



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2013/2014

Ana Luísa Pinto Frutuoso  
Violência no namoro. Perceções,  
experiência pessoal e formação  
académica de jovens futuros  
médicos

março, 2014

# FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Luísa Pinto Frutuoso  
Violência no namoro. Perceções,  
experiência pessoal e formação  
académica de jovens futuros  
médicos

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Medicina Legal**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:  
Professora Doutora Teresa Magalhães**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:  
Acta Médica Portuguesa**

março, 2014

**FMUP**

Eu, Ana Luísa Pinto Feituoso, abaixo assinado, nº mecanográfico 200804435, 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:

Ana Luísa Pinto Feituoso

NOME

Ana Luísa Pinto Feituoso

CARTÃO DE CIDADÃO OU PASSAPORTE (se estrangeiro)

13718431

E-MAIL

mimed08022@  
med.up.pt

TELEFONE OU TELEMÓVEL

964340675

NÚMERO DE ESTUDANTE

200804435

DATA DE CONCLUSÃO

20/03/2014

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Medicina Legal

TÍTULO DISSERTAÇÃO/~~MONOGRAFIA~~ (riscar o que não interessa)

Violência no namoro. Perceções, experiência pessoal e formação académica de jovens futuros médicos

ORIENTADOR

Professora Doutora Tereza Magalhães

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: Ana Luísa Pinto Feituoso

Aos meus pais e à minha irmã

**VIOLÊNCIA NO NAMORO.  
PERCEÇÕES, EXPERIÊNCIA PESSOAL E FORMAÇÃO ACADÉMICA DE JOVENS FUTUROS  
MÉDICOS**

**DATING VIOLENCE.  
PERCEPTIONS, PERSONAL EXPERIENCE AND ACADEMIC TRAINING OF FUTURE YOUNG  
PHYSICIANS**

Ana Luísa Pinto Frutuoso

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto. Portugal.

Teresa Magalhães\*

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. – Delegação do Norte.

CENCIFOR - Centro de Ciências Forenses, Portugal

\*Morada e e-mail do autor responsável:

Teresa Magalhães, MD, PhD

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200 - 319, Porto, Portugal

tmaga@med.up.pt

Título breve para cabeçalho: Violência no namoro

## **VIOLÊNCIA NO NAMORO.**

### **PERCEÇÕES, EXPERIÊNCIA PESSOAL E FORMAÇÃO ACADÊMICA DE JOVENS FUTUROS MÉDICOS**

**Introdução:** Violência nas relações de namoro (VRN), enquanto forma de violência doméstica, constitui um crescente problema de saúde que deve ser detetado eficaz e precocemente pelos serviços de saúde. Assim, importa avaliar a perspetiva dos futuros médicos e a sua formação académica sobre VRN.

**População e método:** Aplicação de um inquérito *on-line* através das Associações de Estudantes seleccionando estudantes que, no ano letivo 2013/2014, estavam matriculados no 5º e 6º anos de um curso de medicina Português, até aos 25 anos (inclusive), de nacionalidade portuguesa, solteiros, sem filhos nem coabitação com o namorado atual (caso existisse) – n=308.

**Resultados:** Além da experiência pessoal de VRN (4.2% prévias; 0.9% atualmente), 26.6% dos estudantes tinham conhecimento destes casos no seu núcleo social e 16.2% contactaram com estas vítimas durante o seu treino clínico, registando-se diferenças conforme a escola médica (p=.019). Os estudantes consideraram a sua formação nesta área como nula (41.2%) ou escassa (46.8%), sendo que as escolas do Porto registaram a maior percentagem que a considerava suficiente (27.9% ICBAS e 13.6% FMUP). Contudo, a maioria sente-se inabilitado para abordar a VRN (70.1%) e aponta inúmeras dificuldades ao seu rastreio.

**Discussão:** Discrepâncias na quantidade e qualidade da formação sobre VRN entre as diferentes escolas refletem-se em diferentes aptidões dos estudantes na abordagem deste tema. Apesar disso há lacunas importantes que tornam necessária uma uniformização de critérios de ensino a nível nacional.

**Conclusão:** Os estudantes de Medicina não aparentam estar bem preparados para abordar o tema de VRN na sua futura prática clínica.

## **DATING VIOLENCE.**

### **PERCEPTIONS, PERSONAL EXPERIENCE AND ACADEMIC TRAINING OF FUTURE YOUNG PHYSICIANS**

**Introduction:** Dating violence (DV), a form of domestic violence, is a growing health problem that must be properly and precociously detected by health services. Therefore, it's important to assess young future doctor's perspectives and academic training on DV.

**Population and methods:** An on-line survey was applied through the Students' Union to students that, during the 2013/2014 school year, were enrolled in the 5th or 6th year of a national medical college and were under 25 years old (inclusive), Portuguese, single, childless and weren't cohabitating with their current partner (if one existed) - n=308.

**Results:** Aside personal experience of DV (4.2% former; 0.9% current), 26.6% of students had contacted with DV in their social environment and 16.2% had professional experience with these victims during their academic training, which differed according to the school from which they came from (p=.019). Students considered their academic education on this topic as null (41.2%) or scarce (46.8%), while Porto's schools registered the highest percentage of students who considered it as sufficient (27.9% ICBAS and 13.6% FMUP). However, the majority didn't feel prepared to approach DV (70.1%) and pointed out several obstacles in the screening process.

**Discussion:** Discrepancies in the quantity and quality of training regarding DV across medical schools reflect on different student's skills to approach these victims. Moreover, there are substantial flaws that require a standardization of national teaching criteria on this theme.

**Conclusion:** Medical students don't seem to be well prepared to approach DV in their future medical practice.

**Key-words:** Domestic violence, Dating violence, Health, Medical School, Screening

## INTRODUÇÃO

A violência doméstica (VD), particularmente nas relações de intimidade, é um crescente problema de saúde com importantes repercussões legais e socioeconómicas. Em Portugal, as estatísticas relativas a estes casos não estão articuladas entre as diversas instituições intervenientes, e a ausência de um verdadeiro sistema de vigilância impede-nos de conhecer melhor a dimensão desta problemática, contudo, nos Estados Unidos da América, por exemplo, entre 2 a 4 milhões de mulheres e 50 000 a 1 milhão de homens reportam anualmente este tipo de vitimização.<sup>1</sup>

A violência nas relações de intimidade (VRI) pode começar em idades muito jovens, associada ao namoro. A violência no namoro é referida no Código Penal Português, desde 2007, no âmbito do crime de VD (artigo 152.º), tendo em 2013 este artigo sofrido uma alteração a fim de clarificar que este tipo de relações violentas (presentes e passadas) estão aí incluídas. A tolerância social relativa à VRI pode ser maior nas relações de namoro envolvendo indivíduos jovens, sem coabitação, em que os vínculos de união são por regra considerados frágeis e menos “sérios”. No entanto, a admissão de discrepâncias no grau de compromissos assumidos, consoante a faixa etária, não invalida nem diminui a ocorrência de violência em jovens e as suas consequências. Esta precocidade e inexperiência das vítimas podem concorrer para uma interiorização de um comportamento disfuncional como sendo normativo, tornando-as mais vulneráveis do que as restantes vítimas de VRI, merecendo, por isso, uma particular atenção para evitar a perpetuação e agravamento dos abusos.

As repercussões deste tipo de violência em idades jovens podem ser devastadoras.<sup>2</sup> A curto prazo, verifica-se uma maior probabilidade de graves problemas psicológicos, abuso de substâncias ou comportamentos sexuais de risco.<sup>3,4</sup> Por outro lado, é consabido que este processo de vitimização tende a evoluir e que do namoro pode passar para a violência conjugal, geralmente agravada durante a gravidez e por vezes evoluindo para um desfecho fatal.<sup>5,6</sup>

Os médicos encontram-se numa posição privilegiada para detetar estas situações, contudo, nem sempre têm a perceção ou o conhecimento necessários para intervir, lacuna atribuída, entre outras, à sua falta de formação e treino nesta matéria.<sup>7</sup> É imperativo que estes estejam sensibilizados e capacitados para detetar, diagnosticar e encaminhar corretamente estes casos. É fundamental que existam programas estruturados e integrados, com apoio institucional, para um rastreio e deteção eficaz



destes casos.<sup>8</sup> Por outro lado a atitude do profissional de saúde pode ser determinante no que toca à disponibilidade das vítimas em revelarem o processo de vitimização e aceitarem ser ajudadas e protegidas,<sup>9</sup> aspeto determinante para o sucesso da intervenção.

Um estudo, conduzido com mulheres vítimas de VD, demonstrou que estas estão mais aptas a revelar a sua situação quando o médico as aborda corretamente.<sup>10</sup> A relação médico-doente deve radicar na empatia e confiança, bem como na preocupação pela vulnerabilidade da vítima, recorrendo a técnicas corretas e validadas nesta matéria, e explicando a razão daquele tipo de perguntas, fornecendo informação independentemente das respostas da vítima.<sup>10,11</sup> É imperioso apurar, em cada comunidade, quais os constrangimentos e motivos que dificultam o rastreamento deste problema, de modo a introduzir estratégias adequadas à sua deteção.

Um estudo<sup>12</sup> revelou que muitos estudantes de medicina e cirurgiões nos primeiros anos de especialidade tinham conhecimentos errados sobre a VRI, subvalorizando-a, além de uma perceção distorcida quanto à abordagem das vítimas, considerando não ter recebido preparação académica adequada nesta área. Estes inquietantes resultados são desconhecidos em Portugal importando avaliar esta situação junto dos futuros médicos. Mas, porque os médicos são igualmente pessoas (eventuais vítimas ou abusadores), importa também perceber de que forma as suas perceções, crenças e experiência pessoal nesta área poderão condicionar a sua futura intervenção perante vítimas de VD - neste caso perante vítimas de violência nas relações de namoro (VRN) em idades jovens.

O objetivo geral deste estudo é contribuir para promover estratégias que permitam melhorar os conhecimentos, capacidades e atitudes dos (futuros) médicos face à VD, designadamente nas relações de intimidade. Os objetivos específicos centram-se na VRN entre adolescentes ou adultos jovens, tentando avaliar a perceção destes estudantes face a esta problemática, a sua experiência de contacto ou vivência pessoal com estas situações e a sua opinião quanto à formação académica nesta matéria.

## **POPULAÇÃO E MÉTODOS**

### *População*

Os critérios de inclusão dos participantes foram: (1) estudantes do 5º ou 6º anos; (2) de um curso de medicina Português; (3) matriculados no ano letivo de 2013/2014; (4) com idades até 25 anos (inclusive); (5) solteiros; (6) de nacionalidade portuguesa;

(7) sem coabitação com o namorado atual, caso existisse; (8) sem filhos. Esta seleção foi independente do género dos inquiridos.

Estes critérios pretenderam garantir que a amostra de estudantes já tinha recebido formação sobre VD, pelo menos a nível da unidade curricular de medicina legal (que nos diversos cursos nacionais varia entre o 4º e 5º anos), e que se tratava de indivíduos que apenas poderiam ter experienciado VRN enquanto adolescentes ou adultos jovens, mas sem vínculos matrimoniais, coabitação ou existência de filhos.

Obtiveram-se 347 respostas das quais 308 (88.8%) cumpriam os critérios de inclusão.

A amostra foi formada por um número equivalente de estudantes dos dois anos do curso em estudo, sendo ligeiramente superior no caso do 6º ano (n=177; 57.5%); 76% (n=234) eram do género feminino e a idade média foi de 22.88±0.885 anos (Mín.=21; Máx.=25).

### *Métodos*

Considerou-se que o conceito em análise – violência nas relações de namoro –, e para efeitos deste estudo, se define como qualquer padrão de comportamento intencional que inclua coação, abuso físico, psicológico e/ou sexual, isolamento social, perseguição, privação, intimidação e/ou ameaças, levados a cabo por um membro (atual ou passado) de uma relação de namoro, na qual não exista coabitação, filhos em comum e independentemente da sua duração.

Foi elaborado um inquérito com 25 questões de escolha múltipla, que incluía a definição de VRN, tendo o mesmo sido submetido a um pré-teste com 5 estudantes de medicina, após o qual se efetuaram as alterações consideradas pertinentes.

O inquérito permitiu colher dados sobre: (1) características demográficas básicas dos participantes; (2) perceções sobre a ocorrência de VRN; (3) experiência pessoal de VRN; (4) contacto, enquanto futuro profissional de saúde, com este tipo de vítimas; (5) obstáculos ao rastreio/deteção destas situações na prática clínica; (6) opinião sobre a qualidade da formação académica recebida sobre VD (incluída aqui a VRN); (7) acuidade dos conhecimentos sobre VRN.

Os inquéritos foram distribuídos utilizando a ferramenta “Google Docs” garantindo a confidencialidade dos mesmos. Foi enviado um *e-mail* com o *link* para o seu preenchimento para as Associações de Estudantes das sete escolas de medicina de Portugal. Destas Associações, cinco (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto -

FMUP, Faculdade de Medicina - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - ICBAS, Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho - ESCUM, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra - FMUC e Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior - FCSUBI) reencaminharam o pedido para a população alvo deste estudo, que o preencheram *on-line*, sem divulgação de qualquer elemento identificativo, entre novembro de 2013 e janeiro de 2014. As Associações das duas Faculdades de Medicina do sul não deram qualquer resposta, pelo que este estudo apenas se refere aos estudantes do norte e centro de Portugal.

Quanto à distribuição dos respondentes pelas escolas médicas, 33.4% (n=103) foi da FMUP, 21.4% (n=66) da FMUC, 19.8% (n=61) do ICBAS, 16.2% (n=50) da ECSUM e 9.1% (n=28) da FCSUBI. Esta amostra representa 16.8% do total dos estudantes do 5º e 6º anos das escolas médicas em estudo.

Para a análise estatística dos dados foi usado o programa “IBMM SPSS Statistics 22”. Foi realizado um estudo descritivo de todas as variáveis, utilizado o teste do qui quadrado para avaliar diferenças entre as mesmas. Considerou-se um nível de significância  $p < .05$ .

## **RESULTADOS**

### *Perceções dos estudantes de medicina sobre violência nas relações de namoro*

Os estudantes não consideraram normal, nem legitimaram a VRN, mas apesar disso, 24% referiram que esta não deveria ser legalmente reprimida, sendo que 97.4% têm a perceção de que se trata de uma situação frequente (Tabela 1). Não se registaram diferenças, estatisticamente significativas, entre os géneros dos respondentes.

Inserir Tabela nº1 aqui.

### *Experiência pessoal de violência nas relações de namoro*

Dos 308 estudantes, no que se refere a experiências passadas, 4.2% (n=13) revelaram ter sido vítimas de VRN, sendo mais frequente a sua ocorrência no sexo feminino (n=11; 84.6%). Sobre esta questão não se encontraram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género das vítimas ( $p = .128$ ) nem quanto à sua distribuição escolar ( $p = .874$ ). A frequência desta variável oscilou uma a dez vezes (média=4.43), sendo que em todos os casos apenas um único parceiro esteve incluído. A

idade das vítimas, à data do primeiro abuso, situou-se entre os 15 e 23 anos (média=19.15±2.375). Destes, apenas 15.4% (n=2) referiram ter procurado ajuda. Relativamente ao tipo de violência, 7.7% (n=1) descreveram violência física, 61.5% (n=8) psicológica e 30.8% (n=4) as duas formas de violência. Quanto à situação presente, 68.5% (n=211) dos estudantes informaram estar atualmente envolvidos numa relação de namoro, sendo que destes apenas 2 (0.9%) assumiram ser vítimas de violência; uma era mulher e manifestou que pretendia terminar a relação o mais rapidamente possível, enquanto o homem acatava a situação por receio de perder a pessoa amada, embora pretendesse mudar a sua atitude face aos comportamentos de que estava a ser vítima. De realçar ainda que 5 estudantes (2.4%) não sabiam se determinados tipos de comportamentos a que eram sujeitos constituíam formas de violência. Nenhum estudante respondeu que iria procurar ajuda profissional, de amigos ou de familiares, para resolver a situação

#### *Conhecimento pessoal e académico de situações de violência nas relações de namoro*

Para além das experiências pessoais de VRN, 26.6% (n=82) dos estudantes revelaram ter conhecimento deste tipo de violência no seu núcleo social. Destes, apesar de metade terem aconselhado as pessoas envolvidas a separarem-se (n=41; 50%) ou a procurarem ajuda profissional (n=26; 31.7%), houve quem considerasse que era melhor não intervir (n=16; 19.5%) e apenas 3.7% (n=3) denunciaram o caso às autoridades. Quanto à experiência académica nesta área 16.2% referiram já ter contactado durante a sua formação clínica com casos de VRN. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois anos em estudo (p=.022) [21.5% no 6º ano (n=38) e 9.2% no 5º (n=12)], bem como entre as diversas escolas médicas (p=.019), variando entre 21.3% no ICBAS e 7.1% na FCSUBI (Tabela 2).

Inserir Tabela nº2 aqui.

#### *Dificuldades na abordagem clínica sobre a violência nas relações de namoro*

Como se descreve na tabela 3, a quase totalidade dos estudantes considerou que este assunto faz parte da competência médica e que os médicos têm que se envolver nestes casos (verificaram-se, contudo, diferenças significativas entre os géneros relativamente quando se afirma que “A VRN quando existe é porque as pessoas

*envolvidas o querem, pois este tipo de relação não envolve nenhum tipo de vínculo legal, ou outro, entre as partes, logo os médicos não têm que se envolver”*, havendo mais homens do que mulheres a considerar tal aspeto correto -  $p=.012$ ). Apenas 4.2% afirmaram que se trata de um assunto da exclusiva competência de assistentes sociais ou psicólogos. Também 85.7% dos estudantes não consideraram que fazer perguntas sobre este assunto aos doentes os pudesse ofender, e que não tem de ser o doente a tomar a iniciativa de o fazer – 92.9%; nestas questões tivemos diferenças consoante o género dos respondentes (mais homens do que mulheres consideraram que tal poderia ser verdade  $p=.004$  e  $p=.001$ , respetivamente). Poucos estudantes consideraram que a aceitação ou experiência prévia dos médicos, face a estes comportamentos violentos, pode ser motivo para não abordarem esta questão com os seus doentes (4.9% e 3.2%, respetivamente).

Inserir Tabela nº 3 aqui.

No entanto, face à necessidade de rastrear e detetar estes casos, os estudantes responderam o seguinte: *“Não sei como iniciar a abordagem sobre o tema”* (n=216; 70.1%), *“Não sei como justificar o porquê das perguntas sobre o assunto”* (n=79; 25.6%), *“Tenho medo de ofender o doente”* (n=144; 46.8%), *“Sinto-me desconfortável a abordar o assunto”* (n=147; 47.7%), *“Não sei como colocar as questões”* (n=141; 45.8%), *“Não sei como apoiar o doente caso a situação seja revelada”* (n=149; 48.4%), *“Não sei como orientar o doente caso uma situação deste género seja revelada”* (n=213; 69.2%, com  $p=.041$  relativamente aos género, sendo nestes casos as mulheres a revelarem mais dúvidas), *“Não sei como me posicionar face a uma eventual denúncia a fazer”* (n=147; 47.7%), *“Não lido bem com as emoções dos doentes”* (n=36; 11.7%), *“Tenho experiência pessoal no assunto o que me torna mais desconfortável esta abordagem”* (n=17; 5.5%), *“Falta tempo aos médicos para este tipo de abordagem”* (n=68; 22.1%). Uma percentagem razoável dos estudantes confessa nunca ter pensado ou ignorar completamente esta matéria (n=18, 5.9%), havendo diferenças significativas em relação ao género dos respondentes; mais homens do que mulheres nunca tinham pensado sobre o assunto ( $p=.022$ ).

### *Formação académica*

A opinião dos estudantes sobre a sua formação académica na área da violência, designadamente na VRN é que esta é nula (n=127; 41.2%), escassa (n=144; 46,8%) ou suficiente (n=36; 11.7%), sendo que 1 (0.3%) não opinou sobre o assunto. Não se verificaram diferenças entre os géneros (p=.328) e anos do curso dos respondentes (p=.664). Já entre as escolas médicas se registaram diferenças significativas (p=.00), sendo as do distrito do Porto a revelar maior percentagem de estudantes que consideram que a formação que recebem nesta área é suficiente: ICBAS (n=17; 27.9%) e FMUP (n=14; 13.6%). Apenas 9.4% (n=29) consideraram que a formação teórica e prática é equilibrada e útil, sendo que 37.3% (n=115) a acharam demasiado teórica. Relativamente à capacidade adquirida, face à sua preparação académica sobre o tema, os 308 estudantes responderam o seguinte (assinalam-se as diferenças relativamente às escolas médicas): “*Sinto-me capaz de elaborar uma história clínica com inclusão de perguntas sobre VRN*” (n=74; 24%; p=.007), “*Fui ensinado a incluir numa história clínica perguntas de rotina sobre VRN*” (n=20; 6.5%; p=.082), “*Fui ensinado a estar atento a sinais de alerta sobre VRN*” (n=97; 31.5%; p=.003), “*Fui ensinado a prestar informação de modo rotineiro sobre VRN*” (n=22; 7.1%; p=.162), “*Sei como orientar uma vítima de VRN*” (n=16; 5.2%; p=.068) e “*Não me sinto habilitado para abordar situações de VRN*” (n=216; 70.1%; p=.043). Nos três casos em que se registam diferenças entre as escolas, a ESCUM foi aquela em que os estudantes mais se sentiam capazes de incluir questões sobre VRN nas suas histórias clínicas (n=21; 42%) e o ICBAS e a FMUP foram aquelas em que os estudantes mais consideraram terem sido ensinados a estar atentos aos sinais de alerta (n=26, 42.6% e n=38, 36.9%, respetivamente); já relativamente à última questão, os alunos que se sentem menos habilitados são os da FMUC (n=54; 81.8%) e da FMUP (n=75; 72.8%), sendo que os do ICBAS são os que registam uma taxa inferior, ainda assim acima dos 50% (n=36; 59%). Os estudantes do 6º ano sentem-se mais capazes de incluir este tema nas suas histórias clínicas (n=51; 28.8%; p=.022) e os estudantes do sexo masculino sabem melhor como orientar uma vítima de VRN (n=8; 11%; p=.039)

### *Acuidade dos conhecimentos sobre violência no namoro*

Sobre os conhecimentos percecionados (tabela 4) pelos estudantes nesta matéria, 88.3% sabem que o exercício de VRN praticada por um dos membros do casal contra o outro constitui uma forma de VD; não havendo diferenças entre os géneros (p=.277),

ano do curso ( $p=.52$ ) ou escolas ( $p=.797$ ). Apenas 63% sabem que a VRN em que se cause dano num dos parceiros pode constituir crime sendo que 33.4% acham que tal depende do tipo e do grau da violência exercida, não havendo diferenças entre os géneros ( $p=.44$ ), ano do curso ( $p=.976$ ) ou escolas ( $p=.268$ ). No que diz respeito ao papel do médico nesta área os estudantes consideraram, em 80.5% dos casos, que o médico tem um papel importante na identificação destas situações em todos os casos danosos, contudo, há estudantes que são da opinião de que o papel do médico é dependente dos casos (17.9%), não havendo diferenças entre o ano do curso ( $p=.403$ ) ou as escolas ( $p=.694$ ); mas há mais mulheres (86.3%) do que homens (61.6%) a concordar que o papel do médico na identificação destas situações é sempre importante, enquanto há mais homens (35.6%) do que mulheres (12.4%) a defender que o papel do médico é variável consoante os casos ( $p=.00$ ). Ainda que a maioria dos estudantes (69.5%) considere que o médico tem alguma obrigação particular, em termos de denúncia de casos de VRN de que tenha conhecimento no exercício da sua atividade profissional e por causa dela, 26.6% dos estudantes consideram que o papel do médico depende dos casos e 1% ainda afirma que o médico não tem nenhuma obrigação de denúncia; não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ( $p=.577$ ), anos ( $p=.658$ ), ou escolas ( $p=0.114$ ), no entanto constatamos que o ICBAS é a escola que regista o maior número de estudantes (80.3%) que afirmam que o médico tem de facto um papel importante a nível de denúncia destes casos.

Inserir Tabela nº 4 aqui.

## **DISCUSSÃO**

### *Perceção dos estudantes de medicina sobre violência nas relações de namoro*

VRI foi definido pela Associação Médica Americana como “um padrão de comportamentos de coação que podem incluir agressões repetidas e provocação de dano, abuso psicológico, agressão sexual, isolamento social progressivo, privação e intimidação”.<sup>13</sup> Apesar disto, e depois de uma cuidadosa análise dos resultados, tornou-se evidente que, embora a maioria dos estudantes não considere VRI normal nem a legitime, 24% veem-na como uma situação que não deve ser legalmente reprimida o que claramente evidencia uma desvalorização preocupante do tema por parte dos estudantes de medicina.

### *Experiência pessoal de violência nas relações de namoro*

A prevalência de casos de violência no namoro, em experiências passadas, nos estudantes de medicina, foi de 4.2%, a qual foi superior à encontrada numa amostra nacional de adolescente nos EUA (1.6%)<sup>14</sup> e inferior à dos estudantes numa universidade em Ohio (64.7% mulheres e 61.7% homens).<sup>15</sup> A discrepância destes valores revela que a prevalência real é muito provavelmente desconhecida, tornando vital descortinar a realidade subjacente a este problema através da implementação de eficazes métodos de rastreio a nível nacional.

Certos estudos concluem que os adolescentes sejam, provavelmente, vítimas de múltiplos parceiros,<sup>15</sup> enquanto os adultos apenas de um,<sup>16</sup> o que contradiz os nossos dados onde todas as vítimas reportaram um único parceiro, numa média de 4.43 vezes. A componente violência psicológica esteve presente na maioria dos casos, o que implica que deve haver um treino mais adequado dos estudantes para detetarem esta forma de violência, sobretudo porque a perpetuação do abuso psicológico tem inúmeras repercussões nefastas<sup>17</sup> e há abusadores que a veem como um modo de regulação emocional<sup>18</sup> o qual poderá conduzir a um ciclo vicioso culminando em danos permanentes nestas vítimas.

### *Conhecimento pessoal e académico de situações de violência no namoro*

Machado e colaboradores<sup>19</sup> concluíram que 25.4% dos jovens portugueses entre os 13 e os 29 anos tinham sido vítimas de violência no namoro. De facto 26.6% dos estudantes havia contactado com VRI no seu núcleo social, porém, apenas 16.2% (maioritariamente alunos do 6º ano) o havia feito enquanto futuros profissionais de saúde. Este último dado, sobretudo enquadrado no conjunto de diferenças significativas entre as diferentes escolas, pode denunciar uma verdadeira falta de interação com as vítimas ou uma falha na sua identificação (quer por falta de formação quer por falta da sua componente prática). Isto tem uma relevância particular se tivermos em conta que muitas destas vítimas têm a procura de assistência médica limitada pelo abusador, sobretudo em idades jovens,<sup>20</sup> e que muitas das vítimas mortais procuram assistência médica antes do acontecimento fatal,<sup>21</sup> o que torna imperativo a sua deteção quando abordadas por um profissional de saúde.



### *Dificuldades na abordagem clínica sobre a violência nas relações no namoro*

A maioria dos estudantes identifica a abordagem da VRI como pertencente às competências médicas, contudo a verdade é que estes jovens futuros médicos denotam dificuldade em iniciar o assunto, que questões formular ou como justificá-las. Não sabem como apoiar, ajudar e orientar caso a situação seja revelada. São conclusões alarmantes que precisam de ser levadas em conta pois podem estar a ser desperdiçadas excelentes oportunidades de prevenção e proteção com vista à diminuição deste nefasto problema. Estes resultados são sobreponíveis aos encontrados noutros países onde barreiras semelhantes foram identificadas como obstáculos, pelos profissionais de saúde, no rastreio de VRI.<sup>22</sup>

### *Formação académica*

Surpreendentemente a maioria dos estudantes considerou a formação médica na área da violência como inexistente ou escassa. Registaram-se diferenças significativas sobretudo nas escolas do Porto, portadoras duma formação suficiente, depreendendo-se que estas sejam mais sensíveis ao treino dos jovens futuros médicos. Concluímos que 70.1% dos estudantes não se sentiam preparados para abordar estas situações na sua futura prática clínica; os menos habilitados pertenciam à FMUC e FMUP. As faculdades do norte do país registaram o melhor treino académico o que evidência uma discrepância importante na formação médica no país.

Buranosky e colaboradores<sup>23</sup> concluíram que o aumento de oportunidades de aprendizagem e um treino mais didático, tal como a exposição dos estudantes de medicina a vítimas de violência no namoro, poderia melhorar a capacidade dos estudantes na abordagem destas estas situações, isto vai ao encontro dos nossos resultados onde os estudantes de facto reportaram que a formação é muito teórica e que a componente prática está frequentemente ausente.

Tendo por base estes dados podemos constatar que é importante a uniformização das técnicas de ensino a nível nacional, enfatizando o componente prático de modo a aprimorar a capacidade dos nossos estudantes na abordagem destas vítimas.

### *Acuidade dos conhecimentos sobre violência no namoro*

A maioria dos estudantes sabe que o médico é uma peça fundamental na deteção de vítimas de violência no namoro; contudo, no que diz respeito à vertente legal surgem muitas dúvidas. Apenas 63% dos estudantes sabem que VRN constitui crime e 26.6%

erradamente consideram que o papel do médico na denúncia depende dos casos. Apesar da política de denúncia obrigatória poder constituir um entrave à revelação por parte das vítimas, sendo que as mulheres (especialmente as vítimas de abuso) preferem que a derradeira decisão seja sua,<sup>24</sup> os estudantes devem estar conscientes do funcionamento da lei e saber qual o seu papel na mesma, o que, aparentemente, não acontece.

As principais limitações no nosso estudo são: (1) ausência de resposta de duas das sete faculdades de medicina do país; (2) baixa taxa de respostas daquelas que colaboraram com o estudo e (3) possível perda de informação nas questões não respondidas pelos estudantes. Todavia, à luz do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo feito em Portugal, que tenta aferir o tipo e a qualidade de formação académica que os estudantes de medicina recebem no que toca à violência nas relações de namoro.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitem-nos concluir o seguinte:

- a) Há uma falta de sensibilidade, perceção equivocada e uma desvalorização preocupante sobre VRI, por parte dos estudantes de medicina;
- b) É imperativa a implementação de eficazes métodos de rastreio para VRN em Portugal de modo a que possa ser calculada a verdadeira magnitude desta realidade;
- c) Há disparidades importantes no contacto com vítimas de VRN entre as diferentes escolas do país, o que traduz a necessidade de protocolar as diferentes unidades curriculares para uniformizar o treino médico a nível nacional;
- d) A VRI é de um modo geral mal abordada pelos jovens estudantes, sobretudo por falta de qualificação e preparação académica, sendo vital incluir no currículo de pré-graduação esta questão sobretudo no que à componente prática diz respeito;
- e) Existe uma disparidade na formação académica consoante o jovem é oriundo de faculdades do norte ou do centro do país registando-se mais formação na FMUP e no ICBAS e de melhor qualidade na FMUP, ICBAS e ECSUM;
- f) As respostas revelam uma falta de conhecimento do tema, particularmente no que à vertente legal e jurídica diz respeito;
- g) Esta formação, devidamente protocolada, e com uma componente clínica integrada no curriculum universitário, pode, sem dúvida, munir o futuro médico de

conhecimentos e métodos que sobrelevam o problema dando-lhe maior importância e atenção.

*Comissão de Ética*

Estudo aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João.

## REFERÊNCIAS

1. Bair-Merritt MH. *Intimate partner violence*. *Pediatr Rev*. 2010; 31(4): 145-50.
2. Cutter-Wilson E, Richmond T. *Understanding teen dating violence: practical screening and intervention strategies for pediatric and adolescent healthcare providers*. *Curr Opin Pediatr*. 2011; 23(4): 379-83.
3. Silverman JG, Raj A, Mucci LA, Hathaway JE. *Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality*. *Jama*. 2001; 286(5): 572-9.
4. Ackard DM, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. *Long-term impact of adolescent dating violence on the behavioral and psychological health of male and female youth*. *J Pediatr*. 2007; 151(5): 476-81.
5. Magalhães T. *Violência e abuso. Respostas simples para questões complexas*. 1ª ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010.
6. Pereira AR, Vieira DN, Magalhaes T. *Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medical national study*. *J Forensic Leg Med*. 2013; 20(8): 1099-107.
7. Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD. *Barriers to screening for domestic violence*. *J Gen Intern Med*. 2002; 17(2): 112-6.
8. O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. *Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review*. *Soc Sci Med*. 2011; 72(6): 855-66.
9. McCauley J, Yurk RA, Jenckes MW, Ford DE. *Inside "Pandora's box": abused women's experiences with clinicians and health services*. *J Gen Intern Med*. 1998; 13(8): 549-55.
10. Chang JC, Decker MR, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, Frasier PY. *Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers*. *Patient Educ Couns*. 2005; 59(2): 141-7.
11. Peixoto CE, Ribeiro C, Magalhães T. *Entrevista forense a crianças alegadamente vítimas de abuso*. In Magalhães T, Viera DN (Coord). *Abuso & Negligência Serie n.2 – Agressões sexuais. Intervenção pericial integrada*. Maia: SPECAN; 2013. p. 75-102.
12. Sprague S, Kaloty R, Madden K, Dosanjh S, Mathews DJ, Bhandari M. *Perceptions of intimate partner violence: a cross sectional survey of surgical residents and medical students*. *J Inj Violence Res*. 2013; 5(1): 1-10.
13. American Medical Association. *Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence*. Chicago, IL: American Medical Association. 1994.
14. Wolitzky-Taylor KB, Ruggiero KJ, Danielson CK, Resnick HS, Hanson RF, Smith DW, et al. *Prevalence and correlates of dating violence in a national sample of adolescents*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47(7): 755-62.
15. Bonomi AE, Anderson ML, Nemeth J, Bartle-Haring S, Buettner C, Schipper D. *Dating violence victimization across the teen years: abuse frequency, number of abusive partners, and age at first occurrence*. *BMC Public Health*. 2012; 12: 637.
16. Thompson RS, Bonomi AE, Anderson M, Reid RJ, Dimer JA, Carrell D, et al. *Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women*. *Am J Prev Med*. 2006; 30(6): 447-57.
17. Straight ES, Harper FW, Arias I. *The impact of partner psychological abuse on health behaviors and health status in college women*. *J Interpers Violence*. 2003; 18(9): 1035-54.

18. Shorey RC, Temple JR, Febres J, Brasfield H, Sherman AE, Stuart GL. *The consequences of perpetrating psychological aggression in dating relationships: a descriptive investigation.* J Interpers Violence. 2012; 27(15): 2980-98.
19. Machado C, Caridade S, Martins C. *Violence in Juvenile Dating Relationships Self-Reported Prevalence and Attitudes in a Portuguese Sample.* Journal of Family Violence. 2010; 25(1): 43-52.
20. McCloskey LA, Williams CM, Lichter E, Gerber M, Ganz ML, Sege R. *Abused women disclose partner interference with health care: an unrecognized form of battering.* J Gen Intern Med. 2007; 22(8): 1067-72.
21. Sharps PW, Koziol-McLain J, Campbell J, McFarlane J, Sachs C, Xu X. *Health care providers' missed opportunities for preventing femicide.* Prev Med. 2001; 33(5): 373-80.
22. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M. *Barriers to screening for intimate partner violence.* Women Health. 2012; 52(6): 587-605.
23. Buranosky R, Hess R, McNeil MA, Aiken AM, Chang JC. *Once is not enough: effective strategies for medical student education on intimate partner violence.* Violence Against Women. 2012; 18(10): 1192-212.
24. Gielen AC, O'Campo PJ, Campbell JC, Schollenberger J, Woods AB, Jones AS, et al. *Women's opinions about domestic violence screening and mandatory reporting.* Am J Prev Med. 2000; 19(4): 279-85.

Tabela 1. Perceções sobre a violência nas relações de namoro

	Sim n (%)	Não n (%)
É normal porque a paixão é geradora de ciúmes.	2 (0.6)	306 (99.4)
Pode ser uma forma de se expressar o quanto se quer ao outro.	2 (0.6)	306 (99.4)
É normal porque nas relações de namoro estão envolvidos indivíduos jovens que ainda não têm bem desenvolvidas as suas competências relacionais.	1 (0.3)	307 (99.7)
Não é uma situação que deva ser considerada normal, mas é um problema do casal em que não se devem intrometer terceiros.	3 (1)	305 (99)
É uma situação pouco frequente.	8 (2.6)	300 (97.4)
É uma situação que não deve ser tolerada nem legitimada.	283 (91.9)	25 (8.1)
É um comportamento que deve ser legalmente reprimido.	234 (76)	74 (24)
Não tenho opinião formada sobre o assunto.	2 (0.6)	306 (99.4)

Tabela 2. Contacto com casos de violência nas relações de namoro durante o treino clínico

	Total (n=308) n (%)	FMUP (n=103) n (%)	ICBAS (n=61) n (%)	ECSUM (n=50) n (%)	FMUC (n=66) n (%)	FCSUBI (n=28) n (%)	p
Sim	50 (16.2)	18 (17.5)	13 (21.3)	8 (16)	9 (13.6)	2(7.1)	.019
Não	238 (77.3)	81 (78.6)	47 (77)	36 (72)	54 (81.8)	20(71.4)	
Não me lembro	19 (6.2)	4 (3.9)	1 (1.6)	6 (12)	2 (3)	6(21.4)	
Não respondeu	1 (0.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1.5)	0(0)	

Tabela 3. Motivos para não abordar a questão da violência nas relações de namoro

	Sim n (%)	Não n (%)
Não se tratando de uma doença não é da competência médica abordar este assunto.	3 (1)	305 (99)
Estas questões devem ser abordadas por psicólogos ou assistentes sociais e não por médicos.	13 (4.2)	295 (95.8)
A violência nas relações de namoro quando existe é porque as pessoas envolvidas o querem, pois esse tipo de relação não envolve nenhum tipo de vínculo legal, ou outro, entre as partes, logo, os médicos não têm que se envolver.	5 (1.6)	303 (98.4)
Fazer perguntas aos doentes sobre esta forma de violência pode ofendê-los.	44 (14.3)	264 (85.7)
Se for para falar sobre o assunto deve ser o doente a tomar a iniciativa, quando se sentir preparado para tal.	22 (7.1)	286 (92.9)
O médico pode aceitar, ou pelo menos não condenar, certos atos de violência nas relações de namoro.	15 (4.9)	293 (95.1)
O médico pode já ter tido experiências de violência no namoro (pessoais ou através de terceiros) e considerar que mexer no assunto ainda é pior.	10 (3.2)	298 (96.8)

Tabela 4. Conhecimentos sobre violência nas relações de namoro (n=308)

		n (%)
Considera que o exercício de violência nas relações no namoro praticada por um dos membros do casal contra o outro constitui uma forma de violência doméstica?	Sim	272 (88.3)
	Não	22 (7.1)
	Não sei	13 (4.2)
	Não respondeu	1 (0.3)
Considera que qualquer tipo de violência no namoro em que se cause dano num dos parceiros pode constituir crime?	Sim	194 (63)
	Dependendo do tipo e grau de violência	106 (33.4)
	Não	3 (1)
	Não sei	5 (1.6)
Considera que um médico tem alguma obrigação particular na identificação de situações de violência no namoro?	Sim, em todos os casos em que resultou dano.	248 (80.5)
	Depende dos casos	55 (17.9)
	Não	1 (0.3)
	Não sei	4 (1.3)
Considera que um médico tem alguma obrigação particular em termos de denúncia de casos de violência no namoro de que tenha conhecimento no exercício da sua atividade profissional e por causa dela?	Sim, em todos os casos em que resultou dano	214 (69.5)
	Depende dos casos	82 (26.6)
	Não	3 (1)
	Não sei	8 (2.6)
	Não respondeu	1 (0.3)

## **AGRADECIMENTOS**

A primeira palavra de gratidão é dirigida à minha orientadora, Professora Doutora Teresa Magalhães, cujo apoio e colaboração foram determinantes na elaboração desta tese. Um sincero obrigado por todo o empenho e dedicação para com este trabalho.

Agradeço de modo sentido a todos os meus colegas que por incentivo, apoio moral e conselhos académicos, foram capitais na obtenção deste desiderato, particularmente ao Rui Barranha por todo o apoio no esclarecimento das minhas dúvidas ao longo do ano.

Aos meus pais devo-lhes uma palavra de carinho porque além das dicas profissionais, pois são ambos médicos, deram-me uma educação e uma formação moral que me moldaram o carácter, onde a busca de perfeição e a persistência foram pertinentes nesta dissertação. Por todos os momentos em que não me deixaram desistir um profundo obrigado.

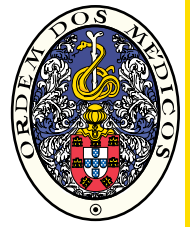
Naqueles momentos de angústia e frustração, que decerto houve, a paciência e o conforto demonstrados pela Inês e pela Sofia, são apoios e estímulos que guardo profundamente no coração.

De um modo especial gostava de expressar o meu sincero agradecimento ao Dr. Vasco Machado pelas dúvidas esclarecidas sem as quais não teria chegado a fundamentadas conclusões.

Agradeço também a todas as escolas médicas, faculdades e institutos que dum forma altruísta colaboraram neste trabalho. A todos os colegas que desinteressadamente responderam ao questionário devo-lhes uma palavra de apreço.



# Normas de Publicação da Acta Médica Portuguesa



## Acta Médica Portuguesa's Publishing Guidelines

Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA  
Acta Med Port 2013, 5 de Novembro de 2013

### 1. MISSÃO

Publicar trabalhos científicos originais e de revisão na área biomédica da mais elevada qualidade, abrangendo várias áreas do conhecimento médico, e ajudar os médicos a tomar melhores decisões.

Para atingir estes objectivos a Acta Médica Portuguesa publica artigos originais, artigos de revisão, casos clínicos, editoriais, entre outros, comentando sobre os factores clínicos, científicos, sociais, políticos e económicos que afetam a saúde. A Acta Médica Portuguesa pode considerar artigos para publicação de autores de qualquer país.

### 2. VALORES

- Promover a qualidade científica.
- Promover o conhecimento e actualidade científica.
- Independência e imparcialidade editorial.
- Ética e respeito pela dignidade humana.
- Responsabilidade social.

### 3. VISÃO

Ser reconhecida como uma revista médica portuguesa de grande impacto internacional.

Promover a publicação científica da mais elevada qualidade privilegiando o trabalho original de investigação (clínico, epidemiológico, multicêntrico, ciência básica).

Constituir o fórum de publicação de normas de orientação.

Ampliar a divulgação internacional.

**Lema:** "Primum non nocere, primeiro a Acta Médica Portuguesa"

### 4. INFORMAÇÃO GERAL

A Acta Médica Portuguesa é a revista científica com revisão pelos pares (*peer-review*) da Ordem dos Médicos. É publicada continuamente desde 1979, estando indexada na PubMed / Medline desde o primeiro número. Desde 2010 tem Factor de Impacto atribuído pelo Journal Citation Reports - Thomson Reuters.

A Acta Médica Portuguesa segue a política do livre acesso. Todos os seus artigos estão disponíveis de forma integral, aberta e gratuita desde 1999 no seu site [www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com) e através da Medline com interface PubMed.

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa é apro-

ximadamente de 55% dos mais de 300 manuscritos recebidos anualmente.

Os manuscritos devem ser submetidos *online* via "Submissões Online" <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#online> Submissions.

A Acta Médica Portuguesa rege-se de acordo com as boas normas de edição biomédica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), e do EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report (desenho de estudos).

A política editorial da Revista incorpora no processo de revisão e publicação as Recomendações de Política Editorial (*Editorial Policy Statements*) emitidas pelo Conselho de Editores Científicos (Council of Science Editors), disponíveis em <http://www.councilscienceeditors.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3331>, que cobre responsabilidades e direitos dos editores das revistas com arbitragem científica. Os artigos propostos não podem ter sido objecto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade conjunta da Acta Médica Portuguesa e dos autores.

A Acta Médica Portuguesa reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá acompanhar a carta de submissão com a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais.

Relativamente à utilização por terceiros a Acta Médica Portuguesa rege-se pelos termos da licença *Creative Commons* 'Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (by-nc-nd)'.

Após publicação na Acta Médica Portuguesa, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados.

### 5. CRITÉRIO DE AUTORIA

A revista segue os critérios de autoria do "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE).

Todos designados como autores devem ter participado significativamente no trabalho para tomar responsabilidade

pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos que:

1. Têm uma contribuição intelectual substancial, directa, no desenho e elaboração do artigo
2. Participam na análise e interpretação dos dados
3. Participam na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou na revisão crítica do conteúdo; ou na aprovação da versão final

As condições 1, 2 e 3 têm de ser reunidas.

Autoria requer uma contribuição substancial para o manuscrito, sendo pois necessário especificar em carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho.

Ser listado como autor, quando não cumpre os critérios de elegibilidade, é considerado fraude.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

Todos os autores, (isto é, o autor correspondente e cada um dos autores) terão de preencher e assinar o “Formulário de Autoria” com a responsabilidade da autoria, critérios e contribuições; conflitos de interesse e financiamento e transferência de direitos autorais / *copyright*.

O autor Correspondente deve ser o intermediário em nome de todos os co-autores em todos os contactos com a Acta Médica Portuguesa, durante todo o processo de submissão e de revisão. O autor correspondente é responsável por garantir que todos os potenciais conflitos de interesse mencionados são correctos. O autor correspondente deve atestar, ainda, em nome de todos os co-autores, a originalidade do trabalho e obter a permissão escrita de cada pessoa mencionada na secção “Agradecimentos”.

## 6. COPYRIGHT / DIREITOS AUTORAIS

Quando o artigo é aceite para publicação é mandatório o envio via *e-mail* de documento digitalizado, assinado por todos os Autores, com a partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa.

O(s) Autor(es) deve(m) assinar uma cópia de partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa quando submetem o manuscrito, conforme minuta publicada em anexo:

Nota: Este documento assinado só deverá ser enviado quando o manuscrito for aceite para publicação.

Editor da Acta Médica Portuguesa

O(s) Autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado: \_\_\_\_\_ (ref.

AMP \_\_\_\_\_) é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s) Autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum *copyright* e não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no todo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os Autores têm o direito ao *copyright*.

Todos os Autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da

parte de qualquer dos Autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os Autores, ao submeterem o trabalho para publicação, partilham com a Acta Médica Portuguesa todos os direitos a interesses do *copyright* do artigo.

**Todos os Autores devem assinar**

Data: \_\_\_\_\_

Nome (maiúsculas): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## 7. CONFLITOS DE INTERESSE

O rigor e a exactidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos Autores. Os Autores devem declarar potenciais conflitos de interesse. Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho.

Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse.

Essa informação não influenciará a decisão editorial mas antes da submissão do manuscrito, os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

Se os autores têm dúvidas sobre o que constitui um relevante interesse financeiro ou pessoal, devem contactar o editor.

## 8. CONSENTIMENTO INFORMADO e APROVAÇÃO ÉTICA

Todos os doentes (ou seus representantes legais) que possam ser identificados nas descrições escritas, fotografias e vídeos deverão assinar um formulário de consentimento informado para descrição de doentes, fotografia e vídeos. Estes formulários devem ser submetidos com o manuscrito.

A Acta Médica Portuguesa considera aceitável a omissão de dados ou a apresentação de dados menos específicos para identificação dos doentes. Contudo, não aceitaremos a alteração de quaisquer dados.

Os autores devem informar se o trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição de acordo com a declaração de Helsínquia.

## 9. LÍNGUA

Os artigos devem ser redigidos em português ou em inglês. Os títulos e os resumos têm de ser sempre em português e em inglês.

## 10. PROCESSO EDITORIAL

O autor correspondente receberá notificação da recepção do manuscrito e decisões editoriais por *email*.

Todos os manuscritos submetidos são inicialmente revistos pelo editor da Acta Médica Portuguesa. Os manuscritos são avaliados de acordo com os seguintes critérios: originalidade, actualidade, clareza de escrita, método de estudo apropriado, dados válidos, conclusões adequadas e apoiadas pelos dados, importância, com significância e

contribuição científica para o conhecimento da área, e não tenham sido publicados, na íntegra ou em parte, nem submetidos para publicação noutros locais.

A Acta Médica Portuguesa segue um rigoroso processo cego (*single-blind*) de revisão por pares (*peer-review*, externos à revista). Os manuscritos recebidos serão enviados a peritos das diversas áreas, os quais deverão fazer os seus comentários, incluindo a sugestão de aceitação, aceitação condicionada a pequenas ou grandes modificações ou rejeição. Na avaliação, os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores científicos;
- c) recusados.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos Editores Associados, enviará o manuscrito a, no mínimo, dois revisores, caso esteja de acordo com as normas de publicação e se enquadre na política editorial. Poderá ser recusado nesta fase, sem envio a revisores.

- Quando receberem a comunicação de aceitação, os Autores devem remeter de imediato, por correio electrónico, o formulário de partilha de direitos que se encontra no *site* da Acta Médica Portuguesa, devidamente preenchido e assinado por todos os Autores.

- No prazo máximo de quatro semanas, o revisor deverá responder ao editor indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão de quanto à aceitação ou rejeição do trabalho. O Conselho Editorial tomará, num prazo de 15 dias, uma primeira decisão que poderá incluir a aceitação do artigo sem modificações, o envio dos comentários dos revisores para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo.

Os Autores dispõem de 20 dias para submeter a nova versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial. Quando são propostas alterações, o autor deverá enviar, no prazo máximo de vinte dias, um *e-mail* ao editor respondendo a todas as questões colocadas e anexando uma versão revista do artigo com as alterações inseridas destacadas com cor diferente.

- O Editor-Chefe dispõe de 15 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar o artigo na nova versão, ou submetê-lo a um ou mais revisores externos cujo parecer poderá, ou não, coincidir com os resultantes da primeira revisão.

- Caso o manuscrito seja reenviado para revisão externa, os peritos dispõem de quatro semanas para o envio dos seus comentários e da sua sugestão quanto à aceitação ou recusa para publicação do mesmo.

- Atendendo às sugestões dos revisores, o Editor-Chefe poderá aceitar o artigo nesta nova versão, rejeitá-lo ou voltar a solicitar modificações. Neste último caso, os Autores dispõem de um mês para submeter uma versão revista, a qual poderá, caso o Editor-Chefe assim o determine, voltar

a passar por um processo de revisão por peritos externos.

- No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor principal. Num prazo inferior a um mês, o Conselho Editorial enviará o artigo para revisão dos Autores já com a formatação final, mas sem a numeração definitiva. Os Autores dispõem de cinco dias para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, para além das correcções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros. Não são permitidas, nomeadamente, alterações a dados de tabelas ou gráficos, alterações de fundo do texto, etc.

- Após a resposta dos Autores, ou na ausência de resposta, após o decurso dos cinco dias, o artigo considera-se concluído.

- Na fase de revisão de provas tipográficas, alterações de fundo aos artigos não serão aceites e poderão implicar a sua rejeição posterior por decisão do Editor-Chefe.

Chama-se a atenção que a transcrição de imagens, quadros ou gráficos de outras publicações deverá ter a prévia autorização dos respectivos autores para dar cumprimento às normas que regem os direitos de autor.

## 11. PUBLICAÇÃO FAST-TRACK

A Acta Médica Portuguesa dispõe do sistema de publicação *Fast-Track* para manuscritos urgentes e importantes desde que cumpram os requisitos da Acta Médica Portuguesa para o *Fast-Track*.

- a) Os autores para requererem a publicação *fast-track* devem submeter o seu manuscrito em <http://www.actamedicaportuguesa.com/> “submeter artigo” indicando claramente porque consideram que o manuscrito é adequado para a publicação rápida. O Conselho Editorial tomará a decisão sobre se o manuscrito é adequado para uma via rápida (*fast-track*) ou para submissão regular;

- b) Verifique se o manuscrito cumpre as normas aos autores da Acta Médica Portuguesa e que contém as informações necessárias em todos os manuscritos da Acta Médica Portuguesa.

- c) O Gabinete Editorial irá comunicar, dentro de 48 horas, se o manuscrito é apropriado para avaliação *fast-track*. Se o Editor-Chefe decidir não aceitar a avaliação *fast-track*, o manuscrito pode ser considerado para o processo de revisão normal. Os autores também terão a oportunidade de retirar a sua submissão.

- d) Para manuscritos que são aceites para avaliação *fast-track*, a decisão Editorial será feita no prazo de 5 dias úteis.

- e) Se o manuscrito for aceite para publicação, o objectivo será publicá-lo, online, no prazo máximo de 3 semanas após a aceitação.

## 12. REGRAS DE OURO ACTA MÉDICA PORTUGUESA

- a) O editor é responsável por garantir a qualidade da revista e que o que publica é ético, actual e relevante para os leitores.

- b) A gestão de reclamações passa obrigatoriamente pelo editor-chefe e não pelo bastonário.
- c) O peer review deve envolver a avaliação de revisores externos.
- d) A submissão do manuscrito e todos os detalhes associados são mantidos confidenciais pelo corpo editorial e por todas as pessoas envolvidas no processo de peer-review.
- e) A identidade dos revisores é confidencial.
- f) Os revisores aconselham e fazem recomendações; o editor toma decisões.
- g) O editor-chefe tem total independência editorial.
- h) A Ordem dos Médicos não interfere directamente na avaliação, selecção e edição de artigos específicos, nem directamente nem por influência indirecta nas decisões editoriais.
- i) As decisões editoriais são baseadas no mérito de trabalho submetido e adequação à revista.
- j) As decisões do editor-chefe não são influenciadas pela origem do manuscrito nem determinadas por agentes externos.
- k) As razões para rejeição imediata sem peer review externo são: falta de originalidade; interesse limitado para os leitores da Acta Médica Portuguesa; conter graves falhas científicas ou metodológicas; o tópico não é coberto com a profundidade necessária; é preliminar de mais e/ou especulativo; informação desactualizada.
- l) Todos os elementos envolvidos no processo de peer review devem actuar de acordo com os mais elevados padrões éticos.
- m) Todas as partes envolvidas no processo de peer review devem declarar qualquer potencial conflito de interesses e solicitar escusa de rever manuscritos que sintam que não conseguirão rever objectivamente.

### 13. NORMAS GERAIS

#### ESTILO

Todos os manuscritos devem ser preparados de acordo com o “AMA Manual of Style”, 10th ed. e/ou “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”.

Escreva num estilo claro, directo e activo. Geralmente, escreva usando a primeira pessoa, voz activa, por exemplo, “Analisámos dados”, e não “Os dados foram analisados”. Os agradecimentos são as excepções a essa directriz, e deve ser escrito na terceira pessoa, voz activa; “Os autores gostariam de agradecer”. Palavras em latim ou noutra língua que não seja a do texto deverão ser colocadas em itálico.

Os componentes do manuscrito são: Página de Título, Resumo, Texto, Referências, e se apropriado, legendas de figuras. Inicie cada uma dessas secções em uma nova página, numeradas consecutivamente, começando com a página de título.

Os formatos de arquivo dos manuscritos autorizados incluem o *Word* e o *WordPerfect*. Não submeta o manuscrito em formato PDF.

#### SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos online, via “Submissão Online” da Acta Médica Portuguesa <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

Todos os campos solicitados no sistema de submissão *online* terão de ser respondidos.

Após submissão do manuscrito o autor receberá a confirmação de recepção e um número para o manuscrito.

#### Na primeira página/ página de título:

- a) Título em **português e inglês**, conciso e descritivo
- b) Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, instituição, cidade, país)
- c) Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho
- d) Morada e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito
- e) Título breve para cabeçalho

#### Na segunda página

- a) Título (sem autores)
- b) Resumo em **português e inglês**. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. Os resumos não podem remeter para o texto, não podendo conter citações nem referencias a figuras.
- c) Palavras-chave (*Keywords*). Um máximo de 5 *Keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, devem seguir-se ao resumo.

#### Na terceira página e seguintes:

##### ■ Editoriais:

Os Editoriais serão apenas submetidos por convite do Editor. Serão comentários sobre tópicos actuais. Não devem exceder as 1.200 palavras nem conter tabelas/figuras e terão um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

##### ■ Perspectiva:

Artigos elaborados apenas por convite do Conselho Editorial. Podem cobrir grande diversidade de temas com interesse nos cuidados de saúde: problemas actuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da medicina, ligação à sociedade, epidemiologia, etc.

Um Autor que deseje propor um artigo desta categoria deverá remeter previamente ao Editor-Chefe o respectivo resumo, indicação dos autores e título do artigo para avaliação.

Deve conter no máximo 1200 palavras (excluindo as referências e as legendas) e até 10 referências bibliográficas. Só pode conter uma tabela ou uma figura. Não precisa de resumo.

### ■ Artigos Originais:

O texto deve ser apresentado com as seguintes secções: Introdução (incluindo Objectivos), Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

Os Artigos Originais não deverão exceder as 4.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. Deve ser acompanhado de ilustrações, com um máximo de 6 figuras/tabelas e 60 referências bibliográficas.

O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

A Acta Médica Portuguesa, como membro do ICMJE, exige como condição para publicação, o registo de todos os ensaios num registo público de ensaios aceite pelo ICMJE (ou seja, propriedade de uma instituição sem fins lucrativos e publicamente acessível, por ex. [clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)). Todos os manuscritos reportando ensaios clínicos têm de seguir o CONSORT *Statement* <http://www.consort-statement.org/>.

Numa revisão sistemática ou meta-análise de estudos randomizados siga as PRISMA *guidelines*.

Numa meta-análise de estudos observacionais, siga as MOOSE *guidelines* e apresente como um ficheiro complementar o protocolo do estudo, se houver um.

Num estudo de precisão de diagnóstico, siga as STARD *guidelines*.

Num estudo observacional, siga as STROBE *guidelines*.

Num *Guideline* clínico incentivamos os autores a seguir a GRADE *guidance* para classificar a evidência.

### ■ Artigos de Revisão:

Destinam-se a abordar de forma aprofundada, o estado actual do conhecimento referente a temas de importância. Estes artigos serão elaborados a convite da equipa editorial, contudo, a título excepcional, será possível a submissão, por autores não convidados (com ampla experiência no tema) de projectos de artigo de revisão que, julgados relevantes e aprovados pelo editor, poderão ser desenvolvidos e submetidos às normas de publicação.

Comprimento máximo: 3500 palavras de texto (não incluindo resumo, legendas e referências). Não pode ter mais do que um total de 4 tabelas e / ou figuras, e não mais de 50-75 referências.

O resumo dos artigos de revisão não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

### ■ Caso Clínico:

O relato de um caso clínico com justificada razão de publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações terapêuticas e de diagnóstico, entre outras). As secções serão: Introdução, Caso Clínico, Discussão, Bibliografia.

O texto não deve exceder as 1.000 palavras e 15 refe-

rências bibliográficas. Deve ser acompanhado de figuras ilustrativas. O número de tabelas/figuras não deve ser superior a 5.

Inclua um resumo não estruturado que não exceda 150 palavras, que sumarie o objectivo, pontos principais e conclusões do artigo.

### ■ Imagens em Medicina (Imagem Médica):

A Imagem em Medicina é um contributo importante da aprendizagem e da prática médica. Poderão ser aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. Podem ser enviadas até duas imagens por caso.

Deve incluir um título com um máximo de oito palavras e um texto com um máximo de 150 palavras onde se dê informação clínica relevante, incluindo um breve resumo do historial do doente, dados laboratoriais, terapêutica e condição actual. Não pode ter mais do que três autores e cinco referências bibliográficas. Não precisa de resumo.

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a prévia publicação. Devem ser enviados dois ficheiros: um com a qualidade exigida para a publicação de imagens e outra que serve apenas para referência em que o topo da fotografia deve vir indicado com uma seta. Para informação sobre o envio de imagens digitais, consulte as «Normas técnicas para a submissão de figuras, tabelas ou fotografias».

### ■ Guidelines / Normas de orientação:

As sociedades médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e / ou grupos de médicos que desejem publicar na Acta Médica Portuguesa recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para ser publicada. O Editor-Chefe poderá colocar como exigência a publicação exclusiva das recomendações na Acta Médica Portuguesa.

Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa cumulativamente à publicação da versão completa no *site* da Acta Médica Portuguesa.

### ■ Cartas ao Editor:

Devem constituir um comentário a um artigo da Acta Med Port ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 400 palavras, nem conter mais de uma ilustração e ter um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

Deve seguir a seguinte estrutura geral: Identificar o artigo (torna-se a referência 1); Dizer porque está a escrever; fornecer evidência (a partir da literatura ou a partir de uma experiência pessoal) fornecer uma súmula; citar referências.

A(s) resposta(s) do(s) Autor(es) devem observar as mesmas características.

Uma Carta ao editor discutindo um artigo recente da Acta Med Port terá maior probabilidade de aceitação se for submetida quatro semanas após a publicação do artigo.

**Abreviaturas:** Não use abreviaturas ou acrónimos no título nem no resumo, e limite o seu uso no texto. O uso de acrónimos deve ser evitado, assim como o uso excessivo e desnecessário de abreviaturas. Se for imprescindível recorrer a abreviaturas não consagradas, devem ser definidas na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. Não coloque pontos finais nas abreviaturas.

**Unidades de Medida:** As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mm Hg).

Para mais informação consulte a tabela de conversão “Units of Measure” no *website* da AMA Manual Style.

**Nomes de Medicamentos, Dispositivos ou outros Produtos:** Use o nome não comercial de medicamentos, dispositivos ou de outros produtos, a menos que o nome comercial seja essencial para a discussão.

## IMAGENS

Numere todas as imagens (figuras, gráficos, tabelas, fotografias, ilustrações) pela ordem de citação no texto.

Inclua um título/legenda para cada imagem (uma frase breve, de preferência com não mais do que 10 a 15 palavras).

A publicação de imagens a cores é gratuita.

No manuscrito, são aceitáveis os seguintes formatos: BMP, EPS, JPG, PDF e TIF, com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As Tabelas/Figuras devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação, figura/tabela. Tabelas e figuras devem ter numeração árabe e legenda. Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto, da forma que passamos a exemplificar:

Estes são alguns exemplos de como uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença de Behçet (Fig. 4).

Esta associa-se a outras duas lesões cutâneas (Tabela 1).

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto a palavra Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Figuras e tabelas serão numeradas com numeração árabe independentemente e na sequência em que são referidas no texto.

Exemplo: Fig. 1, Fig. 2, Tabela 1

**Legendas:** Após as referências bibliográficas, ainda no ficheiro de texto do manuscrito, deverá ser enviada legenda detalhada (sem abreviaturas) para cada imagem. A imagem tem que ser referenciada no texto e indicada a sua localização aproximada com o comentário “Inserir Figura nº 1... aqui”.

**Tabelas:** É obrigatório o envio das tabelas a preto e

branco no final do ficheiro. As tabelas devem ser elaboradas e submetidas em documento *word*, em formato de tabela simples (*simple grid*), sem utilização de tabuladores, nem modificações tipográficas. Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto do artigo e numeradas pela ordem que surgem no texto. Indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário “Inserir Tabela nº 1... aqui”. Neste caso os autores autorizam uma reorganização das tabelas caso seja necessário.

As tabelas devem ser acompanhadas da respectiva legenda/título, elaborada de forma sucinta e clara.

Legendas devem ser auto-explicativas (sem necessidade de recorrer ao texto) – é uma declaração descritiva.

Legenda/Título das Tabelas: Colocada por cima do corpo da tabela e justificada à esquerda. Tabelas são lidas de cima para baixo. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas – notas de rodapé (abreviaturas, significado estatístico, etc.) As notas de rodapé para conteúdo que não caiba no título ou nas células de dados devem conter estes símbolos \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡, §§, ||||, ¶¶.

**Figuras:** Os ficheiros «figura» podem ser tantos quantas imagens tiver o artigo. Cada um destes elementos deverá ser submetido em ficheiro separado, obrigatoriamente em versão electrónica, pronto para publicação. As figuras (fotografias, desenhos e gráficos) não são aceites em ficheiros *word*.

Em formato TIF, JPG, BMP, EPS e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As legendas têm que ser colocadas no ficheiro de texto do manuscrito.

Caso a figura esteja sujeita a direitos de autor, é responsabilidade dos autores do artigo adquirir esses direitos antes do envio do ficheiro à Acta Médica Portuguesa.

Legenda das Figuras: Colocada por baixo da figura, gráfico e justificada à esquerda. Gráficos e outras figuras são habitualmente lidos de baixo para cima.

Só são aceites imagens de doentes quando necessárias para a compreensão do artigo. Se for usada uma figura em que o doente seja identificável deve ser obtida e remetida à Acta Médica Portuguesa a devida autorização. Se a fotografia permitir de forma óbvia a identificação do doente, esta poderá não ser aceite. Em caso de dúvida, a decisão final será do Editor-Chefe.

• **Fotografias:** Em formato TIF, JPG, BMP e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

• **Desenhos e gráficos:** Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vectorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. A fonte a utilizar em desenhos e gráficos será obrigatoriamente Arial.

As imagens devem ser apresentadas em ficheiros separados submetidos como documentos suplementares, em condições de reprodução, de acordo com a ordem em que

são discutidas no texto. As imagens devem ser fornecidas independentemente do texto.

#### AGRADECIMENTOS (facultativo)

Devem vir após o texto, tendo como objectivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultoria, assim como contribuições individuais. Cada pessoa citada nesta secção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome.

#### REFERÊNCIAS

Os autores são responsáveis pela exactidão e rigor das suas referências e pela sua correcta citação no texto.

As referências bibliográficas devem ser citadas numericamente (algarismos árabes formatados sobrescritos) por ordem de entrada no texto e ser identificadas no texto com algarismos árabes. **Exemplo:** “Dimethylfumarate has also been a systemic therapeutic option in moderate to severe psoriasis since 1994<sup>13</sup> and in multiple sclerosis<sup>14</sup>.”

Se forem citados mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser indicadas, sendo separadas por traço<sup>5-9</sup>.

Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula<sup>12,15,18</sup>.

As referências são alinhadas à esquerda.

Não deverão ser incluídos na lista de referências quaisquer artigos ainda em preparação ou observações não publicadas, comunicações pessoais, etc. Tais inclusões só são permitidas no corpo do manuscrito (ex: P. Andrade, comunicação pessoal).

As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo National Library of Medicine (NLM) *Title Journals Abbreviations* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

**Notas:** Não indicar mês da publicação.

Nas referências com 6 ou menos Autores devem ser nomeados todos. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de “et al”.

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências.

#### Artigo:

Apelido Iniciais do(s) Autor(es). Título do artigo. Título das revistas [abreviado]. Ano de publicação; Volume: páginas.

1. Com menos de 6 autores

Miguel C, Mediavilla MJ. Abordagem actual da gota. *Acta Med Port.* 2011;24:791-8.

2. Com mais de 6 autores

Norte A, Santos C, Gamboa F, Ferreira AJ, Marques A, Leite C, et al. Pneumonia Necrotizante: uma complicação rara. *Acta Med Port.* 2012;25:51-5.

#### Monografia:

Autor/Editor AA. Título: completo. Edição (se não for a primeira). Vol.(se for trabalho em vários volumes). Local de publicação: Editor comercial; ano.

1. Com Autores:

Moore, K. *Essential Clinical Anatomy*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

2. Com editor:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

#### Capítulo de monografia:

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.

#### Relatório Científico/Técnico:

Lugg DJ. Physiological adaptation and health of an expedition in Antarctica: with comment on behavioural adaptation. Canberra: A.G.P.S.; 1977. Australian Government Department of Science, Antarctic Division. ANARE scientific reports. Series B(4), Medical science No. 0126

#### Documento electrónico:

1. CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

2. Monografia da Internet

Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley TS. *Biostatistics: a methodology for the health sciences* [e-book]. 2nd ed. Somerset: Wiley InterScience; 2003 [consultado 2005 Jun 30]. Disponível em: Wiley InterScience electronic collection

3. Homepage/Website

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

#### PROVAS TIPOGRÁFICAS

Serão da responsabilidade do Conselho Editorial, se os Autores não indicarem o contrário. Neste caso elas deverão ser feitas no prazo determinado pelo Conselho Editorial, em função das necessidades editoriais da Revista. Os autores receberão as provas para publicação em formato PDF para correcção e deverão devolvê-las num prazo de 48 horas.

#### ERRATA E RETRACÇÕES

A Acta Médica Portuguesa publica alterações, emendas ou retracções a um artigo anteriormente publicado. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

#### NOTA FINAL

Para um mais completo esclarecimento sobre este assunto aconselha-se a leitura do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* do International Committee of Medical Journal Editors, disponível em <http://www.ICMJE.org>.