



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Ana Rita de Carvalho Figueiredo  
Estratégias de comunicação clínica com crianças autistas

Abril, 2011

# FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Rita de Carvalho Figueiredo  
Estratégias de comunicação clínica com crianças autistas

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Psicologia Médica**

**Trabalho efectuado sob a Orientação de:  
Prof. Ana Teles**

**Revista:  
Revista Portuguesa de Clínica Geral**

Abril, 2011

**FMUP**

**Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"**

Eu, Ana Rita de Carvalho Figueiredo, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801140, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (acto 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, 19/04/2011

Assinatura: Ana Rita de Carvalho Figueiredo

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto  
2010/2011

Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

Nome: Ana Rita de Carvalho Figueiredo

Endereço electrónico: arc.figueiredo@hotmail.com Telefone ou Telemóvel: 966458034

Número do Bilhete de Identidade: 13017170

Título da **Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante** (cortar o que não interessa):

Estratégias de Comunicação Clínica com crianças autistas

Orientador:

Dra. Ana Teles

Ano de conclusão: 2011

Designação da área do projecto:

Psicologia Médica

É autorizada a reprodução integral desta ~~Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante~~ (cortar o que não interessar) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/04/2011

Assinatura: Ana Rita de Carvalho Figueiredo

# **Estratégias de comunicação clínica com crianças autistas**

Ana Rita Figueiredo. Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado de Medicina.

Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Ana Rita Figueiredo.

Contacto telefónico: +351966458034.

Endereço de correio electrónico: [arcfigueiredo@hotmail.com](mailto:arcfigueiredo@hotmail.com)

Endereço postal: Rua António Costa Pereira, nº 26, apart.113, 4465-283 S. Mamede Infesta

## **Estratégias de comunicação clínica com crianças autistas**

### **Resumo**

**Objectivos:** Elaborar uma revisão das competências de comunicação clínica úteis ao médico de família perante uma criança autista e os seus pais.

**Fontes de dados:** Portais electrónicos pubmed, ebsco e psyc.

**Métodos de revisão:** Revisão da literatura, usando como palavras-chave PEA (Perturbações do Espectro do Autismo), cuidados primários, comunicação e crianças autistas. Incluíram-se todos os artigos que abordassem estratégias de comunicação com as crianças autistas, num contexto clínico, e dificuldades associadas.

**Resultados:** A literatura, mesmo escassa, sublinha a importância de considerar as características próprias de cada criança, numa perspectiva centrada no doente. O recurso a estratégias específicas é útil na preparação do contexto, entrevista clínica e exame físico. Sugere-se uma entrevista prévia com os pais, para recolher informação relevante para instituir as adaptações necessárias e fornecer material que ajude a familiarizar a criança com o ambiente médico. É importante adequar o ambiente da sala de espera e do consultório. Toda a consulta deve ser conduzida com paciência, tranquilidade e flexibilidade. Na comunicação directa com a criança a linguagem deve ser clara, simples e positiva, recorrendo a suportes visuais e a assuntos do interesse da criança. Os diferentes passos do exame físico devem ser explicados e/ou demonstrados, reforçando positivamente a sua colaboração. O envolvimento e a colaboração dos pais é fundamental para tranquilizar a criança e facilitar a comunicação, devendo ser consideradas as suas preocupações.

**Conclusões:** A prestação de cuidados de saúde à criança autista constitui um desafio particular para o médico de família. A implementação de estratégias específicas facilita a comunicação e a construção da relação, promovendo a eficácia e a satisfação com os cuidados. É necessário o reforço da investigação futura, para confirmar a utilidade destas estratégias e criar novas sugestões e para futuro desenvolvimento de programas de treino em competências de comunicação clínica específicas para crianças com PEA.

**Palavras-chave:** PEA, cuidados primários, comunicação, crianças autistas.

**Tipologia do artigo:** Revisão.

## **Clinical communication strategies with autistic children**

### **Abstract**

**Objectives:** Review on clinical communication skills useful to the primary care physician when approaching a child with autism and their parents.

**Database:** Pubmed, ebsco and psyc digital archives.

**Review methods:** A review of the literature using the key-words ASD (Autism Spectrum Disorders), primary care, communication and autistic children. All the articles that mentioned communication strategies with autistic children, in clinical context, and associated difficulties were included.

**Results:** The literature, even though limited, emphasizes the importance of the child's own characteristics, in a patient-centered perspective. The use of specific strategies reveals itself useful to the preparation of the context, clinical interview and physical examination. A previous interview with the parents is advised, in order to collect important information to establish the necessary adaptations and provide material to help autistic children to get used to the medical environment. It is important to adapt the environment of the waiting room and medical office. The time spent with the patient must be conducted with patience, tranquility and flexibility. Direct communication with the child must be simple, positive, making further use of visual items and the child's own interests. The different phases of the physical exam must be explained and/or exemplified, reinforcing in a positive way the collaboration. Parent involvement and collaboration is essential to tranquilize the child and favor communication and their concerns should be regarded.

**Conclusions:** The provision of medical care, considering an autistic child represents a unique challenge to the doctor. The implementation of specific strategies makes the communication and the relation doctor-patient easier, promoting the efficacy and satisfaction with the health care. It is necessary the reinforce of future and further investigation, to validate the use of such strategies and create new suggestions and also to advance development of training programs regarding specific clinical communication skills to children with ASD.

**Key-words:** ASD, primary care, communication, autistic children.

## **Introdução**

A relação médico-doente assume um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde e as competências de comunicação determinam o sucesso desta relação.<sup>1</sup>

Uma comunicação clínica eficiente tem efeitos positivos no doente, na melhoria sintomática, no estado funcional e fisiológico, no controlo da dor e a nível emocional. Cada indivíduo experiencia a sua doença de forma única, por isso deve ser privilegiada a comunicação centrada no doente. Portanto, ao comunicar com o doente o profissional interessa-se pelos aspectos físicos do problema, mas também pelo ponto de vista do doente, suas crenças e expectativas, preocupações e emoções.<sup>2</sup>

O médico de família tem um papel importante na promoção da saúde infantil, já que acompanha o crescimento e desenvolvimento da criança no seu contexto familiar, incluindo as crianças com doenças crónicas como é o caso das Perturbações do Espectro do Autismo (PEA).

As PEA são definidas por défices qualitativos na interacção social e na comunicação, associados a padrões restritos e repetitivos do comportamento, interesses e actividades.

A nível social existe um compromisso no uso dos comportamentos não-verbais que regulam a interacção (contacto visual directo, expressão facial, posturas corporais e gestos), assim como falta de reciprocidade social, emocional, ausência de partilha espontânea de experiências, prazer ou interesses, além do fracasso em desenvolver relacionamentos com os pares.

O prejuízo da comunicação pode evidenciar-se pelo atraso (ou mesmo ausência) de desenvolvimento de linguagem verbal oral, sem tentativa de compensação por outros meios. No caso deste desenvolvimento ser adequado, o défice na comunicação pode manifestar-se pela incapacidade de iniciar ou manter uma conversa, pelo uso estereotipado e repetitivo da linguagem (por exemplo ecolália) ou linguagem idiossincrática, e pela carência de jogos de imitação social espontâneos.

Pode verificar-se ainda uma preocupação persistente com padrões estereotipados e restritos de interesses, rotinas ou rituais inflexíveis e disfuncionais, maneirismos motores estereotipados e repetitivos ou preocupação persistente com partes de objectos.<sup>3</sup>

São frequentes as dificuldades de integração sensorial, bem como alterações do humor (incluindo depressão), comportamentos bizarros, baixa tolerância à frustração, com acessos de

cólera sem motivo aparente, agitação psicomotora e défice de atenção.<sup>4,5</sup>

Para trabalhar num plano centrado na criança autista é importante a consciencialização e sensibilização acerca do autismo por parte do médico, que deve adquirir capacidades e conhecimentos para comunicar e apoiar estas crianças.<sup>6</sup>

Nas crianças autistas, ao papel do médico de família acresce a necessidade de reconhecimento de sinais de PEA, além do contributo na condução de uma investigação etiológica, indicação de aconselhamento genético, educação dos cuidadores,<sup>7</sup> referência das famílias para serviços especializados, coordenação dos cuidados numa equipa interdisciplinar e no acompanhamento e tratamento de problemas clínicos associados ao autismo como distúrbios do sono, problemas gastrointestinais, ansiedade e hiperactividade.<sup>8</sup>

No entanto, estando a comunicação e a interacção social comprometidas nestas crianças como características nucleares da própria doença, a comunicação clínica e a construção da relação constituem um desafio particular. Para prestar cuidados de saúde apropriados, o clínico deve considerar as características de cada criança, adaptando o contexto, a condução da entrevista e a realização do exame físico.

De uma forma geral, os profissionais de saúde não estão treinados especificamente para comunicar com indivíduos com PEA e podem sentir-se inseguros acerca da abordagem e apresentação da informação, de forma a que esta seja apreendida.<sup>9</sup>

Alguns médicos acreditam não ter o treino adequado necessário para avaliação das PEA.<sup>10</sup> Num estudo realizado acerca da importância do conhecimento dos clínicos, aproximadamente 40% dos profissionais deram aos pais informação adicional depois do diagnóstico e 15-34% aconselharam relativamente a programas médicos/educacionais, apenas 6% referiram para um centro especializado e 18% não deram informação adicional. Os cuidadores mais frequentemente procuram então informação nos média (internet, livros, vídeos), em conferências e no contacto com outros pais.<sup>7</sup>

Por outro lado, quando as crianças autistas recorrem a cuidados médicos, a falta de conhecimento e compreensão acerca de como comunicar com a criança é um factor que dificulta a consulta.<sup>10</sup> O profissional de saúde deve aprender mais sobre cada indivíduo com autismo (por exemplo, o seu método de comunicação preferido), de forma a implementar estratégias práticas que facilitem o acesso aos cuidados de saúde primários, minimizando a ansiedade e stress e permitindo um processamento da informação mais eficaz.<sup>8</sup>

Considerando o papel dos pais enquanto cuidadores da criança, a prestação de cuidados de saúde à criança com PEA requer que o médico de família comunique eficazmente e estabeleça

uma boa relação com os pais.<sup>11</sup> De facto, a ajuda e apoio dos profissionais é considerada como muito importante pelos pais.<sup>12</sup> No entanto, as famílias de crianças autistas estão menos satisfeitas com os cuidados primários recebidos do que as famílias de crianças com deficiências físicas ou atrasos mentais, no que diz respeito à capacidade de os médicos responderem às suas questões e compreenderem como o autismo afecta toda a família.<sup>11</sup> O envolvimento dos pais no apoio formal, a disponibilização de informação sobre os serviços de apoio disponíveis e o tempo decorrente entre a primeira consulta e o diagnóstico são factores preditivos da satisfação dos pais com os cuidados de saúde.<sup>12</sup>

Apesar de existir muita informação acerca das PEA, diagnóstico, défices associados e intervenções que pretendem melhorar a sua qualidade de vida, há pouca literatura que aborde estratégias de comunicação que facilitem a prestação de cuidados de saúde primários.

Este artigo tem por objectivo elaborar uma revisão das competências de comunicação clínica úteis ao médico dos cuidados de saúde primários perante uma criança autista, tendo em conta a importância do recurso ao treino dos pais em estratégias de comunicação.

## **Métodos**

Realizou-se uma revisão da literatura sobre estratégias de comunicação clínica úteis à prática do médico de família perante a criança com PEA, proporcionando-lhe melhor acesso aos cuidados de saúde primários. A revisão bibliográfica foi recolhida a partir dos portais electrónicos pubmed, ebsco e psyc, usando como palavras-chave PEA, cuidados primários, comunicação e crianças autistas. Foram também revistos artigos citados nos anteriores. Incluíram-se todos os artigos que abordassem estratégias de comunicação com as crianças autistas, num contexto clínico, e dificuldades associadas.

## **Resultados**

### **Preparação do contexto**

As visitas ao médico constituem um desafio para as crianças autistas, em virtude dos défices sociais e comunicativos e da dificuldade em lidar com mudanças na rotina diária.<sup>13</sup> Podem desencadear reacções de ansiedade e deixar memórias negativas, as quais podem influenciar significativamente as consultas futuras, resultando em comportamentos agressivos e acessos de cólera.<sup>4</sup> Portanto, é importante planear cuidadosamente o encontro, com benefício para a consulta actual e visitas médicas futuras.

Os pais têm um papel fundamental como intermediários, constituindo a fonte de informação mais útil para delinear estratégias e prestar assistência durante procedimentos médicos.<sup>14</sup> O envolvimento e treino dos pais da criança com PEA na implementação de estratégias de intervenção é um dos factores que contribuem para uma intervenção eficaz,<sup>15</sup> aumentando as capacidades comunicativas da criança e reduzindo a ansiedade, tanto dos pais como das próprias crianças.<sup>16</sup>

Uma conversa prévia de 15-30 minutos com os pais, pessoalmente ou pelo telefone, pode fazer uma diferença significativa na eficácia e qualidade da consulta.<sup>4</sup> A criança pode ter dificuldade em exprimir-se adequadamente e os pais, geralmente, conhecem melhor a forma como experiencia o mundo.<sup>9</sup> Este contacto prévio ajuda o médico de família a aprender com os pais a conhecer a criança.<sup>17</sup> É importante abordar dificuldades sensoriais, emocionais e comportamentais características da criança, como por exemplo a forma de reagir à presença de pessoas desconhecidas, à sua aproximação, ao toque ou ao ruído.<sup>18</sup> É necessário perceber a capacidade da criança para compreender e cumprir instruções. No caso da criança utilizar alguma forma de comunicação alternativa, é importante que se faça acompanhar dos quadros usados no dia-a-dia (por exemplo os Sistemas de Comunicação por Figuras) e daqueles eventualmente usados em situações médica ou de doença. O contacto prévio serve também para recolher informação sobre técnicas anteriormente usadas por outros profissionais de saúde e que se tenham mostrado úteis. É muitas vezes útil pedir para que a criança traga um brinquedo ou outro objecto familiar que a tranquilize e facilite o decorrer da consulta.<sup>4</sup>

O papel do ambiente, especialmente no contexto relacional é muito relevante para a criança com PEA. Perante situações de stress, a carga emocional excessiva pode ser libertada através de comportamentos agressivos dirigidos a pessoas ou a objectos,<sup>19</sup> pelo que o médico deve estar atento a qualquer factor que possa precipitar emoções negativas e comportamentos

disruptivos. Cada criança autista tem diferentes níveis de tolerância perante situações precipitantes de stress, que podem melhorar quando a criança confia no profissional.<sup>6</sup>

Perante ambientes pouco familiares, como o consultório ou a sala de espera, a criança com PEA pode apresentar reacções de ansiedade ou alterações de comportamentos, sejam comportamentos desajustados (como por exemplo rir quando outra criança chora)<sup>20</sup> ou mesmo auto-agressivos.<sup>21</sup> Tendo em vista a redução da ansiedade, o médico de família pode fornecer previamente aos pais fotografias da equipa e do consultório e/ou uma história descrevendo a consulta,<sup>4,9,22</sup> familiarizando a criança com o ambiente e rotinas da visita ao médico.

No dia da consulta, deve ser permitida a presença dos pais de forma a reduzir a ansiedade.<sup>20</sup> Da mesma forma, é importante tentar limitar o número de profissionais na equipa, para facilitar a identificação e reconhecimento do papel de cada um.<sup>14</sup>

A criança pode ser capaz de comunicar verbal e não-verbalmente num ambiente calmo e familiar, enquanto apresenta dificuldade em fazê-lo num ambiente agitado ou em situações de contacto social.<sup>9</sup> Portanto, o profissional de saúde deve procurar manter um ambiente tranquilo na sala de espera e consultório. Marcar consulta para uma hora menos movimentada (últimas consultas do dia, por exemplo), evitando que o tempo de espera seja prolongado, remover material desnecessário em ambos os espaços e manter a porta fechada ou colocar um sinal na porta (“não incomodar”) para evitar o ruído e interrupções são algumas medidas úteis.<sup>4,9,18</sup> Por outro lado, as dificuldades de integração sensorial são frequentes e muitas vezes incapacitantes nas crianças com PEA, podendo contribuir para o desencadear de episódios de ansiedade e de desorganização do comportamento.<sup>23,24,25</sup> A maioria destas crianças associa dificuldades ao nível da integração sensorial em diferentes modalidades, comparativamente com crianças com outros atrasos de desenvolvimento.<sup>26</sup> A ansiedade induzida por estímulos sensoriais particulares pode causar comportamentos agressivos e/ou estereotipados, como forma de descarga de tensão. É essencial que o clínico identifique o estímulo precipitante, para organizar o ambiente e as rotinas necessárias de forma a minimizar a exposição.<sup>25,26</sup> Frequentemente, a criança autista é hipersensível a determinados estímulos visuais como é o caso das luzes fluorescentes, que devem então ser evitadas nos consultórios.<sup>14,20</sup> Da mesma forma, podem reagir excessivamente ao som por dificuldades de processamento auditivo.<sup>26,27</sup> Neste caso, é importante identificar qualquer equipamento técnico com som ou vibração, diminuindo o volume ou desligando todos os equipamentos não essenciais no consultório e sala de espera. A reacção subjacente à hipersensibilidade ao cheiro também pode ser suprimida, evitando exposição a perfumes ou fumo de tabaco.

É importante que o profissional de saúde tenha atenção ao local onde a criança se situa, evitando sentá-la perto de portas, janelas ou escadas. Mesmo que o médico tente acautelar todos os aspectos referidos anteriormente, a criança pode ficar ansiosa e tentar fugir.<sup>14</sup>

O médico de família deve organizar um registo, documentando as técnicas que facilitarem a consulta e a prestação de cuidados de saúde à criança.<sup>22</sup>

Foi elaborado um folheto, em anexo, resumindo estratégias de comunicação que podem ser aplicadas durante a preparação do contexto, entrevista clínica e exame físico, quando as crianças autistas recorrem ao médico de família.

## **Entrevista Clínica**

Deve ser valorizada a presença e a colaboração dos pais da criança com PEA ao longo de toda a entrevista. Como referido anteriormente, desempenham um papel fundamental como intermediários, reduzindo a ansiedade da criança, promovendo a sua colaboração e constituindo uma fonte de informação valiosa (a respeito do motivo de consulta e sobre as características da criança).<sup>14,15,16</sup> É sabido, aliás, que o envolvimento dos pais nas intervenções terapêuticas tem efeitos positivos na capacidade de comunicação social e nos problemas comportamentais da criança autista.<sup>28</sup>

É importante que o médico de família conduza toda a entrevista com paciência e flexibilidade, mantendo uma atitude calma e uma postura relaxada. Além disso deve reconhecer e monitorizar os estímulos sensoriais que afectam o conforto da criança autista, bem como descobrir o que a acalma.

É necessário tolerar a falta de contacto ocular, característica da criança com PEA, em vez de a entender como falta de atenção,<sup>14</sup> já que num contexto social as crianças autistas estabelecem menos contacto visual do que as outras crianças.<sup>29</sup>

Frequentemente, a criança com PEA manifesta ansiedade na presença dos profissionais de saúde, pelo que no início da consulta é útil que o médico evite falar ou olhar directamente para a criança autista, para lhe dar tempo de se habituar à sua presença.<sup>9</sup> A aproximação não deve ser feita de forma brusca e autoritária, porque geralmente a criança responde de forma negativa, ignora ou não reage ao que foi dito e o médico passa a ser visto como uma barreira física ou outro objecto que invade o seu espaço.<sup>30</sup>

Tal como acontece com outras crianças, é importante promover a comunicação directa com a criança autista, com vantagens na obtenção de informação mais fidedigna e na construção

da relação. Para tal é importante conhecer adequadamente as características comunicacionais de cada criança, o que deverá ser abordado previamente com os pais. Por outro lado, ao dirigir-se à criança o médico de família deve aceitar que as atitudes comportamentais são uma forma de comunicação.<sup>30</sup>

Ao dirigir-se à criança com PEA é essencial que o médico utilize uma linguagem clara e simples, com recurso a frases curtas.<sup>9,14,18,20,30</sup>

Inicialmente devem ser colocadas questões e evitados os comentários, de modo a facilitar o início da interacção e aumentar a taxa de resposta.<sup>31</sup> O uso de *high-probability requests* (perguntas às quais as crianças geralmente respondem) é eficaz para aumentar as respostas e reacções, em lugar das *low-probability requests*, cujo resultado é geralmente ausência de resposta ou comportamento inadequado.<sup>32</sup> O sucesso do cumprimento de *low-probability requests* melhora quando estas são precedidas de *high-probability requests*.<sup>33</sup>

A escolha das palavras deve ser cuidadosa, porque as crianças autistas podem ter problemas de processamento verbal, mesmo quando possuem um vocabulário extenso.<sup>9,14,18,20,30</sup> Portanto, devem ser evitadas as metáforas e as expressões com duplo significado (por exemplo comentários que recorram ao humor ou à ironia<sup>34</sup>), pois as crianças autistas tendem a interpretar literalmente aquilo que é dito. Pelo contrário, é útil recorrer a conceitos específicos e concretos,<sup>14,18,20</sup> uma vez que estas crianças prestam mais atenção a detalhes concretos do que a informação que é compreendida a um nível abstracto.<sup>35</sup>

A palavra “não” deve ser substituída por linguagem positiva, de forma a facilitar o cumprimento de instruções, evitando acessos de cólera (dizer o que a criança deve fazer ao invés daquilo que não deve, por exemplo).<sup>30</sup>

Muitas crianças têm interesses particulares por determinados assuntos ou objectos. Falar destes assuntos pode proporcionar-lhes mais conforto e, simultaneamente, podem ser usados para ajudar a ilustrar conceitos difíceis (por exemplo: a comida é necessária como combustível para o corpo, tal como a gasolina para os carros).<sup>9,14,20</sup>

É vantajoso que a informação seja apresentada com recurso ao suporte visual, habitualmente mais fácil de processar para as crianças autistas.<sup>9,14</sup> É possível utilizar imagens, diagramas, fotos, desenhos, vídeos ou outras ilustrações que auxiliem a comunicação. Também é útil usar calendários com detalhes dos dias e horários (manhã, tarde, noite) em vez de expressões mais vagas como “agora” ou “mais tarde”.<sup>9</sup>

Para a criança sem linguagem verbal oral, as estratégias de comunicação aumentativa e alternativa (AAC) podem ser usadas como suporte. Estas técnicas incluem comunicação por

gestos, quadros de comunicação interactivos com símbolos visuais, aparelhos electrónicos geradores de voz, entre outros.

Na criança com PEA verifica-se uma incapacidade de se colocar no lugar do outro (Teoria da Mente), ou seja, uma dificuldade em perceber o que o outro está a pensar, a sentir e o que o outro espera numa interacção. Consequentemente, o comportamento do outro surge como confuso, imprevisível e, eventualmente, assustador.<sup>36</sup>

Neste mesmo sentido, são característicos o défice na capacidade espontânea de seguir o olhar de outra pessoa num contexto social<sup>37</sup> e a dificuldade na detecção de movimento social relevante,<sup>38</sup> bem como a existência de dificuldades no processamento de expressões faciais quando incorporadas num estímulo sócio-dinâmico<sup>29</sup> e no processamento cognitivo de sentimentos próprios e dos outros.<sup>39</sup> Portanto, na criança autista é característica uma maior dificuldade na compreensão da intenção do comunicador do que na das próprias palavras. Como tal, a linguagem não-verbal pode tornar-se num entrave à comunicação com a criança com PEA (ao contrário da função facilitadora que tem habitualmente).<sup>40</sup> A informação é processada de forma mais lenta se os gestos acompanharem o discurso,<sup>39</sup> dificultando a compreensão da mensagem. Torna-se essencial que o médico de família tenha atenção à linguagem não verbal utilizada, mantendo a comunicação o mais simples e directa possível, com pausas para que a criança possa pensar no que lhe foi dito ou pedido para fazer.<sup>30</sup>

O jogo simbólico, a criatividade e a imaginação (habitualmente facilitadores do desenvolvimento sócio-emocional)<sup>41</sup> estão comprometidos na criança com PEA.<sup>42,43</sup> A qualidade deste jogo simbólico reflecte a sua falta de experiência em identificar-se com atitudes e perspectivas de outras pessoas e a dificuldade na compreensão dos significados simbólicos.<sup>44</sup> Portanto, apesar do recurso ao jogo simbólico constituir uma forma privilegiada de comunicação com a maioria das crianças, habitualmente não é útil para comunicar com a criança autista.

É essencial que o clínico aborde e prepare antecipadamente a criança para os procedimentos necessários aos cuidados de saúde, descrevendo, explicando e evitando o factor surpresa, uma vez que habitualmente as crianças autistas dão preferência ao detalhe em vez da imagem global.<sup>9,14</sup> Caso seja necessário algum tratamento, deve tentar-se envolvê-la na tomada de decisão, na medida do possível (por exemplo, se quer comprimidos ou xarope e qual o sabor).<sup>4,14</sup>

## Exame Físico

O exame físico, requerendo uma maior proximidade física e o toque do médico, pode tornar-se particularmente ansiogénico para a criança com PEA. Portanto, nesta fase torna-se ainda mais importante a permissão da presença reconfortante dos pais e a sua colaboração.

Outra estratégia útil para manter a criança calma é o recurso a um brinquedo familiar ou outro objecto tranquilizador e que mantenha a criança distraída. Uma outra forma de o fazer é manter uma conversa acerca dos assuntos que interessem particularmente à criança ou propôr-lhe que conte os números ou recite o alfabeto.<sup>4,9,13,14,20,22</sup>

O médico de família deve manter a criança confortável, adequando a luz e o ruído dentro do possível, de acordo com as suas sensibilidades. É útil deixar a criança vestida o máximo de tempo possível, permitindo que se sente em cima da roupa se a textura do papel ou lençol que se encontram em cima da marquesa a incomodar.<sup>20</sup> As crianças autistas possuem um limiar de percepção táctil mais baixo que as outras crianças para estímulos vibratórios de elevada frequência, com maior sensibilidade às cócegas.<sup>45</sup>

Para realização do exame físico, o médico de família deve aproximar-se de forma calma e gentil,<sup>30</sup> informando a criança do que vai fazer e esperando que ela processe a informação.<sup>9</sup> Todos os procedimentos devem ser realizados passo a passo,<sup>9,17,20</sup> e cada passo previamente explicado (por exemplo “Vou medir a temperatura com o termómetro no ouvido durante 2 minutos” ou “Vou ouvir o teu coração com o estetoscópio”)<sup>14,20</sup> ou demonstrado à criança (por exemplo colocar o otoscópio no seu ouvido enquanto explica, e depois na criança),<sup>22</sup> com eventual recurso à imitação/role-modeling (por exemplo colocar uma caneta na axila de um boneco, pedindo depois à criança para fazer o mesmo no boneco e em si própria).<sup>4</sup> Pode recorrer-se igualmente à imitação sempre que a criança tiver dificuldade em executar o que lhe é pedido (por exemplo executando determinado movimento). Por vezes é possível permitir à criança, devidamente vigiada, que manipule os materiais médicos a serem usados.<sup>4,13,14,17,18</sup>

As crianças autistas com nível intelectual médio ou acima da média aderem melhor aos procedimentos médicos quando se recorre à imitação e a conversas sobre temas do seu interesse e quando lhes é dada a possibilidade de participar nas escolhas. Por outro lado, as crianças com PEA associada a atraso mental beneficiam mais com o uso de estratégias *high-probability requests/low-probability requests* e distração com contagem de números.<sup>4</sup>

Muitas vezes, o único indicador da presença de sintomas físicos (como dor) na criança com PEA é o aparecimento ou agravamento de alterações do comportamento, como agitação psicomotora e comportamentos auto ou heteroagressivos.<sup>13</sup> Da mesma forma, no decurso do

exame físico é essencial que o médico se mantenha muito atento a qualquer alteração do comportamento ou da expressão facial.<sup>46</sup> Os suportes visuais com escalas de dor podem tornar-se um auxiliar precioso.<sup>18</sup>

No decorrer de toda a consulta, mas especialmente durante o exame físico, é útil recorrer a reforços positivos, elogios e recompensas quando a criança faz correctamente o que lhe é pedido.<sup>4,14,18,20</sup> Pelo contrário, o profissional de saúde não deve reagir negativamente ou de forma punitiva quando a criança recusa um pedido ou tem qualquer comportamento inapropriado. A recompensa deve ser algo que motive a criança, como por exemplo a atenção dos pais, comida, uma pausa, actividade ou brinquedo favorito.<sup>4</sup>

## Conclusões

A prestação de cuidados de saúde à criança com PEA pode constituir um desafio particular para o médico de família. Por um lado, os défices ao nível da comunicação e interacção social característicos desta patologia constituem uma dificuldade acrescida na comunicação clínica e na construção da relação médico-doente. Por outro lado, os profissionais de saúde não estão habitualmente treinados de forma específica para comunicarem com indivíduos com PEA, pelo que muitas vezes se sentem inseguros.

No entanto, a criança autista requer os mesmos cuidados de saúde primários necessários a qualquer criança, acrescidos dos cuidados e intervenções direccionados à PEA.

Apesar da vasta literatura respeitante às PEA, seu diagnóstico, problemas associados e estratégias educativas e terapêuticas, é escassa a literatura que aborda a questão da comunicação clínica.

No entanto, os estudos sublinham a importância de considerar as características próprias de cada criança com PEA, numa perspectiva centrada no doente. Para tal, é essencial que o médico de família recorra num primeiro tempo aos pais, cuidadores habituais da criança, tendo em vista a preparação da consulta e recolha de informação acerca das características particulares de cada criança autista (incluindo os seus perfis sensorial e de comunicação, problemas emocionais e de comportamento associados, interesses particulares, etc). Esta preparação torna-se extremamente útil para a adaptação dos diversos aspectos relacionados com a consulta. De facto, na preparação do contexto de consulta, no decurso da entrevista clínica e durante a realização do exame físico, é útil a implementação de estratégias específicas, compiladas e fundamentadas ao longo deste artigo e resumidas no folheto em anexo. É essencial, mais uma vez, enfatizar o papel dos pais e a importância que estes dão ao apoio dos profissionais de saúde. Numa consulta bem sucedida deve ser privilegiado o envolvimento e a colaboração dos pais, tão importantes para tranquilizar a criança e facilitar a comunicação, e devem ser consideradas todas as suas preocupações.

Uma consulta em que as competências de comunicação clínica favorecem a estruturação da consulta e a construção da relação, torna-se numa consulta mais eficaz e que proporciona maior satisfação (da criança, dos pais e dos próprios profissionais) com os cuidados de saúde prestados.

Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde que lidam com crianças autistas estejam dispostos a adaptar o seu estilo de comunicação e interacção social às necessidades da criança autista, a dar sem esperar reciprocidade social, a usar a imaginação para tentar

compreender a mente da criança autista, a colaborar com os pais e a manter-se interessados em aprender sempre mais a respeito das PEA.<sup>6,47</sup>

É importante mais investigação futura sobre este tema, de forma a que possa ser confirmada a utilidade das estratégias revistas e sugeridas outras estratégias. Essa investigação, no futuro, poderá servir de base à implementação de programas de treino para profissionais de saúde, em competências de comunicação clínica específicas para crianças com PEA.

## Referências Bibliográficas

1. Shipman B. The role of communication in the patient-physician relationship. *J Leg Med.* 2010 Oct;31(4):433-42.
2. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995 May 1;152(9):1423-33.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV), Fourth Edition.* American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994.
4. Souders MC, Freeman KG, DePaul D, Levy SE. Caring for children and adolescents with autism who require challenging procedures. *Pediatr Nurs.* 2002 Nov-Dec;28(6):555-62.
5. Pearson DA, Loveland KA, Lachar D, Lane DM, Reddoch SL, Mansour R, Cleveland LA. A comparison of behavioral and emotional functioning in children and adolescents with Autistic Disorder and PDD-NOS. *Child Neuropsychol.* 2006 Aug;12(4-5):321-33.
6. Aylott J. Understanding and listening to people with autism. *Br J Nurs.* 2001 Feb 8-21;10(3):166-72.
7. Rhoades RA, Scarpa A, Salley B. The importance of physician knowledge of autism spectrum disorder: results of a parent survey. *BMC Pediatr.* 2007 Nov 20; 7:37.
8. Carbone PS, Farley M, Davis T. Primary Care for children with autism. *Am Fam Physician.* 2010 Feb 15; 81(4); 453-60.
9. Aylott J. Improving access to health and social care for people with autism. *Nurs Stand.* 2010 Mar 10-16;24(27):47-56.
10. Skellern, C., McDowell, M., Schluter, P.. Diagnosis of autistic spectrum disorders in Queensland: variations in practice. *J Paediatr Child Health.* 2005 Aug;41(8):413-8.
11. Liptak GS, Orlando M, Yingling JT, Theurer-Kaufman KL, Malay DP, Tompkins LA, Flynn JR. Satisfaction with primary care received by families of children with developmental disabilities. *J Pediatr Health Care.* 2006 Jul-Aug; 20(4): 245-52.

12. Renty J, Roeyers H. Satisfaction with formal support and education for children with autism spectrum disorder: the voice of the parents. *Child Care Health Dev.* 2006 May; 32(3): 371-85.
13. Myers SM, Johnson CP; American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics.* 2007 Nov;120(5):1162-82. Epub 2007 Oct 29.
14. – Shellenbarger T. Overview and helpful hints for caring for the ED patient with Asperger's syndrome. *J Emerg Nurs.* 2004 Jun;30(3):278-80.
15. Wallace KS, Rogers SJ. Intervening in infancy: implications for autism spectrum disorders. *J Child Psychol Psychiatry.* 2010 Dec;51(12):1300-20.
16. McConachie H, Diggle T. Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. *J Eval Clin Pract.* 2007 Feb; 13(1):120-9.
17. Inglese MD. Caring for children with autism spectrum disorder. Part II: screening, diagnosis, and management. *J Pediatr Nurs.* 2009 Feb;24(1):49-59.
18. Scarpinato N, Bradley J, Kurbjun K, Bateman X, Holtzer B, Ely B. Caring for the child with an autism spectrum disorder in the acute care setting. *J Spec Pediatr Nurs.* 2010 Jul;15(3):244-54.
19. Bronsard G, Botbol M, Tordjman S. Aggression in low functioning children and adolescents with autistic disorder. *PLoS One.* 2010 Dec 21;5(12):e14358.
20. Kirby B, Bashe PR, Class P. Asperger syndrome presents special challenges for nurses. *NurseWeek.* May 30, 2000.
21. Johnson CP, Myers SM; American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics.* 2007 Nov;120(5):1183-215. Epub 2007 Oct 29.
22. Golnik A, Maccabee-Ryaboy N. Autism: Clinical pearls for primary care. *Contemporary Pediatrics.* November 2010; 42-60.
23. Joosten AV, Bundy AC. Sensory processing and stereotypical and repetitive behaviour in children with autism and intellectual disability. *Aust Occup Ther J.* 2010 Dec;57(6):366-72.

24. Minshew NJ, Hobson JA. Sensory sensitivities and performance on sensory perceptual tasks in high-functioning individuals with autism. *J Autism Dev Disord.* 2008 Sep;38(8):1485-98.
25. Dawson G, Watling R. Interventions to facilitate auditory, visual, and motor integration in autism: a review of the evidence. *J Autism Dev Disord.* 2000 Oct;30(5):415-21.
26. Leekam SR, Nieto C, Libby SJ, Wing L, Gould J. Describing the sensory abnormalities of children and adults with autism. *J Autism Dev Disord.* 2007 May;37(5):894-910.
27. Alderson-Day B, McGonigle-Chalmers M. Is It a Bird? Is It a Plane? Category Use in Problem-solving in Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord.* 2010 Jul 30.
28. Symon JB. Expanding Interventions for Children With Autism: Parents as Trainers. *J Posit Behav Interv.* July 2005 vol. 7 no. 3 159-173.
29. Speer LL, Cook AE, McMahon WM, Clark E. Face processing in children with autism- Effects of stimulus contents and type. *Autism.* May 2007 vol. 11 no. 3 265-277.
30. Browne ME. Communicating with the child who has autistic spectrum disorder: a practical introduction. *Paediatr Nurs.* 2006 Feb;18(1):14-7.
31. Jones CD, Schwartz IS. When asking questions is not enough: an observational study of social communication differences in high functioning children with autism. *J Autism Dev Disord.* 2009 Mar;39(3):432-43.
32. Davis CA, Brady MP, Hamilton R, McEvoy MA, Williams RE. Effects of high-probability requests on the social interactions of young children with severe disabilities. *J Appl Behav Anal.* 1994 Winter;27(4):619-37.
33. McComas JJ, Wacker DP, Cooper LJ. Increasing compliance with medical procedures: application of the high-probability request procedure to a toddler. *J Appl Behav Anal.* 1998 Summer;31(2):287-90.
34. Pexman PM, Rostad KR, McMorris CA, Climie EA, Stowkowy J, Glenwright MR. Processing of Ironic Language in Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorder. *J Appl Behav Anal.* 2010 Nov 9.

35. Ropar D, Peebles D. Sorting preference in children with autism: the dominance of concrete features. *J Autism Dev Disord.* 2007 Feb;37(2):270-80.
36. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a "theory of mind"?. *Cognition.* 1985 Oct;21(1):37-46.
37. Nation K, Penny S. Sensitivity to eye gaze in autism: is it normal? Is it automatic? Is it social?. *Dev Psychopathol.* 2008 Winter;20(1):79-97.
38. Kaiser, M.D., Delmolino, L., Tanaka, J.W., Shiffrar, M., Comparison of visual sensitivity to human and object motion in autism spectrum disorder. *Autism Res.* 2010 Aug;3(4):191-5.
39. Hill E, Berthoz S, Frith U. Brief report: cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. *J Autism Dev Disord.* 2004 Apr;34(2):229-35.
40. Baron-Cohen S. Hey! It was just a joke! Understanding propositions and propositional attitudes by normally developing children and children with autism. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 1997;34(3):174-8.
41. Boucher J. Editorial: interventions with children with autism-methods based on play. *Child Lang Teach Ther.* February 1999 vol. 15 no. 1 1-5.
42. Murdock LC, Hobbs JQ. Picture Me Playing: Increasing Pretend Play Dialogue of Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord.* 2010 Sep 25.
43. Craig J, Baron-Cohen S. Creativity and imagination in autism and Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord.* 1999 Aug;29(4):319-26.
44. Hobson RP, Lee A, Hobson JA. Qualities of symbolic play among children with autism: a social-developmental perspective. *J Autism Dev Disord.* 2009 Jan;39(1):12-22.
45. Blakemore SJ, Tavassoli T, Calò S, Thomas RM, Catmur C, Frith U, Haggard P. Tactile sensitivity in Asperger syndrome. *Brain Cogn.* 2006 Jun;61(1):5-13. Epub 2006 Feb 24.
46. Nader R, Oberlander TF, Chambers CT, Craig KD. Expression of pain in children with autism. *Clin J Pain.* 2004 Mar-Apr;20(2):88-97.

47. Peeters T. The training of professionals and parents in autism. In: Peeters I, Gillberg C, eds. Autism: Medical and Educational Aspects. Whurr Publishers, London.

## **Agradecimentos**

Agradeço à Dra. Ana Teles, orientadora neste projecto, pelo apoio, empenho e disponibilidade demonstrados, sem os quais a elaboração deste artigo não teria sido possível.

## A criança autista e a relação com o médico

A relação médico-doente assume um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde, e as competências de comunicação determinam o sucesso desta relação.

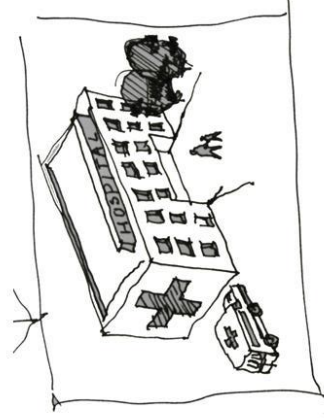
O médico de família tem um papel importante na promoção da saúde infantil, já que acompanha o crescimento e desenvolvimento da criança no seu contexto familiar, incluindo as crianças com doenças crónicas como é o caso das Perturbações do Espectro do Autismo (PEA).

As PEA são definidas por défices qualitativos na interação social e na comunicação, associados a padrões restritos e repetitivos do comportamento, interesses e atividades.

Portanto, dado o compromisso ao nível da comunicação e da interação social, a comunicação clínica e a construção da relação constituem um desafio particular no caso da criança autista. Para prestar cuidados de saúde apropriados, o clínico deve considerar as características de cada criança, adaptando o contexto, a condução da entrevista e a realização do exame físico.

Os pais têm um papel importante como intermediários, sendo a melhor fonte de informação útil para delinear estratégias de comunicação e complementar a recolha de informação, sendo fundamental que acompanhem a sua criança durante os cuidados médicos.

# Quando a criança autista vai ao médico...



**U. PORTO**  
FMUP FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Estratégias de comunicação clínica com crianças autistas  
Psicologia Médica

Aluna: Ana Figueiredo  
Orientadora: Dra. Ana Teles

## Preparação do Contexto

Preparar a entrevista através de conversa prévia com os pais (pessoalmente ou pelo telefone).

- Descobrir e antecipar dificuldades a nível sensorial (por ex. reacção ao ruído, ao toque, etc.).
- Averiguar as dificuldades de comunicação e eventuais estratégias utilizadas (pedir para levar consigo os recursos usados diariamente, como sejam os quadros de comunicação).

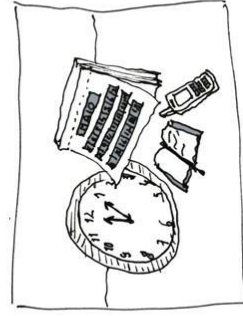
Fornecer previamente aos pais fotografias da equipa e do consultório e/ou uma história descrevendo a consulta.

Agendar a consulta para uma hora menos movimentada (últimas consultas do dia, por exemplo), evitando que o tempo de espera seja prolongado.

Manter ambiente tranquilo na sala de espera e consultório, com poucos estímulos visuais e auditivos, removendo o material que seja desnecessário em ambos os espaços.

Permitir e incentivar a presença dos pais na consulta.

Tentar limitar o número de profissionais na equipa, facilitando a identificação e reconhecimento do papel de cada um.



## Entrevista Clínica



Conduzir toda a entrevista com paciência e flexibilidade, mantendo uma atitude calma e uma postura relaxada.

Reconhecer e monitorizar todos os estímulos sensoriais que afectem o conforto da criança.

Tolerar a falta de contacto ocular da criança, que não deve ser entendida como falta de atenção.

Nos momentos iniciais da consulta, evitar falar ou dirigir o olhar directamente para a criança autista para lhe dar tempo de se habituar à presença do médico.

Comunicar com a criança através de uma linguagem clara e simples, com recurso a frases curtas.

Recorrer aos assuntos pelos quais a criança revele particular interesse.

Colocar questões, de modo a facilitar o início da interacção, evitando comentários.

Evitar uso de metáforas e expressões que recorram ao humor e à ironia.

Utilizar calendários com detalhes dos dias e horários (manhã, tarde, noite) em vez de expressões mais vagas como "agora" ou "mais tarde".

Substituir a palavra "não" por linguagem positiva, facilitando o cumprimento de instruções.

Apresentar a informação com recurso a suporte visual: imagens, diagramas, fotos, desenhos, vídeos ou outras ilustrações.

Preparar antecipadamente a criança para os procedimentos necessários, descrevendo-os e explicando-os de forma a evitar o factor surpresa.

Explicar à criança os tratamentos necessários e envolvê-la nas decisões (por exemplo se quer comprimidos ou xarope e qual o sabor).

## Exame Físico



Manter os pais presentes.

Permitir a presença de um brinquedo ou outro objecto que tranquilize a criança e a mantenha distraída.

Manter a criança confortável, adequando a luz e o ruído de acordo com a sua sensibilidade.

Deixar a criança vestida o máximo de tempo possível, permitindo que se sente em cima da roupa, se a textura do papel ou lençol a incomodar.

Aproximar-se da criança de forma calma e gentil. Explicar e/ou demonstrar os passos do exame, com recurso eventualmente à imitação.

Permitir que a criança, devidamente vigiada, manipule os materiais médicos a serem usados.

Manter atenção particular a qualquer alteração do comportamento ou da expressão facial no decurso do exame físico, muitas vezes únicos indicadores de sintomas físicos como dor.

Reforçar positivamente, elogiar e recompensar a cooperação da criança e não reagir negativamente ou de forma punitiva quando a criança recusa um pedido ou tem qualquer comportamento inapropriado. A recomendação deve ser algo que motive a criança (atenção dos pais, comida, uma pausa, actividade ou brinquedo favorito, etc).

# 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 designada por Normas), que consistem numa revisão e actualização das normas publicadas em 2007.<sup>1</sup> Estas normas serão publicadas anualmente na Revista Portuguesa de Clínica Geral. 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 2009; 25: 130-144. 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 preenchem os critérios de autoria, devem ser mencionadas nos agradecimentos. Não se

incluem aqui pessoas ou entidades que tenham contribuído exclusivamente com o financiamento do trabalho.

### Conflito de interesse

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 de potenciais conflitos de interesses 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.

### 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<sup>2,3</sup> e os documentos incluídos na rede EQUATOR (*Enhancing the Quality and Transparency of Health Research*).<sup>4</sup>

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.

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,<sup>5</sup> dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME<sup>6</sup> ou dos descritores da PORBASE (Índice de Assuntos).<sup>7</sup> 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).<sup>8</sup>

#### 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.<sup>2,3</sup> Os autores são encorajados a seguir as normas STROBE<sup>9</sup> para estudos observacionais, CONSORT<sup>10</sup> para ensaios clínicos, as normas STARD<sup>11</sup> para estudos de acuidade diagnóstica, as normas COREQ<sup>12</sup> para estudos qualitativos, as normas SQUIRE<sup>13</sup> para estudos de avaliação de qualidade.

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

**Estrutura:** Deve incluir um **Título**, um **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave**. O corpo do artigo deve ser subdividido em: **Introdução**, **Métodos**, **Resultados**, **Discussão**. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O arti-

go 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 vieses 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 estruturado, incluindo os 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 um **Título**, um **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave**. O corpo de texto é subdividido em: **Introdução, Descrição do caso, 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, incluindo os 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 (previamente chamada QUOROM) para revisões sistemáticas<sup>14</sup> e MOOSE para meta-análises de estudos observacionais.<sup>15</sup> Os autores de artigos de revisão baseada na evidência podem considerar úteis as recomendações publicadas na revista *American Family Physician*.<sup>16</sup>

**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 um **Título**, um **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave**. O corpo de texto é subdividido em: **Introdução, Métodos, Resultados, 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 objec-



tivo 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 necessários. 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, incluindo os 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 melhoria 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 um **Título**, um **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave**. 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 um **Título**, um **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave**. 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 um **Título**, um **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave**. 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, 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 um **Título**, um **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave**. 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 revisão 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 um **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** e um corpo do artigo. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

**Corpo do artigo:** A estrutura do corpo do artigo é livre.

**Resumo:** Não existe estrutura obrigatória.

### POEM

**Conteúdo:** Nesta secção comentam-se POEMs

(*Patient-Oriented Evidence that Matters*) editados em várias publicações. Os conceitos relacionados com os POEMs já foram extensamente revistos.<sup>17,18</sup>

**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**.

### 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 importância do artigo e apresentar alguns dados da sua experiência ou de outros estudos que apoiem ou não as conclusões do artigo comentado.

### 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*.<sup>19</sup>

**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.

## 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

## ORGANIZAÇÃO FORMAL DOS ARTIGOS

## Formatação dos ficheiros electrónicos submetidos

Os artigos devem ser dactilografados em qualquer processador 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.
2. Um resumo que não deve ultrapassar as 300 palavras. 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 ou curtas frases usando de preferência termos da lista de descritores médicos MeSH,<sup>5</sup> dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME<sup>6</sup> ou dos descritores da PORBASE (Índice de Assuntos).<sup>7</sup>
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 tecto

Deverá conter o início do capítulo Referências Bibliográficas.

#### Primeira página a seguir a referências bibliográficas

Deverá incluir o capítulo Agradecimentos, quando este exista.

#### 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.<sup>2,3</sup> 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 mar-

gem. 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.<sup>2,3</sup>

#### Normas de estilo

O uso de abreviaturas e símbolos, bem como as unidades de medida, devem estar de acordo com as normas internacionalmente aceites.<sup>2,3</sup>

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 duma 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 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.<sup>5</sup>

*Estudos mais recentes, efectuados por Di-Franza e colaboradores,<sup>7</sup> 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;<sup>9,15,21</sup>

(...) comparativamente a esses estudos,<sup>6-9</sup>

(...) tabaco a menores de 18 anos e a de regulamentar a venda de tabaco através de máquinas automáticas.<sup>4,7-9</sup>

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](mailto: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, 97-1.º 1050-190 Lisboa.

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 obedecem 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 responsável. Esse editor fará uma apreciação sumária e apresentará o artigo em reunião do Conselho Editorial. 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.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Clínica Geral. Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral. *Rev Port Clin Geral* 2007 Jan-Fev; 23 (1): 75-82.
- 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 Jan-Fev; 23 (1): 778-98.
- 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 17/02/2009]. Disponível em: <http://www.ICMJE.org>
- The EQUATOR Network. Enhancing the Quality and Transparency of Health Research [página na Internet]. Oxford: Minervation Ltd; [acedido em 2009/02/17]. Disponível em: <http://www.equator-network.org/>
- US National Library Medicine. Medical Subject Headings [página na Internet]. Bethesda: National Library Medicine; [actualizado em 2008/12/18; acedido em 2009/02/17]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>
- BIREME. Descritores em ciências da saúde (DeCS) [página na Internet]. São Paulo: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; [actualizado em 10/06/2008; acedido em 17/02/2009]. Disponível em <http://decs.bvs.br/>
- Biblioteca Nacional. Porbase - Base Nacional de Dados Bibliográficos [página na Internet]. Lisboa: Biblioteca Nacional; [actualizado em 27/06/2007; acedido em 17/02/2009]. Disponível em: <http://www.porbase.org/projectos/terminologias-clip.html>
- 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 17/01/2009; acedido 17/02/2009]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>
- von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* 2008 Apr; 61 (4): 344-9.
- Moher D, Schulz KF, Altman DG, the CONSORT Group. The CONSORT Statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *Ann Intern Med* 2001 Apr 17; 134 (8): 657-62.
- Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al; the STARD Group. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative. *Clin Chem* 2003 Jan; 49 (1): 1-6.
- 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.
- Davidoff F, Batalden P, Stevens D, Ogrinc G, Mooney S; Standards for Quality Improvement Reporting Excellence Development Group. Publication guidelines for quality improvement studies in health care: Evolution of the SQUIRE Project. *J Gen Intern Med* 2008 Dec; 23 (12): 2125-30.
- Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. *Quality of Reporting of Meta-analyses. Lancet* 1999 Nov 27; 354 (9193): 1896-900.
- Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. *JAMA* 2000 Apr 19; 283 (15): 2008-12.
- 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.
- Sanchez JP. Simplesmente POEMs. *Rev Port Clin Geral* 2005 Nov-Dez; 21(6): 631-4.
- Mateus M, Sanchez JP. POEMs: glossário e níveis de evidência. *Rev Port Clin Geral* 2006 Mai-Jun; 22 (3) :400-4.
- Charnock D, editor. The DISCERN Handbook: quality criteria for consumer health information on treatment choices. Oxford: Raddcliffe Medical Press Ltd; 1998.

