

U. PORTO



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2021/2022

Marco António da Costa Coelho

OS CUSTOS DA EPIDEMIA DA OBESIDADE

Foco na Prevenção

COSTS OF OBESITY EPIDEMICS

Focus on Prevention

FMUP MARÇO, 2022

U. PORTO

**FM
UP** FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Marco António da Costa Coelho

OS CUSTOS DA EPIDEMIA DA OBESIDADE

Foco na Prevenção

COSTS OF OBESITY EPIDEMICS

Focus on Prevention

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Básica

Tipologia: Monografia

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Maria do Rosário Barbosa Monteiro

Trabalho organizado de acordo com as normas da
revista: Acta Médica Portuguesa

MARÇO, 2022

FMUP

Eu, Marco António da Costa Coelho, abaixo assinado, nº mecanográfico 201107427, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

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

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 22/03/2022

Assinatura conforme cartão de identificação:



Marco António da Costa Coelho

NOME

Marco António da Costa Coelho

NÚMERO DE ESTUDANTE

201107427

E-MAIL

marcocostacoelho@gmail.com

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Medicina Básica

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

OS CUSTOS DA EPIDEMIA DA OBESIDADE

ORIENTADOR

Maria do Rosário Barbosa Monteiro

COORIENTADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES TRABALHOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input type="checkbox"/>
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTES TRABALHOS (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input type="checkbox"/>
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTES TRABALHOS.	<input checked="" type="checkbox"/>

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 22/03/2022

Assinatura conforme cartão de identificação:



Dedicatória

Neste projeto elogio e agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Maria Rosário Monteiro pelo seu profissionalismo, críticas e constante disponibilidade para o acompanhamento e orientação.

E um especial agradecimento aos meus irmãos Tiago e Alexandre e à minha mãe pelo apoio, suporte e motivação.

Os custos da epidemia da obesidade – foco na prevenção

Costs of obesity Epidemics – focus on prevention

Marco Coelho¹, Rosário Monteiro^{2, 3, 4}

Afiliação:

¹Estudante do 6º ano da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

²Especialista em Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Homem do Leme, Agrupamento de Centros de Saúde Porto Ocidental. ARS Norte. Porto, Portugal

³Departamento de Medicina das Comunidade Informação e Decisão e Saúde (MEDCIDS), Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

⁴Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Universidade do Porto, Porto, Portugal

Autor Correspondente: Rosário Monteiro (ORCID: 0000-0003-1552-5507): Departamento de Medicina das Comunidade Informação e Decisão e Saúde (MEDCIDS), Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Rua Dr. Plácido da Costa, 4200-450 Porto, Portugal. Telefone: +351 225 513 622. E-mail: rosariom@med.up.pt.

RESUMO

A obesidade não é apenas um problema por si, mas também uma doença com várias comorbidades associadas, cuja prevalência continua a aumentar. A obesidade tem um impacto negativo na saúde e, portanto, na economia. Acresce o facto de ser, em grande parte, evitável. Neste artigo discutem-se os seus custos e exploram-se formas de os reduzir, particularmente pela prevenção do excesso de peso e obesidade.

Os custos associados com a obesidade atingem valores muito elevados - \$275 biliões por ano nos Estados Unidos da América (EUA) e cerca de €70 biliões na Europa, podendo a ser responsáveis por mais de 20% de custos anuais de despesa de saúde, incluindo custos diretos e indiretos. Além disso, as comorbidades da obesidade, em especial as doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus* tipo 2, justificam uma grande proporção dos gastos associados. Tem sido estimado que impedir o aumento na prevalência da obesidade seria suficiente para uma enorme poupança de gastos. Foi ainda demonstrado que as estratégias de prevenção da obesidade através de programas baseados na comunidade para promover a atividade física e melhorar o estado nutricional se associam a um importante retorno financeiro. Por exemplo, poderão representar um retorno 5,6 vezes superior ao investimento efetuado. As estratégias de prevenção da obesidade podem ter lugar nos vários níveis de prevenção existentes. No entanto, apesar de algumas evidências do seu custo-benefício se irem acumulando, há ainda um longo percurso a percorrer para a sua implementação global e sistemática com potencial para transformação da abordagem da obesidade no sentido do fornecimento de cuidados de saúde baseados em valor.

Palavras Chave: Custo económico, Excesso de peso, Obesidade, Prevenção, Valor

ABSTRACT

Obesity is not just a problem in its own right, but also a disease with several associated comorbidities, whose prevalence continues to rise. Obesity has a negative impact on health and therefore on the economy. In addition, it is largely preventable. This article discusses its costs and explores ways to reduce them, particularly by preventing overweight and obesity.

The costs associated with obesity reach very high values - \$275 billion per year in the United States of America (USA) and around €70 billion in Europe, which can account for more than 20% of annual health expenditure costs, including direct and indirect costs. In addition, the comorbidities of obesity, especially cardiovascular diseases and type 2 diabetes *mellitus*, justify a large proportion of the associated expenses. It has been estimated that halting the rise in the prevalence of obesity would be enough for huge cost savings. It has also been shown that obesity prevention strategies through community-based programs to promote physical activity and improve nutritional status are associated with an important financial return. For example, they may represent a return 5.6 times higher than the investment made. Obesity prevention strategies can take place at the various prevention levels. However, although some evidence of its cost-effectiveness is accumulating, there is still a long way to go for its global and systematic implementation with the potential to transform the approach to obesity towards the provision of value-based health care. **Keywords:** Economic Cost, Obesity, Overweight, Prevention, Value

INTRODUÇÃO

Em média, 52% da população adulta da União Europeia tem excesso de peso ou obesidade e 17% da população adulta dos países da União Europeia tem obesidade.¹ Em Portugal 57,1% da população tem excesso de peso ou obesidade sendo que a prevalência de obesidade é de 22,3%.²

Os indivíduos com excesso de peso ou com obesidade acabam por sofrer de comorbilidades responsáveis por altos custos de saúde. Estima-se que os custos médicos associados com a obesidade possam ser tão altos quanto \$209,7 bilhões por ano.^{4,5} Este valor é responsável por mais de 20% da despesa anual de saúde dos Estados Unidos da América (EUA). Em 1998, o custo direto das despesas relacionadas com a obesidade foi de \$74 bilhões, um custo que duplicou para quase \$147 bilhões em 2008.⁵ Autores sugerem que o aumento de 37% na prevalência de obesidade (de 18% para 25% da população com obesidade) foi o motivo primário para o aumento de custos neste período.⁵

A prevalência da obesidade aumenta largamente devido às mudanças económicas do custo de alimentos⁴ e às oportunidades reduzidas de trabalho físico no emprego, escola e casa.⁶⁻⁸ Do mesmo modo foi relatado um aumento na prevalência da obesidade entre 1987 e 2001 que foi responsável por 27% do aumento total dos custos de saúde (ajustado pela inflação) nos EUA per-capita.⁷ Em 1987, a disparidade de custos de saúde entre indivíduos com obesidade e com peso normal era de 15%. Este custo mais do que duplicou em 2001.⁵ Sem nenhuma intervenção, é expectável que os custos aumentem em paralelo com o aumento da prevalência da obesidade.⁵ Além desse aspecto, é previsível que a prevalência e a incidência de doenças crónicas relacionadas com a obesidade aumentem simultaneamente, intensificando os custos associados à obesidade.^{11,12} A prevenção será provavelmente o meio mais eficaz para reduzir os custos associados à obesidade. Apesar de muitas soluções terem sido propostas, ainda não foi posta em prática, numa larga escala, uma estratégia abrangente, sustentada e economicamente viável.

Neste artigo revêem-se os dados disponíveis acerca dos custos diretos, indiretos e tendências futuras associados à obesidade e comorbilidades relacionadas com o excesso de peso. O impacto positivo da redução de peso, mesmo que modesto na economia e saúde, é discutido. A prevenção é debatida e direções futuras são propostas.

MÉTODOS

Procedeu-se a uma revisão bibliográfica clássica dos estudos de avaliação do impacto económico da obesidade. A pesquisa foi efetuada através da Pubmed usando os termos de pesquisa “obesity AND cost of illness AND cost AND cost analysis AND economics AND prevention”.

Os critérios de inclusão foram: artigos escritos em língua portuguesa ou inglesa, com disponibilidade de texto integral, em que abordassem os custos da obesidade (ou que apresentassem estes dados isoladamente), isto é, que apresentassem a comparação destes indivíduos com e sem obesidade (definida como índice de massa corporal, IMC, $>30 \text{ kg/m}^2$), em adultos (idade maior que 18 anos), e que sempre que possível, apresentassem dados numa perspetiva do sistema de saúde que incluísse custos diretos totais e indiretos.

RESULTADOS

Com os critérios descritos foram encontrados 488 estudos, sendo que apenas 272 estudos tinham disponibilidade de texto integral e, portanto, só estes foram considerados. Destes, apenas 18 correspondiam aos critérios definidos. Foram ainda considerados alguns estudos (n=57) referenciados na bibliografia dos artigos encontrados e que correspondiam aos critérios de inclusão.

DISCUSSÃO

CUSTOS DA OBESIDADE

Na Europa, a prevalência da obesidade triplicou desde 1980.¹³ O excesso de peso reduz o produto interno bruto em 3,3%. Se a incidência da obesidade continuar ao ritmo atual, de 2020 a 2050 estima-se que os países da OCDE gastarão 8,4% do seu orçamento de saúde no tratamento das consequências da obesidade e do excesso de peso.¹⁴

As estimativas atuais mostram que na Europa a obesidade custa anualmente cerca de €70 biliões em cuidados de saúde e perda de produtividade. O custo real total é certamente mais elevado, dado que a obesidade causa muitas outras doenças, incluindo diabetes *mellitus* tipo 2, doenças cardiovasculares e certos cancros.¹⁴

Nos EUA, a obesidade foi responsável por cerca de 10% de todos os gastos médicos em 2006 (equivalente a \$85,7 biliões em 2008). Este valor de custos médicos quase duplicou o valor anual de 1998 de \$42 biliões (6% de custo médico total).⁵ Os EUA lideram o mundo em custos médicos relacionados com a obesidade.⁴ Em países com baixa prevalência de obesidade (Vietname, Bangladesh, Timor-Leste, etc.), os custos relacionados com a obesidade representam 0,7% a 2,8% do custo anual de saúde.²¹

É assim bastante claro que é necessário adotar uma abordagem holística e sistemática se quisermos começar a travar de forma sustentável a maré desta epidemia.¹⁴

CUSTOS INDIVIDUAIS DA OBESIDADE

Os custos da obesidade têm sido estudados a nível individual^{4,5,9,15-18} e ao nível de da comunidade^{4,5,16,18-20}. Cada indivíduo com obesidade cria um excesso anual estimado de \$2741⁶ em custos médicos anuais que representam custos cerca de 42% superiores a indivíduos com peso saudável.²⁵ É provável que os custos atuais sejam maiores que os recentemente estimados devido ao aumento da prevalência de indivíduos com obesidade e pessoas com obesidade grau III e uma incidência elevada de doenças associadas à obesidade. O aumento de custos nos anos recentes é amplamente atribuído a um aumento da prevalência da obesidade⁷ mais do que ao aumento nos custos do sistema de saúde, sendo plausível que se a proporção de indivíduos com obesidade continuar a aumentar assim também aumentem os custos relacionados com a patologia e suas comorbidades, quer custos diretos, quer custos indiretos.

CUSTOS DIRETOS DA OBESIDADE

Há múltiplos custos de saúde associados ao diagnóstico e tratamento da obesidade. Os custos de diagnóstico incluem meios complementares de diagnóstico que podem ser necessários para diagnosticar doenças relacionadas com a obesidade. Custos de tratamento incluem tratamento ambulatorial ou em contexto de internamento, terapêutica (farmacológica e não farmacológica), ou cirúrgica.²² Custos diretos também incluem pagamento dos serviços de profissionais de saúde (médicos, enfermagem, técnicos e auxiliares, entre outros). Como a obesidade está associada a maior número de consultas em ambatório, internamentos e uso de serviços de farmácia e de radiologia,¹⁸ os gastos com cuidados de saúde estão aumentados em múltiplas áreas. Como resultado, os custos médicos diretos são superiores em 42% em pacientes com obesidade em comparação com pares de peso saudável.⁵

O risco de hospitalização é maior entre pessoas com obesidade.²³ Os serviços de internamento de hospitais atualmente consomem cerca de um terço do gasto de saúde dos EUA.^{23,24} Um outro estudo também apoiou a evidência de que os doentes com obesidade têm: mais consultas em ambatório, maiores gastos nestas visitas anuais (37%) e maiores gastos com medicamentos prescritos.⁵ Além disso foi estimado que em 2006^{23,24} os gastos relacionados com a obesidade aumentaram substancialmente em relação a internamentos (aumentaram 46% em relação ao valor de 1998), serviços de ambatório (aumentaram 27% em relação a 1998), e medicação prescrita (aumento de 80% do valor de 1998). Em relação aos custos totais de todas as doenças a percentagem de custos

atribuídos à obesidade é de 6% para atendimento em ambulatório e 10% para internamentos (excluindo medicamentos prescritos) e a 15% dos custos da medicação prescrita.⁵

CUSTOS INDIRETOS DA OBESIDADE

Além do valor dos custos médicos associados diretamente ao tratamento da obesidade e das suas comorbidades, existem inúmeros custos para além destes com impacto económico.

A obesidade afeta o ambiente de trabalho. A diminuição da produtividade devido ao absentismo e produtividade reduzida no trabalho, elevados custos por invalidez e das seguradoras, redução da qualidade de vida e anos de vida perdida por mortalidade prematura estão associados à obesidade.

Produtividade perdida. Os custos médicos indiretos anuais agregados atribuíveis à obesidade entre funcionários em tempo integral totalizam \$73,1 biliões.²⁹ Trabalhadores com obesidade têm mais ausências de curto e longo prazo do que funcionários sem obesidade.³⁰ Perdas de produtividade causadas por absentismo relacionadas com a obesidade nos EUA aproximam-se dos \$6,4 biliões anualmente.^{5,31} A redução da produtividade custa aos empregadores cerca de \$506 por trabalhador com obesidade anualmente.³² O número de anos de vida produtiva também é reduzido devido ao aumento da mortalidade associada ao excesso de peso, e a esperança de vida diminui com o aumento do IMC.³⁹

Qualidade de vida. A obesidade tem um impacto negativo na qualidade de vida.³⁴ Há algumas evidências de que a obesidade está associada a um salário mais baixo por pessoa e a rendimentos familiares mais baixos.³⁶ Esta associação pode originar uma maior probabilidade de pobreza.³⁷ Os indivíduos com obesidade também estão sujeitos a estigmas sociais e a uma potencial discriminação.³⁸

CUSTOS DAS COMORBILIDADES

A obesidade aumenta o risco de múltiplas comorbidades.²⁸ Parte do custo direto da obesidade está relacionado com o tratamento destas comorbidades, tais como doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus* tipo 2.

Os custos de tratamento de doenças relacionadas com a obesidade aumentaram significativamente.⁵ Em 2000, os custos totais associados à obesidade em relação às suas comorbidades: diabetes tipo *mellitus* 2, doença coronária, hipertensão, cancro da mama, cancro do endométrio, cancro do cólon e osteoartrite foram estimados em quase \$117 biliões por ano.⁴² Atualmente, o custo do tratamento da

DCV(doença cardiovascular) e da diabetes tipo *mellitus* 2 relacionada com a obesidade excede o valor do custo total do tratamento de todas as doenças relacionadas com a obesidade há 15 anos atrás.²⁴

Doenças cardiovasculares. Quase metade de todos os adultos com DCV têm obesidade.⁴³ Mais de 75% dos casos de hipertensão arterial são atribuíveis à obesidade. A American Heart Association estima que os custos diretos e indiretos da DCV (incluindo o acidente vascular cerebral) totalizam \$315,4 bilhões anuais.⁴⁴

Diabetes tipo 2. Há vinte anos, 7,8 milhões de americanos foram diagnosticados com diabetes. Este número aumentou para cerca de 29,1 milhões de americanos em 2012 (número que provavelmente representa uma subestimativa do número real por existirem ainda muitos que não estavam diagnosticados).⁴⁵ Mais de três quartos (80%) das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 têm excesso de peso ou obesidade.⁴⁵ As estimativas de 2007 sugerem que os custos de tratamento associados à diabetes *mellitus* tipo 2 excedem \$150 bilhões anuais.⁴⁶

AUMENTO DA PREVALÊNCIA NO FUTURO

A prevalência de obesidade nos EUA triplicou desde 1960. A obesidade classe III aumentou 6 vezes, atingindo 6% da população.³ Se a obesidade continuar a aumentar às taxas atuais, até 2030, mais 65 milhões de adultos americanos terão obesidade (elevando a taxa de obesidade para 42%). A prevalência da obesidade classe III aumentará para 11%.⁴⁷

Em 2030, a perda de produtividade relacionada com a obesidade poderá atingir \$580 bilhões anualmente. Os custos médicos para o tratamento de doenças evitáveis relacionadas com a obesidade poderão aumentar de \$48 a \$66 bilhões por ano.¹² Se os custos totais dos cuidados de saúde devido à obesidade nos EUA duplicarem a cada década (como previsto), os custos relacionados com a obesidade atingirão um valor estagnado cerca de \$956,9 bilhões por ano.²⁰ Se, contudo, as taxas de obesidade em 2010 se mantivessem constantes, as poupanças em custos evitáveis aproximar-se-iam dos \$550 bilhões em 2030.⁴⁷

POUPANÇA ESTIMADA COM A PERDA DE PESO

A perda de peso é uma das estratégias mais rentáveis para reduzir os custos dos cuidados de saúde relacionados com o excesso de peso.^{24,59} Uma perda de 5% a 10% do peso corporal (em indivíduos com excesso de peso ou obesidade) do peso reduz significativamente o risco associado às doenças crônicas relacionadas com a obesidade. Estima-se que a cada aumento pontual do IMC aumentem os custos médicos e farmacológicos em 4% e 7%, respetivamente.¹⁰ A redução da prevalência da

obesidade em apenas 1% em relação às previsões de 2030 poderia resultar em menos 3 milhões de casos de obesidade numa poupança de custos de \$9,5 bilhões por ano.

A redução do IMC médio dos adultos em 5% poderia resultar numa poupança de \$29,8 bilhões em 5 anos, \$158 bilhões em 10 anos, e \$611,7 bilhões em 20 anos.¹⁰ Em 2013 foi estimado que reduzir 10% de peso corporal em adultos entre os 35 e os 64 anos com obesidade tem o potencial de poupar em cuidados médicos para as cinco comorbidades comuns de obesidade cerca de \$7400 por pessoa ao longo da vida.^{60,61}

SOLUÇÕES: DA POLÍTICA À PRÁTICA

A prevenção de doenças é historicamente o meio mais rentável para melhorar os resultados de saúde.⁶² Alguns ensaios de avaliação da relação custo-eficácia em obesidade⁶³ e prevenção⁶⁴ mostram que várias (mas não todas) as intervenções de prevenção na obesidade são rentáveis a longo prazo para crianças e adultos. Uma das principais intervenções foi a mudança ambiental,⁶⁵ que incluiu a tributação de alimentos e bebidas não saudáveis. As outras principais intervenções incluíram a redução da publicidade de alimentos e bebidas não saudáveis a crianças e a modificação da rotulagem nutricional utilizando um modelo de semáforo para delinear alimentos que devem ser consumidos com moderação em comparação com alimentos que podem ser consumidos sem restrições.^{63,64}

PREVENÇÃO PRIMORDIAL, PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA, TERCIÁRIA E QUATERNÁRIA DA OBESIDADE

A prevenção da obesidade visa a redução do risco de se adquirir obesidade ou consequências desta doença que afetem um indivíduo. A prevenção está classificada como: primordial, primária, secundária, terciária e quaternária.

A prevenção primordial da obesidade tem por objetivo: promoção da literacia relativa aos estilos de vida saudáveis, promoção da alimentação saudável, facilitação do acesso a alimentos nutricionalmente adequados, controlo do acesso a alimentos de elevada densidade energética e baixa qualidade nutricional, promoção da hidratação, facilitada pela disponibilidade universal da água pública.

A prevenção primária da obesidade passa por: vigilância dos indivíduos saudáveis, rastreio da pré-obesidade e abordagem terapêutica adequada dos casos identificados

A prevenção secundária da obesidade passa por: consultas de obesidade nos Cuidados de Saúde Primários, destinadas a indivíduos com obesidade classe 1 e 2 sem comorbilidades e indivíduos já submetidos à terapêutica cirurgica da obesidade após a alta hospitalar, com acesso a aconselhamento nutricional personalizado efetuado por nutricionista

A prevenção terciária da obesidade passa por: consultas de Obesidade, destinadas a indivíduos com obesidade severa complicada ou mórbida, em Hospitais diferenciados, com equipas multidisciplinares, com capacidade instalada para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade, em todas as suas etapas, incluindo avaliação, acompanhamento pós cirurgico e correção do contorno corporal após perda de peso.

A prevenção quaternária da obesidade passa por: Prevenção da iatrogenia, através da promoção da literacia relativa aos riscos associados às abordagens desadequadas, focadas exclusivamente na redução do peso, sem considerar impacto metabólico e psicossocial.⁶⁵

INVESTIMENTO NA PREVENÇÃO

Apesar da evidência da rentabilidade destes programas de prevenção, apenas cerca de 4 cêntimos de cada dólar gasto em cuidados de saúde nos EUA vai para a saúde pública e prevenção.⁶⁸

As intervenções de prestadores privados vão desde o fornecimento de prescrições escritas aos pacientes que enfatizam hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular, e sono adequado, até ao encaminhamento de pacientes para programas de gestão de saúde ou recursos comuns, tais como associação com projetos ou aconselhamento nutricional. Iniciativas sociais e políticas mais amplas centram-se em tornar os alimentos saudáveis e acessíveis em todas as comunidades, assegurando práticas de *marketing* de alimentos e bebidas saudáveis.

Nos EUA, os requisitos regulamentares restringem as seguradoras de pagar programas que não são diretamente pedidos por médicos ou outros fornecedores médicos licenciados. Os modelos tradicionais de honorários por serviço desencorajam a utilização de recursos não clínicos, incluindo saúde comunitária. Com as recentes mudanças na reforma dos cuidados de saúde, múltiplas seguradoras públicas e privadas aumentaram a cobertura de programas comprovadamente baseados na comunidade⁵⁰ para reduzir as taxas de obesidade. A Lei dos Cuidados Acessíveis (ACA) levou a uma proliferação de programas comunitários e incentivos no local de trabalho para promover a perda de peso.

Tais estratégias baseadas na comunidade podem ser eficazes. Um estudo recente mostrou um retorno de \$5,60 por cada \$1 investido em programas baseados na comunidade para promover a atividade física, melhorar a nutrição e prevenir o consumo de tabaco. Este programa trouxe poupanças anuais de custos de \$16 biliões num período de 5 anos.⁶⁹

POLÍTICA: IMPOSTOS E SUBSÍDIOS ALIMENTARES

A política é uma maneira mais rápida de decretar mudanças do que os programas de prevenção de base. A implementação de tais programas implica formação de competências, infraestruturas de serviços e financiamento.⁵ Intervenções baseadas em programas podem ter o benefício de ser eficazes ou podem apenas favorecer a oportunidade para a educação. A política, uma vez promulgada, é frequentemente mais sustentável e menos dependente de apoio contínuo.

Uma alteração política que tem sido proposta é uma taxa alimentar específica. Os economistas estimam que a implementação de impostos alimentares produziria poupanças médicas superiores a \$17 bilhões. Como exemplo, as bebidas açucaradas (refrigerantes, chás adoçados, bebidas desportivas, etc) são a maior fonte de excesso de calorias e açúcar adicionado⁷²⁻⁷⁴ e talvez o maior motor ambiental da obesidade.^{70,71} O consumo de bebidas açucaradas (cerca de 170 litros por pessoa, por ano, nos EUA) contribui com cerca de 70.000 calorias vazias adicionais para a dieta típica americana. Um modelo⁷² propõe que um imposto sobre o consumo de bebidas açucaradas com um centavo por cada grama a nível nacional reduziria o consumo de bebidas açucaradas em 15% entre adultos com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos.⁷² Este imposto poderia evitar 2,4 milhões de anos-pessoa de diabetes, 95.000 eventos coronários, 8.000 AVC, e 26.000 mortes prematuras ao longo de uma década. Para além de \$13 bilhões em receitas fiscais, haveria mais \$17 bilhões em poupanças de custos médicos.⁷⁵

Isoladamente, os impostos e subsídios alimentares específicos não são suscetíveis de alterar drasticamente os resultados em peso; contudo, a alteração dos preços dos alimentos e das estruturas fiscais representa uma abordagem potencial para modificar o ambiente alimentar obesogénico.

CONCLUSÃO

A obesidade é um problema muito comum atualmente com grande impacto que tem na saúde geral e bem-estar das pessoas.

Os custos do tratamento da obesidade são diretos com os custos médicos e indiretos devidos a comorbilidades e morte precoce (**Figura 1**).

Como a obesidade é um problema de saúde que afeta não só as pessoas, mas também tem um grande fardo hospitalar e na sociedade em geral, medidas mais agressivas precisam de ser implementadas para reduzir a prevalência da obesidade nos seus países.

Para enfrentar a crise da obesidade, é necessário tomar ações para melhorar o tratamento e a gestão da obesidade. Estas ações baseiam-se em áreas críticas que são necessárias: reconhecimento de que a obesidade é uma doença crónica que requer responsabilidade partilhada; atribuição de recursos de cuidados de saúde para assegurar o financiamento dos cuidados; melhoria da educação para profissões relevantes, para apoiar cuidados mais eficazes e informados; acesso a cuidados especializados e multidisciplinares para pessoas com obesidade; e importância de conhecer a realidade (custos, prevalência, determinantes específicos de cada país).

A prevenção passa por evitar que os indivíduos progridam entre classes de excesso de peso e obesidade, adquirindo ao longo do percurso maior número de limitações e comorbilidades. Sendo assim, é importante a modificação dos atuais ambientes promotores de obesidade para ambientes mais salutogénicos. Os governos e os decisores políticos podem desempenhar um papel facilitador a incentivar os cidadãos a terem uma vida mais ativa. Além disso é necessária desde o início do ciclo de vida a educação para um estilo de vida saudável, prática de exercício e alimentação adequada, bem como a sensibilização da comunidade, dos profissionais de saúde e decisores para a importância da manutenção de um peso corporal saudável ao longo da vida, pelo seu potencial impacto na saúde individual, mas também na saúde económica dos países.

Figura 1. Infográfico dos custos associados à obesidade e à sua prevenção



REPORTING GUIDELINES

Scale for the Assessment of Narrative Review Articles – SANRA

Please rate the quality of the narrative review article in question, using categories 0–2 on the following scale. For each aspect of quality, please choose the option which best fits your evaluation, using categories 0 and 2 freely to imply general low and high quality. These are not intended to imply the worst or best imaginable quality.

Nota: Para a UC de Dissertação/Projecto, todos os seis items devem ser cumpridos em nível 2.

- 1) **Justification of the article's importance for the readership**

The importance is not justified. _____	0	
The importance is alluded to, but not explicitly justified. _____	1	2
The importance is explicitly justified. _____	2	

- 2) **Statement of concrete aims or formulation of questions**

No aims or questions are formulated. _____	0	
Aims are formulated generally but not concretely or in terms of clear questions. _____	1	2
One or more concrete aims or questions are formulated. _____	2	

- 3) **Description of the literature search**

The search strategy is not presented. _____	0	
The literature search is described briefly. _____	1	2
The literature search is described in detail, including search terms and inclusion criteria. _____	2	

- 4) **Referencing**

Key statements are not supported by references. _____	0	
The referencing of key statements is inconsistent. _____	1	2
Key statements are supported by references. _____	2	

- 5) **Scientific reasoning**
(e.g., incorporation of appropriate evidence, such as RCTs in clinical medicine)

The article's point is not based on appropriate arguments. _____	0	
Appropriate evidence is introduced selectively. _____	1	2
Appropriate evidence is generally present. _____	2	

- 6) **Appropriate presentation of data**
(e.g., absolute vs relative risk; effect sizes without confidence intervals)

Data are presented inadequately. _____	0	
Data are often not presented in the most appropriate way. _____	1	2
Relevant outcome data are generally presented appropriately. _____	2	

Sumscore 12

Fig. 1 SANRA - Scale

Nota 1: O ponto 5 diz respeito à contextualização da evidência científica em relação ao tipo de estudo(s) que a produziu (e, idealmente, à qualidade do(s) mesmo(s)). O ponto 6 diz respeito a sustentar as afirmações com os dados quantitativos mais apropriado. A título de exemplo, para cumprir o ponto 5 e o ponto 6, ao invés de afirmar "já foi evidenciado que os testes de alergia às penicilinas apresentam alta especificidade e moderada sensibilidade", dever-se-á indicar "uma revisão sistemática com meta-análise de acuidade diagnóstica evidenciou que os testes de alergia às penicilinas apresentam alta especificidade (valor meta-analítico: 97%; IC95%=94-98%) e moderada sensibilidade (valor meta-analítico: 31%; IC95%=19-46%).

SANRA – explanations and instructions

This scale is intended to help editors assess the quality of a narrative review article based on formal criteria accessible to the reader. It cannot cover other elements of editorial decision making such as degree of originality, topicality, conflicts of interest or the plausibility, correctness or completeness of the content itself. SANRA is an instrument for editors, authors, and reviewers evaluating individual manuscripts. It may also help editors to document average manuscript quality within their journal and researchers to document the manuscript quality, for example in peer review research. Using only three scoring options, 0, 1 and 2, SANRA is intended to provide a swift and pragmatic sum score for quality, for everyday use with real manuscripts, in a field where established quality standards have previously been lacking. It is not designed as an exact measurement of the quality of all theoretically possible manuscripts. For this reason, the extreme values (0 and 2) should be used relatively freely and not reserved only for perfect or hopeless articles.

We recommend that users test-rate a few manuscripts to familiarize themselves with the scale, before using it on the intended group of manuscripts. Ratings should assess the totality of a manuscript, including the abstract. The following comments clarify how each question is designed to be used.

Item 1 – Justification of the article's importance for the readership

Justification of importance for the readership must be seen in the context of each journal's readership.

Consider how well the manuscript outlines the clinical problem and highlights unanswered questions or evidence gaps – thoroughly (2), superficially (1), or not at all (0).

Item 2 – Statement of concrete/specific aims or formulation of questions

A good paper will propose one or more specific aims or questions which will be dealt with or topics which will be reviewed.

Please rate whether this has been done thoroughly and clearly (2), vaguely or unclearly (1), or not at all (0).

Item 3 – Description of the literature search

A convincing narrative review will be transparent about the sources of information on which the text is based. Please rate the degree to which you think this has been achieved. To achieve a rating of 2, it is not necessary to describe the literature search in as much detail as for a systematic review (searching multiple databases, including exact descriptions of search history, flowcharts, etc.), but it is necessary to specify search terms, and the types of literature included. A manuscript which only refers briefly to its literature search would score 1, while one not mentioning its methods would score 0.

Item 4 – Referencing

No manuscript references all statements. However, those that are essential for the arguments of the manuscript – “key statements” – should be backed by references in all or almost all cases. Exceptions could reasonably be made for rating purposes where a key statement has uncontroversial face-validity, such as “Diabetes is among the commonest causes of chronic morbidity worldwide.”

Please rate the completeness of referencing: for most or all relevant key statements (2), inconsistently (1), sporadically (0).

Item 5 – Scientific reasoning

The item describes the quality of the scientific point made. A convincing narrative review presents evidence for key arguments. It should mention study design (randomized controlled trial, qualitative study, etc), and where available, levels of evidence.

Please rate whether you feel this has been done thoroughly (2), superficially (1), or hardly at all (0). Unlike item 6, which is concerned with the selection and presentation of concrete outcome data, this item relates to the use of evidence and of types of evidence in the manuscript's arguments.

Item 6 – Appropriate presentation of data:

This item describes the correct presentation of data central to the article's argument. Which data are considered relevant varies from field to field. In some areas relevant data would be absolute rather than relative risks or clinical versus surrogate or intermediate end-points. These outcomes must be presented correctly. For example, it is appropriate that effect sizes are accompanied by confidence intervals. Please rate how far the paper achieves this – thoroughly (2), partially (1), or hardly at all (0). Unlike item 5, which relates to the use of evidence and of types of evidence in the manuscript's arguments, this item is concerned with the selection and presentation of concrete outcome data.

Fig. 2 SANRA—explanations and instructions document

REFERÊNCIAS

1. Philippe Roux, 2016. Boletim informativo Saúde-UE 114
2. Carla Lopes et al, 2017. Inquérito Alimentar Nacional e De Atividade Física
3. Ogden C, Carroll M, Kit B, et al. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011– 2012. *JAMA* 2014;311(8):806–14.
4. Cawley J, Meyerhoefer C. The medical care costs of obesity: an instrumental variables approach. *J Health Econ* 2012;31(1):219–30.
5. Finkelstein EA, Trogdon JG, Cohen JW, et al. Annual medical spending attributable to obesity: payer-and service-specific estimates. *Health Aff (Millwood)* 2009;28(5):w822–31.
6. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011;378(9793):804–14.
7. Ananthapavan J, Sacks G, Moodie M, et al. Economics of obesity—learning from the past to contribute to a better future. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11(4):4007–25.
8. Finkelstein EA, Strobota KL. The economics of obesity. *Am J Clin Nutr* 2010; 91(5):1520s–4s.
9. Thorpe K, Florence C, Howard D, et al. The impact of obesity on rising medical spending. *Health Aff (Millwood)* 2004;23(Suppl 2):W4–480, 6.
10. Wang YC, McPherson K, Marsh T, et al. Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *Lancet* 2011;378(9793): 815–25.
11. Fakhouri T, Ogden C, Carroll M, et al. Prevalence of obesity among older adults in the United States, 2007– 2010. *NCHS Data Brief* 2012;(106):1–8.
12. Ogden C, Lamb M, Carroll M, et al. Obesity and socioeconomic status in adults: United States, 2005– 2008. *NCHS Data Brief* 2010;(50):1–8.
13. Dor A, Ferguson C, Langwith C, et al. A heavy burden: the individual costs of being overweight and obese in the United States. 2010.
14. Arterburn D, Maciejewski M, Tsevat J. Impact of morbid obesity on medical expenditures in adults. *Int J Obes* 2005;29:334–9.
15. OECD. 2019. *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>.
16. Ramasamy, et al. 2019. *Direct and Indirect Cost of Obesity Among the Privately Insured in the United States*.
17. Thompson D, Edelsberg J, Colditz G, et al. Lifetime health and economic consequences of obesity. *Arch Intern Med* 1999;159(18):2177–83.
18. Allison DB, Zannolli R, Narayan KM. The direct health care costs of obesity in the United States. *Am J Public Health* 1999;89(8):1194–9.
19. Thorpe KE, Yang Z, Long KM, et al. The impact of weight loss among seniors on Medicare spending. *Health Econ Rev* 2013;3(1):7.

20. Wang Y, Beydoun MA, Liang L, et al. Will all Americans become overweight or obese? Estimating the progression and cost of the US obesity epidemic. *Obesity (Silver Spring)* 2008;16(10):2323–30.
21. Withrow D, Alter DA. The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. *Obes Rev* 2011;12:131–41.
22. Quesenberry CP Jr, Caan B, Jacobson A. Obesity, health services use, and health care costs among members of a health maintenance organization. *Arch Intern Med* 1998;158(5):466–72.
23. Weiss AJ, Barrett ML, Steiner CA. Trends and projections in inpatient hospital costs and utilization, 2003–2013: statistical brief #175. Healthcare cost and utilization project (HCUP) statistical briefs. Rockville (MD): Agency for Health Care Policy and Research (US); 2006.
24. Brill A. Health and Economic Benefits of Weight Loss among Obese U.S. Adults. 2014.
25. Bierl M, Marsh T, Webber L, et al. Apples and oranges: a comparison of costing methods for obesity. *Obes Rev* 2013;14(9):693–706.
26. Levy DT, Mabry PL, Wang YC, et al. Simulation models of obesity: a review of the literature and implications for research and policy. *Obes Rev* 2011;12(5): 378–94.
27. Rowe AK, Powell KE, Flanders WD. Why population attributable fractions can sum to more than one. *Am J Prev Med* 2004;26(3):243–9.
28. Hammond R, Levine R. The economic impact of obesity in the United States. *Dia-betes Metab Syndr Obes* 2010;3:285–95.
29. Finkelstein EA, DiBonaventura M, Burgess SM, et al. The costs of obesity in the workplace. *J Occup Environ Med* 2010;52(10):971–6.
30. Colditz GA. Economic costs of obesity. *Am J Clin Nutr* 1992;55(2 Suppl):503s–7s.
31. Cawley J, Rizzo JA, Haas K. Occupation-specific absenteeism costs associated with obesity and morbid obesity. *J Occup Environ Med* 2007;49(12):1317–24.
32. Gates DM, Succop P, Brehm BJ, et al. Obesity and presenteeism: the impact of body mass index on workplace productivity. *J Occup Environ Med* 2008;50(1):39–45.
33. Trogdon JG, Finkelstein EA, Hylands T, et al. Indirect costs of obesity: a review of the current literature. *Obes Rev* 2008;9(5):489–500.
34. Tucker L, Friedman G. Obesity and absenteeism: an epidemiologic study of 10,825 employed adults. *Am J Health Promot* 1998;12(3):202–7.
35. Burton WN, Chen CY, Schultz AB, et al. The economic costs associated with body mass index in a workplace. *J Occup Environ Med* 1998;40(9):786–92.
36. Colditz G, Wang Y. Economic costs of obesity. New York: Oxford University Press, Inc; 2008.
37. Guettabi M, Munasib A. The impact of obesity on consumer bankruptcy. *Econ Hum Biol* 2015;17:208–24.
38. Carr D, Friedman M. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *J Health Soc Behav* 2005; 46(3):244–59.
39. Finkelstein EA. How big of a problem is obesity? *Surg Obes Relat Dis* 2014;10(4): 569–70.

40. Congressional Budget Office. Raising the excise tax on cigarettes: effects on health and the federal budget. 2012.
41. Moriarty JP, Branda ME, Olsen KD, et al. The effects of incremental costs of smoking and obesity on health care costs among adults: a 7-year longitudinal study. *J Occup Environ Med* 2012;54(3):286–91.
42. Department of Health and Human Services. Prevention makes common “cents”. 2003.
43. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, et al. Heart disease and stroke statistics—2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2014;129(3): e28–292.
44. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics—2014 update. *Circulation* 2014;129(3):399–410.
45. Centers for Disease Control and Prevention. National Diabetes Statistics Report: estimates of diabetes and its burden in the United States. 2014. Available at: <http://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/2014-report-estimates-of-diabetes-and-its-burden-in-the-united-states.pdf>.
46. Dall TM, Mann SE, Zhang Y, et al. Distinguishing the economic costs associated with type 1 and type 2 diabetes. *Popul Health Manag* 2009;12(2):103–10.
47. Finkelstein EA, Khavjou OA, Thompson H, et al. Obesity and severe obesity fore-casts through 2030. *Am J Prev Med* 2012;42(6):563–70.
48. Spieker EA, Sbrocco T, Theim KR, et al. Preventing Obesity in the Military Community (POMC): the development of a clinical trials research network. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12(2):1174–95.
49. Barlas FM, Higgins WB, Pflieger JC, et al. 2011 Department of Defense health related behaviors survey of active duty military personnel. Fairfax (VA): ICF International; 2013.
50. Centers for Medicare and Medicaid Services. Chronic Conditions among Medi-care Beneficiaries, Chartbook, 2012 Edition. Baltimore (MD); 2012.
51. Vincent G, Velkoff V. The next four decades, the older population in the United States: 2010 to 2050. Washington, DC: US Department of Commerce; 2010.
52. Congressional Budget Office. The budget and economic outlook: 2014 to 2024. 2014.
53. American Hospital Association. Are Medicare patients getting sicker? 2012.
54. Thorpe KE, Yang Z. Enrolling people with prediabetes ages 60–64 in a proven weight loss program could save Medicare \$7 billion or more. *Health Aff (Millwood)* 2011;30(9):1673–9.
55. Trasande L, Chatterjee S. The impact of obesity on health service utilization and costs in childhood. *Obesity (Silver Spring)* 2009;17(9):1749–54.
56. Cawley J. The economics of childhood obesity. *Health Aff (Millwood)* 2010;29(3): 364–71.
57. Serdula MK, Ivery D, Coates RJ, et al. Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Prev Med* 1993;22(2):167–77.
58. Lightwood J, Bibbins-Domingo K, Coxson P, et al. Forecasting the future economic burden of current adolescent overweight: an estimate of the coronary heart disease policy model. *Am J Public Health* 2009;99(12):2230–7.
59. Wing RR, Lang W, Wadden TA, et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2011;34(7):1481–6.

60. Oster G, Thompson D, Edelsberg J, et al. Lifetime health and economic benefits of weight loss among obese persons. *Am J Public Health* 1999;89(10): 1536–42.
61. MacLean PS, Wing RR, Davidson T, et al. NIH working group report: innovative research to improve maintenance of weight loss. *Obesity (Silver Spring)* 2015; 23(1):7–15.
62. Trust for America's Health and Robert Wood Johnson Foundation. *F as in fat: how obesity threatens America's future*. Washington, DC: Trust for America's Health; 2012.
63. Haby MM, Vos T, Carter R, et al. A new approach to assessing the health benefit from obesity interventions in children and adolescents: the assessing cost-effectiveness in obesity project. *Int J Obes (Lond)* 2006;30(10):1463–75.
64. Vos T, Carter R, Barendregt JM, et al. *Assessing cost-effectiveness in prevention (ACE-Prevention): Final report September 2010*. 2010.
65. Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, et al. Changing the future of obesity: sci-ence, policy, and action. *Lancet* 2011;378(9793):838–47.
66. Finkelstein EA, Kruger E. Meta- and cost-effectiveness analysis of commercial weight loss strategies. *Obesity (Silver Spring)* 2014;22(9):1942–51.
67. Trust for America's health. *A healthier America: top priorities for prevention*. 2010.
68. Robert Wood Johnson Foundation. *Return on investments in public health: saving lives and money*. 2013.
69. Programa Nacional da Promoção da Alimentação Saudável, 2019
70. Press release: AMA adopts new policies on second day of voting at annual meeting (press release).
71. Morton J. Affordable Care Act and bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2014; 10(4):571–2.
72. Andreyeva T, Chaloupka FJ, Brownell KD. Estimating the potential of taxes on sugar-sweetened beverages to reduce consumption and generate revenue. *Prev Med* 2011;52(6):413–6.
73. Bleich SN, Wang YC, Wang Y, et al. Increasing consumption of sugar-sweetened beverages among US adults: 1988–1994 to 1999–2004. *Am J Clin Nutr* 2009; 89(1):372–81.
74. Wang YC, Bleich SN, Gortmaker SL. Increasing caloric contribution from sugar-sweetened beverages and 100% fruit juices among US children and adolescents, 1988–2004. *Pediatrics* 2008;121(6):e1604–14.
75. Goiana et al. *Modelling impacts of food industry co-regulation on noncommunicable disease mortality, Portugal, 2019*.

REGRAS DE FORMATAÇÃO:

Normas de Publicação da Acta Médica Portuguesa



Acta Médica Portuguesa's Publishing Guidelines

Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA
Acta Med Port 2013, 5 de Novembro de 2013

1. MISSÃO

Publicar trabalhos científicos originais e de revisão na área biomédica da mais elevada qualidade, abrangendo várias áreas do conhecimento médico, e ajudar os médicos a tomar melhores decisões.

Para atingir estes objectivos a Acta Médica Portuguesa publica artigos originais, artigos de revisão, casos clínicos, editoriais, entre outros, comentando sobre os factores clínicos, científicos, sociais, políticos e económicos que afetam a saúde. A Acta Médica Portuguesa pode considerar artigos para publicação de autores de qualquer país.

2. VALORES

- Promover a qualidade científica.
- Promover o conhecimento e actualidade científica.
- Independência e imparcialidade editorial.
- Ética e respeito pela dignidade humana.
- Responsabilidade social.

3. VISÃO

Ser reconhecida como uma revista médica portuguesa de grande impacto internacional.

Promover a publicação científica da mais elevada qualidade privilegiando o trabalho original de investigação (clínico, epidemiológico, multicêntrico, ciência básica).

Constituir o fórum de publicação de normas de orientação.

Ampliar a divulgação internacional.

Lema: "Primum non nocere, primeiro a Acta Médica Portuguesa"

4. INFORMAÇÃO GERAL

A Acta Médica Portuguesa é a revista científica com revisão pelos pares (*peer-review*) da Ordem dos Médicos. É publicada continuamente desde 1979, estando indexada na PubMed / Medline desde o primeiro número. Desde 2010 tem Factor de Impacto atribuído pelo Journal Citation Reports - Thomson Reuters.

A Acta Médica Portuguesa segue a política do livre acesso. Todos os seus artigos estão disponíveis de forma integral, aberta e gratuita desde 1999 no seu site www.actamedicaportuguesa.com e através da Medline com interface PubMed.

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa é apro-

ximadamente de 55% dos mais de 300 manuscritos recebidos anualmente.

Os manuscritos devem ser submetidos *online* via "Submissões Online" <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#online> Submissions.

A Acta Médica Portuguesa rege-se de acordo com as boas normas de edição biomédica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), e do EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report (desenho de estudos).

A política editorial da Revista incorpora no processo de revisão e publicação as Recomendações de Política Editorial (*Editorial Policy Statements*) emitidas pelo Conselho de Editores Científicos (Council of Science Editors), disponíveis em <http://www.councilscienceeditors.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3331>, que cobre responsabilidades e direitos dos editores das revistas com arbitragem científica. Os artigos propostos não podem ter sido objecto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade conjunta da Acta Médica Portuguesa e dos autores.

A Acta Médica Portuguesa reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá acompanhar a carta de submissão com a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais.

Relativamente à utilização por terceiros a Acta Médica Portuguesa rege-se pelos termos da licença *Creative Commons* 'Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (by-nc-nd)'.

Após publicação na Acta Médica Portuguesa, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados.

5. CRITÉRIO DE AUTORIA

A revista segue os critérios de autoria do "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE).

Todos designados como autores devem ter participado significativamente no trabalho para tomar responsabilidade

pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos que:

1. Têm uma contribuição intelectual substancial, directa, no desenho e elaboração do artigo
2. Participam na análise e interpretação dos dados
3. Participam na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou na revisão crítica do conteúdo; ou na aprovação da versão final

As condições 1, 2 e 3 têm de ser reunidas.

Autoria requer uma contribuição substancial para o manuscrito, sendo pois necessário especificar em carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho.

Ser listado como autor, quando não cumpre os critérios de elegibilidade, é considerado fraude.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

Todos os autores, (isto é, o autor correspondente e cada um dos autores) terão de preencher e assinar o “Formulário de Autoria” com a responsabilidade da autoria, critérios e contribuições; conflitos de interesse e financiamento e transferência de direitos autorais / *copyright*.

O autor Correspondente deve ser o intermediário em nome de todos os co-autores em todos os contactos com a Acta Médica Portuguesa, durante todo o processo de submissão e de revisão. O autor correspondente é responsável por garantir que todos os potenciais conflitos de interesse mencionados são correctos. O autor correspondente deve atestar, ainda, em nome de todos os co-autores, a originalidade do trabalho e obter a permissão escrita de cada pessoa mencionada na secção “Agradecimentos”.

6. COPYRIGHT / DIREITOS AUTORAIS

Quando o artigo é aceite para publicação é mandatório o envio via *e-mail* de documento digitalizado, assinado por todos os Autores, com a partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa.

O(s) Autor(es) deve(m) assinar uma cópia de partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa quando submetem o manuscrito, conforme minuta publicada em anexo:

Nota: Este documento assinado só deverá ser enviado quando o manuscrito for aceite para publicação.

Editor da Acta Médica Portuguesa

O(s) Autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado: _____ (ref.

AMP _____) é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s) Autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum *copyright* e não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no todo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os Autores têm o direito ao *copyright*.

Todos os Autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da

parte de qualquer dos Autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os Autores, ao submeterem o trabalho para publicação, partilham com a Acta Médica Portuguesa todos os direitos a interesses do *copyright* do artigo.

Todos os Autores devem assinar

Data: _____

Nome (maiúsculas): _____

Assinatura: _____

7. CONFLITOS DE INTERESSE

O rigor e a exactidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos Autores. Os Autores devem declarar potenciais conflitos de interesse. Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho.

Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse.

Essa informação não influenciará a decisão editorial mas antes da submissão do manuscrito, os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

Se os autores têm dúvidas sobre o que constitui um relevante interesse financeiro ou pessoal, devem contactar o editor.

8. CONSENTIMENTO INFORMADO e APROVAÇÃO ÉTICA

Todos os doentes (ou seus representantes legais) que possam ser identificados nas descrições escritas, fotografias e vídeos deverão assinar um formulário de consentimento informado para descrição de doentes, fotografia e vídeos. Estes formulários devem ser submetidos com o manuscrito.

A Acta Médica Portuguesa considera aceitável a omissão de dados ou a apresentação de dados menos específicos para identificação dos doentes. Contudo, não aceitaremos a alteração de quaisquer dados.

Os autores devem informar se o trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição de acordo com a declaração de Helsínquia.

9. LÍNGUA

Os artigos devem ser redigidos em português ou em inglês. Os títulos e os resumos têm de ser sempre em português e em inglês.

10. PROCESSO EDITORIAL

O autor correspondente receberá notificação da recepção do manuscrito e decisões editoriais por *email*.

Todos os manuscritos submetidos são inicialmente revistos pelo editor da Acta Médica Portuguesa. Os manuscritos são avaliados de acordo com os seguintes critérios: originalidade, actualidade, clareza de escrita, método de estudo apropriado, dados válidos, conclusões adequadas e apoiadas pelos dados, importância, com significância e

contribuição científica para o conhecimento da área, e não tenham sido publicados, na íntegra ou em parte, nem submetidos para publicação noutros locais.

A Acta Médica Portuguesa segue um rigoroso processo cego (*single-blind*) de revisão por pares (*peer-review*, externos à revista). Os manuscritos recebidos serão enviados a peritos das diversas áreas, os quais deverão fazer os seus comentários, incluindo a sugestão de aceitação, aceitação condicionada a pequenas ou grandes modificações ou rejeição. Na avaliação, os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores científicos;
- c) recusados.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos Editores Associados, enviará o manuscrito a, no mínimo, dois revisores, caso esteja de acordo com as normas de publicação e se enquadre na política editorial. Poderá ser recusado nesta fase, sem envio a revisores.

- Quando receberem a comunicação de aceitação, os Autores devem remeter de imediato, por correio electrónico, o formulário de partilha de direitos que se encontra no *site* da Acta Médica Portuguesa, devidamente preenchido e assinado por todos os Autores.

- No prazo máximo de quatro semanas, o revisor deverá responder ao editor indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão de quanto à aceitação ou rejeição do trabalho. O Conselho Editorial tomará, num prazo de 15 dias, uma primeira decisão que poderá incluir a aceitação do artigo sem modificações, o envio dos comentários dos revisores para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo.

Os Autores dispõem de 20 dias para submeter a nova versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial. Quando são propostas alterações, o autor deverá enviar, no prazo máximo de vinte dias, um *e-mail* ao editor respondendo a todas as questões colocadas e anexando uma versão revista do artigo com as alterações inseridas destacadas com cor diferente.

- O Editor-Chefe dispõe de 15 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar o artigo na nova versão, ou submetê-lo a um ou mais revisores externos cujo parecer poderá, ou não, coincidir com os resultantes da primeira revisão.

- Caso o manuscrito seja reenviado para revisão externa, os peritos dispõem de quatro semanas para o envio dos seus comentários e da sua sugestão quanto à aceitação ou recusa para publicação do mesmo.

- Atendendo às sugestões dos revisores, o Editor-Chefe poderá aceitar o artigo nesta nova versão, rejeitá-lo ou voltar a solicitar modificações. Neste último caso, os Autores dispõem de um mês para submeter uma versão revista, a qual poderá, caso o Editor-Chefe assim o determine, voltar

a passar por um processo de revisão por peritos externos.

- No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor principal. Num prazo inferior a um mês, o Conselho Editorial enviará o artigo para revisão dos Autores já com a formatação final, mas sem a numeração definitiva. Os Autores dispõem de cinco dias para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, para além das correcções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros. Não são permitidas, nomeadamente, alterações a dados de tabelas ou gráficos, alterações de fundo do texto, etc.

- Após a resposta dos Autores, ou na ausência de resposta, após o decurso dos cinco dias, o artigo considera-se concluído.

- Na fase de revisão de provas tipográficas, alterações de fundo aos artigos não serão aceites e poderão implicar a sua rejeição posterior por decisão do Editor-Chefe.

Chama-se a atenção que a transcrição de imagens, quadros ou gráficos de outras publicações deverá ter a prévia autorização dos respectivos autores para dar cumprimento às normas que regem os direitos de autor.

11. PUBLICAÇÃO FAST-TRACK

A Acta Médica Portuguesa dispõe do sistema de publicação *Fast-Track* para manuscritos urgentes e importantes desde que cumpram os requisitos da Acta Médica Portuguesa para o *Fast-Track*.

- a) Os autores para requererem a publicação *fast-track* devem submeter o seu manuscrito em <http://www.actamedicaportuguesa.com/> “submeter artigo” indicando claramente porque consideram que o manuscrito é adequado para a publicação rápida. O Conselho Editorial tomará a decisão sobre se o manuscrito é adequado para uma via rápida (*fast-track*) ou para submissão regular;

- b) Verifique se o manuscrito cumpre as normas aos autores da Acta Médica Portuguesa e que contém as informações necessárias em todos os manuscritos da Acta Médica Portuguesa.

- c) O Gabinete Editorial irá comunicar, dentro de 48 horas, se o manuscrito é apropriado para avaliação *fast-track*. Se o Editor-Chefe decidir não aceitar a avaliação *fast-track*, o manuscrito pode ser considerado para o processo de revisão normal. Os autores também terão a oportunidade de retirar a sua submissão.

- d) Para manuscritos que são aceites para avaliação *fast-track*, a decisão Editorial será feita no prazo de 5 dias úteis.

- e) Se o manuscrito for aceite para publicação, o objectivo será publicá-lo, online, no prazo máximo de 3 semanas após a aceitação.

12. REGRAS DE OURO ACTA MÉDICA PORTUGUESA

- a) O editor é responsável por garantir a qualidade da revista e que o que publica é ético, actual e relevante para os leitores.

- b) A gestão de reclamações passa obrigatoriamente pelo editor-chefe e não pelo bastonário.
- c) O peer review deve envolver a avaliação de revisores externos.
- d) A submissão do manuscrito e todos os detalhes associados são mantidos confidenciais pelo corpo editorial e por todas as pessoas envolvidas no processo de peer-review.
- e) A identidade dos revisores é confidencial.
- f) Os revisores aconselham e fazem recomendações; o editor toma decisões.
- g) O editor-chefe tem total independência editorial.
- h) A Ordem dos Médicos não interfere directamente na avaliação, selecção e edição de artigos específicos, nem directamente nem por influência indirecta nas decisões editoriais.
- i) As decisões editoriais são baseadas no mérito de trabalho submetido e adequação à revista.
- j) As decisões do editor-chefe não são influenciadas pela origem do manuscrito nem determinadas por agentes externos.
- k) As razões para rejeição imediata sem peer review externo são: falta de originalidade; interesse limitado para os leitores da Acta Médica Portuguesa; conter graves falhas científicas ou metodológicas; o tópico não é coberto com a profundidade necessária; é preliminar de mais e/ou especulativo; informação desactualizada.
- l) Todos os elementos envolvidos no processo de peer review devem actuar de acordo com os mais elevados padrões éticos.
- m) Todas as partes envolvidas no processo de peer review devem declarar qualquer potencial conflito de interesses e solicitar escusa de rever manuscritos que sintam que não conseguirão rever objectivamente.

13. NORMAS GERAIS

ESTILO

Todos os manuscritos devem ser preparados de acordo com o “AMA Manual of Style”, 10th ed. e/ou “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”.

Escreva num estilo claro, directo e activo. Geralmente, escreva usando a primeira pessoa, voz activa, por exemplo, “Analisámos dados”, e não “Os dados foram analisados”. Os agradecimentos são as excepções a essa directriz, e deve ser escrito na terceira pessoa, voz activa; “Os autores gostariam de agradecer”. Palavras em latim ou noutra língua que não seja a do texto deverão ser colocadas em itálico.

Os componentes do manuscrito são: Página de Título, Resumo, Texto, Referências, e se apropriado, legendas de figuras. Inicie cada uma dessas secções em uma nova página, numeradas consecutivamente, começando com a página de título.

Os formatos de arquivo dos manuscritos autorizados incluem o *Word* e o *WordPerfect*. Não submeta o manuscrito em formato PDF.

SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos online, via “Submissão Online” da Acta Médica Portuguesa <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

Todos os campos solicitados no sistema de submissão *online* terão de ser respondidos.

Após submissão do manuscrito o autor receberá a confirmação de recepção e um número para o manuscrito.

Na primeira página/ página de título:

- a) Título em **português e inglês**, conciso e descritivo
- b) Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, instituição, cidade, país)
- c) Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho
- d) Morada e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito
- e) Título breve para cabeçalho

Na segunda página

- a) Título (sem autores)
- b) Resumo em **português e inglês**. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. Os resumos não podem remeter para o texto, não podendo conter citações nem referencias a figuras.
- c) Palavras-chave (*Keywords*). Um máximo de 5 *Keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, devem seguir-se ao resumo.

Na terceira página e seguintes:

■ Editoriais:

Os Editoriais serão apenas submetidos por convite do Editor. Serão comentários sobre tópicos actuais. Não devem exceder as 1.200 palavras nem conter tabelas/figuras e terão um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

■ Perspectiva:

Artigos elaborados apenas por convite do Conselho Editorial. Podem cobrir grande diversidade de temas com interesse nos cuidados de saúde: problemas actuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da medicina, ligação à sociedade, epidemiologia, etc.

Um Autor que deseje propor um artigo desta categoria deverá remeter previamente ao Editor-Chefe o respectivo resumo, indicação dos autores e título do artigo para avaliação.

Deve conter no máximo 1200 palavras (excluindo as referências e as legendas) e até 10 referências bibliográficas. Só pode conter uma tabela ou uma figura. Não precisa de resumo.

■ Artigos Originais:

O texto deve ser apresentado com as seguintes secções: Introdução (incluindo Objectivos), Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

Os Artigos Originais não deverão exceder as 4.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. Deve ser acompanhado de ilustrações, com um máximo de 6 figuras/tabelas e 60 referências bibliográficas.

O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

A Acta Médica Portuguesa, como membro do ICMJE, exige como condição para publicação, o registo de todos os ensaios num registo público de ensaios aceite pelo ICMJE (ou seja, propriedade de uma instituição sem fins lucrativos e publicamente acessível, por ex. clinicaltrials.gov). Todos os manuscritos reportando ensaios clínicos têm de seguir o CONSORT *Statement* <http://www.consort-statement.org/>.

Numa revisão sistemática ou meta-análise de estudos randomizados siga as PRISMA *guidelines*.

Numa meta-análise de estudos observacionais, siga as MOOSE *guidelines* e apresente como um ficheiro complementar o protocolo do estudo, se houver um.

Num estudo de precisão de diagnóstico, siga as STARD *guidelines*.

Num estudo observacional, siga as STROBE *guidelines*.

Num *Guideline* clínico incentivamos os autores a seguir a GRADE *guidance* para classificar a evidência.

■ Artigos de Revisão:

Destinam-se a abordar de forma aprofundada, o estado actual do conhecimento referente a temas de importância. Estes artigos serão elaborados a convite da equipa editorial, contudo, a título excepcional, será possível a submissão, por autores não convidados (com ampla experiência no tema) de projectos de artigo de revisão que, julgados relevantes e aprovados pelo editor, poderão ser desenvolvidos e submetidos às normas de publicação.

Comprimento máximo: 3500 palavras de texto (não incluindo resumo, legendas e referências). Não pode ter mais do que um total de 4 tabelas e / ou figuras, e não mais de 50-75 referências.

O resumo dos artigos de revisão não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

■ Caso Clínico:

O relato de um caso clínico com justificada razão de publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações terapêuticas e de diagnóstico, entre outras). As secções serão: Introdução, Caso Clínico, Discussão, Bibliografia.

O texto não deve exceder as 1.000 palavras e 15 refe-

rências bibliográficas. Deve ser acompanhado de figuras ilustrativas. O número de tabelas/figuras não deve ser superior a 5.

Inclua um resumo não estruturado que não exceda 150 palavras, que sumarie o objectivo, pontos principais e conclusões do artigo.

■ Imagens em Medicina (Imagem Médica):

A Imagem em Medicina é um contributo importante da aprendizagem e da prática médica. Poderão ser aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. Podem ser enviadas até duas imagens por caso.

Deve incluir um título com um máximo de oito palavras e um texto com um máximo de 150 palavras onde se dê informação clínica relevante, incluindo um breve resumo do historial do doente, dados laboratoriais, terapêutica e condição actual. Não pode ter mais do que três autores e cinco referências bibliográficas. Não precisa de resumo.

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a prévia publicação. Devem ser enviados dois ficheiros: um com a qualidade exigida para a publicação de imagens e outra que serve apenas para referência em que o topo da fotografia deve vir indicado com uma seta. Para informação sobre o envio de imagens digitais, consulte as «Normas técnicas para a submissão de figuras, tabelas ou fotografias».

■ Guidelines / Normas de orientação:

As sociedades médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e / ou grupos de médicos que desejem publicar na Acta Médica Portuguesa recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para ser publicada. O Editor-Chefe poderá colocar como exigência a publicação exclusiva das recomendações na Acta Médica Portuguesa.

Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa cumulativamente à publicação da versão completa no *site* da Acta Médica Portuguesa.

■ Cartas ao Editor:

Devem constituir um comentário a um artigo da Acta Med Port ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 400 palavras, nem conter mais de uma ilustração e ter um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

Deve seguir a seguinte estrutura geral: Identificar o artigo (torna-se a referência 1); Dizer porque está a escrever; fornecer evidência (a partir da literatura ou a partir de uma experiência pessoal) fornecer uma súmula; citar referências.

A(s) resposta(s) do(s) Autor(es) devem observar as mesmas características.

Uma Carta ao editor discutindo um artigo recente da Acta Med Port terá maior probabilidade de aceitação se for submetida quatro semanas após a publicação do artigo.

Abreviaturas: Não use abreviaturas ou acrónimos no título nem no resumo, e limite o seu uso no texto. O uso de acrónimos deve ser evitado, assim como o uso excessivo e desnecessário de abreviaturas. Se for imprescindível recorrer a abreviaturas não consagradas, devem ser definidas na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. Não coloque pontos finais nas abreviaturas.

Unidades de Medida: As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mm Hg).

Para mais informação consulte a tabela de conversão “Units of Measure” no *website* da AMA Manual Style.

Nomes de Medicamentos, Dispositivos ou outros Produtos: Use o nome não comercial de medicamentos, dispositivos ou de outros produtos, a menos que o nome comercial seja essencial para a discussão.

IMAGENS

Numere todas as imagens (figuras, gráficos, tabelas, fotografias, ilustrações) pela ordem de citação no texto.

Inclua um título/legenda para cada imagem (uma frase breve, de preferência com não mais do que 10 a 15 palavras).

A publicação de imagens a cores é gratuita.

No manuscrito, são aceitáveis os seguintes formatos: BMP, EPS, JPG, PDF e TIF, com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As Tabelas/Figuras devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação, figura/tabela. Tabelas e figuras devem ter numeração árabe e legenda. Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto, da forma que passamos a exemplificar:

Estes são alguns exemplos de como uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença de Behçet (Fig. 4).

Esta associa-se a outras duas lesões cutâneas (Tabela 1).

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto a palavra Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Figuras e tabelas serão numeradas com numeração árabe independentemente e na sequência em que são referidas no texto.

Exemplo: Fig. 1, Fig. 2, Tabela 1

Legendas: Após as referências bibliográficas, ainda no ficheiro de texto do manuscrito, deverá ser enviada legenda detalhada (sem abreviaturas) para cada imagem. A imagem tem que ser referenciada no texto e indicada a sua localização aproximada com o comentário “Inserir Figura nº 1... aqui”.

Tabelas: É obrigatório o envio das tabelas a preto e

branco no final do ficheiro. As tabelas devem ser elaboradas e submetidas em documento *word*, em formato de tabela simples (*simple grid*), sem utilização de tabuladores, nem modificações tipográficas. Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto do artigo e numeradas pela ordem que surgem no texto. Indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário “Inserir Tabela nº 1... aqui”. Neste caso os autores autorizam uma reorganização das tabelas caso seja necessário.

As tabelas devem ser acompanhadas da respectiva legenda/título, elaborada de forma sucinta e clara.

Legendas devem ser auto-explicativas (sem necessidade de recorrer ao texto) – é uma declaração descritiva.

Legenda/Título das Tabelas: Colocada por cima do corpo da tabela e justificada à esquerda. Tabelas são lidas de cima para baixo. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas – notas de rodapé (abreviaturas, significado estatístico, etc.) As notas de rodapé para conteúdo que não caiba no título ou nas células de dados devem conter estes símbolos *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§, ||||, ¶¶.

Figuras: Os ficheiros «figura» podem ser tantos quantas imagens tiver o artigo. Cada um destes elementos deverá ser submetido em ficheiro separado, obrigatoriamente em versão electrónica, pronto para publicação. As figuras (fotografias, desenhos e gráficos) não são aceites em ficheiros *word*.

Em formato TIF, JPG, BMP, EPS e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As legendas têm que ser colocadas no ficheiro de texto do manuscrito.

Caso a figura esteja sujeita a direitos de autor, é responsabilidade dos autores do artigo adquirir esses direitos antes do envio do ficheiro à Acta Médica Portuguesa.

Legenda das Figuras: Colocada por baixo da figura, gráfico e justificada à esquerda. Gráficos e outras figuras são habitualmente lidos de baixo para cima.

Só são aceites imagens de doentes quando necessárias para a compreensão do artigo. Se for usada uma figura em que o doente seja identificável deve ser obtida e remetida à Acta Médica Portuguesa a devida autorização. Se a fotografia permitir de forma óbvia a identificação do doente, esta poderá não ser aceite. Em caso de dúvida, a decisão final será do Editor-Chefe.

- **Fotografias:** Em formato TIF, JPG, BMP e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

- **Desenhos e gráficos:** Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vectorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. A fonte a utilizar em desenhos e gráficos será obrigatoriamente Arial.

As imagens devem ser apresentadas em ficheiros separados submetidos como documentos suplementares, em condições de reprodução, de acordo com a ordem em que

são discutidas no texto. As imagens devem ser fornecidas independentemente do texto.

AGRADECIMENTOS (facultativo)

Devem vir após o texto, tendo como objectivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultoria, assim como contribuições individuais. Cada pessoa citada nesta secção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome.

REFERÊNCIAS

Os autores são responsáveis pela exactidão e rigor das suas referências e pela sua correcta citação no texto.

As referências bibliográficas devem ser citadas numericamente (algarismos árabes formatados sobrescritos) por ordem de entrada no texto e ser identificadas no texto com algarismos árabes. **Exemplo:** “Dimethylfumarate has also been a systemic therapeutic option in moderate to severe psoriasis since 1994¹³ and in multiple sclerosis¹⁴.”

Se forem citados mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser indicadas, sendo separadas por traço⁵⁻⁹.

Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula^{12,15,18}.

As referências são alinhadas à esquerda.

Não deverão ser incluídos na lista de referências quaisquer artigos ainda em preparação ou observações não publicadas, comunicações pessoais, etc. Tais inclusões só são permitidas no corpo do manuscrito (ex: P. Andrade, comunicação pessoal).

As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo National Library of Medicine (NLM) *Title Journals Abbreviations* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Notas: Não indicar mês da publicação.

Nas referências com 6 ou menos Autores devem ser nomeados todos. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de “et al”.

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências.

Artigo:

Apelido Iniciais do(s) Autor(es). Título do artigo. Título das revistas [abreviado]. Ano de publicação; Volume: páginas.

1. Com menos de 6 autores

Miguel C, Mediavilla MJ. Abordagem actual da gota. *Acta Med Port.* 2011;24:791-8.

2. Com mais de 6 autores

Norte A, Santos C, Gamboa F, Ferreira AJ, Marques A, Leite C, et al. Pneumonia Necrotizante: uma complicação rara. *Acta Med Port.* 2012;25:51-5.

Monografia:

Autor/Editor AA. Título: completo. Edição (se não for a primeira). Vol.(se for trabalho em vários volumes). Local de publicação: Editor comercial; ano.

1. Com Autores:

Moore, K. *Essential Clinical Anatomy*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

2. Com editor:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Capítulo de monografia:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Relatório Científico/Técnico:

Lugg DJ. Physiological adaptation and health of an expedition in Antarctica: with comment on behavioural adaptation. Canberra: A.G.P.S.; 1977. Australian Government Department of Science, Antarctic Division. ANARE scientific reports. Series B(4), Medical science No. 0126

Documento electrónico:

1. CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

2. Monografia da Internet

Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley TS. *Biostatistics: a methodology for the health sciences* [e-book]. 2nd ed. Somerset: Wiley InterScience; 2003 [consultado 2005 Jun 30]. Disponível em: Wiley InterScience electronic collection

3. Homepage/Website

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01; [consultado 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

PROVAS TIPOGRÁFICAS

Serão da responsabilidade do Conselho Editorial, se os Autores não indicarem o contrário. Neste caso elas deverão ser feitas no prazo determinado pelo Conselho Editorial, em função das necessidades editoriais da Revista. Os autores receberão as provas para publicação em formato PDF para correcção e deverão devolvê-las num prazo de 48 horas.

ERRATA E RETRACÇÕES

A Acta Médica Portuguesa publica alterações, emendas ou retracções a um artigo anteriormente publicado. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

NOTA FINAL

Para um mais completo esclarecimento sobre este assunto aconselha-se a leitura do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* do International Committee of Medical Journal Editors, disponível em <http://www.ICMJE.org>.