



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2011/2012

Catarina Alexandra Santos Marques
A obesidade infantil e a sua prevenção na
medicina geral e familiar

março, 2012

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Catarina Alexandra Santos Marques
A obesidade infantil e a sua prevenção na
medicina geral e familiar

Mestrado Integrado em Medicina

Área: medicina comunitária

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Professor Doutor José Alberto Frey Ramos**

**Trabalho realizado de acordo com as normas da Revista
Portuguesa de Clínica Geral**

março, 2012

FMUP

Eu, Catarina Alexandra Santos Marques, abaixo assinado, nº mecanográfico 060801208, estudante do 6º ano do Mestrado 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, ___/___/_____

Assinatura: _____

Nome: Catarina Alexandra Santos Marques

Endereço eletrónico: med06208@med.up.pt **Telefone ou Telemóvel:** _____

Número do Bilhete de Identidade: _____

Título da Monografia

A obesidade infantil e a sua prevenção na medicina geral e familiar

Orientador: Professor Doutor José Alberto Frey Ramos

Ano de conclusão: 2012

Designação da área do projeto: medicina comunitária

É autorizada a reprodução integral desta Monografia para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projetos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, ___/___/_____

Assinatura: _____

A obesidade infantil e a sua prevenção na medicina geral e familiar

Catarina Alexandra Santos Marques

Estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da
Universidade do Porto

Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Nome do autor: Catarina Alexandra Santos Marques

Contato do autor: 220426600

Email do autor: med06208@med.up.pt

Morada: Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Alameda Prof Hernâni Monteiro 4200- Porto

A obesidade infantil e a sua prevenção na medicina geral e familiar

RESUMO

Objetivo: Avaliar os dados existentes na literatura sobre a prevenção da obesidade infantil ao nível dos cuidados de saúde primários, com especial ênfase no papel da medicina geral e familiar.

Fontes de dados: Pesquisa na base de dados Pubmed, limitada a artigos em inglês ou português, publicados nos últimos 5 anos. Foram também consultados os *sites* da Acta Médica Portuguesa, Revista Portuguesa de Clínica Geral, Repositório Nacional, Direção Geral de Saúde, OMS e CDC.

Métodos de revisão: Da pesquisa na Pubmed resultaram 167 artigos, tendo sido incluídos no estudo 35 artigos, que se mostraram relevantes para a revisão em curso tendo como tema central do artigo a obesidade infantil e contando com a participação de médicos dos cuidados de saúde primários. Foram ainda incluídos das restantes fontes de informação 11 referências.

Resultados: Existem recomendações para a prevenção deste problema que enfatizam o papel dos médicos de medicina geral e familiar na prevenção da obesidade infantil, no entanto muitos estudos mostram que estas recomendações não são totalmente cumpridas, mas que os médicos se tornam mais cumpridores quando sujeitos a sessões de formação sobre o tema ou quando têm ferramentas clínicas que facilitam a abordagem. Existem vários estudos sobre intervenções com objetivo de prevenir a obesidade infantil, sendo uma das intervenções mais estudadas a entrevista motivacional. No entanto, os resultados têm-se mostrado díspares, com alguns estudos a revelarem mudanças comportamentais e mesmo diminuição do IMC, enquanto outros não resultam em diferenças estatisticamente significativas.

Conclusão: Os estudos que incidem na prevenção e abordagem desta problemática têm mostrado resultados díspares, provavelmente como resultado de um fraco rigor metodológico. São necessários não apenas mais estudos nesta área, mas essencialmente melhores estudos, que permitam posteriormente a generalização dos resultados e a sua adaptação à prática clínica diária.

PALAVRAS-CHAVE: “obesidade infantil”, “excesso de peso”, “cuidados de saúde primários”, “medicina geral e familiar”, “prevenção”

Childhood obesity and its prevention in general practice

ABSTRACT

Objective: To evaluate the published data on the prevention of childhood obesity in primary health care, with special emphasis on the role of general practice.

Data Sources: A Pubmed search was conducted, limited to articles published in the last five years and written in English or Portuguese languages. Websites of *Acta Médica Portuguesa*, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *Repositório Nacional*, *Direção Geral da Saúde*, OMS and CDC were also checked.

Review Methods: The Pubmed search returned 167 articles; thirty five articles were selected, based on its relevance for the review as they focused primarily on childhood obesity and engaged primary health care physicians. The bibliography included also 11 references from others sources.

Results: The current recommendations emphasize the role of family physicians in the prevention of childhood obesity, however many studies show that these recommendations are not fully implemented and that physicians become more compliant when they are coached or given the clinical tools that facilitate the approach. There are several studies focusing on interventions aimed at preventing childhood obesity; the most studied intervention is motivational interview. However, the results have been controversial, with some studies showing changes in behavior and BMI, while others do not result in statistically significant differences.

Conclusion: The studies that focus on prevention and management of this problem have shown mixed results, probably as a result of poor methodological rigor. As a result there is an increasing need of new and better studies, that would allow generalization and future adjustments to daily clinical practice.

Key words: “childhood obesity”, “overweigh”, “primary health care”, “general practice”, “prevention”

TIPOLOGIA DO ARTIGO: Artigo de revisão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
MÉTODOS.....	9
RESULTADOS	10
Definição de obesidade infantil	10
Prevalência da obesidade infantil em Portugal e no Mundo.....	11
Guidelines e recomendações para a abordagem da obesidade infantil.....	13
Realidade da aplicação das recomendações	16
Novas intervenções na abordagem da obesidade infantil e o seu custo-benefício	18
Barreiras à prevenção e tratamento.....	21
CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	27

INTRODUÇÃO

A obesidade infantil é, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um dos maiores desafios de saúde pública no século XXI.¹ A sua prevalência tem aumentado de maneira alarmante. Estima-se que 43 milhões de crianças no mundo tenham excesso de peso ou sejam obesas, sendo que a prevalência do excesso de peso/obesidade infantil aumentou de 4,2% em 1990 para 6,7% em 2010, estimando-se atingir em 2020 os 9,1%, ou seja, cerca de 60 milhões de crianças.²

A obesidade infantil é uma doença multifatorial, devendo-se à interação de fatores genéticos e ambientais.³ Nos fatores ambientais houve duas mudanças dos hábitos de vida que se revelaram importantes no aumento da prevalência da obesidade infantil:

- O aumento da ingestão calórica, em especial de alimentos de baixo valor nutricional mas elevado valor calórico, como seja a *fast food*;^{4,5}
- A diminuição do gasto energético através de atividades físicas, devido ao aumento das atividades sedentárias, como ver televisão ou jogar consola.^{4,5}

Uma criança obesa tem um risco aumentado de desenvolver hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, apneia do sono, asma, problemas osteoarticulares e músculo-esqueléticos, refluxo gastro-esofágico, colelitíase, esteatose hepática assim como alterações psicológicas (baixa autoestima, depressão).⁵ Tem também um risco aumentado de se tornar um adulto obeso.⁵

Com prevalências tão elevadas e com conhecimento dos riscos que pode trazer a longo prazo, estamos perante um problema que precisa de uma intervenção urgente e eficaz. Sendo os cuidados de saúde primários, no qual a especialidade médica de medicina geral e familiar se insere, um local privilegiado de acompanhamento da criança e da família, deve ser também

uma área central de atuação na prevenção e abordagem da criança obesa ou com excesso de peso.⁶

Assim, esta revisão pretende avaliar os dados atualmente existentes na literatura no que concerne à prevenção da obesidade infantil ao nível dos cuidados de saúde primários, com especial ênfase no papel do especialista de medicina geral e familiar na abordagem deste problema.

MÉTODOS

Para a realização desta revisão sistemática foi realizada uma pesquisa na base de dados Pubmed, com as palavras-chave: “(child OR childhood OR pediatric) AND (obesity OR overweight) AND (primary health care) AND (prevention OR preventive)”. Apesar de o tema se focar na abordagem na especialidade de medicina geral e familiar, foi realizada uma pesquisa mais alargada através de “primary health care” e, posteriormente, foram selecionados os artigos que se relacionavam com os médicos, mesmo que outros profissionais pudessem também fazer parte do estudo.

A revisão foi limitada a artigos publicados nos últimos 5 anos e escritos em português ou inglês.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em outubro de 2011, tendo tido como resultado 167 artigos. Após revisão de títulos e *abstracts* foram selecionados 61 artigos para a leitura do *full-text*, artigos estes que eram selecionados se o tema do artigo fosse obesidade infantil e se tivessem a participação de médicos dos cuidados de saúde primários (independentemente de terem ou não a inclusão de profissionais de outras áreas). Após a leitura dos *full-texts* foram incluídos 35 artigos para fazer parte desta revisão sistemática devido à sua relevância no assunto abordado e à qualidade da evidência científica apresentada.

De modo a pesquisar a realidade deste tema no nosso país foi realizada uma pesquisa no arquivo *online* da Acta Médica Portuguesa, da Revista Portuguesa de Clínica Geral e no Repositório Nacional, tendo sido ainda consultados os *sites* da Direção Geral da Saúde, OMS e CDC. Através destas fontes de informação foram incluídas 11 referências.

Assim, no conjunto, esta revisão contou com 46 referências.

RESULTADOS

Vários estudos têm sido elaborados sobre esta temática e para uma melhor organização desta revisão sistemática, os resultados foram divididos por diferentes subtítulos:

- Definição de obesidade infantil
- Prevalência da obesidade infantil em Portugal e no Mundo
- *Guidelines* e recomendações para a abordagem da obesidade infantil
- Realidade da aplicação das recomendações
- Novas intervenções na abordagem da obesidade infantil e o seu custo-benefício
- Barreiras à prevenção e tratamento

Definição de obesidade infantil

A definição de excesso de peso e obesidade infantil está diretamente relacionada com altos níveis de gordura corporal. Uma ferramenta clinicamente válida de medição indireta dessa gordura corporal, que pode ser facilmente usada num consultório médico, é o cálculo do índice de massa corporal (IMC), sendo o $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (em metros)}^2$.⁶

O IMC é uma medida útil para aferir a percentagem de gordura corporal, uma vez que tem uma boa correlação com a percentagem de gordura corporal, com o aumento dos riscos para a saúde, nomeadamente do risco cardiovascular, e é um instrumento de fácil acesso ao médico, uma vez que para o seu cálculo bastará realizar a medição da altura e do peso.⁵

No caso das crianças há que ter em atenção que o IMC varia consoante a idade, assim como varia o peso e a altura da criança, uma vez que se trata de um ser em crescimento. Assim, nas crianças e adolescentes, não devem ser usados valores absolutos de IMC, mas sim curvas de percentis, que distribuem o IMC consoante a idade e o sexo da criança.⁶

A definição de excesso de peso e obesidade infantil depende do *cutt-off* do percentil de IMC utilizado e tem evoluído ao longo dos anos. Segundo um painel de especialistas na área,⁶ a terminologia usada deve ser:

Obesidade- IMC superior ao percentil 95, para uma dada idade e sexo;

Excesso de peso- IMC entre o percentil 85 e 95, para uma dada idade e sexo.

Estes devem ser os *cutt-offs* usados em pacientes com mais de 2 anos.

Em crianças com idade inferior a 2 anos devem ser consideradas as curvas de peso-altura, para uma determinada idade e sexo, sendo que se a criança se situar acima do percentil 95 deve ser categorizada com “excesso de peso”.⁶

Em adolescentes há a recomendação de se poder categorizar como obesidade se o indivíduo tiver acima do percentil 95 para a idade e para o sexo ou tiver um IMC absoluto superior a 30kg/m^2 .⁶

Apesar disto, os médicos têm de ter presente que, como qualquer valor de *cutt-off*, este não vai ser perfeito, pelo que o IMC deve ser tido como uma ferramenta a ter em conta no diagnóstico de obesidade e excesso de peso, mas sempre associado a outras informações clínicas, como a história pessoal e familiar e os fatores de risco da criança para o desenvolvimento de obesidade infantil.⁶

Prevalência da obesidade infantil em Portugal e no Mundo

A obesidade infantil é, como já foi referido anteriormente, um dos maiores desafios de saúde pública no século XXI.¹ Nos Estados Unidos da América, segundo dados do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) de 2007-2008, cerca de 16,9% das crianças e

adolescentes dos 2 aos 19 anos eram obesos. Tendo em conta os dados desse estudo de 2007-2008, podemos concluir que existe um aumento muito acentuado comparativamente com os dados de 1976-1980, tendo aumentado a obesidade de 5% para 10,4% na faixa etária dos 2-5 anos, de 6,5% para 19,6% dos 6-11 anos e dos 5% para os 18,1% nos adolescentes dos 12-19 anos.⁷ Apesar deste aumento acentuado ao longo das últimas décadas, dados entre 1999-2000 e 2007-2008 sugerem não haver entre essas datas um aumento significativo da prevalência da obesidade, em qualquer um dos grupos etários, o que pode significar o início de uma estabilização da prevalência da obesidade infantil.⁷

Em Portugal, as prevalências não diferem das encontradas mundialmente. Segundo *Padez et al*, que no ano de 2002-2003 levou a cabo um estudo que pretendia avaliar a prevalência de excesso de peso e obesidade infantil em crianças portuguesas dos 7 aos 9 anos, a prevalência de obesidade era da ordem dos 11,3% e a do excesso de peso de 20,3%, sendo das prevalências mais elevadas a nível europeu, logo atrás da Itália.⁸ Outros estudos portugueses mais recentes relatam, igualmente, taxas de prevalência de obesidade infantil elevadas,⁹⁻¹¹ apesar de existir valores muito diferentes entre estudos.¹⁰ No estudo com o objetivo de rastrear crianças com obesidade infantil e sensibilizar as populações para esse problema de saúde, levado a cabo em 3 anos consecutivos (de 2007 a 2009), podemos analisar que apesar de prevalências elevadas de obesidade infantil, estas diminuíram ao longo dos 3 anos, passando de 25,7% em 2007 para 17,1% em 2009.⁹

Guidelines e recomendações para a abordagem da obesidade infantil

Em 2005, a *American Medical Association* em colaboração com o *Health Resources and Service Administration* e o *Centers for Disease Control and Prevention* convocaram um novo comitê de especialistas de modo a fazer uma revisão da literatura publicada desde as últimas *guidelines*, em 1998, que fosse relevante para a prevenção, abordagem e tratamento da obesidade infantil. Com este objetivo, foram reunidos representantes de 15 organizações nacionais de cuidados de saúde, que estivessem ligados à obesidade infantil (porque lidavam com crianças com alto risco de virem a desenvolver obesidade infantil; porque representavam especialistas na área das patologias relacionadas com a obesidade infantil ou porque representavam especialistas no tratamento desse problema).⁶

Esta revisão não foi realizada apenas por médicos, mas sim por equipas multidisciplinares que incluíam profissionais de várias áreas, nomeadamente, medicina, nutrição, enfermagem, psicologia e epidemiologia.⁶

Assim, foram redigidas novas recomendações tendo em conta as novas evidências científicas, bem como a experiência clínica dos especialistas na área, nos casos em que a evidência atual ainda não é unânime.⁶

Estes especialistas têm em conta que devido ao acompanhamento regular da criança e da família, os cuidados de saúde primários, no qual a especialidade médica de medicina geral e familiar se insere, tem uma papel preponderante na prevenção do excesso de peso e obesidade infantil, assim como no seu tratamento nas fases iniciais. As recomendações no que à prevenção diz respeito incidem, predominantemente, nos seguintes aspetos:

- Avaliação e registo nas curvas de percentis, do peso, altura e IMC, em todos os pacientes, no mínimo anualmente;

- Registo do estado de peso (baixo peso, peso normal, excesso de peso, obesidade)
- Não se recomenda o uso de medição de pregas cutâneas nem de medição de perímetro abdominal
- Avaliação dos padrões dietéticos, de exercício físico e atividades sedentárias (exemplo: ver televisão, jogar videogames), em todos os pacientes, nas consultas de rotina.
- Realização de cuidados antecipatórios através de aconselhamento na área da nutrição, exercício físico e atividades sedentárias.
- Realização de uma entrevista motivacional com vista a aferir a motivação para a mudança para um estilo de vida mais saudável.
- Avaliação do risco de co-morbilidades associadas à obesidade infantil, através da avaliação da história familiar de obesidade, diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares e morte precoce decorrente de doença coronária ou enfarte do miocárdio.
- Realização de um exame físico completo que inclua medição da frequência cardíaca, pressão arterial e pesquisa de sinais associados a co-morbilidades da obesidade infantil (por exemplo: acantose nigricans)
- Realização de exames auxiliares de diagnóstico para pesquisa de co-morbilidades, de acordo com o seu IMC e os fatores de risco para o seu desenvolvimento.

Em Portugal, o núcleo de atividades preventivas da Associação Portuguesa dos Médicos de Medicina Geral e Familiar apoia-se nestas *guidelines* para fazer as suas recomendações sobre a prevenção da obesidade infantil.¹²

Para além destas recomendações sobre o que fazer numa consulta médica, os especialistas recomendam que os médicos, em conjunto com outros profissionais de saúde e outras

entidades, tenham um papel social relevante neste problema através do apoio das comunidades tentando, por exemplo, que se aumente a atividade física nas escolas e que se criem espaços para a execução dessa mesma atividade.⁶

Para além destas *guidelines*, muitos outros artigos têm surgido com “dicas” e recomendações visando a prevenção deste problema,¹³⁻¹⁷ recomendações essas que maioritariamente vão de encontro às referidas anteriormente.

No entanto, existem recomendações que diferem um pouco das apresentadas. Exemplo disso são as recomendações da US Preventive Services Task Force que recomendam que apenas as crianças com seis ou mais anos sejam rastreadas para a obesidade infantil, devendo o médico referenciá-las, se necessário, para intervenções intensivas a nível comportamental e de aconselhamento (recomendação grau B).¹⁸

Delgado-Noguera et al conduziram uma revisão sistemática com o objetivo de identificar e avaliar a qualidade das *guidelines* clínicas, publicadas entre 1998 e 2007, sobre a prevenção do excesso de peso e obesidade infantil. Neste estudo concluíram que apesar de os artigos com recomendações serem abundantes, poucos deles possuíam alta qualidade, existindo muitas falhas especialmente no que diz respeito ao rigor metodológico dos estudos. Assim, impera a necessidade de se desenvolverem estudos de melhor qualidade metodológica e dos médicos preservarem o seu sentido crítico na avaliação do rigor com que são elaboradas as recomendações.¹⁹

Realidade da aplicação das recomendações

As *guidelines* acima referidas recomendam que o peso e a altura de cada criança sejam avaliados, pelo menos uma vez por ano, e que seja calculado o IMC, devendo todos estes dados serem registados na respetiva curva de percentil.⁶ No entanto, muitos estudos referem que estas recomendações não estão a ser seguidas.²⁰⁻²⁷ Um estudo em áreas rurais e urbanas de Maine referiu que apesar de os médicos avaliarem o peso e a altura em 99% das crianças dos 5 aos 17 anos, apenas em 38% delas era calculado o IMC, em 25% o IMC era registado numa curva de percentil de acordo com a idade e o género e em apenas 19% eram classificadas segundo o seu estado de peso (baixo peso, peso normal, excesso de peso ou obesidade).²⁰

Um outro estudo que incluía médicos de família e pediatras concluiu que 37% dos médicos nunca calculavam o IMC em crianças dos 2 aos 5 anos, 24% calculavam-no sempre e 39% calculavam-no só em situações especiais em que o médico suspeitava da existência de obesidade como, por exemplo, quando a criança tinha registos de peso e altura que faziam suspeitar de obesidade (87%), quando a criança à inspeção visual parecia obesa (72%) ou quando a evolução do peso cruzava percentis (68%). Neste mesmo estudo houve diferenças significativas entre especialidades, com a maioria (54%) dos médicos de família a responderem que geralmente não calcula o IMC, enquanto os pediatras, maioritariamente (45%) calculam-no apenas nas situações especiais supracitadas, sendo as razões destas diferenças interespecialidade desconhecidas.²²

No entanto, para além de terem amostras pequenas e de não serem randomizados, os dados destes estudos foram recolhidos retrospectivamente de registos de consultas^{20, 21, 24} ou através de questionários efetuados aos próprios médicos,^{22, 23, 25, 26} o que pode limitar as conclusões tiradas.

Apesar deste panorama desmotivador, os estudos também mostram que através de intervenções simples, como sessões de treino sobre a abordagem de adolescentes obesos,^{23, 24} disponibilização de ferramentas de apoio da decisão clínica e de aconselhamento a crianças e famílias obesas,^{20, 24} estas taxas de avaliação e registo de IMC aumentam para valores elevados. Num dos estudos supracitados que tinham baixas taxas de cálculo e registo de IMC na linha de base, verificou-se que após intervenção houve um aumento de 38% para 94% no cálculo do IMC; de 25% para 89% no registo do IMC na curva de percentil para o sexo e idade e um aumento de 19% para 79% na classificação do estado de peso.²⁰

As recomendações na prevenção da obesidade infantil preveem que os médicos realizem aconselhamento no que aos hábitos de vida saudável diz respeito, focando a nutrição e o exercício físico como essenciais. Para que isso aconteça, está recomendado que o médico avalie qualitativamente os padrões de dieta de todos os pacientes pediátricos em cada consulta de rotina, oferecendo cuidados antecipatórios no que ao aconselhamento de melhores hábitos diz respeito e avaliação da motivação para a mudança comportamental daquele indivíduo.⁶ O aconselhamento nutricional deve incluir diferentes aspetos: refeições realizadas fora de casa, consumo de bebidas açucaradas, porções diárias de alimentos, consumo de sumo de fruta natural a 100%, qualidade e quantidade do pequeno-almoço, consumo de alimentos com alto teor energético, consumo de frutas e vegetais e frequência de refeições.⁶ Devem também ser prestados cuidados antecipatórios no que diz respeito a atividade física focando diferentes assuntos: motivação para mudança para estilos de vida mais saudáveis, recursos sociais e barreiras à prática de exercício físico, avaliação de comportamentos sedentários (televisão, jogos de computador e outras atividades sedentárias que no total não devem exceder duas horas por dia) e recomendação de, no mínimo, uma hora por dia de atividade física moderada.⁶ No entanto, mais uma vez, os estudos mostram que este aconselhamento não acontece com a frequência que seria desejável,^{20, 24-28} mas que após intervenções simples,

como as ações de formação já mencionadas anteriormente, estes cuidados antecipatórios são prestados em maior percentagem de doentes.^{20, 24} Alguns estudos indicam que o aconselhamento acontece mais frequentemente em crianças com excesso de peso ou obesidade que em crianças com o peso normal para a idade e para o sexo.²⁴⁻²⁸

Novas intervenções na abordagem da obesidade infantil e o seu custo-benefício

Existem na literatura vários estudos que visam melhorar a capacidade de prevenção e tratamento da obesidade infantil nos cuidados de saúde primários. Não existindo unanimidade sobre que tipo de intervenção será a mais adequada, uma das intervenções mais estudadas tem sido a entrevista motivacional.²⁹⁻³¹ A entrevista motivacional é um método de aconselhamento, centrado no indivíduo, que visa ajudar o paciente a procurar motivação intrínseca para alterar os seus comportamentos, encorajando-o a entender e resolver os seus sentimentos ambivalentes em relação a esta mudança.²⁹ No contexto da obesidade infantil a entrevista motivacional não será dirigida apenas ao paciente mas inclui também a família, em especial os pais ou educadores. Os estudos que têm investigado a eficácia deste tipo de intervenção não se têm revelado unânimes, com estudos a revelarem mudança de comportamento dos indivíduos para hábitos mais saudáveis²⁹⁻³¹ e mesmo diminuição do IMC,³¹ enquanto outros mostram resultados mais desanimadores, com diferenças não significativas na diminuição do IMC entre os estudos e os controlos.²⁹ Estas diferenças entre estudos estarão provavelmente relacionadas com uma falta de rigor metodológico, uma vez que se tratam de estudos não randomizados,²⁹⁻³¹ sem grupo de controlo³⁰ ou estudos piloto.^{29, 31} Outro problema é o facto de as mudanças comportamentais serem avaliadas por autorrelato, pelo que os resultados podem traduzir não uma mudança comportamental, mas sim um aumento do conhecimento sobre os hábitos recomendáveis. Esta falta de rigor

metodológico em artigos que estudam diferentes intervenções para a prevenção e tratamento da obesidade infantil já havia sido referida em outras revisões sistemáticas sobre o tema.³²⁻³⁴

Existem outros estudos que não utilizam a entrevista motivacional. Num estudo piloto realizado, em que os médicos aconselhavam a família a efetuar uma mudança no seu comportamento, sem no entanto fazer uma abordagem tão individualizada como numa entrevista motivacional, os resultados não mostraram diferença na motivação para a mudança entre o grupo de controlo e o de estudo, em relação a perspetivas de aumentar a atividade física, diminuir o tempo de TV ou o consumo de bebidas açucaradas, havendo uma diferença marginalmente significativa ($p=0,05$) no que ao aumento de consumo de frutas e vegetais dizia respeito.³⁵

Há atualmente algumas publicações de desenhos de estudos que visam colmatar falhas de estudos anteriores, no entanto os resultados das intervenções ainda não estão publicados.^{36, 37}

O estudo “Mi voglio bene” é um exemplo de uma intervenção randomizada, ainda sem resultados publicados, que visa implementar ações preventivas, através de aconselhamento em consultas ao longo dos primeiros 6 anos de vida da criança. Com esta intervenção, fácil de implementar posteriormente na rotina de uma consulta, os autores têm como objetivo diminuir a prevalência de excesso de peso e obesidade infantil aos 6 anos de idade, estimando que a redução será de 25% para 20%. Os autores pretendiam a participação de um total de 120 pediatras, cada um seguindo 30 crianças, desde o nascimento até aos 6 anos de idade.³⁶ Assim, este desenho de estudo, ao ser randomizado, ter um grupo de controlo, uma amostra significativa e um período de seguimento alargado, vai colmatar algumas das limitações que os estudos referidos anteriormente possuíam, podendo dar-nos informações mais fiáveis sobre a eficácia de um programa de prevenção deste género.

Para além das ações preventivas que os médicos levam a cabo no consultório, deve-se realçar que os mesmos também devem ter um papel importante na sociedade, através de ações em congressos, escolas, promoção de parcerias, com o intuito de mudar mentalidades sociais e políticas e ajudar a criar um ambiente menos propenso ao desenvolvimento de obesidade infantil.³⁸ Este objetivo encontra-se também realçado na carta europeia de luta contra a obesidade.³⁹

Todas estas intervenções têm um custo associado, apesar de esse aspeto poucas vezes ser divulgado no estudo. No entanto, há estudos que se debruçaram sobre o custo-benefício destas intervenções^{40, 41} tendo ambos concluído que o custo das intervenções é muito superior ao benefício que produzem. *Wake et al* publicaram um estudo sobre os custos de um programa de prevenção secundária de obesidade infantil entre os 5 e os 9 anos, levado a cabo entre 2002 e 2003: o LEAP trial. Nesse estudo concluíram que os custos principais dessa intervenção advinham, essencialmente, de pagamento do *staff* e dos materiais necessários para a intervenção (incluindo viagens e comunicações); do pagamento de um incentivo aos médicos por cada consulta e dos custos que os pais tiveram com a intervenção (tempos e custos de viagem, custos com alimentação e prática de exercício físico, gastos com material essencial à prática de exercício, tempo despendido por cada membro da família a ajudar a criança e outros recursos que tivessem sido prestados (exemplo: nutricionista). Os custos quer para o grupo de estudo quer para o controlo foram elevados, mas efetuando uma análise que pretende avaliar o custo para o Estado de tal intervenção, logo tendo em conta apenas os custos associados aos próprio estudo e aos médicos, excluindo os custos comportados pelos pais, a média seria de 873 dólares por família no grupo de estudo e 64 dólares no grupo de controlo, pelo que seria uma diferença de custo muito acentuada. Tendo em conta que o estudo apenas demonstrou impacto positivo nos hábitos de dieta, não tendo demonstrado efeitos relevantes no que à diminuição do IMC diz respeito (que era o *outcome* principal), os autores concluíram

que o custo-benefício da intervenção seria limitado, sugerindo que o dinheiro fosse aplicado noutras medidas de prevenção da obesidade ou aplicado noutras medidas de saúde pública com eficácia comprovada, não devendo com isto diminuir-se a investigação de melhores métodos de prevenção deste problema, mas sim efetuar-se estudos com maior rigor metodológico e com avaliações de custo-benefício.⁴⁰

Barreiras à prevenção e tratamento

Tendo em conta que muitos dos estudos levados a cabo com o objetivo de prevenir e tratar a obesidade infantil não se mostraram eficazes, é essencial tentar entender a razão de tal ter acontecido. Para tal, vários estudos na literatura tentam identificar as principais barreiras sentidas pelos médicos na abordagem ao problema da obesidade infantil.^{30, 42-45} No entanto, todos os estudos recolheram informação através de questionários ou entrevistas semiestruturadas, com uma amostra limitada, pelo que as conclusões tiradas podem não ser generalizáveis.

Esses estudos indicam que as principais barreiras à prevenção e tratamento da obesidade infantil são: falta de motivação da família e da criança para modificar a sua dieta e hábitos de atividade física^{42, 43} em alguns estudos manifestada por altas taxas de *drop-out* no decorrer de intervenções;⁴⁴ falta de tempo para abordar o assunto durante as consultas;^{42, 43} falta de treino e conhecimentos sobre como abordar o assunto;^{42, 45} medo de fragilizar a relação médico-criança-pais ao rotular a criança de obesa ou com excesso de peso devido à estigmatização social associada a este problema.^{30, 43, 45}

Num estudo de *Spivack et al*, em que foram entrevistados 87 profissionais de saúde (N=192), pelo menos 90% referiu as premissas citadas seguidamente como barreiras importantes ou muito importantes na prevenção e abordagem da obesidade infantil: falta de motivação dos

pais e das crianças para modificar a dieta e o estilo de vida; pais obesos e por isso menos preocupados com o facto de a criança ter excesso de peso; famílias que realizam muitas refeições de *fast-food*, veem muita televisão e não fazem exercício físico. Neste mesmo estudo avaliou-se a percentagem de tempo durante a qual o médico aconselha os diferentes aspetos, sendo que os aspetos menos aconselhados eram precisamente o *fast-food*, o uso de TV e o exercício físico, percecionados depois pelos médicos como as principais barreiras ao tratamento.⁴²

O facto de as famílias estarem demasiado ocupadas para cozinhar refeições em casa, para comerem em família, a televisão promover comidas não saudáveis, os lanches das escolas promoverem hábitos alimentares não saudáveis e haver frustração médica perante os maus resultados do tratamento da obesidade infantil, foram referidos como importantes ou muito importante em 73 a 83% dos casos. Outras dificuldades relatadas foram: a falta de tempo para abordar esses assuntos na consulta, falta de treino na abordagem desta problemática, falta de compensação pelo tratamento da obesidade, os custos de comida saudável, falta de acesso a nutricionista e complexidade dos hábitos de vida saudáveis.⁴²

Num outro estudo, no qual foram efetuadas entrevistas telefónicas estruturadas com um total de 12 médicos de família e 6 enfermeiras, a falta de treino na abordagem da obesidade infantil foi relatada como um problema importante.⁴⁵ Os participantes sentiam que a informação que possuíam sobre este tema não era suficiente, faltando treino no que diz respeito à prevenção e abordagem da obesidade infantil, admitindo que o seu conhecimento advinha unicamente de conversas informais com outros membros da comunidade médica, leitura de revistas, experiência empírica ou apenas extrapolando os seus conhecimentos sobre obesidade no adulto e adaptando-os às crianças. Apesar desta falta de conhecimento e treino na abordagem deste problema, alguns médicos assumiam sentir-se capazes e realizados ao oferecer aos pais conselhos sobre a alimentação do bebé. No entanto, trata-se de um estudo com um pequeno

número de participantes e que faziam parte de um *pool* de voluntários, pelo que os seus resultados podem não ser generalizáveis.⁴⁵

O medo de que com o diagnóstico de obesidade infantil se perder uma boa relação médico-família é descrito em vários estudos.^{30, 43, 45} No entanto, no estudo de *Kubik et al*, cujo objetivo era avaliar a resposta dos pais a uma intervenção de prevenção da obesidade em crianças dos 5 aos 10 anos através de registos anuais de IMC e aconselhamento na área da nutrição e atividade física, a maioria dos pais (mais de 80%) acreditava que era importante/muito importante os médicos partilharem informação relativa ao estado de peso dos filhos, assim como dar conselhos para um estilo de vida mais saudável. Para além disso, cerca de 80% referia não se sentir desconfortável com esse tipo de informação, acontecendo o mesmo em relação às crianças.³⁵

Porém, não são só os médicos que sentem existirem barreiras na prevenção e tratamento da obesidade. Um estudo que visava avaliar a opinião dos pais aferiu que, na opinião destes, os médicos davam pouca atenção ao aconselhamento nutricional (abordando mais aspetos objetivos, como o exame físico da criança) e que, por vezes, referiam que era necessário fazer alterações comportamentais, mas não ajudavam a avaliar como é que estas poderiam ser efetuadas.³⁰ Este mesmo estudo visava ultrapassar a barreira falta de tempo ao introduzir ferramentas, como questionários que a família pode preencher na sala de espera, o que diminui depois o tempo de aconselhamento, uma vez que este se torna mais direcionado aos problemas da família.

Atualmente já há estudos sobre intervenções e ferramentas que visam diminuir estas barreiras e aumentar a prevenção e tratamento da obesidade infantil. Uma dessas ferramentas é um sistema eletrónico que tem como objetivo ajudar o médico na abordagem da obesidade infantil segundo as *guidelines* mais recentes: este programa possui uma ferramenta de cálculo

e registo de IMC que necessita de estar preenchida para que se consiga sair do programa, o que vai aumentar a percentagem de médicos a registar esse dado; possui também protocolos de atuação de acordo com o IMC registado, lembretes para a pesquisa de co-morbilidades associadas, “dicas” de nutrição e de exercício físico que devem ser facultados aos pais, assim como lembretes para a pesquisa do grau de motivação para a mudança de cada família.⁴⁶ Esta ferramenta teve bons resultados a aumentar a percentagem de crianças que tinham o seu IMC calculado e registado, assim como aumentou o número de conselhos dados e de entrevistas motivacionais realizadas, no entanto são necessários mais estudos para avaliar se produzem efeito no *outcome* final que é a diminuição do IMC e da prevalência da obesidade infantil.⁴⁶

CONCLUSÃO

A obesidade infantil é um problema que tem de ser combatido, tendo em conta as suas prevalências atuais e as suas consequências futuras na saúde e bem-estar da criança e futuro adulto. No entanto, os estudos que incidem na prevenção e abordagem desta problemática têm-se mostrado resultados díspares, provavelmente como resultado de um fraco rigor metodológico, amostras pequenas, falta de randomização e grupos de controlo, o que dificulta as conclusões que podem ser tiradas destes estudos, assim como a generalização dos resultados.

Porém, é de realçar a existência de estudos, ainda a decorrer, que foram desenhados para colmatar algumas das falhas metodológicas acima referidas, e que poderão trazer novas e importantes informações sobre a melhor abordagem deste problema. São necessários não apenas mais estudos nesta área, mas essencialmente melhores estudos, que permitam posteriormente a generalização e adaptação dos resultados à prática clínica diária. Para tal, os estudos devem ter em conta não apenas os resultados das intervenções propostas, mas também o custo-benefício de tais intervenções.

Apesar de atualmente existir uma escassez de bons estudos existem recomendações, redigidas tendo em conta as evidências disponíveis e a experiência de profissionais de saúde na área, que se tornam em aliados dos médicos e enfatizam o papel da medicina geral e familiar na prevenção e abordagem desta problemática. Apesar de estudos indicarem que muitos médicos não cumprem na totalidade estas recomendações, estes provam também que intervenções simples, como sessões de formação ou ferramentas que agilizem as consultas, vão melhorar a taxa de recomendações cumpridas. Uma vez que a falta de conhecimento sobre esta temática é muito frequentemente referida como uma das barreiras, e sabendo que as formações sobre

este tema aumentam a autoconfiança dos médicos na abordagem do problema, é de extrema importância o desenvolvimento de tais ferramentas e ações de formação.

No entanto, apesar de todos os esforços que possam ser feitos na área da saúde e ao nível de mudanças comportamentais do indivíduo e da família, é fulcral que se consiga uma mudança política e social, que permita a criação de um ambiente menos obesogénico tornando as crianças e as famílias mais motivadas a adquirirem hábitos de vida saudáveis e duradouros.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Childhood overweight and obesity. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>: WHO; [acedido em novembro 2011].
2. Onis Md, Blössner M, Borghi. E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr.* 2010;92:1257–64.
3. Hilbert A, Ried J, Schneider D, Juttner C, Sosna M, Dabrock P, et al. Primary prevention of childhood obesity: an interdisciplinary analysis. *Obesity facts.* 2008;1(1):16-25.
4. Direcção Geral de Saúde. <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=358&menuid=195&exmenuid=196> [acedido em novembro 2011].
5. Centers for Disease Control and Prevention. Basics About Childhood Obesity. <http://www.cdc.gov/obesity/childhood/basics.html> [acedido em novembro 2011].
6. Barlow SE. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics.* 2007;120 Suppl 4:S164-92.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Childhood overweight and obesity. http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_child_07_08/obesity_child_07_08.htm [acedido em novembro 2011].
8. Padez C, Fernandes T, Mourão I, Moreira P, Rosado V. Prevalence of overweight and obesity in 7-9 year-old portuguese children: trends in body mass index. *Am J Hum Biol.* 2004;16:670-8.
9. Prazeres; T, Fonseca; JL. Rastreio da obesidade infantil- três anos de jornadas nacionais. *Acta Med Port.* 2010;41 (3):122-6.
10. Antunes; A, Moreira; P. Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes portuguesas. *Acta Med Port.* 2011;24:279-84.
11. Coelho R, Sousa S, Laranjo MJ, Monteiro AC, Bragança G, Carreiro H. Excesso de peso e obesidade- prevenção na escola. *Acta Med Port.* 2008;21:341-4.

12. Associação portuguesa de medicina geral e familiar. Recomendações sobre actividades preventivas- Obesidade.
<http://www.apmgf.pt/files/54/documentos/2009122013543531920.pdf> [acedido em janeiro 2012].
13. Baker JL, Farpour-Lambert NJ, Nowicka P, Pietrobelli A, Weiss R. Evaluation of the overweight/obese child--practical tips for the primary health care provider: recommendations from the Childhood Obesity Task Force of the European Association for the Study of Obesity. *Obesity facts*. 2010;3(2):131-7.
14. Parks EP, Kumanyika S, Stettler N. Practical application of the nutrition recommendations for the prevention and treatment of obesity in pediatric primary care. *Pediatr Ann*. 2010;39(3):147-53.
15. Murray R, Battista M. Managing the risk of childhood overweight and obesity in primary care practice. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2009;39(6):146-65.
16. Vaughn K, Waldrop J. Childhood obesity. Part II. Parent education key to beating early childhood obesity. *Nurse Pract*. 2007;32(3):36-41; quiz -3.
17. Mercer S. How useful are clinical guidelines for the management of obesity in general practice? *Br J Gen Pract*. 2009;59(568):863-8.
18. Barton M. Screening for obesity in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics*. 2010;125(2):361-7.
19. Delgado-Noguera M, Tort S, Bonfill X, Gich I, Alonso-Coello P. Quality assessment of clinical practice guidelines for the prevention and treatment of childhood overweight and obesity. *Eur J Pediatr*. 2009;168(7):789-99.
20. Polacsek M, Orr J, Letourneau L, Rogers V, Holmberg R, O'Rourke K, et al. Impact of a primary care intervention on physician practice and patient and family behavior: keep ME Healthy---the Maine Youth Overweight Collaborative. *Pediatrics*. 2009;123 Suppl 5:S258-66.
21. Trapp LW, Ryan AA, Ariza AJ, Garcia CM, Binns HJ. Primary care identification of infants at high risk for overweight and obesity. *Clin Pediatr (Phila)*. 2009;48(3):313-6.

22. Woolford SJ, Clark SJ, Strecher VJ, Gebremariam A, Davis MM. Physicians' perspectives on increasing the use of BMI charts for young children. *Clin Pediatr (Phila)*. 2008;47(6):573-7.
23. Dennison DA, Yin Z, Kibbe D, Burns S, Trowbridge F. Training health care professionals to manage overweight adolescents: experience in rural Georgia communities. *J Rural Health*. 2008;24(1):55-9.
24. Dunlop AL, Leroy Z, Trowbridge FL, Kibbe DL. Improving providers' assessment and management of childhood overweight: results of an intervention. *Ambul Pediatr*. 2007;7(6):453-7.
25. Wu T, Tudiver F, Wilson JL, Velasco J. Child overweight interventions in rural primary care practice: a survey of primary care providers in southern Appalachia. *South Med J*. 2007;100(11):1099-104.
26. Holt N, Schetzina KE, Dalton WT, 3rd, Tudiver F, Fulton-Robinson H, Wu T. Primary care practice addressing child overweight and obesity: a survey of primary care physicians at four clinics in southern Appalachia. *South Med J*. 2011;104(1):14-9.
27. Taveras EM, Sobol AM, Hannon C, Finkelstein D, Wiecha J, Gortmaker SL. Youths' perceptions of overweight-related prevention counseling at a primary care visit. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2007;15(4):831-6.
28. Patel AI, Madsen KA, Maselli JH, Cabana MD, Stafford RS, Hersh AL. Underdiagnosis of pediatric obesity during outpatient preventive care visits. *Acad Pediatr*. 2010;10(6):405-9.
29. Schwartz RP, Hamre R, Dietz WH, Wasserman RC, Slora EJ, Myers EF, et al. Office-based motivational interviewing to prevent childhood obesity: a feasibility study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161(5):495-501.
30. McKee MD, Maher S, Deen D, Blank AE. Counseling to prevent obesity among preschool children: acceptability of a pilot urban primary care intervention. *Ann Fam Med*. 2010;8(3):249-55.
31. Bibeau WS, Moore JB, Caudill P, Topp R. Case study of a transtheoretical case management approach to addressing childhood obesity. *J Pediatr Nurs*. 2008;23(2):92-100.

32. Branscum P, Sharma M. A systematic analysis of childhood obesity prevention interventions targeting Hispanic children: lessons learned from the previous decade. *Obes Rev.* 2011;12(5):e151-8.
33. Sargent GM, Pilotto LS, Baur LA. Components of primary care interventions to treat childhood overweight and obesity: a systematic review of effect. *Obes Rev.* 2011;12(5):e219-35.
34. Wofford LG. Systematic review of childhood obesity prevention. *J Pediatr Nurs.* 2008;23(1):5-19.
35. Kubik MY, Story M, Davey C, Dudovitz B, Zuehlke EU. Providing obesity prevention counseling to children during a primary care clinic visit: results from a pilot study. *J Am Diet Assoc.* 2008;108(11):1902-6.
36. Brambilla P, Bedogni G, Buongiovanni C, Brusoni G, Di Mauro G, Di Pietro M, et al. "Mi voglio bene": a pediatrician-based randomized controlled trial for the prevention of obesity in Italian preschool children. *Ital J Pediatr.* 2010;36:55.
37. Groner JA, Skybo T, Murray-Johnson L, Schwirian P, Eneli I, Sternstein A, et al. Anticipatory guidance for prevention of childhood obesity: design of the MOMS project. *Clin Pediatr (Phila).* 2009;48(5):483-92.
38. Pomietto M, Docter AD, Van Borkulo N, Alfonsi L, Krieger J, Liu LL. Small steps to health: building sustainable partnerships in pediatric obesity care. *Pediatrics.* 2009;123 Suppl 5:S308-16.
39. Direcção geral da saúde- Plataforma contra a obesidade. Carta europeia de luta contra a obesidade.
http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Institucional/O%20que%20deve%20saber%20sobre%20a%20obesidade/Carta%20Europeia%20de%20luta%20contra%20a%20obesidade%20final_2.GHA%5B1%5D.pdf [acedido em janeiro 2012].
40. Wake M, Gold L, McCallum Z, Gerner B, Waters E. Economic evaluation of a primary care trial to reduce weight gain in overweight/obese children: the LEAP trial. *Ambul Pediatr.* 2008;8(5):336-41.

41. Wake M, Baur LA, Gerner B, Gibbons K, Gold L, Gunn J, et al. Outcomes and costs of primary care surveillance and intervention for overweight or obese children: the LEAP 2 randomised controlled trial. *BMJ*. 2009;339:b3308.
42. Spivack JG, Swietlik M, Alessandrini E, Faith MS. Primary care providers' knowledge, practices, and perceived barriers to the treatment and prevention of childhood obesity. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2010;18(7):1341-7.
43. Hearn LA, Miller MR, Campbell-Pope R. Review of evidence to guide primary health care policy and practice to prevent childhood obesity. *Med J Aust*. 2008;188(8 Suppl):S87-91.
44. Sola K, Brekke N, Brekke M. An activity-based intervention for obese and physically inactive children organized in primary care: feasibility and impact on fitness and BMI A one-year follow-up study. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28(4):199-204.
45. Redsell SA, Atkinson PJ, Nathan D, Siriwardena AN, Swift JA, Glazebrook C. Preventing childhood obesity during infancy in UK primary care: a mixed-methods study of HCPs' knowledge, beliefs and practice. *BMC Fam Pract*. 2011;12:54.
46. Rattay KT, Ramakrishnan M, Atkinson A, Gilson M, Drayton V. Use of an electronic medical record system to support primary care recommendations to prevent, identify, and manage childhood obesity. *Pediatrics*. 2009;123 Suppl 2:S100-7.

ANEXO

Conselho Editorial da RPCG. Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral. Rev Port Clin Geral 2010; 26: 325-40.



Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral

Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Clínica Geral

A Revista Portuguesa de Clínica Geral (RPCG) 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 de medicina geral e familiar ou para a melhoria dos cuidados de saúde primários. Os artigos poderão ser redigidos em português, inglês ou castelhano.

Este documento expõe a última versão das normas de apresentação de artigos à RPCG (doravante designadas por Normas), que consistem numa revisão e actualização das normas publicadas em 2009.¹ As citações desta versão das normas devem ser feitas pela seguinte referência: Conselho Editorial da RPCG. Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral. Rev Port Clin Geral 2010; 26: 325-40. Este documento não está protegido por direitos de autor, podendo ser copiado, reimpresso ou distribuído electronicamente sem autorização.

Recomenda-se aos autores que utilizem a versão electrónica dos anexos e formulários constantes nestas normas, disponíveis no sítio da *internet* da RPCG, quando pretenderem submeter um manuscrito.

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 e todos os que cumpram estes requisitos devem ser nomeados como autores:

- Contribuir substancialmente para a concepção e delineamento, recolha de dados ou análise e interpretação dos dados;
- Participar na redacção ou revisão crítica do artigo no que respeita a conteúdo intelectualmente importante;
- Rever a versão final do manuscrito e aprovar a sua publicação.

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

tribuído exclusivamente com o financiamento do trabalho.

Conflito de interesses

Existe um conflito de interesses quando um autor (ou a sua instituição) tem relações pessoais ou financeiras que podem influenciar as suas decisões, trabalho ou manuscrito. Nem todas estas relações representam verdadeiros conflitos de interesses. Por outro lado, o potencial para conflito de interesses pode existir independentemente do autor acreditar ou não que esta relação afecta 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 de publicação, todos os envolvidos na publicação de artigos (autores, revisores e editores) são convidados a declarar potenciais conflitos de interesses. Porém, a existência dos mesmos não constitui fundamento para a rejeição dos manuscritos pela RPCG.

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 financiamento externo não é critério de aceitação ou rejeição de manuscritos.

Conduta Ética

Para que um trabalho de investigação em seres humanos possa ser considerado válido, os autores têm de seguir uma Conduta Ética que cumpra os preceitos definidos na Declaração de Helsínquia. O protocolo de investigação deverá ser submetido a uma comissão de ética independente para que se pronuncie, aprovando ou não o mesmo. O parecer favorável desta comissão deverá ser englobado nos documentos a entregar na submissão do artigo (em conjunto com o Anexo IV). Na ausência de submissão a comissão de ética, deve o autor responsável pela correspondência com a RPCG redigir uma Declaração de Conduta Ética, indicando por que motivo não foi feita essa submissão e assumindo o cumprimento dos princípios éticos relativos a estes estudos. A ausência de qualquer um destes documentos condiciona a não aceitação do manuscrito para avaliação pelo Corpo Editorial.

ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA DOS ARTIGOS

Qualquer artigo submetido para publicação na RPCG deverá ser preparado de acordo com os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Médicas, redigidos pela Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas^{2,3} e os documentos incluídos na rede EQUATOR (*Enhancing the Quality and Transparency of Health Research*).⁴

A revista publica artigos da iniciativa dos autores e dos editores. Os artigos da iniciativa dos autores são: os artigos de investigação original, as revisões, os relatos de caso, os artigos de prática, os artigos de opinião e debate, os artigos breves e as cartas aos editores. Os editoriais, os documentos, os artigos do Dossier, os POEMs, os textos do Clube de Leitura e os textos do Websaúde são da iniciativa dos editores, embora possam ser aceites submissões da iniciativa dos autores, desde que contactem previamente os editores da RPCG. Tanto os artigos da iniciativa dos autores como os artigos solicitados pelos editores são sujeitos a um processo de revisão por pares.

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 RPCG 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 feito 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. Em determinadas tipologias de artigos poderão ser incluídas ilustrações no corpo de texto. A informação relativa aos conflitos de interesses e financiamento do trabalho deve ser colocada após as referências bibliográficas.

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 castelhano, o primeiro resumo (*Resumen*) será nesse idioma, havendo então um resumo em português e outro em inglês no final do artigo. Os resumos não deverão exceder as 300 palavras e deverão ser seguidos de duas a seis palavras-chave. Estas palavras-chave deverão ser termos da lista de descritores médicos MeSH,⁵ dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME⁶ ou dos descritores da PORBASE (Índice de Assuntos).⁷ A estrutura do resumo para cada uma das tipologias de artigo será explicitada na secção correspondente.

São permitidos dois tipos de ilustrações: figuras e quadros. As figuras devem ser numeradas com algarismos árabes e os quadros com numeração romana, 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 aspectos mais importantes. O número de ilustrações permitidos para cada uma das tipologias será explicitado na secção correspondente.

As **Referências Bibliográficas** devem seguir o formato indicado nas normas internacionais (estilo de Vancouver).⁸

Investigação original

Conteúdo: Consistem em 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.^{2,3} Os autores são encorajados a seguir as normas STROBE⁹ para estudos observacionais, CONSORT¹⁰ para ensaios clínicos, as normas STARD¹¹ para estudos de acuidade diagnóstica, as normas COREQ¹² para estudos qualitativos, as normas SQUIRE¹³ para estudos de garantia e melhoria da qualidade.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 8.000 palavras, sendo admitido o número máximo de 10 ilustrações (quadros 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 e Discussão**. 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 actual do conhecimento sobre o tema e referir os motivos que levaram à execução do estudo. Os objectivos e/ou hipóteses formuladas devem ser indicados 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, bem como critérios, instrumentos, técnicas e aparelhos utilizados. Deve ser indicada a metodologia estatística. Os **Resultados** deverão ser apresentados de forma clara usando texto e ilustrações (figuras ou quadros). A **Discussão** deverá salientar aspectos 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 viéses importantes do estudo. Podem ser sugeridas novas hipóteses de trabalho. Não devem ser feitas afirmações não baseadas no estudo efectuado, nem alusões a trabalhos incompletos ou não publicados. As conclusões do estudo devem ser apresentadas nos últimos parágrafos da discussão.

Resumo: O **Resumo** deve expor os objectivos do trabalho, a metodologia básica, os resultados e conclusões principais e realçar aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. É obrigatoriamente es-

truturado, dividido nos seguintes subtítulos: **Objectivos, Tipo de estudo, Local, População, Métodos, Resultados e Conclusões**. Encorajamos os investigadores a registar prospectivamente 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: Consistem em textos descritivos de casos clínicos que sirvam para melhorar a tomada de decisão da investigação diagnóstica ou terapêutica, de aspectos relacionados com a educação ou com as políticas de saúde.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 6.000 palavras, sendo admitido o número máximo de oito ilustrações (quadros 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 **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. O **Comentário** deverá chamar a atenção para os aspectos 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 actualização clínica que possam constituir instrumentos auxiliares de actualização e de aperfeiçoamento da prática clínica. Os autores são encorajados a seguir as normas PRISMA para revisões sistemáticas,¹⁴ MOOSE para meta-análises de estudos observacionais¹⁵ e as recomendações de Riley et al para meta-análises de dados individuais de doentes.¹⁶ Os autores de artigos de revisão baseada na evi-



dência podem considerar úteis as recomendações publicadas na revista *American Family Physician*.¹⁷

Dimensão: Os estudos de revisão não deverão ultrapassar as 8.000 palavras, sendo admitido o número máximo de 10 ilustrações (quadros 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 e o objectivo específico da revisão deverão aparecer claramente formulados no final da introdução. Os **Métodos** deverão descrever a metodologia usada para efectuar o processo de revisão. Devem, nomeadamente, ser indicados o tópico em revisão, definições várias (por exemplo, critérios de diagnóstico), processo utilizado para a pesquisa bibliográfica (período a que diz respeito a revisão, bases de dados electrónicas 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 selecção 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, perspectivas em confronto, identificação de problemas não resolvidos). As **Conclusões** devem fornecer um resumo crítico dos dados relevantes, enfatizar os aspectos práticos, equacionar os problemas que subsistem e propor perspectivas futuras.

Resumo: O **Resumo** deve expor os objectivos do trabalho, a metodologia básica, os resultados e conclusões principais, e realçar aspectos novos e importantes da revisão. É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes subtítulos: **Objectivos, Fontes de dados, Métodos de revisão, 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: Consistem em relatórios de avaliação de qualidade ou trabalhos descritivos de experiências ou projectos 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 (quadros 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 projectos ou experiências considerados importantes no campo da educação médica pré e pós-graduada no contexto dos cuidados de saúde primários.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 5.000 palavras sendo admitido o número máximo de seis ilustrações (quadros 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: Consistem em textos de opinião livre susceptíveis de fomentar a reflexão e a discussão sobre temas de interesse para a medicina geral e familiar.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 4.000 palavras sendo admitido o número máximo de seis ilustrações (quadros 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: Consistem em textos de pequena dimensão como, por exemplo, estudos originais curtos ou de divulgação de resultados preliminares, apontamentos sobre casos clínicos ou pequenos estudos de séries.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 3.000 palavras, sendo admitido o número máximo de quatro ilustrações (quadros 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 Director

Conteúdo: Consistem em 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 três meses após a publicação do artigo original.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 750 palavras, sendo admitida até uma ilustração (quadro ou figura) e até 5 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. Serão admitidas até 2 ilustrações (quadros 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.

Dossier

Conteúdo: O Dossier reúne artigos referentes a um tema comum. O objectivo do dossier é a divulgação de trabalhos de actualização científica e de temas de revi-

são elaborados por peritos. Os artigos do dossier serão solicitados pelos Editores da RPCG ou por um perito designado pelo Conselho Editorial como elemento coordenador.

Dimensão: Os artigos do dossier não deverão ultrapassar as 6.000 palavras, sendo admitido o número máximo de 8 ilustrações (quadros 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.

POEM

Conteúdo: Nesta secção comentam-se POEMs (*Patient-Oriented Evidence that Matters*), aos quais é atribuído um nível de evidência de acordo com o *Oxford Centre for Evidence Based Medicine*.¹⁸ Os conceitos relacionados com os POEMs já foram extensamente revistos.^{19,20}

Dimensão: Os comentários não deverão ultrapassar as 1.000 palavras. Não haverá lugar a ilustrações.

Estrutura: Os artigos devem incluir um **Título** apelativo em estilo jornalístico, a **Referência Bibliográfica**, a **Questão Clínica**, o **Resumo do Estudo** e o **Comentário**. O título nas restantes línguas necessárias (ver acima) será publicado apenas na edição online da RPCG.

Clube de Leitura

Conteúdo: O objectivo da secção é proporcionar uma leitura comentada de artigos, livros ou outros textos procedentes de outras publicações científicas. O artigo ou publicação escolhida deve ser actual (editado nos últimos 3 meses) e relevante para a prática clínica da medicina geral e familiar.

Dimensão: Não deverá ultrapassar as 1.300 palavras. Não haverá lugar a ilustrações.

Estrutura: Os textos devem incluir um **Título** apelativo em estilo jornalístico, a(s) **Citação(ões)** do(s) artigo(s) que deram origem ao texto, o resumo do estudo (que manterá a estrutura do artigo original), o **Comentário** e as **Referências Bibliográficas**. No comentário, o autor deverá expor a sua opinião sobre a importân-



Síntese

Tipo de artigo	Estrutura resumo	Estrutura corpo de texto	Dimensão	Ilustrações
Investigação original	Objectivos, tipo de estudo, local, população, métodos, resultados e conclusões	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	8.000	≤10
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
Revisão	Objectivos, Fontes de dados, Métodos de revisão e Conclusões	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* Introdução, Métodos, Resultados, Conclusões, [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	8.000	≤10
Prática	Não existe estrutura obrigatória	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	5.000	≤ 4
Formação	Não existe estrutura obrigatória	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	5.000	≤ 6
Opinião e debate	Não existe estrutura obrigatória	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	4.000	≤ 4
Artigo breve	Não existe estrutura obrigatória	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	3.000	≤ 4
Carta ao director	Sem resumo	[corpo de texto]	750	1
Editorial	Sem resumo	[corpo de texto]	1.200	≤ 2
Dossier	Não existe estrutura obrigatória	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	6.000	8
POEM	Sem resumo	Título,* Referência bibliográfica, Questão Clínica, Resumo do Estudo, Comentário	1.000	0
Clube de Leitura	Sem resumo	Título,* Citação [corpo do texto de acordo com a estrutura do artigo original], Comentário, Referências Bibliográficas	1.300	0
WebSaúde	Sem resumo	Título,* Referência Bibliográfica, [corpo do texto], Comentário	350	3

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

cia do artigo e apresentar alguns dados da sua experiência ou de outros estudos que apoiem ou não as conclusões do artigo comentado. O título nas restantes línguas necessárias (ver acima) será publicado apenas na edição online da RPCG.

Websaúde

Conteúdo: Tem como objectivo a divulgação de sítios da Internet relevantes para a medicina geral e familiar. Existem recursos disponíveis para ajudar na avaliação crítica da informação de saúde disponibilizada na internet.²¹

Dimensão: O texto não deverá ultrapassar as 350 palavras. Haverá lugar a uma ilustração por cada sítio na

internet referido até a um máximo de 3 ilustrações por texto.

Estrutura: Deve incluir um **Título** e a **Referência Bibliográfica** ao sítio na internet. O corpo de texto deverá incluir informação relativa aos recursos disponíveis no sítio da internet, nomear a entidade responsável pelos conteúdos e deverá incluir uma descrição de como o autor utiliza o sítio na sua prática de médico de família. O título nas restantes línguas necessárias (ver acima) será publicado apenas na edição online da RPCG.

ORGANIZAÇÃO FORMAL DOS ARTIGOS

Formatação dos ficheiros electrónicos submetidos

Os artigos devem ser dactilografados em qualquer pro-



cessador de texto e gravados num dos seguintes formatos: Microsoft Word, RTF ou Open Office. As páginas devem ser numeradas.

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).

Segunda página

Deverá incluir apenas:

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

Terceira página

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. De duas a seis palavras-chave nas línguas necessárias usando, sempre que existirem, termos da lista de descritores médicos MeSH,⁵ dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME⁶ ou dos descritores da PORBASE (Índice de Assuntos).⁷
4. Indicação da tipologia do artigo (a que secção da revista se destina).

Páginas seguintes

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

Primeira página a seguir ao texto do artigo

Deverá incluir o capítulo Agradecimentos, quando este exista.

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 interesses dos autores e ao financiamento do estudo (de acordo com a informação prestada nos anexos I e II).

Páginas seguintes

Deverão incluir as ilustrações. Estas devem ser enviadas cada uma em sua folha com indicação do respectivo número (algarismo árabe ou numeração romana) e legenda. Os quadros, com numeração romana, deverão sempre incluir um título curto. Poderão incluir em rodapé notas explicativas consideradas necessárias e assinaladas utilizando os símbolos indicados nas normas de Vancouver.^{2,3} Gráficos, diagramas, gravuras e fotografias (figuras) deverão ser apresentados com qualidade que permita a sua reprodução directa 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. As figuras em suporte de papel ou filme (diapositivos) deverão ter boa qualidade e ser devidamente identificadas (algarismos árabes) com etiqueta autocolante no verso ou na margem. Dá-se preferência a imagens em formato digital, desde que essa opção não comprometa a qualidade das mesmas. No caso de se tratar de fotografias de pessoas ou de fotografias já publicadas, proceder de acordo com as normas de Vancouver.^{2,3}

Normas de estilo

O uso de abreviaturas e símbolos, bem como as unidades de medida, devem estar de acordo com as normas internacionalmente aceites.^{2,3}

1. Devem-se usar maiúsculas apenas nas seguintes situações:
 - a) no título e nas principais secções do trabalho;
 - b) no início do subtítulo (caso exista);
 - c) na primeira palavra de todos os períodos;
 - d) nas palavras principais de capítulos, subcapítulos, secções e subsecções;

- e) nas palavras dos títulos das figuras e quadros;
- f) em nomes de escalas e instrumentos de medida;
- g) em substantivos determinados por numeral ou letra e,

h) em nomes de cadeiras ou disciplinas académicas.

2. Usar sempre o nome farmacológico. Pode, se justificado, incluir-se o nome comercial em parênteses, após a primeira referência ao fármaco no texto.
3. Escrever por extenso algarismos menores que 10. As excepções são: quando se fazem comparações com números iguais ou superiores a 10, se utilizam unidades de medida, para representar funções matemáticas, quantidades fraccionais, 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 numa escala.
5. Por regra, não usar abreviaturas fora de parênteses. A excepção são as abreviaturas utilizadas pelos sistemas de medidas (por exemplo, kg).
6. Os acrónimos só devem ser utilizados se fazem parte da linguagem corrente (por exemplo, OMS) ou para designar uma sigla ou uma expressão técnica que vai ser utilizada repetidamente (por exemplo, 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 negrito apenas em títulos.
10. Usar itálico apenas nas seguintes situações: referências bibliográficas, palavras estrangeiras e nomes técnicos das classificações científicas.
11. Os símbolos estatísticos (por exemplo, t, r, M, DP, p) devem ser escritos em itálico, com excepção dos símbolos em grego.
12. A indicação da casa decimal deve fazer-se através de uma vírgula e não de um ponto final.
13. No texto, os números decimais devem ser apresentados apenas com até duas casas e com arredondamento, a não ser em casos excepcionais em que tal se justifique.
14. Os operadores aritméticos e lógicos, tais como +, -, =, <, e >, levam espaço antes e depois.

Referências bibliográficas

As **Referências Bibliográficas** devem ser assinaladas no texto com algarismos árabes em elevado, pela ordem de primeira citação e incluídas neste capítulo, utilizando exactamente 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 Clínica Geral é referenciada usando a abreviatura Rev Port Clin Geral. O numeral da referência deverá ser colocado após a pontuação (ponto, vírgula, etc.).

Exemplos:

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

Estudos mais recentes, efectuados 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 excepto 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}

As referências a documentação legal deverão ser concisas mas, ao mesmo tempo, completas, incluindo informação sobre o tipo de diploma e seu número e data, o local onde foi publicado e as páginas.

Exemplo:

Decreto-Lei n.º 114/92, de 4 de Junho. «Diário da República – Série A. p. 2711.

SUBMISSÃO DE ARTIGOS À APRECIÇÃO EDITORIAL

Os documentos devem ser enviados por **correio electrónico** para: secretariado@rpcg.apmcg.pt. Se os ficheiros forem demasiado extensos para serem enviados por correio electrónico deverão ser enviados em suporte físico digital (CD-ROM ou outros) para: Director



da Revista Portuguesa de Clínica Geral, Av. da República, 97-1º 1050-190 Lisboa.

Os documentos a enviar incluem:

- O original do artigo incluindo ilustrações, gravado em suporte electrónico (CD-ROM) ou em ficheiro(s) anexo(s) à mensagem de correio electrónico nos formatos Microsoft Word, RTF ou Open Office (texto, tabelas e diagramas) e JPEG, TIF ou EPS (ilustrações).
- O formulário constante do Anexo 1 preenchido por cada um dos autores. Para além da cópia em formato electrónico, o original deste documento deverá ser sempre enviado por correio postal.
- O formulário constante do Anexo 2 preenchido pelo autor correspondente.
- Uma declaração de autorização assinada por cada pessoa mencionada nos agradecimentos (Anexo 3).
- Tratando-se de um estudo original, a declaração de conduta ética (Anexo 4) preenchida pelo autor correspondente.
- Tratando-se de um relato de caso, declaração de consentimento informado assinada pelo doente que motivou o relato de caso (Anexo 5).
- Havendo fotografia de doente(s), declaração de consentimento informado assinada pelo doente fotografado (Anexo 5).
- Cópias de quaisquer autorizações para reproduzir material já publicado, para utilizar figuras ou relatar informação pessoal sensível de pessoas identificáveis.
- Lista de verificação anexa, devidamente preenchida (Anexo 6).

TRATAMENTO EDITORIAL

Os textos recebidos são identificados por um número comunicado aos autores, que deve ser referido em toda a correspondência com a revista. Será considerada como data de recebimento do artigo o dia de recebimento da versão electrónica ou o dia de chegada por correio postal, caso seja anterior.

Após análise da tipologia do artigo, os textos 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 apresentadas ao Conselho Editorial. O processo de devolução será automático. Os textos que estejam de acordo com as normas serão distribuídos a um editor res-

ponsável. Esse editor 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.

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: actualidade, 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 respectivos 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 sintetizadas pelo editor responsável e comunicadas aos autores. Os autores não terão conhecimento da identidade ou afiliação dos revisores ou do editor responsável.

A decisão de 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, serão reapreciados pelos revisores originais do artigo. Desta reapreciação resultará uma apreciação final por parte do editor responsável e a decisão de recusa ou de publicação sem alterações. Os autores de artigos aprovados para publicação serão informados da data provável de publicação.

CEDÊNCIA DE DIREITOS DE AUTOR

Os autores concedem à RPCG o direito exclusivo de publicar e distribuir em suporte físico, electrónico, por meio de radiodifusão ou em outros suportes que venham a existir o conteúdo do manuscrito. Concedem ainda à RPCG 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 RPCG comunique aos autores que decidiu não publicar o seu manuscrito, a cédência exclusiva de direitos cessa de imediato.

Os autores autorizam a RPCG (ou uma entidade por esta designada) a actuar 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 exacta em formato electrónico do artigo publicado pela RPCG, desde que seja feita referência à sua publicação na RPCG e o seu conteúdo (incluindo símbolos que identifiquem a RPCG) 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 RPCG.
- Receber, até cinco anos após a publicação, 10% do valor pago por uma entidade terceira à RPCG 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Clínica Geral. Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral. *Rev Port Clin Geral* 2009; 25: 130-144.
2. Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas: escrever e editar para publicação biomédica. Montenegro M, tradutor, Sousa JC, tradutor. *Rev Port Clin Geral* 2007;23:778-98.
3. International Committee of Medical Journal Editors [página na Internet]. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication [acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.icmje.org>
4. The EQUATOR Network. Enhancing the Quality and Transparency of Health Research [página na Internet]. Oxford: Minervation Ltd; [acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.equator-network.org/>
5. US National Library Medicine. Medical Subject Headings [página na Internet]. Bethesda: National Library Medicine; [actualizado em 2008/12/18; acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>
6. BIREME. Descritores em ciências da saúde (DeCS) [página na Internet]. São Paulo: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; [acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>
7. Biblioteca Nacional. Porbase - Base Nacional de Dados Bibliográficos [página na Internet]. Lisboa: Biblioteca Nacional; [actualizado em 27/06/2007; acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.porbase.org/projectos/terminologias-clip.html>
8. Patrias, K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Wendling, DL, technical editor. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 [actualizado em 21/10/2009; acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>
9. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008 Apr;61(4):344-9.
10. Schulz KF, Altman DG, Moher D, for the CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ* 2010;340: c332-c332
11. Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, Lijmer JG, Moher D, Rennie D, de Vet HCW, the STARD Group. Towards Complete and Accurate Reporting of Studies of Diagnostic Accuracy: The STARD Initiative. *Clinical Chemistry* 2003;49:1-6.
12. 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 Dec;19(6):349-57.
13. 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 Oct 2.
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Clin Epidemiol* 2009; 62(10):1006-12.
15. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, Moher D, Becker BJ, Sipe TA, Thacker SB, the Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology Group. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology: A proposal for reporting. *JAMA* 2000;283:2008-12.
16. Riley RD, Lambert PC, Ho-Zaid G. Meta-analysis of individual participant data: rationale, conduct, and reporting. *BMJ* 2010;340:c221
17. Siwek J, Gourlay ML, Slawson DC, Shaughnessy AF. How to write an evidence-based clinical review article. *Am Fam Physician*. 2002 Jan 15;65(2):251-8.
18. Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, Dawes M, Howick J. Levels of Evidence [página na Internet]. Oxford: Centre for Evidence-based Medicine; [actualizado em Março 2009; acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.cebm.net/?o=1025>
19. Sanchez JP. Simplesmente POEMs. *Rev Port Clin Geral* 2005 Nov-Dez; 21(6): 631-4.
20. Mateus M, Sanchez JP. POEMs: glossário e níveis de evidência. *Rev Port Clin Geral* 2006;22:400-4.
21. Charnock D, editor. The DISCERN handbook - Quality criteria for consumer health information on treatment choices. 1st Ed. Oxford: Radcliffe Medical Press Ltd; 1998.



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 Clínica Geral (Rev Port Clin Geral 2010; 26:325-40). Cada um dos autores tem de preencher e assinar uma cópia deste formulário.

O formulário deve ser enviado por correio postal para:

Director da Revista Portuguesa de Clínica Geral
Av. da República, 97-1º
1050-190 Lisboa

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor: _____

Título do manuscrito: _____

- Sou o autor responsável pela correspondência com a RPCG acerca do manuscrito.
- Autorizo o autor _____ a efectuar em meu nome a correspondência com a RPCG acerca do manuscrito.

AUTORIA

Declaro que:

- Efectuei contribuições substanciais para a concepção e delineamento, recolha de dados ou análise e interpretação dos dados.
- Participei na redacção 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:

CONFLITO DE INTERESSES

Verifique se alguma das condições abaixo lhe é aplicável:

- Nos últimos 5 anos recebi algum incentivo financeiro de uma organização que pode de alguma forma ganhar ou perder financeiramente com os resultados ou con-

clusões do manuscrito.

- Nos últimos 5 anos fui empregado de uma organização que pode de alguma forma ganhar ou perder financeiramente com os resultados ou conclusões do manuscrito.
- Detenho alguma forma de participação financeira numa organização que pode de alguma forma ganhar ou perder financeiramente com os resultados ou conclusões do manuscrito.
- Existem outros interesses financeiros a declarar.
- A minha instituição académica ou empregador tem algum interesse ou conflito financeiro relacionado com 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 RPCG o direito exclusivo de publicar e distribuir em suporte físico, electrónico, por meio de radiodifusão ou em outros suportes que venham a existir o conteúdo do manuscrito identificado nesta declaração. Concedem ainda à RPCG 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 RPCG comunique aos autores que decidiu não publicar o seu manuscrito, a cedência exclusiva de direitos cessa de imediato.

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

Aos 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 exacta em formato electrónico do artigo publicado pela RPCG, desde que seja feita referência à sua publicação na RPCG e o seu conteúdo (incluindo símbolos que identifiquem a RPCG) 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 RPCG.
- Receber, até cinco anos após a publicação, 10% do valor pago por uma entidade terceira à RPCG pela repro-

dução 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 _____

do qual sou autor. Declaro ainda que o presente artigo é original, não foi objecto 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 Clínica Geral de acordo com os termos constantes neste documento.

Local: _____ Data: __/__/____

Assinatura: _____

ANEXO II 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 Clínica Geral (Rev Port Clin Geral 2010; 26:325-40). Este formulário necessita apenas de ser preenchido pelo autor responsável pela correspondência com a revista.

O formulário deve ser enviado por correio postal para:

Director da Revista Portuguesa de Clínica Geral
Av. da República, 97-1º
1050-190 Lisboa

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor: _____

Título do manuscrito: _____

OUTRAS CONTRIBUIÇÕES

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 agradeci-



mentos. Cada uma delas deu a sua autorização por escrito (de acordo com o modelo apresentado no anexo 3) para ser mencionada, que se anexa ao presente formulário.

- O manuscrito não inclui uma secção de agradecimentos porque os autores não receberam contributos importantes por parte de outras pessoas ou entidades.

FINANCIAMENTO

- O trabalho relatado neste manuscrito não foi objecto de qualquer tipo de financiamento externo (incluindo

bolsas de investigação).

- 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):

Local: _____ Data: __/__/__

ANEXO III

AUTORIZAÇÃO PARA MENÇÃO NOS AGRADECIMENTOS

Caso haja lugar a agradecimentos, o seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento, devidamente preenchido e assinado. Sem ele o artigo não será aceite para apreciação. Em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral (Rev Port Clin Geral 2010; 26:325-40). Cada uma das pessoas mencionadas nos agradecimentos terá que preencher e assinar uma cópia deste formulário.

O formulário deve ser enviado por correio postal para:

Director da Revista Portuguesa de Clínica Geral
Av. da República, 97-1º
1050-190 Lisboa

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor: _____

Título do manuscrito: _____

com o título _____

de que é(são) autor(es) _____

AUTORIZAÇÃO PARA MENÇÃO NOS AGRADECIMENTOS

Eu, _____

[coloque o nome completo] dou o meu consentimento para ser mencionado nos agradecimentos do manuscrito

Declaro que contribuí para o trabalho nele relatado ou para a elaboração da manuscrito, mas não cumpro os critérios de autoria definidos pela Revista Portuguesa de Clínica Geral.



ANEXO IV FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE CONDUTA ÉTICA

No caso de se tratar de um estudo original, o seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento. Sem ele o artigo não será aceite para apreciação. Em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral (Rev Port Clin Geral 2010; 26:325-40). Este formulário necessita apenas de ser preenchido pelo autor responsável pela correspondência com a revista.

O formulário deve ser enviado por correio postal para:

Director da Revista Portuguesa de Clínica Geral
Av. da República, 97-1º
1050-190 Lisboa

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor: _____

Título do manuscrito: _____

DECLARAÇÃO DE CONDUTA ÉTICA

Declaro que:

- Este estudo decorreu de acordo com os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia.
- O protocolo do presente estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética _____, que deu parecer favorável à sua realização e de que anexo(amos) fotocópia.

Se o protocolo do estudo não tiver sido submetido à apreciação de uma comissão de ética independente, justifique circunstanciadamente as razões que impediram a concretização desse procedimento, elabore uma declaração de garantia de cumprimento das normas éticas relativas à investigação e, nos casos em que tal se aplica, junte cópia da folha de informação ao doente e do formulário de consentimento. Envie estes documentos em anexo ao presente formulário.

Local: _____ Data: __/__/__

Assinatura: _____

ANEXO V DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No caso de se tratar de um relato de caso ou havendo fotografia(s) de doente(s), o seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento. Sem ele o artigo não será aceite para apreciação. Em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral (Rev Port Clin Geral 2010; 26:325-40). Este formulário necessita apenas de ser preenchido pelo autor responsável pela correspondência com a revista.

O formulário deve ser enviado por correio postal para:

Director da Revista Portuguesa de Clínica Geral
Av. da República, 97-1º
1050-190 Lisboa

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor correspondente: _____

Nome da pessoa descrita no artigo ou mostrada na fotografia: _____



Assunto da fotografia ou do artigo: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____
 _____ [coloque o nome completo] dou o meu consentimento para que estas informações sobre A MINHA PESSOA/MEU(MINHA) FILHO(A) OU TUTELADO/PARENTE [marque a descrição correcta], relativas ao assunto supracitado apareçam na Revista Portuguesa de Clínica Geral (RPCG), uma publicação da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG). Vi e li o material a ser submetido à Revista.

Compreendo o seguinte:

- (1) As informações serão publicadas sem o meu nome anexado e, quer a RPCG, quer a APMCG farão o melhor possível para assegurar o meu anonimato. Compreendo, no entanto, que o anonimato completo não pode ser garantido. É possível que alguém em algum lugar possa me identificar (talvez, por exemplo, alguém que cuidou de mim se fiquei internado no hospital ou algum de meus familiares).
- (2) O texto do artigo será revisto com relação ao estilo de redacção, gramática, coerência e extensão.

- (3) As informações podem ser publicadas na RPCG, que é distribuída principalmente a médicos, mas também pode ser vista por pessoas leigas.
- (4) As informações também serão colocadas no sítio da *internet* da RPCG.
- (5) As informações também podem ser usadas por completo ou em parte em outras publicações e produtos publicados pela Associação Portuguesa de Clínica Geral (APMCG), ou por outras editoras para as quais a APMCG licencie o seu conteúdo. Isto inclui publicações impressas, em formatos electrónicos ou quaisquer outros formatos que possam ser usados pela APMCG ou seus licenciados, agora ou no futuro. Em especial, as informações podem aparecer em edições locais da RPCG ou em outros periódicos ou publicações estrangeiras.
- (6) A APMCG não permitirá o uso das informações em propagandas ou embalagens, ou que estas sejam usadas fora de contexto.
- (7) Poderei revogar o meu consentimento a qualquer momento antes da publicação, mas uma vez que as informações tenham sido comprometidas para a publicação, não será mais possível revogar o consentimento.

Local: _____ Data: __/__/__

Assinatura: _____

ANEXO VI

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA SUBMETER PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA PORTUGUESA DE CLÍNICA GERAL

PRIMEIRA PÁGINA

- O título é conciso, breve e suficientemente informativo.
- Os nomes dos autores estão correctos e são os 2/3 nomes usados habitualmente na clínica ou nas actividades científicas.
- Todos os autores cumprem os critérios de autoria.
- Estão indicados os graus ou títulos dos autores.
- Estão indicados os locais, instituições ou serviços aos quais os autores estão ligados.

SEGUNDA PÁGINA

- Está indicado o nome, telefone/fax, endereço de correio

electrónico e endereço postal do autor responsável pela correspondência com a revista acerca do manuscrito.

- Está indicado o nome, endereço de correio electrónico e endereço postal do autor a quem deve ser dirigida a correspondência sobre o artigo após a sua publicação na revista.

TERCEIRA PÁGINA

- Está indicado o título do artigo nas línguas necessárias
- O Resumo segue as normas da revista para o tipo de artigo em questão e existe nas línguas necessárias.
- Estão indicadas duas a seis palavras-chave adequadas

nas línguas necessárias.

- Está indicada a tipologia do artigo (a que secção da revista se destina)

PÁGINAS SEGUINTES

- O texto do artigo segue as normas da revista e não excede os limites previstos.
- Cada uma das secções do artigo começa no início de uma página.
- As referências bibliográficas estão correctamente assinaladas e numeradas ao longo do texto.
- As ilustrações estão devidamente assinaladas no texto e numeradas pela ordem por que são mencionadas.
- As figuras estão numeradas com algarismos árabes e os quadros com numeração romana.

PRIMEIRA PÁGINA A SEGUIR AO TEXTO (AGRADECIMENTOS QUANDO EXISTEM)

- Respeitam rigorosamente as normas internacionalmente aceites, existindo nomeadamente as autorizações para citar os nomes de pessoas a quem se agradecem os contributos.

PRIMEIRA PÁGINA A SEGUIR AOS AGRADECIMENTOS (REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS)

- As referências bibliográficas estão devidamente assinaladas no texto.
- Os documentos referenciados foram cuidadosamente verificados e estão listados de acordo com as normas de Vancouver.

PÁGINAS SEGUINTES (ILUSTRAÇÕES)

- Todos os quadros estão numerados e têm título adequado.

- Todas as restantes ilustrações estão numeradas e identificadas.
- O nome dos ficheiros electrónicos contendo imagens permite identificar facilmente a ilustração a que se referem (por exemplo, Figura_1.jpg)
- Todas as ilustrações têm qualidade que permita a sua reprodução directa.
- Cada ilustração está devidamente assinalada no texto e é apresentada em separado.
- Fotografias ou diapositivos estão devidamente identificados (algarismos árabes) com etiqueta autocolante no verso ou na margem.
- Os autores detêm todos os direitos sobre as imagens.
- Existe consentimento informado dos doentes fotografados para reprodução da sua imagem na RPCG de acordo com o modelo anexo.

PEDIDO DE PUBLICAÇÃO

- É enviado o original do texto (incluindo ilustrações) por correio electrónico, nos formatos Microsoft Word, RTF ou Open Office (texto, tabelas e diagramas) e JPEG, TIF ou EPS (ilustrações)
- É enviado por correio postal o formulário para os autores devidamente preenchido e assinado por todos os autores
- Tratando-se de um estudo original, cópia do parecer da comissão de ética que apreciou o trabalho.
- Tratando-se de um relato de caso, declaração de consentimento informado assinada pelo doente que motivou o relato de caso.
- Havendo fotografia de doente(s), declaração de consentimento informado assinada pelo doente fotografado.
- Está preenchida e é enviada por correio electrónico esta lista de verificação.