

DEPRESSION AFTER CARDIAC TRANSPLANTATION FROM 2012 TO 2018 IN A
REFERENCE HOSPITAL IN RECIFE: A TRANSVERSAL STUDY

DEPRESSÃO PÓS-TRANSPLANTE CARDÍACO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO
RECIFE NO PERÍODO DE 2012 A 2018: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Ângela Melo de Holanda Arcoverde,^{1,2} Bárbara Cubits,² Clarissa Oliveira Alves,² Verônica Soares Monteiro,³ Rodrigo Moreno Dias Carneiro,³ Fernando Augusto Marinho dos Santos Figueira,³ Evandro Cabral de Brito³

Instituição:

¹ *Aluna bolsista do Programa Institucional de Iniciação Científica da Faculdade Pernambucana de Saúde, Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife – PE, Brasil.*

² *Alunas de graduação em Medicina pela Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife – PE, Brasil.*

³ *Departamento de Cardiologia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Recife – PE, Brasil.*

Correspondência:

Ângela Melo de Holanda Arcoverde

Rua Padre Bernardino Pessoa, 277. Ap. 803. Boa Viagem.

Recife – PE. CEP 51020-210

E-mail: angela.arcov@gmail.com

Tel. (55) 81 99922.9280

RESUMO

Objetivo: Estimar a ocorrência de sintomas de depressão em 50 pacientes que foram submetidos a transplante cardíaco no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira entre os anos de 2012 a 2018. **Métodos:** estudo observacional transversal que utilizou questionários adaptados, traduzidos e validados no Brasil, o *Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey* (SF-36) para avaliação de qualidade de vida e, o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II), para avaliação de sintomas de depressão. A coleta foi realizada no Ambulatório de Transplante Cardíaco do referido hospital, através de entrevistas individuais. Os dados coletados foram digitados no programa Microsoft Excel versão 2010 e foram utilizados os Softwares *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS 13.0* para Windows. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança. Esse estudo está baseado na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, com CAAE nº66851517.7.0000.5201. **Resultados:** A amostra foi composta por 76% do sexo masculino, idade média de 47,76 anos e 48% apresentavam baixa escolaridade. Os dados obtidos pela aplicação do BDI-II (n=50) apresentaram média de 13,36, mediana de 13,00, desvio padrão de 7,78. Foram considerados com sintomas de depressão, atingindo escores com mais de 9 pontos, 70%, sendo a diferença de gêneros pouco significativa estatisticamente. Dentre as variáveis relacionadas à sintomas de depressão, somente a necessidade de ansiolítico após o transplante foi estatisticamente relevante. Na comparação do SF-36 com os 35 pacientes sintomáticos para depressão, das suas oito escalas somente limitação por aspectos físicos e aspectos emocionais não foram estatisticamente relevantes. **Conclusão:** Os sintomas de depressão puderam ser verificados na amostra com impacto significativo na qualidade de vida prioritariamente, quando associados à capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental. Pacientes que se submeteram ao transplante cardíaco devem receber atendimento multidisciplinar a fim de minimizar suas vulnerabilidades.

Descritores: Transplante cardíaco. Depressão. Questionário de qualidade de vida SF-36. Inventário de depressão de Beck II.

ABSTRACT

Objective: To estimate the occurrence of symptoms of depression in 50 patients who underwent cardiac transplantation at the Institute of Integral Medicine Professor Fernando Figueira between the years of 2012 to 2018. **Methods:** A cross-sectional observational study using questionnaires adapted, translated and validated in Brazil, the Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey (SF-36) for quality of life assessment and the Beck II Depression Inventory BDI-II), for evaluation of depression symptoms. The collection was performed at the Cardiac Transplant Outpatient Clinic of the referred hospital, through individual interviews. The data collected was entered in the program Microsoft Excel version 2010 and the Statistical Package Software for the Social Sciences - SPSS 13.0 for Windows was used. All tests were applied with 95% confidence. This study is based on Resolution 466/2012 of the National Health Council. This research was approved in the Ethics Committee of the Institute of Integral Medicine Professor Fernando Figueira with CAAE nº66851517.7.0000.5201. **Results:** The sample consisted of 76% males, mean age of 47.76 years and 48% had low education level. Data obtained by the application of BDI-II (n = 50) presented a mean of 13.36, median of 13.00, standard deviation of 12.76. They were considered with symptoms of depression, reaching scores with more than 9 points, 70%, being the difference of genres little statistically significant. Among the variables related to the symptoms of depression, only the need for anxiolytic after transplantation was statistically relevant. In the comparison of the SF-36 with the 35 symptomatic patients for depression, of their eight scales only limitation by physical aspects and emotional aspects were not statistically relevant. **Conclusion:** The symptoms of depression could be verified in the sample with a significant impact on quality of life, when associated with functional capacity, pain, general health, vitality, social aspects and mental health. Patients who underwent heart transplantation should receive multidisciplinary care in order to minimize their vulnerabilities.

Descriptors: Heart Transplantation. Depression. Quality of life questionnaire SF-36. Beck Depression Inventory II.

INTRODUÇÃO

O transplante de coração representa o final de um longo período de espera e de difícil convívio com doenças cardiovasculares refratárias e avançadas, muitas vezes incapacitantes, que dificultam o cotidiano de um indivíduo.¹ Essa oportunidade de tratamento promove uma mudança repentina nas condições clínicas anteriores desfavoráveis às quais, o indivíduo e seus familiares, estavam habituados a suportar.² Assim, nasce no receptor do órgão uma enormidade de sentimentos ambíguos, que poderão oscilar entre a euforia pela saída da assombrosa lista de espera por um órgão³ e, pela possibilidade de cura, com a realização do transplante cardíaco; em contrapartida, de medo e aflição, por ter que se submeter a um procedimento cirúrgico com alta morbimortalidade, com risco de rejeição e tratamentos com imunossupressores. Além disso, há os sentimentos de empatia, esperança, gratidão e tristeza pelo fato de ser necessário a morte de uma pessoa para que seu órgão seja doado à outra.^{4,5} Desta forma, é inquestionável a repercussão tanto positiva quanto negativa do transplante de órgãos na qualidade de vida do ser humano onde, apesar dos riscos, significa uma chance concreta de sobrevivência.⁶

O período pós-transplante tem associação importante com doenças de ordem psicológica – sentimentos de angústia, desesperança, sofrimento, tristeza e, em especial, transtornos de depressão.^{4,7} A sintomatologia pode ser composta, principalmente, por cansaço, falta de energia, nervosismo e disfunção erétil.^{8,9} Inúmeros fatores desfavoráveis podem contribuir para o acometimento da depressão em pacientes transplantados, como: a necessidade de acompanhamento medicamentoso complexo, acompanhamento médico regular e cuidados hospitalares, as reabilitações que o paciente deve tolerar, exames laboratoriais diversos, adequação a um estilo de vida regrado e compatível a sua nova condição de transplantado.^{4,6,10} Visto que, uma percepção simbólica de portar um órgão de uma pessoa desconhecida faz do transplante uma experiência de vida singular na existência das pessoas envolvidas.¹¹ Todos estes fatores, podem atingir essa pessoa debilitada, enfraquecendo a força de vontade tão indispensável e necessária para se lidar com as indisposições advindas do tratamento posterior à cirurgia,⁶ tornando o processo de reabilitação ainda mais árduo, com uma densa carga emocional, agravando do estado de saúde e podendo aumentar o risco de mortalidade após o transplante cardíaco.^{12,13}

A depressão é uma doença frequente, crônica e recorrente, habitualmente pouco diagnosticada por médicos não psiquiatras.¹⁴ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS),¹⁵ em 2017, mais de 300 milhões de pessoas no mundo vivem com depressão e

dentre a população brasileira geral, ela atinge mais mulheres solteiras, com média de idade de início entre 25 a 45 anos. Em Pernambuco, no ano de 2017, segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO)¹⁶ dos 54 transplantes cardíacos realizados no estado, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), localizado no Recife, foi responsável por 40 dos procedimentos. Segundo dados da mesma associação,¹⁷ no primeiro trimestre de 2018, foram realizados 13 transplantes de coração no estado de Pernambuco, atingindo o segundo lugar entre os demais estados no ranking nacional.

A influência negativa da depressão na qualidade de vida dos indivíduos origina a importância de se verificar a presença de sintomas depressivos posteriores ao procedimento. Além disso, as características socioculturais e psicológicas das pessoas, que passaram por uma cirurgia de tamanha complexidade, com riscos prévios e futuros, inerentes ao processo. Desta forma, objetivou-se determinar a presença de sintomas sugestivos de depressão em indivíduos após a realização de transplante cardíaco no IMIP.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal que utilizou questionários adaptados, traduzidos e validados no Brasil, *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*¹⁸ e Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II),¹⁹ para avaliação de 50 pacientes submetidos ao transplante cardíaco no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, no ano de 2012 a dezembro de 2018. A coleta dos dados foi realizada presencialmente, através de entrevistas individuais, no Ambulatório de Transplante Cardíaco, no período de maio de 2017 a maio de 2018.

O SF-36 é multidimensional e avalia a qualidade de vida. Possui 36 itens que compõem 8 escalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, onde o 0 representa um pior estado geral de saúde e, o 100 um melhor estado geral de saúde.

Atualizado em 1996 para se adequar ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV), a fim de detectar episódio depressivo maior, o questionário o BDI-II possui 21 itens que verificam os sintomas de depressão percebidos nos últimos quinze dias. Estes itens são classificados em uma escala ordinal de 0 a 3, obtendo escores totais variando de 0 a 63, sendo os limiares de 0 a 8 sugestivos de não haver sintomas de depressão; 9 a 13 sugestivos de depressão

mínima; 14 a 19, sugestivos de depressão leve; 20 a 28, sugestivos de depressão moderada; e, 29 a 63, sugestivos de depressão severa.

Os dados coletados foram digitados na planilha do programa Microsoft Excel versão 2010 e foram utilizados os Softwares *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS 13.0 para Windows. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança. Os resultados estão apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa. As variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão. Foi verificado a existência de associação: Teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas e, Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov para variáveis. Comparação com dois grupos: Teste t Student (Distribuição Normal) e Mann-Whitney (Não Normal).

Esse estudo está rigorosamente baseado na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As pessoas só participaram mediante a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Houve completo sigilo das informações e opiniões fornecidas pelos participantes. Não houve patrocínio ou apoio por parte de nenhuma instituição. Além disso, não há interesse econômico atrelado ao estudo. Dessa forma, não houve conflitos de interesses. A presente pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética do IMIP com CAAE nº66851517.7.0000.5201.

RESULTADOS

A amostra obtida neste estudo foi composta por 36 (76%) de homens, com idade entre 22 e 69 anos, média de 47,76 e mediana de 49 anos. Com relação a dados sociais, 21 (42%) procediam do Recife e Região Metropolitana, 27 (54%) afirmaram ter baixa escolaridade, com até o ensino fundamental, 33 (66%) possuíam companheiros com relacionamentos estáveis e, 43 (86%) pacientes informaram ter renda própria. Em contrapartida, somente 24 (48%) pessoas eram aposentadas.

No que se refere a presença de doenças crônicas, 13 (26%) indivíduos afirmaram possuir diabetes, 22 (44%) hipertensão e 14 (28%) doença de Chagas. Todavia, somente 18 (36%) dos pacientes analisados referiram praticar atividades físicas. Sobre o histórico de doenças psiquiátricas prévias, foi questionado sobre a ocorrência de depressão anterior ao transplante cardíaco onde, 10 (20%) pacientes alegaram terem apresentado sintomas desta doença previamente e terem sido tratados. Nesse contexto, após o transplante cardíaco, 20 (40%) pacientes relataram uso de ansiolíticos após o procedimento. Em relação à expectativa pelo ato do transplante, foi observado que em 32 (64%) pacientes o

tempo médio na fila de espera para receber o órgão, entre o diagnóstico e o transplante, foi de até 30 dias, sendo a média de 102,24 dias e mediana de 30 dias.

Segundo a análise estatística obtida pela aplicação da escala de sintomas de depressão BDI-II, todos os pacientes foram considerados válidos para os cálculos (n= 50), a média do escore obtido consistiu em 13,36 pontos, a mediana em 13,00 pontos, o desvio padrão de 7,78 pontos. O escore mínimo encontrado nos resultados da aplicação dos questionários foi de zero e o máximo de 33 pontos. (Gráfico 1)

A Tabela 1 disponibiliza o quantitativo de indivíduos que apresentaram ou não sintomas de depressão, de acordo com os resultados obtidos pela aplicação do questionário BDI-II, comparados com as características autorrelatadas sobre aspectos demográficos, sociais, presença de comorbidades, necessidade de ansiolíticos e tempo de espera na fila do transplante anteriormente citados.

De acordo com os resultados obtidos com a aplicação do SF-36, questionário sobre a qualidade de vida, estão disponibilizados na Tabela 2, dentre os resultados encontrados nas oito escalas que o compõem foi evidenciado os altos valores dos escores de desvio padrão das escalas limitação por aspectos físicos (M: 22,50; DP: 40,48), aspectos sociais (M: 72,25; DP: 31,06) e aspectos emocionais (M: 29,33; DP: 43,45).

Ao serem comparados as escalas do questionário SF-36 com os pacientes que apresentaram sintomas de depressão pelo BDI-II (Tabela 3), observou-se que em apenas duas escalas em relação à qualidade de vida foram estatisticamente pouco significativas: limitações por aspectos físicos (p-valor: 0,151) e em aspectos emocionais (p-valor: 0,396).

DISCUSSÃO

De acordo com o aspecto social dos pacientes da amostra deste estudo, a maioria foi constituída pelo sexo masculino, a maior parte possuía baixa escolaridade, afirmavam ter companheiro e apresentavam 47,76 anos como média de idade, correspondendo aos achados obtidos na literatura^{17,20,21} para pacientes que se submeteram ao transplante cardíaco. Vale ressaltar que, as mulheres são maioria em perfis de autorrelato para depressão²² e em pesquisas de organizações internacionais, como a OMS.²³ Embora, segundo os dados obtidos nesta pesquisa, o gênero não constituiu fator prognóstico estatisticamente significativo para casos de sintomas de depressão em transplantados, equivalente aos resultados de uma pesquisa brasileira.²¹

Como critérios de diagnóstico do transtorno depressivo maior, pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)²⁴ elaborado pela *American Psychiatric Association* (APA) em 2013, faz-se necessário a observação de, no mínimo,

cinco sintomas, por duas semanas, simultaneamente e, que representem mudança em relação ao funcionamento anterior. Dentre esses sintomas, o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer, devem constar obrigatoriamente no conjunto. Além desses, há questões relacionadas ao peso ou apetite; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldades para pensar ou se concentrar; pensamentos recorrentes de morte; ideação suicida ou tentativa de suicídio. O BDI-II foi revisado em 1996 para ser adequado ao DSM-IV, contudo, em 2013 houve a mudança para o DSM-V e foram mantidos os sintomas centrais para diagnóstico de transtorno depressivo maior, apenas com exceção feita ao luto.^{25, 26}

Na comparação das características epidemiológicas com os dados obtidos pelo questionário BDI-II foi estatisticamente significativa (p-valor 0,012), a relação necessidade de ansiolíticos, após o transplante, com a presença de sintomas de depressão. De acordo com Sousa,²⁷ após o transplante cardíaco e no decorrer da hospitalização do paciente, podem ocorrer perturbações mentais, sendo mais frequentes os estados de ansiedade e depressão. Todavia, deve-se atentar sobre as possibilidades de alterações fisiológicas, metabólicas, induzidas por fármacos, como na corticoterapia e psicológicas naturais para momento vivenciado. Afirma também que a avaliação e o tratamento dessas perturbações devem ser precoces, a fim de reduzir a morbimortalidade após o procedimento, sendo escolhidos os medicamentos de acordo com as características dos pacientes e perfil de efeitos colaterais.

Conforme a II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco⁶ elaborada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, a depressão pode acometer até 25% dos pacientes que realizaram transplante cardíaco, sendo mais comumente a sua ocorrência no primeiro ano após o procedimento. A prevalência de sintomas de depressão encontrada nos resultados desta pesquisa foi de 35 (70%), com 23 (46%) de escores iguais ou maiores que 14 pontos, representando sintomas, ao menos, leve da doença. Contudo, foi considerado nesse estudo a presença de depressão a partir do escore de pontuação nove pontos do BDI-II pois, mesmo que os sintomas sejam considerados mínimos estes podem gerar prejuízos à qualidade de vida^{12,27} de uma pessoa recém transplantada.

Para estudo polonês,²⁸ dos 131 pacientes da amostra, 40,5% apresentavam sintomas de depressão segundo a aplicação do BDI, afirmando, também, ser comum a prevalência de depressão dentre os indivíduos que receberam transplante de coração.

Segundo estudo publicado na Alemanha no ano de 2014,²⁹ em uma amostra com 203 pacientes transplantados do coração, com mediana de 11,5 anos após o procedimento,

14,8% demonstrou sintomas de depressão relevantes, com escores iguais ou acima de 14 pontos. Entretanto, quando somados às porcentagens dos pacientes que apresentaram sintomas de depressão *borderline* (ou mínima), alcançaram 32,5% do total da referida amostra. Sugerimos que, a divergência percentual encontrada entre pessoas que apresentaram sintomas de depressão, na amostra deste estudo e o alemão, seja afetada pela proximidade temporal entre o transplante e a coleta dos dados, os quais, os pacientes desta pesquisa foram submetidos (até 6 anos de cirurgia) diferentemente do intervalo de 6 a 16 anos de cirurgia do estudo alemão. Além disso, a prevalência de baixa escolaridade encontrada nos resultados obtidos neste estudo, permite inferir sobre a existência de uma realidade socioeconômica desfavorecida, com possíveis dificuldades em lidar com as etapas reabilitadoras posteriores ao transplante, como deficiência no acompanhamento por equipes multidisciplinares, gerando uma maior ansiedade e vulnerabilidade.²⁸ Desta forma, a diferença pode estar relacionada ao contexto social a qual o paciente está inserido.

De acordo com estudo brasileiro,³⁰ 30 (91%) dos 33 pacientes da amostra, que foram submetidos a transplante de coração, apresentaram, ao menos, sintomas mínimos de depressão através da aplicação do BDI-II, com apenas um indivíduo apresentando sintomas moderados. Vale ressaltar que este estudo foi realizado em hospital do sudeste do país com maior proximidade amostral das características sociodemográficas com a presente pesquisa.

Existem dados na literatura revelando que após o transplante, a qualidade de vida e situação psicossocial melhoram substancialmente.³¹ Na comparação entre os pacientes que apresentaram depressão, segundo o BDI-II e a qualidade de vida pelo SF-36, houve relevância estatística nas escalas de capacidade funcional (p-valor 0,025), dor (p-valor 0,001), estado geral de saúde (p-valor 0,033), vitalidade (p-valor 0,005), aspectos sociais (p-valor 0,001) e saúde mental (p-valor 0,03). Assim, essa relação apresentada influenciou negativamente, ensejando uma pior qualidade de vida nos indivíduos.²⁹ Contudo, a escala limitação por aspectos físicos demonstrou-se sem relevância estatística, visto que, esses pacientes, normalmente possuem esperadas restrições de sua capacidade física após o transplante. Também, a escala aspectos emocionais não mostrou relevância estatística.

Em relação a doença de Chagas, 28% dos pacientes estudados nesta pesquisa apresentavam a doença, sendo concernentes ao consolidado na literatura, que afirma que no Brasil, a miocardiopatia chagásica constitui-se como a terceira causa mais comum de indicação para transplantes cardíacos, com os melhores resultados pós-cirúrgicos em comparação à outras etiologias. Pode contribuir para esse resultado, o perfil de pacientes transplantados mais jovens e com menos comorbidades.^{6,32}

Dentre os 40% de pacientes que relataram ter utilizado ansiolíticos após o transplante cardíaco, foi considerado relevantes estatisticamente, com p-valor 0,012, que 18 (90%) desses pacientes apresentaram sintomas sugestivos de depressão segundo a aplicação do BDI-II. Embora utilizados nos pacientes da amostra, os ansiolíticos, não são considerados na prevenção e no tratamento da depressão, sendo recomendados pela II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco a utilização de fluoxetina ou norfluoxetina como agentes possíveis de alteração dos níveis plasmáticos de ciclosporina⁶.

Dados da literatura²⁰ informam que no Brasil o tempo médio de espera pelo órgão através do Sistema Único de Saúde, no ano de 2003, correspondeu a 302,95 dias. Diversamente, em pesquisa brasileira³³ realizada entre o ano de 2006 a 2009, no estado do Ceará, constatou-se que o tempo médio de permanência na lista de espera foi de 136 dias. Em contrapartida, o tempo médio de espera na amostra deste estudo foi de 30 dias, evidenciando a colocação privilegiada do estado de Pernambuco perante o *ranking* nacional, demonstrando uma maior celeridade dentre as etapas para o transplante.

CONCLUSÃO

Os sintomas de depressão podem impactar negativamente a qualidade de vida do paciente e constitui um fator de risco para a não aderência terapêutica² necessária após o procedimento, assim como, aumenta o risco de morbimortalidade pós-transplante, independentemente do tipo de órgão transplantado.³⁰ Por outro lado, a depressão pode representar um processo adaptativo decorrente de um esforço prolongado para se manter esperançoso e crédulo em cada etapa desse longo percurso.²⁸ Esses sintomas puderam ser encontrados na amostra deste estudo com impacto significativo em suas qualidades de vida prioritariamente, quando associados a capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental. Pacientes que se submeteram ao transplante cardíaco devem receber atendimento multidisciplinar a fim de minimizar suas vulnerabilidades, aumentar sua aderência ao tratamento e ser reintroduzido à sociedade.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Iniciação Científica PIC/FPS pelo apoio ao projeto de pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Sánchez R, Baillés E, Peri JM, Bastidas A, Pérez-Villa F, Bulbena A, et al. Cross-sectional psychosocial evaluation of heart transplantation candidates. *General Hospital Psychiatry*. 2014; 36(6), 680–85.
2. Nowicka-Sauer K, Jarmoszewicz K, Pietrzykowska M, Batkiewicz S. The Paradox of Waiting for Heart Transplant: Between Control and Fate. *Experimental and clinical transplantation*. *Exp Clin Transplant*. 2017; 15(6):696-99.
3. Wey A, Valapour M, Skeans MA, Salkowski N, Colvin M, Kasiske B L, et al. Heart and lung organ offer acceptance practices of transplant programs are associated with waitlist mortality and organ yield. *Am J of Transplant*. 2018; 18(8):2061-67.
4. Conway A, Schadewaldt V, Clark R, Ski C, Thompson DR, Doering L. The psychological experiences of adult heart transplant recipients: A systematic review and meta-summary of qualitative findings. *Heart Lung*. 2013; 42(6):449-55.
5. Azeka E, Miura N, Mattos P, Soares A, Moreira V, Pedra C, et al. I Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca e Transplante Cardíaco, no Feto, na Criança e em Adultos com Cardiopatia Congênita. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*. 2014; 103(6Supl.2): 1-126.
6. Bacal F, Souza Neto JD, Fiorelli AI, Mejia J, Marcondes-Braga FG, Mangini S, et al. II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 94(1Supl1): e16-e76.
7. Ruzyczka EW, Milaniak I, Przybyłowski P, Wierzbicki K, Siwińska J, Hubner FK, et al. Depression and quality of life in terms of personal resources in heart transplant recipients. *Transplant Proc*. 2011; 43(8): 3076-81.
8. Stiefel P, Malehsa D, Bara C, Strueber M, Haverich A, Kugler C. Symptom Experiences in Patients after Heart Transplantation. *J Health Psychol*. 2013; 18(5):680–92.
9. Seftel A. Re: Persistent Sexual Dysfunction Impairs Quality of Life After Cardiac Transplantation. *J Urol*. 2011; 185(1):251.
10. Milaniak I, Wilczek-Ruzyczka E, Przybyłowski P, Wierzbicki K, Siwińska J, Sadowski J. Psychological predictors (personal recourses) of quality of life for heart transplant recipients. *Transplant Proc*. 2014; 46(8):2839-43.
11. Inspector Y, Kutz I, David D. Another person's heart: magical and rational thinking in the psychological adaptation to heart transplantation. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. [Internet]. 2004; 41(3):161-73.
12. Favaro A, Gerosa G, Caforio ALP, Volpe B, Rupolo G, Zarneri D, et al. Posttraumatic stress disorder and depression in heart transplantation recipients: The relationship with outcome and adherence to medical treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011; 33(1):1-7.
13. Dew MA, Rosenberger EM, Myaskovsky L, DiMartini AF, DeVito Dabbs AJ, Posluszny DM, et al. Depression and Anxiety as Risk Factors for Morbidity and Mortality After Organ Transplantation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Transplantation*. 2015; 100(5):988-1003.
14. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, et al. Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31 Suppl 1, S7–S17.

15. Ministério da Saúde (BR). Estatísticas. [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Brasil. [atualizada em 2017 Nov 22; acesso em 2018 jul 30]. Disponível em: <http://portalmms.saude.gov.br/acoes-e-programas/doacao-transplantes-de-orgaos/servicos/estatistica>.
16. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (BR). Registro Brasileiro de Transplantes [Internet]. 2017 [acesso em 2018 Ago 01]; (4)XXIII. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=457&c=900&s=0&friendly=registro-brasileiro-de-transplantes-estatistica-de-transplantes>.
17. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (BR). Registro Brasileiro de Transplantes [Internet]. 2018 [acesso em 2018 Ago 01]; (1)XXIV. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=457&c=900&s=0&friendly=registro-brasileiro-de-transplantes-estatistica-de-transplantes>.
18. Ciconelli, RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39 (3):143-50.
19. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2012; 34(4): 389-394.
20. Cunha SS, Miyazaki MCOS, Villafanha, DF, dos Santos Junior R, Domingos NAM. Psychological assessment of patients undergoing cardiac transplant in a teaching hospital (2004 to 2012). *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2014; 29(3):350-354.
21. Marinho A, Cardoso SS, Almeida VV. Disparidades nas filas para transplantes de órgãos nos estados brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(4):786-796.
22. Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, Lopes CS, Menezes PR, Kinoshita RT. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(Suppl 2): 170-180.
23. Organização Mundial da Saúde Brasil [homepage na internet] Brasília: Folha informativa – Depressão. [atualizada em 2018 Mar; acesso em: 2018 Ago 01]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=822.
24. American Psychiatric Association (APA). DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
25. Araújo AC, Lotufo Neto F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Rev. bras. ter. comport. cogn*. 2014; 16(1):67-82.
26. Clesse F, Leray E, Bodeau-Livinec F, Husky M, Kovess-Masfety V. Bereavement-related depression: Did the changes induced by DSM-V make a difference? Results from a large population-based survey of French residents. *J Affect Disord*. 2015;15;182:82-90.
27. Sousa VT, Costa C, Reis CH, Coelho R. Aspectos Psiquiátricos na Transplantação Cardíaca e Pulmonar. *Arq Med*. 2011; 25(5-6): 196-204.
28. Milaniak I, Wilczek-Ruzyczka E, Wierzbicki K, Piatek J, Kedziora A, Przybylowski P. The effect of clinical variables on distress and depressive symptoms among heart transplant recipients. *Heart Lung*. 2018; 47(1):68-72.
29. Kugler C, Bara C, von Waldhausen T, Einhorn I, Haastert B, Fegbeutel C, et al. Association of depression symptoms with quality of life and chronic artery

- vasculopathy: A cross-sectional study in heart transplant patients. *J Psychosom Res.* 2014; 77(2): 128–34.
30. Trevizan FB, Miyazaki MCOS, Silva YLW, Roque CMW. Quality of Life, Depression, Anxiety and Coping Strategies after Heart Transplantation. *Braz. J. Cardiovasc. Surg.* 2017; 32(3):162-170.
 31. Abelha, L. Depressão, uma questão de saúde pública. *Cad. Saúde Colet.* 2014; 22(3):223.
 32. Mangini S, Alves BR, Silvestre OM, Pires PV, Pires LJT, Curiati MNC, et al. Transplante cardíaco: revisão. *Einstein (São Paulo).* 2015; 13(2):310-318.
 33. Lima FET, Ferreira AKA, Fontenele KA, Almeida ERB. Perfil de los pacientes en la lista única de espera para transplante cardíaco en el estado de Ceará. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010; 95(1):79-84.

TABELAS, GRÁFICO E LEGENDAS

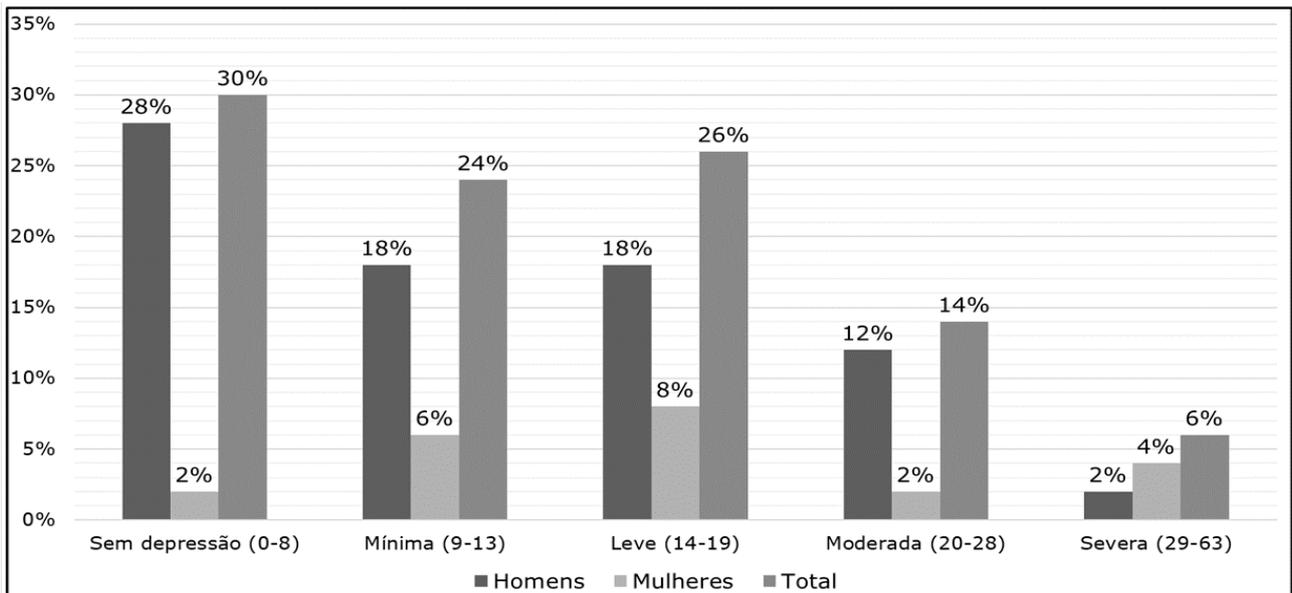


Gráfico 1. Prevalência de sintomas de depressão baseados no BDI-II.

Tabela 1. Comparativo entre o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e características dos pacientes.

Variáveis	Beck (Depressão)		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
Idade			
< 50	20 (76,9)	6 (23,1)	0,266 *
≥ 50	15 (62,5)	9 (37,5)	
Sexo			
Masculino	24 (63,2)	14 (36,8)	0,079 **
Feminino	11 (91,7)	1 (8,3)	
Renda própria			
Sim	30 (69,8)	13 (30,2)	1,000 **
Não	5 (71,4)	2 (28,6)	
Estado Civil			
Com Companheiro	23 (69,7)	10 (30,3)	0,948 *
Sem Companheiro	12 (70,6)	5 (29,4)	
Atividade Física			
Sim	13 (72,2)	5 (27,8)	0,797 *
Não	22 (68,7)	10 (31,3)	

Diabético			
Sim	10 (76,9)	3 (23,1)	0,728 **
Não	25 (67,6)	12 (32,4)	
Hipertensão			
Sim	16 (72,7)	6 (27,3)	0,709 *
Não	19 (67,9)	9 (32,1)	
Chagas			
Sim	7 (50,0)	7 (50,0)	0,085 **
Não	28 (77,8)	8 (22,2)	
Necessidade de ansiolítico pós-TX			
Sim	18 (90,0)	2 (10,0)	0,012 *
Não	17 (56,7)	13 (43,3)	
Tempo para TX			
Até 30 dias	23 (71,9)	9 (28,1)	0,700 *
Mais de 30 dias	12 (66,7)	6 (33,3)	

(*) Teste Qui-Quadrado (**) Teste Exato de Fisher

Tabela 2. Dados estatísticos encontrados na aplicação do questionário de qualidade de vida SF-36.

Escalas	N Válido	*	Média	Mediana	DP**	Mín.	Máx.
Capacidade funcional	50	0	62,80	65,00	21,33	15,00	100,00
Limitação por aspectos físicos	50	0	22,50	0	40,48	0	100,00
Dor	50	0	68,50	72,00	24,73	20,00	100,00
Estado geral de saúde	50	0	68,88	72,00	19,09	30,00	100,00
Vitalidade	50	0	71,00	70,00	19,53	30,00	100,00
Aspectos sociais	50	0	72,25	81,25	31,06	0	100,00
Aspectos emocionais	50	0	29,33	0	43,45	0	100,00
Saúde mental	50	0	66,88	70,00	19,57	28,00	100,00

(*) Perdido (**) Desvio Padrão

Tabela 3. Comparativo entre o questionário de qualidade de vida SF-36 e Inventário de depressão de Beck II.

Escalas do SF-36	Beck II (Depressão)		p-valor
	Sim Média ± DP	Não Média ± DP	
Capacidade funcional	58,43 ± 21,65	73,00 ± 17,20	0,025 *
Limitação por aspectos físicos	28,57 ± 44,20	8,33 ± 26,16	0,151 **
Dor	62,31 ± 26,04	82,93 ± 13,24	0,001 *
Estado geral de saúde	65,14 ± 19,28	77,60 ± 16,02	0,033 *
Vitalidade	66,00 ± 18,70	82,67 ± 16,68	0,005 *
Aspectos sociais	63,21 ± 32,50	93,33 ± 11,44	0,001 **
Aspectos emocionais	32,38 ± 44,64	22,22 ± 41,15	0,396 **
Saúde mental	61,60 ± 18,84	79,20 ± 15,73	0,003 *

(* Teste t Student (** Teste de Mann-Whitney)

Abreviaturas e siglas

ABTO	Associação Brasileira de Transplantes de órgãos
APA	American Psychiatric Association
BDI-II	Inventário de Depressão de Beck II
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
OMS	Organização Mundial de Saúde
SF-36	Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Artigo formatado segundo normas do Jornal Brasileiro de Transplantes (JBT) da Associação Brasileira de Transplantes (ABTO).

Site: <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=517&c=971&s=0&friendly=jbt-jornal-brasileiro-de-transplantes---normas>

LOGIN DE ASSOCIADOS

Usuário:

ACESSAR

» Esqueci minha senha.
» Associe-se.

Associe-se à ABTO.

Profissionais da área de saúde, associem-se à ABTO. [Clique aqui para saber como.](#)

Patrocinadores

Associação para Transplante de Órgãos

Associação de Órgãos, além de ser seu sócio, escreva artigos, revise e avalie os manuscritos enviados no JBT.

CONGRESSO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES

XV CONGRESSO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES

XV Congresso Brasileiro de Transplantes
XV Encontro de Enfermagem em Transplantes
Forum de Microcomputadores da ABTO

Beuron Cataratas
Foz de Iguaçu/PR
18 a 21 de outubro

PUBLICAÇÕES

- JBT - Jornal Brasileiro de Transplantes
- ↳ Normas
- RBT - Registro Brasileiro de Transplantes
- ↳ RBT - 2013
- ↳ RBT - 2014
- ↳ RBT - 2015
- ↳ RBT - 2016
- ↳ RBT - 2017
- ↳ RBT 2018 - Jan/Mar
- ↳ Edições Anteriores
- ABTO News

Você está em: [Home](#) » [JBT - Jornal Brasileiro de Transplantes](#) » Normas

JBT Jornal Brasileiro de Transplantes - Normas

Normas de Publicação

O JBT - Jornal Brasileiro de Transplantes, ISSN 1678-3387, órgão oficial da ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, destina-se à publicação de artigos da área de transplante e especialidades afins, escritos em português, inglês ou espanhol.

Os manuscritos submetidos à Revista, que atenderem às "Instruções aos Autores" e estiverem de acordo com a política Editorial da Revista, após aprovação pelo Conselho Editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois revisores, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas de sua conservação. Somente após aprovação final dos editores e revisores, os trabalhos serão encaminhados para publicação. Serão aceitos Artigos Originais, Artigos de Revisão, Apresentação de Casos Clínicos, Cartas ao Editor, Ciências Básicas Aplicadas aos Transplantes, Opinião Técnica, Prós e Contras, Imagem em Transplante, Literatura Médica e Transplantes, Ponto de Vista e Especial.

Artigos Originais: são trabalhos destinados à divulgação de resultados da pesquisa científica. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter os seguintes itens: Resumo (português e inglês), Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências. Devem ter, no máximo, 45 referências.

Artigos de Revisão: constituem da avaliação crítica e sistemática da literatura sobre um assunto específico, podendo ser: Revisão Acadêmica, Revisão de Casos, Revisões Sistemáticas, etc. O texto deve esclarecer os procedimentos adotados na revisão, a delimitação e os limites do tema, apresentar conclusões e ou recomendações e ter, no máximo, 60 referências.

Apresentação de Casos Clínicos: relata casos de uma determinada doença, descrevendo seus aspectos, história, condutas, etc... incluindo breve revisão da literatura, com 20 referências, no máximo.

Cartas ao Editor: tem por objetivo discutir trabalhos publicados na revista ou relatar pesquisas originais em andamento. Devem ter, no máximo, três laudas e cinco referências.

Ciências Básicas Aplicadas aos Transplantes: artigos de revisão sobre temas de ciência básica, cujo conhecimento tem repercussão clínica relevante para Transplantes. Devem ter, no máximo, dez laudas e 15 referências e serão feitas apenas a convite do JBT.

Opinião Técnica: destina-se a publicar uma resposta a uma pergunta de cunho prático através de opinião de um especialista (Quem? Quando? Como? Onde? Por quê?). Devem ter, no máximo, seis laudas e apresentarem até quinze referências.

Prós e Contras: frente a uma questão, dois autores serão escolhidos pela editoria do JBT, para discutirem os aspectos positivos e os negativos de um assunto controverso. São dois autores, um escrevendo a favor e o outro contra uma determinada proposição. Cada autor deve escrever no máximo três laudas e cinco referências.

Imagem em Transplante: uma imagem relacionada a Transplante, patognomônica, típica, de US, RX, CT, RNM, foto de cirurgia, microscopia, sinal clínico, etc., seguida de um texto curto, explicativo, com, no máximo, 15 linhas e cinco referências.

Literatura Médica e Transplantes

Um artigo original de qualquer área médica, incluindo transplantes, que seja importante para o conhecimento do médico transplantador, poderá ser revisado, e o resumo do trabalho original será publicado, seguido de um pequeno resumo comentado ressaltando sua importância. O resumo deve ter até duas laudas e apresentar a referência completa do trabalho. Autores serão convidados para esse tipo de publicação, mas poderão ser considerados para publicação no JBT trabalhos enviados sem convites quando considerados relevantes pelos editores.

Ponto de Vista – Temas sobre transplantes de órgãos ou tecidos, elaborados por autores da área, convidados pela editoria da revista. Deverão conter 1.200 palavras, no máximo.

Especial – Artigo, Documento, Trabalho, Parecer, que não se enquadre em nenhuma das especificações acima, publicado apenas por convite da Revista ou após parecer da Editoria, mas que venha trazer à comunidade transplantadora, informações de grande importância, e, portanto, sem necessidade de seguir as normas clássicas da revista.

As normas que se seguem, devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicado no artigo: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Ann Intern Med 1997;126:36-47,, e atualizado em outubro de 2001. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.icmje.org>

Normas para elaboração do manuscrito

Requisitos técnicos

- a) O trabalho deverá, preferencialmente, ser digitado em espaço 1,5, fonte Arial, tamanho 12, margem de 2 cm de cada lado, com páginas numeradas em algarismos arábicos, na seqüência: 1) página inicial; 2) resumos e descritores; 3) texto; 4) agradecimentos; 5) referências; 6) tabelas e legendas.
- b) Permissão à ABTO para reprodução do material.
- c) Declaração que o manuscrito não foi submetido a outro periódico.
- d) Aprovação de um Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos.
- e) Termo de responsabilidade do autor pelo conteúdo do trabalho e de conflitos de interesses que possam interferir nos resultados.

PROCURE UM COLEGA

Preencha os campos abaixo e clique no botão "procurar".

Nome:

Especialidade:

Selecione o estado

procurar

Observações:

- 1) Com exceção do item "a", os documentos acima deverão conter a assinatura do primeiro autor, que se responsabiliza pela concordância dos outros coautores.
- 2) Segue, no final deste documento, modelo de carta para acompanhar os trabalhos, onde já constam as informações referentes aos itens b, c, d, e.

Após as correções sugeridas pelos revisores, a forma definitiva do trabalho deverá ser encaminhada por e-mail. Somente o JBT-Jornal Brasileiro de Transplantes poderá autorizar a reprodução em outro periódico, dos artigos nele contidos.

PREPARO DO MANUSCRITO

A página inicial deve conter:

- a) Título do artigo, em português (ou espanhol) e inglês, sem abreviaturas; que deverá ser conciso, porém informativo;
- b) Nome de cada autor - sem abreviatura, afiliação institucional e região geográfica (cidade, estado, país);
- c) Nome, endereço completo, telefone e e-mail do autor responsável;
- d) Fontes de auxílio à pesquisa, se houver.

RESUMO E ABSTRACT

Para os **artigos originais**, os resumos devem ser apresentados no formato estruturado, com até 350 palavras destacando-se: Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão. Para as demais seções, o resumo pode ser informativo, porém devendo constar o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos, as conclusões e suas aplicações.

Abaixo do resumo e abstract, especificar no mínimo três e no máximo dez descritores (keywords), que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicada pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

Os resumos em português (ou espanhol) e inglês deverão estar em páginas separadas. Abreviaturas devem ser evitadas.

TEXTO

Iniciando em nova página, o texto deverá obedecer à estrutura exigida para cada tipo de trabalho (vide acima). Informações em formato de "notas de rodapé" deverão ser evitadas.

AGRADECIMENTOS

Após o texto, em nova página, indicar os agradecimentos às pessoas ou instituições que prestaram colaboração intelectual, auxílio técnico e ou de fomento, e que não figuraram como autor.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com **números arábicos, sobrescritos, após a pontuação e sem parênteses**.

A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/linkout/journals/jourlists.cgi?typeid=1&type=journals&operation=Show>

Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

Alguns exemplos:**ARTIGOS DE PERIÓDICOS**

Donckier V, Loi P, Closset J, Nagy N, Quertinmont E, Lê Moine O, et al. Preconditioning of donors with interleukin-10 reduces hepatic ischemia-reperfusion injury after liver transplantation in pigs. *Transplantation*. 2003;75:902-4.

Papini H, Santana R, Ajzen, H, Ramos, OL, Pestana, JOM. Alterações metabólicas e nutricionais e orientação dietética para pacientes submetidos a transplante renal. *J Bras Nefrol*. 1996;18:356-68.

RESUMOS PUBLICADOS EM PERIÓDICOS

Raia S, Massarollo PCB, Baia CESB, Fernandes AONG, Lalle MP, Bittencourt P et al. Transplante de fígado "repique": receptores que também são doadores [resumo]. *JBT J Bras Transpl*. 1998;1:222.

LIVROS

Gayotto LCC, Alves VAF. Doenças do fígado e das vias biliares. São Paulo: Atheneu; 2001.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

CAPÍTULOS DE LIVROS

Raia S, Massarollo PCB. Doação de órgãos. In: Gayotto LCC, Alves VAF, editores. Doenças do fígado e das vias biliares. São Paulo: Atheneu; 2001. p.1113-20.

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS

Sokal EM, Cleghorn G, Goulet O, Da Silveira TR, McDiarmid S, Whittington P. Liver and intestinal transplantation in children: Working Group Report [Presented at 1^o World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition]. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 35 Suppl 2:S159-72.

TESES

Couto WJ. Transplante cardíaco e infecção [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.

Pestana JOM. Análise de ensaios terapêuticos que convergem para a individualização da imunossupressão no transplante renal [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

Matsuyama M, Yoshimura R, Akioka K, Okamoto M, Ushigome H, Kadotani Y, et al. Tissue factor antisense oligonucleotides prevent renal ischemia reperfusion injury. *Transplantation* [serial online] 2003 [cited 2003 Aug 25];76:786-91. Available from: URL: <http://gateway2.ovid.com/ovidweb.cgi>.

HOMEPAGE

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>

PARTE DE UMA HOMEPAGE

American Medical Association [homepage na Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [atualizada em 2001 Aug 23; acesso em 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [aproximadamente, duas telas]. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

Obs: Trabalhos enviados para a revista devem ser citados como trabalhos no "prelo", desde que tenham sido aceitos para publicação. Deverão constar na lista de Referências, com a informação: [no prelo] no final da referência, ou [in press] se a referência for internacional.

TABELAS, FIGURAS, E ABREVIATURAS

Tabelas: A numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem que foram citadas no texto. Devem ter título, sem abreviatura, e cabeçalho para todas as colunas. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. Devem ser delimitadas, no alto e embaixo por traços horizontais; não devem ser delimitadas por traços verticais externos e o cabeçalho deve ser delimitado por traço horizontal. Legendas devem ser acompanhadas de seu significado.

Figuras: (gráficos, fotografias, ilustrações): As figuras devem ser enviadas no formato JPG ou TIF, com resolução de 300dpi, no mínimo. Ilustrações extraídas de outras publicações deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor, constando na legenda da ilustração a fonte de onde foi publicada.

Abreviaturas e Siglas: Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. Nas legendas das tabelas e figuras, devem ser acompanhadas de seu significado. Não devem ser usadas no título.

Observação: Os artigos devem ser enviados através do e-mail abto@abto.org.br, (A/C Sueli Benko).

Para acessar o Modelo de Carta a acompanhar cada trabalho submetido, [clique aqui](#).

Voltar



Dados da Sede da ABTO
Avenida Paulista, 2001 – 17º andar Conj. 1704/1707 – Cerqueira César São Paulo - SP
CEP: 01311-300 Tel.: (55-11) 3145-0000
E-mail: abto@abto.org.br
Horário de Atendimento: Das 8h00 às 15h00