



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2011/2012

Patrícia Manuela Sousa Marques

Abordagem e importância do rastreio do cancro colorrectal
a nível dos centros de saúde

março, 2012

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Patrícia Manuela Sousa Marques

Abordagem e importância do rastreio do cancro colorrectal
a nível dos centros de saúde

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Professor Doutor José Alberto Frey Ramos

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Revista Portuguesa de Clínica Geral

março, 2012

FMUP

Eu, Patrícia Manuela Sousa Marques, abaixo assinado, nº mecanográfico 060801102, 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, 20/03/2012

Assinatura: Patrícia Manuela Sousa Marques

Nome: Patrícia Manuela Sousa Marques

Endereço eletrónico: msm.patricia@gmail.com

Telemóvel: 916645652

Número do Bilhete de Identidade: 13386461

Título da Monografia:

Abordagem e importância do rastreio colorrectal a nível dos centros de saúde

Orientador:

Doutor José Alberto Frey Ramos

Ano de conclusão: 2012

Designação da área do projeto:

Medicina Comunitária

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

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/03/2012

Assinatura: Patrícia Manuela Sousa Marques

Ao meu pai, à minha mãe e ao meu irmão,
dedico este trabalho final.

Se o consegui devo-o também a vós que sempre me
acompanharam com ânimo ao longo deste longo percurso.
Obrigada.

“Quem não sobe altas montanhas, não conhece a planície.”
(provérbio chinês)

**ABORDAGEM E IMPORTÂNCIA DO RASTREIO DO CANCRO COLORRECTAL
A NÍVEL DOS CENTROS DE SAÚDE**

Patrícia Marques

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Endereço para correspondência:

Patrícia Manuela Sousa Marques

Rua de Além, 256 – 4460-561 Custóias

Telemóvel: 916645652

E-mail: msm.patricia@gmail.com

ABORDAGEM E IMPORTÂNCIA DO RASTREIO DO CANCRO COLORRECTAL A NÍVEL DOS CENTROS DE SAÚDE

RESUMO

Objetivos: Este trabalho tem como finalidade central a revisão e a comparação dos limites etários, periodicidade e métodos de rastreio do cancro colorrectal (CCR), previstos no plano oncológico para população nacional, e os praticados a nível internacional. Pretende-se ainda dar a conhecer as principais recomendações na abordagem do utente a nível dos centros de saúde, em relação ao rastreio do CCR, e explorar o porquê da importância deste rastreio.

Fontes de Dados: Foram consultados o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO) 2007-2010, e as recomendações de algumas entidades de renome a nível científico. Foram realizadas pesquisas na Medline com as palavras-chave “cancer screening in primary care” e “colorectal cancer screening”, e no sítio da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral com as palavras “rastreio”, “cancro” e “cólon”.

Métodos de revisão: Perante o resultado da pesquisa realizada com as palavras-chave atrás referidas, foi feita uma seleção dos artigos obtidos com base em critérios de inclusão e exclusão. Artigos relativos a outros tipos de cancro e/ou rastreio que não o colorrectal foram excluídos.

Resultados: A prática de uma medicina preventiva deve começar logo a nível dos centros de saúde. Segundo as várias recomendações, o rastreio do CCR para a população geral deve ser efetuado dos 50 aos 75 anos, através da pesquisa de sangue oculto nas fezes, sigmoidoscopia flexível e/ou colonoscopia. Para a população de risco acrescido, o rastreio deve ter início a partir dos 40 anos. Para os vários métodos de rastreio existem diferentes benefícios e riscos.

Conclusões: A diminuição da incidência e mortalidade por cancro passa pela prevenção primária, como pela implementação de programas de rastreio. Atualmente, existe evidência científica que sustenta a recomendação de programas de rastreio generalizado para o CCR. O PNPCDO apresenta-se globalmente em concordância com as principais diretrizes internacionais.

PALAVRAS-CHAVE: Rastreio; Cancro colorrectal; Cuidados primários.

APPROACH AND THE IMPORTANCE OF COLORECTAL CANCER SCREENING AT HEALTH CENTERS

ABSTRACT

Objetives: This paper has the main purpose of reviewing and comparing the age limits, frequency and screening methods for colorectal cancer (CRC) included in the oncologic plan for the national population, and those performed internationally. It is also intended to disclose the main recommendations in the user's approach at the health centers level related with CRC screening, and explore its' importance.

Data sources: The "National Program for Prevention and Control of Oncological Diseases 2007-2010", and recommendations of some renowned entities in science were consulted. Medline researches were performed with the following keywords "cancer screening in primary care" and "colorectal cancer screening" .In the Portuguese Association of General Practitioners researches were performed with the words "rastreo", "cancro" and "cólon".

Review methods: According to the research's results, accomplished with the mentioned keywords above, a selection of the articles was made, based on inclusion and exclusion criteria. Articles concerning other types of cancer and / or screening than colorectal were excluded.

Results: The practice of preventive medicine should immediately begin at health centers. According to several recommendations, CRC screening for the general population should be carried out from the age 50 to 74, through the research of fecal occult blood, flexible sigmoidoscopy and / or colonoscopy. For the population with increased risk, screening should begin at the age 40. For the various screening methods there are different benefits and risks.

Conclusions: The decrease in incidence and cancer mortality passes not only by the primary prevention, but also by the implementation of screening programs. Currently, there is scientific evidence supporting the recommendation of widespread screening programs for CRC. The "National Program for Prevention and Control of Oncological Diseases" presents itself globally in line with the major international guidelines.

KEY-WORDS: Screening; Colorectal cancer; Primary care.

INTRODUÇÃO

As doenças oncológicas estão entre as principais causas de morte em todo o mundo. Em 2008, o cancro foi responsável por 7,6 milhões de mortes no mundo e destes, cerca de 608 000 mortes deveram-se ao CCR, tornando-o a terceira causa mais frequente de morte por cancro em todo o mundo.¹⁻²

Atualmente, quase 60% dos casos ocorrem em regiões desenvolvidas, sendo que as maiores taxas de incidência situam-se na Europa Ocidental e Oceânia, e as menores em África e região Centro-Sul da Ásia.²

A nível europeu, o CCR tornou-se um importante problema de saúde. A cada ano que passa, cerca de 436 000 pessoas são diagnosticadas com CCR, sendo que aproximadamente metade desses doentes morre da doença, fazendo do CCR a segunda principal causa de morte por cancro na Europa.³⁻⁴

Em Portugal, o panorama é semelhante ao encontrado para outros países desenvolvidos, tendo o CCR taxas de incidência e mortalidade igualmente elevadas.² De acordo com as estatísticas, o cancro é a segunda causa de morte em Portugal, a seguir às doenças cardiovasculares, sendo o CCR responsável por 15,2% de todos os óbitos por cancro, em ambos os sexos.² Felizmente, a mortalidade por cancro no nosso país parece ter estabilizado, mas é ainda evidente uma tendência progressivamente crescente da mortalidade respeitante a determinadas neoplasias, nomeadamente o CCR.^{5,6} Daí a importância da elaboração e implementação de diferentes estratégias para a prevenção e controlo das doenças oncológicas.⁷

Para que seja possível alcançar-se uma significativa diminuição da incidência e mortalidade por cancro, são necessárias ações de promoção da saúde e prevenção da doença, garantindo que programas, como as diretrizes recomendadas sobre o rastreio do CCR, sejam empreendidos eficazmente.^{7,8}

As características clínicas e histopatológicas do CCR tornam este cancro particularmente adequado para ser rastreado. Acredita-se que a doença se desenvolve, em mais de 80% dos casos, a partir de lesões precursoras benignas chamadas adenomas, que podem surgir em qualquer parte do cólon e são maioritariamente polipóides. Segundo a sequência da carcinogénese, os adenomas desenvolvem-se após uma célula normal sofrer mutações, que levam à proliferação anormal do epitélio intestinal. Com o tempo, este crescimento pode progredir, invadir a submucosa e tornar-se maligno, dando lugar ao carcinoma.^{4,9} Nos países desenvolvidos, 40-50% da população terá um ou mais adenomas na vida, mas a maioria não evolui para CCR. Na verdade, só 5-6% irá realmente desenvolver CCR.⁴

Inicialmente, este tipo de neoplasia não tende a dar sintomas dificultando o diagnóstico. Dado o longo processo de carcinogénese referido, a duração do período assintomático do CCR está estimada em pelo menos 10 anos, o que proporciona uma excelente janela de oportunidade para a deteção precoce do CCR.^{4,9}

Os cuidados de saúde primários apresentam-se como a primeira linha de contacto na prestação de assistência à população. Privilegiam a promoção e educação para a saúde e a prevenção primária da doença, que se afiguram fundamentais para o controlo das doenças oncológicas.^{7,8}

Sabe-se hoje que a maioria dos cancros se deve a exposições de natureza ambiental, sendo que mais de metade dos óbitos por cancro são atribuíveis a opções comportamentais do próprio indivíduo, passíveis de prevenção, como o consumo de tabaco, fatores relacionados com a alimentação, sedentarismo e obesidade.⁸

O especialista de Medicina Geral e Familiar está portanto numa ótima posição para prestar cuidados de medicina preventiva. Tendo em conta que cerca de um terço de todos os cancros pode ser evitado se se alterarem os principais fatores de risco, é importante ser também essa a abordagem ao utente, durante a consulta.^{10,11}

Alguns estudos admitem que o consumo de carnes vermelhas, gorduras de origem animal e saturadas, hidratos de carbono e álcool, aumentam o risco de desenvolvimento de CCR. Por outro lado, a ingestão de fibras dietéticas, fruta, legumes, vitaminas antioxidantes e cálcio diminuem esse risco.⁹

É assim importante aconselhar a prática de uma alimentação equilibrada, incentivando o consumo de frutas e legumes, promover o exercício físico regular, recomendar a moderação no consumo de álcool e desincentivar o tabagismo.^{9,11}

A comissão das comunidades europeias apresenta duas mensagens claras: a de que certos cancros podem ser evitados mediante a adoção de estilos de vida mais saudáveis; e que os cancros podem ser curados, ou as perspetivas de cura consideravelmente aumentadas, se forem detetados na fase inicial.¹⁰ Logo, a prevenção secundária é igualmente importante na promoção da saúde.

Atualmente, existe comprovada evidência científica sobre a utilidade de programas de rastreio, nomeadamente do CCR. Aliás, foi demonstrado que a instituição do rastreio conduzia a uma diminuição da taxa de mortalidade na ordem dos 20%.^{7,11}

Parte do processo de rastreio ocorre durante a prática médica de rotina, especialmente nos cuidados primários. Ao encaminhar os pacientes para a realização de testes de rastreio do CCR, os médicos de família desempenham um papel primordial na implementação das diretrizes recomendadas.¹² De facto, a recomendação e a assistência de um médico de cuidados primários têm uma forte correlação e influência no cumprimento do rastreio do CCR por parte do utente.¹³

O objetivo central do rastreio do CCR é descobrir a doença ainda em fase latente, detetando lesões benignas precursoras, os adenomas, ou lesões malignas em fase precoce de invasividade, de modo a ser tratada antes que represente uma ameaça para o indivíduo.^{4,14}

Qualquer plano de rastreio assenta numa série de intervenções, desde a identificação da população alvo até à terapêutica e vigilância.⁷ Assim, pela aplicação de exames a uma população aparentemente saudável ou a grupos específicos selecionados, têm por objetivo diminuir a incidência e mortalidade da doença.¹⁵ O principal indicador de eficácia do rastreio é, aliás, a diminuição da mortalidade da doença em questão.¹⁴

Existem dois tipos de rastreio: o rastreio sistemático, de base populacional, que é organizado para que os indivíduos sejam convocados e submetidos ao rastreio; e o rastreio de tipo oportunista (*case finding*), que ocorre quando o médico, no decorrer da sua atividade clínica, procura detetar problemas (não obrigatoriamente relacionados com as queixas do doente) através de uma contínua atitude preventiva dirigida aos utentes da sua lista.⁹

Os rastreios sistemáticos potencialmente geram maiores benefícios, nomeadamente a nível económico, de controlo e avaliação.^{9,16} Contudo, na União Europeia (UE) só menos de metade dos testes são realizados no âmbito de programas populacionais.¹⁶ Por isso, na atuação diária do médico de família, o *case finding* constitui para já um recurso (não substituto) importante na prevenção secundária do CCR.⁹

Mas para se implementar um programa de rastreio é primeiro necessário reunir um conjunto de condições:

- A doença deve ser um problema importante de saúde;
- A história natural da doença deve ser bem conhecida;
- Deve haver uma fase sintomática ou latente precoce, longa e reconhecível;
- Devem existir testes com razoável capacidade de rastrear e diagnosticar a doença numa fase precoce;
- Os testes devem ser seguros e aceites pela população;
- O seguimento e/ou tratamento devem ser garantidos aos utentes com resultados positivos para a doença;

- Devem estar disponíveis instalações para o diagnóstico e tratamento;
- Deve existir vantagem terapêutica com o diagnóstico pré-clínico/fase assintomática;
- Os potenciais participantes devem receber informação adequada sobre os prós e contras do rastreio;
- Devem ser tomadas medidas para assegurar igualdade no acesso ao rastreio;
- Deve verificar-se uma boa relação de custo-efetividade.^{4,9,14}

Apesar dos seus efeitos benéficos sobre a incidência e mortalidade da doença, o rastreio também pode ter efeitos colaterais negativos para a população, dos quais os profissionais de saúde devem estar cientes. Dado que o rastreio do CCR visa uma população (aparentemente) saudável, só deve ser realizado após estes benefícios e riscos terem sido claramente apresentados para que os cidadãos possam decidir por si próprios se participam ou não no programa de rastreio.^{4,15}

Infelizmente, muitos dos doentes elegíveis não foram ainda submetidos a rastreio, nomeadamente devido a uma parte significativa da população receber pouco ou nenhum tipo de cuidados primários.¹³ Efetivamente, na UE só é abrangida pelo rastreio um pouco menos de metade da população elegível.¹⁶ Uma possível solução passaria por coordenar os recursos existentes no sentido de alargar a entrega oportunista do rastreio do CCR, durante as visitas dos doentes ao médico de família,¹³ reforçando o papel preponderante dos centros de saúde.¹¹

O rastreio do CCR constitui portanto um desafio especial. Muitos avanços têm-se vindo a verificar, e vários estudos estão ainda em curso, no sentido de avaliar o potencial de diferentes métodos de rastreio, desde testes de pesquisa nas fezes, exames endoscópicos até exames radiológicos.¹⁷

Com este capítulo introdutório, procurou-se caracterizar sumariamente o CCR, tornando-se assim evidente a necessidade e a importância da implementação de um

programa de rastreio, capaz de fazer frente às elevadas taxas de incidência e mortalidade que ainda se verificam.

Seguidamente, este trabalho de revisão pretende analisar e comparar os métodos de rastreio do CCR, previstos no plano oncológico para população nacional, com as recomendações praticadas a nível internacional, explorando benefícios e riscos inerentes aos mesmos.

MÉTODOS

Foi consultado o PNPCDO 2007-2010, que sucedeu, como previsto no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, ao Plano Oncológico Nacional (PON) 2001-2005, publicado em Diário da República.

Foram consultadas as recomendações de algumas entidades de renome a nível científico relativamente à prática da medicina preventiva, nomeadamente: Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), United States Preventive Services Task Force (USPSTF), The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) e American Cancer Society (ACS). Estas recomendações foram comparadas entre si e com o PNPCDO e PON.

Foram realizadas pesquisas na Medline com as palavras-chave “cancer screening in primary care” e “colorectal cancer screening”. Foram incluídos na pesquisa artigos com termos semelhantes como “healthcare”, “colon”, “bowel”, “colon cancer prevention”, “screening for colorectal cancer”, de forma a garantir que nenhum artigo pertinente fosse deixado de parte. A pesquisa foi limitada a artigos publicados entre 01 de janeiro de 2006 e 01 de janeiro de 2012, escritos em Inglês ou Português, realizados em humanos e com as palavras supramencionadas presentes no título e/ou abstract.

Também no sítio da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral foram realizadas pesquisas com as palavras “rastreo”, “cancro” e “cólon”.

Como metodologia de revisão, perante o resultado da pesquisa realizada com as palavras-chave atrás referidas, foi feita uma seleção dos artigos obtidos com base em critérios de inclusão e exclusão. Esta seleção foi realizada numa primeira fase após a leitura do título do artigo, e numa segunda fase, após a leitura integral do abstract. Artigos relativos apenas a outros tipos de cancro e/ou rastreo que não o colorrectal foram excluídos. Artigos referentes a estudos específicos de uma determinada

população ou local foram excluídos, por se mostrarem pouco representativos. Artigos relativos aos diferentes métodos de rastreio do cancro colorrectal com base numa amostra significativa foram incluídos.

Foram ainda analisadas referências relevantes dos artigos e recomendações consultados.

Para melhor compreensão dos resultados, apresentam-se aqui os graus de evidência das recomendações da CTFPHC, USPSTF e RACGP.

Quadro I – Graus de evidência das recomendações da CTFPHC

CTFPHC	A	Boa evidência para apoiar a recomendação do exame na avaliação de saúde periódica
	B	Evidência razoável para apoiar a recomendação do exame na avaliação de saúde periódica
	C	Evidência insuficiente para recomendar ou não o exame na avaliação de saúde periódica
	D	Evidência razoável para a não recomendação do exame na avaliação de saúde periódica
	E	Boa evidência para a não recomendação do exame na avaliação de saúde periódica

Quadro II – Graus de evidência das recomendações da USPSTF

USPSTF	A	Há recomendação com alta certeza de o benefício ser substancial
	B	Há recomendação com alta certeza de o benefício ser moderado, ou com certeza moderada de o benefício ser moderado a substancial
	C	Há recomendação contra a realização rotineira, com moderada a alta certeza de o benefício ser pequeno
	D	Há recomendação contra a realização, com moderada a alta certeza de não existir nenhum benefício
	I	Há evidência insuficiente a favor ou contra a recomendação

Quadro III – Graus de evidência das recomendações da RACGP

RACGP	A	Há boa evidência para apoiar a recomendação
	B	Há evidência razoável para apoiar a recomendação
	C	Há fraca evidência para incluir ou excluir a recomendação
	D	Há evidência razoável contra a recomendação
	E	Há boa evidência contra a recomendação

RESULTADOS

1. O rastreio

Atualmente, a maioria das iniciativas de rastreio do CCR não contemplam programas de rastreio de base populacional (estando estes limitados a apenas alguns países), mas sim recomendações destinadas a um rastreio oportunista.^{9,18}

Em Portugal, até ao momento, efetivamente não existe nenhum programa nacional de rastreio a nível populacional do CCR. Ao invés, é o médico que no decorrer da consulta convida e propõe ao utente a realização do rastreio, caso haja indicação.^{6,9} Segundo o estipulado pelo PON e mais recentemente pelo PNPCDO, deverão ser incentivados todos os meios conducentes à identificação de lesões pré-malignas ou de neoplasias em fase inicial, dependendo da disponibilidade de profissionais treinados e dos recursos de cuidados de saúde.^{7,15}

Poderão então ser considerados diversos métodos de rastreio do CCR: testes às fezes como a pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) e a pesquisa de ADN nas fezes, exames endoscópicos como a sigmoidoscopia flexível e a colonoscopia total, e ainda exames radiológicos como o enema baritado com duplo contraste (EBDC) e a colonoscopia virtual por tomografia computadorizada (ou colonografia).

As diferentes estratégias de rastreio aplicam-se por sua vez a diferentes grupos de risco da população alvo, que importa referir. Com base nas recomendações nacionais e internacionais, em relação ao CCR existem três grandes grupos de risco:

Quadro IV – Estratificação dos grupos de risco¹⁹⁻²³

Grupo de risco médio	• Indivíduos assintomáticos: – sem história pessoal de neoplasia intestinal ou colite ulcerosa, e sem história familiar confirmada de CCR ou – com um parente em 1º ou 2º grau com CCR diagnosticado acima dos 55-60 anos de idade.
Grupo de risco aumentado	• Indivíduos com história pessoal de pólipos adenomatosos ou CCR. • Indivíduos com história familiar de pólipos ou CCR (não hereditário): – com um parente em 1º grau com CCR diagnosticado antes dos 55-60 anos de idade ou – com dois parentes em 1º ou 2º grau do mesmo lado da família, com CCR diagnosticado em qualquer idade.
Grupo de alto risco	• Indivíduos com história familiar de pólipos ou CCR (não hereditário): – com três ou mais parentes em 1º ou 2º grau do mesmo lado da família com CCR diagnosticado em qualquer idade ou – com dois ou mais parentes em 1º ou 2º grau do mesmo lado da família, com diagnóstico de CCR, incluindo qualquer um destes fatores de risco: múltiplos CCR num só indivíduo, CCR antes dos 50 anos ou membro da família que tenha/teve cancro relacionado com o Cancro colorrectal hereditário não-polipóide (CCHNP) • Indivíduos com história familiar conhecida (com presença de mutação genética) de uma síndrome hereditária de CCR: – Polipose adenomatosa familiar (PAF) – Cancro colorrectal hereditário não-polipóide (CCHNP) • Indivíduos com história pessoal de doença inflamatória intestinal (DII) – Colite Ulcerosa – Doença de Crohn

2. Recomendações para o rastreio de CCR – risco médio

Todas as organizações defendem existir vantagens em se efetuar rastreio do CCR, contudo não existe consenso quanto ao teste ideal.

O que está presentemente em vigor no nosso país determina que o rastreio para o CCR deve contemplar: PSOF a cada 1-2 anos e/ou a colonoscopia de 5-5 anos nos indivíduos assintomáticos. Prioritariamente, a realização do rastreio do CCR deverá utilizar a PSOF com convite ao grupo etário dos 50-74 anos, estando indicada a colonoscopia em todos os casos com PSOF positiva.^{7,15}

Quadro V – Recomendações para o rastreio de CCR – risco médio^{15,20-25}

	PON	CTFPHC	USPSTF	RACGP	ACS
PSOF	Anual ou bienal	Anual ou bienal (Grau A)	Anual (Grau A)	Bienal (Grau A)	Anual
Pesquisa de ADN nas fezes			Evidência insuficiente (Grau I)		Periodicidade incerta
Sigmoidoscopia flexível		(Grau B)	5-5 anos (Grau A)		5-5 anos
Colonoscopia total	5-5 anos	Sem evidência (Grau C)	10-10 anos (Grau A)		10-10 anos
Colonoscopia virtual			Evidência insuficiente (Grau I)		5-5 anos
EBDC					5-5 anos

Comparando o nosso plano nacional com as sociedades internacionais, e estas entre si, verificam-se diferenças relativamente aos métodos de rastreio recomendados para a população com risco médio de desenvolvimento de CCR, os quais serão de seguida abordados com mais pormenor.

A periodicidade do rastreio varia consoante o exame ao qual se refere. No geral, comparando método a método, a periodicidade aconselhada é semelhante, tendo a USPSTF e a ACS os intervalos de tempo mais idênticos.

Quanto ao grupo etário, todas as sociedades estão de acordo num aspeto, apontam os 50 anos como idade de início para rastrear o CCR. O PON, a USPSTF e a RACGP vão mais longe, propondo como idade limite os 74-75 anos, a partir da qual se deveria suspender o rastreio. A CTFPHC e a ACS não impõem qualquer idade limite. Mas, a ACS acrescenta que não se deve suspender o rastreio apenas em função da idade do doente, deve antes ser feita uma avaliação individualizada, atendendo às preferências e estado de saúde do mesmo.²⁶

A USPSTF também recomenda contra o rastreio de rotina do CCR a adultos dos 75 aos 85 anos (Grau C). Apesar da crescente incidência de adenomas colorrectais com a idade, para indivíduos previamente rastreados e com resultados sempre negativos, caso continuassem o rastreio até aos 85 anos, o ganho em anos de vida seria pequeno comparando com os riscos do rastreio para pessoas nessa década de vida. Para aqueles sem rastreio prévio, a decisão sobre rastrear pela primeira vez um indivíduo nesse grupo etário deverá ser bem ponderada, dado que os benefícios do rastreio apenas se verificam ao fim de pelo menos 7 anos.^{24,27}

A partir dos 85 anos a USPSTF recomenda mesmo contra a realização de qualquer rastreio (Grau D), devido à existência de outras causas de morte “concorrentes”, que com o avançar da idade tornam menos provável atingir benefícios na redução de mortalidade pelo CCR.²⁴

PSOF

No que concerne à população sem risco acrescido de desenvolver CCR, as sociedades analisadas e o PON estão em concordância relativamente à utilização da PSOF como método de primeira linha para o rastreio do CCR, seguida de colonoscopia se o resultado for positivo. De facto, segundo ensaios clínicos controlados e randomizados, a PSOF é a opção de rastreio mais utilizada, tendo demonstrado eficácia na redução da incidência e mortalidade por CCR.²⁸

Atualmente, existem dois tipos principais de testes para a PSOF, os testes de guaiaco e os imunoquímicos.

Os testes de guaiaco baseiam-se na deteção da peroxidase da hemoglobina, tornando-os suscetíveis a outras peroxidases presentes nas fezes. Logo, estes testes requerem restrições dietéticas (alguns frutos, legumes e carne vermelha) antes da sua realização e, pela possibilidade de hemorragia, requerem evicção de antiinflamatórios não esteroides, para excluir resultados falsos-positivos.^{20,23,29}

Os testes imunoquímicos são mais recentes e baseiam-se numa reação antigénio-anticorpo, utilizando anticorpos específicos para a hemoglobina humana.²⁹ Oferecem maior sensibilidade, menos falsos-positivos e tendem a ser mais facilmente aceites pelos doentes (não exigem restrição dietética e os métodos de colheita das fezes são mais simples), comparando com testes de guaiaco.^{28,30}

Apesar de ter sido provada uma redução da mortalidade por CCR até 33% para todos os testes de guaiaco,²⁹ a ACS recomenda a interrupção do uso de versões mais antigas do teste de guaiaco (Hemoccult II) que têm menor sensibilidade, em favor dos testes mais recentes de alta sensibilidade (Hemoccult SENSA).²² A USPSTF sugere também que o número de anos de vida ganhos será maior com os testes de guaiaco

de alta sensibilidade ou com os imunoquímicos, do que com o Hemoccult II,²⁴ recomendando portanto a execução da PSOF com os primeiros testes referidos.

As recomendações mais recentes da CTFPHC para rastreio do CCR datam de 2001 e defendem que a PSOF deve ser realizada com recurso aos testes Hemoccult. Alertam, contudo, para o reduzido benefício clínico deste exame, referindo que mais de 1000 indivíduos têm de ser rastreados durante 10 anos para evitar uma morte por CCR.²⁰

Por sua vez, a RACGP recomenda a PSOF como único método de rastreio de CCR para risco médio, realçando que qualquer PSOF com resultado positivo seja adequadamente investigada, pois nestes casos os indivíduos são pelo menos 12 vezes mais suscetíveis a ter CCR do que alguém com teste negativo.²¹

Dependendo das recomendações, a PSOF deve ser realizada com uma periodicidade anual ou bienal, mas o que realmente importa é esclarecer e orientar a população nesse sentido. É preciso frisar que a menos que haja um compromisso por parte do utente em realizar os testes regularmente, a sensibilidade limitada observada com testes feitos uma única vez, tornaria a PSOF uma má escolha para rastreio do CCR.²²

Embora menos sensível, a PSOF, sendo mais barata e fácil de realizar, pode ser considerada uma opção mais viável para rastreio do CCR em países com menos recursos.¹⁸ Aliás, a USPSTF alega que o rastreio do CCR com PSOF com teses de maior sensibilidade fornece um número de anos de vida ganho semelhante à colonoscopia.²⁷

Pesquisa de ADN nas fezes

Apenas a USPSTF e a ACS consideram a pesquisa de ADN nas fezes como possível método de rastreio para o CCR. Enquanto a USPSTF conclui não existir evidência

suficiente para avaliar os benefícios e riscos deste tipo de teste,²⁴ a ACS defende que este é um método de rastreio aceitável, mas para o qual não existem certezas quanto à sua periodicidade ideal.²²

A pesquisa de ADN nas fezes consiste na procura de segmentos anormais de ADN presentes em células neoplásicas. Como as células do CCR e dos adenomas contêm frequentemente mutações do ADN, quando ocorre descamação do epitélio intestinal e essas células são “lançadas” nas fezes, torna-se possível a sua deteção.^{23,31} Todavia, por não haver uma mutação genética exclusiva para todas as neoplasias colorrectais, é preciso recorrer a vários marcadores moleculares.²⁶

Esta é uma modalidade recente de rastreio equacionada apenas por algumas sociedades. Apesar da pouca informação científica, alguns estudos mostram resultados promissores, revelando para este teste maior sensibilidade na deteção de cancro (embora menor na deteção de adenomas), comparativamente com outros testes às fezes.²⁶

Não é um teste invasivo, não requer nenhuma preparação especial e não depende da deteção de sangue nas fezes, que muitas vezes é intermitente e não específica, exigindo apenas uma amostra de fezes para a sua realização.^{23,26}

Tem como limitações custos elevados, o facto de ser um teste baseado num painel de marcadores que identificam a maior parte, mas não todos os casos de CCR, e tal como para outros exames, se houver resultados positivos, requer colonoscopia.³⁰

Relativamente à frequência com que o teste deve ser efetuado, para já não há certezas. Os fabricantes recomendam um intervalo de 5 anos, mas a ACS diz não existirem dados suficientes que corroborem esse intervalo de tempo.²⁶

Atualmente, com os avanços da medicina, alguns estudos propõem a pesquisa de microARNs nas fezes como outra opção de rastreio não invasivo. A expressão

diferencial de microARNs encontrada nas fezes de doentes com neoplasia colorrectal sugere que esses microARNs fecais podem servir como potenciais biomarcadores do CCR, porém mais estudos são precisos para uma validação deste conceito.³²

Sigmoidoscopia flexível

Algumas entidades internacionais consideram a sigmoidoscopia flexível um método de rastreio do CCR alternativo ou complementar à PSOF. Enquanto a USPSTF e a ACS recomendam a sua realização a cada 5 anos,^{22,24} a CTFPHC não especifica qualquer periodicidade, apenas que deve ser incluído nos exames de rotina de saúde.²⁰

A sigmoidoscopia flexível é um exame endoscópico que progride cerca de 60 cm no intestino, permitindo a visualização do reto e do cólon até ao ângulo esplénico.²⁹ Para muitos doentes dispensa sedação e possibilita a deteção de pólipos e CCR, facilitando a sua eventual ressecção ou colheita de amostras para posterior exame histológico.²³ Muito raramente, podem ocorrer complicações como perfuração, hemorragia, diverticulite, alterações cardiovasculares, dor abdominal e morte.³³ Ainda que a maioria das lesões, para a população de risco médio, ocorra no reto e cólon esquerdo, um inconveniente evidente deste método é não avaliar todo o cólon. A acrescentar ainda que não existem estudos longitudinais que comparem a sigmoidoscopia flexível com outros métodos de rastreio.²⁶

Esta técnica pode ser feita isoladamente, mas também pode ser associada à PSOF. Segundo a USPSTF, tanto a PSOF anual com testes de menor sensibilidade como a sigmoidoscopia sozinha resultam em menos anos de vida ganhos em relação a outras estratégias.²⁷ Para a CTFPHC não há dados suficientes que mostrem se a associação dos dois exames traz mais benefícios que a sua utilização isolada (Grau C).²⁰

Colonoscopia total

A nível internacional e nacional é unânime a utilização da colonoscopia total na investigação de resultados positivos obtidos por outros métodos de rastreio. Já o seu uso como teste de rastreio de primeira linha para a população geral manifesta alguma discordância. A RACGP não recomenda sequer a colonoscopia para pessoas sem risco acrescido de CCR.²¹

A colonoscopia total permite a inspeção direta da mucosa intestinal até ao cego. Ao contrário da sigmoidoscopia, deteta lesões no cólon proximal, tendo maior sensibilidade para ambos os adenomas e carcinomas. Pode igualmente ser acompanhada de polipectomia ou realização de biópsias para posterior estudo.²⁹

Embora possa ser considerada o "*gold standard*" para o rastreio do CCR, esta é uma técnica endoscópica que exige um profissional de saúde qualificado, envolve maiores custos e é menos cómoda para o utente, quer pela necessidade de preparação intestinal antes do exame, quer pela possibilidade de requerer sedação (apesar de esta ser vista por alguns utentes como uma vantagem).^{18,23} Pode também raramente levar à ocorrência de perfuração, hemorragia, diverticulite, alterações cardiovasculares, dor abdominal e morte.³³

De facto, um programa de rastreio do CCR, de tipo populacional e organizado, que tenha por base a colonoscopia total despende mais meios, logo torna-se menos viável para a maioria dos países com poucos recursos.¹⁸

Para a CTFPHC não há evidência suficiente para incluir ou excluir a colonoscopia como rastreio inicial. Por outro lado, defende que se a colonoscopia for realizada em intervalos menos frequentes, as suas limitações tornam-se menos relevantes.²⁰

A ACS e a USPSTF alertam ainda para o facto de a colonoscopia não ser um método totalmente infalível, com estudos a demonstrar que esta pode falhar até adenomas com mais de 10 mm.^{24,26}

A título adicional, comparando com outros métodos, os utentes que optam por realizar o rastreio com colonoscopia fazem-no pela sua eficácia e acuidade. Entre aqueles que preferem a PSOF justificam-no por ser um teste que é fácil e conveniente.³⁴

Na verdade, a informação disponível em relação à colonoscopia é em alguns pontos limitada, não havendo estudos prospetivos randomizados que avaliem qual o seu impacto na incidência ou mortalidade por CCR.³⁵ Apesar de tudo, esta modalidade de rastreio continua a ser um procedimento importante para o diagnóstico e tratamento do CCR e suas lesões precursoras.^{24,35}

Colonoscopia virtual (colonografia)

Somente a USPSTF e a ACS ponderam a colonoscopia virtual, chamada também colonografia, como método de rastreio do CCR. A USPSTF defende novamente que não existe evidência suficiente para avaliar os seus benefícios e riscos,²⁴ e a ACS sustenta que este é um método de rastreio com utilidade aceitável.²²

A colonoscopia virtual, realizada com recurso à tomografia computadorizada, é uma tecnologia avançada que permite a reconstrução a duas e três dimensões de todo o cólon e reto, com base na interpretação e processamento digital das imagens obtidas pela tomografia.²⁹

Este procedimento não exige sedação, mas requer que o cólon seja insuflado com ar para o distender e requer preparação intestinal. Por vezes é necessária a ingestão de

contraste para “marcar” material fecal, que depois é digitalmente subtraído da imagem, permitindo visualizar possíveis lesões colorrectais.^{23,26}

A exposição à radiação ionizante é uma limitação, razão pela qual alguns autores colocam a hipótese de a colonoscopia virtual ser realizada com recurso à ressonância magnética.³⁶ Outra questão em debate são os achados extraintestinais que podem ter ou não significância clínica, e assim podem levar a exames adicionais potencialmente supérfluos, pondo em causa a relação de custo-efetividade do exame.³⁷ Além disso, é necessária colonoscopia perante resultados positivos.^{23,24} Aliás, indivíduos com um ou mais pólipos ≥ 10 mm, ou três ou mais pólipos ≥ 6 mm devem ser referenciados para realização de colonoscopia total.³²

Segundo a USPSTF, alguns estudos clínicos recentes sugerem que para a população geral, a colonoscopia virtual poderá ser pelo menos tão sensível como a colonoscopia total na identificação de CCR ou adenomas de grande dimensão.²⁴ Para adenomas de tamanho inferior, e lesões planas, os resultados são menos satisfatórios.²³

A ACS partilha desta mesma opinião, acrescentando que a periodicidade deste exame ainda não está totalmente esclarecida, mas que, se os estudos atuais se confirmarem quanto à sensibilidade relatada para a deteção de cancro e de pólipos ≥ 6 mm, será razoável repetir a colonografia a cada 5 anos.²⁶

Este é um método usualmente proposto aos doentes que recusam ou que não são bons candidatos para colonoscopia total.³² Porém, sendo um método relativamente novo, ainda em investigação, aguardam-se mais resultados em termos de redução da incidência e mortalidade por CCR.

EBDC

Na literatura analisada são já poucas as referências ao uso do EBDC como modalidade de rastreio do CCR. Na verdade, a ACS é a única que menciona este exame como uma opção ainda aceitável para rastrear a população com risco médio.²²

Este exame permite a visualização de todo o cólon. Após a introdução de bário, é introduzido ar para distender o cólon. Seguidamente, recorre-se a inúmeras radiografias tiradas em várias posições, de forma a observar-se possíveis lesões da mucosa intestinal revestidas pelo bário contrastado.^{23,26}

É essencial uma preparação intestinal, e os doentes podem sentir um ligeiro desconforto durante e após o procedimento, pois a sedação muitas vezes não é utilizada. Não permite realização de biópsias ou polipectomia, e qualquer indivíduo com pólipos ≥ 6 mm deve ser submetido a colonoscopia. O EBDC é também limitado pela dependência de um radiologista ou técnico na realização do exame.²⁶

Apesar de identificar grande parte dos cancros e pólipos de consideráveis dimensões,³⁸ este teste demonstra sensibilidade e especificidade menores que a colonoscopia ou a própria colonografia. A percentagem de carcinomas não detetados vai até cerca de 22%.²⁹

Embora a ACS reconheça que o EBDC esteja progressivamente a cair em desuso como forma de rastrear o CCR, mantém-no para já na sua lista de métodos de rastreio recomendados. Defende que este exame pode ser útil especialmente quando os recursos são limitados ou quando a colonoscopia é contraindicada.²⁶

Muitas são as hipóteses de rastreio do CCR. O objetivo central é a sua deteção precoce, apesar de alguns dos exames aqui mencionados possuírem também um papel terapêutico. Todos têm vantagens e desvantagens, e consoante o utente há que decidir de forma informada e refletida sobre qual o que melhor se adequa à sua situação.

A ACS acredita que a prevenção do CCR (e não apenas a sua deteção precoce) deve ser uma das principais razões para fazer o rastreio. Se disponíveis e aceites pelo utente, os testes endoscópicos, portanto, com capacidade de encontrar tanto pólipos como cancro, são preferíveis.²³

Convém ainda relevar uma anotação da RACGP, a de que o toque retal não está recomendado como instrumento de rastreio (Grau D), mas que pode e deve ser usado como parte da investigação para aqueles que têm sintomas como hemorragia retal.²¹

O PON e o PNPCDO apresentam indicações simples quanto ao rastreio da população geral, mas talvez fosse ideal uma atualização das recomendações, tendo em conta o progressivo aumento da incidência de CCR em Portugal. Também a CTFPHC carece de uma nova revisão das suas recomendações.

3. Recomendações específicas – risco aumentado e alto risco

Sabe-se que cerca de 70% das neoplasias colorrectais ocorre em pessoas com risco médio.⁹ Porém, existem casos particulares que apresentam maior risco de desenvolver CCR, e que merecem o devido cuidado e atenção no que respeita ao rastreio do CCR.

A tabela abaixo sugere então diretrizes de rastreio para aqueles com risco aumentado ou com alto risco de desenvolver CCR, segundo fatores de risco específicos, para além da idade acima dos 50 anos.

Quadro VI – Recomendações específicas – risco aumentado e alto risco^{20,21,23}

	CTFPHC	RACGP	ACS
História pessoal	—	—	• Colonoscopia total
História familiar	• Evidência insuficiente para colonoscopia (Grau C)	• Colonoscopia total (de 5-5 anos) ou • Colonoscopia virtual (de 5-5 anos) • Considerar PSOF nos anos intercalares	• Colonoscopia total (de 5-5 anos), se casos familiares antes dos 60 anos
PAF	• Sigmoidoscopia flexível (Grau B) • Testes genéticos (Grau B)	• Sigmoidoscopia flexível (anualmente) • PSOF, nos anos intercalares (Grau C) • Testes genéticos	• Sigmoidoscopia flexível • Testes genéticos
CCHNP	• Colonoscopia total periodicidade incerta (Grau B)	• Colonoscopia total (a cada 1-2 anos) • PSOF, nos anos intercalares (Grau C) • Testes genéticos	• Colonoscopia total (a cada 1-2 anos) • Testes genéticos
DII	—	• Referenciação para especialista	• Colonoscopia total (a cada 1-2 anos) • Referenciação para especialista

Segundo o PNPCDO, os doentes com formas de cancro potencialmente relacionáveis com maior risco familiar devem ser referenciados para consulta de risco específico.⁷ Das sociedades científicas aqui estudadas, a CTFPHC, a RACGP e a ACS são aquelas que contemplam nos seus programas de rastreio, ainda que de forma menos alargada, algumas recomendações para grupos de risco acima da média.

No geral, as três entidades defendem que para estas pessoas o rastreio deve começar mais cedo, dependendo claro dos fatores de risco inerentes. Para a ACS, devem começar o rastreio antes dos 50 anos e/ou ser rastreados com maior frequência.²³

Quanto aos indivíduos com história pessoal de pólipos adenomatosos ou CCR, somente a ACS possui algumas recomendações. Defende que estes indivíduos devem ser rastreados com recurso à colonoscopia total, e que a periodicidade depende de vários fatores, isto é, quanto maior o número de pólipos, maior o tamanho e maior o grau de displasia, mais frequentemente deverá ser feito o rastreio.²³

Para aqueles com história familiar de pólipos ou CCR (não hereditário), verificam-se diferenças. A CTFPHC alega falta de evidência para recomendar a colonoscopia, mas os doentes que têm apenas um ou dois parentes de primeiro grau com CCR devem ser rastreados da mesma forma como para os indivíduos de risco médio. Já a RACGP recomenda a colonoscopia total ou a colonoscopia virtual (se a total for contraindicada) a partir dos 50 anos, ou 10 anos mais cedo que a idade do primeiro diagnóstico de CCR na família. Para a ACS, se a história familiar for relativa a casos que ocorreram antes dos 60 anos então recomenda-se a colonoscopia total, a partir dos 40 anos ou 10 antes do caso mais jovem na família, o que ocorrer primeiro. Se a história familiar for relativa a casos que ocorreram depois dos 60 anos então o rastreio deve ser feito da mesma forma como para os indivíduos de risco médio, com a diferença de que deve ter início aos 40 anos.^{20,21,23}

Relativamente aos indivíduos com história familiar conhecida de PAF, as três sociedades estão de acordo quanto à realização de sigmoidoscopia flexível como método preferível de rastreio, com início na adolescência (entre os 10-12 anos no caso da ACS). A RACGP aconselha a sigmoidoscopia anual desde os 12-15 anos até aos 30-35 anos e a cada 3 anos após os 35 anos. Além disso, todas as sociedades recomendam a referenciação para testes genéticos. A CTFPHC refere ainda que indivíduos oriundos de famílias com mutação genética identificada, mas que os próprios não a tenham, devem fazer rastreio igual ao da população de risco médio.^{20,21}

Para indivíduos com história familiar conhecida de CCHNP, a colonoscopia total é o exame recomendado por todos. A CTFPHC não indica qual deve ser a idade de início, nem a periodicidade. A RACGP recomenda a sua realização desde os 25 anos ou 5 anos antes da idade do membro mais novo da família afetado. Por sua vez, a ACS diz que a colonoscopia deve ser efetuada desde os 20-25 anos ou 10 anos antes do caso mais jovem na família.^{20,21,23}

Por fim, para os doentes com DII, a ACS recomenda a colonoscopia com realização de biópsias (se o caso for uma pancolite, o rastreio deve começar 8 anos após o início da doença, se for uma colite esquerda deve começar após 15 anos). Tanto a RACGP como a ACS referem que estes doentes devem ser orientados para consultas especializadas na área, com protocolos e testes de vigilância mais específicos.^{21,23}

Muitos estudos têm mostrado uma boa relação de custo-efetividade para o rastreio colorrectal. É menos dispendioso remover um pólipó durante o processo de rastreio do que tentar tratar o CCR já avançado.²³ Com o aumento dos custos da quimioterapia para o CCR, a maioria das estratégias de rastreio torna-se efetiva em termos de redução de custos. O rastreio é assim desejável não só para reduzir a incidência e mortalidade do CCR, mas também para conter os custos do tratamento.³⁹

Só cerca de metade da população elegível é que é submetida a rastreio. A falta de sensibilização quer da população quer dos profissionais para as diferentes ferramentas de rastreio, e os custos são prováveis fatores que explicam este facto.²³

Idealmente, a tomada de decisão quanto ao rastreio deve ser compartilhada entre médico e utente. Deve ser prestada informação acerca da qualidade dos testes e quais os que estão disponíveis. Sabendo que diferentes opções para rastreio do CCR são aceites pelos utentes de forma variável, ter em conta as suas preferências é um passo importante para melhorar a adesão.^{22,24}

Porém, as várias estratégias de rastreio hoje disponíveis parecem ter eficácia semelhante, de modo que para reduzir a mortalidade por CCR, devem ser tomadas diligências no sentido de maximizar o número de indivíduos submetidos ao rastreio, independentemente do método utilizado.²⁴

O melhor teste de rastreio é o que é feito...e fica bem feito.²⁹

CONCLUSÕES

As recomendações mais recentes tendem a valorizar cada vez mais o carácter fundamental de uma abordagem preventiva junto da população, ao invés de se concentrarem apenas na deteção precoce do CCR. De facto, a diminuição da incidência e mortalidade por cancro passa não só pela implementação de programas de rastreio, como pela prevenção primária.

Atualmente, existe evidência científica que sustenta a recomendação de programas de rastreio generalizado e sistemático para o CCR. Há realmente consenso entre as várias sociedades nacionais e internacionais quanto às vantagens de se efetuar o rastreio do CCR, no entanto não se chegou ainda a acordo sobre qual o teste ideal.

Existem diversas modalidades de rastreio do CCR. Nenhum teste é perfeito, todos apresentam benefícios e limitações/riscos que devem ser ponderados caso a caso. O importante é que a escolha do teste a realizar seja tomada com base nas características do teste, nos fatores de risco (incluindo idade) e preferências do utente, custos e disponibilidade de recursos.

Conclui-se que há forte evidência para apoiar o rastreio do CCR a indivíduos com risco médio a partir dos 50 anos. Para indivíduos com risco acrescido de desenvolver CCR, o rastreio deve iniciar-se mais cedo.

Quanto à periodicidade, esta varia consoante o método de rastreio, mas na generalidade, quanto maior o risco de se ter CCR, mais curto deve ser o intervalo de tempo entre sessões de rastreio.

As recomendações vigorantes no PON e mais recentemente no PNPCDO apresentam-se globalmente de acordo com as principais diretrizes internacionais. A principal diferença a realçar prende-se com o facto de em Portugal estar contemplada

a realização de colonoscopia a cada 5 anos ao passo que a grande maioria das recomendações internacionais recomenda a sua realização a cada 10 anos.

Fica, ainda, o desejo de ver delineadas estratégias que visem aumentar o número de pessoas rastreadas para o CCR, até porque o rastreio além de ter a capacidade de aumentar a sobrevivência entre a população geral ou de melhorar a qualidade de vida, oferece também uma evidente relação de custo-benefício.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Doutor José Alberto Frey Ramos pela sua orientação, conhecimento e experiência durante a realização da tese.

Agradeço em especial à minha família pelo apoio, motivação e paciência no decurso de todo o trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Media center. Cancer. Fact Sheet N297 [internet]. WHO; fevereiro 2012 [acesso em 02/02/2012]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>.
2. GLOBOCAN 2008. Colorectal cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2008 [internet]. World Health Organization (IARC); 2012 [acesso em: 02/02/2012]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>.
3. Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. Eur J Cancer 2010;46(4):765-81.
4. Segnan N, Patnick J, von Karsa L, editores. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
5. Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do cólon e reto por 100 000 habitantes (N.º) por local de residência (NUTS - 2002) e sexo; anual [internet]. Instituto Nacional de Estatística (INE), óbitos por causas de morte. [atualizada em 2010; acesso em 02/02/2012]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003799&contexto=bd&selTab=tab2.
6. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2004.
7. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO); 2007.

8. Commission of the European Communities. White paper. Together for health: A strategic approach for the EU 2008-2013. Brussels, 23.10.2007; COM(2007) 630 final.
9. Melo M, Braga R. Rastreio do cancro do cólon e do reto. Rev Port Clin Geral 2003;19:471-82.
10. Commission of the European Communities. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on action against cancer: European Partnership. Brussels, 24.06.2009; COM(2009) 291 final.
11. Hespanhol AP, Couto L, Martins C, Viana M. Educação para a saúde e prevenção na consulta de medicina geral e familiar (II). Rev Port Clin Geral 2009;25:242-52.
12. Klabunde CN, Lanier D, Nadel MR, McLeod C, Yuan G, Vernon SW. Colorectal cancer screening by primary care physicians: recommendations and practices, 2006–2007. Am J Prev Med 2009 July;37(1):8-16.
13. Fenton JJ, Reid RJ, Baldwin LM, Elmore JG, Buist DSM, Franks P. Influence of primary care use on population delivery of colorectal cancer screening. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2009;18(2):640-5.
14. Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). Official Journal of the European Union 16.12.2003; L 327:34-8.
15. Plano Oncológico Nacional 2001-2005. Diário da República – I Série-B, nº190 – 17/8/2001:5241-7.
16. Commission of the European Communities. Report from the commission to the council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee

and the Committee of the Regions. Implementation of the Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). Brussels, 22.12.2008; COM(2008) 882 final.

17. World Gastroenterology Organisation/International Digestive Cancer Alliance. Practice guidelines: colorectal cancer screening. World Gastroenterology Organisation; 2007. [acesso em 02/02/2012]. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/colorectal-cancer-screening.html>.
18. Center MM, Jemal A, Smith RA, Ward E. Worldwide variations in colorectal cancer. CA Cancer J Clin 2009;59(6):366-78.
19. Carvalho A, Ferreira P, Henriques S, Lopes MR, Rua A, Silva M, et al. Cancro do cólon e do reto. Recomendações do Núcleo de Atividades Preventivas da APMCG. [acesso em 02/02/2012]. Disponível em: <http://www.mgfamiliar.net/colon.pdf>.
20. McLeod R, with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening strategies for colorectal cancer: systematic review & recommendations. CTFPHC Technical Report #01-2. February, 2001. London, ON: Canadian Task Force.
21. The Royal Australian College of General Practitioners 'Red Book' Taskforce. Guidelines for preventive activities in general practice. 7th ed. Melbourne (Australia): The Royal Australian College of General Practitioners College House; 2009.
22. Smith RA, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Shah M, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2011: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. CA Cancer J Clin 2011;61(1):8-30.

23. Colorectal cancer early detection. American Cancer Society; 2011 [atualizada em 26/01/2012; acesso em 02/02/2012]. Disponível em: <http://www.cancer.org/Cancer/ColonandRectumCancer/MoreInformation/ColonandRectumCancerEarlyDetection/index>.
24. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2008;149(9):627-37.
25. Colorectal cancer screening. Recommendation statement from the Canadian Task Force on preventive health care. *Can. Med. Assoc. J* 2001; 165(2):206-8.
26. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, Smith RA, Brooks D, Andrews KS, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *CA Cancer J Clin* 2008;58(3):130-60.
27. Zauber AG, Lansdorp-Vogelaar I, Knudsen AB, Wilschut J, van Ballegooijen M, Kuntz KM. Evaluating test strategies for colorectal cancer screening: a decision analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;149(9):659-69.
28. Nadel MR, Berkowitz Z, Klabunde CN, Smith RA, Coughlin SS, White MC. Fecal occult blood testing beliefs and practices of U.S. primary care physicians: serious deviations from evidence-based recommendations. *J Gen Intern Med* 2010;25(8):833-9.
29. Zavoral M, Suchanek S, Zavada F, Dusek L, Muzik J, Seifert B, et al. Colorectal cancer screening in Europe. *World J Gastroenterol* 2009;15(47):5907-15.

30. Grazzini G, Visioli CB, Zorzi M, Ciatto S, Banovich F, Bonanomi AG, et al. Immunochemical faecal occult blood test: number of samples and positivity cutoff. What is the best strategy for colorectal cancer screening?. *Br J Cancer* 2009;100(2):259-65.
31. McFarland EG, Levin B, Lieberman DA, Pickhardt PJ, Johnson CD, Glick SN, et al. Revised colorectal screening guidelines: joint effort of the American Cancer Society, U.S. Multisociety Task Force on Colorectal Cancer, and American College of Radiology. *Radiology* 2008;248(3):717-20.
32. Link A, Balaguer F, Shen Y, Nagasaka T, Lozano JJ, Boland CR, et al. Fecal MicroRNAs as novel biomarkers for colon cancer screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010;19(7):1766-74.
33. Whitlock EP, Lin JS, Liles E, Beil TL, Fu R. Screening for colorectal cancer: a targeted, update systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;149(9):638-58.
34. DeBourcy AC, Lichtenberger S, Felton S, Butterfield KT, Ahnen DJ, Denberg TD. Community-based preferences for stool cards versus colonoscopy in colorectal cancer screening. *J Gen Intern Med* 2007;23(2):169-74.
35. Arditi C, Peytremann-Bridevaux I, Burnand B, Eckardt VF, Bytzer P, Agréus L, et al. Appropriateness of colonoscopy in Europe (EPAGE II). Screening for colorectal cancer. *Endoscopy* 2009;41:200-8.
36. Thornton E, Morrin MM, Yee J. Current status of MR colonography. *RadioGraphics* 2010;30(1):201-18.
37. Laghi A, Iafrate F, Rengo M, Hassan C. Colorectal cancer screening: the role of CT colonography. *World J Gastroenterol* 2010;16(32):3987-94.

38. Kung JW, Levine MS, Glick SN, Lakhani P, Rubesin SE, Laufer I. Colorectal cancer: screening double-contrast barium enema examination in average-risk adults older than 50 years. *Radiology* 2006;240(3):725-35.
39. Lansdorp-Vogelaar I, van Ballegooijen M, Zauber AG, Habbema JDF, Kuipers EJ. Effect of rising chemotherapy costs on the cost savings of colorectal cancer screening. *J Natl Cancer Inst* 2009;101(20):1412-22.

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.^{2,3} Os autores são encorajados a seguir as normas STROBE⁹ para estudos observacionais, CONSORT¹⁰ para ensaios clínicos, as normas STARD¹¹ para estudos de acuidade 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 revisão

são 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 acima) 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 acima) 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 excepções são: quando se fazem comparações com números iguais ou superiores a 10, se utilizam unidades de medida, para representar funções matemáticas, quantidades fraccionais, percentagens e razões. Nunca iniciar uma frase com um algarismo.
 4. Usar sempre algarismos para designar tempo, data, idade, amostra e população, tamanho, resultados, dosagens, percentagens, graus de temperatura, medidas métricas e pontos duma escala.
 5. Por regra, não usar abreviaturas fora de parênteses. A excepção são as abreviaturas utilizadas pelos sistemas de medidas (por exemplo, kg).
 6. Os acrónimos só devem ser utilizados se fazem parte da linguagem corrente (por exemplo, OMS) ou para designar uma sigla ou uma expressão técnica que vai ser utilizada repetidamente (por exemplo, DPOC). Neste caso, o seu uso deve ser apresentado entre parênteses, depois da expressão original, na primeira vez que é utilizado no texto.
 7. Devem-se evitar estrangeirismos, sempre que possível.
 8. Não usar sublinhados.
 9. Usar negrito apenas em títulos.
 10. Usar itálico apenas nas seguintes situações: referências bibliográficas, palavras estrangeiras e nomes técnicos das classificações científicas.
 11. Os símbolos estatísticos (por exemplo, t, r, M, DP, p) devem ser escritos em itálico, com excepção dos símbolos em grego.
 12. A indicação da casa decimal deve fazer-se através de uma vírgula e não de um ponto final.
 13. No texto, os números decimais devem ser apresentados apenas com 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,^{9,15,21}

(...) 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 a documentação legal deverão ser concisas mas, ao mesmo tempo, completas, incluindo informação sobre o tipo de diploma e seu número e data, o local onde foi publicado e as páginas.

Exemplo:

Decreto-Lei n.º 114/92, de 4 de Junho. «Diário da República – Série A. p. 2711.

SUBMISSÃO DE ARTIGOS À APRECIÇÃO EDITORIAL

Os documentos devem ser enviados por **correio electrónico** para: secretariado@rpcg.apmcg.pt. 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 obedeçam 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-clip.html>
8. Patrias, K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Wendling, DL, technical editor. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 [actualizado em 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.



ANEXO I

FORMULÁRIO PARA OS AUTORES

O seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento, devidamente preenchido e assinado. Sem ele o artigo não será aceite para apreciação. Leia atentamente as secções que o compõem e, em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral (Rev Port Clin Geral 2010; 26:325-40). Cada um dos autores tem de preencher e assinar uma cópia deste formulário.

O formulário deve ser enviado por correio postal para:

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

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor: _____

Título do manuscrito: _____

☐ Sou o autor responsável pela correspondência com a RPCG acerca do manuscrito.

☐ Autorizo o autor _____ a efectuar em meu nome a correspondência com a RPCG acerca do manuscrito.

AUTORIA

Declaro que:

☐ Efectuei contribuições substanciais para a concepção e delineamento, recolha de dados ou análise e interpretação dos dados.

☐ Participei na redacção ou revisão crítica do artigo no que respeita a conteúdo intelectualmente importante.

☐ Revi a versão final do manuscrito e aprovo a sua publicação.

Por favor redija uma descrição sucinta do seu contributo para o presente trabalho:

CONFLITO DE INTERESSES

Verifique se alguma das condições abaixo lhe é aplicável:

☐ Nos últimos 5 anos recebi algum incentivo financeiro de uma organização que pode de alguma forma ganhar ou perder financeiramente com os resultados ou con-

clusões do manuscrito.

☐ Nos últimos 5 anos fui empregado de uma organização que pode de alguma forma ganhar ou perder financeiramente com os resultados ou conclusões do manuscrito.

☐ Detenho alguma forma de participação financeira numa organização que pode de alguma forma ganhar ou perder financeiramente com os resultados ou conclusões do manuscrito.

☐ Existem outros interesses financeiros a declarar.

☐ A minha instituição académica ou empregador tem algum interesse ou conflito financeiro relacionado com os resultados ou conclusões do manuscrito.

Caso tenha assinalado algum dos itens anteriores ou entenda que existe outro potencial conflito de interesses, por favor redija uma declaração de conflito de interesses a ser publicada juntamente com o artigo:

Se entender que não existe um potencial conflito de interesses relativamente ao presente manuscrito, assinale:

☐ Declaro não possuir qualquer tipo de conflito de interesses.

CEDÊNCIA DE DIREITOS

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 identificado nesta declaração. Concedem ainda à RPCG o direito a utilizar e explorar o presente 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 cedência 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.

Aos 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.

☐ Declaro que li e aceito as condições acima referidas.

AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO

Declaro que autorizo a publicação do artigo junto, com o título _____

do qual sou autor. Declaro ainda que o presente artigo é original, não foi objecto de qualquer outro tipo de publicação, nem foi proposto simultaneamente para publicação em outras revistas ou jornais. Declaro também que li o presente formulário e a informação que forneço é completa e verdadeira. Declaro ainda que detenho os direitos de propriedade e/ou de utilização de todo o material incluído no manuscrito (incluindo ilustrações), que cedo à Revista Portuguesa de Clínica Geral de acordo com os termos constantes neste documento.

Local: _____ Data: __/__/____

Assinatura: _____

ANEXO II

FORMULÁRIO PARA OS AUTORES

O seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento, devidamente preenchido e assinado. Sem ele o artigo não será aceite para apreciação. Leia atentamente as secções que o compõem e, em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral (Rev Port Clin Geral 2010; 26:325-40). Este formulário necessita apenas de ser preenchido pelo autor responsável pela correspondência com a revista.

O formulário deve ser enviado por correio postal para:

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

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor: _____

Título do manuscrito: _____

OUTRAS CONTRIBUIÇÕES

☐ Todas as pessoas ou entidades que deram contributos importantes para o trabalho relatado no manuscrito (incluindo a sua escrita), mas que não são mencionadas como autores, estão identificadas na secção agradeci-



mentos. Cada uma delas deu a sua autorização por escrito (de acordo com o modelo apresentado no anexo 3) para ser mencionada, que se anexa ao presente formulário.

- ☐ O manuscrito não inclui uma secção de agradecimentos porque os autores não receberam contributos importantes por parte de outras pessoas ou entidades.

FINANCIAMENTO

- ☐ O trabalho relatado neste manuscrito não foi objecto de qualquer tipo de financiamento externo (incluindo

bolsas de investigação).

- ☐ Este trabalho foi financiado na sua totalidade ou em parte por pessoas ou entidades que não os autores. Por favor descreva o financiamento (pode utilizar uma folha separada se necessário):

Local: _____ Data: __/__/__

ANEXO III

AUTORIZAÇÃO PARA MENÇÃO NOS AGRADECIMENTOS

Caso haja lugar a agradecimentos, o seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento, devidamente preenchido e assinado. Sem ele o artigo não será aceite para apreciação. Em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral (Rev Port Clin Geral 2010; 26:325-40). Cada uma das pessoas mencionadas nos agradecimentos terá que preencher e assinar uma cópia deste formulário.

O formulário deve ser enviado por correio postal para:

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

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor: _____

Título do manuscrito: _____

AUTORIZAÇÃO PARA MENÇÃO NOS AGRADECIMENTOS

Eu, _____

[coloque o nome completo] dou o meu consentimento para ser mencionado nos agradecimentos do manuscrito

com o título _____

de que é(são) autor(es) _____

Declaro que contribuí para o trabalho nele relatado ou para a elaboração da manuscrito, mas não cumprio os critérios de autoria definidos pela Revista Portuguesa de Clínica Geral.



ANEXO IV

FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE CONDUTA ÉTICA

No caso de se tratar de um estudo original, o seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento. Sem ele o artigo não será aceite para apreciação. Em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral (Rev Port Clin Geral 2010; 26:325-40). Este formulário necessita apenas de ser preenchido pelo autor responsável pela correspondência com a revista.

O formulário deve ser enviado por correio postal para:

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

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor: _____

Título do manuscrito: _____

DECLARAÇÃO DE CONDUTA ÉTICA

Declaro que:

- ☐ Este estudo decorreu de acordo com os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia.
- ☐ O protocolo do presente estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética _____, que deu parecer favorável à sua realização e de que anexo(amos) fotocópia.

Se o protocolo do estudo não tiver sido submetido à apreciação de uma comissão de ética independente, justifique circunstanciadamente as razões que impediram a concretização desse procedimento, elabore uma declaração de garantia de cumprimento das normas éticas relativas à investigação e, nos casos em que tal se aplica, junte cópia da folha de informação ao doente e do formulário de consentimento. Envie estes documentos em anexo ao presente formulário.

Local: _____ Data: __/__/__

Assinatura: _____

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No caso de se tratar de um relato de caso ou havendo fotografia(s) de doente(s), o seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento. Sem ele o artigo não será aceite para apreciação. Em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral (Rev Port Clin Geral 2010; 26:325-40). Este formulário necessita apenas de ser preenchido pelo autor responsável pela correspondência com a revista.

O formulário deve ser enviado por correio postal para:

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

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor correspondente: _____

Nome da pessoa descrita no artigo ou mostrada na fotografia: _____



Assunto da fotografia ou do artigo: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____
_____ [coloque o nome completo] dou o meu consentimento para que estas informações sobre A MINHA PESSOA/MEU(MINHA) FILHO(A) OU TUTELADO/PARENTE [marque a descrição correcta], relativas ao assunto supracitado apareçam na Revista Portuguesa de Clínica Geral (RPCG), uma publicação da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG). Vi e li o material a ser submetido à Revista.

Compreendo o seguinte:

- (1) As informações serão publicadas sem o meu nome anexo e, quer a RPCG, quer a APMCG farão o melhor possível para assegurar o meu anonimato. Compreendo, no entanto, que o anonimato completo não pode ser garantido. É possível que alguém em algum lugar possa me identificar (talvez, por exemplo, alguém que cuidou de mim se fiquei internado no hospital ou algum de meus familiares).
- (2) O texto do artigo será revisto com relação ao estilo de redacção, gramática, coerência e extensão.
- (3) As informações podem ser publicadas na RPCG, que é distribuída principalmente a médicos, mas também pode ser vista por pessoas leigas.
- (4) As informações também serão colocadas no sítio da *internet* da RPCG.
- (5) As informações também podem ser usadas por completo ou em parte em outras publicações e produtos publicados pela Associação Portuguesa de Clínica Geral (APMCG), ou por outras editoras para as quais a APMCG licencie o seu conteúdo. Isto inclui publicações impressas, em formatos electrónicos ou quaisquer outros formatos que possam ser usados pela APMCG ou seus licenciados, agora ou no futuro. Em especial, as informações podem aparecer em edições locais da RPCG ou em outros periódicos ou publicações estrangeiras.
- (6) A APMCG não permitirá o uso das informações em propagandas ou embalagens, ou que estas sejam usadas fora de contexto.
- (7) Poderei revogar o meu consentimento a qualquer momento antes da publicação, mas uma vez que as informações tenham sido comprometidas para a publicação, não será mais possível revogar o consentimento.

Local: _____ Data: __/__/__

Assinatura: _____

ANEXO VI

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA SUBMETER PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA PORTUGUESA DE CLÍNICA GERAL

PRIMEIRA PÁGINA

- ☐ O título é conciso, breve e suficientemente informativo.
- ☐ Os nomes dos autores estão correctos e são os 2/3 nomes usados habitualmente na clínica ou nas actividades científicas.
- ☐ Todos os autores cumprem os critérios de autoria.
- ☐ Estão indicados os graus ou títulos dos autores.
- ☐ Estão indicados os locais, instituições ou serviços aos quais os autores estão ligados.

SEGUNDA PÁGINA

- ☐ Está indicado o nome, telefone/fax, endereço de correio

electrónico e endereço postal do autor responsável pela correspondência com a revista acerca do manuscrito.

- ☐ Está indicado 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

- ☐ Está indicado o título do artigo nas línguas necessárias
- ☐ O Resumo segue as normas da revista para o tipo de artigo em questão e existe nas línguas necessárias.
- ☐ Estão indicadas duas a seis palavras-chave adequadas



nas línguas necessárias.

- ☐ Está indicada a tipologia do artigo (a que secção da revista se destina)

PÁGINAS SEGUINTE

- ☐ O texto do artigo segue as normas da revista e não excede os limites previstos.
- ☐ Cada uma das secções do artigo começa no início de uma página.
- ☐ As referências bibliográficas estão correctamente assinaladas e numeradas ao longo do texto.
- ☐ As ilustrações estão devidamente assinaladas no texto e numeradas pela ordem por que são mencionadas.
- ☐ As figuras estão numeradas com algarismos árabes e os quadros com numeração romana.

PRIMEIRA PÁGINA A SEGUIR AO TEXTO (AGRADECIMENTOS QUANDO EXISTEM)

- ☐ Respeitam rigorosamente as normas internacionalmente aceites, existindo nomeadamente as autorizações para citar os nomes de pessoas a quem se agradecem os contributos.

PRIMEIRA PÁGINA A SEGUIR AOS AGRADECIMENTOS (REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS)

- ☐ As referências bibliográficas estão devidamente assinaladas no texto.
- ☐ Os documentos referenciados foram cuidadosamente verificados e estão listados de acordo com as normas de Vancouver.

PÁGINAS SEGUINTE (ILUSTRAÇÕES)

- ☐ Todos os quadros estão numerados e têm título adequado.

- ☐ Todas as restantes ilustrações estão numeradas e identificadas.
- ☐ O nome dos ficheiros electrónicos contendo imagens permite identificar facilmente a ilustração a que se referem (por exemplo, Figura_1.jpg)
- ☐ Todas as ilustrações têm qualidade que permita a sua reprodução directa.
- ☐ Cada ilustração está devidamente assinalada no texto e é apresentada em separado.
- ☐ Fotografias ou diapositivos estão devidamente identificados (algarismos árabes) com etiqueta autocolante no verso ou na margem.
- ☐ Os autores detêm todos os direitos sobre as imagens.
- ☐ Existe consentimento informado dos doentes fotografados para reprodução da sua imagem na RPCG de acordo com o modelo anexo.

PEDIDO DE PUBLICAÇÃO

- ☐ É enviado o original do texto (incluindo ilustrações) por correio electrónico, nos formatos Microsoft Word, RTF ou Open Office (texto, tabelas e diagramas) e JPEG, TIF ou EPS (ilustrações)
- ☐ É enviado por correio postal o formulário para os autores devidamente preenchido e assinado por todos os autores
- ☐ Tratando-se de um estudo original, cópia do parecer da comissão de ética que apreciou o trabalho.
- ☐ Tratando-se de um relato de caso, declaração de consentimento informado assinada pelo doente que motivou o relato de caso.
- ☐ Havendo fotografia de doente(s), declaração de consentimento informado assinada pelo doente fotografado.
- ☐ Está preenchida e é enviada por correio electrónico esta lista de verificação.