



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2013/2014

Mário Alberto Ribeiro de Sousa
Tratamento do cancro da mama na
mulher em idade geriátrica

março, 2014

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Mário Alberto Ribeiro de Sousa
Tratamento do cancro da mama na
mulher em idade geriátrica

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Cirurgia

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Doutor Fernando Osório**

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

março, 2014

FMUP

Eu, Mário Alberto Ribeiro de Sousa, abaixo assinado, nº mecanográfico 200600102, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos 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, 20/03/2014

Assinatura conforme cartão de identificação:

Mário Alberto Ribeiro de Sousa

NOME

Mário Alberto Ribeiro de Sousa

CARTÃO DE CIDADÃO OU PASSAPORTE (se estrangeiro)

E-MAIL

TELEFONE OU TELEMÓVEL

134365577ZZ7

marioalbertosousa@gmail.com

926997238

NÚMERO DE ESTUDANTE

DATA DE CONCLUSÃO

200600102

20/03/2014

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Cirurgia

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Tratamento do cancro da mama na mulher em idade geriátrica

ORIENTADOR

Doutor Fernando Osório

COORIENTADOR (se aplicável)

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia (riscar o que não interessa) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/03/2014

Assinatura conforme cartão de identificação:

Mário Alberto Ribeiro de Sousa

Tratamento do cancro da mama na mulher em idade geriátrica

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Mário Sousa

Centro de Mama, Centro Hospitalar São João, Doutor Fernando Osório

Centro de Mama, Centro Hospitalar São João, Professor Doutor José Fougho

Tratamento do cancro da mama na mulher em idade geriátrica

RESUMO

Introdução: À medida que a idade média da população global aumenta, o cancro da mama em mulheres em idade geriátrica será cada vez mais uma realidade presente na prática clínica.

Objetivo: Este artigo pretende dar uma visão da complexidade do tema e dos caminhos já propostos a nível internacional para um cuidado individualizado e adequado das mulheres com cancro da mama em idade geriátrica.

Métodos: Foi efetuada uma pesquisa no PubMed por artigos em inglês publicados desde 1990 até setembro de 2013. Foram incluídas publicações adicionais consideradas importantes para o tema.

Resultados: As opções de tratamento continuam controversas e não devem ser baseadas apenas no fator idade cronológica. O estabelecimento de recomendações para o diagnóstico, tratamento e vigilância destas doentes é um grande desafio devido à escassa evidência de nível I neste subgrupo populacional bastante heterogéneo e sub-representado nos ensaios clínicos.

Conclusões: O idoso não deve ser privado das suas atividades, deve ser ouvido, apoiado, valorizado e amado para que possa ter um tratamento humanamente digno acabando com os preconceitos de sub ou sobretratamento, continuando a viver e não apenas sobreviver.

Palavras-chave: *aged; older; frail elderly; geriatric assesement; breast cancer; survival.*

INTRODUÇÃO

O cancro é uma doença que cumpre todos os requisitos para poder ser considerada uma doença crónica. A abordagem clínica de uma doença crónica é cada vez mais proactiva e o planeamento e a alocação de recursos humanos, logísticos e financeiros, deve ser feito, tendo por base o conhecimento epidemiológico da patologia e a avaliação e reconhecimento das condicionantes da população a tratar.¹

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o indivíduo geriátrico ou idoso é, no mundo ocidental, caracterizado principalmente pela idade cronológica. A idade de 60 a 65 anos é geralmente considerada o início desta fase. Em contraste, em alguns países em vias de desenvolvimento, este conceito de indivíduo em idade geriátrica ou idoso inicia-se no momento em que este se torna incapaz de contribuir ativamente na sua comunidade. Assim sendo, é clara a diferente conotação da palavra idoso consoante o ambiente sociocultural em que se enquadra o indivíduo.² Em Portugal, o envelhecimento populacional é uma realidade que tem vindo a agravar-se. No ano de 2000, 33,6% de um total da população residente com mais de 15 anos eram pensionistas da Segurança Social e Caixa Geral de Aposentações. Este valor ascende em 2012 para os 40,1%.³

A relação entre o número de idosos e jovens traduziu-se, em 2010, num índice de envelhecimento de 118 idosos por cada 100 jovens (112 em 2006). O índice de dependência é um indicador relevante para o domínio dos cuidados aos idosos e Portugal apresentava, em 2009, uma das maiores taxas de dependência na União Europeia, com um valor de 26,3%, só ultrapassado pela Itália, Grécia e Suécia, com o valor de 30,6% e pela Alemanha com o valor de 30,9%, sendo a média comunitária de 25,6%. Em menos de 15 anos, o índice de dependência passou em Portugal de 22% para acima de 26%.⁴

O peso dos idosos na estrutura populacional tem vindo a aumentar de forma significativa devido, por um lado, à diminuição dos nascimentos e, por outro, ao aumento da esperança de vida. O número de idosos com mais de 80 anos passou de 340.000, em 2000, para 484.200, em 2010. Este aumento refletiu, sobretudo, o crescimento da população feminina desta faixa etária que teve um acréscimo de cerca de 80%. A proporção da população idosa em Portugal (com mais de 65 anos de idade), que

representava 8,0% do total da população em 1960, mais do que duplicou, passando para 19,1%, em 2011. Em valores absolutos, a população idosa aumentou mais de um milhão de indivíduos, passando de 708.570, em 1960, para 2.022.504, em 2011, admitindo-se que em 2020 a população de 65 e mais anos seja superior a 2.200.000. Segundo os dados das Nações Unidas, para 2007, Portugal era o décimo país do mundo com maior percentagem de idosos e o décimo quarto com maior índice de envelhecimento.⁴

A população com mais de 65 anos deverá aumentar de 19% em 2011 para 32% em 2050; por outro lado, a população com mais de 80 anos deverá ultrapassar o valor de 1 milhão na década de 40, atingindo 1,3 milhões em 2050.⁴

O cancro da mama tem grande incidência em mulheres em idade geriátrica. Em 2011 nos EUA, a idade média à data de diagnóstico do cancro da mama era de 61 anos e aproximadamente 42% dos tumores invasivos, e 57% das mortes por cancro da mama ocorreram entre mulheres com idade de 65 anos ou superior. Apesar destes números, as normas de tratamento destas doentes em idade geriátrica carecem de nível I de evidência, ou seja, evidência que provenha de meta-análises de ensaios controlados, randomizados e bem desenhados. As recomendações de tratamento são feitas com base em dados e experiência adquirida em estudos com doentes mais jovens, que constituem a maior parte dos participantes nos ensaios clínicos randomizados.⁵ Esta extrapolação pode não ser válida, uma vez que, as características biológicas do cancro da mama e tolerância aos tratamentos poderão diferir em doentes de idade mais avançada, havendo ainda, a possibilidade de ocorrerem outras potenciais causas de mortalidade, que não a própria doença oncológica.¹

O aumento da sobrevivência da mulher com cancro da mama nas últimas duas décadas não foi partilhado igualmente entre mulheres mais jovens e mais idosas. A taxa de mortalidade por cancro da mama decresceu 19% entre o período 1990-1993 a 1998-2002 em mulheres jovens, mas não foi registado nenhum decréscimo em mulheres com mais de 70 anos.⁶ Os principais fatores que contribuem para o aumento da sobrevivência em mulheres jovens no cancro da mama parecem ser a terapia adjuvante e o rastreio. No entanto, relativamente ao rastreio mamográfico, a *US Preventive Service Task Force* afirma que, para mulheres com 70 anos ou mais, os dados são insuficientes para determinar o efeito

deste na mortalidade por cancro da mama. ⁶ Relativamente à terapia adjuvante proposta a mulheres em idade geriátrica, verifica-se que esta é geralmente menos agressiva, sendo por vezes mesmo omitida. ⁶

Todos estes aspetos referidos podem conduzir a uma situação de potencial tratamento inadequado, limitando-se em demasia a terapêutica, possivelmente por receio de baixa reserva funcional da idosa ou baixa expectativa face ao prognóstico o que se traduz em subtratamento. Por contraste, mas menos frequentemente, verifica-se o uso abusivo de terapêuticas demasiadamente invasivas sacrificando a qualidade de vida em doentes com baixa sobrevivência esperada, verificando-se um sobretratamento, e por conseguinte a resultados clínicos desfavoráveis. ⁶

A *Société Internationale d'Oncologie Gériatrique* (SIOG), fundada em 2000 é uma sociedade científica multidisciplinar, que inclui médicos nas áreas da oncologia e geriatria aliados a inúmeras outras especialidades, com mais de 1000 membros em mais de 40 países. Esta equipa multidisciplinar tem avançado na elaboração de um conjunto de recomendações para o diagnóstico e tratamento do cancro da mama em pacientes idosos.⁷ Em 2012 juntamente com a *European Society of Breast Cancer Specialists* (EUSOMA) publicaram a versão mais atual das recomendações clínicas do cancro da mama para a população geriátrica. ¹

MÉTODOS

A base de dados “online” Medline foi a principal fonte de pesquisa bibliográfica nesta monografia. Foi efetuada uma pesquisa no PubMed por artigos em inglês publicados desde 1990 até setembro de 2013. Os termos usados na pesquisa foram: "breast neoplasms", "breast cancer", "aged", "older", "frail elderly", "survival", "geriatric assesement", "mastectomy", "breast conservative surgery", "axillary clearance", "sentinel lymph node biopsy", "radiotherapy", "neoadjuvant", "adjuvant", "chemotherapy", "tamoxifen", "aromatase inhibitors", "pharmacology", "communication barriers", "communication", and "information". Foram incluídas fontes adicionais consideradas importantes para o tema.

RESULTADOS

Epidemiologia

O cancro da mama é a doença oncológica mais prevalente no sexo feminino. Em 2008 em Portugal o cancro da mama lidera a lista de taxa de incidência de doenças oncológicas no sexo feminino, com uma taxa de incidência de 103,6 por 100.000 habitantes. Logo seguido das neoplasias do cólon com 39,7 por 100.000 habitantes e da tiroide com 35,7 por 100.000 habitantes. Em 2008, na região norte de Portugal registaram-se 1763 casos estando previstos um total de 2545 casos em 2020.⁸ Por contraste, o cancro do colo do útero registou, em 2008, 238 casos estando previsto um decréscimo até 2020 para 179 casos.⁹

O cancro da mama é também uma das principais causas de mortalidade em mulheres, numa lista encabeçada pelas doenças do aparelho circulatório como por exemplo doença cerebrovasculares, cardíaca isquémica e hipertensiva. No ano de 2008, em Portugal, de um total de 64.162 óbitos na faixa etária acima ou igual a 75 anos, 26.279 óbitos ocorreram por doenças do aparelho circulatório, sendo seguidas pelos tumores com 11.572 óbitos e pelas doenças do aparelho respiratório com 9.501 óbitos.¹⁰ A taxa de mortalidade em Portugal para doença cerebrovascular no grupo etário entre os 65 e 74 anos foi de 482 por 100.000 habitantes em 1990, ascendendo, no mesmo ano, para 2536,7 por 100.000 habitantes para a faixa etária acima dos 75 anos.¹¹

Em Portugal no ano de 2010, morreram por cancro da mama 30 em cada 100.000 mulheres. A taxa de mortalidade feminina por cancro da mama apresenta uma tendência de crescimento, tendo passado de 26,6 óbitos em 2006, para 30,3 em 2010, por cada cem mil mulheres. O mesmo aconteceu para as taxas de mortalidade por tumores do colo do útero, para as quais se verificaram aumentos entre 2006 e 2009 (de 3,4 para 4,9 por cada cem mil mulheres). Contudo, em 2010, essa taxa baixou para 4,2.¹²

A incidência de cancro da mama varia largamente entre os vários países e grupos etários. Na europa, este é o cancro com mais incidência em mulheres. A incidência de cancro da mama em mulheres com 70 anos ou mais diagnosticadas entre 2000-2004 varia desde 100 a 350 por 100.000 por ano.¹ Existe um padrão geográfico claro em relação às incidências de cancro da mama na europa. Em 2012, a taxa

de incidência foi superior nos países da Europa Ocidental, principalmente na Bélgica (147 por 100.000 habitantes) e França (137 por 100.000 habitantes) e na Europa do Norte, em particular no Reino Unido (129 por 100.000 habitantes). No mesmo ano, a taxa de incidência nos países da Europa Este foi muito menor, em particular no caso da Ucrânia (54 por 100.000 habitantes).¹³

A incidência para as mulheres idosas tem aumentado gradualmente por toda a Europa.¹ Em Portugal, no ano de 2011, dos 1360 casos de cancro da mama diagnosticados no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, 397 foram em mulheres com mais de 65 anos, constituindo assim o tipo tumor com maior número de casos entre as mulheres dessa faixa etária no IPO do Porto.¹⁴

Na maioria dos países europeus registou-se um decréscimo, embora reduzido, da mortalidade por cancro da mama na faixa etária com mais de 70 anos quando comparado com a faixa dos 35 aos 49 anos. Portugal, pelo contrário, está entre os países que apresenta um ligeiro aumento de mortalidade para mulheres com mais de 70 anos, entre os anos de 1990 e 2003.¹

Características biológicas gerais

O cancro da mama é uma doença heterogénea composta por 5 subtipos moleculares principais, baseados no perfil molecular: luminal A, luminal B, basal, Her-2 positivo e triplo negativo.¹⁵ Um outro tipo de classificação, com base genómica, tem sido investigada por uma equipa integrada por dois investigadores portugueses.¹⁶ Os dados relativos à distribuição dos subtipos moleculares em mulheres em idade geriátrica são escassos.

Num estudo composto por 293 pacientes com 70 anos ou mais, o subtipo triplo negativo representa 13%, Her-2 positivo 13%, luminal A 35% e luminal B 28%.⁵ Em contraste, num outro estudo constituído por 399 mulheres de idade inferior a 40 anos o subtipo triplo negativo representou 26%, o Her-2 positivo 31%, o luminal A 33% e o luminal B 35%.¹⁷

Um estudo retrospectivo belga que examinou a influência da idade na incidência do subtipo luminal, demonstrou que apesar de as mulheres com mais de 70 anos geralmente apresentarem o luminal A menos agressivo, 19% das mulheres com mais de 70 anos apresentam o luminal B que se encontra

associado a uma alta taxa de proliferação, alto grau, maiores dimensões e invasão ganglionar.⁵

Relativamente ao subtipo triplo negativo, em doentes com menos de 65 anos há um menor número de recidivas locais, metástases ósseas e ganglionares quando comparadas com as de idade inferior a 65 anos.⁵ Há que salientar também, que em comparação com mulheres mais jovens, estas doentes apresentam tumores com p53 normal e negativos para *epidermal growth factor receptor* (EGFR) e Her-2, havendo ainda tendência para um aumento do número de tumores com positividade para recetores de estrogénios, com o avançar da idade ao diagnóstico.⁵

Geralmente doentes com mais de 85 anos apresentam tumores de maiores dimensões ao diagnóstico em comparação com as mais jovens.⁵ O facto do tamanho do tumor e envolvimento ganglionar aumentarem com a idade pode estar relacionado com alguma dificuldade desta população em recorrer a apoio médico o que condiciona um atraso no diagnóstico, ou mesmo com a inexistência de rastreio mamográfico.⁵

A idade avançada ao diagnóstico poderá estar relacionada com uma biopatologia tumoral associada a um prognóstico mais favorável, com aumento da sensibilidade hormonal, sobre expressão de Her-2 atenuada e baixos graus e índices proliferativos.⁷ Um estudo retrospectivo em mulheres com cancro da mama invasivo, demonstrou uma frequência significativamente maior de tumores de grau III em mulheres com menos de 39 anos, com 65% do grupo afetado. Relativamente à invasão vascular e ganglionar, o grupo com mais de 70 anos tem uma percentagem de casos de 27 % e 42% respetivamente.⁵

Em conclusão, o avanço na idade cronológica aparentemente está relacionado com o diagnóstico de tumores da mama de maiores dimensões, com maior grau de envolvimento ganglionar, maior sensibilidade hormonal e menor numero de casos do subtipo triplo negativo e Her-2 positivo.

Geralmente, mulheres com mais de 65 são submetidas a uma dose significativamente menor de quimioterapia que as mais jovens, mesmo assim, está descrito por alguns estudos que este grupo sujeito a menor dose quimioterapia poderá ter um prognóstico equivalente ao grupo mais jovem ou até melhor.⁵ Como referido, as pacientes idosas tem mais probabilidade de não seguirem tratamento de

acordo com as recomendações internacionais de orientação clínica nomeadamente segundo as recomendações da EUSOMA ou da *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*.^{1, 18} Está demonstrado num estudo, que a concordância de tratamento em função das recomendações clínicas propostas pelo *MD Anderson Cancer Center* diminui para idades cada vez mais avançadas. Sendo a discordância mais evidente sobretudo para quimioterapia e radioterapia adjuvante após cirurgia.¹⁹

A explicação para esta diferença a nível de tratamento é complexa e multifatorial, uma vez que a decisão terapêutica nestas doentes deve ser individualizada em função das comorbilidades e da preocupação com o impacto na qualidade de vida e sobrevivência expectada.

Este possível subtratamento, demonstrado em muitos estudos pode, como consequência exercer um impacto negativo na sobrevivência. No entanto, os contornos deste impacto permanecem pouco claros. De modo a evitar cair neste erro de subtratar ou sobretratar, é importante considerar esta paciente como única e especial, com comorbilidades e um estado funcional próprio que definem o prognóstico e decisão terapêutica. Tendo sempre em atenção que uma percentagem destas doentes irá morrer de causas não relacionadas com o cancro diagnosticado.⁷

Surge assim, a necessidade de criação de uma equipa multidisciplinar para a avaliação destas mulheres, formada por uma ampla variedade de profissionais, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionista, psicólogos e assistentes sociais a trabalhar em equipa, dos quais é de ressaltar o geriatra.⁷

Geriatría

A geriatría existe internacionalmente há largas décadas. Em Portugal, é representada pela sociedade portuguesa de geriatría e gerontologia (SPGG), fundada em 1951, pelo médico de família lisboeta, Dr. José Reis Jr., igualmente fundador da *International Association of Gerontology (IAG)* em 1950.^{20, 21}

A definição de geriatría tem vindo a mudar ao longo do tempo, mas atualmente, de forma muito simples, pode ser definida como o ramo da medicina que se ocupa dos idosos, não só do ponto de vista físico, como também emocional e social, psiquiátrico e psicológico.²²

A geriatria é entendida como competência no Reino Unido desde 1945, em Espanha desde 1978, no Brasil desde 1980, nos EUA desde 1982, em França desde 2000 e em mais de 60 países em todo o mundo. Na Europa, os únicos países em que a geriatria não é reconhecida como competência, sub-especialidade ou especialidade são, além de Portugal, a Estónia, Malta, Eslovénia, Roménia, Grécia e Moldávia.²² Portugal é um dos poucos países em que a geriatria não é reconhecida como uma especialidade médica autónoma. No entanto, desde 3 de Março de 2011, é prestada no Hospital Pulido Valente-Centro Hospitalar Lisboa Norte uma consulta de geriatria, em associação com a unidade universitária de geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, sob a direção do Professor Doutor Gorjão Clara, havendo também no sector privado um crescente investimento em unidades geriátricas.²²

Avaliação geriátrica

O principal problema na população idosa é a heterogeneidade em relação ao seu estado funcional, comorbilidades e outras condições intimamente associadas à idade avançada como o risco de quedas, incontinência de esfíncteres, deterioração cognitiva e mobilidade reduzida.

A idade cronológica não permite isoladamente estimar a reserva funcional ou o risco de complicações durante a avaliação destas doentes.⁵ Existem imensas variáveis que determinam a resposta terapêutica destas doentes. Deste modo, algumas doentes idosas toleram a quimioterapia ou cirurgia tão bem ou, em alguns casos, melhor do que as mais jovens. No entanto outras apresentam quadros de toxicidade severa ou outras complicações que levam a uma redução do tratamento, atraso ou até à suspensão do mesmo.⁵ A pergunta que se coloca é de como distinguir e agrupar objetivamente estas doentes recorrendo a uma escala que abrace toda esta heterogeneidade e que nos permita posteriormente orientar a decisão terapêutica.

É necessário avaliar inúmeros fatores como o impacto na qualidade de vida (morbilidade) e uma potencial toxicidade fatal do tratamento a propor (mortalidade iatrogénica) assim como a sobrevida expectada. Tudo isto sem esquecer o contexto sociocultural, económico, familiar, bem como as comorbilidades, a polimedicação, e ainda a própria predisposição do doente em ser tratado.

A avaliação médica generalista aplicada na rotina clínica é insuficiente.¹ Deste modo, é imperiosa a existência de um estudo clínico mais complexo, após o diagnóstico de um cancro da mama na mulher em idade geriátrica e antes de iniciar o tratamento, por uma equipa multidisciplinar. Neste caso, para além da colaboração essencial entre oncologia e cirurgia há que, idealmente, envolver profissionais com formação em geriatria, que estabeleçam uma avaliação geriátrica individualizada. Não existe nenhum método universalmente aceite para efetuar a avaliação das doentes com cancro da mama em idade geriátrica.¹ A avaliação geriátrica compreensiva, referida na literatura internacional como *comprehensive geriatric assessment* (CGA) é um método proposto para esse fim.²³ É um processo de diagnóstico multidimensional e interdisciplinar com o objetivo de determinar objetivamente, o estado funcional, comorbilidades, a saúde física, cognitiva e mental, o estado nutricional e o apoio social do indivíduo idoso em situação de fragilidade de forma a desenvolver um plano coordenado e integrado para tratamento e seguimento a longo prazo. Consiste numa avaliação médica, sobreposta de uma avaliação mais profunda que enfatiza componentes como a qualidade de vida, estado funcional, prognóstico e resultados.²⁴

A inovação do CGA consiste na integração de equipas interdisciplinares e na utilização de instrumentos para avaliação de aspetos da funcionalidade das doentes, comorbilidades e apoio social.²⁴ Esta avaliação ajuda na formulação de um plano coordenado de cuidados com intervenções focadas nos problemas individuais de cada idoso.⁵ O CGA é geralmente efetuado por entrevista pessoal, geralmente com boa aceitação por parte da doente.⁵

Como já referido, o CGA é uma ferramenta constituída por diversos componentes. Os seus componentes principais avaliam parâmetros como, a capacidade funcional, que consiste na avaliação da habilidade de executar as atividades no dia-a-dia. É quantificada através das atividades básicas de vida diárias (ABVDs) e atividades instrumentais de vida diárias (AIVDs). Pode ser aqui usada também a *Vulnerable elders scale 13* (VES-13) de modo a objetivar a avaliação. O risco de queda é também avaliado, por determinação da velocidade de marcha e uso da escala de morse. Relativamente à cognição, uma vez que 50% dos idosos acima de 85 anos tem síndrome demencial, é também relevante esclarecer o estado cognitivo. Recorre-se aqui ao *Mini Mental State* (MMS), testes

neuropsicológicos, estudos de parâmetros analíticos associados a este síndrome como a vitamina B12 e *thyroid-stimulating hormone* (TSH), tomografia computadorizada e ainda ressonância magnética para evidência imagiológica de degeneração do córtex cerebral por exemplo por doença microvascular. O humor está geralmente alterado nos indivíduos em idade geriátrica. A sua perturbação afeta gravemente a qualidade de vida do idoso, conduzindo a sofrimento desnecessário, aumento da mortalidade e ao recurso excessivo a cuidados de saúde. Pode ser aqui usado como escala objetiva o *Patient Health Questionnaire* (PQH-9). A polimedicação é outra das particularidades desta população. Há que elaborar uma listagem completa de todos os fármacos, nunca esquecendo terapias alternativas como ervas, chás, outro tipo de suplementos ou vitaminas.²⁵

Voltando o olhar para o ambiente envolvente do indivíduo idoso, apercebemo-nos que o suporte social e financeiro é crucial, sendo importante uma avaliação do ambiente social, familiar ou institucional conforme o caso. É de ressaltar sempre a avaliação da condição do prestador de cuidados ou família uma vez que geralmente este encontra-se num estado de esgotamento físico e psíquico, frequentemente designado internacionalmente por *burnout*. Todo o processo inerente a uma doença crónica como a doença oncológica está associado a um prolongamento do sofrimento que frequentemente conduz a este estado de *burnout* dos prestadores de cuidados ou familiares. É importante a intervenção a este nível por psicólogos ou psiquiatras com o objetivo de reverter este possível *burnout*.²⁵

O planeamento da alta e acompanhamento domiciliário pós terapêutica hospitalar são grandes determinantes dos resultados terapêuticos a longo prazo. Devem ser sinalizados os casos mais vulneráveis e planeado o seguimento de forma individualizada, sempre de forma a manter um acompanhamento mais intensivo caso necessário. Na presença eventual de situações de abusos, negligência ou exploração financeira, deve ser dado alerta imediato por parte de qualquer profissional que contacte com a paciente.²⁵

Visitas domiciliárias ou institucionais por enfermeiros com treino geriátrico e de reabilitação acompanhados de psicólogos são cruciais. Deve ser mantida uma proximidade via meios telefónicos caso impossibilidade de deslocação ao local. Estas atitudes demonstram impacto significativo na

redução do declínio funcional e mortalidade.²⁵

O esclarecimento das crenças da doente face à doença e prognóstico são geralmente negligenciados. No entanto deve ser dada atenção a estes parâmetros, juntamente com a determinação das expectativas da doente face ao impacto na sua qualidade de vida. Devem ser estabelecidos objetivos a cumprir durante o tratamento, como a manutenção da vida social, independência no dia-a-dia. Torna-se aqui evidente a necessidade de discutir com a doente atitudes perante a relação sofrimento-benefício no decorrer de tratamentos com o objetivo de prolongar a qualidade e tempo de vida. Nesta fase o conhecimento, esclarecimento e acordo com a doente face a estes dilemas pessoais inerentes à doença oncológica é fulcral para a manutenção de uma boa relação médico-doente.²⁵ Podem ser ainda avaliados, como parte integrante do CGA, parâmetros como o estado nutricional, continência de esfíncteres, função sexual, visão, audição, dentição e ainda a espiritualidade.²⁵

Verifica-se uma associação positiva entre a toxicidade dos tratamentos e fatores como, função cognitiva e saúde mental diminuídas, comorbilidades e baixo apoio social. Fatores como, idade avançada, situação financeira desfavorecida, comorbilidades, polimedicação, estado nutricional baixo e a dependência nas atividades de vida diárias estão associados a um aumento da mortalidade.⁵ No cancro da mama, estas associações ainda não estão bem esclarecidas, havendo falta de evidências robustas sobre o efeito da utilização do CGA na orientação do tratamento, devido à inexistência de ensaios clínicos desenhados especificamente para esse objetivo.⁵

Um conceito também muito importante na avaliação geriátrica é o de fragilidade individual, denominado *frailty* na literatura internacional. É considerado como um estado de diminuição da reserva fisiológica sem relação com uma patologia em especial, conduzindo a alterações da mobilidade, força física, resistência, nutrição e atividade física. Não existe nenhuma definição clínica consensual deste conceito aceite até à data. A conferência, em 2004, da *American Geriatrics Society/National Institute on Aging* sobre a *frailty* em idosos define este conceito como, um estado de vulnerabilidade aumentada a agentes causadores de stress devido a declínios na reserva fisiológica, relacionados com a idade. A identificação deste estado em doentes idosas pode ajudar a diferenciar entre a mulher idosa apta, que beneficiara do tratamento convencional para o cancro da mama,

segundo as recomendações internacionais, e estará sujeita a níveis de toxicidade suportáveis, da mulher idosa em estado de fragilidade que deve receber um tratamento adaptado e individualizado.⁵

Um outro instrumento já validade para a avaliação onco-geriátrica de doentes em contexto cirúrgico é o *Preoperative assesement of cancer in the elderly* (PACE). Embora a mortalidade por cirurgia relacionada com cancro da mama nesta população seja reduzida, variando entre 0 e 0,3%, muitas paciente idosas, existe ainda algum preconceito na proposta destas doentes para cirurgia.¹ É necessário uma melhor compreensão do risco cirúrgico nesta população.¹ Assim, torna-se essencial esta avaliação do risco pré operatório e das comorbilidades e mortalidades pós operatórias neste subgrupo etário. É esperado que o PACE possa otimizar a tomada de decisões na seleção de candidatos a cirurgia.¹ O PACE é uma ferramenta constituída por alguns componentes como, o *Mini Mental State* (MMS), atividades básicas de vida diária (ABVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD), escala de depressão geriátrica (GDS), *brief fatigue inventory* (BFI), *ECOG performance status* (PS), escala da Sociedade Americana de Anestesia (ASA) e o index de comorbilidades de Satariano (SIC).²⁶ Em doentes com piores resultados na maioria dos componentes do PACE (ABVD, AIVD, GDS, ASA SIC), verificou-se um numero significativamente superior de morbidade comparativamente a pacientes com bons resultados. Anormalidades em resultados na BFI, PS e AIVD foram também associados à ocorrência de numero superior de morbidade operatória.²⁶

Biomarcadores

A doença é caracterizada por alterações metabolismo normal. O objetivo ideal será identificar combinações específicas de determinados marcadores característicos de determinados processos patológicos na população. O desafio será ainda maior se se avançar na tentativa de diagnostico de doença em fase pré clinica.^{27, 28}

No cancro da mama, a possível correlação de determinados metabolitos com a presença e progressão de doença trarão enormes avanços não só no conhecimento da biologia tumoral e tratamento mas também sobretudo ao nível do rastreio.²⁹

Estão identificados atualmente 5 potenciais marcadores urinários para o cancro da mama, sendo o mais promissor o rácio ácido pentadecanóico/citidina-5-monofosfato, uma vez, que permitiu a deteção de cancro da mama com uma sensibilidade de 94,8% e uma especificidade de 93,9%.²⁹

Uma das vertentes que tem muito interesse nesta abordagem é a avaliação de patologias cognitivas no idoso, nomeadamente a demência. A avaliação do risco genético, aliada a imagiologia e a um conjunto pré determinado de biomarcadores pode constituir a abordagem diagnóstica da demência geriátrica nas próximas décadas.²⁷

Futuramente, na avaliação do idoso, para além do desenvolvimento de ferramentas clínicas de avaliação geriátrica, devem ser consideradas medidas de avaliação alternativas. Uma delas são os biomarcadores de envelhecimento. Este é um campo que desperta cada vez mais interesse na área da geriatria oncológica, embora sem resultados concretos até à data. Possivelmente com o avanço futuro da metabolómica, ciência que estuda todos os metabolitos resultantes dos processos fisiológicos e patológicos do organismo, será possível identificar um perfil de biomarcadores do envelhecimento.⁶ A metabolómica aborda a presença e concentração de pequenas moléculas no organismo na tentativa de construir um espécie de "impressão digital" individual e única acerca do estado de saúde.

Existem alguns estudos que avançam na direção desta caracterização biológica do envelhecimento. Um deles caracterizou as alterações clínicas, moleculares, bioquímicas e metabólicas do envelhecimento em ratos. Dos inúmeros achados é de destacar a grande perda de função mitocondrial, alterações a nível da via de sinalização da insulina, níveis alterados de metabolitos do metabolismo aminoacídico e dos ácidos gordos. A maltose e maltotetraose hepáticas e musculares foram consideradas capazes de distinguir eficazmente o grupo dos ratos jovens dos idosos, assim como os níveis de ácidos gordos livres no plasma, que estão aumentados e as acilcarnitinas que se encontram significativamente diminuídas nos ratos de idade mais avançada diminuídas.³⁰ Foi possível assim construir, através deste dados, um perfil metabólico do envelhecimento do rato.³⁰

Genómica

A par dos biomarcadores, a genómica representa também uma área em franca revolução e inovação. A

já referida tentativa de classificação genómica do cancro da mama representa um dos grandes avanços nesta área, que permitirá esclarecer o papel de determinadas perfil genómico na fisiopatologia da doença e o seu carácter como fator de prognóstico e preditor de resposta ao tratamento.¹⁶

Tratamento

O tratamento do cancro da mama na mulher em idade geriátrica é, como em qualquer grupo etário, multimodal. Este consiste engloba áreas como, a cirurgia, radioterapia, hormonoterapia, quimioterapia e terapia biológica. Estas podem ser usadas isoladamente ou combinadas, em função do estadiamento da doença, das características biológicas e moleculares da doença e das características fisiológicas da doente.³¹ Embora não existam normas de orientação clínica nacionais apresentadas pela Direção Geral de Saúde, o tratamento pode seguir, tal como nas mais jovens, as recomendações nacionais para o tratamento do cancro da mama de 2007, e também as recomendações internacionais, entre as quais, por exemplo, as da *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*.^{18, 32}

Cirurgia

O tratamento cirúrgico de eleição deve ser tendencialmente, tal como nas mais jovens, a cirurgia conservadora da mama, ficando a mastectomia reservada para as situações em que não seja possível a cirurgia conservadora, tal como uma contra-indicação formal à radioterapia adjuvante ou uma preferência da própria mulher.¹

Relativamente á avaliação do perfil ganglionar axilar, este é conhecido como um grande determinante de prognóstico.³³ Alguns ensaios clínicos têm avaliado o papel do esvaziamento axilar nas mulheres em idade geriátrica. Esta abordagem comporta um elevado nível de comorbilidade associada. Um dos ensaios clínicos que tem proposto a sua omissão, é o Z0011. Potencialmente, algumas mulheres idosas farão parte do grupo em que o esvaziamento axilar não acrescenta benefícios em termos de controlo locoregional.³⁴ Uma abordagem alternativa poderá ser a irradiação axilar que está em investigação no ensaio clínico AMAROS.³⁵

Radioterapia

A opção de radioterapia adjuvante após cirurgia conservadora é, tal como em mulheres mais jovens, indicada nas pacientes idosas uma vez que, diminui a taxa de recidiva local. No entanto, esta modalidade de tratamento comporta 5 a 6 semanas de irradiações diárias, muitas vezes difíceis de suportar por estas doentes. Verificou-se ainda que a radioterapia não oferece benefícios significativos a nível da sobrevivência.^{1, 33} Dado o baixo nível de benefício global da radioterapia somado à sua elevada morbidade e custos, pode considerar-se a sua adaptação, com redução da dose ou mesmo omissão em algumas doentes.³³

Estão em investigação novos esquema de radioterapia adjuvantes com possível aplicação prática nesta faixa etária, nomeadamente a irradiação acelerada parcial da mama designada internacionalmente por APBI. Esta comporta uma duração de tratamento de aproximadamente 2 semanas com resultados cosméticos superiores ao tratamento convencional.^{1, 7, 36} Outra técnica é a irradiação intraoperatória parcial da mama, em estudo nos ensaios clínicos TARGIT *Targeted Intraoperative Radiotherapy* e ELLIOT *intraoperative radiotherapy with electrons*.³⁷ Podem ser pertinente em pacientes que não possam ser submetidos a radioterapia convencional por qualquer motivo.¹ No entanto, a evidência em pacientes idosos é ainda pouco robusta para ser recomendada como terapia padrão.¹

Hormonoterapia

Terapia endócrina primária

Refere-se ao tratamento hormonal sistémico como única terapia no cancro da mama *early stage* com recetores hormonais positivos.¹ Deve apenas ser oferecida em pacientes idosas com tumores com recetores hormonais positivos que tenham uma esperança estimada de vida baixa, menor que 2 a 3 anos e que são consideradas não aptos para cirurgia após otimização das condições médicas ou que recusem cirurgia.¹

Os dois grandes grupos de fármacos usados neste tratamento são o tamoxifeno e os inibidores da aromatase. Não existe descrição de nenhuma variação da eficácia em função da idade cronológica da

doente entre eles, no entanto, pacientes idosas são mais vulneráveis à toxicidade e a segurança é um importante fator de escolha.¹

O tamoxifeno possui efeitos potencialmente benéficos em mulheres idosas. Estes incluem um atraso no processo de desmineralização óssea e prevenção de doença coronária.³¹ No entanto o tamoxifeno apresenta uma correlação positiva com o risco de cancro do endométrio, estando descrito um aumento do risco na ordem dos 20 a 40%.³¹

Os inibidores da aromatase comparativamente ao tamoxifeno, acarretam menor risco de trombose e carcinoma do endométrio, com efeitos semelhantes na qualidade de vida. No entanto, os inibidores da aromatase estão associados com síndrome musculoesquelético, aceleração da desmineralização óssea e aumento da taxa de fraturas. Existem também casos descritos de efeitos negativos na cognição em associação com os restantes tratamentos hormonais. E ainda, evidência que o risco de eventos cardiovasculares é ligeiramente superior com os inibidores da aromatase.¹ A escolha de tamoxifeno ou um inibidor da aromatase é feito com base nos seus potenciais efeitos secundários.¹ A evidencia aponta para um controlo da doença com esta terapia primária de aproximadamente 2 anos, ao final dos quais se apresenta o risco de desenvolvimento de resistências ao tratamento.¹ Nestes casos surge a questão de como lidar com estas doentes.

Tratamento Hormonal adjuvante

As pacientes idosas são maioritariamente candidatas a este tratamento.³³ No entanto, devido aos efeitos secundários supra referidos, à presença de comorbilidades graves sem possibilidade de reversão, ou em casos de doentes com tumores considerados de baixo risco esta opção pode ser omitida.¹

Quimioterapia adjuvante

Os esquema de quimioterapia com respetivas doses para pacientes idosos não estão bem definidos uma vez que existe muito controvérsia acerca dos níveis de toxicidade nesta população.

A quimioterapia é executável, tal como em mulheres jovens, em quase todas os pacientes com 70 anos ou mais, com bom estado funcional e baixo grau de comorbilidades.¹

Uma das problemáticas inerentes a este tratamento reside na elevada toxicidade dos esquemas terapêuticos usados, nomeadamente cardíaca, renal e hepática, encontrando-se frequentemente associada a reduções da dose e mesmo interrupções do tratamento.¹

Dos poucos estudos que tentaram esclarecer acerca da toxicidade da quimioterapia em pacientes idosas, verificou-se a incidência semelhante de complicações tanto no grupo das mulheres com idade inferior a 65 anos como no de idade superior.³¹ No entanto, o grupo etário superior a 65 anos, nestes estudos, apresentava baixo grau de comorbilidade e poucos eram os que excediam os 80 anos de idade, tornado estes resultados pouco representativos da realidade populacional.³¹

Podem ser tomadas algumas medidas para a adaptação do tratamento em doentes não aptas de forma a atenuar a toxicidade desta terapêutica e impedir assim a exclusão de mulheres idosas destes esquemas terapêuticos. Devem ser ajustadas as doses de fármacos de excreção renal em função do clearance de creatinina individual. Podem ser selecionados agentes alternativos com menores graus potenciais de toxicidade. O recurso a antídotos de toxicidade por quimioterapia é outra alternativa, tais como, fatores de crescimento hematopoiéticos no caso de mielotoxicidade.³¹ No caso particular de esquemas terapêuticos com taxanos, estes estão geralmente associados a toxicidade aumentada comparada com mulheres mais jovens, mas podem ser associados com antraciclinas em pacientes idosas saudáveis com doença de alto risco, ou substituírem as antraciclinas de forma a reduzir o risco cardíaco.¹

Em conclusão, a sobrevivência não deve ser o único parâmetro a considerar na decisão por recurso a um esquema de quimioterapia adjuvante.³¹ Deve-se adaptar o esquema de tratamento de forma a evitar o sacrifício da qualidade de vida para pequeno ou nenhum prolongamento da sobrevida nestas doentes.¹

Tratamento Biológico

As terapias com anticorpos monoclonais, nomeadamente o trastuzumab e o bevacizumab são opções validadas na terapêuticas do cancro da mama.³³ As pacientes idosas devem ter acesso a este tratamento tal como as mais jovens, no entanto, devido á sua toxicidade cardíaca e pulmonar

significativa, deverá ser efetuado um estudo cardíaco prévio e se necessário uma adaptação do esquema terapêutico ou omissão do mesmo. ¹ Os dados acerca do uso desta terapia em idosas são ainda escassos, sendo necessário um maior número de ensaios clínicos para esclarecer melhor o seu papel nesta faixa etária.

Carcinoma mama metastizado

Esta é uma área que se revela ainda muito controversa. Apesar da louvável iniciativa internacional, com a realização do *Advanced Breast Cancer-1st Consensus Conference* em Dezembro de 2011 e em Dezembro de 2013 do *Advanced Breast Cancer-2nd International Consensus Conference*, não foi ainda apresentada uma abordagem clara relativamente à atitude terapêutica em idosas. ³⁸

Preferências Paciente

O desenvolvimento da medicina de base hospitalar, a par do crescente aumento do grau de especialização e sofisticação técnica, ao mesmo tempo que tornou a prática médica indissociável do hospital, criou um novo discurso clínico que, mais do que nunca, se tornou inacessível para o doente. Na prática, os doentes desejam normalmente receber mais informação do que a que lhes é prestada pelos médicos, embora as suas preferências variem com o tipo de informação prestada e com os mecanismos individuais de ajustamento psicossocial. ³⁹

A medicina moderna, com enfoque na alta tecnologia, constitui uma experiência frequentemente desagradável e pouco humana para o doente. O médico falha frequentemente na perceção da morbilidade psicossocial já que esta perceção é desvalorizada na recolha da história clínica da doente. Geralmente estão descritos sentimentos de isolamento, deslocalização, dor e desconforto, medo e desespero em resultado da hospitalização. ³⁹

Desta forma, a tomada de decisão ao nível da relação médico-doente deverá ser o resultado de uma ponderação de valores e interesses expressos por ambas as partes. Em face deste desafio, terão necessariamente que surgir respostas adequadas da parte dos profissionais de saúde, e novas ou renovadas soluções organizativas, ao nível das instituições de cuidados de saúde.

Embora a preferência dos doentes em participarem nos processos de tomada de decisão respeitantes à sua saúde revele alguma, embora fraca, correlação com variáveis cognitivas, sócio-demográficas e culturais, encontraram-se relações mais fortes com a trajetória da doença. A trajetória da doença parece assumir-se como fator mais determinante das atitudes dos doentes, sobrepondo-se a ou outros fatores como os de natureza sócio-cultural. A adaptação do doente oncológico à sua doença parece ser fortemente influenciada pelo apoio psicossocial que recebe. No caso particular da mulher com cancro da mama, a eventualidade de uma cirurgia determina, na grande maioria dos casos, a perda de uma parte do corpo que por razões psicossociais, entre outras, se pode revelar como crucial em termos de auto-imagem da doente.³⁹

As mulheres idosas geralmente preferem ser bem informadas, com necessidade de adaptação do tipo de informação para a idade. A mulher idosa guarda experiências de vida que lhe conferem uma perceção particular do mundo e crenças características. Geralmente nesta faixa etária está muito presente o medo de isolamento, de sofrimento e de estigma social, o que frequentemente conduz a um desajuste da idosa face à sociedade. Com o avançar da idade nasce também a perceção da possibilidade do fim da vida, o medo de morrer é uma realidade geralmente presente em qualquer idoso mesmo que saudável. Fatores como estes condicionam fortemente o processo de tomada de decisões e as preferências da doente. A mulher em idade geriátrica, geralmente tem conceções erradas sobre o conceito de cancro e acerca da toxicidade excessiva do tratamento, possivelmente devido aos contactos interpessoais no seu círculo social e através da comunicação social, em programas nem sempre cientificamente corretos. É importantíssimo esclarecer a paciente em relação ao diagnóstico, prognóstico, expectativas com o tratamento, potenciais efeitos negativos do subtratamento e acima de tudo a repercussão destes fatores no tempo e qualidade de vida restantes.¹ No entanto, na prática clínica, frequentemente este tempo dedicado à doente nem sempre é devidamente acautelado nos grandes hospitais, colocando em risco a qualidade da relação médico-doente.

A doente oncológica, por todo o processo que esta a vivenciar, simbolicamente é um ser humano com diferenças. Isso cria-lhe ambiguidade e incertezas quanto à identidade, geralmente aumentando a necessidade de recorrer à tradição cultural das crenças e práticas religiosas. Geralmente na cultura

popular há duas imagens do cancro, a do diagnóstico, que geralmente é entendida como uma sentença de morte que leva ao medo e a da compreensão de que o diagnóstico e a terapêutica levam a uma transformação, uma segunda oportunidade de vida. Esta percepção de vida geralmente é do domínio da espiritualidade. As crenças religiosas podem condicionar opções de tratamento e funcionar como atenuantes do sofrimento, garantindo algum tipo de alívio psicológico.

O contexto familiar e o seu impacto na tomada de decisão do indivíduo não deve ser esquecido. Há que ter em conta sempre o envolvimento dos familiares ou prestadores de cuidados na tomada de decisões. No entanto as preferências do paciente não devem ser deduzidas a partir das opiniões de familiares, uma vez que muitas vezes não são coincidentes. Este impacto da família é de enorme complexidade. A avaliação geriátrica do estado cognitivo e mental da doente pode ajudar a esclarecer em primeiro lugar a sua capacidade na tomada de decisão. É importante reconhecer que geralmente o avançar da idade encontra-se associado a um maior grau de dependência relativamente à família ou prestador de cuidados, sendo compreensível que estes tenham um forte papel na tomada de decisão.

A identificação precoce de qualquer anormalidade cognitiva no CGA e, se possível, a sua posterior reabilitação são de extrema importância, garantindo uma decisão mais autónoma da doente. Para isto é necessária a mobilização de recursos humanos de assistência social e reabilitação cognitiva, que pode ser condicionada por diversas barreiras como por exemplo financeiras ou geográficas, abordadas abaixo.

Barreiras ao tratamento

Como já referido, as mulheres com mais de 75 anos tem maior probabilidade de não receber tratamento segundo as recomendações clínicas para o tratamento do cancro da mama.¹ Os fatores que contribuem para esta diferença de abordagem terapêutica são, para além das comorbilidades, como o estado cognitivo, a depressão e mobilidade reduzida, o risco de recorrência, a etnia, ambiente cultural e familiar, estado socioeconómico, apoio domiciliário, transporte para hospitais para a inclusão em ensaios clínicos, acesso aos centros de radioterapia e ainda a própria vontade da doente.¹

Por outro lado, no contexto do médico, um outro possível fator que afeta o tratamento, é a execução

de uma avaliação médica desadequada, negligenciando campos relevantes da vida da doente como a componente psicossocial, ou então, o próprio preconceito médico individual face ao estado geral da mulher idosa e sua possível reserva funcional, o que gera insegurança face a eventuais toxicidades terapêuticas, baixos graus de evidência científica, e baixas expectativas de benefício a médio prazo.¹ Este preconceito, frequentemente caracterizado pela atitude do "Já não vale a pena.", pode ser relativamente à doente idosa, à doença na doente idosa ou então, ao tratamento na doente idosa.

Uma barreira importante é evolução e validação de novas terapêuticas é a falta de inclusão nos ensaios clínicos. Estes estão desenhados preferencialmente para uma faixa etária mais jovem, tendo critérios de inclusão demasiado estritos. Podendo, em alguns casos, excluir por comorbilidades para além das especificadas devido a uma presunção errada da incapacidade de participação do paciente no ensaio. Provavelmente existe uma relutância na inclusão desta faixa etária devido á crença de risco aumentado dos idosos face a esquemas terapêuticos inovadores e à sua baixa reserva fisiológica que lhes confere menos capacidade de resistência face a possíveis efeitos secundários documentados.¹

Em Portugal existe uma escassa oferta de ensaios clínicos para qualquer uma das faixas etárias. No entanto, mesmo em países como os Estados Unidos da América, onde os ensaios estão disponíveis em grande número, o acesso dos idosos à informação acaba por ser limitado.¹ Estando esta população em crescimento, é da maior relevância a obtenção de evidencia científica sólida face a terapias cada vez mais aplicadas neste grupo etário. Existe a necessidade de criar ensaios clínicos direcionados para esta população, com adaptação dos critérios de seleção para as características únicas destas doentes e recurso a métodos de avaliação geriátrica.¹

A incorporação do CGA em ensaios clínicos direcionados especificamente para esta população está já em curso. Um deles, com início em junho de 2013, sob orientação da *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), denominado *Elderly Metastatic Breast Cancer: Pertuzumab-Herceptin vs Pertuzumab-Herceptin-Metronomic Chemotherapy, Followed by T-DM1*, aceita apenas doentes com idade superior a 60 anos. Este ensaio irá também incorporar uma avaliação da progressão do estado funcional e qualidade de vida da doente.⁴⁰

CONCLUSÕES

Com o envelhecimento da população portuguesa e a cada vez maior incidência do cancro da mama na população idosa, o tratamento desta doença oncológica será um desafio enorme no futuro. Como já referido, embora não existem números concretos, há uma sensação de subtratamento em mulheres idosas com cancro da mama. Possivelmente este subtratamento tem sido causador da reduzida diminuição da mortalidade por cancro da mama em mulheres europeias em idade geriátrica durante as últimas duas décadas em comparação com as mais jovens. No caso de Portugal, o ligeiro aumento da mortalidade para a faixa etária superior a 70 anos, pode ser causado também por este subtratamento.

As mulheres idosas com cancro da mama de tipos biológicos mais agressivos, em particular com doença com recetores hormonais negativos, são as que mais beneficiam da quimioterapia adjuvante. No entanto os dados que apoiam este facto referem-se a pacientes consideradas aptas e com poucas ou nenhuma comorbilidades, nas quais, mesmo assim, a quimioterapia apresenta geralmente toxicidade aumentada. Posto isto, a utilidade da quimioterapia em pacientes considerados menos aptos por avaliação do estado funcional ou comorbilidades é ainda desconhecida.

A decisão terapêutica em pacientes idosas deve conjugar a eficácia e toxicidade do tratamento em relação com o estado de saúde físico e mental da paciente, as comorbilidades, o estado funcional da doente e a probabilidade de recidiva relacionada com a esperança de vida expectada e a qualidade de vida. Esta conjugação deve ser feita idealmente na avaliação antes da decisão terapêutica, por médicos dedicados ou com sensibilidade para a geriatria, na inexistência de uma especialidade reconhecida e homologada, através da implementação de métodos de avaliação geriátrica como o CGA acima referido. Sob o meu ponto de vista, existe a necessidade de reconhecimento formal da geriatria como especialidade médica em preencher em Portugal, tal como na maior parte da União Europeia. O papel da geriatria é da maior relevância na realidade social portuguesa. Assim, para além do reconhecimento nacional desta especialidade médica, deveriam ser criadas unidades geriátricas com função de apoio hospitalar e seguimento pós hospitalar do doente idoso. O aprofundamento das técnicas de avaliação geriátrica é da maior relevância para o acompanhamento apropriado destas doentes, no entanto, mais importante ainda é a sua aplicação prática. A sensibilização para o seu uso pelas equipas médicas é

essencial.

Há uma necessidade imperiosa de aprofundamento do conhecimento do tratamento apropriado de doentes com cancro da mama em idade geriátrica. São necessários ensaios clínicos especialmente direcionados para este subgrupo populacional. Que apresentem critérios de seleção apropriados, que reconheçam as características únicas destas doentes. Uma alteração na estrutura destes ensaios seria a incorporação de métodos de avaliação geriátrica, assim como a avaliação de resultados como a manutenção do estado funcional, função cognitiva e outros fatores relevantes na manutenção da independência da doente e da sua qualidade de vida. É de grande relevância averiguar o resultado do tratamento adjuvante em pacientes menos aptas e com maior número de comorbilidades, uma vez que constituem a maior percentagem de mulheres com cancro da mama em idade geriátrica.

A cura deve ser o objetivo primário do tratamento oncológico, no entanto, em pacientes idosos e já portadores de inúmeras comorbilidades, há que dar relevância à manutenção da funcionalidade. Um tratamento que resulte em cura mas retire a independência funcional à doente provavelmente causou mais dano que melhoria na qualidade de vida da doente.

Os múltiplos aspetos que encerram o processo de envelhecimento do ser humano, implicam, de forma natural, a decadência e degeneração decorrente da passagem do tempo, trazendo à pessoa idosa doenças físicas, cognitivas e acima de tudo a consciência do aproximar do "fim". Também para mim enquanto homem, a morte é um conceito inquietante. Temos necessariamente que nos preparar para esta verdade inabalável que deve ser encarada com grande serenidade. Devemos tentar incutir nos idosos, tal como nos mais jovens, a mensagem de que a vida, embora de carácter finito, deve ser valorizada até ao fim. Não sabemos como e quando vamos morrer, nem podemos fazer nada para que não seja assim, mas devemos e podemos fazer esforços para que enquanto vivos, a vida tenha um significado. O idoso não deve ser privado das suas atividades, deve ser ouvido, apoiado, valorizado e amado para que possa ter um tratamento humanamente digno acabando com os preconceitos de sub ou sobretratamento, continuando a viver e não apenas sobreviver. Aquele que passe grande parte do tempo tentando prolongar a vida, corre o risco de viver mais alguns anos sem na realidade os ter vivido. A vida deve ser sempre vivida na sua totalidade, aí reside o seu verdadeiro valor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Biganzoli L, Wildiers H, Oakman C, Marotti L, Loibl S, Kunkler I, et al. Management of elderly patients with breast cancer: updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) and European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). *The lancet oncology*. 2012;13(4):e148-60.
2. Definition of an older or elderly person: World Health Organization; 2014 [cited 2014 10/03]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.
3. Pensionistas da Segurança Social e Caixa Geral de Aposentações no total da população residente com 15 e mais anos (%) em Portugal: PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo; 2014-01-14 [cited 2014 05/02]. Available from: [http://www.pordata.pt/Portugal/Pensionistas+da+Seguranca+Social+e+Caixa+Geral+de+Apo+sentacoes+no+total+da+populacao+residente+com+15+e+mais+anos+\(percentagem\)-718](http://www.pordata.pt/Portugal/Pensionistas+da+Seguranca+Social+e+Caixa+Geral+de+Apo+sentacoes+no+total+da+populacao+residente+com+15+e+mais+anos+(percentagem)-718).
4. Fernando Chau CS, José António Sousa Fialho, Maria João Sacadura. O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. In: CENTRO DE ESTUDOS DOS POVOS E CULTURAS DE EXPRESSÃO PORTUGUESA FdCHUCP, editor. 2012.
5. Mrozek E, Povoski SP, Shapiro CL. The challenges of individualized care for older patients with localized breast cancer. *Expert review of anticancer therapy*. 2013;13(8):963-73.
6. Turner N, Zafarana E, Becheri D, Mottino G, Biganzoli L. Breast cancer in the elderly: which lessons have we learned? *Future oncology* (London, England). 2013;9(12):1871-81.
7. Wildiers H, Kunkler I, Biganzoli L, Fracheboud J, Vlastos G, Bernard-Marty C, et al. Management of breast cancer in elderly individuals: recommendations of the International Society of Geriatric Oncology. *The lancet oncology*. 2007;8(12):1101-15.
8. RORENO. Registo Oncológico Regional do Norte - 2008. In: Porto IPdOd, editor. Porto2013.
9. RORENO. Projeções da incidência de cancro na Região Norte - 2013, 2015 e 2020. In: Porto IPdOd, editor. Porto2013.
10. Paulo Nogueira ALSO, José António Giría, Rosa Leite. Elementos estatísticos. Informação Geral Saúde/2008. In: Saúde DGd, editor. 2010.
11. De que se morre mais em Portugal. As principais causa de morte em Portugal entre 1990 e 1999. In: Jorge. OndsINdSDR, editor. 2003.
12. Estatísticas no feminino: Ser Mulher em Portugal 2001 a 2011. In: Estatística INd, editor. 2012.
13. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European journal of cancer* (Oxford, England : 1990). 2013;49(6):1374-403.
14. Registo Oncológico 2011 2013. Available from: http://issuu.com/ipoporto/docs/publ_ipo2011?e=7796583/2558793.
15. Perou CM, Sorlie T, Eisen MB, van de Rijn M, Jeffrey SS, Rees CA, et al. Molecular portraits of human breast tumours. *Nature*. 2000;406(6797):747-52.
16. Dawson SJ, Rueda OM, Aparicio S, Caldas C. A new genome-driven integrated classification of breast cancer and its implications. *The EMBO journal*. 2013;32(5):617-28.
17. Assi HA, Khoury KE, Dbouk H, Khalil LE, Mouhieddine TH, El Saghir NS. Epidemiology and prognosis of breast cancer in young women. *Journal of thoracic disease*. 2013;5(Suppl 1):S2-8.
18. NCCN. NCCN Guidelines for Patients. In: Network NNCC, editor. 2011.
19. Giordano SH, Hortobagyi GN, Kau SW, Theriault RL, Bondy ML. Breast cancer

- treatment guidelines in older women. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2005;23(4):783-91.
20. SPGG History, Objectives and Actions 2014 [cited 2014 06/03]. Available from: <http://www.spgg.com.pt/Article/View?ID=126>.
 21. Reis R. Uma longa caminhada. *Notícias Médicas*. 2012 2 de Maio de 2012.
 22. Clara PDJG. A Geriatria... O envelhecimento... O doente idoso... O morrer antes de morrer... In: Gamito C, editor.: CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE; 2011.
 23. Comprehensive Geriatric Assessment 2014 [cited 2014 06/01]. Available from: http://www.siog.org/index.php?option=com_content&view=article&id=245:comprehensive-geriatric-assessment&catid=25:the-project&Itemid=160.
 24. Wieland D, Hirth V. Comprehensive geriatric assessment. *Cancer control : journal of the Moffitt Cancer Center*. 2003;10(6):454-62.
 25. Katherine T Ward M, David B Reuben M. Comprehensive geriatric assessment: UpToDate; 2013 [cited 2014 01/01]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment?source=search_result&search=CGA&selectedTitle=21~37.
 26. Audisio RA, Pope D, Ramesh HS, Gennari R, van Leeuwen BL, West C, et al. Shall we operate? Preoperative assessment in elderly cancer patients (PACE) can help. A SIOG surgical task force prospective study. *Critical reviews in oncology/hematology*. 2008;65(2):156-63.
 27. Sonnen JA, Montine KS, Quinn JF, Kaye JA, Breitner JC, Montine TJ. Biomarkers for cognitive impairment and dementia in elderly people. *Lancet neurology*. 2008;7(8):704-14.
 28. Denkert C, Bucher E, Hilvo M, Salek R, Oresic M, Griffin J, et al. Metabolomics of human breast cancer: new approaches for tumor typing and biomarker discovery. *Genome medicine*. 2012;4(4):37.
 29. Zhang AH, Sun H, Qiu S, Wang XJ. Metabolomics in noninvasive breast cancer. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*. 2013;424:3-7.
 30. Houtkooper RH, Argmann C, Houten SM, Canto C, Jeninga EH, Andreux PA, et al. The metabolic footprint of aging in mice. *Scientific reports*. 2011;1:134.
 31. Balducci L, Phillips DM. Breast cancer in older women. *American family physician*. 1998;58(5):1163-72.
 32. Oliveira PDCd, Cardoso PDMJ, Orvalho DMdL, André DS, Sousa DJAd, Soares DP, et al. RECOMENDAÇÕES NACIONAIS PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA. In: Saúde DGd, editor. 2007.
 33. Bernardi D, Errante D, Galligioni E, Crivellari D, Bianco A, Salvagno L, et al. Treatment of breast cancer in older women. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*. 2008;47(2):187-98.
 34. Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV, Beitsch PD, Whitworth PW, Blumencranz PW, et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2011;305(6):569-75.
 35. Straver ME, Meijnen P, van Tienhoven G, van de Velde CJ, Mansel RE, Bogaerts J, et al. Role of axillary clearance after a tumor-positive sentinel node in the administration of adjuvant therapy in early breast cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2010;28(5):731-7.
 36. Ye XP, Bao S, Guo LY, Wang XH, Ma YP, Zhang W, et al. Accelerated partial breast irradiation for breast cancer: a meta-analysis. *Translational oncology*. 2013;6(6):619-27.
 37. Vaidya JS, Wenz F, Bulsara M, Tobias JS, Joseph DJ, Keshtgar M, et al. Risk-adapted targeted intraoperative radiotherapy versus whole-breast radiotherapy for breast cancer: 5-year results for local control and overall survival from the TARGIT-A randomised trial. *Lancet*. 2014;383(9917):603-13.
 38. Cardoso F, Costa A, Norton L, Cameron D, Cufer T, Fallowfield L, et al. 1st

International consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC 1). *Breast* (Edinburgh, Scotland). 2012;21(3):242-52.

39. Laranjeira CA. O percurso do "doente oncológico": a (re)conceptualização do acto informativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2007;60:711-5.

40. Elderly Metastatic Breast Cancer: Pertuzumab-Herceptin vs Pertuzumab-Herceptin-Metronomic Chemotherapy, Followed by T-DM1: U.S. National Institutes of Health; 2014 [cited 2014 05/03]. Available from: <http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT01597414?term=trastuzumab+emtansine&rank=35>.



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 por que 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 revi-

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 numa 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 APRECIACÃO 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 repro-

dução 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: _____

com o título _____

de que é(são) autor(es) _____

AUTORIZAÇÃO PARA MENÇÃO NOS AGRADECIMENTOS

Eu, _____

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

Declaro que contribuí para o trabalho nele relatado ou para a elaboração da manuscrito, mas não cumpro 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 anexado 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 SEGUINTES

- 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 SEGUINTES (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.