



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2011/2012

José Pedro Azevedo de Sá Malheiro
Fenda Lábio Palatina

março, 2012

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

José Pedro Azevedo de Sá Malheiro
Fenda Lábio Palatina

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Estomatologia

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Dr João Correia Pinto**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Arquivos de Medicina**

março, 2012

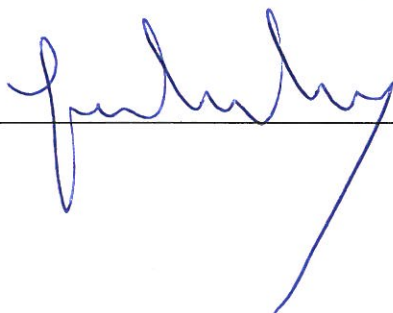
FMUP

Eu, José Pedro Azevedo de Sá Malheiro, abaixo assinado, nº mecanográfico 850801001, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

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

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 31/3/2012

Assinatura: _____



Nome: José Pedro Azevedo de Sá Malheiro

Endereço eletrónico: med85001@med.up.pt **Telefone ou Telemóvel:** +351936390777

Número do Bilhete de Identidade: 7708349

Título da Dissertação :

Fenda Lábio Palatina

Orientador:

Doutor João Correia Pinto

Ano de conclusão:2012

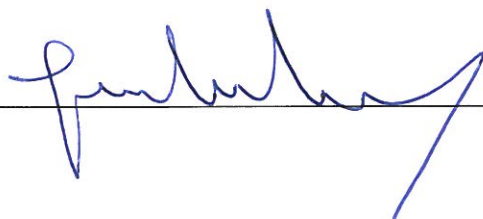
Designação da área do projeto:

Estomatologia

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

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 31/ 3/ 2012

Assinatura: _____



DEDICATÓRIA

À Cristina e à Maria, pelo apoio e pelo tempo que as privei da minha companhia.

Ao meu falecido pai, à minha mãe e aos meus irmãos, pelo apoio e incentivo incondicional ao longo de todo o percurso da minha vida.

FENDAS LÁBIO PALATINAS

José Pedro Azevedo de Sá Malheiro*

*Aluno do 6ºano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Correspondência:

José Pedro Azevedo de Sá Malheiro

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Alameda Prof. Hernâni Monteiro

4200-319 Porto

Portugal

Telefone: +351 936390777

Correio Eletrónico: med85001@med.up.pt

Agradecimentos:

Ao Dr. João Correia Pinto, meu Orientador, pela sua disponibilidade, empenho, dedicação e, sobretudo, pelo seu espírito-crítico ao longo de todo o processo de elaboração do presente trabalho.

À Dra. Maria João Leite Fonseca, pela infundável paciência e rigor estatístico com que acompanhou a elaboração desta dissertação.

Ao Dr. Jorge Serafim Moreira de Freitas por todo o apoio recebido.

Ao meu amigo e colega Hugo Manuel Taveira da Cunha, por estar sempre presente e pronto a ajudar.

Um agradecimento muito especial ao Prof Mário Azevedo, pelas sugestões construtivas e pelo interesse e colaboração demonstrado ao longo do trabalho.

Contagens de Palavras:

Resumo – 242

Abstract – 209

Texto Principal – 1641

ÍNDICE

RESUMO.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUÇÃO.....	5
MÉTODOS.....	6
RESULTADOS.....	7
DISCUSSÃO.....	9
CONCLUSÃO.....	11
REFERÊNCIAS.....	12
TABELA 1.....	13
TABELA 2.....	14
TABELA 3.....	15
TABELA 4.....	16

Resumo

Objetivos. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência dos diferentes tipos de fendas lábio-palatinas e a sua associação com variáveis como o género, história familiar, síndromes e outras malformações, numa amostra recrutada na consulta multidisciplinar de fenda lábio-palatina do Hospital de S. João.

Método. Para este estudo, a amostra foi constituída por 441 portadores de fenda lábio-palatina que recorreram à consulta multidisciplinar de fenda lábio-palatina do Hospital de S. João, na cidade do Porto, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011. Foram consideradas as variáveis tipo de fenda, género, presença ou ausência de síndrome e malformações associadas. Para determinar o tipo de fenda foi usada a classificação proposta por Spina (1973). As proporções foram comparadas usando o teste de qui-quadrado ou teste exato de Fisher quando apropriado.

Resultados. A amostra estudada era constituída por 57,8% de indivíduos do género masculino, sendo as fendas transforâmen (40,8%) e as fendas unilaterais esquerdas (61%) as mais frequentes. Verificou-se a existência de história familiar em 25,4% da amostra, uma maior prevalência do género feminino na fenda pós-forâmen (51,5%) e do género masculino na fenda pré-forâmen (66,7%) e na fenda transforâmen (62,2%). A fenda lábio-palatina estava associada em 24,2% dos casos a uma síndrome e em 55,9% a uma malformação (facial, crânio-encefálica, ocular, cardíaca, urogenital, digestiva ou outra).

Conclusões. O tipo de fenda lábio-palatina mostrou-se fortemente associado com o género, a história familiar de fenda e a presença de síndrome e malformações associadas.

Palavras-chave. Fenda lábio-palatina, fenda pré-forâmen, fenda transforâmen, fenda pós-forâmen, prevalência.

Abstract

Objectives. The aim of this study was to assess the prevalence of cleft lip and palate and relationships between gender, familiar history, syndromes and other malformations, in a sample recruited in the multidisciplinary consultation of oral clefts in Hospital de S. João.

Methods. From January 2011 to December 2012, 441 individual with cleft lip and palate were followed in Hospital de S. João, in Porto. The analyzed variables were type of cleft, gender, presence or absence of syndrome and malformations associated. Cleft types were evaluated according to the Spina classification (1973). The chi-square and Fisher tests were used.

Results. In the sample, 57,8% were male, the transincisive foramen clefts (40,8%) and unilateral left clefts (61%) were the most frequent. The familiar history was associated in 25,4% of the sample, syndromes in 24,2%, and malformations in 55,9%. An higher prevalence of post-incisive foramen clefts (51,5%) in females, and pre-incisive foramen (66,7%) and trans –incisive foramen clefts (62,2%). in males were observed.

Conclusions. The type of cleft lip with or without cleft palate and cleft palate was closed associated with the gender, familiar history of cleft and the presence of syndromes and associated malformations.

Keywords. Cleft lip and palate, pre-incisive foramen cleft, transincisive foramen cleft, post-incisive foramen cleft, prevalence.

Introdução

As fendas lábio-palatinas são uma das anomalias congênitas orofaciais mais frequentes. Num estudo entre 2002 e 2006 em 30 países do mundo, a prevalência média de fenda labial com ou sem fenda palatina foi de 7,94 por 10 000 nados-vivos (1).

Repercussões estéticas, na fala, na audição, e psicológicas podem levar a problemas adversos para a saúde e integração social. Tipicamente, crianças com estas alterações necessitam de cuidados multidisciplinares desde a nascença até à idade adulta, e têm maior morbilidade e mortalidade durante a vida do que indivíduos não afetados (2). Estas malformações atingem o terço médio e inferior da face, sendo ocasionadas pela ausência de fusão dos processos frontonasais e um ou ambos os processos maxilares (fendas anterolaterais), e pela ausência de fusão entre os processos palatinos laterais entre si e com o vômer (fendas posteriores), durante a quarta e a décima segunda semana de vida intrauterina (3). Podem ser uma situação isolada, ou ocorrer em associação como um componente de uma síndrome ou malformação (4).

São várias as classificações utilizadas para distribuir as fendas lábio-palatinas. A utilizada na consulta multidisciplinar de fenda lábio-palatina do Hospital São João (HSJ) é a de Spina (1973). Esta classificação, sendo simples e objetiva, tem-se mostrado prática e suficiente para ser dirigida aos clínicos de uma equipa multidisciplinar. Fundamentada na teoria embriológica e tendo como ponto de referência anatómica o forâmen incisivo, reconhece os mecanismos independentes de formação das estruturas anteriores (palato primário) e posteriores (palato secundário) a este, ponto de junção na formação de toda a região lábio-palatina (5).

Assim, classifica as fendas: em Grupo I ou pré-forâmen incisivo (FGI), que são as fendas do lábio com ou sem atingimento do processo alveolar, podendo ser unilaterais direita ou esquerda e bilaterais; em Grupo II ou transforâmen incisivo (FGII), atingindo o lábio, processo alveolar e palato, podendo ser unilaterais direita ou esquerda e bilaterais; em Grupo III ou pós-forâmen incisivo (FGIII) que são as fendas palatinas, que podem ser submucosas, apenas da úvula, do palato duro ou mole; e em Grupo IV ou fendas faciais raras.

Métodos

Realizou-se um estudo retrospectivo, por meio de elementos existentes na ficha clínica dos doentes com diagnóstico de fenda lábio-palatina, atendidos na consulta de grupo de fenda lábio-palatina no HSJ, no período compreendido entre janeiro de 2010 a dezembro de 2011.

Desta forma, foram recrutados 443 indivíduos, dos quais 2 foram eliminados por apresentarem uma fenda do grupo IV, ficando uma amostra final de 441 doentes. As variáveis analisadas foram o género, o tipo de anomalia orofacial, presença ou ausência de síndrome ou malformações associadas. As deformidades foram agrupadas tendo em conta uma classificação anatómico-descritiva, a classificação de Spina (1973).

As proporções foram comparadas usando o teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher quando apropriado. As diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando $p < 0,05$. Toda a análise estatística foi realizada com o *software* SPSS, versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Resultados

A nossa análise incidu sobre um conjunto de 441 indivíduos, 57,8% do sexo masculino (n=255) e 42,2% do sexo feminino (n=186), como consta na Tabela 1. Destes indivíduos, 25,4% tinham história familiar conhecida de fenda (n=112) e 24,2% apresentavam uma síndrome associada à fenda (n=106) (tabela 1).

Em relação a malformações, 55,9% do conjunto estudado apresentava uma malformação associada à fenda (n=246). Entre estas, as malformações faciais, cardíacas, urogenitais, oculares, crânio-encefálicas e digestivas, apresentaram uma prevalência de 22,7%, 16,3%, 14,3%, 14,1%, 12,7%, e 6,1%, respetivamente, como se mostra na mesma tabela.

[Inserir Tabela 1]

Como podemos ver na Tabela 2, as FGI apresentaram uma prevalência de 20,4% (n=90), as FGII de 40,8% (n=180) e as FGIII de 38,8% (n=171). Dentro dos indivíduos com FGI, a maioria apresentou fenda unilateral (88,9%), sendo que 52,2% apresentou fenda unilateral completa e 36,7% fenda unilateral incompleta. A fenda bilateral completa foi encontrada em 7,8% e a fenda bilateral incompleta em apenas 3,3%.

Entre os indivíduos com FGII, 58,9% apresentou fenda unilateral e 41,1% fenda bilateral. Nas FGIII, 63,2% apresentaram fenda completa e 36,8% fenda incompleta. Nas fendas unilaterais, o lado esquerdo ocorreu em 61% dos casos (n=113) e o lado direito em 39% (n=73).

[Inserir Tabela 2]

A Tabela 3 representa a associação entre o tipo de fenda (FGI, FGII e FGIII) e o género, história familiar de fenda, presença de síndrome associada à fenda e malformações. Em relação ao género, pudemos verificar que as FGIII apresentaram uma maior proporção (51,5%) de indivíduos do género feminino, do que as FGII e as FGI (37,8% e 33,3%, respetivamente), sendo estas diferenças estatisticamente significativas (p=0,006). Nos indivíduos com FGII, existiu uma maior proporção de

indivíduos com história familiar de fenda (34,4%), do que na FGIII e FGI (18,3% e 21,1%, respectivamente), sendo também estas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,001$).

Em relação à presença de síndrome associada à fenda, verificou-se que a proporção de presença desta é maior nos indivíduos com FGIII (45,0%), seguindo-se os com FGII (14,0%) e por último os com FGI (5,6%) ($p<0,0001$). No grupo com FGIII foi onde existiu uma maior proporção de indivíduos com malformações associadas (68,4%) ($p<0,0001$). Isto foi verdade para a presença de qualquer malformação, mas também para a presença específica das malformações estudadas. No entanto, para as malformações urogenitais e digestivas as diferenças, apesar de serem no mesmo sentido, não foram estatisticamente significativas.

[Inserir Tabela 3]

A Tabela 4 apresenta o quadro geral dos casos analisados neste estudo. Apesar de ter existido uma associação estatisticamente significativa entre o subtipo de FGI e a história familiar de fenda, esta não poderá ter sido considerada importante, devido ao pequeno número de indivíduos em cada célula. Com as outras variáveis, não existiu associação estatisticamente significativa. Em relação à FGIII, entre os indivíduos com fenda completa existiu uma maior proporção de síndrome associada do que nos indivíduos com fenda incompleta (51,9% vs. 33,3%, $p=0,019$).

Existiu uma associação entre o tipo de FGII e a presença de malformações cardíacas, sendo que entre os indivíduos com FGII bilateral existiu uma maior proporção com malformações cardíacas (18,1% vs. 6,7%, $p=0,019$).

[Inserir Tabela 4]

Discussão

Em relação ao género, o masculino foi mais frequente nas FGI e nas FGII, o género feminino foi mais frequente nas FGIII. Segundo alguns estudos (6) (7), a diferenciação por género (homem/mulher) é de 2:1 para as FGI e para as FGII, e 1:2 para as FGIII. Assim, pudemos verificar que as FGIII apresentaram uma maior proporção de indivíduos do género feminino (51,5%), do que as FGI (33,3%) e as FGII (37,8%), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,006$). O palato secundário ao fechar uma semana mais tarde no género feminino, pode explicar o motivo das FGIII serem mais frequentes neste grupo, dado que estão mais tempo em risco (8).

Em relação ao tipo de fenda, observou-se que as FGII foram as mais encontradas (40,8%), seguido das FGIII (38,8%) e por último das FGI (20,4%). Isto também está em acordo com trabalhos encontrados na literatura (3) (6) (9).

Num dos mesmos estudos (6) as fendas unilaterais são cerca de nove vezes mais comuns que as bilaterais. Também nos nossos resultados se demonstrou que o envolvimento unilateral é mais frequente que o envolvimento bilateral nas FGI e nas FGII: assim, nas FGI, 88,9 % das encontradas foram unilaterais, e 11,1% foram bilaterais; nas FGII, 58,9% das encontradas foram unilaterais e 41,1% bilaterais. Segundo outros estudos (3), 86% das fendas bilaterais estão associadas a fendas palatinas, o que também se confirmou nos nossos resultados, em que das fendas bilaterais ($n=84$), as FGIII foram as mais frequentes ($n=74$) quando comparadas com as fendas só labiais ($n=10$). Nas unilaterais, verificou-se uma ocorrência superior das fendas do lado esquerdo (61% esquerdas e 39% direitas), apesar de não ter sido tão evidente como para outros autores que apontam que as fendas esquerdas ocorrem duas vezes mais que as direitas (4).

Em relação à presença de fenda com síndrome associada, verificou-se uma prevalência de 24,2%, o que é semelhante a estudos que referem que esta prevalência é de 30%. Verificamos que a proporção de presença desta é maior nos indivíduos com FGIII (45,0%), seguindo-se os com FGII (14,0%) e os com FGI (5,6%) ($p<0,0001$). Isto também está de acordo com outros estudos, em que as FGIII estão mais associadas a síndromes do que as FGI e as FGII, e que sugerem que a maioria das fendas labiais são não-sindrómicas (10) (11).

Relativamente à associação entre o tipo de fenda e a história familiar, nas FGII, existiu uma maior proporção de indivíduos com história familiar de fenda (34,4%), do que nas FGIII e nas FGI (18,3% e 21,1%, respetivamente), sendo também estas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,001$). Quanto à associação entre o subtipo de fenda e a história familiar, apesar de existir uma associação estatisticamente significativa, esta não poderá ser considerada importante, devido ao pequeno número de indivíduos em cada célula.

Na literatura existente (7), as FGI, as FGII e as FGIII estão associadas frequentemente com outras anomalias congénitas, sendo a sua frequência maior nas FGIII. No nosso estudo também foi no grupo com FGIII onde encontramos uma maior proporção de indivíduos com malformações associadas (68,4%) ($p<0,001$), o que está de acordo com a mesma literatura.

Conclusão

Embora o estudo se tenha baseado numa população de portadores de fendas orofaciais submetida a tratamento, os resultados não diferem da maioria dos estudos baseados em nados-vivos, em que as FGII são as mais prevalentes entre todos os tipos, as fendas esquerdas são mais frequentes que as fendas direitas, as FGI e as FGII têm maior proporção do género masculino, enquanto as FGIII do género feminino. Também relativamente à história familiar de fenda, síndrome associada e malformações associadas, os resultados não diferem dos apresentados por outros autores. O tipo de fenda lábio-palatina mostrou-se fortemente associado com o género, a história familiar de fenda e a presença de síndrome e malformações associadas.

A fenda lábio-palatina representa uma condição clínica complexa, com uma elevada percentagem de complicações médicas que requerem um tratamento multidisciplinar. A alta incidência de anomalias congénitas associadas a estas fendas exige uma vigilância exaustiva dos nados-vivos atingidos.

Referências

- (1) Tanaka SA, Mahabir RC, Jupiter DC, Menezes JM. Updating the Epidemiology of Cleft Lip with or without Cleft Palate. *Plast Reconstr Surg* 2012; 129(3):511e-8e.
- (2) Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon RG, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet* 2009; 374:1773-85.
- (3) Kirschner RE, LaRossa D. Cleft lip and palate. *Otolaryngol Clin North Am* 2000; 33(6):1191-215.
- (4) Habel A, Sell D, Mars M. Management of cleft lip and palate. *Arch Dis Child* 1996; 74(4):360-6.
- (5) Spina V. A proposed modification for the classification of cleft lip and cleft palate. *Cleft Palate J* 1973; 10:251-2.
- (6) Bernheim N, Georges M, Malevez C, De Mey A, Mansbach A. Embriology and epidemiology of cleft lip and palate. *B-ENT* 2006; 2 Suppl 4:11-9.
- (7) Diego F, Wyszynski, editores. *Cleft Lip and Palate: From Origin to Treatment*. New York: Oxford University Press; 2002.
- (8) Ciminello FS, Morin RJ, Nguyen TJ, Wolfe SA. Cleft lip and palate: review. *Compr Ther* 2009; 35(1):37-43.
- (9) Fraser GR, Calnan JS. Cleft and palate: seasonal incidence, birth weight, birth rank, sex, site, associated malformations and parental age. A statistical survey. *Arch Dis Child* 1961; 36:420-3.
- (10) Murray JC. Gene/ environment causes of cleft lip and/ or palate. *Clin Genet* 2002; 61(4): 248-56.
- (11) Samanich J. Cleft palate. *Pediatr Rev* 2009; 30(6):230-2.

Tabela 1

Resultados por Gênero, História Familiar de Fenda, Síndrome Associada e Malformações Associadas

Correlatos		n (%)
Gênero		
	Masculino	255 (57,8)
	Feminino	186 (42,2)
História familiar de fenda		
	Sim	112 (25,4)
	Não	329 (74,6)
Síndrome associada		
	Sim	106 (24,2)
	Não	332 (75,8)
Malformações associadas		
	Sim	246 (55,9)
	Não	194 (44,1)
Malformações faciais		
	Sim	100 (22,7)
	Não	341 (77,3)
Malformações cardíacas		
	Sim	71 (16,3)
	Não	364 (83,7)
Malformações urogenitais		
	Sim	63 (14,3)
	Não	378 (85,7)
Malformações oculares		
	Sim	62 (14,1)
	Não	379 (85,9)
Malformações crânio-encefálicas		
	Sim	56 (12,7)
	Não	385 (87,3)
Malformações digestivas		
	Sim	27 (6,1)
	Não	414 (93,9)

Tabela 2

Resultados segundo a Classificação de Spina Tendo em Conta o Tipo e o Subtipo

Grupos	n	Prevalência no grupo (%)	Prevalência no total (%)
Grupo I – Fenda pré-forâmen			
Unilateral incompleta	33	36,7	7,5
Unilateral completa	47	52,2	10,7
Bilateral incompleta	3	3,3	0,7
Bilateral completa	7	7,8	1,6
Total	90	100,0	20,4
Grupo II – Fenda transforâmen			
Unilateral	106	58,9	24
Bilateral	74	41,1	16,8
Total	180	100,0	40,8
Grupo III – Fenda pós-forâmen			
Completa (Total)	108	63,2	24,5
Incompleta (Parcial)	63	36,8	14,3
Total	171	100,0	38,8

Tabela 3

Resultados da Associação entre o Tipo de Fenda, o Gênero, a História Familiar, a Presença de Síndrome Associada e a Presença de Malformações Associadas.

		Fenda pré- forâmen	Fenda transforâmen	Fenda pós- forâmen	p
Gênero					
	Masculino	60 (66,7)	112 (62,2)	83 (48,5)	
	Feminino	30 (33,3)	68 (37,8)	88 (51,5)	0,006
História familiar de fenda					
	Sim	19 (21,1)	62 (34,4)	31 (18,3)	
	Não	71 (78,9)	118 (65,6)	138 (81,7)	0,001
Síndrome associada					
	Sim	5 (5,6)	25 (14,0)	76 (45,0)	
	Não	85 (94,4)	154 (86,0)	93 (55,0)	<0,001
Malformações associadas					
	Sim	40 (44,4)	89 (49,7)	117 (68,4)	
	Não	50 (55,6)	90 (50,3)	54 (31,6)	<0,001
Malformações faciais					
	Sim	11 (12,2)	28 (15,6)	61 (35,7)	
	Não	79 (87,8)	152 (84,4)	110 (64,3)	<0,001
Malformações cardíacas					
	Sim	8 (9,0)	20 (11,3)	43 (25,4)	
	Não	81 (91,0)	157 (88,7)	126 (74,6)	<0,001
Malformações urogenitais					
	Sim	12 (13,3)	20 (11,1)	31 (18,1)	
	Não	78 (86,7)	160 (88,9)	140 (81,9)	0,164
Malformações oculares					
	Sim	6 (6,7)	19 (10,6)	37 (21,6)	
	Não	84 (93,3)	161 (89,4)	134 (78,4)	0,001
Malformações crânio-encefálicas					
	Sim	5 (5,6)	17 (9,4)	34 (19,9)	
	Não	85 (94,4)	163 (90,6)	137 (80,1)	0,001
Malformações digestivas					
	Sim	3 (3,3)	8 (4,4)	16 (9,4)	
	Não	87 (96,7)	172 (95,6)	155 (90,6)	0,074

Tabela 4

Resultados da Associação entre o Subtipo de Fenda dentro de cada Grupo (FGI, FGII e FGIII), o Gênero, a História Familiar, a Presença de Síndrome Associada e a Presença de Malformações Associadas

		FGI unilateral incompleta	FGI unilateral completa	FGI bilateral incompleta	FGI bilateral completa	p	FGII unilateral	FGII bilateral	p	FGIII completa	FGIII incompleta	p
Gênero	Masculino	26 (78,8)	29 (61,7)	2 (66,7)	3 (42,9)		67 (63,2)	45 (60,8)		48 (44,4)	35 (55,6)	
	Feminino	7 (21,2)	18 (38,3)	1 (33,3)	4 (57,1)	0,213	39 (36,8)	29 (39,2)	0,744	60 (55,6)	28 (44,4)	0,161
História familiar de fenda	Sim	8 (24,2)	6 (12,8)	2 (66,7)	3 (42,9)		33 (31,1)	29 (39,2)		20 (18,7)	11 (17,7)	
	Não	25 (75,8)	41 (87,2)	1 (33,3)	4 (57,1)	0,048	73 (68,9)	45 (60,8)	0,263	87 (81,3)	51 (82,3)	0,878
Síndrome associada	Sim	1 (3,0)	3 (6,4)	0 (0,0)	1 (14,3)		12 (11,3)	13 (17,8)		55 (51,9)	21 (33,3)	
	Não	32 (97,0)	44 (93,6)	3 (100,0)	6 (85,7)	0,647	94 (88,7)	60 (82,2)	0,219	51 (48,1)	42 (66,7)	0,019
Malformações associadas	Sim	15 (45,5)	19 (40,4)	3 (100,0)	3 (42,9)		36 (34,0)	26 (35,1)		76 (70,4)	41 (65,1)	
	Não	18 (54,5)	28 (59,6)	0 (0,0)	4 (57,1)	0,253	70 (66,0)	48 (64,9)	0,871	32 (29,6)	22 (34,9)	0,473
Malformações faciais	Sim	3 (9,1)	6 (12,8)	0 (0,0)	2 (28,6)		12 (11,3)	16 (21,6)		37 (34,3)	24 (38,1)	
	Não	30 (90,9)	41 (87,2)	3 (100,0)	5 (71,4)	0,480	94 (88,7)	58 (78,4)	0,061	71 (65,7)	39 (61,9)	0,613
Malformações cardíacas	Sim	3 (9,1)	3 (6,4)	0 (0,0)	2 (33,3)		7 (6,7)	13 (18,1)		31 (29,2)	12 (19,0)	
	Não	30 (90,9)	44 (93,6)	3 (100,0)	4 (66,7)	0,169	98 (93,3)	59 (81,9)	0,019	75 (70,8)	51 (81,0)	0,141
Malformações urogenitais	Sim	4 (12,1)	7 (14,9)	1 (33,3)	0 (0,0)		12 (11,3)	8 (10,8)		21 (19,4)	10 (15,9)	
	Não	29 (87,9)	40 (85,1)	2 (66,7)	7 (100,0)	0,521	94 (88,7)	66 (89,2)	0,915	87 (80,6)	53 (84,1)	0,559
Malformações oculares	Sim	1 (3,0)	4 (8,5)	0 (0,0)	1 (14,3)		11 (10,4)	8 (10,8)		23 (21,3)	14 (22,2)	
	Não	32 (97,0)	43 (91,5)	3 (100,0)	6 (85,7)	0,609	95 (89,6)	66 (89,2)	0,926	85 (78,7)	49 (77,8)	0,887
Malformações crânio-encefálicas	Sim	0 (0,0)	4 (8,5)	1 (33,3)	0 (0,0)		7 (6,6)	10 (13,5)		25 (23,1)	9 (14,3)	
	Não	33 (100,0)	43 (91,5)	2 (66,7)	7 (100,0)	0,056	99 (93,4)	64 (86,5)	0,119	83 (76,9)	54 (85,7)	0,161
Malformações digestivas	Sim	0 (0,0)	2 (4,3)	0 (0,0)	1 (14,3)		6 (5,7)	2 (2,7)		12 (11,1)	4 (6,3)	
	Não	33 (100,0)	45 (95,7)	3 (100,0)	6 (85,7)	0,265	100 (94,3)	72 (97,3)	0,474	96 (88,9)	59 (93,7)	0,302

ANEXOS

Normas de Publicação da revista “Arquivos de Medicina” (ver páginas seguintes)

Instruções aos Autores

Estas instruções seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (disponível em URL: www.icmje.org).

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam investigação original nas diferentes áreas da medicina, favorecendo investigação de qualidade, particularmente a que descreva a realidade nacional.

Os manuscritos são avaliados inicialmente por membros do corpo editorial e a publicação daqueles que forem considerados adequados fica dependente do parecer técnico de pelo menos dois revisores externos. A revisão é feita anonimamente, podendo os revisores propor, por escrito, alterações de conteúdo ou de forma ao(s) autor(es), condicionando a publicação do artigo à sua efectivação.

Todos os artigos solicitados serão submetidos a avaliação externa e seguirão o mesmo processo editorial dos artigos de investigação original.

Apesar dos editores e dos revisores desenvolverem os esforços necessários para assegurar a qualidade técnica e científica dos manuscritos publicados, a responsabilidade final do conteúdo das publicações é dos autores.

Todos os artigos publicados passam a ser propriedade dos ARQUIVOS DE MEDICINA. Uma vez aceites, os manuscritos não podem ser publicados numa forma semelhante noutros locais, em nenhuma língua, sem o consentimento dos ARQUIVOS DE MEDICINA.

Apenas serão avaliados manuscritos contendo material original que não estejam ainda publicados, na íntegra ou em parte (incluindo tabelas e figuras), e que não estejam a ser submetidos para publicação noutros locais. Esta restrição não se aplica a notas de imprensa ou a resumos publicados no âmbito de reuniões científicas. Quando existem publicações semelhantes à que é submetida ou quando existirem dúvidas relativamente ao cumprimento dos critérios acima mencionados estas devem ser anexadas ao manuscrito em submissão.

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

De acordo com uma avaliação efectuada sobre o material apresentado à revista os editores dos ARQUIVOS DE MEDICINA prevêm publicar aproximadamente 30% dos manuscritos submetidos, sendo que cerca de 25% serão provavelmente rejeitados pelos editores no primeiro mês após a recepção sem avaliação externa.

TIPOLOGIA DOS ARTIGOS PUBLICADOS NOS ARQUIVOS DE MEDICINA

Artigos de investigação original

Resultados de investigação original, qualitativa ou quantitativa.

O texto deve ser limitado a 2000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 4 tabelas e/ou figuras (total) e até 15 referências.

Todos os artigos de investigação original devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Publicações breves

Resultados preliminares ou achados novos podem ser objecto de publicações breves.

O texto deve ser limitado a 1000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As publicações breves devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Artigos de revisão

Artigos de revisão sobre temas das diferentes áreas da medicina e dirigidos aos profissionais de saúde, particularmente com impacto na sua prática.

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam essencialmente artigos de revisão solicitados pelos editores. Contudo, também serão avaliados artigos de revisão submetidos sem solicitação prévia, preferencialmente revisões quantitativas (Meta-análise).

O texto deve ser limitado a 5000 palavras, excluindo referências e tabelas, e apresentar um máximo de 5 tabelas e/ou figuras (total). As revisões quantitativas devem ser organizadas em introdução, métodos, resultados e discussão.

As revisões devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada, devendo ser estruturados no caso das revisões quantitativas.

Comentários

Comentários, ensaios, análises críticas ou declarações de posição acerca de tópicos de interesse na área da saúde, designadamente políticas de saúde e educação médica.

O texto deve ser limitado a 900 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

Os comentários não devem apresentar resumos.

Casos clínicos

Os ARQUIVOS DE MEDICINA transcrevem casos publicamente apresentados trimestralmente pelos médicos do Hospital de S. João numa selecção acordada com o corpo editorial da revista. No entanto é bem vinda a descrição de casos clínicos verdadeiramente exemplares, profundamente estudados e discutidos. O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

Os casos clínicos devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 120 palavras cada.

Séries de casos

Descrições de séries de casos, tanto numa perspectiva de tratamento estatístico como de reflexão sobre uma experiência particular de diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As séries de casos devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Cartas ao editor

Comentários sucintos a artigos publicados nos ARQUIVOS DE MEDICINA ou relatando de forma muito objectiva os resultados de observação clínica ou investigação original que não justifiquem um tratamento mais elaborado.

O texto deve ser limitado a 400 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

As cartas ao editor não devem apresentar resumos.

Revisões de livros ou software

Revisões críticas de livros, software ou sítios da internet.

O texto deve ser limitado a 600 palavras, sem tabelas nem figuras, com um máximo de 3 referências, incluindo a do objecto da revisão.

As revisões de livros ou software não devem apresentar resumos.

FORMATAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A formatação dos artigos submetidos para publicação nos ARQUIVOS DE MEDICINA deve seguir os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Todo o manuscrito, incluindo referências, tabelas e legendas de figuras, deve ser redigido a dois espaços, com letra a 11 pontos, e justificado à esquerda.

Aconselha-se a utilização das letras Times, Times New Roman, Courier, Helvetica, Arial, e Symbol para caracteres especiais.

Devem ser numeradas todas as páginas, incluindo a página do título.

Devem ser apresentadas margens com 2,5 cm em todo o manuscrito. Devem ser inseridas quebras de página entre cada secção. Não devem ser inseridos cabeçalhos nem rodapés. Deve ser evitada a utilização não técnica de termos estatísticos como aleatório, normal, significativo, correlação e amostra. Apenas será efectuada a reprodução de citações, tabelas ou ilustrações de fontes sujeitas a direitos de autor com citação completa da fonte e com autorizações do detentor dos direitos de autor.

Unidades de medida

Devem ser utilizadas as unidades de medida do Sistema Internacional (SI), mas os editores podem solicitar a apresentação de outras unidades não pertencentes ao SI.

Abreviaturas

Devem ser evitados acrónimos e abreviaturas, especialmente no título e nos resumos. Quando for necessária a sua utilização devem ser definidos na primeira vez que são mencionados no texto e também nos resumos e em cada tabela e figura, excepto no caso das unidades de medida.

Nomes de medicamentos

Deve ser utilizada a Designação Comum Internacional (DCI) de fármacos em vez de nomes comerciais de medicamentos. Quando forem utilizadas marcas registadas na investigação, pode ser mencionado o nome do medicamento e o nome do laboratório entre parêntesis.

Página do título

Na primeira página do manuscrito deve constar:

- 1) o título (conciso e descritivo);
- 2) um título abreviado (com um máximo de 40 caracteres, incluindo espaços);
- 3) os nomes dos autores, incluindo o primeiro nome (não incluir graus académicos ou títulos honoríficos);
- 4) a filiação institucional de cada autor no momento em que o trabalho foi realizado;
- 5) o nome e contactos do autor que deverá receber a correspondência, incluindo endereço, telefone, fax e e-mail;
- 6) os agradecimentos, incluindo fontes de financiamento, bolsas de estudo e colaboradores que não cumpram critérios para autoria;
- 7) contagens de palavras separadamente para cada um dos resumos e para o texto principal (não incluindo referências, tabelas ou figuras).

Autoria

Como referido nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", a autoria requer uma contribuição substancial para:

- 1) concepção e desenho do estudo, ou obtenção dos dados, ou análise e interpretação dos dados;
- 2) redacção do manuscrito ou revisão crítica do seu conteúdo intelectual;
- 3) aprovação final da versão submetida para publicação.

A obtenção de financiamento, a recolha de dados ou a supervisão geral do grupo de trabalho, por si só, não justificam autoria.

É necessário especificar na carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho. Esta informação será publicada.

Exemplo: José Silva concebeu o estudo e supervisionou todos os aspectos da sua implementação. António Silva colaborou na concepção do estudo e efectuou a análise dos dados. Manuel Silva efectuou a recolha de dados e colaborou na sua análise. Todos os autores contribuíram para a interpretação dos resultados e revisão dos rascunhos do manuscrito.

Nos manuscritos assinados por mais de 6 autores (3 autores no caso das cartas ao editor), tem que ser explicitada a razão de uma autoria tão alargada.

É necessária a aprovação de todos os autores, por escrito, de quaisquer modificações da autoria do artigo após a sua submissão.

Agradecimentos

Devem ser mencionados na secção de agradecimentos os colaboradores que contribuíram substancialmente para o trabalho mas que não cumpram os critérios para autoria, especificando o seu contributo, bem como as fontes de financiamento, incluindo bolsas de estudo.

Resumos

Os resumos de artigos de investigação original, publicações breves, revisões quantitativas e séries de casos devem ser estruturados (introdução, métodos, resultados e conclusões) e apresentar conteúdo semelhante ao do manuscrito.

Os resumos de manuscritos não estruturados (revisões não quantitativas e casos clínicos) também não devem ser estruturados.

Nos resumos não devem ser utilizadas referências e as abreviaturas devem ser limitadas ao mínimo.

Palavras-chave

Devem ser indicadas até seis palavras-chave, em português e em inglês, nas páginas dos resumos, preferencialmente em concordância com o Medical Subject Headings (MeSH) utilizado no Index Medicus. Nos manuscritos que não apresentam resumos as palavras-chave devem ser apresentadas no final do manuscrito.

Introdução

Deve mencionar os objectivos do trabalho e a justificação para a sua realização.

Nesta secção apenas devem ser efectuadas as referências indispensáveis para justificar os objectivos do estudo.

Métodos

Nesta secção devem descrever-se:

- 1) a amostra em estudo;
- 2) a localização do estudo no tempo e no espaço;
- 3) os métodos de recolha de dados;
- 4) análise dos dados.

As considerações éticas devem ser efectuadas no final desta secção.

Análise dos dados

Os métodos estatísticos devem ser descritos com o detalhe suficiente para que possa ser possível reproduzir os resultados apresentados.

Sempre que possível deve ser quantificada a imprecisão das estimativas apresentadas, designadamente através da apresentação de intervalos de confiança. Deve evitar-se uma utilização excessiva de testes de hipóteses, com o uso de valores de p, que não fornecem informação quantitativa importante.

Deve ser mencionado o software utilizado na análise dos dados.

Considerações éticas e consentimento informado

Os autores devem assegurar que todas as investigações envolvendo seres humanos foram aprovadas por comissões de ética das instituições em que a investigação tenha sido desenvolvida, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (www.wma.net).

Na secção de métodos do manuscrito deve ser mencionada esta aprovação e a obtenção de consentimento informado, quando aplicável.

Resultados

Os resultados devem ser apresentados, no texto, tabelas e figuras, seguindo uma sequência lógica.

Não deve ser fornecida informação em duplicado no texto e nas tabelas ou figuras, bastando descrever as principais observações referidas nas tabelas ou figuras.

Independentemente da limitação do número de figuras propostos para cada tipo de artigo, só devem ser apresentados gráficos quando da sua utilização resultarem claros benefícios para a compreensão dos resultados.

Apresentação de dados numéricos

A precisão numérica utilizada na apresentação dos resultados não deve ser superior à permitida pelos instrumentos de avaliação.

Para variáveis quantitativas as medidas apresentadas não deverão ter mais do que uma casa decimal do que os dados brutos.

As proporções devem ser apresentadas com apenas uma casa decimal e no caso de amostras pequenas não devem ser apresentadas casas decimais.

Os valores de estatísticas teste, como t ou χ^2 , e os coeficientes de correlação devem ser apresentados com um máximo de duas casas decimais.

Os valores de p devem ser apresentados com um ou dois algarismos significativos e nunca na forma de p=NS, p<0,05 ou p>0,05, na medida em que a informação contida no valor de P pode ser importante. Nos casos em

que o valor de p é muito pequeno (inferior a 0,0001), pode apresentar-se como $p < 0,0001$.

Tabelas e figuras

As tabelas devem surgir após as referências. As figuras devem surgir após as tabelas.

Devem ser mencionadas no texto todas as tabelas e figuras, numeradas (numeração árabe separadamente para tabelas e figuras) de acordo com a ordem em que são discutidas no texto.

Cada tabela ou figura deve ser acompanhada de um título e notas explicativas (ex. definições de abreviaturas) de modo a serem compreendidas e interpretadas sem recurso ao texto do manuscrito.

Para as notas explicativas das tabelas ou figuras devem ser utilizados os seguintes símbolos, nesta mesma sequência:

*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

Cada tabela ou figura deve ser apresentada em páginas separadas, juntamente com o título e as notas explicativas.

Nas tabelas devem ser utilizadas apenas linhas horizontais.

As figuras, incluindo gráficos, mapas, ilustrações, fotografias ou outros materiais devem ser criadas em computador ou produzidas profissionalmente.

As figuras devem incluir legendas.

Os símbolos, setas ou letras devem contrastar com o fundo de fotografias ou ilustrações.

A dimensão das figuras é habitualmente reduzida à largura de uma coluna, pelo que as figuras e o texto que as acompanha devem ser facilmente legíveis após redução.

Na primeira submissão do manuscrito não devem ser enviados originais de fotografias, ilustrações ou outros materiais como películas de raios-X. As figuras, criadas em computador ou convertidas em formato electrónico após digitalização devem ser inseridas no ficheiro do manuscrito.

Uma vez que a impressão final será a preto e branco ou em tons de cinzento, os gráficos não deverão ter cores. Gráficos a três dimensões apenas serão aceites em situações excepcionais.

A resolução de imagens a preto e branco deve ser de pelo menos 1200 dpi e a de imagens com tons de cinzento ou a cores deve ser de pelo menos 300 dpi.

As legendas, símbolos, setas ou letras devem ser inseridas no ficheiro da imagem das fotografias ou ilustrações.

Os custos da publicação das figuras a cores serão suportados pelos autores.

Em caso de aceitação do manuscrito, serão solicitadas as figuras nos formatos mais adequados para a produção da revista.

Discussão

Na discussão não deve ser repetida detalhadamente a informação fornecida na secção dos resultados, mas devem ser discutidas as limitações do estudo, a relação dos resultados obtidos com o observado noutras investigações e devem ser evidenciados os aspectos inovadores do estudo e as conclusões que deles resultam.

É importante que as conclusões estejam de acordo com os objectivos do estudo, mas devem ser evitadas afirmações e conclusões que não sejam completamente apoiadas pelos resultados da investigação em causa.

Referências

As referências devem ser listadas após o texto principal, numeradas consecutivamente de acordo com a ordem da sua citação. Os números das referências devem ser apresentados entre parentesis. Não deve ser utilizado software para numeração automática das referências.

Pode ser encontrada nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" uma descrição pormenorizada do formato dos diferentes tipos de referências, de que se acrescentam alguns exemplos:

1. Artigo

• Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increase risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

2. Artigo com Organização como Autor

• The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 64:282-4.

3. Artigo publicado em Volume com Suplemento

• Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 1:275-82.

4. Artigo publicado em Número com Suplemento

payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2):89-97.

5. Livro

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers;1996.

6. Livro (Editor(s) como Autor(es))

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone;1996.

7. Livro (Organização como Autor e Editor)

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute;1992.

8. Capítulo de Livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press;1995. p. 465-78.

9. Artigo em Formato Electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Devem ser utilizados os nomes abreviados das publicações, de acordo com o adoptado pelo Index Medicus. Uma lista de publicações pode ser obtida em <http://www.nlm.nih.gov>.

Deve ser evitada a citação de resumos e comunicações pessoais.

Os autores devem verificar se todas as referências estão de acordo com os documentos originais.

Anexos

Material muito extenso para a publicação com o manuscrito, designadamente tabelas muito extensas ou instrumentos de recolha de dados, poderá ser solicitado aos autores para que seja fornecido a pedido dos interessados.

Conflitos de interesse

Os autores de qualquer manuscrito submetido devem revelar no momento da submissão a existência de conflitos de interesse ou declarar a sua inexistência.

Essa informação será mantida confidencial durante a revisão do manuscrito pelos avaliadores externos e não influenciará a decisão editorial mas será publicada se o artigo for aceite.

Autorizações

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores devem ter em sua posse os seguintes documentos que poderão ser solicitados pelo corpo editorial:

- consentimento informado de cada participante;
- consentimento informado de cada indivíduo presente em fotografias, mesmo quando forem efectuadas tentativas de ocultar a respectiva identidade;
- transferência de direitos de autor de imagens ou ilustrações;
- autorizações para utilização de material previamente publicado;
- autorizações dos colaboradores mencionados na secção de agradecimentos.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos aos ARQUIVOS DE MEDICINA devem ser preparados de acordo com as recomendações acima indicadas e devem ser acompanhados de uma carta de apresentação.

Carta de apresentação

Deve incluir a seguinte informação:

- 1) Título completo do manuscrito;
- 2) Nomes dos autores com especificação do contributo de cada um para o manuscrito;
- 3) Justificação de um número elevado de autores, quando aplicável;
- 4) Tipo de artigo, de acordo com a classificação dos ARQUIVOS DE MEDICINA;
- 5) Fontes de financiamento, incluindo bolsas;
- 6) Revelação de conflitos de interesse ou declaração da sua ausência;
- 7) Declaração de que o manuscrito não foi ainda publicado, na íntegra ou em parte, e que nenhuma versão do manuscrito está a ser avaliada por outra revista;
- 8) Declaração de que todos os autores aprovaram a versão do manuscrito que está a ser submetida;
- 9) Assinatura de todos os autores.

É dada preferência à submissão dos manuscritos por e-mail (submit@arquivosdemedicina.org).

O manuscrito e a carta de apresentação devem, neste caso, ser enviados em ficheiros separados em formato word. Deve ser enviada por fax (225074374) uma cópia da carta de apresentação assinada por todos os autores.

Se não for possível efectuar a submissão por e-mail esta pode ser efectuada por correio para o seguinte endereço:

ARQUIVOS DE MEDICINA
Faculdade de Medicina do Porto
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200 – 319 Porto, Portugal

Os manuscritos devem, então, ser submetidos em triplicado (1 original impresso apenas numa das páginas e 2 cópias com impressão frente e verso), acompanhados da carta de apresentação.

Os manuscritos rejeitados ou o material que os acompanha não serão devolvidos, excepto quando expressamente solicitado no momento da submissão.

CORRECÇÃO DOS MANUSCRITOS

A aceitação dos manuscritos relativamente aos quais forem solicitadas alterações fica condicionada à sua realização.

A versão corrigida do manuscrito deve ser enviada com as alterações sublinhadas para facilitar a sua verificação e deve ser acompanhada duma carta respondendo a cada um dos comentários efectuados.

Os manuscritos só poderão ser considerados aceites após confirmação das alterações solicitadas.

MANUSCRITOS ACEITES

Uma vez comunicada a aceitação dos manuscritos, deve ser enviada a sua versão final em ficheiro de Word[®], formatada de acordo com as instruções acima indicadas.

No momento da aceitação os autores serão informados acerca do formato em que devem ser enviadas as figuras.

A revisão das provas deve ser efectuada e aprovada por todos os autores dentro de três dias úteis. Nesta fase apenas se aceitam modificações que decorram da correcção de gralhas.

Deve ser enviada uma declaração de transferência de direitos de autor para os ARQUIVOS DE MEDICINA, assinada por todos os autores, juntamente com as provas corrigidas.