



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Ana Raquel Martins Marques
Evidência na Abordagem da
Cessação Tabágica

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Raquel Martins Marques
Evidência na Abordagem da
Cessação Tabágica

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Geral e Familiar

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Dra. Maria João Sena Esteves

Revista Científica de Referência:

Revista Portuguesa de Clínica Geral

Abril, 2011

FMUP

Nome: Ana Raquel Martins Marques

Endereço electrónico: med05136@med.up.pt Telemóvel: 915131170

Número do Bilhete de Identidade: 13237398

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

Evidência na Abordagem da Cessação Tabágica

Orientador:

Dr.ª Maria João Martins Sena Esteves

Ano de conclusão: 2011

Designação da área do projecto:

Medicina Geral e Familiar

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, 20/04/2011

Assinatura: Ana Raquel Martins Marques

Projecto de Opção do 6º ano - DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Ana Raquel Martins Marques, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801136, 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, 20/04/2011

Assinatura: Ana Raquel Martins Marques

Evidência na Abordagem da Cessação Tabágica

RESUMO

Introdução: O consumo de tabaco é a principal causa de morte evitável. A promoção da cessação tabágica é um dos principais meios para obter, num país, a diminuição da prevalência de fumadores a curto prazo. A presente monografia tem como principal objectivo comparar a eficácia dos vários tipos de abordagens disponíveis: não farmacológica, farmacológica e medicinas alternativas.

Fontes de Dados: Foi realizada, na *Pubmed*, uma pesquisa sistemática de artigos publicados entre 2000 e 2010, nas línguas Portuguesa, Inglesa e Espanhola, usando os seguintes termos *MESH*: *smoking cessation, tobacco, therapy, epidemiology, economical evaluation, cost-effectiveness*. Foram também consultados os sites *Organização Mundial de Saúde, Direcção Geral de Saúde e Revista Portuguesa de Clínica Geral*.

Métodos de Revisão: Obtiveram-se 36 artigos na *Pubmed*. No total foram incluídas 57 publicações.

Resultados: Medidas farmacológicas: vareniclina é recomendada como sendo bem tolerada e eficaz como tratamento de primeira linha para a cessação tabágica, tal como a bupropiona e a Terapia de Substituição da Nicotina; antidepressivos, como a nortriptilina, são considerados de segunda linha. Medidas não farmacológicas: exercício físico aparentemente reduz o desejo de fumar e os sintomas de abstinência; aumento dos impostos e, portanto, dos preços do tabaco, é a medida mais eficaz para reduzir o consumo do mesmo. Medicinas Alternativas: não há evidência de que a acupuntura ou a hipnoterapia sejam eficazes.

Conclusões: Os tratamentos disponíveis têm diferentes eficácias e custos, e não têm um impacto uniforme em todos os fumadores. O tratamento deve ser adaptado às condições locais e culturais, e ajustado às preferências e necessidades individuais.

Palavras-Chave: cessação tabágica, tabaco, tratamento, epidemiologia, avaliação económica, relação custo-eficácia.

Scientific Evidence on Smoking Cessation

ABSTRACT

Introduction: Tobacco use is the leading cause of preventable death. Promoting smoking cessation is one of the most significant measures to achieve low prevalence of smokers in short time in a country. This monograph aims to compare the efficiency of the many types of treatments available: non-pharmacological, pharmacological and alternative medicine.

Data Sources: A systematic review (in *Pubmed*) of articles published between 2000 and 2010, in Portuguese, English and Spanish and using the following *MESH* terms: *smoking cessation, tobacco, therapy, epidemiology, economical evaluation, cost-effectiveness*. The websites of the *World Health Organization*, "*Direcção Geral de Saúde*", "*Revista Portuguesa de Clínica Geral*" were also consulted.

Methods: 36 articles were obtained in *Pubmed*. In the end 57 publications were included.

Results: Pharmacological measures: varenicline is well tolerated and effective as a first line treatment for smoking cessation, and so is bupropion and Nicotine Replacement Therapy; antidepressants, as nortriptyline, are considered to be second line treatments. Non-pharmacological measures: physical exercise apparently reduces the need to smoke and the withdrawal symptoms; increased taxes, which influence the price of tobacco, is the most efficient measure to reduce tobacco consumption. Alternative Medicine: there is no evidence that acupuncture or hypnotherapy are effective in smoking cessation.

Conclusions: the available options have different efficiencies and costs, and they don't have a uniform impact in all smokers. The treatment should be adapted to the local and cultural conditions, and be adjusted to the needs and preferences of the individual.

Key Words: smoking cessation, tobacco, therapy, epidemiology, economical evaluation, cost-effectiveness.

ÍNDICE

ÍNDICE DE SIGLAS	2
LISTA DE FIGURAS	3
LISTA DE QUADROS	4
INTRODUÇÃO.....	5
MÉTODOS.....	9
RESULTADOS	10
1. Medidas Farmacológicas	10
1.a. Vareniclina	10
1.b. Bupropiona.....	11
1.c. Vareniclina <i>versus</i> Bupropiona	12
1.d. Terapia de substituição da Nicotina (NRT).....	12
1.e. Antidepressivos	13
2. Medidas Não – Farmacológicas.....	14
2.a. Exercício Físico	14
2.b. Medidas Políticas	16
3. Medicina Alternativa	19
3.a. Acupuntura	19
3.b. Hipnoterapia.....	20
CONCLUSÕES.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
APÊNDICES	I
ANEXOS.....	Anx-1

ÍNDICE DE SIGLAS

OMS - Organização Mundial de Saúde

DALY – *disability adjusted life years*

FDA - *Food and Drug Administration*

NRT – *nicotine replacement therapy*

OR – *odds ratio*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Evolução do consumo diário de tabaco nas mulheres e por grupos etários. Análise comparativa entre os resultados obtidos nos INS 1998/99 e 2005/06.

Figura 2 Evolução do consumo diário de tabaco nos homens e por grupos etários. Análise comparativa entre os resultados obtidos nos INS 1998/99 e 2005/06.

Figura 3 Distribuição Geográfica da prevalência de fumadores por região.

Figura 4 Impacto nos comportamentos tabágicos depois da entrada em vigor da Lei de Prevenção do Tabagismo em Portugal (2007).

LISTA DE QUADROS

Quadro I Evolução da percentagem de ex-fumadores segundo o sexo nos inquiridos com mais de 15 anos de idade.

Quadro II Proporção dos sete principais factores de risco responsáveis pelos DALYs na região europeia da Organização Mundial de Saúde.

Quadro III Custos de Ambulatório e de Internamento para as doenças relacionadas com o tabaco e com álcool em Portugal Continental.

Quadro IV Doenças e efeitos adversos causados pelo efeito directo do tabaco.

Quadro V Data de início da campanha publicitária e queda no consumo de tabaco em quatro países.

INTRODUÇÃO

O uso do tabaco com finalidade recreativa é muito antigo, reforçado por modismos e tradições populares através dos tempos e estimulado pelo apelo de atraentes propagandas e forte pressão económica e política do sector industrial específico.¹

Desde o início do consumo de tabaco na Europa, em meados do século XVI, até ao final da primeira metade do século XX, muito tabaco foi consumido sob a forma de rapé, charutos ou cachimbo.² Em 1881, com a criação da máquina de enrolar cigarros, o consumo do tabaco sob a forma de cigarros regista uma grande expansão, em particular durante as duas Grandes Guerras Mundiais.²

Actualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial adulta, isto é, um bilião e 200 milhões de pessoas (entre as quais 200 milhões são mulheres), sejam fumadores. Aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% de toda a população feminina no Mundo fumam. Enquanto nos países em desenvolvimento os fumadores constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres chega a 15%.

A população masculina global de fumadores está em lento declínio, porém estima-se que a epidemia nas mulheres atinja um pico no século XXI, com uma estimativa de 532 milhões de mulheres fumadoras em 2025.³

O Relatório Europeu do Controlo do Tabaco, lançado em 2007 pela OMS,⁴ considera a prevalência dos fumadores (diários com idade superior ou igual a 15 anos) nesta região, em 28,6%: 40% no sexo masculino e 18,2% no sexo feminino. Nos indivíduos com menos de 15 anos, a prevalência dos hábitos tabágicos (pelo menos um cigarro por semana) é estimada pela OMS, através do estudo *Health Behaviour in School-aged Children (2001/2002)*,⁵ em 2% nas idades entre 11 e 13 anos, 8% aos 13 anos e 24% aos 15 anos.⁶

Em Portugal, segundo os dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS) realizado em 2005/2006, estimava-se que a prevalência de fumadores (diários, com idade superior a 10 anos), no Continente, era de 19,6% (31% da população masculina e 10,3% da feminina). Comparando os dados do INS de 1998/1999 e de 2005/2006, registou-se uma descida nas prevalências de consumo no sexo masculino, mais marcada no grupo etário dos 25-44 anos. Contudo, nos inquiridos do sexo feminino registou-se um aumento de consumo em todos os grupos etários, mais marcado no grupo etário dos 15 aos 24 anos.⁷ (ver figura 1, figura 2 e quadro I)

Num estudo de 2008 realizado em Portugal,⁸ a nível nacional, obteve-se uma prevalência de fumadores com mais de 15 anos de idade, de 16,4 %, dos quais 14,5% são fumadores diários e 1,9% são fumadores ocasionais (pelo menos um cigarro por dia, nos últimos 30 dias). Esta prevalência foi de 24,5% para o sexo masculino e de 9,5% para o sexo feminino. Comparativamente ao último INS (2005/2006), que revelou uma prevalência de 19,6%, observa-se um decréscimo de fumadores em ambos os sexos, tendo o sexo masculino diminuído 6,5% e o sexo feminino 0,8%.

A nível regional, encontram-se diferenças significativas, sendo a região com maior prevalência de fumadores o Alentejo, seguindo-se a do Norte com valores muito próximos. A região do Centro destaca-se pela baixa prevalência.⁸ (ver figura 3)

O consumo de tabaco é uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte a nível mundial. O tabaco é o principal factor de risco para morte prematura na Europa, sendo responsável por cerca de 1,6 milhões de óbitos por ano. Estima-se que na região europeia da OMS, o tabaco seja o segundo factor de risco mais importante, representando, em 2000, cerca de 12,3% do total de anos de vida perdidos por mortalidade prematura e por anos vividos com incapacidade (DALY), o que equivale a cerca de 18,6 milhões de anos de vida perdidos.⁴ (ver quadro II)

Com base nos dados das estatísticas demográficas e de saúde disponíveis para Portugal em 2005, concluiu-se que 11,7% das mortes em Portugal se podem atribuir ao consumo do tabaco. Medindo a carga de doença através dos DALYs gerados pela mortalidade, as proporções da carga de doença atribuídas ao tabaco é de 11,2%. A divisão entre os sexos é muito desigual, já que 15,4% da carga de doença masculina e 17,7% das mortes são atribuíveis ao tabaco, mas apenas 4,9% da carga de doença feminina e 5,2% das mortes são atribuíveis ao tabaco.⁹ Estes números para a mortalidade atribuível são mais elevados do que as estimativas anteriormente disponíveis para Portugal (Peto *et al.* 2006), as quais apontavam para 14% das mortes masculinas e apenas 0,9% das femininas. O mesmo estudo apresenta estimativas sobre a carga de doença redutível, ou seja, as reduções de mortalidade e DALY que ocorreriam se os fumadores abandonassem o tabagismo e passassem a experimentar o risco médio das populações de ex-fumadores. Este risco é superior ao dos nunca fumadores, mas inferior ao dos fumadores. As estimativas indicam que a carga de doença medida pelos DALYs se reduziria em 5,8% (7,8% dos homens e 2,8% das mulheres) e que as mortes se reduziriam em 5,8% (8,5% homens e 2,9% mulheres).¹⁰

Os custos de ambulatório e de internamento relacionados com o tabagismo em Portugal, tal como os custos atribuíveis, mostraram que a dimensão dos problemas de saúde gerados pelo tabaco é grave, uma vez que estes custos são superiores àqueles relacionados com o consumo de álcool.⁹ (ver quadro III).

De acordo com estimativas da OMS, morrem anualmente cerca de cinco milhões de pessoas em todo o Mundo em consequência do consumo de tabaco. Se não forem instituídas medidas efectivas de prevenção e controlo, dentro de 20 a 30 anos assistir-se-á à morte anual de cerca de dez milhões de pessoas a nível mundial.¹¹

No início do consumo do tabaco, as consequências para a saúde decorrentes do seu consumo passaram largamente despercebidas, com raras menções, em alguns livros de Medicina, à ambliopia, aos casos de angina provocada pelo fumo do tabaco, ou ao cancro do lábio ou da língua em fumadores de cachimbo.² Os primeiros estudos bem fundamentados relacionando o consumo do tabaco com o aparecimento de cancro remontam à década de 50 (século XX). Destes estudos, os realizados por Richard Doll e Bradford Hill, primeiro em doentes afectados por cancro do pulmão e depois assentes na observação longitudinal de uma coorte de médicos ingleses, ao longo de cinquenta anos, foram decisivos para a compreensão dos efeitos na saúde relacionados com o consumo do tabaco e dos benefícios que podem ser obtidos com a cessação tabágica.⁷

No momento actual, as consequências do tabaco estão bem estabelecidas para um grande número de doenças, com particular destaque para o cancro em diferentes localizações, para as doenças do aparelho respiratório, para as doenças cardiovasculares e para os efeitos na saúde reprodutiva.^{2,12-14} Hoje, é consensual reconhecer que o tabagismo é um factor de risco não só para o próprio fumador, mas também para os não fumadores expostos em espaços poluídos pelo fumo do tabaco.¹⁴⁻¹⁷ As pessoas expostas ao fumo ambiental do tabaco têm uma maior probabilidade de vir a contrair cancro do pulmão, doenças cardiovasculares, bem como diversas patologias respiratórias de natureza aguda e crónica¹⁴⁻¹⁷ (ver quadro IV)

Estima-se que em 2000 o consumo de tabaco tenha sido responsável por cerca de 15% do total da mortalidade verificada na União Europeia (25 estados-membros), por cerca de 85% da mortalidade por cancro do pulmão, de 25% das mortes por qualquer tipo de cancro, de 30% da mortalidade por doenças do aparelho respiratório e de 10% do total de mortalidade por doenças cardiovasculares.¹⁸ Estima-se igualmente que, em 2002, tenha sido responsável pela morte de cerca de 20 mil pessoas não fumadoras na União Europeia (25 estados-membros).¹⁹

Em Portugal, no ano 2000, segundo as estimativas de *Peto, Lopez e colaboradores* (dados revistos em Junho de 2006), o consumo do tabaco foi responsável por cerca de 8100 mortes. Destas, 3400 foram provocadas por cancro em diferentes localizações (das quais 2100 por cancro do pulmão), 1800 por doenças do aparelho circulatório, 1400 por outras doenças do aparelho respiratório e 1500 por patologias diversas.²⁰

Tendo em conta esta realidade, o consumo de tabaco é hoje um dos maiores problemas de saúde pública nos países desenvolvidos, sendo consensual que os consumidores de tabaco devem ser activamente encorajados e ajudados, devendo ser-lhes oferecidas as várias modalidades de tratamento que os dados disponíveis demonstram ser eficazes.

Com base nas estimativas da OMS, o investimento na cessação tabágica constitui a via mais efectiva para a obtenção, a curto e a médio prazo, de melhorias nos indicadores de morbilidade e mortalidade relacionados com o consumo de tabaco.⁷

De acordo com as estimativas elaboradas por *Peto, Lopez e colaboradores*, se até 2020 for possível fazer diminuir para metade o número de jovens que anualmente começam a fumar, evitar-se-ão 20 milhões de mortes acumuladas até 2050. No entanto, se até 2020 metade dos actuais fumadores pararem de fumar, o número acumulado de mortes evitadas em 2050 será de 180 milhões.⁷

De entre as vítimas da epidemia do tabaco que têm consciência dos seus malefícios, três em cada quatro querem deixar de fumar. O Sistema Nacional de Saúde é o primeiro responsável por tratar a dependência tabágica. O tratamento inclui vários métodos, desde os simples conselhos médicos ao tratamento farmacológico. As medidas não medicamentosas, como o exercício físico, acupuntura, hipnoterapia e medidas políticas tais como uma política de preços elevados, a proibição da promoção e *marketing* dos produtos do tabaco, a restrição de fumar em locais públicos fechados, campanhas educacionais dirigidas aos fumadores e o apoio àqueles que decidam deixar de fumar,²¹ também são medidas consideradas na abordagem da cessação tabágica.

Assim, dada a importância da cessação tabágica, a presente monografia tem como principal objectivo comparar a eficácia dos vários tipos de abordagens disponíveis: farmacológica, não farmacológica e medicinas alternativas.

MÉTODOS

Em Setembro de 2010, foi realizada, na *Pubmed*, uma pesquisa sistemática de artigos publicados nos últimos 10 anos, em humanos e nas línguas Portuguesa, Inglesa e Espanhola, usando as seguintes palavras-chave (termos *MESH*): *smoking cessation, tobacco, therapy, epidemiology, economical evaluation, cost-effectiveness*.

Obtiveram-se 3216 publicações.

Numa primeira fase, as publicações foram revistas através dos títulos e *abstracts* incluindo-se todas as publicações cujo objectivo consistia em comparar a eficácia dos vários tipos de abordagem à cessação tabágica e excluindo-se todas as publicações que consistiam em editoriais, *letters* e notícias.

Obtiveram-se 139 publicações.

Numa segunda fase, as publicações que se encontravam disponíveis para consulta na Internet e na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto foram revistas através da leitura do artigo integral. Foram excluídos todos os artigos que não se encontraram na forma integral, artigos repetidos e aqueles em que se verificou discordância com o objectivo da revisão. No final, foram seleccionadas 36 publicações, dentro das quais se incluem: vinte e duas revisões sistemáticas, nove estudos originais (sete estudos clínicos controlados randomizados, dois estudos transversais), dois resumos executivos, duas metanálises e um relatório.

A pesquisa foi completada com a consulta dos sites: *World Health Organization* (WHO – “www.who.int/en/”), *Direcção Geral de Saúde* (DGS - “www.dgs.pt/”) e *Revista Portuguesa de Clínica Geral* (RPCG – “www.rpcg.pt/”).

Obtiveram-se um total de 57 artigos.

RESULTADOS

1. Medidas Farmacológicas

O emprego de fármacos visa promover: a cessação tabágica, a manutenção continuada da abstenção, o impedimento de recidivas, a redução dos sintomas de abstinência decorrentes da supressão do tabaco e a diminuição do prazer associado ao acto de fumar.

As terapias medicamentosas de combate ao tabagismo abrangem Terapia de Substituição da Nicotina (NRT), Bupropiona (antidepressivo) e Vareniclina (agonista parcial de receptor nicotínico). A Clonidina (bloqueador adrenérgico central) e a Nortriptilina (antidepressivo) constituem medicamentos de segunda linha. A Clonidina não é mencionada nesta monografia.

Vacinas nicotínicas estão em desenvolvimento e aguardam aprovação da *Food and Drug Administration* (FDA). Outros fármacos que se pretendem desenvolver para a redução e a cessação tabágica incluem rimonabanto (antagonista de receptor de canabinoide CB1), mecamilamina (bloqueador competitivo do receptor nicotínico ganglionar), inibidores da monoamino oxidase (antidepressivos), antagonistas de receptor D3 dopaminérgico e inibidores do metabolismo da nicotina, cujo estudo ainda se encontra em curso.²²

1.a. Vareniclina

A vareniclina actua como agonista/antagonista parcial com afinidade e selectividade para receptores de acetilcolina nicotínicos $\alpha_4 \beta_2$. A actividade ao nível deste receptor pode ajudar os doentes a deixarem de fumar reduzindo os sintomas de abstinência e a satisfação de fumar.²³⁻²⁵

Na actualização das *guidelines* da prática clínica do Serviço de Saúde Pública dos EUA, a vareniclina é recomendada como sendo bem tolerada e efectiva como tratamento de primeira linha para a cessação tabágica (nível de evidência A).²⁶

Dados sugerem que na presença de nicotina, a vareniclina bloqueia o aumento de dopamina induzida pela nicotina, reduzindo teoricamente os efeitos de satisfação no

acto de fumar e as recompensas psicológicas que estão frequentemente associadas ao uso da nicotina.²⁷

*Gonzales et al, 2006*²⁸ revela que os níveis de monóxido de carbono que confirmam taxas de abstinência continuadas eram significativamente ($p < 0,05$) inferiores com a vareniclina do que com o placebo, bupropiona ou NRT. Outro estudo, demonstrou ainda que o prolongamento da terapia de vareniclina por mais de 12 semanas ajuda a manter a abstinência nos indivíduos que deixaram de fumar.²⁹

A vareniclina é geralmente bem tolerada; as náuseas, o efeito adverso mais comum, diminuem ao longo do tempo.²⁹

Um ensaio clínico randomizado e controlado com placebo avaliou a eficácia, a segurança e a tolerabilidade de esquemas de diferentes doses progressivas (titulação) ou fixas de vareniclina na promoção da cessação tabágica. O tratamento foi feito por 12 semanas e o seguimento durou 40 semanas. A vareniclina foi significativamente superior ao placebo em todas as medidas e com as diferentes doses. As náuseas foram o efeito adverso mais observado, ocorrendo menos no esquema de doses tituladas do que no de doses fixas.¹

Numa revisão sistemática realizada por *Ping Wu et al, 2006*,³⁰ a vareniclina foi superior ao placebo em um ano (quatro estudos; OR = 2,96; IC95%; 2,12-4,12; $P \leq 0,0001$) e em três meses (OR = 3,75; IC95%; 2,65-5,30).

A revisão sistemática por *Cahill K et al, 2007*,²² de seis estudos, que comparou a vareniclina ao placebo (n = 4924 participantes, 2451 usando vareniclina), evidenciou a superioridade do fármaco na abstenção tabágica por 12 meses (OR = 3,22; IC95%; 2,43-4,27).

Os custos associados à vareniclina são compensados pelos ganhos directos na redução da incidência de doenças relacionadas com o tabagismo. De facto, apesar das suas limitações, análises farmacocinéticas disponíveis por vários países apoiam o uso de vareniclina durante 12 a 24 semanas como um tratamento com relação custo/benefício melhor quando comparado com outras terapias anti-tabágicas em fumadores que desejam parar de fumar.²⁵

1.b. Bupropiona

A bupropiona, um antidepressivo da classe das cetoaminas, mostrou ser eficaz e bem tolerada no uso da cessação tabágica. Foi a primeira alternativa à NRT.

Pensa-se que o seu efeito na cessação tabágica será através da inibição do *uptake* pré-sináptico de dopamina e noradrenalina em áreas específicas do cérebro, com a mínima interferência na serotonina, embora outros mecanismos possam estar envolvidos.³¹

Os efeitos adversos mais comuns são insónia, cefaleias, náuseas e xerostomia; no entanto, estima-se que o risco de convulsões em doentes que tomam bupropiona seja de 0,1%.³²

Numa revisão sistemática realizada por *Ping Wu et al, 2006*,³⁰ estudos com a bupropiona mostraram que ela superou os controlos em três meses (OR = 2,13; IC95%: 1,72-2,64) e em um ano (12 ensaios; OR = 1,56; IC95%: 1,10-2,21; $P = 0,01$). Em dois estudos que compararam bupropiona *versus* nicotina em um ano, a razão foi de 1,14 (IC95%: 0,20-6,42).

1.c. Vareniclina *versus* Bupropiona

No estudo *Hughes JR et al, 2004*,³³ sobre antidepressivos como medicamentos anti-tabágicos, os resultados de três estudos que compararam a bupropiona e a vareniclina mostraram menor probabilidade de o doente parar de fumar com a bupropiona (OR = 0,60; IC95%: 0,46-0,78).

A bupropiona associa-se a risco aumentado de convulsões (1 em 1000). Não se comprovou a associação com aumento de risco de suicídio.³³

1.d. Terapia de substituição da Nicotina (NRT)

A NRT supostamente actua reduzindo os sintomas de abstinência da nicotina, aumentando a probabilidade de cessação tabágica.³⁰

Numa revisão sistemática realizada por *Ping Wu et al, 2006*,³⁰ de 70 estudos de NRT *versus* controlo, com duração de um ano, verificou-se benefício na cessação tabágica (OR = 1,71; IC95%: 1,55-1,88; $P \leq 0,0001$). Esse resultado foi consistente em 49 ensaios controlados com placebo (OR= 1,78; IC95%: 1,60-1,99), tanto com goma de nicotina (OR = 1,60; IC95%:1,37-1,86) como com adesivo cutâneo (OR = 1,63; IC95%:1,41-1,89).

Stead LF et al, 2004,³⁴ realizaram uma revisão sistemática de 103 estudos em que compararam a nicotina, em várias doses e formas farmacêuticas, ao placebo ou não-tratamento, por pelo menos seis meses. Este estudo encontrou benefício no controlo da abstinência (OR = 1,77; IC95%: 1,66-1,88). Observou-se por ordem decrescente de benefício as seguintes formas farmacêuticas: aerosol nasal, nicotina inalada, comprimido ou pastilha sublingual, adesivos cutâneos e goma de mascar.

A NRT está associada a um risco aumentado de queixas gastrointestinais e insónia. Também existe um risco aumentado de irritação cutânea com o adesivo nicotínico e queixas orofaríngeas com NRT administrada oralmente. Apesar de a NRT estar associada a um risco aumentado de palpitações, não se observou aumento da incidência de enfarte do miocárdio ou de morte. Com a excepção da insónia, a NRT não parece estar associada a efeitos psiquiátricos adversos graves.³⁵

A taxa de abandono do tabaco pela NRT varia entre 20-24%³⁴ comparada com 30% da bupropiona³³ e a 44% da vareniclina.²⁸ Apesar de a bupropiona e a vareniclina terem maior eficácia, requerem uma visita ao consultório médico para prescrição dos fármacos. Portanto, a eficácia na população de um fármaco na cessação tabágica reflete a combinação da eficácia e da acessibilidade ao produto.

Num estudo de 2010, estudou-se a eficácia da nicotina líquida na cessação tabágica durante 12 semanas de terapia. Se este fármaco se revelar eficaz em estudos de maiores dimensões, pode tornar-se num tratamento de rápida e fácil acessibilidade e bem tolerado.³⁶

Relativamente ao adesivo cutâneo de nicotina, há um estudo que analisou a sua relação custo-eficácia na cessação tabágica. Determinaram que o custo estimado por DALYs foi de \$1.796 a \$2.949 para o sexo masculino e de \$3.088 a \$4.391 para o sexo feminino. Este estudo concluiu que além deste método ser eficaz na cessação tabágica, é também um método com uma óptima relação custo-eficácia. O seu valor destaca-se quando comparado com os fármacos mais comuns de uso diário como anti-hipertensivos e dislipidémicos.³⁷

1.e. Antidepressivos

Supõe-se que os antidepressivos possam auxiliar na cessação tabágica porque a abstinência da nicotina produz sintomas depressivos ou pode precipitar um episódio de depressão *major*. Outra hipótese é de que a nicotina tenha um efeito antidepressor

mantido enquanto fumador, e que os antidepressivos possam substituí-lo. Alguns antidepressivos podem actuar em vias neuronais associadas à dependência da nicotina, por exemplo, bloqueando receptores de nicotina, independentemente dos efeitos antidepressivos.

Na revisão de *Hughes JR et al, 2004*,³³ analisaram-se os efeitos da bupropiona (40 estudos), doxepina, fluoxetina, imipramina, moclobemida, nortriptilina (oito estudos), paroxetina, sertralina e venlafaxina em comparação ao placebo ou a outras terapias, pelo menos durante seis meses, na cessação tabágica, na prevenção de recaídas e na redução de consumo de cigarros. Quando usadas isoladamente, a bupropiona (31 estudos) e a nortriptilina (quatro ensaios) duplicaram a probabilidade de cessação tabágica, mostrando eficácia similar à da nicotina. A sua combinação com nicotina não evidenciou benefício terapêutico adicional. Três estudos com terapia de longo prazo com bupropiona não preveniram a recidiva após a cessação inicial de fumar.

Em quatro estudos com fluoxetina, um com sertralina, um com paroxetina, um com inibidor da MAO e um com venlafaxina não evidenciaram benefícios significativos nem efeitos a longo prazo. Efeitos adversos com bupropiona e nortriptilina foram raros e não condicionaram interrupção do tratamento.

2. Medidas Não – Farmacológicas

2.a. Exercício Físico

O exercício físico aparentemente reduz o desejo de fumar e os sintomas de abstinência.

Num estudo de *Taylor A, Katomeri M*, envolvendo 60 fumadores regulares sujeitos a duas horas de abstinência e a uma caminhada de 15 minutos, o exercício (aumento da reserva cardíaca = 24%) atenuou o aumento do desejo de fumar, tensão, baixa concentração e reduziu os níveis absolutos dos sintomas de abstinência durante e após o exercício. Uma caminhada de apenas 15 minutos não só reduz o desejo de fumar e os sintomas de abstinência, como também aumenta o tempo entre os cigarros fumados.³⁸

Usher et al, 2001, estudaram os efeitos de 10 minutos de exercício de intensidade moderada nos sintomas de abstinência e no desejo de fumar após uma noite

sem fumar em adultos fumadores sedentários. Relativamente a um grupo de controlo sedentário, o desejo de fumar e os sintomas de abstinência foram reduzidos significativamente durante o exercício, e o efeito pareceu durar pelo menos 15 minutos após o exercício.³⁹ Num estudo semelhante, *Daniel et al, 2004*, estudaram o efeito de cinco minutos de exercício de intensidade moderada e cinco minutos de exercício leve nos sintomas de abstinência do tabaco numa amostra de fumadores sedentários, e mostrou que o exercício de intensidade moderada estava associado a uma redução de curta duração nos sintomas de abstinência e no desejo de fumar.³⁹

Adrian Taylor et al, 2006,⁴⁰ evidenciaram que uma sessão única de exercício de intensidade moderada (aumento da reserva cardíaca em 60-85%) e com duração de 30-40 minutos teve um efeito positivo sobre a necessidade de fumar e sobre os sintomas relacionados com a abstinência. Tal benefício perdurou até 50 minutos após o exercício.

Num ensaio randomizado de *Harry Prapavessis et al, 2006*,⁴¹ 142 mulheres fumadoras e sedentárias foram distribuídas por quatro grupos experimentais: 1) exercício + adesivo de nicotina; 2) exercício sem adesivo de nicotina; 3) terapia cognitiva comportamental + adesivo de nicotina; 4) terapia cognitiva comportamental sem adesivo de nicotina. As taxas de cessação tabágica mais altas foram alcançadas quando a nicotina foi adicionada às outras duas estratégias. Comparativamente aos que fizeram terapia comportamental, os participantes que realizaram exercício aumentaram significativamente a sua capacidade funcional e ganharam menos peso durante o programa, desfechos que não se mantiveram no final de 12 meses de seguimento. Comparativamente aos participantes do grupo que realizaram exercício, os que fizeram terapia cognitiva comportamental sentiram mais facilidade para parar de fumar. Segundo os autores, o exercício coadjuva a terapia com nicotina em mulheres altamente motivadas em deixar de fumar.

Desconhece-se qual é o mecanismo que leva o exercício a reduzir o desejo de fumar e os sintomas de abstinência.

Os autores *James Z. Daniel et al* colocaram a hipótese de não ser o exercício físico em si que causava esta diminuição, mas sim a distração cognitiva que o exercício causava. No entanto, apenas a distração cognitiva não produziu diferenças na intensidade dos sintomas de abstinência nem no desejo de fumar. Contudo, os resultados que obtiveram não excluem a possibilidade de o efeito do exercício nos sintomas de abstinência se deverem parcialmente à distração.³⁹

2.b. Medidas Políticas

Um país, para reduzir o consumo de tabaco e as suas consequências na saúde dos seus cidadãos, tem de ter uma política explícita e abrangente de prevenção e controlo do tabagismo.⁴²

Está demonstrado que as abordagens mais importantes no controlo do consumo do tabaco são: uma política de preços elevados, a proibição da promoção e *marketing* dos produtos do tabaco, a restrição de fumar em locais públicos fechados, campanhas educacionais dirigidas aos fumadores e o apoio àqueles que decidam deixar de fumar mediante a disponibilização de consultas de cessação tabágica e de medicamentos.²¹

Advertências para a saúde nas embalagens do tabaco aumentam a consciência dos fumadores do risco para a sua saúde. O uso de imagens com gráficos representando a doença e outras imagens negativas têm maior impacto do que apenas palavras, e são essenciais para alcançar o grande número de pessoas analfabetas no Mundo. Experiências na Austrália, Bélgica, Canadá, Tailândia e outros países como França, Finlândia, Nova Zelândia e Noruega mostram que avisos para a saúde nas embalagens do tabaco, particularmente advertências ilustradas, são uma fonte de informação importante para os jovens fumadores e também para os fumadores com baixo nível de escolaridade.^{18,21} (ver quadro V)

Apesar dos vários progressos, apenas 9% dos países aplicaram a lei de espaços fechados sem fumo, e 65 países não implementaram nenhuma medida política anti-tabágica a nível nacional. Estas restrições legais afiguraram-se como sendo eficazes quer na redução quer na procura do tabaco, apesar de ser difícil quantificar estes benefícios.²¹

Uma revisão sistemática de medidas para prevenir o consumo de tabaco em espaços públicos concluiu que restrições cuidadosamente planeadas, como elementos de uma estratégia compreensiva, eram efectivas na redução do consumo do tabaco em público.⁴³ Relativamente a restrições nos locais de trabalho, há evidências de que a prevalência do consumo de tabaco foi reduzida até quase 4% nos ambientes de não fumadores,⁴⁴ e podem atingir reduções superiores a 10%.⁴⁵

Na batalha contra a epidemia do tabaco, a OMS introduziu em 2008 o pacote de medidas MPOWER. Este pacote pretende auxiliar os países na implementação de medidas para diminuir a procura do tabaco e para redução do número de fumadores. As seis medidas MPOWER são: monitorização do uso e prevenção do tabaco; protecção

das pessoas do fumo do tabaco; oferecer ajuda para deixar de fumar; avisar sobre os perigos do tabaco; impor proibições na publicidade, promoção e patrocínio ao tabaco; e aumento dos impostos sobre o tabaco. Menos de 10% da população mundial está abrangida por qualquer uma das medidas MPOWER.²¹

Globalmente, o lucro dos impostos sobre o tabaco tem um valor 170 vezes maior do que aquele que é gasto por ano no controlo do tabaco.²¹

O aumento dos impostos, e portanto, dos preços do tabaco, é a medida mais eficaz para reduzir o consumo do tabaco, e principalmente para desencorajar os jovens de começar a fumar.

Vários estudos demonstraram que um aumento em 10% do preço do tabaco resulta numa diminuição do consumo de 2,5% a 5%. Também se estimou que tal resposta ao aumento de 10% dos preços do tabaco pode resultar em 600.000 a 1,8 milhões de mortes prematuras evitadas na Europa Oriental e países da Ásia Central, com um custo de 3 a 78 dólares por DALY. Estas estimativas são baseadas na resposta dos fumadores ao aumento dos preços a curto prazo. Dada a natureza viciante do tabaco, é esperada uma resposta mais pronunciada a esta medida a longo prazo, quando a influência da dependência é relativamente mais difusa.

Os adolescentes e adultos jovens parecem ser mais afectados pelo aumento do preço do tabaco, diminuindo o seu consumo, duas a três vezes mais que os adultos, de acordo com diversas estimativas.¹⁸ Apenas quatro países, representando 2% da população mundial, têm impostos superiores a 75% do preço original do tabaco. Um aumento em 70% do preço do tabaco pode prevenir mais de um quarto de todas as doenças relacionadas com o tabagismo. As medidas MPOWER podem ajudar a reverter a epidemia do tabaco e prevenir milhões de mortes relacionadas com a mesma.²¹

Um estudo recente de *David T. Levy et al* avaliou os efeitos individuais de várias medidas políticas nas taxas de cessação tabágica na população. Foi avaliado o impacto de cinco medidas políticas no tratamento da cessação tabágica, nas tentativas de abandono do tabaco e na eficácia do tratamento: (1) aumento da participação no tratamento da cessação tabágica e do reembolso; (2) delegação adequada dos fundos para o uso e promoção de linhas telefónicas de apoio à cessação tabágica promovidas pelo Estado; (3) apoiar alterações no sistema de saúde para que possa auxiliar e incentivar o tratamento da cessação tabágica; (4) apoiar e promover informação baseada na evidência disponível via Internet; e (5) melhorar as iniciativas de escolha de tratamentos adaptados ao indivíduo e de tratamentos de longa duração baseados na

evidência. Se correctamente implementadas, as medidas políticas de cessação tabágica podem reduzir a prevalência de fumadores da sua taxa actual de 20,5% para 17,2% no espaço de um ano, com redução continuada nos anos futuros.⁴⁶

As campanhas na comunicação social podem mudar atitudes no que respeita aos riscos do uso do tabaco e dos seus benefícios ao abandonar o tabaco.⁴⁷ Estas campanhas envolvem comunicação via televisão, rádio, jornais, panfletos ou posters, com a intenção de encorajar os fumadores a parar e a manter a abstinência entre os ex-fumadores. Existe evidência de que as campanhas multimédia podem ajudar na prevenção dos jovens em começar a fumar e aumentar a taxa de cessação tabágica entre jovens e adultos quando combinadas com outras intervenções.⁴⁸ Por exemplo, uma avaliação das campanhas multimédias anti-tabágicas na Noruega composta de mensagens sobre os efeitos negativos de fumar, descobriu que não fumadores dos municípios que tinham as campanhas tinham menor probabilidade de começar a fumar do que os não fumadores nos municípios sem essas campanhas.⁴³ No entanto, é difícil avaliar o seu papel independente e valor na cessação tabágica.

Numa revisão por *Bala M. et al, 2008*, cinco estudos de nove que reportavam a prevalência dos fumadores, encontraram algumas alterações positivas na cessação tabágica. Três estudos dos sete, que mediam a quantidade de tabaco fumado, encontraram reduções. Mais de metade dos estudos que mediram as taxas de cessação tabágica, reportaram aumentos significativos na abstinência. A intensidade e a duração das campanhas na comunicação social podem influenciar a sua eficácia, mas a duração do *follow-up* e os eventos simultâneos que ocorrem na comunidade, podem torná-las difíceis de verificar. Não se encontraram padrões consistentes entre os efeitos das campanhas e idade, grau de instrução, etnicidade ou género.²⁷

No que se refere às alterações das atitudes e dos comportamentos tabágicos, antes e depois da entrada em vigor da Lei de Prevenção do Tabagismo em Portugal (2007), verificou-se que, considerando apenas o conjunto daqueles que antes da entrada em vigor da lei, eram fumadores, nota-se que 5,1% deixaram de fumar por causa da lei, passando por conseguinte, a integrar o conjunto dos não fumadores. 23% dos fumadores mantiveram-se como tal, tendo, no entanto, diminuído o consumo de tabaco por causa da lei.^{8,18} (ver figura 4)

Relativamente às melhorias da saúde por efeito de aplicação da Lei, 35% dos cidadãos refere tê-la sentido. No que respeita aos problemas/doenças considerados, foram reportadas melhorias em todos eles, com destaque para a asma, a rinite, a sinusite

e a irritação nos olhos. Importa salientar que o grupo dos não fumadores referiu ter sentido mais melhorias do que o grupo dos fumadores.^{8,18}

3. Medicina Alternativa

Intervenções complementares menos estudadas, incluindo relaxamento, acupuntura, electroacupuntura, hipnose, meditação, chá verde, vitamina C ou E, são terapias cada vez mais procuradas pelos fumadores que desejam parar de fumar.⁴⁹

Um estudo de *Sood et al, 2006*,⁴⁹ conduziu uma pesquisa entre 1.175 doentes de uma clínica especialista em cessação tabágica, entre Novembro de 2003 e 2005. Foi averiguado o uso da medicina alternativa para cessação tabágica, a eficácia desses tratamentos percebida pelo doente e o interesse no futuro de aderir à mesma. Um total de 27% dos doentes afirmaram uso anterior de medicina alternativa para a cessação tabágica. As intervenções mais comumente usadas foram a hipnose, o relaxamento, a acupuntura e a meditação. Os tratamentos mais comumente percebidos como sendo eficazes foram o ioga, o relaxamento, a meditação e a massagem terapêutica. Um total de 67% dos doentes mostraram interesse no futuro em usar medicina alternativa para parar de fumar. Os tratamentos que demonstraram mais interesse para uso futuro foram a hipnose, os produtos herbanários, a acupuntura, o relaxamento e a massagem terapêutica.

3.a. Acupuntura

É uma terapia tradicional chinesa que geralmente usa agulhas para estimular pontos particulares do corpo. A acupuntura é usada com o objectivo de reduzir os sintomas de abstinência que os doentes experienciam quando tentam deixar de fumar. Terapias relacionadas incluem *acupressure*, terapia com laser ou estimulação eléctrica.

Os mecanismos possíveis de interesse na cessação tabágica passam pela estimulação regular de pontos apropriados na acupuntura que afectam a rede nervosa que regula os neurotransmissores, incluindo a dopamina pela via GABA, β -endorfina e noriepinefrina, e a actividade neuronal do núcleo *accumbens*.⁵⁰ Também pode afectar directamente o desejo de fumar.⁵¹

Não foi encontrada nenhuma evidência de que a acupuntura ou técnicas relacionadas aumentem o número de pessoas que deixam, com sucesso, de fumar. Contudo, a acupuntura parece ser melhor do que não fazer nada, pelo menos a curto prazo; e não existe evidência suficiente para descartar a possibilidade de que a acupuntura pode ter um efeito superior ao placebo.

Num estudo, o resultado fixo do *odds ratio* (OR) para efeitos a curto prazo foi de 1,36 (intervalo de confiança a 95%, 1.07 a 1.72), mas os estudos foram heterógenos e os resultados fortemente influenciados por um estudo individual positivo. Retirando o dito estudo, o efeito significativo a curto prazo perdeu-se. Os resultados a longo prazo não revelaram qualquer efeito da acupuntura na cessação tabágica.⁵²

Também não há nenhuma evidência que a *acupressure*, a terapia com laser ou a estimulação eléctrica sejam eficazes na cessação tabágica, mas os problemas metodológicos existentes não permitem que sejam obtidas conclusões sólidas.^{50,52,53}

Em 2001, foi realizado um estudo por *He D, Medbø JI, Høstmark AT*, com 46 voluntários fumadores de ambos os sexos que foram distribuídos aleatoriamente por um grupo teste (GT) e por um grupo controlo (GC), tendo sido estimulados prováveis pontos antitabágicos no GT e estimulados pontos no GC que são considerados não terem efeitos na cessação tabágica. Os doentes responderam a um questionário sobre os seus hábitos tabágicos, antes e no final do último tratamento, oito meses e cinco anos após o mesmo. Também foram colhidas amostras sanguíneas para medir variáveis influenciadas pelo tabaco. Durante o tratamento, o consumo em número de cigarros por dia diminuiu em ambos os grupos ($P < 0,001$). A longo prazo, verificou-se uma redução mantida no consumo do tabaco no GT, não se verificando o mesmo no GC. No GT também se verificou uma diminuição no desejo de fumar tal como diminuição dos valores séricos dos marcadores coincidentes com o que foi dito nos inquéritos.^{51,53}

3.b. Hipnoterapia

É altamente promovida como método para a cessação tabágica. Pensa-se que actuará em impulsos para enfraquecer o desejo de fumar ou fortalecer a vontade de parar de fumar. No entanto, os estudos realizados até agora não mostram evidências de que a hipnoterapia seja eficaz no tratamento anti-tabágico mas sugerem que tenha maiores taxas de sucesso do que não fazer nenhum tratamento.^{54,55}

CONCLUSÕES

Apesar de as mortes causadas pelo tabaco raramente terem um lugar de destaque nas notícias, o tabaco mata uma pessoa em cada seis segundos.¹⁴

O tabaco causa a morte prematura em cerca de 15 anos de um terço a metade dos seus consumidores. Actualmente, o tabaco causa uma morte em cada dez adultos no Mundo – mais de cinco milhões de pessoas por ano. Por volta de 2030, a não ser que medidas urgentes sejam tomadas, as mortes anuais causadas pelo tabaco aumentarão para oito milhões. Se as actuais tendências se mantiverem, estima-se que por volta de 500 milhões de pessoas vivas hoje serão mortas pelo tabaco.

A maioria dos fumadores desejam deixar de fumar mas não conseguirão fazê-lo por causa da sua dependência a uma substância altamente viciante – a nicotina.¹⁴ Quer seja através de medidas farmacológicas ou não farmacológicas, o importante é auxiliar os fumadores na sua luta contra o tabagismo.

Nas últimas duas décadas, a investigação clínica clarificou muitos dos aspectos relacionados com a dependência do tabaco, pelo que hoje dispomos de terapêuticas farmacológicas com eficácia comprovada.

Num modelo da BENESCO de 2009 aplicado a uma população Belga de fumadores que queriam deixar de fumar, a vareniclina mostrou ser uma alternativa com melhor relação custo/eficácia e um tratamento menos dispendioso em comparação com a bupropiona. Este modelo considera que a vareniclina deve ser a primeira escolha para a cessação tabágica.⁵⁶

A NRT parece estar associada a efeitos adversos que podem causar desconforto ao doente mas que não lhe ameaçam a vida. Dados os benefícios a longo prazo desta terapia na cessação tabágica, deve-se chegar a um equilíbrio entre os efeitos adversos da NRT e os seus benefícios na cessação tabágica. Os médicos devem monitorizar os efeitos adversos mais susceptíveis a ocorrer num doente, como a insónia em doentes com depressão, e considerar um tratamento adicional ou alternativo.⁸

A nortiptilina pode ser usada como fármaco de segunda linha, sob supervisão do médico.²⁶

É importante referir que os ensaios clínicos realizados pelas indústrias farmacêuticas tendem a produzir dados estatisticamente significativos e com OR maiores do que os ensaios independentes. Estes estudos aconselham a que todos os doentes motivados para deixar de fumar devem tomar fármacos.⁵⁷ Os resultados das

indústrias farmacêuticas encontram-se sobrevalorizadas e as medidas políticas, informativas, de aconselhamento e de apoio aos fumadores, estão subvalorizadas.

Medidas não farmacológicas, como o exercício físico, também parecem reduzir o desejo de fumar e os sintomas de abstinência.

Não foi encontrada nenhuma evidência de que a acupuntura, ou técnicas relacionadas, aumentem, com sucesso, o abandono do tabaco. Contudo, a acupuntura parece ser melhor do que não tomar nenhuma medida, pelo menos a curto prazo. O mesmo se verificou em relação à hipnoterapia. Os problemas metodológicos existentes nestes estudos não permitiram obter conclusões sólidas. Sugere-se que no futuro, novos estudos sejam feitos para avaliar a potencialidade destes métodos na cessação tabágica.

Os governos de todo o Mundo, juntamente com a sociedade civil, devem continuar a actuar decisivamente contra a epidemia do tabaco – a causa líder de morte evitável no Mundo. Apesar de a indústria do tabaco reivindicar que cria postos de trabalho e gera receitas que beneficiam as economias locais e nacionais, o principal contributo desta indústria é o sofrimento, doença e morte, tal como perdas económicas. Actualmente, o tabaco causa perdas de centenas de biliões de dólares por ano. Nos EUA, as perdas são estimadas em 92 biliões de dólares por ano.^{14,21}

Está demonstrado que as abordagens políticas mais importantes no controlo do consumo do tabaco são: uma política de preços elevados, a proibição da promoção e *marketing* dos produtos do tabaco, a restrição de fumar em locais públicos fechados, campanhas educacionais dirigidas aos fumadores e o apoio àqueles que decidam deixar de fumar mediante a disponibilização de consultas de cessação tabágica e de medicamentos.²¹ Estudos futuros ainda são necessários para averiguar o efeito independente e sinérgico das medidas políticas anti-tabágicas.

Apenas 9% dos países aplicaram a lei de espaços fechados sem fumo, e 65 países não implementaram nenhuma medida política anti-tabágica a nível nacional. Não existe nenhum estudo que compare os gastos económicos em fármacos para a desabitação tabágica após a aplicação da lei. Será que nos países em que as medidas políticas propostas pela OMS não estão aplicadas, haverá gastos excessivos e desnecessários em fármacos? Estudos futuros deverão ser realizados para responder a esta questão.

Relativamente a Portugal e à aplicação da Lei Anti-Tabágica, concluiu-se que, no que respeita ao consumo de tabaco, a lei surtiu um efeito positivo em 27% dos fumadores portugueses. Apesar disso, uma percentagem dos fumadores (1,3%) referiu

ter aumentado o consumo de tabaco por causa da lei. Nos restantes 71% da população fumadora, a lei não parece ter tido qualquer impacto no que respeita ao consumo de tabaco.⁸

Uma preocupação corrente é que a redução do consumo do tabaco possa prejudicar a economia e resultar em desemprego. Estudos mostraram que esta preocupação está sobrevalorizada e que, na maioria dos casos, o dinheiro que é gasto actualmente no tabaco será revertido para as despesas noutros bens e serviços, gerando assim novos empregos. Um estudo no Reino Unido afirma que haveria um aumento de quase 100.000 postos de emprego se o dinheiro gasto no tabaco fosse reencaminhado para outros itens de luxo.⁴³

Conclui-se, assim, que os vários tratamentos disponíveis têm diferentes eficácias e custos, e não têm um impacto uniforme em todos os fumadores. O tratamento deve ser adaptado às condições locais e culturais, e ajustado às preferências e necessidades individuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wannmacher L. Tratamento Medicamentoso Antitabagismo. 2007; Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v4n4_antitabagismo.pdf (acedido a 24 de Setembro de 2010).
2. Nunes E. Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. 2006; Disponível em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070529105116859489.pdf> (acedido a 24 de Setembro de 2010).
3. Sarnet JM. Women and the Tobacco Epidemic - Challenges for the 21st Century. 2001; Disponível em: http://www.who.int/tobacco/media/en/Women_Monograph.pdf (acedido a 24 de Setembro de 2010).
4. World Health Organization. Regional Office for Europe. The European tobacco control report : 2007. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2007.
5. Organização Mundial de Saúde. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. 2004; Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/110231/e82923.pdf (acedido a 24 de Setembro de 2010).
6. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. 2009; Disponível em: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf (acedido a 24 de Setembro de 2010).
7. Direcção Geral de Saúde. Cessação Tabágica. 2008; Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_pt.pdf (acedido a 24 de Setembro de 2010).
8. Cardoso C. Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal. 2008; Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010510.pdf> (acedido a 24 de Setembro de 2010).
9. Miguel Gouveia MB, et al. Estudo Comparativo dos Custos e Carga da Doença do Tabagismo e Alcoolismo em Portugal. 2008; Disponível em: <https://docs.google.com/a/hospitaldofuturo.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=aG9zcGl0YWxkb2Z1dHVyby5jb218dGVzdGV8Z3g6NDliYzQ1YzE1NzI1NzJkNw> (acedido a 24 de Setembro de 2010).

10. Borges M, Gouveia M, Costa J, Dos Santos Pinheiro L, Paulo S, Vaz Carneiro A. The burden of disease attributable to smoking in Portugal. *Rev Port Pneumol*. 2009 Nov-Dec;15(6):951-1004.
11. Centro de Estudos Baseado na Evidencia, Faculdade de Medicina de Lisboa. Norma de Orientação Clínica para a Cessação Tabágica. 2008; Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/2008/02/27/normas-de-orientacao-clinica-para-cessacao-tabagica/> (acedido a 24 de Setembro de 2010).
12. The 2004 United States Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking. *N S W Public Health Bull*. 2004 May-Jun;15(5-6):107.
13. Gratziou C. Respiratory, cardiovascular and other physiological consequences of smoking cessation. *Curr Med Res Opin*. 2009 Feb;25(2):535-45.
14. Organização Mundial de Saúde. WHO report on the Global Tobacco Epidemic - Implementing smoke-free environments. 2009; Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf (acedido a 24 de Setembro de 2010).
15. United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2006.
16. Europeias CdC. LIVRO VERDE - Por uma Europa sem fumo: opções estratégicas a nível comunitário. 2007; Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_pt.pdf (acedido a 24 de Setembro de 2010).
17. Calheiros JM. Fumo ambiental e saúde. 2006; Disponível em: http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=33568&artId=234 (acedido a 24 de Setembro de 2010).
18. Commission E. Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future. 2004; Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf (acedido a 24 de Setembro de 2010).
19. Partnership S. Lifting the smokescreen - 10 reasons for a smoke free Europe. 2006; Disponível em: <http://www.european-lung-foundation.org/index.php?id=416> (acedido a 24 de Setembro de 2010).
20. Peto R, Imperial Cancer Research Fund (Great Britain), World Health Organization. Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000 : indirect

estimates from national vital statistics. Oxford ; New York: Oxford University Press; 1994.

21. Organização Mundial de Saúde. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic - the MPOWER package. 2008; Disponível em: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf (acedido a 24 de Setembro de 2010).
22. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(1):CD006103.
23. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther.* 2009 Mar;31(3):463-91.
24. Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, Wirtz MC, Arnold EP, Huang J, et al. Varenicline: an alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *J Med Chem.* 2005 May 19;48(10):3474-7.
25. Keating GM, Lyseng-Williamson KA. Pharmacoeconomic spotlight on varenicline as an aid to smoking cessation. *CNS Drugs.* 2010 Sep 1;24(9):797-800.
26. Fiore M, United States. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. Treating tobacco use and dependence : 2008 update. 2008 update ed. Rockville, Md.: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
27. Bala M, Strzeszynski L, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(1):CD004704.
28. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006 Jul 5;296(1):47-55.
29. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006 Jul 5;296(1):64-71.
30. Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2006;6:300.
31. Tonnesen P, Tonstad S, Hjalmarson A, Leborgy F, Van Spiegel PI, Hider A, et al. A multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled, 1-year study of bupropion SR for smoking cessation. *J Intern Med.* 2003 Aug;254(2):184-92.
32. Beyens MN, Guy C, Mounier G, Laporte S, Ollagnier M. Serious adverse reactions of bupropion for smoking cessation: analysis of the French Pharmacovigilance Database from 2001 to 2004. *Drug Saf.* 2008;31(11):1017-26.

33. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000(4):CD000031.
34. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(1):CD000146.
35. Mills EJ, Wu P, Lockhart I, Wilson K, Ebbert JO. Adverse events associated with nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. A systematic review and meta-analysis of one hundred and twenty studies involving 177,390 individuals. *Tob Induc Dis.* 2010;8:8.
36. Geimer N, Olson CE, Baumgarten D, Kepner JL, Mahoney MC. Use of a liquid nicotine delivery product to promote smoking cessation. *BMC Public Health.* 2010;10:155.
37. Wasley MA, McNagny SE, Phillips VL, Ahluwalia JS. The cost-effectiveness of the nicotine transdermal patch for smoking cessation. *Prev Med.* 1997 Mar-Apr;26(2):264-70.
38. Taylor A, Katomeri M. Walking reduces cue-elicited cigarette cravings and withdrawal symptoms, and delays ad libitum smoking. *Nicotine Tob Res.* 2007 Nov;9(11):1183-90.
39. Daniel JZ, Cropley M, Fife-Schaw C. The effect of exercise in reducing desire to smoke and cigarette withdrawal symptoms is not caused by distraction. *Addiction.* 2006 Aug;101(8):1187-92.
40. Taylor AH, Ussher MH, Faulkner G. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. *Addiction.* 2007 Apr;102(4):534-43.
41. Prapavessis H, Cameron L, Baldi JC, Robinson S, Borrie K, Harper T, et al. The effects of exercise and nicotine replacement therapy on smoking rates in women. *Addict Behav.* 2007 Jul;32(7):1416-32.
42. Rebelo L. Consulta de cessação tabágica no Centro de Saúde de Alvalade. 2008; Disponível em: http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=33568&artId=4 (acedido a 24 de Setembro de 2010).
43. Organização Mundial de Saúde. Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control? 2003; Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74722/E82993.pdf (acedido a 24 de Setembro de 2010).
44. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ.* 2002 Jul 27;325(7357):188.

45. Yurekli AA, Zhang P. The impact of clean indoor-air laws and cigarette smuggling on demand for cigarettes: an empirical model. *Health Econ.* 2000 Mar;9(2):159-70.
46. Levy DT, Graham AL, Mabry PL, Abrams DB, Orleans CT. Modeling the impact of smoking-cessation treatment policies on quit rates. *Am J Prev Med.* 2010 Mar;38(3 Suppl):S364-72.
47. Flay BR. Mass media and smoking cessation: a critical review. *Am J Public Health.* 1987 Feb;77(2):153-60.
48. Hopkins DP, Husten CG, Fielding JE, Rosenquist JN, Westphal LL. Evidence reviews and recommendations on interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke: a summary of selected guidelines. *Am J Prev Med.* 2001 Feb;20(2 Suppl):67-87.
49. Sood A, Ebbert JO, Sood R, Stevens SR. Complementary treatments for tobacco cessation: a survey. *Nicotine Tob Res.* 2006 Dec;8(6):767-71.
50. Hyun MK, Lee MS, Kang K, Choi SM. Body Acupuncture for Nicotine Withdrawal Symptoms: A Randomized Placebo-controlled Trial. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2008 Jul 4.
51. He D, Medbo JI, Hostmark AT. Effect of acupuncture on smoking cessation or reduction: an 8-month and 5-year follow-up study. *Prev Med.* 2001 Nov;33(5):364-72.
52. White AR, Rampes H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006(1):CD000009.
53. Lambert C, Berlin I, Lee TL, Hee SW, Tan AS, Picard D, et al. A Standardized Transcutaneous Electric Acupoint Stimulation for Relieving Tobacco Urges in Dependent Smokers. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2009 Jan 20.
54. Lynn SJ, Green JP, Accardi M, Cleere C. Hypnosis and smoking cessation: the state of the science. *Am J Clin Hypn.* 2010 Jan;52(3):177-81.
55. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000(2):CD001008.
56. Annemans L, Nackaerts K, Bartsch P, Prignot J, Marbaix S. Cost effectiveness of varenicline in Belgium, compared with bupropion, nicotine replacement therapy, brief counselling and unaided smoking cessation: a BENESCO Markov cost-effectiveness analysis. *Clin Drug Investig.* 2009;29(10):655-65.
57. Etter JF, Burri M, Stapleton J. The impact of pharmaceutical company funding on results of randomized trials of nicotine replacement therapy for smoking cessation: a meta-analysis. *Addiction.* 2007 May;102(5):815-22.

APÊNDICES

FIGURAS

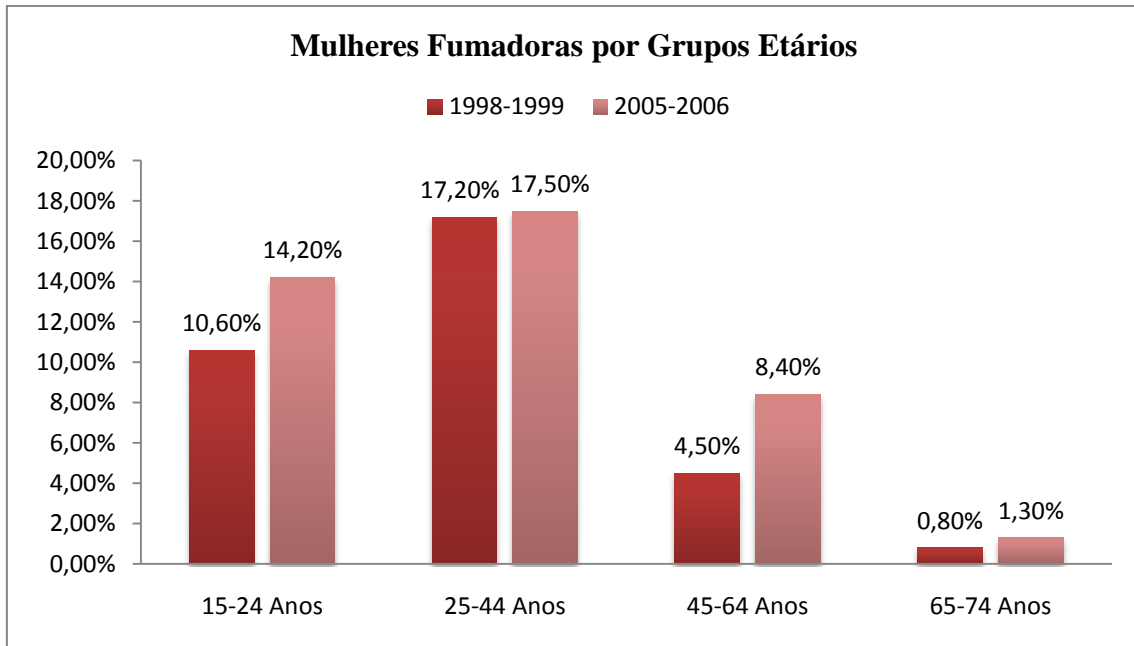


Figura 1 – Evolução do consumo diário de tabaco nas mulheres e por grupos etários. Análise comparativa entre os resultados obtidos nos INS 1998/99 e 2005/06.

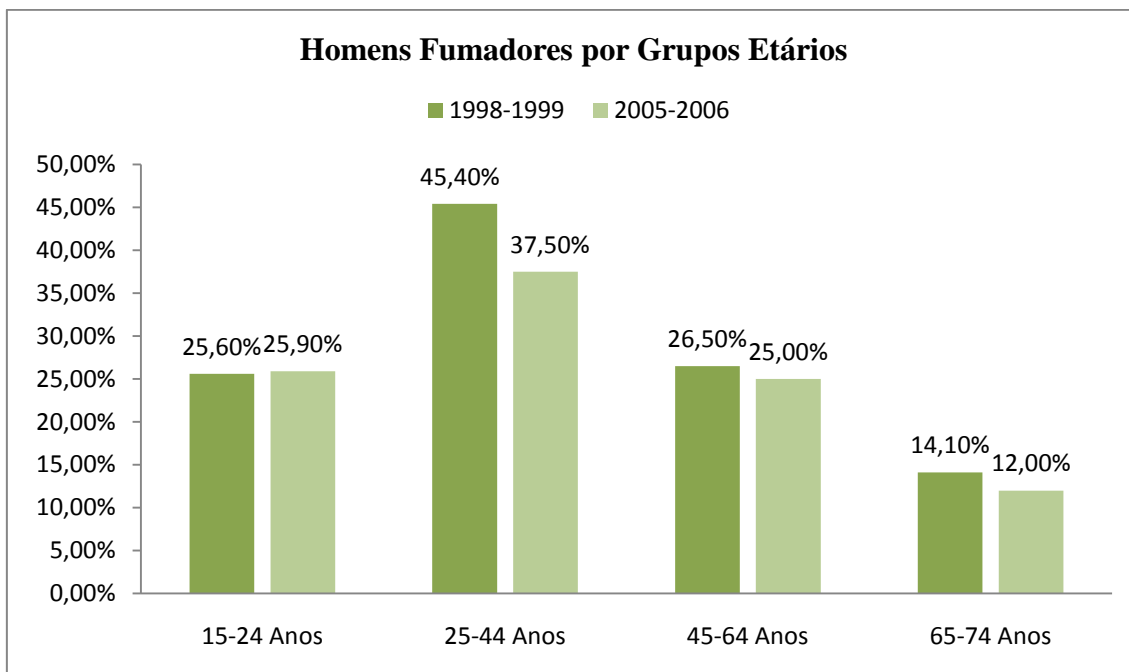


Figura 2 – Evolução do consumo diário de tabaco nos homens e por grupos etários. Análise comparativa entre os resultados obtidos nos INS 1998/99 e 2005/06.

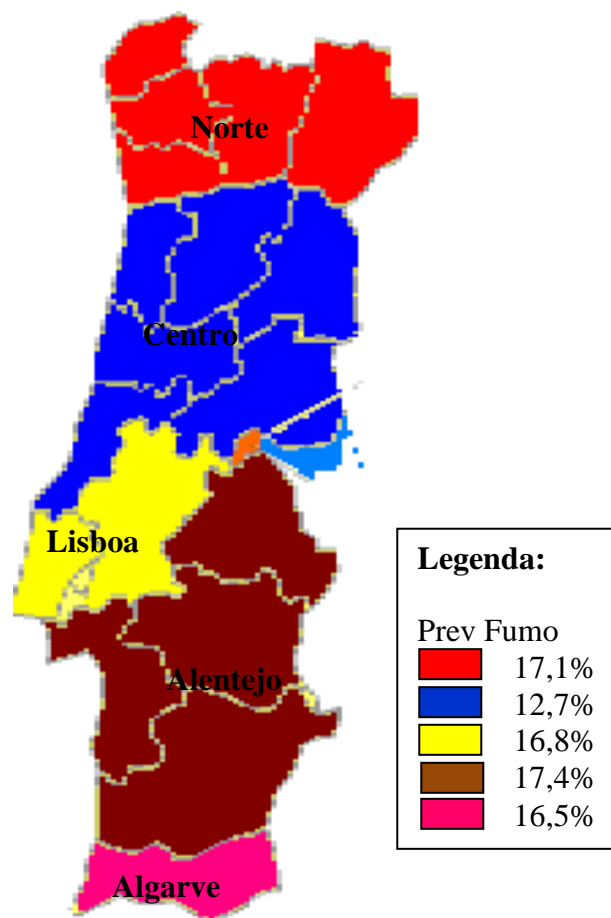


Figura 3 – Distribuição Geográfica da prevalência de fumadores por região.

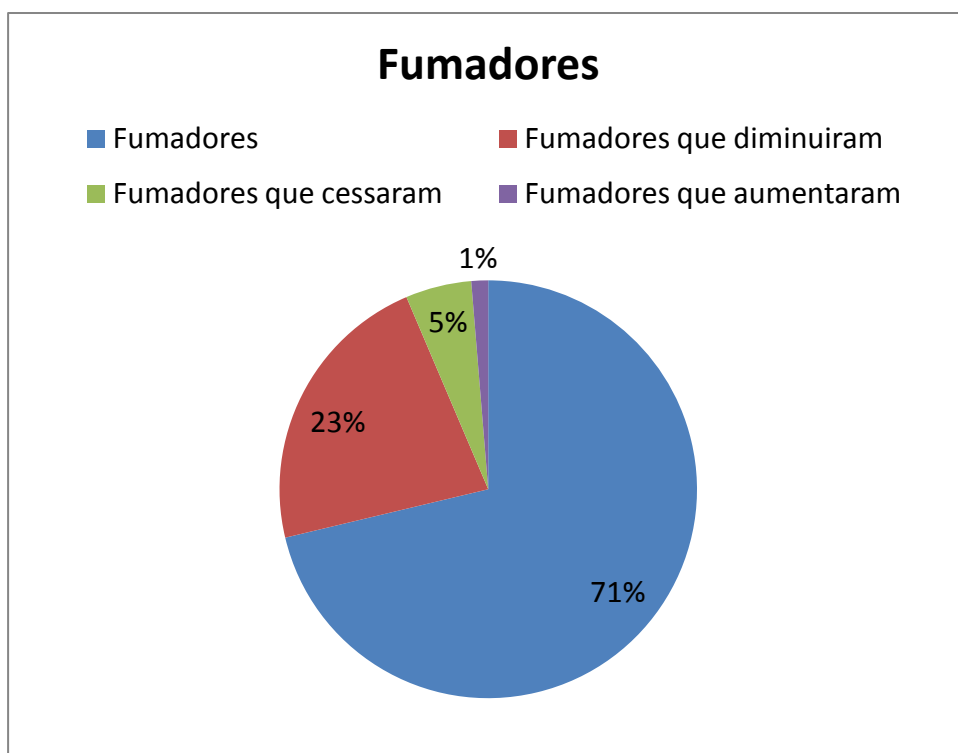





Figura 4 – Impacto nos comportamentos tabágicos depois da entrada em vigor da Lei de Prevenção do Tabagismo em Portugal (2007).

QUADROS

Quadro I – Evolução da percentagem de ex-fumadores segundo o sexo nos inquiridos com mais de 15 anos de idade. *Dados retirados dos Inquéritos Nacionais de Saúde 1998/99 e 2005/06.*

INS 1998/99		INS 2005/06
Homens 23,5%		26,5%
Mulheres 4,4%		5,8%
Totais 13,4%		15,7%

Quadro II – Proporção dos sete principais factores de risco responsáveis pelos DALYs na região europeia da Organização Mundial de Saúde. *Dados retirados da OMS.*

Factores de Risco	Total de DALYs (%)
1. Hipertensão Arterial	12,8
2. Tabaco	12,3
3. Álcool	10,1
4. Dislipidemia	8,7
5. Excesso de peso	7,8
6. Dieta pobre em frutas e vegetais	4,4
7. Sedentarismo	3,5
TOTAL	59,6

Quadro III – Custos de Ambulatório e de Internamento para as doenças relacionadas com o tabaco e com álcool em Portugal Continental. *Dados retirados do Estudo Comparativo dos Custos e Carga da Doença do Tabagismo e Alcoolismo em Portugal.*

	Custos de Ambulatório		Custos de Internamento		Custo Total
	Valor (€)	%	Valor (€)	%	Valor (€)
	TOTAL		TOTAL		
Tabaco	942.823.637	69	423.985.383	31	1.366.809.020
Álcool	822.196.039	59	560.754.398	41	1.382.950.437

Quadro IV – Doenças e efeitos adversos causados pelo efeito directo do tabaco.

Cancros	Doenças Respiratórias e efeitos adversos para a saúde	Doenças Cardiovasculares e efeitos adversos para a saúde	Outras doenças e efeitos adversos para a saúde
Pulmão	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	Doença Coronária	Úlcera Gástrica
Cavidade Oral	Infecções Respiratórias Agudas como asma, bronquite, etc.	Doença Cerebrovascular	Cataratas
Faringe	Início prematuro e declínio acelerado da função pulmonar	Aneurisma da Aorta	Periodontite
Laringe	Mau controlo da asma	Doença Arterial Periférica	Úlcera Duodenal
Esófago			Efeitos Adversos cirúrgicos relacionados com má cicatrização e complicações respiratórias
Pâncreas			Fractura da anca
Bexiga			Diminuição da Fertilidade Feminina
Pelve Renal			Doença de Chron
Rim			Osteoporose
Estômago			Impotência Sexual
Cólo Uterino			
Medula Óssea			
Seios Nasais			
Fígado			

Quadro V – Data de início da campanha publicitária e queda no consumo de tabaco em quatro países.
Dados retirados da OMS.

País	Data de início da Publicidade	Queda nas vendas até 1999 (%)
Noruega	1 Julho 1975	-31
Finlândia	1 Março 1978	-34
Nova Zelândia	17 Dezembro 1990	-33
França	1 Janeiro 1993	-15

ANEXOS

Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral

Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Clínica Geral

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

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

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

POLÍTICA EDITORIAL

Autoria

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

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

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

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

tribuído exclusivamente com o financiamento do trabalho.

Conflito de interesses

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

Desta forma, para manter a transparência no processo de publicação, todos os envolvidos na publicação de artigos (autores, revisores e editores) são convidados a declarar potenciais conflitos de interesses. Porém, a existência dos mesmos não constitui fundamento para a rejeição dos manuscritos pela RPCG.

Caso os trabalhos tenham sido financiados total ou parcialmente por uma ou mais pessoas ou entidades, essa informação terá de ser publicada juntamente com



o artigo. A existência de financiamento externo não é critério de aceitação ou rejeição de manuscritos.

Conduta Ética

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

ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA DOS ARTIGOS

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

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

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

Elementos comuns às diferentes tipologias de artigo

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

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

São permitidos dois tipos de ilustrações: figuras e quadros. As figuras devem ser numeradas com algarismos árabes e os quadros com numeração romana, pela ordem da sua primeira citação no texto. O texto não deve repetir dados incluídos em ilustrações, limitando-se nesse caso a realçar ou resumir os seus aspectos mais importantes. O número de ilustrações permitidos para cada uma das tipologias será explicitado na secção correspondente.

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

Investigação original

Conteúdo: Consistem em artigos de investigação no



âmbito da medicina geral e familiar ou dos cuidados de saúde primários. Deverão seguir as normas internacionalmente aceites para este tipo de artigos.²³ Os autores são encorajados a seguir as normas STROBE²⁴ para estudos observacionais, CONSORT¹⁰ para ensaios clínicos, as normas STARD¹¹ para estudos de acurácia diagnóstica, as normas COREQ¹² para estudos qualitativos, as normas SQUIRE¹³ para estudos de garantia e melhoria da qualidade.

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

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

Corpo do artigo: A **Introdução** deverá ser sintética. Deve apresentar claramente o problema em questão, resumir o estado actual do conhecimento sobre o tema e referir os motivos que levaram à execução do estudo. Os objectivos e/ou hipóteses formuladas devem ser indicados no final da introdução. Os **Métodos** deverão referir a configuração, local e tempo de duração de estudo, a população estudada, os métodos de amostragem, as unidades de observação e as variáveis medidas, os métodos de recolha de dados, bem como critérios, instrumentos, técnicas e aparelhos utilizados. Deve ser indicada a metodologia estatística. Os **Resultados** deverão ser apresentados de forma clara usando texto e ilustrações (figuras ou quadros). A **Discussão** deverá salientar aspectos novos ou importantes do estudo e apresentar apenas as conclusões justificadas pelos resultados. Deverão ser feitas comparações com estudos idênticos realizados por outros autores e ser comentadas as limitações ou os viéses importantes do estudo. Podem ser sugeridas novas hipóteses de trabalho. Não devem ser feitas afirmações não baseadas no estudo efectuado, nem alusões a trabalhos incompletos ou não publicados. As conclusões do estudo devem ser apresentadas nos últimos parágrafos da discussão.

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

truturado, dividido nos seguintes subtítulos: **Objectivos, Tipo de estudo, Local, População, Métodos, Resultados e Conclusões**. Encorajamos os investigadores a registar prospectivamente os ensaios clínicos num registo público de ensaios. Os ensaios clínicos deverão ter o número de registo no final do resumo.

Relato de Caso

Conteúdo: Consistem em textos descritivos de casos clínicos que sirvam para melhorar a tomada de decisão da investigação diagnóstica ou terapêutica, de aspectos relacionados com a educação ou com as políticas de saúde.

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

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

Corpo do artigo: A **Introdução** deve apresentar os motivos que levaram à apresentação do caso clínico de forma sintética e sem fazer uma revisão teórica do problema em questão. A **Descrição do caso** deve ser constituída por uma apresentação do caso clínico propriamente dito, feita de forma estruturada e com recurso a subtítulos, se necessário. O **Comentário** deverá chamar a atenção para os aspectos práticos relevantes, problemas encontrados na prática clínica ou lições a tirar do relato de caso.

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

Revisão

Conteúdo: Consistem em estudos de revisão bibliográfica, trabalhos de síntese ou actualização clínica que possam constituir instrumentos auxiliares de actualização e de aperfeiçoamento da prática clínica. Os autores são encorajados a seguir as normas PRISMA para revisões sistemáticas,¹⁴ MOOSE para meta-análises de estudos observacionais¹⁵ e as recomendações de Riley et al para meta-análises de dados individuais de doentes.¹⁶ Os autores de artigos de revisão baseada na evi-



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

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

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

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

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

Prática

Conteúdo: Consistem em relatórios de avaliação de qualidade ou trabalhos descritivos de experiências ou projectos considerados relevantes para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes em cuidados de saúde primários.

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

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

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Formação

Conteúdo: Consistem em relatos de projectos ou experiências considerados importantes no campo da educação médica pré e pós-graduada no contexto dos cuidados de saúde primários.

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

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

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Opinião e Debate

Conteúdo: Consistem em textos de opinião livre susceptíveis de fomentar a reflexão e a discussão sobre temas de interesse para a medicina geral e familiar.

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

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



Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Artigo Breve

Conteúdo: Consistem em textos de pequena dimensão como, por exemplo, estudos originais curtos ou de divulgação de resultados preliminares, apontamentos sobre casos clínicos ou pequenos estudos de séries.

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

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

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Carta ao Director

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

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 750 palavras, sendo admitida até uma ilustração (quadro ou figura) e até 5 referências bibliográficas.

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

Resumo: Não há resumo.

Editorial

Da iniciativa do Conselho Editorial. Não deverão ultrapassar 1.200 palavras nem mais do que 15 referências. Serão admitidas até 2 ilustrações (quadros ou figuras).

Documentos

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

Dossier

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

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

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

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

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

POEM

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

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

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

Clube de Leitura

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

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

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

Síntese

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

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

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

Websaúde

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

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

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

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

ORGANIZAÇÃO FORMAL DOS ARTIGOS

Formatação dos ficheiros electrónicos submetidos

Os artigos devem ser dactilografados em qualquer pro-



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

Primeira página

Deverá incluir apenas:

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

Segunda página

Deverá incluir apenas:

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

Terceira página

Deverá incluir apenas:

1. Título do artigo nas línguas necessárias.
2. Resumo do artigo nas línguas necessárias. O resumo deve respeitar as normas indicadas para o tipo de artigo em questão e tornar possível a compreensão do artigo sem que haja necessidade de o ler.
3. De duas a seis palavras-chave nas línguas necessárias usando, sempre que existirem, termos da lista de descritores médicos MeSH,⁵ dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME⁶ ou dos descritores da PORBASE (Índice de Assuntos).⁷
4. Indicação da tipologia do artigo (a que secção da revista se destina).

Páginas seguintes

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

Primeira página a seguir ao texto do artigo

Deverá incluir o capítulo Agradecimentos, quando este exista.

Primeira página a seguir aos Agradecimentos

Deverá conter o início do capítulo Referências Bibliográficas.

Primeira página a seguir a Referências bibliográficas

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

Páginas seguintes

Deverão incluir as ilustrações. Estas devem ser enviadas cada uma em sua folha com indicação do respectivo número (algarismo árabe ou numeração romana) e legenda. Os quadros, com numeração romana, deverão sempre incluir um título curto. Poderão incluir em rodapé notas explicativas consideradas necessárias e assinaladas utilizando os símbolos indicados nas normas de Vancouver.^{2,3} Gráficos, diagramas, gravuras e fotografias (figuras) deverão ser apresentados com qualidade que permita a sua reprodução directa e numerados com algarismos árabes. Não devem ser utilizados gráficos tridimensionais. As figuras em formato digital devem ser enviadas como ficheiros separados e não dentro do documento de texto. São aceites os formatos JPEG, TIF e EPS, preferencialmente com uma resolução de 300 pontos por polegada (dpi) ou superior. As figuras em suporte de papel ou filme (diapositivos) deverão ter boa qualidade e ser devidamente identificadas (algarismos árabes) com etiqueta autocolante no verso ou na margem. Dá-se preferência a imagens em formato digital, desde que essa opção não comprometa a qualidade das mesmas. No caso de se tratar de fotografias de pessoas ou de fotografias já publicadas, proceder de acordo com as normas de Vancouver.^{2,3}

Normas de estilo

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

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



- e) nas palavras dos títulos das figuras e quadros;
 - f) em nomes de escalas e instrumentos de medida;
 - g) em substantivos determinados por numeral ou letra e,
 - h) em nomes de cadeiras ou disciplinas académicas.
2. Usar sempre o nome farmacológico. Pode, se justificado, incluir-se o nome comercial em parênteses, após a primeira referência ao fármaco no texto.
 3. Escrever por extenso algarismos menores que 10. As exceções são: quando se fazem comparações com números iguais ou superiores a 10, se utilizam unidades de medida, para representar funções matemáticas, quantidades fraccionais, percentagens e razões. Nunca iniciar uma frase com um algarismo.
 4. Usar sempre algarismos para designar tempo, data, idade, amostra e população, tamanho, resultados, dosagens, percentagens, graus de temperatura, medidas métricas e pontos numa escala.
 5. Por regra, não usar abreviaturas fora de parênteses. A exceção 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 exceção dos símbolos em grego.
 12. A indicação da casa decimal deve fazer-se através de uma vírgula e não de um ponto final.
 13. No texto, os números decimais devem ser apresentados apenas com até duas casas e com arredondamento, a não ser em casos excepcionais em que tal se justifique.
 14. Os operadores aritméticos e lógicos, tais como +, -, =, <, e >, levam espaço antes e depois.

Referências bibliográficas

As **Referências Bibliográficas** devem ser assinaladas no texto com algarismos árabes em elevado, pela ordem de primeira citação e incluídas neste capítulo, utilizando exactamente a mesma ordem de citação no texto. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus. A Revista Portuguesa de Clínica Geral é referenciada usando a abreviatura Rev Port Clin Geral. O numeral da referência deverá ser colocado após a pontuação (ponto, vírgula, etc.).

Exemplos:

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

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

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

Exemplos:

(...) sendo a prevalência maior nesse grupo etário,^{3,15,21}

(...) comparativamente a esses estudos,^{6,9}

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

As referências à 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-Let n.º 114/92, de 4 de Junho. «Diário da República – Série A. p. 2711.

SUBMISSÃO DE ARTIGOS À APRECIÇÃO EDITORIAL

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



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

Os documentos a enviar incluem:

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

TRATAMENTO EDITORIAL

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

Após análise da tipologia do artigo, os textos são submetidos a um processo de validação administrativa. Os artigos que não 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 res-

ponsável. Esse editor fará uma apreciação sumária e apresentará o artigo em reunião do Conselho Editorial. Os artigos que não estejam relacionados com a missão da revista (o desenvolvimento da especialidade de medicina geral e familiar ou a melhoria dos cuidados de saúde primários) serão recusados.

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

A decisão de publicação pode ser no sentido da recusa, da publicação sem alterações ou da publicação após modificações. Neste último grupo, os artigos, após a realização das modificações propostas, serão reapreciados pelos revisores originais do artigo. Desta reapreciação resultará uma apreciação final por parte do editor responsável e a decisão de recusa ou de publicação sem alterações. Os autores de artigos aprovados para publicação serão informados da data provável de publicação.

CEDÊNCIA DE DIREITOS DE AUTOR

Os autores concedem à RPCG o direito exclusivo de publicar e distribuir em suporte físico, electrónico, por meio de radiodifusão ou em outros suportes que venham a existir o conteúdo do manuscrito. Concedem ainda à RPCG o direito a utilizar e explorar o manuscrito, nomeadamente para ceder, vender ou licenciar o seu conteúdo. Esta autorização é permanente e vigora a partir do momento em que o manuscrito é submetido, tem a duração máxima permitida pela legislação portuguesa ou internacional aplicável e é de âmbito mundial. Os autores declaram ainda que esta cedência

é feita a título gratuito. Caso a RPCG comunique aos autores que decidiu não publicar o seu manuscrito, a cédência exclusiva de direitos cessa de imediato.

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

Os autores têm direito a:

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Clínica Geral. Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral. *Rev Port Clin Geral* 2009; 25: 130-144.
2. Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas: escrever e editar para publicação biomédica. Montenegro M, tradutor, Sousa JC, tradutor. *Rev Port Clin Geral* 2007;23:778-98.
3. International Committee of Medical Journal Editors [página na Internet]. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication [acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.icmje.org>
4. The EQUATOR Network. Enhancing the Quality and Transparency of Health Research [página na Internet]. Oxford: Minervation Ltd; [acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.equator-network.org/>
5. US National Library Medicine. Medical Subject Headings [página na Internet]. Bethesda: National Library Medicine; [actualizado em 2008/12/18; acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>
6. BIREME. Descritores em ciências da saúde (DeCS) [página na Internet]. São Paulo: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; [acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>
7. Biblioteca Nacional. Porbase - Base Nacional de Dados Bibliográficos [página na Internet]. Lisboa: Biblioteca Nacional; [actualizado em 27/06/2007; acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.porbase.org/projectos/terminologias-dip.html>
8. Patrias, K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Wending, DL, technical editor. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 [actualizado em 21/10/2009; acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>
9. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008 Apr;61(4):344-9.
10. Schulz KF, Altman DG, Moher D, for the CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ* 2010;340: c332-c332
11. Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, Lijmer JG, Moher D, Rennie D, de Vet HCW, the STARD Group. Towards Complete and Accurate Reporting of Studies of Diagnostic Accuracy: The STARD Initiative. *Clinical Chemistry* 2003;49:1-6.
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007 Dec;19(6):349-57.
13. Davidoff F, Batalden P, Stevens D, Ogrinc G, Mooney S. Publication Guidelines for Quality Improvement Studies in Health Care: Evolution of the SQUIRE Project. *J Gen Intern Med* 2008 Oct 2.
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Clin Epidemiol* 2009; 62(10):1006-12.
15. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, Moher D, Becker BJ, Sipe TA, Thacker SB, the Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology Group. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology: A proposal for reporting. *JAMA* 2000;283:2008-12.
16. Riley RD, Lambert PC, Ho-Zaid G. Meta-analysis of individual participant data: rationale, conduct, and reporting. *BMJ* 2010;340:c221
17. Siwek J, Gourlay ML, Slawson DC, Shaughnessy AF. How to write an evidence-based clinical review article. *Am Fam Physician*. 2002 Jan 15;65(2):251-8.
18. Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, Dawes M, Howick J. Levels of Evidence [página na Internet]. Oxford: Centre for Evidence-based Medicine; [actualizado em Março 2009; acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.cebm.net/?o=1025>
19. Sanchez JP. Simplesmente POEMs. *Rev Port Clin Geral* 2005 Nov-Dez; 21(6): 631-4.
20. Mateus M, Sanchez JP. POEMs: glossário e níveis de evidência. *Rev Port Clin Geral* 2006;22:400-4.
21. Charnock D, editor. The DISCERN handbook - Quality criteria for consumer health information on treatment choices. 1st Ed. Oxford: Radcliffe Medical Press Ltd; 1998.