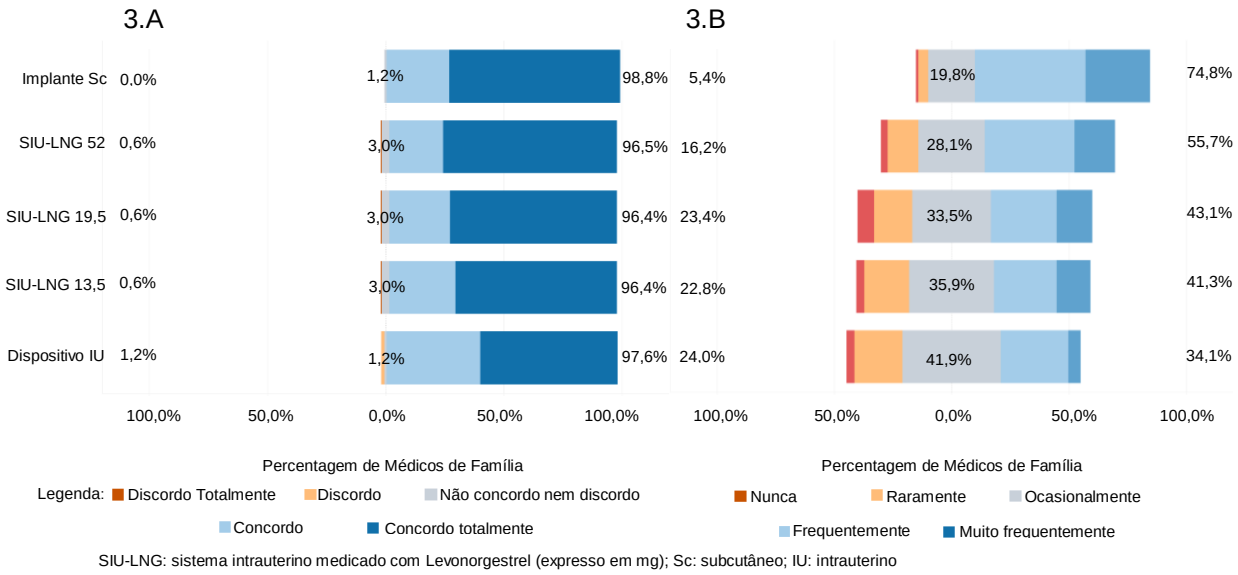


Figura 3. Nível de concordância com a eficácia contracetiva (3.A) e frequência de aconselhamento de LARCs (3.B).

As indicações mais frequentes para o uso de LARCS foram a contraindicação para estrogénios (89,2%; IC95%: 84,4% - 94,0%), a pedido da doente (83.8%; IC95%: 78,4% - 89,2%) ou como tratamento de menorragias (71,3%; IC95%: 64,1% - 79,0%), sendo também uma importante opção após interrupção voluntária da gravidez (60,5; IC95%: 52,7% - 67,7%).

Verificamos que a sua recomendação está mais dependente da paridade (51,5%; IC95%: 43,1% - 59,3%) do que da idade (32,9%; IC95%: 25,7% - 40,7%) da mulher. Apenas uma minoria (10,8%; IC95%: 6,6% - 16,2%) considerou os LARCs como contraceção de emergência. Cinco participantes mencionaram o esquecimento frequente das tomas dos anticoncecionais orais e a existência de um défice cognitivo/debilidade mental, como duas circunstâncias clínicas adicionais que justificariam a recomendação de LARCs.

Quando questionados sobre o uso de LARCs conforme a paridade (jovem nulípara *versus* multípara saudável que não deseja ter mais filhos), os Médicos de Família tenderam a aconselhar mais o implante subcutâneo às nulíparas ($p < 0,001$) e os dispositivos intrauterinos às multíparas ($p < 0,001$), com especial indicação para os que possuíam maior carga hormonal ou os de cobre. Cerca de 5% dos Médicos de Família não recomendaram o uso destes contracetivos a mulheres nulíparas e, quando indicados, tendem para a menor carga hormonal. (Tabela 2)

Tabela 2. Indicação de LARCs de acordo com a paridade da utente.

	Nulípara		**Valor *p****	**Multípara**		**Valor *p****
	n	**%**		**n**	**%**	
Implante subcutâneo	114	68,3		7	4,2	
SIU-LNG 13.5 mg	37	22,2		10	6,0	
SIU-LNG 19,5 mg	4	2,4	< 0,001	33	19,8	< 0,001
SIU-LNG 52 mg	2	1,2		61	36,5	
DIU	2	1,2		53	31,7	
Não recomendo	8	4,8		3	1,8	
Total	167	100		167	100	

Legenda: SIU-LNG: Sis tema intrauterino medicado com Levonorgestrel; * *Qui-quadrado de Pearson,* p ≤ 0,005

Procedimentos associados à utilização de LARCs

A colocação de LARCs foi registada em todos os ACeS que participaram no estudo. Verificamos que existia pelo menos um Médico de Família em 46,3% das unidades de saúde que efetuava a colocação de ambos os tipos de LARCs, mas em 17,9% das unidades não existia um profissional que efetuasse a colocação de LARCs. O implante subcutâneo foi o LARC mais colocado na ARS Norte, sendo o único LARC colocado em 32,6% das unidades de saúde.

Cerca de um terço dos Médicos de Família (34,7%; IC95%: 27,5% - 41,9%) procedia à colocação de ambos os LARCs e um quarto (25,1%; IC95%: 18,6% - 32,3%) não procedia à colocação de nenhum tipo.

A maioria dos Médicos de Família (70,7%, IC95%: 62,9% - 77,8%) procedia à colocação do implante subcutâneo, com uma mediana de 10 colocações por ano (IQR: 14), bem como à sua remoção (78,4%, IC95%: 71,9% - 84,4%), com uma mediana de 7 remoções por ano (IQR: 5). Os Médicos de Família mais jovens ($p < 0,001$), com menos anos de carreira ($p < 0,001$) e os internos de formação específica ($p = 0,014$) mostraram-se mais aptos na colocação do implante subcutâneo. Fatores como o género ou as características das unidades de saúde (ACeS, tipologia, ambiente inserido e distância ao hospital de referência) não constituíram fatores significativos para a colocação ou remoção do implante subcutâneo. (Tabela 3)

Quanto à contraceção intrauterina, verificamos que 40,1% (IC95%: 32,3% - 47,3%) dos Médicos de Família procedia à sua colocação, com uma mediana de 9 colocações por ano (IRQ: 10). Em contraste 73,7% (IC95%: 67,1% - 80,2%) dos Médicos de Família removia estes dispositivos, com uma mediana de 5 remoções por ano (IQR: 4)

Não se encontraram fatores sociodemográficos associados ao procedimento da sua colocação ou remoção. (Tabela 3)

Tabela 3. Colocação de LARCs e respetivas características sociodemográficas da amostra.

	Implante Subcutâneo					Contraceção intrauterina				
	Colocação		Não colocação		Valor *p**	Colocação		Não colocação		Valor *p**
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Total	118	70,7	49	29,3		67	40,1	100	59,9	
Sexo					0,218					0,263
Feminino	97	58,1	44	26,3		54	32,3	87	52,1	
Masculino	21	12,6	5	3,0		13	7,8	13	7,8	
Idade (anos)					0,001					0,344
< 30	41	24,6	10	6,0		18	10,8	33	19,8	
[30 - 35]	35	21,0	9	3,6		18	10,8	27	13,8	
[36 - 40]	22	13,2	8	6,6		17	10,2	12	9,6	
≥ 40	20	12,0	22	13,2		14	8,4	28	16,8	
Nível de formação					0,014					0,501
Especialista	65	38,9	37	22,2		43	25,7	59	35,3	
IFE	53	31,7	12	7,2		24	14,4	41	24,6	
Anos de carreira					0,000					0,327
< 5	43	25,7	10	6,0		18	10,8	35	21,0	
[5 - 9]	40	24,0	7	4,2		24	14,4	23	13,8	
[10 - 14]	16	9,6	14	7,2		10	6,0	18	10,8	
≥ 15	19	11,4	18	12,0		15	9,0	24	14,4	
Tipo de unidade funcional					0,495					0,448
USF - modelo A	32	19,2	10	6,0		20	12,0	22	13,2	
USF - modelo B	73	43,7	31	18,6		38	22,8	66	39,5	
UCSP	13	7,8	8	4,8		9	5,4	12	7,2	
Ambiente do local de trabalho					0,135					0,186
Rural	43	25,7	12	7,2		26	15,6	29	17,4	
Urbano	75	44,9	37	22,2		41	24,6	71	42,5	
Distancia relativa ao hospital de referência com especialidade de Ginecologia					0,346					0,692
Perto	107	64,1	42	25,1		59	35,3	90	53,9	
Longe	11	6,6	7	4,2		8	4,8	10	6,0	

Legenda: IFE: interno de formação específica em Medicina Geral e Familiar; USF: Unidade de Saúde Familiar; USCP: Unidade de Cuidados de Saúde personalizados; * *Qui-quadrado de Pearson*, $p \leq 0,005$

Os clínicos que efetuavam a colocação de um tipo de LARC, efetuavam também a sua remoção ($p < 0,001$). Verificou-se que cerca de metade dos Médicos de Família que colocavam o implante subcutâneo, procedia também à colocação dos métodos contracetivos intrauterinos ($p < 0,001$). (Figura 5.A)

Quanto à contraceção intrauterina, verificou-se que, dos que procediam à colocação dos dispositivos de contraceção intrauterina, 89,6% procedia também à colocação do implante subcutâneo ($p < 0,001$). (Figura 5.B)

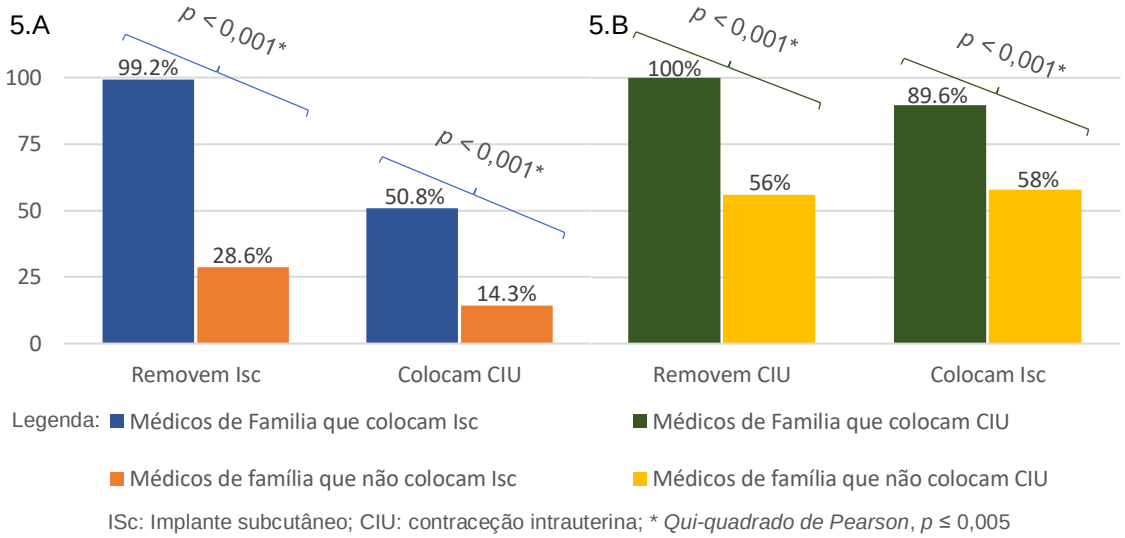


Figura 5. Relação entre a realização do procedimento de colocação do implante subcutâneo (5.A) e de contraceção intrauterina (5.B) e a realização dos restantes procedimentos de LARCs.

A existência de um colega na unidade funcional, responsável pela colocação/remoção do implante subcutâneo, constituiu a principal razão apontada pelos Médicos de Família para não realizarem este procedimento. Verificamos que 30,6% (IC95%: 18,4% - 42,9%) destes médicos referencia estas utentes para o hospital. (Tabela 4)

Quanto à contraceção intrauterina, 59,0% (IC95%: 49,0% - 59,0%) dos médicos que não procedia à sua colocação, optava por referenciar a utente para consulta hospitalar de ginecologia, registando-se quase o dobro das referenciações em relação ao implante subcutâneo. Verificou-se que 46,0% (IC: 36,0% - 57,0%) destes clínicos não se sentia à vontade para executar este procedimento e que existem menos colegas com essa responsabilidade nas unidades de saúde. (Tabela 4)

Tabela 4. Principais motivos da não execução das técnicas necessárias à utilização de LARCs

	Implante subcutâneo				Contraceção intrauterina			
	Não colocação		Não remoção		Não colocação		Não remoção	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Existência de um colega responsável	30	61,2	25	69,4	30	30,0	14	31,8
Não à vontade	7	14,3	5	13,9	46	46,0	23	52,4
Treino dos Médicos IFE	7	14,3	5	13,9	9	9,0	1	2,3
Referenciação para ginecologia	15	30,6	7	19,4	59	59,0	26	59,1
Total	**49**	100,0	**36**	100,0	**100**	100,0	**44**	100,0

Legenda: IFE: Internos de formação específica em Medicina Geral e Familiar

Pontos de vistas e opiniões

A execução dos procedimentos necessários à utilização de LARCs foi significativamente associada à formação e ao sentimento de autonomia dos participantes: a maioria dos Médicos de Família que procedia à colocação de LARCs teve formação ($p < 0,001$) e sentiu-se capaz de proceder autonomamente às respetivas técnicas ($p < 0,001$); os Médicos de Família que não procediam à colocação de LARCs, cerca de metade não teve formação ($p < 0,001$) e, dos que tiveram, apenas um quinto se sentiu capaz de realizar os procedimentos autonomamente ($p < 0,001$). (Figura 6)

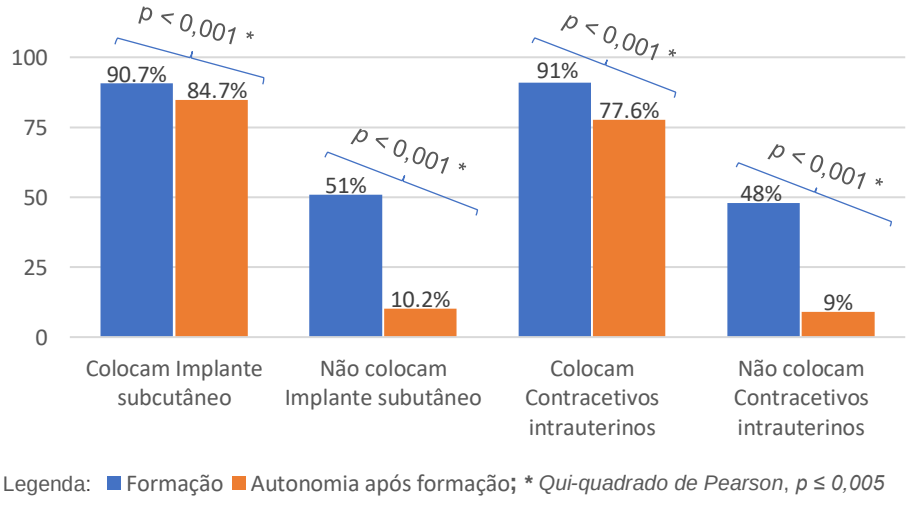


Figura 6. Associação entre a colocação de LARCS com a formação e sentimento de autonomia.

A importância da formação dos Médicos de Família foi unânime para ambos os tipos de LARCs. Os participantes foram da opinião que o implante subcutâneo deveria ser colocado nas unidades funcionais, mas a opinião divergiu na contraceção intrauterina (92,2% *vs* 65,2%). O acesso ao material necessário à colocação do implante subcutâneo pareceu estar mais facilitado que na contraceção intrauterina (82,0% *vs* 53,2%), sendo que os clínicos identificaram mais barreiras institucionais para a colocação destes contracetivos intrauterinos (26,4% *vs* 11,4%). Os médicos sentiram-se mais confortáveis na colocação do implante subcutâneo (23,4% *vs* 53,2%) e com menos tempo para se dedicarem à contraceção intrauterina (48,8% *vs* 37,2%). A maioria considerou a colocação de LARCs uma competência dos Médicos de Família, no entanto, o número de médicos que afasta a colocação da contraceção intrauterina das suas competências, é cerca de três vezes superior ao observado no implante subcutâneo (12,0% *vs* 4,2%). O controlo ecográfico foi visto como necessário à colocação da contraceção intrauterina por 47,9% metade dos participantes. (Figura 7)

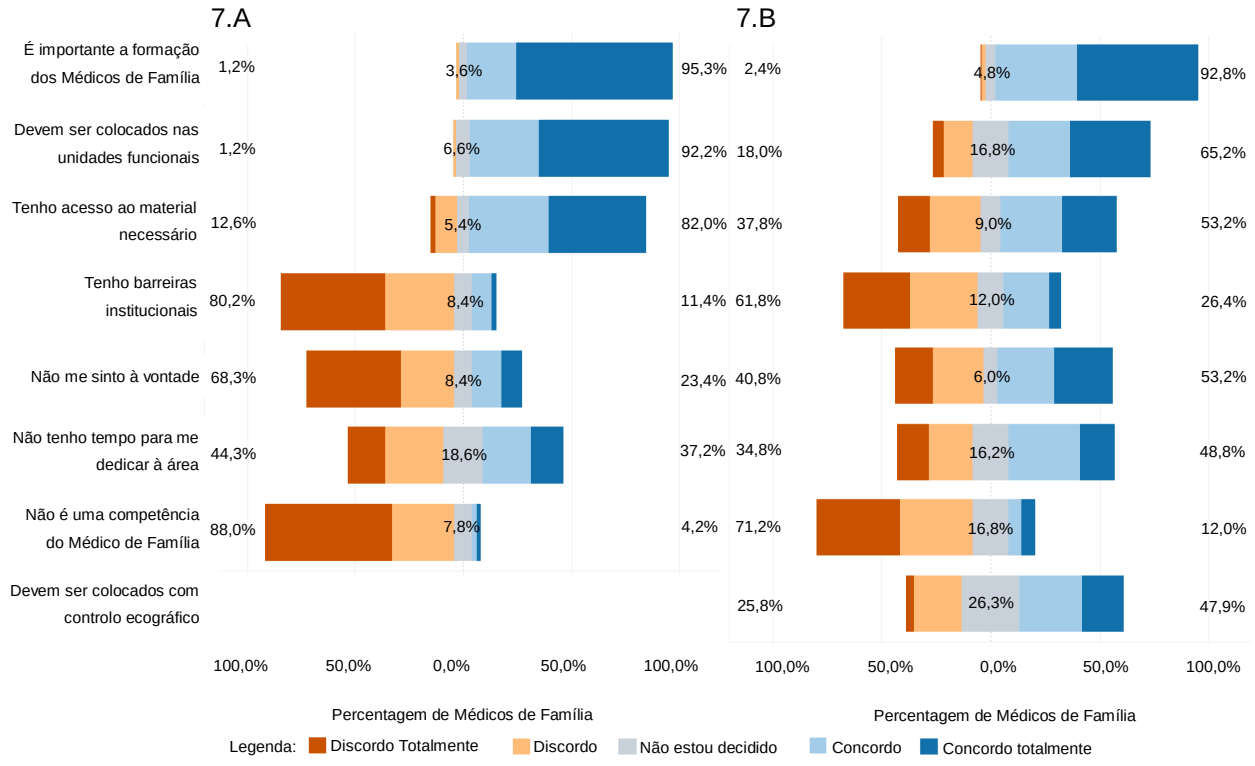


Figura 7. Nível de concordância dos Médicos de Família em relação ao implante subcutâneo (7.A) e à contraceção intrauterina (7.B).

Aquisição de competências

A globalidade da amostra demonstrou interesse na aquisição de mais competências na utilização de LARCs, sendo esta necessidade mais acentuada na contraceção intrauterina (77,2%, IC95%: 70,7% - 83,2%) comparativamente ao implante subcutâneo (67,1%, IC95%: 59,9% - 74,3%).

Discussão

Os estroprogestativos orais, à semelhança de outros países[19-21], continuam a ser o método contracetivo de primeira linha nos Cuidados de Saúde Primários portugueses, apesar dos resultados deste estudo revelarem que estão associados a uma maior taxa de má utilização, efeitos adversos e desvantagens para as utilizadoras.

O implante subcutâneo é segundo método contracetivo mais utilizados pelos Médicos de Família, sendo o LARC mais recomendado e colocado nas unidades de saúde da região norte. Contrariamente ao observado noutros países, como nos Estados Unidos, a maioria dos clínicos portugueses procede à colocação do implante subcutâneo (70,7% *vs* 11,3%) e sentem-se mais confortáveis no procedimento da sua inserção (68,3% *vs* 11,0%).[15]

Quanto à contraceção intrauterina, os autores consideram que existe uma limitação marcada e transversal da sua colocação nos Cuidados de Saúde Primários. Ainda assim, a percentagem de Médicos de Família que colocam contracetivos intrauterinos em Portugal é o dobro do registado nos Estados Unidos (40,1% *vs* 19,7%), sendo o conforto sentido para a sua inserção bastante semelhante entre os dois países (40,8% *vs* 42,0%).[22] O Sistema intrauterino medicado com 19,5 mg de levonorgestrel é, de todos os LARCs disponíveis, o menos utilizado, possivelmente pela sua recente introdução.

O estudo "Avaliação das práticas contracetivas das mulheres em Portugal", realizado em 2015, investigou o tipo de contraceção utilizada pelas mulheres portuguesas e respetiva fonte de recomendação (Médico de Família *vs* Ginecologista).[1] Apesar das diferentes metodologias, deduzimos um aumento significativo no aconselhamento de LARCs pelos Médicos de Família (implante subcutâneo: 27,3% *vs* 64,0% e contraceção intrauterina: 42,9% *vs* 81,5%) nos últimos 5 anos, tendência igualmente registada na Europa, Ásia e países desenvolvidos.[23]

Observamos uma divergência na preferência de LARCs em Portugal. Mundialmente, a contraceção intrauterina é o LARC mais conhecido e colocado, ao passo que a popularidade

do implante subcutâneo ainda se encontra atrasada.[23] A contraceção intrauterina é o LARC mais utilizado pelas mulheres europeias, ocupando o segundo lugar dos contracetivos mais utilizados em países como a Finlândia e a França.[20-23]

Os Médicos de Família portugueses reconhecem as circunstâncias clínicas propícias ao uso preferencial de LARCs. No entanto, e apesar de apropriada em todas a mulheres, independentemente da idade ou da paridade,[7],[24-25] a sua recomendação parece estar dependente da paridade e, em menor escala, da idade da mulher. O nosso estudo revelou que a maioria dos Médicos de Família recomendava LARCs independente da idade da mulher, contrariamente aos Médicos de Família noruegueses que raramente abordam os LARCs intrauterinos a mulheres jovens.[26] Quanto à paridade, a maioria dos clínicos, em concordância com o que se passa noutros países, tem em consideração o número de filhos na recomendação de LARCs.[27-29] De facto, ambos os fatores contribuem para a divergência registada na recomendação destes métodos: a maioria dos clínicos portugueses recomenda a contraceção intrauterina a mulheres multíparas enquanto nas jovens nulíparas optam pelo implante subcutâneo, verificando-se uma limitação da recomendação de LARCs intrauterinos a mulheres mais jovens e a nulíparas. Esta limitação parece estar fundamentada em várias crenças, globalmente reportadas, como a indicação restrita a mulheres multíparas, que não pretendem ter mais filhos e procuram uma eficácia contracetiva equivalente à contraceção definitiva; o aumento de probabilidade de gravidez ectópica; a dificuldade e/ou complicações associadas à sua inserção, como a dor, o risco aumentado de doença inflamatória pélvica e/ou infertilidade; ou possibilidade de perfuração intrauterina em mulheres adolescentes e/ou nulíparas.[7],[29-30] No entanto, a evidência mostra que todos os métodos de contraceção intrauterina são considerados seguros e associados a uma baixa taxa de dor e de complicações aquando a sua inserção.[6],[24-25] Quanto à dificuldade de inserção, parece estar mais dependente da formação e treino dos profissionais de saúde do que da paridade das mulheres, uma vez que a sua colocação não parece ser mais difícil nas nulíparas e de

existirem dois dispositivos intrauterinos, de menor tamanho e carga hormonal, totalmente adaptados à dimensão da cavidade uterina destas utentes.[7]

Verificamos, também, que apesar de o dispositivo intrauterino ser o método de contraceção de emergência mais eficaz, apenas uma minoria dos Médicos de Família considera o uso de LARCs nesta situação clínica.[7] Este facto é possivelmente justificado por o dispositivo intrauterino ser o único LARC indicado como contraceção de emergência e de a maioria dos procedimentos de interrupção voluntária da gravidez em Portugal serem por via medicamentosa.[4]

A existência de um colega na unidade de saúde, responsável pelas técnicas de utilização do implante subcutâneo, constitui a principal razão para que uma percentagem reduzida de Médicos de Família portugueses não realize os respetivos procedimentos de colocação e/ou remoção deste anticoncecional. A execução deste procedimento não demonstrou estar relacionada com o sexo, tipo de unidade funcional, local de trabalho, ambiente inserido ou distância ao hospital de referência, reconhecendo-se que a colocação do implante subcutâneo se tornou uma competência transversal entre os Médicos de Família. Estes dispositivos tendem a ser colocados, de forma significativa, por médicos mais novos, Internos de Formação Específica e com menos de 10 anos de atividade, revelando uma mudança de paradigma futuro das práticas contracetivas dos Médicos de Família portugueses. A maioria considera que o implante subcutâneo deve ser colocado nas próprias unidades de saúde, que têm fácil acesso a este método, mas uma fração significativa manifestou uma preocupante falta de tempo para se dedicar a esta área. A existência de um colega responsável pela colocação/remoção do implante subcutâneo parece ser uma solução cada vez mais adotada nas unidades funcionais.

Realça-se o número de clínicos que afasta a colocação da contraceção intrauterina das competências de um especialista em MGF, cerca de três vezes superior ao observado no implante subcutâneo. O nosso estudo mostra que o uso limitado da contraceção intrauterina é consequência de os médicos não se sentirem à vontade para a sua colocação, à falta de

tempo para se dedicar a esta área, da presença de barreiras institucionais, à falta de material e à falsa necessidade de controlo ecográfico, razões semelhantes ao reportado noutros estudos.[7],[31] A inserção ecoguiada deste LARC está reservada para quando existe dificuldade de inserção, obesidade que limite o exame bimanual ou suspeita de anomalias uterinas com distorção da cavidade.[7],[31] O controlo ecográfico após a sua inserção é de caracter opcional, sendo apenas indicado quando os fios não são visíveis ou na suspeita de perfuração uterina.[7],[31] Consequentemente, a maioria destes clínicos opta por referenciar as utentes para consulta hospitalar de ginecologia, afastando-se de uma fase tão importante da sua sexualidade. Somos da opinião, que este cenário pode ter impacto a nível da saúde e bem estar das mulheres portuguesas pelo: (1) aumento desnecessário do número de consultas de ginecologia, quando se trata de um procedimento incluído nas competências do Médico de Família; (2) deslocações adicionais da utente; (3) atraso do início da contraceção, que poderá influenciar negativamente a sua adesão; e (4) adoção de métodos contracetivos menos eficazes, com consequente aumento de número de gravidezes indesejadas que podem culminar numa interrupção voluntária da gravidez.

O fato de existirem Médicos de Família com a competência de colocação de LARCS em todos os ACES participantes e em cerca de metade das unidades funcionais da região Norte, os autores são de opinião que os Cuidados de Saúde Primários poderiam dar resposta a estas utentes sem necessidade de referenciação hospitalar. A criação de consultas específicas para colocação de LARCs permitiria a referenciação interna assim como a constituição de pólos de formação e de aquisição de experiência para outros médicos, por sermos de opinião de que o cenário ideal seria o de todos os Médicos de Família terem essa competência.

A formação e o sentimento de autonomia dos Médicos de Família, revelam-se fundamentais à colocação de LARCs nos Cuidados de Saúde Primários. Este estudo vem demonstrar que a formação dos Médicos de Família é eficaz e um elemento-chave para o sucesso da utilização e colocação de LARCs e que se deve investir nesse sentido, especialmente para a contraceção intrauterina. Independentemente de terem ou não competência na colocação de

LARCs, os médicos demostram interesse na aquisição de mais competências, representando um dado valioso para a consolidação da mudança que este estudo evidencia na formação de especialistas em Medicina Geral e Familiar.

A mudança de paradigma na colocação de LARCs nos Cuidados de Saúde Primários parece estar mais dependente de barreiras externas, como a falta de tempo, condições ou material, do que propriamente do conhecimento e competência dos Médicos de Família da região Norte. No entanto, estes dados merecem uma atenção e investigação adicional pelas autoras, no sentido de se objetivar estas barreiras, uma vez que a legislação portuguesa, prevê que todos os LARCs estejam disponíveis gratuitamente e que haja condições para que sejam colocados nos Cuidados de Saúde Primários, sendo que a sua utilização só poderá ser recusada com "base em razões de ordem médica devidamente fundamentadas".[32]

Como pontos fortes, consideramos que a nossa investigação retrata as práticas contracetivas dos Médicos de Família portugueses e realiza uma análise psicométrica da utilização de LARCs na região norte de Portugal. Dada a ausência de estudos nesta área nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, esta investigação torna-se pioneira no sistema de saúde português.

Como limitações, consideramos a taxa de resposta baixa, frequente neste tipo de estudo populacional, debilitando quer a validade externa quer a validade interna.[33-36] Contudo, este viés foi minimizado pela boa representatividade das unidades funcionais e ACeS da ARS Norte. A amostra tipo "bola de neve" constitui um viés de seleção, uma vez que os participantes poderão ter mais interesse ou conhecimento na área da contraceção e/ou utilização de LARCs. A presente pandemia pelo SARS-Cov-2, com início em março de 2020 em Portugal, tem provocado um desgaste físico e emocional nos profissionais de saúde, podendo ter contribuído para esta baixa adesão. Além disso, pressupõe-se uma diminuição tanto do número de utentes em idade fértil que recorreram aos Cuidados de Saúde Primários,

como do número de consultas de Planeamento Familiar e das práticas clínicas avaliadas neste estudo, deduzindo-se um impacto negativo nos resultados obtidos, principalmente pelos Médicos Internos de Formação Específica com início da sua formação em janeiro de 2020. O uso de um questionário não validado poderá ter constituído um viés de informação, apesar de ter sido submetido a um pré-teste.[6]

Conclusão

Embora os estroprogestativos orais continuem a liderar a recomendação anticoncecional, verifica-se uma mudança de paradigma na contraceção nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, deduzindo-se um aumento do uso de LARCs, nomeadamente do implante subcutâneo.[1] Os Médicos de Família portugueses demostram conhecimento, competência e interesse na aquisição de mais competências na utilização de todos os LARCs. O recurso à contraceção intrauterina pode ser maximizado, dado que a sua taxa de utilização parece estar bastante dependente de barreiras externas. A otimização das condições nas unidades de saúde poderia melhorar não só a satisfação dos profissionais como a saúde sexual das utentes.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Doutora Luísa Sá pela dedicação e supervisão desta dissertação, por me ter acompanhado nos momentos bons e, principalmente, nos menos bons, e ter nutrido o meu interesse pelos Cuidados de Saúde Primários.

A todos os médicos que participaram na pré-testagem do questionário, em especial à Doutora Ivone Mauroy da Fonseca, por todo o seu interesse e disponibilidade em ajudar.

Ao Dr. Jorge Hernâni, um gigante obrigada pela disponibilidade imediata em esclarecer todas as minhas dúvidas e por ter tipo um papel fulcral na recolha da amostra.

A todos os participantes que contribuíram para este estudo, por terem dispensado um pouco do seu tempo no preenchimento do questionário e por terem partilhado os seus conhecimentos e práticas médicas.

À USL de Matosinhos e Nordeste pelo interesse e disponibilidade demonstrados na divulgação do estudo.

Aos meus pais e irmãos, principalmente à minha irmã Margarida, um enorme obrigada por todas as correções e por me relembrar da minha falta de aptidão para a língua portuguesa. À minha irmã Ana Sofia por ser o meu porto de abrigo nas horas de maior desalento.

Aos meus amigos por todos os momentos partilhados ao longo destes 6 anos. Obrigada por terem estado presentes nos momentos menos bons, mas acima de tudo por me terem sempre acompanhado nos momentos mais importantes. Por todas palhaçadas, partilhas de casa, reflexões e desabafos! Não há palavras suficientes que consigam descrever o quanto vocês tornaram estes 6 anos incríveis.

Aos meus “amiguinhos”, Inês, Ana, Diogo e Gá, por terem compreendido a minha pequena ausência e me terem apoiado, desde sempre, neste percurso.

Referências

1. Águas F, Bombas T, Silva DPd. Avaliação das práticas contracetivas das mulheres em Portugal. Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa. 2016;10:184-92.

2. Remoaldo PCA. O passado, o presente e o futuro do planeamento familiar em Portugal. Revista de Demografía Histórica. 2001.

3. DGS. Disponibilidade de métodos contracetivos. Orientação nº 010/2015 de 29/10/2015.

4. Saúde. PMdSD-Gd. Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez | 2018 Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2019. 2019.

5. Hispano JMBCPCRRCPTSHP. CONTRACEPÇÃO E INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ NAS UTENTES DO HOSPITAL PEDRO HISPANO.

6. Brito M, Costa AR, Pacheco A, Rebelo C, Castro MG, Martins I, et al. Tendências e perceções dos Ginecologistas Portugueses sobre contraceção hormonal intrauterina: o estudo DIOGIN. Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa. 2020;14:74-82.

7. Sociedade Portuguesa da contraceção SPdG, Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. Consenso sobre Contraceção 2020 - Versão Prelimininar Digital. https://www.spdc.pt/11-noticias/210-consenso-sobre-contracecao-2020: Sociedade Portuguesa da Contraceção; 2020.

8. Hoggart L, Walker S, Newton VL, Parker M. Provider-based barriers to provision of intrauterine contraception in general practice. BMJ Sex Reprod Health. 2018;44(2):82-9.

9. Amália Pacheco AIM, Ana Rosa Costa, António Lanhoso, Etelvina Cruz, Fátima Palma, Fernanda Águas, Fernanda Geraldes, Joaquim Neves, Lucinda da Graça, Maria Gil Varela, Marisa Pinheiro, Mário Oliveira, Teresa Bombas, Vítor Gomes. CONSENSO SOBRE CONTRACEPÇÃO 2011. 2011.

10. Daniele MAS, Cleland J, Benova L, Ali M. Provider and lay perspectives on intra-uterine contraception: a global review. Reprod Health. 2017;14(1):119.

11. Caetano C, Bliekendaal S, Engler Y, Lombardo M. From awareness to usage of long-acting reversible contraceptives: Results of a large European survey. Int J Gynaecol Obstet. 2020.

12. Peixoto F. Colocação de dispositivos intrauterinos nos cuidados de saúde primários – Porque não? Jornal Médico. 2019.

13. Stewart M, Digiusto E, Bateson D, South R, Black KI. Outcomes of intrauterine device insertion training for doctors working in primary care. Aust Fam Physician. 2016;45(11):837-41.

14. Middleton AJ, Naish J, Singer N. General practitioners' views on the use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in young, nulligravid women, in London, UK. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2011;16(4):311-8.

15. Nisen MB, Peterson LE, Cochrane A, Rubin SE. US family physicians' intrauterine and implantable contraception provision: results from a national survey. Contraception. 2016;93(5):432-7.

16. Primários BdIdCdS. ARS Norte - quem servimos BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: Serviço Nacional de Saúde; 2020 [cited 2020 Setembro]. ARS Norte - Distibuição das inscrições nos CSP]. Available from: https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/Pages/default.aspx?fbclid=IwAR1qD48EIuGBjsYuzNYK5a0rmb5w20ZHU0pREJxmQ7ejwqPc3Sf9qSoD7d0.

17. Norte A. – Plano de Atividades ARS Norte para 2018. In: SNS, editor. 2018.

18. Norte A. Quem servimos bicsp.min-saude.pt: bicsp.min-saude.pt;

19. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N. IUD use in France: women's and physician's perspectives. Contraception. 2014;89(1):9-16.

20. Lindh I, Skjeldestad FE, Gemzell-Danielsson K, Heikinheimo O, Hognert H, Milsom I, et al. Contraceptive use in the Nordic countries. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2017;96(1):19-28.

21. Mazza D, Bateson D, Frearson M, Goldstone P, Kovacs G, Baber R. Current barriers and potential strategies to increase the use of long-acting reversible contraception (LARC) to reduce the rate of unintended pregnancies in Australia: An expert roundtable discussion. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2017;57(2):206-12.

22. Pace LE, Dolan BM, Tishler LW, Gooding HC, Bartz D. Incorporating Long-acting Reversible Contraception Into Primary Care: A Training and Practice Innovation. Womens Health Issues. 2016;26(2):131-4.

23. Shoupe D. LARC methods: entering a new age of contraception and reproductive health. Contraception and Reproductive Medicine. 2016;1(1):4.

24. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use MMW. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. Rep. 2016;60(26):892-905.

25. WHO. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 5th Edition.; 2015.

26. Daniele MAS, Cleland J, Benova L, Ali M. Provider and lay perspectives on intra-uterine contraception: a global review. Reproductive Health. 2017;14(1):119.

27. U S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010. MMWR Recomm Rep. 2010;59(Rr-4):1-86.

28. Harper CC, Henderson JT, Raine TR, Goodman S, Darney PD, Thompson KM, et al. Evidence-based IUD practice: family physicians and obstetrician-gynecologists. Fam Med. 2012;44(9):637-45.

29. Buhling KJ, Hauck B, Dermout S, Ardaens K, Marions L. Understanding the barriers and myths limiting the use of intrauterine contraception in nulliparous women: results of a survey of European/Canadian healthcare providers. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014;183:146-54.

30. Haimovich S. Profile of long-acting reversible contraception users in Europe. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2009;14(3):187-95.

31. Nowitzki KM, Hoimes ML, Chen B, Zheng LZ, Kim YH. Ultrasonography of intrauterine devices. Ultrasonography. 2015;34(3):183-94.

32. Decreto-Lei n.º 3/84, de 24 de Março. Diário da República. Sect. ARTIGO 6.º (1984).

33. Basílio N CS, Nunes JM, Laranjo L, Antunes MDL, Heleno B. Portuguese Portuguese Primary Care physicians response rate in surveys: A systematic review. Revista Associção médica brasileira (1992).

34. Brtnikova M, Crane LA, Allison MA, Hurley LP, Beaty BL, Kempe A. A method for achieving high response rates in national surveys of U.S. primary care physicians. PLoS One. 2018;13(8):e0202755.

35. VanGeest JB, Johnson TP, Welch VL. Methodologies for improving response rates in surveys of physicians: a systematic review. Eval Health Prof. 2007;30(4):303-21.

36. Dykema J, Stevenson J, Day B, Sellers SL, Bonham VL. Effects of incentives and prenotification on response rates and costs in a national web survey of physicians. Eval Health Prof. 2011;34(4):434-47.

Conflitos de interesse: Nenhum declarado.

Financiamento: Esta pesquisa não recebeu financiamento específico de qualquer agência de financiamento de setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

ANEXO I

FORMULÁRIO PARA OS AUTORES

O seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento, devidamente preenchido e assinado. Sem ele, o artigo não será aceite para apreciação. Leia atentamente as secções que o compõem e, em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.2 Cada um dos autores tem de preencher e assinar uma cópia deste formulário.

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor: Maria João Marques Reis

Título do manuscrito: Métodos reversíveis de contraceção de longa duração nos Cuidados de Saúde Primários

☑ Sou o autor responsável pela correspondência com a RPMGF acerca do manuscrito.

Autorizo o autor _____
a efetuar em meu nome a correspondência com a RPMGF acerca do manuscrito.

AUTORIA

Declaro que:

☑ Efetuei contribuições substanciais para a conceção e delineamento, recolha de dados ou análise e interpretação dos dados.

☑ Participei na redação ou revisão crítica do artigo no que respeita a conteúdo intelectualmente importante.

☑ Revi a versão final do manuscrito e aprovo a sua publicação.

Por favor redija uma descrição sucinta do seu contributo para o presente trabalho:

Participei na conceção e delineamento do estudo assim como na recolha, análise e interpretação dos dados. Colaborei na redação e na revisão crítica do artigo no que respeita a conteúdo intelectualmente importante.

OUTRAS CONTRIBUIÇÕES (a preencher pelo autor responsável pela correspondência)

☑ Todas as pessoas ou entidades que deram contributos importantes para o trabalho relatado no manuscrito (incluindo a sua escrita), mas que não são mencionadas como autores, estão identificadas na secção agradecimentos.

☐ O manuscrito não inclui uma secção de agradecimentos porque os autores não receberam contributos importantes por parte de outras pessoas ou entidades (bolsas de investigação).

FINANCIAMENTO

☐ Este trabalho foi financiado na sua totalidade ou em parte por pessoas ou entidades que não os autores (por favor descreva o financiamento - pode utilizar uma folha separada se necessário):

☑ O trabalho relatado neste manuscrito não foi objeto de qualquer tipo de financiamento externo (incluindo bolsas e investigação).

CONFLITO DE INTERESSES

Verifique se alguma das condições abaixo lhe é aplicável:

☐ Nos últimos cinco anos recebi algum incentivo de uma organização que pode de alguma forma ganhar ou perder com os resultados ou conclusões do manuscrito.

☐ Nos últimos cinco anos fui empregado de uma organização que pode de alguma forma ganhar ou perder com os resultados ou conclusões do manuscrito.

☐ Detenho alguma forma de participação numa organização que pode de alguma forma ganhar ou perder com os resultados ou conclusões do manuscrito.

☐ A minha instituição académica ou empregador tem algum interesse ou conflito relacionado com os resultados ou conclusões do manuscrito.

☐ Tenho relações pessoais ou profissionais podem influenciar os resultados ou conclusões do manuscrito.

Caso tenha assinalado algum dos itens anteriores ou entenda que existe outro potencial conflito de interesses, por favor redija uma declaração de conflito de interesses a ser publicada juntamente com o artigo:

Se entender que não existe um potencial conflito de interesses relativamente ao presente manuscrito, assinale:
☑ Declaro não possuir qualquer tipo de conflito de interesses.

CEDÊNCIA DE DIREITOS

Os autores concedem à RPMGF o direito exclusivo de publicar e distribuir em suporte físico, eletrónico, por meio de radiodifusão ou em outros suportes que venham a existir o conteúdo do manuscrito identificado nesta declaração. Concedem ainda à RPMGF o direito a utilizar e explorar o presente manuscrito, nomeadamente para ceder, vender ou licenciar o seu conteúdo. Esta autorização é permanente e vigora a partir do momento em que o manuscrito é submetido, tem a duração máxima permitida pela legislação portuguesa ou internacional aplicável e é de âmbito mundial. Os autores declaram ainda que esta cedência é feita a título gratuito. Caso a RPMGF comunique aos autores que decidiu não publicar o seu manuscrito, a cedência exclusiva de direitos cessa de imediato.

Os autores autorizam a RPMGF (ou uma entidade por esta designada) a atuar em seu nome quando esta considerar que existe violação dos direitos de autor.

Os autores têm direito a:

- Reproduzir um número razoável de cópias do seu trabalho em suporte físico ou digital para uso pessoal, profissional ou para ensino, mas não para uso comercial (incluindo venda do direito a aceder ao artigo)
- Colocar no seu sítio da internet ou da sua instituição uma cópia exata em formato eletrónico do artigo publicado pela RPMGF, desde que seja feita referência à sua publicação na RPMGF e o seu conteúdo (incluindo símbolos que identifiquem a RPMGF) não seja alterado.
- Publicar em livro de que sejam autores ou editores o conteúdo total ou parcial do manuscrito, desde que seja feita referência à sua publicação na RPMGF.
- Receber, até cinco anos após a publicação, 10% do valor pago por uma entidade terceira à RPMGF pela reprodução em separado do seu artigo, quando esse valor for superior a 1.500 euros.

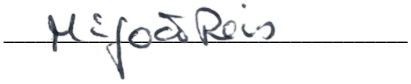
Os autores aceitam que, em caso de conflito, a resolução deste acordo será feita em Portugal e de acordo com a legislação portuguesa aplicável.
☑ Declaro que li e aceito as condições acima referidas.

AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO

Declaro que autorizo a publicação do artigo junto, com o título
Métodos reversíveis de contraceção de longa duração nos Cuidados de Saúde Primários
do qual sou autor.
Declaro ainda que o presente artigo é original, não foi objeto de qualquer outro tipo de publicação, nem foi proposto simultaneamente para publicação em outras revistas ou jornais. Declaro também que li o presente formulário e a informação que forneço é completa e verdadeira. Declaro ainda que detenho os direitos de propriedade e/ou de utilização de todo o material incluído no manuscrito (incluindo ilustrações) que cedo à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, de acordo com os termos constantes neste documento.

Local: Porto

Data: 01 / Março / 2021

Assinatura: 

ANEXO I

FORMULÁRIO PARA OS AUTORES

O seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento, devidamente preenchido e assinado. Sem ele, o artigo não será aceite para apreciação. Leia atentamente as secções que o compõem e, em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.2 Cada um dos autores tem de preencher e assinar uma cópia deste formulário.

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor: Luísa Maria Barbosa de Sá

Título do manuscrito: Métodos reversíveis de contraceção de longa duração nos Cuidados de Saúde Primários

☐ Sou o autor responsável pela correspondência com a RPMGF acerca do manuscrito.

Autorizo o autor Maria João Marques Reis
a efetuar em meu nome a correspondência com a RPMGF acerca do manuscrito.

AUTORIA

Declaro que:

☑ Efetuei contribuições substanciais para a conceção e delineamento, recolha de dados ou análise e interpretação dos dados.

☑ Participei na redação ou revisão crítica do artigo no que respeita a conteúdo intelectualmente importante.

☑ Revi a versão final do manuscrito e aprovo a sua publicação.

Por favor redija uma descrição sucinta do seu contributo para o presente trabalho:

Participei na conceção e delineamento do estudo assim como na recolha, análise e interpretação dos dados. Colaborei na redação e na revisão crítica do artigo no que respeita a conteúdo intelectualmente importante e revi a versão final do manuscrito.

OUTRAS CONTRIBUIÇÕES (a preencher pelo autor responsável pela correspondência)

☑ Todas as pessoas ou entidades que deram contributos importantes para o trabalho relatado no manuscrito (incluindo a sua escrita), mas que não são mencionadas como autores, estão identificadas na secção agradecimentos.

☐ O manuscrito não inclui uma secção de agradecimentos porque os autores não receberam contributos importantes por parte de outras pessoas ou entidades (bolsas de investigação).

FINANCIAMENTO

☐ Este trabalho foi financiado na sua totalidade ou em parte por pessoas ou entidades que não os autores (por favor descreva o financiamento - pode utilizar uma folha separada se necessário):

☑ O trabalho relatado neste manuscrito não foi objeto de qualquer tipo de financiamento externo (incluindo bolsas e investigação).

CONFLITO DE INTERESSES

Verifique se alguma das condições abaixo lhe é aplicável:

☐ Nos últimos cinco anos recebi algum incentivo de uma organização que pode de alguma forma ganhar ou perder com os resultados ou conclusões do manuscrito.

☐ Nos últimos cinco anos fui empregado de uma organização que pode de alguma forma ganhar ou perder com os resultados ou conclusões do manuscrito.

☐ Detenho alguma forma de participação numa organização que pode de alguma forma ganhar ou perder com os resultados ou conclusões do manuscrito.

☐ A minha instituição académica ou empregador tem algum interesse ou conflito relacionado com os resultados ou conclusões do manuscrito.

☐ Tenho relações pessoais ou profissionais podem influenciar os resultados ou conclusões do manuscrito.

Caso tenha assinalado algum dos itens anteriores ou entenda que existe outro potencial conflito de interesses, por favor redija uma declaração de conflito de interesses a ser publicada juntamente com o artigo:

Se entender que não existe um potencial conflito de interesses relativamente ao presente manuscrito, assinale:
☑ Declaro não possuir qualquer tipo de conflito de interesses.

CEDÊNCIA DE DIREITOS

Os autores concedem à RPMGF o direito exclusivo de publicar e distribuir em suporte físico, eletrónico, por meio de radiodifusão ou em outros suportes que venham a existir o conteúdo do manuscrito identificado nesta declaração. Concedem ainda à RPMGF o direito a utilizar e explorar o presente manuscrito, nomeadamente para ceder, vender ou licenciar o seu conteúdo. Esta autorização é permanente e vigora a partir do momento em que o manuscrito é submetido, tem a duração máxima permitida pela legislação portuguesa ou internacional aplicável e é de âmbito mundial. Os autores declaram ainda que esta cedência é feita a título gratuito. Caso a RPMGF comunique aos autores que decidiu não publicar o seu manuscrito, a cedência exclusiva de direitos cessa de imediato.

Os autores autorizam a RPMGF (ou uma entidade por esta designada) a atuar em seu nome quando esta considerar que existe violação dos direitos de autor.

Os autores têm direito a:

- Reproduzir um número razoável de cópias do seu trabalho em suporte físico ou digital para uso pessoal, profissional ou para ensino, mas não para uso comercial (incluindo venda do direito a aceder ao artigo)
- Colocar no seu sítio da internet ou da sua instituição uma cópia exata em formato eletrónico do artigo publicado pela RPMGF, desde que seja feita referência à sua publicação na RPMGF e o seu conteúdo (incluindo símbolos que identifiquem a RPMGF) não seja alterado.
- Publicar em livro de que sejam autores ou editores o conteúdo total ou parcial do manuscrito, desde que seja feita referência à sua publicação na RPMGF.
- Receber, até cinco anos após a publicação, 10% do valor pago por uma entidade terceira à RPMGF pela reprodução em separado do seu artigo, quando esse valor for superior a 1.500 euros.

Os autores aceitam que, em caso de conflito, a resolução deste acordo será feita em Portugal e de acordo com a legislação portuguesa aplicável.
☑ Declaro que li e aceito as condições acima referidas.

AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO

Declaro que autorizo a publicação do artigo junto, com o título
Métodos reversíveis de contraceção de longa duração nos Cuidados de Saúde Primários
do qual sou autor.
Declaro ainda que o presente artigo é original, não foi objeto de qualquer outro tipo de publicação, nem foi proposto simultaneamente para publicação em outras revistas ou jornais. Declaro também que li o presente formulário e a informação que forneço é completa e verdadeira. Declaro ainda que detenho os direitos de propriedade e/ou de utilização de todo o material incluído no manuscrito (incluindo ilustrações) que cedo à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, de acordo com os termos constantes neste documento.

Local:

Data: 01 / Março / 2021

Assinatura: 

ANEXO II

FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE CONDUTA ÉTICA

No caso de se tratar de um estudo original, o seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento e a cópia do parecer da Comissão de Ética. Sem ele, o artigo não será aceite para apreciação. Em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Este formulário necessita apenas de ser preenchido pelo autor responsável pela correspondência com a revista.

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor: Maria João Marques Reis

Título do manuscrito: Métodos reversíveis de contraceção de longa duração nos Cuidados de Saúde Primários

DECLARAÇÃO DE CONDUTA ÉTICA

Declaro que o protocolo do presente estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética Centro Hospitalar Universitário São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto que deu parecer favorável à sua realização e que este estudo decorreu de acordo com os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia.

Local: Porto

Data: 01 / Março / 2021

Assinatura: M. João Reis

Anexo II

Parecer da Comissão de Ética do

Centro Hospitalar Universitário de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projeto: Métodos reversíveis de contraceção de longa duração nos cuidados de saúde primários

Nome da Investigadora Principal: Maria João Marques Reis

Onde decorre o Estudo: Unidades de Saúde da ARS Norte.

Objectivos do Estudo:

Averiguar a proporção de Médicos de Família / Internos de Formação específica de MGF que recorrem à contraceção reversível de longa duração nos cuidados de saúde primários, bem como os fatores associados a esse procedimento.

Estudo realizado no âmbito do mestrado integrado em medicina da FMUP, sob orientação da Prof.ª Doutora Luísa Maria Barbosa de Sá.

Benefício/risco: N/A

Confidencialidade dos dados:

O anonimato é garantido pelo carácter facultativo da participação no estudo, ausência de elementos identificadores pessoais dos participantes e pela ausência de requisição de qualquer autenticação eletrónica para o preenchimento do inquérito.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio: O inquérito anonimo será realizado por via digital (Google Forms), e a obtenção do CI garantida antes do início do inquérito. Está previsto uma Informação ao Participante que é apresentada antes de solicitar o consentimento e por sua vez, antes de iniciar o inquérito. Dado a natureza do estudo, bem como a população alvo da amostra, a CE aceita esta forma de obter o CI.

***Curriculum* da investigadora**: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: setembro de 2021

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projeto de investigação.

Porto, 29 de maio de 2020

O Relator da CE, Dr. John Preto

Comissão de Ética Centro Hospitalar São João / / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto n.º 171 / 2020

SÃO JOÃO

U.PORTO
FMUP FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DO PORTO

Questionário para submissão de Investigação

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,

Pretendendo realizar a investigação infracitada, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer. Para o efeito, anexo toda a documentação requerida.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Título da investigação: Métodos Reversíveis de Contraceção de Longa Duração nos Cuidados de Saúde Primários

Nome do investigador: Maria João Marques Reis

Endereço eletrónico: mjreis13@hotmail.com **Contacto telefónico:** 916121200

Caracterização da investigação:

☐ Estudo retrospetivo ☒ Estudo observacional ☐ Estudo prospetivo

☒ Inquérito ☐ Outro. Qual? _____

Tipo de investigação:

☐ Com intervenção ☒ Sem intervenção

Formação do investigador em boas práticas clínicas *(GCP)*: ☐ Sim ☒ Não

Promotor *(se aplicável)*: N/A

Nome do orientador de dissertação/tese *(se aplicável)*: Luísa Maria Barbosa de Sá

Endereço eletrónico: luisa.de.sa@gmail.com

Local/locais onde se realiza a investigação: Unidades de Saúde da ARS Norte

Data prevista para início: 01 / 06 / 2020 Data prevista para o término: 30 / 09 / 2020

PROTOCOLO DO ESTUDO

Síntese dos objetivos:

Averiguar a proporção de Médicos de Família que recorrem à contraceção reversível de longa duração nos cuidados de saúde primários, bem como os fatores associados a esse procedimento

Fundamentação ética (ganhos em conhecimento/inovação; ponderação benefícios/riscos):

Ainda que a elevadíssima eficácia, já demonstrada, dos métodos de contraceção reversíveis de longa duração (LARCs-long-acting reversible contraceptive), o seu recurso pelos Médico de Família é ainda limitado. A resistência observada parece estar associada à necessidade de realização de um procedimento médico para a sua introdução/remoção e à falta de experiência dos profissionais da nossa comunidade nestas práticas, levando à adoção de métodos contracetivos menos eficazes e/ou a referenciação para consulta hospitalar de Ginecologia. Esta referenciação hospitalar é desnecessária dado que a execução de procedimentos técnicos necessários à aplicação de LARCs é uma das aptidões de um Médico de Família em Portugal. Adicionalmente, contribuem para o aumento do tempo de início da contraceção e deslocações adicionais por parte da utente. Fazendo o diagnóstico da situação sobre a atuação dos MF perante as práticas contracetivas, poderão ser tomadas medidas que ajudem a melhorar saúde sexual das utentes, melhorar os cuidados de saúde contracetivos prestados à população assim como diminuir os custos direta e indiretamente relacionados quer com a referenciação hospital, quer com a diminuição de gravidezes indesejadas que acabam numa interrupção voluntária da gravidez.

CONFIDENCIALIDADE

De que forma é garantida a anonimização dos dados recolhidos de toda a informação?

O anonimato é garantido pelo caráter facultativo da participação no estudo, ausência de elementos identificadores pessoais dos participantes e pela ausência de requisição de qualquer autenticação eletrónica para o preenchimento do inquérito

O investigador necessita ter acesso a dados do processo clínico? ☐ Sim ☒ Não

Está previsto o registo de imagem ou som dos participantes? ☐ Sim ☒ Não

Se sim, está prevista a destruição deste registo após o sua utilização? ☐ Sim ☐ Não

CONSENTIMENTO

O estudo implica recrutamento de:

Doentes: ☐ Sim ☒ Não Voluntários saudáveis: ☐ Sim ☐ Não

Menores de 18 anos: ☐ Sim ☒ Não

Outras pessoas sem capacidade do exercício de autonomia: ☐ Sim ☒ Não

A investigação prevê a obtenção de Consentimento Informado: ☒ Sim ☐ Não

Se não, referir qual o fundamento para a isenção:

Existe informação escrita aos participantes: ☒ Sim ☐ Não

PROPRIEDADE DOS DADOS

A investigação e os seus resultados são propriedade intelectual de:

☒ Investigador ☐ Promotor ☐ Ambos ☐ Serviço onde é realizado

☐ Não aplicável Outro: _____

BENEFÍCIOS, RISCOS E CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES

Benefícios previsíveis:

Os participantes não têm benefícios imediatos, porém a análise dos dados pode resultar em sugestões para melhorar as práticas contracetivas nos Cuidados de Saúde Primários.

Riscos/incómodos previsíveis:

Os participantes não apresentam riscos previsíveis.

São dadas contrapartidas aos participantes:

- *pela participação* ☐ Sim ☒ Não ☐ Não aplicável
- *pelas deslocações* ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável
- *pelas faltas ao emprego* ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável
- *por outras perdas e danos* ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável

CUSTOS / PLANO FINANCEIRO

Os custos da investigação são suportados por:

☐ Investigador ☐ Promotor ☐ Serviço onde é realizado

☒ Não aplicável Outro: _____

Existe protocolo financeiro? ☐ Sim ☒ Não

Anexo II

LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS

- ☐ Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João *(se aplicável)*
- ☐ Pedido de autorização à Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto *(se aplicável)*
- ☒ Protocolo do estudo
- ☐ Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo
  (sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância da chefia de enfermagem)
- ☐ Profissional de ligação
- ☒ Informação dos orientadores
- ☒ Informação ao participante
- ☒ Modelo de consentimento
- ☒ Instrumentos a utilizar *(inquéritos, questionários,escalas, p.ex.)*: _____
- ☒ Curriculum Vitae abreviado *(máx. 3 páginas)*
- ☐ Protocolo financeiro
- ☐ Outros:

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CES o relatório final da investigação, assim que concluído.

Porto, 18 *de* Maio *de* 2020

Nome legível: Maria João Marques Reis — Mª João Reis

assinatura

Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/ FMUP Emitido na reunião plenária da CE de 29 / 05 / 2020

A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

Normas para submissão de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

1. ÂMBITO EDITORIAL

A Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (RPMGF) aceita para publicação artigos de investigação fundamental, epidemiológica, clínica, sobre administração de serviços de saúde ou sobre educação, bem como artigos de revisão, artigos sobre a prática clínica, relatos de casos clínicos, artigos de opinião e outros que possam contribuir para o desenvolvimento da especialidade da medicina geral e familiar ou para a melhoria dos cuidados de saúde primários. Os artigos poderão ser redigidos em português, inglês ou espanhol.

Este documento expõe a última versão das normas de apresentação de artigos à RPMGF (doravante designadas por Normas), que consiste numa revisão e atualização das normas publicadas em 2010 e revistas em 2015.[1] As citações desta versão das Normas devem ser feitas pela seguinte referência: Conselho Editorial da RPMGF. Normas para submissão de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Rev Port Med Geral Fam. 2018;34(3):173-80.[2] Este documento não está protegido por direitos de autor, podendo ser copiado, reimpresso ou distribuído eletronicamente sem autorização.

Os autores que pretendam submeter artigos a esta revista devem ler atentamente e ter conhecimento do conteúdo dos vários tópicos, dado que o não cumprimento dos requisitos definidos leva à recusa de aceitação dos mesmos ou à recusa da sua publicação.

Recomenda-se aos autores que utilizem a versão eletrónica dos anexos constantes nestas normas, disponíveis no sítio da internet da RPMGF, quando pretenderem submeter um manuscrito.

2. POLÍTICA EDITORIAL

Autoria

A produção de um trabalho científico resulta dos contributos dados por diversas pessoas e entidades. Porém, nem todas as contribuições conferem a atribuição de autoria do trabalho.

Todos aqueles que são nomeados como autores têm que cumprir os três requisitos do Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas para definição de autoria[3] e todos os que cumpram estes requisitos devem ser nomeados como autores:

- Ter uma contribuição substancial para a conceção e delineamento, recolha de dados ou análise e interpretação dos dados;
- Participar na redação ou revisão crítica do artigo no que respeita a conteúdo intelectualmente importante;
- Rever a versão final do manuscrito e aprovar a sua publicação;
- Assumir a responsabilidade por todos os aspetos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas com a precisão ou a integridade de qualquer parte do trabalho são adequadamente investigadas e resolvidas.

Outras pessoas que possam ter contribuído para o trabalho, mas que não preencham os critérios de autoria, devem ser mencionadas nos agradecimentos. Não se incluem aqui pessoas ou entidades que tenham contribuído exclusivamente com o financiamento do trabalho.

Conflito de interesses

Existe um conflito de interesses quando um autor (ou a sua instituição) tem relações pessoais, profissionais ou financeiras que podem influenciar as suas decisões, trabalho ou manuscrito. Nem todas estas relações representam verdadeiros conflitos de interesse. Por outro lado, o potencial para conflito de interesses pode existir independentemente de o autor acreditar ou não que esta relação afeta o seu julgamento científico. O potencial para conflito de interesses pode residir nos autores, revisores ou editores.

Desta forma, para manter a transparência no processo editorial, todos os envolvidos na publicação de artigos (autores, revisores e editores) são convidados a declarar potenciais conflitos de interesse. Caso os trabalhos tenham sido financiados total ou parcialmente por uma ou mais pessoas ou entidades, essa informação terá de ser publicada juntamente com o artigo.

A existência de conflitos de interesse e/ou financiamento externo não é critério de aceitação ou rejeição de manuscritos.

3. DECLARAÇÃO DE ÉTICA E DE BOAS PRÁTICAS NA PUBLICAÇÃO

(baseada nas recomendações da *Best Practice Guidelines for Journal Editors*)[4]

Conduta Ética para a publicação de artigos

A RPMGF está empenhada em assegurar a ética na publicação e qualidade dos artigos. Como tal, é esperado que todas as partes envolvidas – autores, direção, editores, revisores e editora – sigam os padrões de comportamento ético definidos internacionalmente.

Autores: Os autores devem apresentar uma análise objetiva da importância do trabalho de investigação, divulgando os detalhes e referências necessárias para permitir a reprodução das expe-

Anexo III

riências. A investigação em seres humanos implica uma conduta ética que cumpre os preceitos definidos na Declaração de Helsínquia. Como tal, o protocolo de investigação deverá ser submetido, antes do início da colheita dos dados, a parecer da Comissão de Ética para a Saúde da(s) instituição(ões) de saúde onde está previsto decorrer o estudo. O parecer favorável desta comissão deverá ser englobado nos documentos a entregar na submissão de artigos (em conjunto com o Anexo II).

Nos relatos de caso, os autores deverão garantir o anonimato no caso apresentado, sendo necessário o consentimento informado do(s) visado(s) para a sua divulgação (Anexo III). Nos artigos de revisão deverá também ser garantida a sua objetividade, a sua abrangência dentro da área da medicina geral e familiar e a adequação quanto ao estado da arte da prática clínica. Nas restantes tipologias aplicam-se os mesmos princípios da objetividade, relevância e adequação quanto aos conhecimentos e práticas mais recentes.

Os autores devem garantir que o seu trabalho é inteiramente original e, se utilizados trabalhos ou excertos de outros trabalhos, esse facto deverá ser declarado e enviada a respetiva autorização de publicação. Em caso de figuras não protegidas por direito de autor, tal deve ser declarado pelos responsáveis pelo manuscrito. A prática de plágio, em qualquer das suas formas, constitui um comportamento antiético de publicação e é inaceitável. A submissão do mesmo manuscrito a mais do que uma revista ou a submissão de artigos cuja pesquisa é essencialmente a mesma, a mais de uma revista, constituem igualmente comportamentos antiéticos de publicação e inaceitáveis. O autor correspondente deve garantir que existe um consenso pleno de todos os coautores na aprovação da versão final do documento e na sua submissão para publicação.

Declarações fraudulentas ou intencionalmente imprecisas constituem um comportamento antiético e são inaceitáveis.

Editores: Os editores devem avaliar os manuscritos exclusivamente com base na sua mais-valia académica e científica. Um editor não deve usar informações não publicadas nos seus próprios trabalhos sem o expresso consentimento por escrito do autor. Os editores devem tomar as medidas adequadas em resposta a eventuais reclamações éticas apresentadas, relativamente a um manuscrito submetido ou artigo publicado.

Revisores: Quaisquer trabalhos recebidos para avaliação devem ser tratados como documentos confidenciais. Informação privilegiada ou ideias obtidas através de revisão por pares devem ser mantidas em sigilo e não devem ser utilizadas para proveito pessoal. Os comentários ou correções devem ser conduzidos de forma objetiva e as observações formuladas devem ser claras e devidamente argumentadas para que os autores possam usá-los para melhorar o manuscrito.

Qualquer revisor selecionado que não se sinta qualificado para avaliar o trabalho descrito no manuscrito, ou que saiba ser impossível a sua imediata revisão, deverá notificar o editor/secretariado da RPMGF e dispensar o processo de revisão. Os revisores não devem rever manuscritos em que tenham conflitos de interesse relativamente aos autores, empresas ou instituições ligadas ao manuscrito, resultantes de concorrência, colaboração ou relação com qualquer um dos intervenientes.

4. ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA DOS ARTIGOS

Qualquer artigo submetido para publicação na RPMGF deverá ser preparado de acordo com os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Médicas, redigidos pela Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas[3,5] e os documentos incluídos na rede EQUATOR *(Enhancing the Quality and Transparency of Health Research)*.[6]

Os artigos da iniciativa dos autores são: artigos de investigação original, revisões, relatos de caso, artigos de prática, formação, artigos de opinião e debate, artigos breves e cartas ao diretor. Estes artigos são sujeitos a um processo de revisão por pares.

Os editoriais e os documentos são da responsabilidade dos editores.

Nesta secção apresentam-se os elementos que são comuns a todas as tipologias de artigo e uma descrição dessas diferentes tipologias.

Elementos comuns às diferentes tipologias de artigo

Todos os artigos apresentados à RPMGF deverão ter um **Título,** a descrição dos **Autores,** um corpo de texto e **Referências bibliográficas.** Na maioria das tipologias será necessário um **Resumo.** No caso de existirem pessoas que tenham dado contributos importantes para o artigo, mas que não cumpram os critérios de autoria, poderá ser incluída uma secção denominada **Agradecimentos** que será colocada entre o corpo de texto e as referências bibliográficas. A informação relativa aos conflitos de interesse e financiamento do trabalho deve ser colocada após as referências bibliográficas.

Em todas as tipologias de artigo deverá ser colocada uma secção de **Teaser,** logo após a página do título e dos autores, e antes do resumo (se aplicável). Nesta secção deverá ser colocada uma a duas frases com os aspetos principais do artigo (que poderá ser o próprio objetivo e resultado principal, ou uma mensagem chave).

O artigo terá que ter um título e um resumo em português e em inglês. Quando o idioma de publicação é o português, o primeiro resumo será em português e o segundo em inglês. Se o idioma de publicação for o inglês, a ordem será inversa. No caso do idioma de publicação ser o espanhol, o primeiro resumo será nesse idioma, havendo então um resumo em português e outro em inglês no final do artigo. Os resumos deverão ter um máximo de 300 palavras e serão seguidos de duas a seis palavras-chave. Estas palavras-chave deverão ser termos da lista de descritores médicos MeSH,[7] dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME[8] ou dos descritores da PORBASE (Índice de Assuntos).[9] A estrutura do resumo para cada uma das tipologias de artigo será explicitada na secção correspondente. Os textos escritos numa língua que não a materna deverão passar por uma revisão linguística e gramatical antes de serem submetidos para publicação. As versões dos resumos nas diferentes línguas devem ser consistentes entre elas, sem diferenças significativas no respetivo conteúdo.

São permitidos dois tipos de ilustrações: figuras e tabelas. Tanto as figuras como as tabelas devem ser numeradas com algarismos árabes, pela ordem da sua primeira citação no texto. O texto não deve repetir dados incluídos em ilustrações, limitando-se nesse caso a realçar ou resumir os seus aspetos mais importantes. O número de ilustrações permitidas para cada uma das tipo-

QUADRO I. Síntese dos elementos específicos de cada tipologia de artigo

Tipo de artigo	Estrutura resumo	Estrutura corpo de texto	Dimensão	Ilustrações	Referências bibliográficas
Investigação original	Objetivos, Tipo de estudo, Local, População, Métodos, Resultados e Conclusões	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão [Agradecimentos] e Referências bibliográficas	8.000	≤ 10	≤ 60
Relato de caso	Introdução, Descrição do caso e Comentário	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* Introdução, Descrição de caso, Comentário, [Agradecimentos] e Referências bibliográficas	6.000	≤ 8	≤ 20
Revisão	Objetivos, Fontes de dados, Métodos de revisão, Resultados e Conclusões	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* Introdução, Métodos, Resultados, Conclusões, [Agradecimentos] e Referências bibliográficas	8.000	≤ 10	≤ 70
Prática	Não existe estrutura obrigatória	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências bibliográficas	5.000	≤ 4	≤ 20
Formação	Não existe estrutura obrigatória	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* [corpo de texto] [Agradecimentos] e Referências bibliográficas	5.000	≤ 6	≤ 20
Opinião e debate	Não existe estrutura obrigatória	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências bibliográficas	4.000	≤ 6	≤ 20
Artigo breve	Não existe estrutura obrigatória	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências bibliográficas	3.000	≤ 4	≤ 15
Carta ao diretor	Sem resumo	[corpo de texto]	1.000	≤ 1	≤ 10
Editorial	Sem resumo	[corpo de texto]	1.200	≤ 2	≤ 15

*Nas línguas necessárias (ver secção «Elementos comuns às diferentes tipologias de artigo»).

logias será explicitado na secção correspondente.

As **Referências bibliográficas** devem seguir o formato indicado nas normas internacionais (estilo de Vancouver).[10]

Elementos específicos de cada tipologia de artigo (sintetizados no Quadro 1)

Investigação original

Conteúdo: Artigos de investigação no âmbito da medicina geral e familiar ou dos cuidados de saúde primários. Deverão seguir as normas internacionalmente aceites para este tipo de artigos.[3,5] Os autores são encorajados a seguir as normas STROBE[11] para estudos observacionais, CONSORT[12] para ensaios clínicos, as normas STARD[13] para estudos de acuidade diagnóstica, as normas COREQ[14] para estudos qualitativos e as normas SQUIRE[15] para estudos de garantia e melhoria da qualidade.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 8.000 palavras, sendo admitido o número máximo de 10 ilustrações (tabelas ou figuras) por artigo.

Estrutura: Deve incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). O corpo do artigo deve ser subdividido em: **Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.** Poderão ser incluídos **Agradecimentos.** O artigo deve incluir **Referências bibliográficas.**

Corpo do artigo: A **Introdução** deverá ser sintética. Deve apresentar claramente o problema em questão, resumir o estado atual do conhecimento sobre o tema e referir os motivos que levaram à execução do estudo. A pergunta de investigação e os objetivos específicos da investigação, incluindo as hipóteses colocadas, deverão aparecer claramente formulados no final da introdução. Os **Métodos** deverão referir a configuração, local e tempo de duração de estudo, a população estudada, os métodos de amostragem, as unidades de observação e as variáveis medidas, os métodos de recolha de dados, critérios, instrumentos, técnicas e aparelhos utilizados, bem como a ponderação dos aspetos éticos durante a planificação e execução da investigação, incluindo o parecer da Comissão de Ética para a Saúde Competente. Deve ser indicada a metodologia estatística. Os **Resultados** deverão ser apresentados de forma clara, usando texto e ilustrações (tabelas ou figuras). As ilustrações serão colocadas no manuscrito após as referências bibliográficas. A **Discussão** deverá salientar aspetos novos ou importantes do estudo e apresentar apenas as conclusões justificadas pelos resultados. Deverão ser feitas comparações com estudos idênticos realizados por outros autores e ser comentadas as limitações ou os vieses importantes do estudo. Podem ser sugeridas novas hipóteses de trabalho. Não devem ser feitas afirmações não baseadas no estudo efetuado, nem alusões a trabalhos incompletos ou não publicados. A **Conclusão** do estudo é apresentada.

Resumo: O **Resumo** deve expor os objetivos do trabalho, a me-

Anexo III

todologia básica, os resultados e conclusões principais e realçar aspetos novos e importantes do estudo ou das observações. É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes subtítulos: **Objetivos, Métodos, Resultados** e **Conclusões.** Encorajamos os investigadores a registar prospetivamente os ensaios clínicos num registo público de ensaios. Os ensaios clínicos deverão ter o número de registo no final do resumo.

Relato de Caso

Conteúdo: Textos descritivos de casos clínicos relevantes para a medicina geral e familiar que sirvam para melhorar a tomada de decisão da investigação diagnóstica ou terapêutica de aspetos relacionados com a educação ou com as políticas de saúde. Os autores são encorajados a seguir as normas CARE Statement.[16]

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 6.000 palavras, sendo admitido o número máximo de oito ilustrações (tabelas ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). O corpo de texto é subdividido em: **Introdução, Descrição do caso** e **Comentário.** Poderão ser incluídos **Agradecimentos.** O artigo deve incluir **Referências bibliográficas.**

Corpo do artigo: A **Introdução** deve apresentar os motivos que levaram à apresentação do caso clínico de forma sintética e sem fazer uma revisão teórica do problema em questão. A pergunta de investigação e o objetivo específico da apresentação deste relato de caso deverão aparecer claramente formulados no final da introdução. A **Descrição do caso** deve ser constituída por uma apresentação do caso clínico propriamente dito, feita de forma estruturada e com recurso a subtítulos, se necessário. É necessária uma atenção especial à anonimização da identificação dos titulares dos dados descritos e ao consentimento expresso, livre e esclarecido do próprio ou seu representante legal para a sua publicação. O **Comentário** deverá chamar a atenção para os aspetos práticos relevantes, problemas encontrados na prática clínica ou lições a tirar do relato de caso.

Resumo: É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes subtítulos: **Introdução, Descrição do caso** e **Comentário.**

Revisão

Conteúdo: Consistem em estudos de revisão bibliográfica, trabalhos de síntese ou atualização clínica que possam constituir instrumentos auxiliares de atualização e de aperfeiçoamento da prática clínica. Os autores são encorajados a seguir as normas PRISMA para revisões sistemáticas,[17] MOOSE para meta-análises de estudos observacionais[18] e as recomendações de Riley e colaboradores para meta-análises de dados individuais de doentes.[19] Os autores de artigos de revisão baseada na evidência podem considerar úteis as recomendações publicadas na revista American Family Physician.[20]

Dimensão: Os estudos de revisão não deverão ultrapassar as 8.000 palavras, sendo admitido o número máximo de 10 ilustrações (tabelas ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). O corpo de texto é subdividido em: **Introdução, Métodos, Resultados** e **Conclusões.** Poderão ser incluídos **Agradecimentos.** O artigo deve incluir **Referências bibliográficas.**

Corpo do artigo: A **Introdução** deverá ser sintética. Deve apresentar claramente o problema em questão, referir os motivos que levaram à execução do estudo e discutir a sua oportunidade. A pergunta de investigação e o objetivo específico da revisão deverão aparecer claramente formulados no final da introdução. Os **Métodos** deverão descrever a metodologia usada para efetuar o processo de revisão. Devem, nomeadamente, ser indicados o tópico em revisão, definições várias (e.g., critérios de diagnóstico), processo utilizado para a pesquisa bibliográfica (período a que diz respeito a revisão, bases de dados eletrónicas ou documentais consultadas, descritores utilizados para a pesquisa, pesquisa manual de bibliografias, contacto com peritos na área para identificação de artigos relevantes) e processos e critérios de seleção dos artigos. Os **Resultados** devem ser apresentados de forma estruturada e sistematizada e com recurso a subtítulos, se necessário. Devem incluir os resultados da pesquisa e elementos de argumentação crítica (avaliação de qualidade dos dados, síntese de dados, perspetivas em confronto, identificação de problemas não resolvidos). As **Conclusões** devem fornecer um resumo crítico dos dados relevantes, enfatizar os aspetos práticos, equacionar os problemas que subsistem e propor perspetivas futuras.

Resumo: O **Resumo** deve expor os objetivos do trabalho, a metodologia básica, os resultados e conclusões principais e realçar aspetos novos e importantes da revisão. É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes subtítulos: **Objetivos, Métodos, Resultados** e **Conclusões.** No resumo dos resultados pretende-se a indicação do número e características dos estudos incluídos e excluídos. Podem ser incluídos os achados qualitativos e quantitativos mais relevantes.

Prática

Conteúdo: Trabalhos descritivos de experiências ou projetos considerados relevantes para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes em cuidados de saúde primários.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 5.000 palavras, sendo admitido o número máximo de quatro ilustrações (tabelas ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos.** O artigo deve incluir **Referências bibliográficas.**

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Formação

Conteúdo: Consistem em relatos de projetos ou experiências considerados importantes no campo da educação médica pré ou pós-graduada no contexto dos cuidados de saúde primários, cujo objetivo pedagógico seja claro e inovador.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 5.000 palavras, sendo admitido o número máximo de seis ilustrações (tabelas ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos.** O artigo deve incluir **Referências bibliográficas.**

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Opinião e Debate

Conteúdo: Textos de opinião livre suscetíveis de fomentar a reflexão e a discussão sobre temas de interesse para a medicina geral e familiar, tratados com qualidade científica e ética.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 4.000 palavras, sendo admitido o número máximo de seis ilustrações (tabelas ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos.** O artigo deve incluir **Referências bibliográficas.**

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Artigo breve

Conteúdo: Textos de pequena dimensão como, por exemplo, estudos originais curtos ou de divulgação de resultados preliminares, apontamentos sobre casos clínicos, pequenos estudos de séries ou outra tipologia.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 3.000 palavras, sendo admitido o número máximo de quatro ilustrações (tabelas ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos.** O artigo deve incluir **Referências bibliográficas.**

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Carta ao Diretor

Conteúdo: Comentários a artigos publicados previamente na revista ou notas breves sobre experiências relevantes na prática diária. As cartas referentes a artigos só serão aceites até quatro meses após a publicação do artigo original.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 1.000 palavras, sendo admitida até uma ilustração (tabela ou figura) e até 10 referências bibliográficas.

Estrutura: Não existe estrutura obrigatória. O artigo pode incluir **Referências bibliográficas.**

Resumo: Não há resumo.

Editorial

Da iniciativa do Conselho Editorial. Não deverão ultrapassar 1.200 palavras nem mais do que 15 referências bibliográficas. Serão admitidas até duas ilustrações (tabelas ou figuras).

Documentos

Conteúdo: Consistem em declarações, recomendações ou outros documentos de âmbito nacional ou internacional que sejam relevantes para a medicina geral e familiar.

5. ORGANIZAÇÃO FORMAL DOS ARTIGOS

Formatação dos ficheiros eletrónicos submetidos

Os artigos devem ser datilografados em qualquer processador de texto e gravados num dos seguintes formatos: Microsoft Word, RTF ou Open Office. As páginas devem ser numeradas.

Documento de identificação (a submeter em "Documentos Suplementares")

Primeira página

Deverá incluir apenas:

1. O título do artigo, que deverá ser conciso.
2. O nome do autor ou autores (devem usar-se apenas dois ou três nomes por autor).
3. O grau, título ou títulos profissionais e/ou académicos do autor ou autores.
4. O serviço, departamento ou instituição onde trabalha(m).
5. A identificação ORCID do primeiro autor (consultar www.orcid.org).

Segunda página

Deverá incluir apenas:

1. O nome, telefone/fax, endereço de correio eletrónico e endereço postal do autor responsável pela correspondência com a revista acerca do manuscrito.
2. O nome, endereço de correio eletrónico e endereço postal do autor a quem deve ser dirigida a correspondência sobre o artigo após a sua publicação na revista.

Texto do artigo (a submeter em "Transferência do Manuscrito")

Primeira página (completamente anonimizado)

Deverá incluir apenas:

1. Título do artigo nas línguas necessárias.
2. Resumo do artigo nas línguas necessárias. O resumo deve respeitar as normas indicadas para o tipo de artigo em questão e tornar possível a compreensão do artigo sem que haja necessidade de o ler.
3. Duas a seis palavras-chave nas línguas necessárias usando, sempre que existirem, termos da lista de descritores médicos MeSH,[7] dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME[8] ou dos descritores da PORBASE (Índice de Assuntos).[9]
4. Indicação da tipologia do artigo (a que secção da revista se destina).
5. Teaser. Frase num máximo de 30 palavras que foque a mensagem chave do artigo.

Páginas seguintes

As páginas seguintes incluirão o texto do artigo, devendo cada uma das secções em que este se subdivida começar no início de uma página.

Primeira página a seguir ao texto do artigo

Deverá incluir o capítulo Agradecimentos, quando este exista.

Anexo III

Primeira página a seguir aos Agradecimentos

Deverá conter o início do capítulo Referências bibliográficas.

Primeira página a seguir a Referências bibliográficas

Deverá conter a informação relativa aos conflitos de interesse dos autores e ao financiamento do estudo (de acordo com a informação prestada no Anexo I).

Páginas seguintes

Deverão incluir as ilustrações. Estas devem ser enviadas cada uma em sua folha com indicação do respetivo número (algarismo árabe, com numeração consecutiva para as tabelas e com numeração consecutiva para as figuras, de acordo com a ordem de entrada no texto) e legenda. As tabelas deverão sempre incluir um título curto e poderão incluir em rodapé notas explicativas consideradas necessárias e assinaladas utilizando os símbolos indicados nas normas de Vancouver.[3,5] Gráficos, diagramas, gravuras e fotografias (figuras) deverão ser apresentados com qualidade que permita a sua reprodução direta e numerados com algarismos árabes. Não devem ser utilizados gráficos tridimensionais. As figuras em formato digital devem ser enviadas como ficheiros separados e não dentro do documento de texto. São aceites os formatos JPEG, TIF e EPS, preferencialmente com uma resolução de 300 pontos por polegada (dpi) ou superior. No caso de se tratar de fotografias de pessoas ou de fotografias já publicadas, proceder de acordo com as normas de Vancouver.[3,5]

Normas de estilo

O uso de abreviaturas e símbolos, bem como as unidades de medida, devem estar de acordo com as normas internacionalmente aceites.[3,5]

1. Deve-se usar maiúsculas apenas nas seguintes situações:
   a) no título e nas principais secções do trabalho;
   b) na primeira palavra de todos os parágrafos;
   c) nas palavras principais de capítulos, subcapítulos, secções e subsecções;
   d) nas palavras dos títulos das figuras e tabelas;
   e) em nomes de escalas e instrumentos de medida;
   f) em substantivos determinados por numeral ou letra;
   g) em nomes de disciplinas académicas.
2. Usar sempre o nome farmacológico.
3. Escrever por extenso algarismos menores que 10.
   As exceções são: quando se fazem comparações com números iguais ou superiores a 10, se utilizadas unidades de medida, para representar funções matemáticas, quantidades fracionais, percentagens e razões. Nunca iniciar uma frase com um algarismo.
4. Usar sempre algarismos para designar tempo, data, idade, amostra e população, tamanho, resultados, dosagens, percentagens, graus de temperatura, medidas métricas e pontos duma escala.
5. Por regra, não usar abreviaturas fora de parênteses.
   A exceção são as abreviaturas utilizadas pelos sistemas de medidas (e.g., kg).
6. Os acrónimos só devem ser utilizados se fazem parte da linguagem corrente (e.g., OMS) ou para designar uma sigla ou uma expressão técnica que vai ser utilizada repetidamente (e.g., DPOC). Neste caso, o seu uso deve ser apresentado entre parênteses, depois da expressão original, na primeira vez que é utilizado no texto.
7. Devem-se evitar estrangeirismos, sempre que possível.
8. Não usar sublinhados.
9. Usar itálico apenas nas situações de palavras estrangeiras e nomes técnicos das classificações científicas.
10. Os símbolos estatísticos (e.g., t, r, M, DP, p) devem ser escritos em itálico, com exceção dos símbolos em grego.
11. A indicação da casa decimal deve fazer-se através de uma vírgula e não de um ponto final.
12. No texto, os números decimais devem ser apresentados apenas com até duas casas e com arredondamento, a não ser em casos excecionais em que tal se justifique.
13. Os operadores aritméticos e lógicos, como +, –, =, < e >, levam espaço antes e depois.

Referências bibliográficas

As referências bibliográficas devem ser citadas no texto com algarismos árabes em elevado, pela ordem de primeira citação e incluídas neste capítulo, utilizando exatamente a mesma ordem de citação no texto. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus*. A Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar é referenciada usando a abreviatura Rev Port Med Geral Fam. O numeral da citação deverá ser colocado após a pontuação (ponto, vírgula, etc.).

Os autores que utilizem um sistema de gestão de referências (como o EndNote®, o RefManager®, ou outro) devem optar pelo estilo de Vancouver.

Exemplos:

(...) como é o caso das listas de distribuição.[5]

Estudos mais recentes, efetuados por Di-Franza e colaboradores,[7] *mostram que as crianças se tornam dependentes da nicotina mais facilmente do que os adultos.*

Se após uma frase houver lugar à citação de mais do que uma referência estas deverão ser separadas por vírgulas, exceto se forem sequenciais; nessa circunstância serão separadas por hífen.

Exemplos:

(...) sendo a prevalência maior nesse grupo etário;[9,15,21]

(...) comparativamente a esses estudos,[6-9]

(...) tabaco a menores de 18 anos e a de regulamentar a venda de tabaco através de máquinas automáticas.[4,7-9]

Para as referências a documentação legal deverão ser indicados os elementos que permitem chegar ao texto integral do ato legislativo: tipo de ato, número, data, série do Diário da República (DR) e número de DR.

Exemplo:

Decreto-Lei n.° 114/92, de 4 de junho. Diário da República. 1ª Série A(129).

6. SUBMISSÃO DE ARTIGOS À APRECIAÇÃO EDITORIAL

Os documentos devem ser submetidos através da plataforma

online OJS, em http://www.rpmgf.pt. Os documentos a submeter incluem:

- O artigo, incluindo as tabelas, nos formatos Microsoft Word, RTF ou Open Office (texto, tabelas e diagramas), será submetido no «Passo 2: Transferência do manuscrito». Deverá incluir as legendas das figuras após as tabelas.
- As figuras em formato JPEG, TIF ou EPS (ilustrações). Serão submetidas no «Passo 4: Transferência de documentos suplementares», identificados pela numeração respetiva.
- O formulário constante do Anexo I preenchido por cada um dos autores.
- Tratando-se de um estudo original, a declaração de conduta ética (Anexo II) preenchida pelo autor correspondente e cópia do parecer da Comissão de Ética à qual o protocolo do estudo foi submetido.
- Tratando-se de um relato de caso, declaração de consentimento informado, assinada pelo doente ou pelo representante legal em caso de menores ou incapazes, que motivou o relato de caso (Anexo III).
- Havendo fotografia de doente(s), declaração de consentimento informado assinada pelo doente fotografado ou representante legal, para cada ilustração enviada, devidamente identificadas (Anexo III).
- Em qualquer situação cuja publicação de informação clínica suscite dúvidas do ponto de vista ético deverá ser solicitado parecer a uma Comissão de Ética.
- Cópias de quaisquer autorizações para reproduzir material já publicado, para utilizar figuras ou relatar informação pessoal sensível de pessoas identificáveis.

7. CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita e não se encontra sob revisão ou para publicação por outra revista.

Os ficheiros para submissão encontram-se em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapassem 2MB).

URLs para as referências foram fornecidos quando disponíveis.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Instruções para Autores, na secção Sobre a Revista.

Foi preenchido o Formulário para os autores: Anexo I (todos os anexos estão disponíveis para consulta na página eletrónica da RPMGF em www.rpmgf.pt).

Foi preenchido o Formulário de declaração de conduta ética (Anexo II).

Foi preenchida a Declaração de Consentimento Informado (Anexo III).

São cumpridas as Normas para a submissão de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (Anexo IV), com exceção dos pontos abaixo assinalados, no caso de submissão exclusiva através do *site*.

Na submissão de um artigo *online,* no Passo 2 da transferência do ficheiro do artigo, este deverá estar anonimizado e não conter qualquer tipo de identificação pessoal, que será preenchida nos passos seguintes da submissão.

Um documento contendo a identificação dos autores, conforme descrito em **5. ORGANIZAÇÃO FORMAL DOS ARTIGOS,** deverá ser submetido no «Passo 4. Transferência de documentos suplementares» do processo de submissão *online*.

Na submissão de artigos *online,* os conflitos de interesse que os autores queiram fazer constar explicitamente no artigo deverão ser preenchidos no campo «Comentários ao Editor» do Passo 1 da submissão e não no ficheiro a submeter.

Qualquer dúvida pode ser esclarecida por contacto com o secretariado da RPMGF através do endereço de correio eletrónico: secretariado@rpmgf.pt.

8. TRATAMENTO EDITORIAL

Os textos recebidos são submetidos a um processo de validação administrativa; os artigos que não obedeçam à organização científica e à organização formal expostas nestas normas não serão aceites nem apresentados ao Conselho Editorial, sendo automático o processo de devolução.

Os textos que estejam de acordo com as normas são identificados por um número comunicado aos autores, que deve ser referido em toda a correspondência com a revista. Será considerada como data de receção do artigo o último dia de receção da versão eletrónica do artigo e dos anexos necessários. Os artigos aceites serão distribuídos a um editor responsável, que fará uma apreciação sumária e apresentará o artigo em reunião do Conselho Editorial. Os artigos que não estejam relacionados com a missão da revista (o desenvolvimento da especialidade de medicina geral e familiar ou a melhoria dos cuidados de saúde primários) serão recusados.

A decisão do Conselho Editorial é soberana e não passível de recurso. O Editor-Chefe tem poder de veto dentro do Conselho Editorial.

Os artigos que estejam de acordo com as normas e que se enquadrem na missão da revista entrarão num processo de revisão por pares. Aos revisores será pedida a apreciação crítica de artigos submetidos para publicação. Essa avaliação incluirá as seguintes áreas: atualidade, fiabilidade científica, importância clínica e interesse para publicação do texto. De forma a garantir a isenção e imparcialidade na avaliação, os artigos serão enviados aos revisores sem a identificação dos respetivos autores e cada artigo será apreciado por dois ou mais revisores. Caso exista divergência de apreciação entre revisores, os editores poderão convidar um terceiro revisor. A decisão final sobre a publicação será tomada pelos editores com base nos pareceres dos revisores. As diferentes apreciações dos revisores serão integradas pelo editor responsável e comunicadas aos autores. Os autores não terão conhecimento da identidade ou afiliação dos revisores.

A decisão relativa à publicação pode ser no sentido da recusa, da publicação sem alterações ou da publicação após modificações. Neste último grupo, os artigos, após a realização das modificações propostas, poderão ser reapreciados pelos revisores originais do artigo, ou outros. Desta reapreciação resultará uma nova apreciação por parte do editor responsável e a decisão de recusa, de publicação, ou de nova revisão do texto, da qual os autores serão informados.

Anexo III

9. CEDÊNCIA DE DIREITOS DE AUTOR

Os autores concedem à RPMGF o direito exclusivo de publicar e distribuir em suporte físico, eletrónico, por meio de radiodifusão ou em outros suportes que venham a existir o conteúdo do manuscrito. Concedem ainda à RPMGF o direito a utilizar e explorar o manuscrito, nomeadamente para ceder, vender ou licenciar o seu conteúdo. Esta autorização é permanente e vigora a partir do momento em que o manuscrito é submetido, tem a duração máxima permitida pela legislação portuguesa ou internacional aplicável e é de âmbito mundial. Os autores declaram ainda que esta cedência é feita a título gratuito. Caso a RPMGF comunique aos autores que decidiu não publicar o seu manuscrito, a cedência exclusiva de direitos cessa de imediato.

Os autores autorizam a RPMGF (ou uma entidade por esta designada) a atuar em seu nome quando esta considerar que existe violação dos direitos de autor.

Os autores têm direito a:

- Reproduzir um número razoável de cópias do seu trabalho em suporte físico ou digital para uso pessoal, profissional ou para ensino, mas não para uso comercial (incluindo venda do direito a aceder ao artigo).
- Colocar no seu sítio da internet ou da sua instituição uma cópia exata em formato eletrónico do artigo publicado pela RPMGF, desde que seja feita referência à sua publicação na RPMGF e o seu conteúdo (incluindo símbolos que identifiquem a RPMGF) não seja alterado.
- Publicar em livro de que sejam autores ou editores o conteúdo total ou parcial do manuscrito, desde que seja feita referência à sua publicação na RPMGF.
- Receber, até cinco anos após a publicação, 10% do valor pago por uma entidade terceira à RPMGF pela reprodução em separado do seu artigo, quando esse valor for superior a 1.500 euros.

Os autores aceitam que, em caso de conflito, a resolução deste acordo será feita em Portugal e de acordo com a legislação portuguesa aplicável.

Política de Privacidade

A RPMGF detém o direito exclusivo de publicar, distribuir, ceder, vender ou licenciar em suporte físico, eletrónico, por meio de radiodifusão ou em outros suportes que venham a existir todos os conteúdos publicados. É proibida a reprodução, mesmo parcial, de artigos e ilustrações sem prévia autorização da RPMGF. Exceptua-se a citação ou transcrição de pequenos excertos, desde que se faça menção da fonte.

Os nomes e endereços fornecidos nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

10. REFERÊNCIAS

1. Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral. 2015;39(1):64-76.
2. Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Rev Port Med Geral Fam. 2018;34(3):173-80.
3. International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals [Internet]. ICMJE; 2017 [updated 2017 Dec; cited 2018 Apr 02]. Available from: http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf
4. Committee on Publication Ethics. Best practice guidelines for journal editors [Internet]. COPE; 2014. Available from: https://publicationethics.org/files/u2/Best_Practice.pdf
5. Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, Montenegro M, Sousa JC. Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas: escrever e editar para publicação biomédica. Rev Port Clin Geral. 2007;23(6):778-98.
6. The EQUATOR Network. Enhancing the quality and transparency of health research [homepage]. Oxford: Minervation; 2014 [cited 2018 May 28]. Available from: http://www.equator-network.org/
7. US National Library of Medicine. Medical subject headings [homepage]. Bethesda (MD): National Library of Medicine; 1999-2014 [updated 2014 Sep 08; cited 2018 May 28]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/mesh/
8. BIREME. Descritores em ciências da saúde (DeCS) [homepage]. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde; 1999-2014 [updated 2014 Mar; cited 2018 May 28]. Available from: http://decs.bvs.br/
9. Biblioteca Nacional. PORBASE: base nacional de dados bibliográficos [homepage]. Lisboa: Biblioteca Nacional; 1998-2015 [cited 2018 May 28]. Available from: http://porbase.bnportugal.pt/
10. Patrias K, Wendling D. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Bethesda (MD): National Library of Medicine; 2007 [updated 2011 Sep 15; cited 2018 May 28]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/
11. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol. 2008;61(4):344-9.
12. Schulz KF, Altman DG, Moher D, CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. BMJ. 2010;340:c332.
13. Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD Initiative, standards for reporting of diagnostic accuracy. Clin Chem. 2003;49(1):1-6.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-57.
15. Davidoff F, Batalden P, Stevens D, Ogrinc G, Mooney S. Publication guidelines for quality improvement studies in health care: evolution of the SQUIRE Project. J Gen Intern Med. 2008;23(12):2125-30.
16. Gagnier JJ, Kienle G, Altamar DG, Moher D, Sox H, Riley D, et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. Glob Adv Health Med. 2013;2(5):38-43.
17. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. J Clin Epidemiol. 2009;62(10):1006-12.
18. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting, meta-analysis of observational studies in epidemiology (MOOSE) group. JAMA. 2000;283(15):2008-12.
19. Riley RD, Lambert PC, Abo-Zaid G. Meta-analysis of individual participant data: rationale, conduct, and reporting. BMJ. 2010;340:c221.
20. Siwek J, Gourlay ML, Slawson DC, Shaughnessy AF. How to write an evidence-based clinical review article. Am Fam Physician. 2002;65(2):251-8.

Anexo IV

STROBE Statement—Checklist

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(*a*) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	4
		(*b*) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	4
Introduction			
Background/ rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	6-8
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	8
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	9
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	9
Participants	6	(*a*) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	9
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	10-11
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	9-11
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	9
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	9
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	11
Statistical methods	12	(*a*) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	11
		(*b*) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	11
		(*c*) Explain how missing data were addressed	N/A
		(*d*) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	11
		(*e*) Describe any sensitivity analyses	N/A
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	12

Anexo IV

		(b) Give reasons for non-participation at each stage	N/A
		(c) Consider use of a flow diagram	N/A
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	12
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	12
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	12-22
Main results	16	(*a*) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	12-22
		(*b*) Report category boundaries when continuous variables were categorized	12-22
		(*c*) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	N/A
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	21-22
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	23-28
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	27-28
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	27-29
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	27-29
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	N/A

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

N/A: Not applicable

Apêndice I

"Métodos Reversíveis de Contraceção de Longa Duração nos Cuidados de Saúde Primários "

Gostaria, antes de mais, de lhe agradecer por dedicar um pouco do seu tempo à participação no presente estudo.

Este tem como objetivo averiguar a proporção de Médicos de Família (MF) que recomenda e aplica contraceção reversível de longa duração às suas utentes no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) na Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte). Estes métodos contracetivos incluem o dispositivo intrauterino de cobre (DIU), o sistema intrauterino com levonorgestrel (SIU) e o implante subcutâneo com etonogestrel.

Neste sentido, convido-o/a a responder a um questionário online. O seu preenchimento demorará aproximadamente 10 minutos e é de caráter voluntário, podendo desistir a qualquer momento.

Trata-se de um estudo inserido no projeto de dissertação de mestrado que está a ser desenvolvido por Maria João Reis, estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Encontra-se sob orientação da Prof. Dra. Luísa de Sá, Professora Auxiliar Convidada MEDCIDS, FMUP e Assistente graduada de Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde Familiar Nova Via.

Esta investigação não tem financiamento ou retorno financeiro. Os investigadores negam conflito qualquer conflito de interesses.

Os dados recolhidos serão utilizados para fins de investigação científica e serão mantidos pelo período necessário para o seu tratamento e divulgação, que se prevê ser de, aproximadamente, um ano. A segurança e a proteção dos dados são asseguradas através do armazenamento dos mesmos num equipamento protegido por palavra-passe acedido apenas pelos investigadores. A confidencialidade e a privacidade dos dados são garantidas pelo anonimato das respostas. Não é requerida qualquer autenticação eletrónica.

Este estudo obteve parecer favorável da comissão de ética do Centro Hospitalar São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Os participantes não têm benefícios imediatos, porém a análise dos dados pode resultar em sugestões para melhorar as práticas contracetivas nos Cuidados de Saúde Primários.

Caso deseje receber os resultados deste estudo, por favor envie-nos um e-mail.
E-mail de contacto: mjreis13@hotmail.com

Apêndice I

SECÇÃO I – CONSENTIMENTO

1- Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado/a e aceito participar neste estudo respondendo a este questionário.
   - o Sim

2- Concordo que estes dados sejam utilizados para fins de investigação.
   - o Sim

SECÇÃO II - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

3- Sexo
   - o Feminino
   - o Masculino

4- Idade (anos)

_____

5- Nível de formação:
   - o Interno da especialidade Medicina Geral e Familiar
   - o Especialista em Medicina Geral e Familiar

6- Número de anos de carreira, incluindo os anos de internato da especialidade?

_____

7- Em que ACES da ARS Norte trabalha?
   - o ACES Alto Trás-os-Montes – Alto Tâmega e Barroso
   - o ACES Alto Trás-os-Montes – Nordeste
   - o ACES Alto Ave – Guimarães, Vizela e Terras de Basto
   - o ACES Ave / Famalicão
   - o ACES Cávado I – Braga
   - o ACES Cávado II – Gerês / Cabreira
   - o ACES Cávado III – Barcelos / Esposende
   - o ACES Douro I – Marão e Douro Norte
   - o ACES Douro II – Douro Sul
   - o ACES Entre Douro e Vouga I – Feira e Arouca
   - o ACES Entre Douro e Vouga II – Aveiro Norte
   - o ACES Grande Porto I – Santo Tirso / Trofa
   - o ACES Grande Porto II – Gondomar
   - o ACES Grande Porto III – Maia / Valongo
   - o ACES Grande Porto IV – Póvoa do Varzim / Vila do Conde
   - o ACES Grande Porto V – Porto Ocidental
   - o ACES Grande Porto VI – Porto Oriental
   - o ACES Grande Porto VII – Gaia
   - o ACES Grande Porto VIII – Espinho / Gaia
   - o ACES Tâmega I – Baixo Tâmega
   - o ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul
   - o ACES Tâmega III – Vale do Sousa Norte
   - o ACES Matosinhos
   - o ACES Alto Minho

8- Qual o tipo de unidade funcional em que trabalha?
   - o USF modelo A
   - o USF modelo B
   - o UCSP

9- Nome da unidade funcional onde trabalha.

(Esta informação não será revelada nos resultados do estudo. Será apenas utilizada para determinar o número de unidades diferentes, em cada ACES, que procedem à colocação e remoção de dispositivos de contraceção reversível de longa duração. Resposta de carácter não obrigatório.)

_____

10- Considera o seu local de trabalho inserido num:
- ○ Ambiente rural
- ○ Ambiente urbano

11- Considera que o seu hospital de referência com a especialidade de Ginecologia é:
- ○ Perto
- ○ Longe

SECÇÃO III – MÉTODOS DE CONTRACEÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

12- Antes da Pandemia COVID-19, quantas consultas de Planeamento Familiar fazia em média por semana?

_____

13- Qual o método de contraceção de primeira linha que recomenda a uma utente saudável, em idade fértil, excluindo o preservativo e métodos naturais?

Escolha o nível de frequência que melhor se adequa a si, assinalando o círculo respetivo. Não há respostas certas ou erradas.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Estroprogestativos orais	○	○	○	○	○
Estroprogestativos via transdérmica	○	○	○	○	○
Estroprogestativos via vaginal (anel vaginal)	○	○	○	○	○
Progestativo oral isolado	○	○	○	○	○
Progestativo injetável	○	○	○	○	○
Progestativo subcutâneo (Implante SC)	○	○	○	○	○
Dispositivo de libertação intrauterina de progestativo (SIU)	○	○	○	○	○
Dispositivo intrauterino de Cobre (DIU)	○	○	○	○	○

Apêndice I

14- Qual o método de contraceção que considera associado a uma maior taxa de má utilização pela utente, excluindo o preservativo e métodos naturais?

Escolha o nível de frequência que melhor se adequa a si, assinalando o círculo respetivo. Não há respostas certas ou erradas.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Estroprogestativos orais	○	○	○	○	○
Estroprogestativos via transdérmica	○	○	○	○	○
Estroprogestativos via vaginal (anel vaginal)	○	○	○	○	○
Progestativo oral isolado	○	○	○	○	○
Progestativo injetável	○	○	○	○	○
Progestativo subcutâneo (Implante SC)	○	○	○	○	○
Dispositivo de libertação intrauterina de progestativo (SIU)	○	○	○	○	○
Dispositivo intrauterino de Cobre (DIU)	○	○	○	○	○

15- Qual o método de contraceção que considera associado a mais efeitos adversos e desvantagens para a utilizadora?

Escolha o nível de frequência que melhor se adequa a si, assinalando o círculo respetivo. Não há respostas certas ou erradas.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Estroprogestativos orais	○	○	○	○	○
Estroprogestativos via transdérmica	○	○	○	○	○
Estroprogestativos via vaginal (anel vaginal)	○	○	○	○	○
Progestativo oral isolado	○	○	○	○	○
Progestativo injetável	○	○	○	○	○
Progestativo subcutâneo (Implante SC)	○	○	○	○	○
Dispositivo de libertação intrauterina de progestativo (SIU)	○	○	○	○	○
Dispositivo intrauterino de Cobre (DIU)	○	○	○	○	○

Apêndice I

SECÇÃO IV - ACONSELHAMENTO E PRÁTICA CLÍNICA EM RELAÇÃO À CONTRACEÇÃO REVERSÍVEL DE LONGA DURAÇÃO

16- "Os métodos contracetivos reversíveis de longa duração são um método de contraceção eficaz".

Assinale o nível de concordância que melhor indica aquilo que sente em relação à afirmação.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Implante SC	○	○	○	○	○
SIU com 13,5 mg de Levonorgestrel	○	○	○	○	○
SIU com 19,5 mg de Levonorgestrel	○	○	○	○	○
SIU com 52 mg de Levonorgestrel	○	○	○	○	○
DIU	○	○	○	○	○

17- Na sua prática clínica, com que frequência aconselha a contraceção reversível de longa duração como método contracetivo?

Escolha o nível de frequência que melhor se adequa a si, assinalando o círculo respetivo. Não há respostas certas ou erradas.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Implante SC	○	○	○	○	○
SIU com 13,5 mg de Levonorgestrel	○	○	○	○	○
SIU com 19,5 mg de Levonorgestrel	○	○	○	○	○
SIU com 52 mg de Levonorgestrel	○	○	○	○	○
DIU	○	○	○	○	○

18- Em que circunstâncias recomendaria uso de contraceção reversível de longa duração? Pode escolher mais que uma opção.
- o A todas as mulheres em idade fértil, de qualquer idade, sem contraindicações para a sua utilização.
- o A todas as mulheres em idade fértil, independentemente da paridade, sem contraindicações para a sua utilização.
- o Em mulheres com contraindicação para o uso de estrogénios.
- o Como contraceção de emergência.
- o Após interrupção voluntária da gravidez.
- o Para tratamento de menorragias.
- o Em doentes com contraindicações para o uso de estrogénios.
- o A pedido da doente.
- o Não recomendo.
- o Outra: _____

19- Que contraceção reversível de longa duração aconselharia preferencialmente a uma mulher jovem nulípara saudável?
- o SIU com 13,5 mg de levonorgestrel
- o SIU com 19,5 mg de levonorgestrel
- o SIU com 52 mg de levonorgestrel
- o DIU
- o Implante SC
- o Não recomendaria – porque _____

20- Que contraceção reversível de longa duração aconselharia preferencialmente a uma mulher multípara saudável que não deseja ter mais filhos?
- o SIU com 13,5 mg de levonorgestrel
- o SIU com 19 mg de levonorgestrel
- o SIU com 52 mg de levonorgestrel
- o DIU
- o Implante SC
- o Não recomendaria – porque _____

SECÇÃO V – IMPLANTE SC

21- Teve formação na colocação/remoção destes dispositivos?
- o Sim---------- Sentiu-se preparado para o fazer autonomamente? _____
- o Não

22- Procede à colocação destes dispositivos às suas utentes?
- o Sim--------- Em média, quantos coloca por ano? _____
- o Não -------- Escolha a que mais se adequa:
  - o Há um(a) colega na unidade responsável pela colocação destes dispositivos.
  - o Não me sinto à vontade para realizar o procedimento.
  - o Peço e encorajo os Internos de especialidade para que possam treinar a sua colocação.
  - o Referencio a utente para consulta de Ginecologia.

23- Quantas mulheres estima ter referenciado para consulta de Ginecologia para colocação do Implante SC nos últimos doze meses?

_____

24- Procede à remoção destes dispositivos às suas utentes?
- Sim--------- Em média, quantos remove por ano? _____
- Não -------- Escolha a que mais se adequa:
  - Há um(a) colega na unidade responsável pela remoção destes dispositivos.
  - Não me sinto à vontade para realizar o procedimento.
  - Peço e encorajo os Internos de especialidade para que possam treinar a sua remoção.
  - Referencio a utente para consulta de Ginecologia.

25- Quantas mulheres estima ter referenciado para consulta de Ginecologia para remoção do Implante SC nos últimos doze meses?

_____

SECÇÃO VI – DIU E SIU

26- Teve formação na colocação/remoção deste dispositivo?
- Sim---------- Sentiu-se preparado para o fazer autonomamente? _____
- Não

27- Procede à colocação deste dispositivo às suas utentes?
- Sim--------- Em média, quantos coloca por ano? _____
- Não -------- Escolha a que mais se adequa:
  - Há um(a) colega na unidade responsável pela colocação destes dispositivos.
  - Não me sinto à vontade para realizar o procedimento.
  - Peço e encorajo os Internos de especialidade para que possam treinar a sua colocação.
  - Referencio a utente para consulta de Ginecologia.

28- Quantas mulheres estima ter referenciado para consulta de Ginecologia para colocação do DIU/SIU nos últimos doze meses?

_____

29- Procede à remoção deste dispositivo às suas utentes?
- Sim--------- Em média, quantos remove por ano? _____
- Não -------- Escolha a que mais se adequa:
  - Há um(a) colega na unidade responsável pela remoção destes dispositivos.
  - Não me sinto à vontade para realizar o procedimento.
  - Peço e encorajo os Internos de especialidade para que possam treinar a sua remoção.
  - Referencio a utente para consulta de Ginecologia.

30- Quantas mulheres estima ter referenciado para consulta de Ginecologia para remoção do DIU/SIU nos últimos doze meses?

_____

Apêndice I

SECÇÃO VII – PONTOS DE VISTA E OPINIÕES

Leia, por favor, cada afirmação e assinale o nível de concordância que melhor indica aquilo que sente relativamente a cada afirmação.

31- Em relação ao Implante SC:

	Concordo totalmente	Concordo	Não estou decidido	Discordo	Discordo totalmente
Estes dispositivos devem ser colocados nas próprias unidades funcionais.	○	○	○	○	○
É importante que os MF tenham formação de base nesta área.	○	○	○	○	○
Tenho acesso a todo material necessário para a colocação e remoção destes dispositivos na minha unidade funcional.	○	○	○	○	○
Não me sinto à vontade de proceder à sua colocação/remoção.	○	○	○	○	○
Sinto que tenho barreiras institucionais para a sua colocação.	○	○	○	○	○
Sinto que não tenho tempo para dedicar a essa área.	○	○	○	○	○
Sou de opinião que não se trata de uma competência do MF.	○	○	○	○	○

32- Gostaria de obter mais competências nesta área?

- ○ Sim
- ○ Não

Apêndice I

33- Em relação ao DIU/SIU:

	Concordo totalmente	Concordo	Não estou decidido	Discordo	Discordo totalmente
Estes dispositivos devem ser colocados nas próprias unidades funcionais.	○	○	○	○	○
É importante que os MF tenham formação de base nesta área.	○	○	○	○	○
Tenho acesso a todo material necessário para a colocação e remoção destes dispositivos na minha unidade funcional.	○	○	○	○	○
Não me sinto à vontade de proceder à sua colocação/remoção.	○	○	○	○	○
Acho que devem ser colocados com controlo ecográfico.	○	○	○	○	○
Sinto que tenho barreiras institucionais para a sua colocação.	○	○	○	○	○
Sinto que não tenho tempo para dedicar a essa área.	○	○	○	○	○
Sou de opinião que não se trata de uma competência do MF.	○	○	○	○	○

34- Gostaria de obter mais competências nesta área?

- Sim
- Não

Muito obrigada pela sua participação!