



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Ana Teresa Correia de Sousa

Proposta de classificação automática na atribuição de
prioridades de referenciação dos cuidados primários de saúde a
um centro de mama

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Teresa Correia de Sousa

Proposta de classificação automática na atribuição de
prioridades de referência dos cuidados primários de saúde a
um centro de mama

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Cirurgia

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Prof. Doutora Maria João Cardoso

Co-Orientação de:

Prof. Doutor Ricardo Correia

Elaborado segundo normas da revista científica:

Acta Obstetrica e Ginecologica Portuguesa

Abril, 2011

FMUP

Unidade Curricular “Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante”

Eu, **Ana Teresa Correia de Sousa**, abaixo assinado, nº mecanográfico **050801145**,
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, **01/03/2011**

Assinatura: Ana Teresa Correia de Sousa

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 Teresa Correia de Sousa

Endereço electrónico: ____ med05145@med.up.pt ____ **Telefone ou Telemóvel:** _916748012

Número do Bilhete de Identidade: 13214242

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

Proposta de classificação automática na atribuição de prioridades de referenciação dos cuidados primários de saúde a um Centro de Mama

Orientador:

Prof. Doutora Maria João de Viseu Botelho Cardoso Aires de Campos

Co-Orientador:

Prof. Doutor Ricardo João Cruz Correia

Ano de conclusão: 2011

Designação da área do projecto:

Cirurgia

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, 01/03/2011

Assinatura: Ana Teresa Correia de Sousa

Proposta de classificação automática na atribuição de prioridades de referenciação dos cuidados primários de saúde a um centro de mama

Proposal of an automatic classification tool for primary care priority referral to a breast centre

Ana Sousa*, Ricardo Correia**, Maria Cardoso***

* Estudante do 6ºano do Mestrado Integrado em Medicina

** Professor do Departamento de Bioestatística e Informática Médica

*** Professora do Departamento de Cirurgia

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

ABSTRACT

Overview and aims: Error in the attribution of priority levels for subsequent hospital referral in patients with breast findings is one of the factors responsible for increasing waiting times in scheduling appointments in a speciality outpatient clinic with a subsequent predictable delay of real urgent cases. The objectives of this study are: (1) to determine the rate of inaccurate attribution of priority levels assigned to patients in primary care and subsequently referred for a speciality outpatient clinic in a breast centre (2) to find detectable causes behind the misclassification; (3) to propose an automatic classification tool for priority referrals to a Breast Centre, aiming at minimizing classification errors.

Study design: Retrospective study.

Population and methods: We carried out a retrospective study of patient's referrals from primary care to a specialist outpatient breast clinic using records saved in a software database specially designed for breast centres, the BreastCare©. We assessed the total number of referrals, proportion of urgent, medium and non-urgent referrals, and also proportion of incorrect level of urgency referrals according to the final diagnosis. The pathology result was used as the gold standard.

Results: Errors in priority attribution from primary care were found in 51% of urgent referrals. In 10.7% cases of malignant lesions were classified as non urgent. In the case of confirmed benign lesions, 43.8% were incorrectly classified regarding priorities. Errors were more frequent in the age group - 45 to 64 years (36.4%) and in patients with lower education degrees - first to fourth grade (35.3%).

Conclusion: Primary care physicians refer more accurately malignant cases to specialist breast clinics than benign ones. Creation of objective criteria for referral may help to reduce errors.

Keywords: breast diseases, priorities, referrals, breast clinic, primary care, health services research.

INTRODUÇÃO

A incidência mundial do cancro de mama tem vindo a aumentar anualmente e é responsável por cerca de 23% de todos os novos casos de cancro na população feminina. Anualmente são diagnosticadas mais de 1.100.000 mulheres com cancro da mama em todo o mundo e cerca de 410.000 morrem com esta neoplasia ¹.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005, o cancro da mama foi responsável pela maior parte das mortes por doença oncológica registadas entre as mulheres portuguesas, sendo a sua taxa de mortalidade de cerca de 20/100.000 ². Estima-se que anualmente surjam aproximadamente 4.500 novos casos de cancro da mama, na população portuguesa, número que demonstra o impacto e a importância desta neoplasia maligna em Portugal ³. A atenção do público em geral e a atribuída pela comunicação social, ao cancro da mama tem crescido recentemente, e com esse crescimento, também aumentou a necessidade de acesso a serviços especializados no diagnóstico e tratamento do cancro da mama ^{4, 5}. A necessidade do acesso a serviços especializados no serviço público é avaliado pelo médico de família caso o achado dos meios complementares de diagnóstico justifique o reencaminhamento a uma unidade especializada, de acordo com as recomendações disponíveis ⁶.

Em Portugal a dimensão dos erros de classificação no que diz respeito à atribuição de prioridades na referência de doentes com queixas mamárias não foi até à data avaliada. Para identificar a dimensão deste problema na prática clínica, foi conduzido um estudo retrospectivo usando os registos hospitalares da base de dados do *software* BreastCare[®], contendo as informações clínicas dos pacientes referenciados para o Centro de Mama do Hospital de S. João. O BreastCare[®] é uma aplicação informática desenvolvida pelo Serviço de Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em parceria com o Centro de Mama do Hospital de S. João do Porto, que serve de suporte às actividades clínicas desse mesmo centro ⁷. A aplicação disponibiliza aos profissionais de saúde meios tecnológicos que apoiam a prestação de cuidados, estando integrada com os restantes Sistemas de Informação clínicos e administrativos do Hospital em que o referido Centro de Mama se insere, permitindo assim uma visão global do processo clínico.

Porque os critérios de referência são essencialmente subjetivos e quando errados podem motivar esperas desnecessárias em casos urgentes, foi desenvolvido uma ferramenta, de tipo algoritmo médico, de classificação automática na atribuição de prioridades de referência dos cuidados primários de saúde a um centro de mama. Um algoritmo médico é uma computação, fórmula, exame estatístico nomograma ou tabela look-up, útil em cuidados de saúde. A finalidade pretendida com algoritmos médicos é melhorar e estandardizar a selecção e a aplicação de regimes de tratamento, reduzindo a introdução potencial de erros ⁸.

Os objectivos deste estudo são: (1) determinação da taxa de inadequada de níveis de prioridade atribuídos a pacientes nos cuidados primários referenciados posteriormente para um centro especializado de mama; (2) determinação das possíveis causas de erro na classificação dos níveis de prioridade; (3) proposta de ferramenta automática de atribuição de níveis de prioridade de referência para um centro especializado de mama, como tentativa de diminuição dos erros de classificação.

MÉTODOS

Dados analisados

Foram considerados as referências recebidas dos centros de saúde, através do sistema ALERT P1[®] ou através de fax para os centros de saúde que não têm ainda este sistema disponível (Figura 1). Não foram consideradas as referências internas (provenientes de outros serviços do Hospital de S. João). Foram excluídos os doentes do sexo masculino.

Entre Setembro de 2009 e Dezembro de 2010, foi conduzido um estudo retrospectivo de 1410 doentes. Os dados foram obtidos através do acesso à base de dados do software BreastCare[®]. As variáveis recolhidas neste estudo encontram-se na Figura 2.

Determinação da taxa de inadequada atribuição de níveis de prioridade atribuídos a pacientes nos cuidados primários de saúde referenciados posteriormente para um centro especializado de mama.

A taxa de erro na referência dos achados da mama pelos médicos de família foi avaliada através da avaliação da concordância entre os níveis de urgência por eles atribuídos e os níveis de urgência considerados verdadeiros tendo em conta o diagnóstico final do centro de mama. As associações consideradas incorrectas foram: nível de prioridade não urgente/urgência média na presença de lesão maligna; nível prioridade urgente com presença de lesão benigna; qualquer nível de prioridade na ausência de lesão mamária.

Para aumentar o tamanho da amostra os pedidos de consulta com prioridade Urgência Média e Não-urgente foram avaliados em conjunto. Foram calculados os intervalos de confiança para níveis de significância de 95%, e comparados para verificação de significado estatístico dos resultados.

Determinação de possíveis causas de atribuição errada de níveis de prioridade.

Foram avaliadas as influências da idade, da escolaridade e do tipo de lesão apresentada pela paciente. Foram cruzados os valores referentes ao nível de prioridade e diagnóstico final para todos os subgrupos de cada uma das categorias definidas.

Relativamente à idade, os casos foram estratificadas em quatro subgrupos: menos de 24 anos de idade; 25-44 anos; 45-64 anos; e acima de 65 anos de idade.

Os subgrupos usadas na estratificação da escolaridade foram: 1º-4º ano; 5º-9º ano; 10º-12º ano; Curso Superior (Bacharelato a Doutoramento).

As categorias usadas para estratificar o tipo de lesão (detectada pela Anatomia Patológica) apresentada pelos pacientes foram: Maligna, Benigna e Sem lesão.

Na avaliação destas possíveis causas de errada atribuição de níveis de prioridade foram calculados os intervalos de confiança para nível de significância de 95%, e comparados para verificação de significado estatístico do outcome. As associações consideradas correctas foram: nível de prioridade não urgente/urgência média com presença de lesões benignas e nível de prioridade urgente com presença de lesão maligna.

Proposta de ferramenta automática de atribuição de níveis de prioridade de referência para um centro de mama.

Numa tentativa de melhorar a classificação por parte dos centros de saúde foi desenvolvido, juntamente com o grupo de informática médica do CIDES (Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde), uma ferramenta automática de referência – BreastCHECK (Figura 3). A ferramenta foi desenvolvida com base nas Recomendações Nacionais para Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama do Alto Comissariado da Saúde⁶.

RESULTADOS

O BreastCare[®] continha registos referentes a 1410 doentes no intervalo de tempo considerado. No entanto a base de dados encontrava-se incompleta em cerca de 85% dos casos. Assim, o número de registos válidos variou de 190 a 225 conforme as variáveis usadas nas várias análises.

Determinação da taxa de inadequada atribuição de níveis de prioridade em pacientes nos cuidados primários de saúde referenciados posteriormente para um centro especializado de mama.

Das referências enviadas com nível de prioridade urgente, 51,0% foram erradamente referenciadas. Das referências com nível de urgência média/não urgente, 20,3% foram classificadas com nível de prioridade incorrecto. [Quadro I].

Determinação de possíveis causas de atribuição errada de níveis de prioridade.

Em relação à influência da idade dos pacientes na referenciação, a faixa etária [<24] anos registou menor percentagem de erro (12,5%). As pacientes na faixa etária [45-64] anos de idade foram as que apresentaram a maior percentagem de erro (45,5%) [Quadro II]. Quando o nível de prioridade era Não-urgente ou Urgência média, as pacientes com cancro da mama apresentavam médias de idade superiores (67 anos). As pacientes que não tinham lesão maligna eram mais jovens: 49 anos (sem lesão) e 45 anos (lesão benigna). Quando o nível de prioridade era Urgente, a média de idades foi maior entre as pacientes que não tinham lesão (64 anos) [Quadro III].

Em relação à influência da escolaridade das pacientes na referenciação dos achados da mama, a classe [curso superior] obteve menor percentagem de erro (22,5%). A escolaridade [5º-9º] intermédia obteve a menor percentagem de lesões malignas (17,2%). As pacientes com escolaridade [1º- 4º] foram as que maior percentagem de erro apresentaram (42,4%) [Quadro IV].

Em relação à lesão apresentada, 43,8 % de lesões benignas foram mal referenciadas, à semelhança de 4,9% de malignas e de todas as ausências de lesão (como previamente considerado). [Quadro V].

Proposta de ferramenta automática de atribuição de níveis de prioridade de referência para um centro especializado de mama.

Uma ferramenta automática de atribuição de níveis de prioridade de referência foi desenvolvida – BreastCHECK (Figura 3) - com base nas recomendações vigentes de referência⁶. As características clínicas estão agrupadas em 3 grupos, cada um com cor vermelha, amarela ou verde. A escolha por parte do usuário da ferramenta apenas de características do grupo verde levará à sugestão da não necessidade de referência para consulta de especialidade. A escolha apenas de características do grupo laranja ou do grupo laranja mais características do grupo verde, levará à sugestão de atribuição de nível de prioridade não urgente. A escolha de características do grupo vermelho (basta uma) isolada ou juntamente com características de outro grupo, levará à sugestão da necessidade de referência para consulta de especialidade com carácter urgente.

O uso da ferramenta foi acompanhado estatisticamente após ter sido solicitado a um informático a sua implementação em ambiente web. A ferramenta foi divulgada no site MGFamiliar.net a partir de 16 de Fevereiro, tendo havido um crescimento no número de visitas para uma média diária de 5,5 visitas em Fevereiro e de 5 em Março. (Figura 3).

DISCUSSÃO

Determinação da taxa de inadequada atribuição de níveis de prioridade atribuídos a pacientes nos cuidados primários de saúde referenciados posteriormente para um centro especializado de mama.

Vários estudos britânicos⁹ têm mostrado que a categorização das referências pelos médicos de família é inadequada com cerca de 22,5% de pacientes com cancro a serem classificados com nível de prioridade não urgente. Segundo Imkampe, um grande número de pacientes com achados benignos na mama é referenciado como Urgente, prolongando conseqüentemente o tempo de espera para referências verdadeiramente prioritárias¹⁰. No presente estudo, apenas 10,7% das lesões malignas foram classificadas com prioridade que não a Urgente [Quadro I]. Para um nível de significância de 95% (NS=95%) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o presente estudo e o estudo britânico⁹ no que diz respeito à taxa de casos de cancro da mama classificados como Não urgentes (10,7% *versus* 22,5%). Deste modo, a classificação de achados malignos da mama, neste estudo, tem uma acuidade superior à apresentada pelo estudo britânico.

Neste estudo, 32,9% das lesões benignas foram classificadas pelos médicos de família como urgentes, valor que se encontra muito acima do considerado como tolerável em relação à associação prioridade urgente/lesão benigna. As lesões inflamatórias (abcessos, cistos infectados), apesar de benignas, podem ser consideradas urgentes¹². No entanto, estes casos urgentes representam apenas uma minoria das lesões benignas, e não podem ser por isso consideradas a causa desta errada atribuição de prioridades pois não representam mais de 5% das lesões benignas.

Em 51,0% das referências urgentes os médicos de família atribuíram esse nível de prioridade erradamente. Em 20,3% atribuíram erradamente nível de urgência média/ não urgente. As diferenças foram estatisticamente significativas (NS=95%). O impacto desta patologia na sociedade e conseqüentemente a pressão das pacientes sobre os médicos pode ter contribuído para estas elevadas taxas de erro.

Determinação de possíveis causas de atribuição errada de níveis de prioridade.

Verificou-se ser estatisticamente significativo ($p=0,002$) que os médicos de família, no caso de lesões benignas, atribuem mais níveis de prioridade Urgente em pacientes mais velhas [Quadro I].

Enquanto os extremos do espectro de condições malignas e benignas são relativamente fáceis de diagnosticar, existem dificuldades quando as condições clínicas são menos óbvias. Em mulheres mais jovens com mamas densas em que a acuidade dos exames disponíveis é baixa, a pressão para uma segunda opinião dada por um especialista pode ser elevada apesar de a probabilidade de cancro da mama permanecer baixa ¹³. No entanto, no presente trabalho verificou-se que é na faixa etária [<24] anos que ocorrem menos taxas de erros na classificação dos achados mamários pelos médicos de família (12,5%) , e é na faixa etária [45 – 64] anos que ocorre a maior proporção de classificações erradas (45,5%) [Quadro II].

Na atribuição de níveis de prioridade, os médicos de família demonstram uma maior capacidade em excluir correctamente as pacientes que não têm lesões malignas, atribuindo um nível de prioridade adequado quando a idade da paciente se encontra entre 25 a 44 anos, em relação àquelas que têm idade superior a 45 anos *inclusivé*. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p<0,01$) na média de idade das pacientes com determinada lesão conforme o nível de prioridade com que foram referenciadas. Quando o nível de prioridade era Não-urgente ou Urgência média, as pacientes com cancro da mama apresentavam médias de idade superiores (67 anos) quando comparadas com as que não tinham lesão maligna. Assim, verifica-se que quando as pacientes têm mais idade, os médicos de família, tendem a aumentar a prioridade, pois eventualmente, estão mais preocupados com a probabilidade de cancro. Por outro lado, as pacientes com mais idade com cancro da mama são referenciadas com nível de prioridade inferior ao correcto, uma vez que em pacientes com idade acima dos 65 anos os médicos de família, provavelmente já não estão tão preocupados pois mesmo sendo maior a probabilidade de cancro habitualmente, os tumores diagnosticados nestas idades, têm melhor prognóstico ^{10, 11} [Quadro III].

Foi no grupo de pacientes com curso superior que ocorreram menos erros na atribuição de prioridade dos achados mamários pelos médicos de família (22,5%) [Quadro IV]. Por outro lado, é na escolaridade [1^o-4^o] que ocorre a maior proporção de atribuições erradas (42,4%). No entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas taxas de erro de atribuição de níveis de prioridade pelo médico de família nas diferentes escolaridades.

Em relação ao tipo de lesões apresentadas pelas pacientes (maligna, benigna ou sem lesão) verificou-se 100% de erro na atribuição de níveis de prioridade quando o diagnóstico final era “sem lesão” uma vez que na ausência de lesão não se deve referenciar. Quanto às lesões malignas, 10,7% foram mal referenciadas, à semelhança de 32,9% de lesões benignas [Quadro V]. Os resultados foram estatisticamente significativos (NS=95%).

Proposta de ferramenta automática de atribuição de níveis de prioridade de referência para um centro especializado de mama.

A atribuição de níveis de urgência inadequados atrasa as consultas verdadeiramente urgentes. O atraso no diagnóstico em períodos superiores a três meses (do primeiro sintoma ao tratamento ou desde a primeira consulta ao tratamento) tem um efeito adverso no percurso da doença (nível de evidência 2) ¹⁴. Daí a importância de combater os erros na atribuição de níveis de prioridade à consulta de especialidade. Futuros estudos revelarão a real utilidade desta ferramenta na melhoria na atribuição dos níveis de prioridade.

REFERÊNCIAS

¹ GERVÁSIO H. Nova terapêutica para o carcinoma da mama reduz em 17% o risco de morte. *Anamnesis* 2006; 15(156):14-6

² World Health Organization: The impact of cancer. Available from URL: http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBasePolicyMaker/reports/ReporterFullView.aspx?id=5 Geneva.

³ Bastos J. Evolução da mortalidade por Cancro da Mama em Portugal (1955-2002). *Acta Med Port* 2007; 20: 139-144

⁴ Patel RS. One stop breast clinics – victims of their own success? A prospective audit of referrals to a specialist breast clinic. *European Journal of Surgical Oncology* 2000; 26: 452-454

⁵ Love RR. Global cancer research initiative. *Cancer Manag Res* 2010; 2:105-9.

⁶ Recomendações Nacionais para Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama, Alto Comissariado da Saúde. Disponível em URL:

http://www.acs.min-saude.pt/files/2009/09/acs_cancro-mama_low.pdf

⁷ Silva V. Study of clinical workflow and information flow of a breast care unit. *HealthInf* 2010; p.294-301.

⁸ Kantor G. Medal: The Medical Algorithm Project. *MEDINFO* 2001.

⁹ Baughan P. Auditing the diagnosis of cancer in primary care: the experience in Scotland. *Br J Cancer* 2009; 3:101 Suppl 2:S87-91.

¹⁰ Imkampe A. Two-week rule: Has prioritisation of breast referrals by general practitioners improved?, *The Breast* 2006; 15: 654–658

¹¹ Eberl MM. Characterizing breast symptoms in family practice, *Ann Fam Med* 2008; 6:528-33.

¹² Dixon JM. Treatment of breast infection. *BMJ* 2011; 11:342:d396.

¹³ Cochrane RA. Evaluation of general practitioner referrals to a specialist breast clinic according to the UK national guidelines. *European Journal of Surgical Oncology* 1997; 23:198-201

¹⁴ Richards MA, Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999;353(9159):1119-26.

Legendas das figuras:

Figura 1: Processo desde a chegada do pedido dos Centros de Saúde até à consulta no Centro de Mama do Hospital de S. João.

*fax para os CS que não têm ALERT disponível

Figura 2: Informação da base de dados Breastcare[®] utilizada no estudo.

CM - Médico do Centro de Mama.

MF - Médico de Família.

Figura 3: BreastCHECK - ferramenta automática de referenciação desenvolvida com base nas Recomendações Nacionais para Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama do Alto Comissariado da Saúde.

Anexos

Figuras

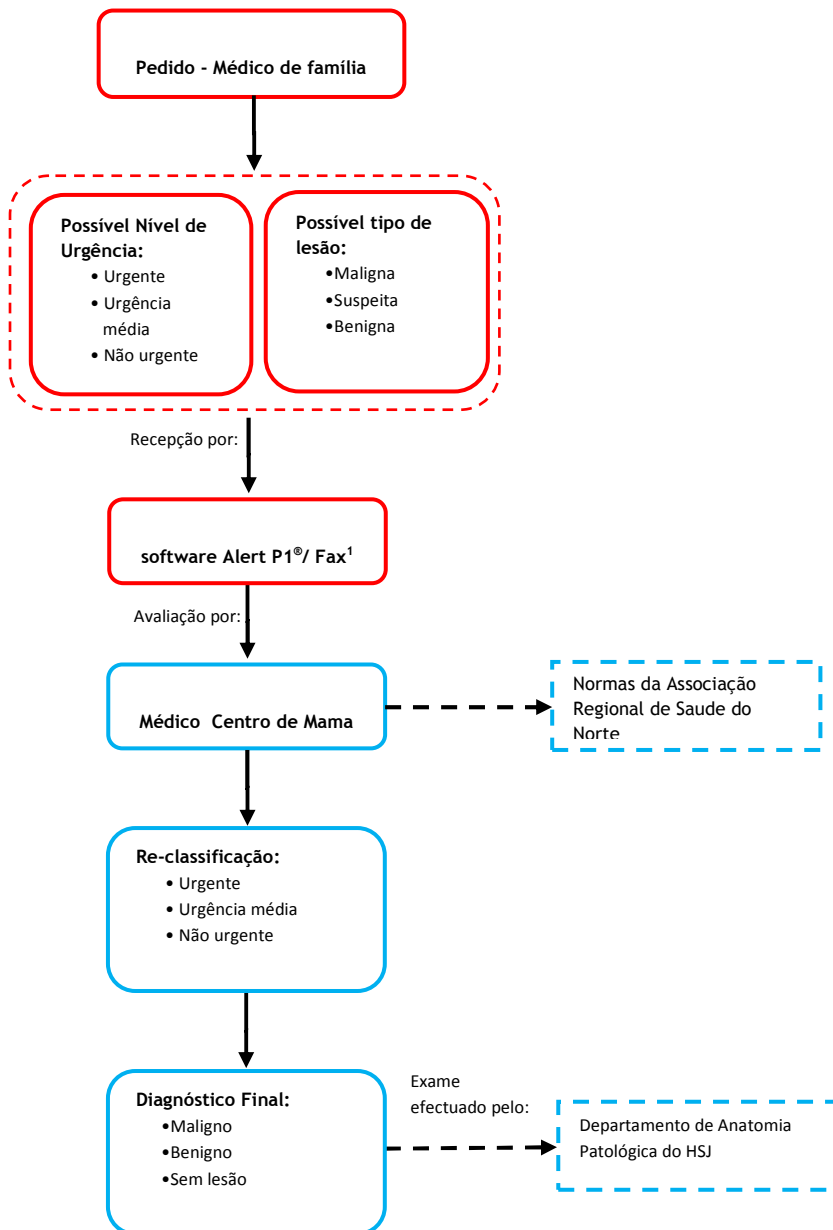


Figura 1

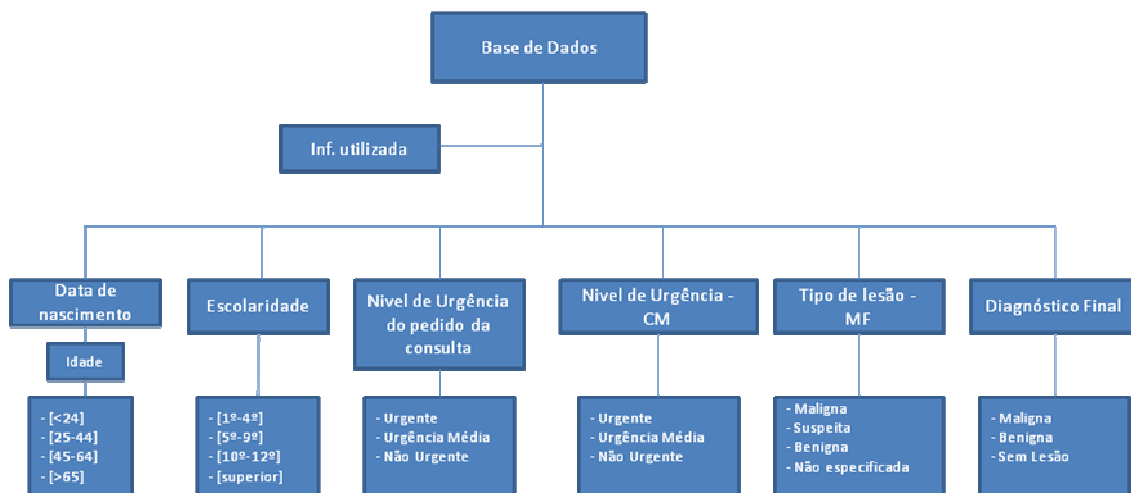


Figura 2

1. Seleccione os critérios	2. Resultado
<input type="radio"/> Nódulo dominante, de aparecimento recente, em mulher com idade superior a 30 anos.	
<input type="radio"/> Ulceração.	
<input type="radio"/> Nódulos cutâneos.	
<input type="radio"/> Retração cutânea.	
<input type="radio"/> Eczema mamilar.	
<input type="radio"/> Retração mamilar recente.	
<input type="radio"/> Corrimento mamilar, sanguinolento, unicanalicular e espontânea.	
<input type="radio"/> Nódulo dominante, de aparecimento recente, em mulher com idade inferior a 30 anos.	
<input type="radio"/> Modificação das características de nódulo existente e sob vigilância.	
<input type="radio"/> Empastamento que persiste após o período menstrual.	
<input type="radio"/> Abosso mamário.	
<input type="radio"/> Cisto mamário dominante ou isolado recorrente após aspiração.	
<input type="radio"/> Dor associada a nódulo.	
<input type="radio"/> Dor intratável que não responde a medidas simples como tranquilização da doente, correção do suporte das mamas e fármacos comuns.	
<input type="radio"/> Corrimento mamilar persistente e não hemática em mulher com idade superior ou igual a 50 anos.	
<input type="radio"/> Mulher pré-menopáusicas ou pós-menopáusicas com THS com nodularidade dolorosa simétrica das mamas sem anomalias localizadas.	
<input type="radio"/> Mulher com dor mamária não incapacitante e sem lesões clínicas ou imagiológicas (estabelecer o carácter cíclico ou não da dor).	
<input type="radio"/> Mulher com menos de 50 anos com escorrência mamilar pluricanalicular ou intermitente, não sanguinolenta e não incomodativa.	

Figura 3

Quadros e legendas:

Nível de Prioridade	Diagnóstico Final		
	Maligna	Benigna	Sem lesão
	[M(dp)n]	[M(dp)n]	[M(dp)n]
Urgente	57(14)50	53(11)46	64(6)6
Urgência Média	67(12)6	44(12)34	51(15)5
Não-urgente	0	45(16)60	49(15)13
p	0,095	0,002	0,069

Quadro I: Médias de idades e número de pacientes presentes em cada categoria definida por um nível de urgência de pedido de consulta e um diagnóstico final. Análise estatística por One Way ANOVA considerando $p < 0,01$ (M - média de idade (anos); dp - desvio padrão; n - número de casos).

Idade (anos)	Urgente n(%)				Urgência média + Não Urgente n(%)				
	M	B	SL	Total	M	B	SL	Total	
<24	0	1(100)	0	1	0	7 (100)	0	7	
25-44	7(50)	7(50)	0	14	0	51 (90)	6 (10)	57	
45-64	29(47)	30(48)	3(5)	62	3 (8)	25 (68)	9 (24)	37	
>65	14(56)	8(32)	3(12)	25	3(18)	11 (64)	3 (18)	17	
Total	50(49)	46(45)	6(6)	102	6 (5)	94 (80)	18 (15)	118	

Quadro II: Número e percentagem de pacientes de cada faixa etária com respectivo nível de prioridade e lesão (M- Maligna; B- Benigna; SL-Sem Lesão)

Diagnóstico Final				
Nível de Prioridade	Maligna	Benigna	Sem lesão	Total
Urgente	56,6	53,4	64,2	66,8
Urgencia Média/ Não-urgente	66,8	44,7	49,2	46,5

Quadro III:

Média de idade das pacientes com determinada lesão conforme o nível de prioridade com que foram referenciadas. Análise estatística por One-Way ANOVA. Resultados obtidos com $p < 0,01$.

Escolaridade	Urgente n(%)				Urgência média + Não Urgente n(%)			
	M	B	SL	Total	M	B	SL	Total
1°-4°	22 (47)	24 (51)	1 (2)	47	5(13)	27 (71)	6 (16)	38
5°-9°	10 (46)	10 (46)	2 (9)	22	0	33 (92)	3 (8)	36
10°-12°	7(54)	5 (38)	1 (8)	13	0	12 (71)	5 (29)	17
Superior	9 (69)	4 (31)	0	13	0	15 (83)	3 (17)	18
Total	48 (51)	43 (45)	4 (4)	95	5 (5)	87 (80)	17 (15)	109

Quadro IV:

Número e percentagem de pacientes de cada escolaridade com respectivo nível de prioridade e lesão (M- Maligna; B- Benigna; SL-Sem Lesão)

Diagnóstico Final				
Suspeita de Lesão	Benigna	Maligna	Sem lesão	Total
Benigna	82	1	12	95
Suspeita	46	34	5	85
Maligna	0	24	0	24
Não especificado	18	2	1	21
Total	146	61	18	225

Quadro V: Tipo de lesões suspeitadas pelo médico de família e verdadeiras lesões (diagnóstico final) respectivas. Apresentação do número de casos.

ACTA OBSTETRICA E GINECOLOGICA PORTUGUESA

Órgão oficial da Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia
Official journal of the Federation of Portuguese Societies of Obstetrics and Gynecology

REGRAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS

REGRAS GERAIS

1. Os artigos deverão ser **submetidos exclusivamente** à Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, não podendo estar a ser simultaneamente considerados para publicação noutra revista. Serão considerados para publicação artigos que foram previamente rejeitados noutras revistas e os autores são livres de submeter os artigos não aceites por esta revista a outras publicações.
2. Todos os artigos são submetidos à revista por iniciativa dos seus autores, excepto os artigos de revisão que poderão também ser elaborados a convite dos Editores.
3. Os dados constantes do artigo não podem ter sido previamente publicados, total ou parcialmente, noutras revistas. Deste âmbito, exclui-se a publicação sob forma de resumo em actas de reuniões científicas.
4. Os autores poderão no prazo de 3 meses re-submeter uma única vez os artigos rejeitados pela revista, os quais serão encarados como novas submissões.
5. Os **requisitos para autoria** de artigos nesta revista estão em consonância com os *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*, disponível em www.icmje.org/icmje.pdf.
6. Os autores são responsáveis pela verificação cuidadosa dos textos na primeira submissão, bem como nas eventuais versões modificadas e nas provas finais do artigo.

SUBMISSÃO ONLINE DE ARTIGOS

1. Os artigos são submetidos exclusivamente na página de submissões da revista em www.editorialmanager.com/aogp.
2. A revista aceita cinco tipos diferentes de artigos:
 - ESTUDO ORIGINAL
 - ARTIGO DE REVISÃO
 - CASO CLÍNICO
 - ARTIGO DE OPINIÃO
 - CARTA AO EDITOR
3. Todos os artigos necessitam de um **título em Inglês** que não pode exceder 150 caracteres incluindo espaços.
4. A **lista de autores** deve incluir o **primeiro** e **último(s) nome(s)** de cada um, juntamente com as funções académicas e hospitalares actuais. Para os artigos de revisão, artigos de opinião e casos clínicos não se aceitam mais do que **5** autores. Para os estudos originais são aceites até **8** autores, podendo este número ser excedido em estudos corporativos que envolvam mais de dois centros. Um dos autores é designado "responsável pela correspondência" e os seus contactos devem ser fornecidos na página de submissões da revista.
5. Os estudos originais, artigos de revisão, artigos de opinião e casos clínicos necessitam de incluir um **resumo em inglês** que não pode exceder 300 palavras. Este texto não pode incluir qualquer referência aos autores ou à instituição onde o estudo foi realizado. A estrutura é diferente de acordo com o tipo de artigo:
 - **ESTUDO ORIGINAL** – parágrafos com os títulos **Overview and Aims, Study Design, Population, Methods, Results, and Conclusions**.
 - **OUTROS** – estrutura livre.
6. Os estudos originais, artigos de revisão, artigos de opinião e casos clínicos necessitam de incluir 1 a 5 **palavras-chave**, segundo a terminologia MeSH (www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html).
7. Todos os artigos necessitam de um **título em Português** que não pode exceder 150 caracteres incluindo espaços.
8. É necessário indicar o nome e localização da(s) **instituição(ões)** onde a investigação teve lugar.
9. É da responsabilidade dos autores informar os Editores de possíveis **conflitos de interesse** relacionados com a publicação, bem como de publicações anteriores dos dados.

INFORMATION FOR AUTHORS

GENERAL RULES FOR SUBMITTING ARTICLES

1. Manuscripts should be **submitted exclusively** to Acta Obstetrica e Ginecologica Portuguesa, and may not be under simultaneous consideration for publication in other journals. Manuscripts that have been previously rejected by other journals will be considered for publication, and authors are free to submit those that have been rejected by this journal elsewhere.
2. All manuscripts are submitted to the journal on the authors' initiative, except for revision articles that may also be submitted on invitation from the Editors.
3. Data presented in the manuscript must not have been previously published, in whole or in part, in another journal. This does not include publications in the form of abstract in proceedings of scientific meetings.
4. Authors may re-submit a rejected article once, within 3 months of the decision. Re-submitted articles will be considered as new submissions.
5. **Requirements for authorship** of manuscripts in this journal are in accordance with *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*, available at www.icmje.org/icmje.pdf.
6. Authors are responsible for carefully checking their texts before first submission, as well as with subsequent revised versions, and in the final proofs of the manuscript.

ONLINE SUBMISSION OF ARTICLES

1. Articles are submitted exclusively at the journal submission site: www.editorialmanager.com/aogp.
2. The journal accepts five different types of articles:
 - ORIGINAL STUDY
 - REVIEW ARTICLE
 - CASE REPORT
 - OPINION ARTICLE
 - LETTER TO THE EDITOR
3. All articles must contain a **title in English**, which should not exceed 150 characters in length, including spaces.
4. The **list of authors** should include their first and last name(s), together with current academic and hospital positions. No more than **5** authors are accepted for review articles, opinion articles and for case reports. For original studies up to **8** authors will be accepted, and this number may be exceeded in corporate studies involving more than two centres. One of the authors will be designated as "responsible for correspondence" and his/her contact information should be made available at the journal submission site.
5. Original studies, review articles, opinion articles and case reports must include an **abstract in English**, which should not exceed 300 words. The text must not include any reference to the authors or to the institution where research took place. The structure of the abstract varies according to the article type:
 - **ORIGINAL STUDY** – paragraphs with the headings **Overview and Aims, Study Design, Population, Methods, Results, and Conclusions**.
 - **OTHERS** – free structure.
6. Original studies, review articles, opinion articles and case reports must include 1-5 **keywords**, according to MeSH terminology (www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html).
7. All articles must include a **title in Portuguese**, which cannot exceed 150 characters in length, including spaces.
8. The names and locations of the **institution(s)** where research was conducted must be supplied.
9. It is the responsibility of authors to inform the Editors about potential **conflicts of interest** related with the publication, as well as about previous reports of the same data.

PREPARAÇÃO DO TEXTO, TABELAS E FIGURAS

1. Os ficheiros submetidos com o texto principal do artigo, tabelas e figuras não devem ter qualquer referência aos autores ou à(s) instituição(ões) onde a investigação foi realizada.

2. Todos os textos submetidos devem ter **duplo espaço entre linhas**, usando a fonte **Times New Roman de 11 pontos**.

3. O **texto principal do artigo** tem estrutura e dimensão máxima (excluindo referências) de acordo com o tipo de artigo:

- **ESTUDO ORIGINAL** – secções divididas com os títulos: **Introdução, Métodos, Resultados e Discussão**; dimensão máxima **3000** palavras.
- **ARTIGO DE REVISÃO** – estrutura livre; dimensão máxima **5000** palavras.
- **ARTIGO DE OPINIÃO** – estrutura livre; dimensão máxima **1500** palavras.
- **CASO CLÍNICO** – secções divididas com os títulos **Introdução, Caso Clínico e Discussão**; dimensão máxima **1500** palavras.

4. As investigações que envolvem seres humanos ou animais devem incluir no texto uma declaração relativa à existência de aprovação prévia por uma **Comissão de Ética** apropriada. Com seres humanos é ainda necessário incluir uma declaração relativa à solicitação de **consentimento informado** dos participantes.

5. As **abreviaturas** devem ser empregues com moderação e definidas por extenso aquando da primeira utilização, tanto no resumo como no texto principal do artigo.

6. Devem ser sempre utilizados os nomes genéricos dos **medicamentos**, excepto quando o nome comercial é particularmente relevante. Neste caso, devem ser acompanhados do símbolo ®.

7. Os **equipamentos** técnicos, **produtos** químicos ou farmacêuticos citados no texto devem ser seguidos entre parentesis do nome do fabricante, cidade e país onde são comercializados.

8. No final do texto principal os autores podem incluir os **agradecimentos** que queiram ver expressos no artigo.

9. As **referências** deverão ser numeradas consecutivamente na ordem em que são mencionadas no texto, tabelas ou legendas de figuras, usando números arábicos em sobrescrito; exemplo ^{1,2,3}. Os artigos aceites para publicação mas ainda não publicados podem ser incluídos na lista de referências no formato habitual, usando o nome da revista seguido da expressão *in press*. As comunicações pessoais, abstracts em livros de resumos de congressos, páginas web e artigos ainda não aceites não podem ser incluídos na lista de referências.

- **ESTUDO ORIGINAL** – máximo de 50 referências.
- **ARTIGO DE REVISÃO** – máximo de 125 referências.
- **ARTIGO DE OPINIÃO** – máximo de 20 referências.
- **CASO CLÍNICO** – máximo de 20 referências.

10. A **lista des referências** deve seguir as normas do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* www.icmje.org/icmje.pdf. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com a lista da National Library of Medicine, disponível em <http://nmlpubs.nlm.nih.gov/online/journals/lijweb.pdf>.

Exemplo de artigos publicados em revistas:

Grant JM. The whole duty of obstetricians. BJOG 1997;104:387-92.

Exemplo de Capítulos de livros:

Goldenberg RL, Nelson KG. Cerebral Palsy. In: Maternal-Fetal Medicine (4th Edition). Creasy RK, Resnik R (eds). WB Saunders;1999:1194-214.

11. Os **quadros** são submetidos em formato digital, separadamente do texto principal. Devem ser numerados sequencialmente em numeração romana (I, II, III, IV etc.) e não apresentar linhas verticais internas; as únicas linhas horizontais a incluir são na margem superior e inferior do quadro e após os títulos das colunas. Os dados contidos nos quadros e nas legendas devem ser concisos e não devem duplicar a informação do texto. As **legendas dos quadros** devem ser submetidas nos mesmos ficheiros dos quadros.

12. As **figuras** devem ser numeradas sequencialmente na ordem que aparecem no texto, usando numeração arábica (1, 2, 3, etc.) e submetidas em formato digital, em ficheiros separados do texto principal e dos quadros. Podem ser submetidas figuras a preto e branco ou a cores. As **legendas das figuras** devem ser submetidas dentro do texto principal, numa página separada, após as referências.

13. Após aceitação de um artigo, mas antes da sua publicação, os autores deverão enviar por email à revista o **Formulário de Garantia dos Autores**, disponível em www.aogp.com.pt/authors_form.pdf, assinado por todos.

CARTAS AO EDITOR

1. As cartas ao Editor referem-se em principio a artigos publicados nos últimos dois números da revista, mas poderão ocasionalmente também ser publicadas cartas sobre outros temas de especial interesse. Se for considerado relevante o Editor Chefe solicitará uma **resposta** dos autores do artigo original.

2. As cartas ao Editor e as respostas dos autores não devem exceder **750 palavras** nem **5 referências**.

PREPARATION OF THE MANUSCRIPT, TABLES AND FIGURES

1. Uploaded files containing the main manuscript, tables and figures must not contain any reference to the authors or to the institution(s) where research was conducted.

2. All texts should be submitted **double spaced**, using an **11-point Times New Roman** font.

3. The structure and maximum dimensions (excluding references) of the **main manuscript** vary according to the type of article:

- **ORIGINAL STUDY** – separate sections with headings: **Introduction, Methods, Results and Discussion**; limit of **3000** words.
- **REVIEW ARTICLE** – free structure; limit of **5000** words.
- **OPINION ARTICLE** – free structure; limit of **1500** words.
- **CASE REPORT** – separate sections with headings: **Introduction, Case Report and Discussion**; limit of **1500** words.

4. All research involving human subjects or animals should contain a statement in the text regarding the existence of prior approval by an appropriate **Ethics Committee**. With human subjects it is also necessary to include a statement concerning the request of **informed consent** from participants.

5. **Abbreviations** should be used sparingly and written in full extent at first usage, both in the article's abstract and in the full body of the text.

6. **Drugs** should always be referred to by their generic names, except when the trade name is of particular relevance. In this case they should be accompanied by the symbol®.

7. Technical **equipments**, chemical or pharmaceutical **products** cited in the text should be followed in brackets by the name of the manufacturer, city and country where they are commercialised.

8. At the end of the main text, authors may include the **acknowledgments** that they would like published in the article.

9. **References** should be numbered consecutively in the order that they are first mentioned in the text, tables or figure legends, using arabic numbers in superscript; i.e ^{1,2,3}. Papers accepted for publication but not yet published may be cited in the reference list in the usual format, using the journal name followed by the words *in press*. Personal communications, abstracts published in congress proceedings, web pages, and articles submitted for publication but still under evaluation may not be cited as references.

- **ORIGINAL STUDY** – maximum of 50 references.
- **REVIEW ARTICLE** – maximum of 125 references.
- **OPINION ARTICLE** – maximum of 20 references.
- **CASE REPORT** – maximum of 20 references.

10. The **reference list** should follow the guidelines of the *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* www.icmje.org/icmje.pdf. Journal titles should be abbreviated according to the National Library of Medicine list, available at <http://nmlpubs.nlm.nih.gov/online/journals/lijweb.pdf>.

Example of articles published in scientific journals:

Grant JM. The whole duty of obstetricians. BJOG 1997;104:387-92.

Example of Book chapters:

Goldenberg RL, Nelson KG. Cerebral Palsy. In: Maternal-Fetal Medicine (4th Edition). Creasy RK, Resnik R (eds). WB Saunders;1999:1194-214.

11. **Tables** are to be submitted in digital format, separately from the main manuscript. They should be numbered sequentially with roman numerals (I, II, III, IV etc.) and must not display internal vertical lines; the only horizontal lines that should appear are above and below the table, and following the column headings. Data contained in the tables should be concise and must not duplicate the information given in the text. **Table legends** should be submitted in the same files as the tables.

12. **Figures** should be numbered sequentially in the order that they appear in the text, using arabic numerals (1, 2, 3, etc.) and submitted in digital format, in separate files from those of the main manuscript and tables. Both black-and-white and colour figures may be submitted. **Figure legends** should be submitted within the main manuscript file, on a separate page, following the references.

13. After acceptance of an article, but before its publication, the authors must send to the journal by email the **Authors' Guarantee Form**, available at www.aogp.com.pt/authors_form.pdf, signed by all.

LETTERS TO THE EDITOR

1. Letters to the Editor usually refer to articles published in the last two issues of the journal, but those addressing other themes of special interest may occasionally be published. If considered relevant, the Editor-in-Chief will ask for a **reply** from the authors of the original article.

2. Letters to the Editor and replies from the authors should not exceed **750 words** nor **5 references**.