



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

2013/2014

Ana Rita Pereira Eleutério Silva  
Violência nas relações de namoro no  
Norte de Portugal – uma análise  
epidemiológica dos casos mortais e  
não mortais dos anos 2008 a 2012

março, 2014

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Rita Pereira Eleutério Silva  
Violência nas relações de namoro no  
Norte de Portugal – uma análise  
epidemiológica dos casos mortais e  
não mortais dos anos 2008 a 2012

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Medicina Legal**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:**

**Prof. Doutora Teresa Magalhães**

**E sob a Coorientação de:**

**Dr. Nuno Pinto**

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

**Acta Médica Portuguesa**

março, 2014

**FMUP**

Eu, Ana Rita Pereira Eleutério Silva, abaixo assinado, nº mecanográfico 200804437, 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, 17/03/2014

Assinatura conforme cartão de identificação:

Ana Rita Pereira Eleutério Silva

NOME

Ana Rita Pereira Eleutério Silva

CARTÃO DE CIDADÃO OU PASSAPORTE (se estrangeiro)

E-MAIL

TELEFONE OU TELEMÓVEL

13740946

mimed08031@med.up.pt

918123708

NÚMERO DE ESTUDANTE

DATA DE CONCLUSÃO

200804437

17/03/2014

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Medicina Legal

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

Violência nas relações de namoro no Norte de Portugal - uma análise epidemiológica dos casos mortais e não mortais dos anos 2008 a 2012.

ORIENTADOR

Professora Doutora Teresa Magalhães

COORIENTADOR (se aplicável)

Dr. Nuno Pinto

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, 17/03/2014

Assinatura conforme cartão de identificação: Ana Rita Pereira Eleutério Silva

Para o meus pais e irmã por todo o apoio que me deram.

## Introdução

Desde 1994 que a violência doméstica (VD), na qual se inclui a violência nas relações de intimidade (VRI), é entendida como uma doença, tendo em conta a morbilidade e mortalidade associada<sup>1</sup>. Esta perspetiva, tem sido evolutiva nas sucessivas versões da *Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID)*. Esta Organização (OMS) define a VRI como todas as formas de violência sobre um parceiro ou ex-parceiro, independentemente do sexo das pessoas envolvidas e independentemente destas coabitarem ou não. Dessa forma, neste conceito são incluídas diversas formas de relações, sejam presentes ou passadas e independentemente do tipo de relação (de conjugalidade, de união de facto, de namoro ou extra-conjugalidade)<sup>1</sup>.

Em Portugal, e no que concerne ao enquadramento legal da violência nas relações de namoro (VRN), esta prática está consignada desde 2007 no artigo 152º do Código Penal Português (Crime de Violência Doméstica), o qual considera que a vítima pode ser “pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação”<sup>2</sup>. Contudo, apenas na Lei nº19 de 21 de fevereiro de 2013 é que o termo “namoro” passou a estar aí expressamente mencionado, com a seguinte redação: “ (...) a pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação”<sup>3</sup>. Num acórdão da Relação do Tribunal de Coimbra (processo nº 632/10.9PBAVR.C1), pode-se ler que “a relação de namoro cabe na previsão do art.152º do C.P. desde que o abuso decorra de um poder de facto proveniente dessa relação afectiva entre o agressor e a vítima que coloque, esta última, em situação de dependência económica e/ou emocional.”

Mas, geralmente, a violência e o abuso perspectivam-se mais como a ameaça ou o uso da força física levado a cabo com intenção de causar dor ou ferir o outro no contexto da relação amorosa<sup>4</sup>, o que acaba por ser redutor uma vez que apenas se engloba aqui a violência física, deixando de parte a violência psicológica e sexual, não menos importantes<sup>5</sup>. Assim, a VRN deve ser sempre considerada sob o ponto de vista dos diversos tipos de abuso, não apenas físico mas, também, psicológico, sexual, exploração económica, destruição de bens de carácter afetivo ou de animais de estimação, entre outros<sup>5</sup>.

A violência física inclui geralmente pontapés, bofetadas, empurrões, arremesso de objetos, apertões, puxões de cabelo, mordeduras ou tentativa de esganadura<sup>6</sup>, mas casos há em que se recorre ao uso de instrumentos, algumas vezes de carácter vulnerante, como armas brancas ou armas de fogo, ou ainda a outras modalidades, como queimaduras com fogo ou produtos cáusticos. A violência psicológica pode ser definida como qualquer ato não físico realizado com a intenção de magoar o parceiro, podendo incluir elementos diretos ou indiretos, verbais ou não verbais (e.g., insultar, difamar, impedir o contacto com outras pessoas, ameaçar, etc.), apenas se

considerando este tipo de abuso quando surge de forma isolada pois, na verdade, ele está sempre presente em qualquer outra situação de violência<sup>7</sup>. A violência sexual pode ser entendida como qualquer tipo de contacto sexual sem consentimento, incluindo a violação ao controlo dos direitos reprodutores<sup>8</sup> ou seja, é definida como qualquer ato sexual, esforço para obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais não desejadas e atos de tráfico sexual, através de coação, tentativa ou consumação de uso da força física por qualquer pessoa que tenha uma relação com a vítima<sup>9</sup>. São exemplos de violência sexual, forçar a outra pessoa a manter atos sexuais contra a sua vontade, incitação à prostituição ou práticas sado-masoquistas. No entanto, no caso da VRI e designadamente de VRN, este tipo de abuso não é muitas vezes entendido pela vítima como tal, dadas as questões socioculturais e relacionais que as levam a aceitar estas práticas como comportamentos que se enquadram dentro das competências da relação afetiva que assumiram.

Assim, dado que a questão da VRN parece assumir proporções importantes com consequências muito relevantes em termos sociais e de saúde para as vítimas, tratando-se de uma matéria pouco debatida e valorizada (designadamente em termos sociais), sobretudo naquelas relações que, envolvendo indivíduos sem coabitação, nem filhos em comum, se considera tratar-se apenas de “arrufos” entre namorados, o objetivo do presente estudo é contribuir para aprofundar o conhecimento sobre esta realidade, designadamente numa amostra portuguesa. Os objetivos específicos consistem na caracterização sociodemográfica dos alegados implicados (vítima e abusador), dos tipos de abuso e das consequências daqui resultantes para a vítima.

## **Amostra e Métodos**

Foi efetuada uma análise retrospectiva cujos critérios de inclusão da amostra foram os seguintes: (1) casos de alegada violência doméstica; (2) praticados contra pessoas, independentemente do sexo; (3) supostamente pelo namorado, garantindo-se ausência de coabitação, casamento ou filhos entre ambos; (4) observados na delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P., entre os anos de 2008 a 2012; (5) em que o exame médico forense e o relatório social estivessem concluídos. Encontraram-se 560 casos de alegada VRN, sendo que desses se excluíram 227 por não ter sido produzido relatório social (o que por norma não tem lugar em todas as situações). A amostra final foi assim constituída por 333 casos.

Os dados foram colhidos a partir de uma ficha de colheita elaborada para o efeito, a partir do relatório médico-forense e do relatório social e foram estudados usando o SPSS 21.0®. Foi feito um estudo descritivo.

## Resultados

### *Caracterização da alegada vítima*

A quase totalidade das vítimas (93%; n=310) eram do sexo feminino. A faixa etária situava-se entre os 15 e os 72 anos, com uma média de idades de 29 anos (SD=11.5) e uma mediana de 25 anos. As restantes características, resumem-se na tabela 1. A maioria eram solteiras (69.5). À data do evento, 57.7% tinham concluído pelo menos o 9º ano mas mais de um quarto eram ainda estudantes (28%). Em termos de antecedentes pessoais de relevo, 17.8% (n=60) tinham doença psiquiátrica conhecida, não tendo havido nenhum relato de doença invalidante. Em 7.7% dos casos havia história de consumo regular de álcool e em 10.1% de drogas de abuso. Em 4.6% havia antecedentes de comportamentos desviantes. Em 25.8% (n=86) dos casos as vítimas referiram ter sofrido abusos na infância ou juventude por parte de um membro da família.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da vítima (n=333)

		n (%)
Estado civil	Solteiro	231 (69.5)
	Divorciado	63 (19)
	Casado	17 (5.0)
	Separado	12 (3.5)
	Viúvo	10 (3)
Escolaridade	9º ano ou menos	192 (57.7)
	Ensino secundário	102 (30.6)
	Licenciatura	39 (11.7)
Profissão	Científica, técnica, artística ou similar	27 (8.0)
	Administrativo ou similar	8 (2.5)
	Trabalhador da indústria	3 (1.0)
	Serviços pessoais, domésticos ou similares	92 (27.5)
	Comércio e vendedores	28 (8.5)
	Estudante	93 (28)
	Reformado	7 (2.0)
	Desempregado	75 (22.5)
Consumo regular de substâncias	Álcool	26 (7.7)
	Haxixe	24 (7.1)
	Cocaína, LSD, heroína, outras drogas de abuso	10 (3)
Tipo de comportamento desviante	Roubo	2 (0.5)
	Tráfico de droga	12 (3.6)
	Outro motivo	2 (0.5)

### Caracterização do alegado abusador

A quase totalidade dos abusadores (93%; n=310) eram do sexo masculino. A faixa etária situava-se entre os 16 e os 75 anos, com uma média de idades de 31 anos (SD=12) e uma mediana de 28 anos. As restantes características resumem-se na tabela 2. Em relação ao estado civil, a grande maioria eram solteiros (70.2%) e à data do evento 64.2% tinham concluído pelo menos o 9º ano. Cerca de um terço estavam desempregados (33.5%). Em apenas 3% dos casos foi descrita doença psiquiátrica conhecida, sem relato de doença invalidante. Em 37.2% havia história de consumo regular de álcool e em 55% de consumo de drogas de abuso. Em 30.3% foram referidos comportamentos desviantes e em 44% história de abusos na infância ou juventude por parte de um membro da família (sendo que em 45.5% dos casos não foi possível obter informação sobre esta variável).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfico do abusador (n=333)

		n (%)
Estado civil	Solteiro	236 (70.9)
	Divorciado	42 (12.8)
	Casado	49 (14.9)
	Separado	5 (1.6)
	Viúvo	1 (0.5)
Escolaridade	9º ano ou menos	214 (64.2)
	Ensino secundário	93 (27.9)
	Licenciatura	26 (7.9)
Profissão	Científica, técnica, artística ou similar	16 (4.7)
	Administrativo ou similar	2 (0.5)
	Trabalhador da indústria	24 (7.3)
	Serviços de proteção, segurança, pessoais ou similares	94 (28.3)
	Comércio e vendedores	42 (12.6)
	Estudante	35 (10.5)
	Reformado	3 (1.0)
	Desempregado	112 (33.5)
	Outra condição	5 (1.6)
Consumo regular de substâncias	Álcool	124 (37.2)
	Haxixe	119 (35.7)
	Cocaína, LSD, heroína ou outras drogas de abuso	64 (19.3)
Tipo de comportamento desviante	Roubo	23 (6.8)
	Tráfico de droga	23 (6.8)
	Ofensas à integridade física	56 (16.7)
	Violência doméstica	14 (4.3)
	Outro motivo	51 (15.4)

### *Caracterização do namoro e da violência*

A média de diferença de idades entre a vítima e o abusador foi de 4.5 anos (SD=4.6), a média da duração da relação de namoro foi de 27.7 meses (SD=32.829) e a média da duração do abuso foi de 19 meses (SD=30.223). Quanto ao tipo de abusos relatados pela vítima, verificou-se que 19% (n=63) se queixavam de violência física, 80% (n=267) de violência física e psicológica ao passo que apenas 1% (n=3) relatou violência física, psicológica e sexual. As agressões ocorriam, maioritariamente, em espaços públicos (63%, n=210), tendo as vítimas em 87% (n=290) dos casos apresentado uma denúncia da agressão; no entanto, em 63.5% (211) nunca procuraram cuidados de saúde em virtude dos danos sofridos. Em 2.5% (n=8) os alegados abusadores possuíam arma branca, sendo a percentagem igual para as armas de fogo. De realçar que não foram encontrados casos de relações de namoro, presentes ou passadas, entre pessoas do mesmo sexo na amostra estudada.

### *Conclusões das perícias médico-legais*

Avaliando a perícia médico-legal, em 76.5% (n=255) dos casos foi considerado existir nexo de causalidade entre o evento traumático descrito e o dano observado, tendo o mecanismo da lesão sido maioritariamente contundente (98.6%; n=328). A quase totalidade dos casos não deixaram sequelas físicas (98%; n=326). Quanto ao número de dias de doença no contexto da agressão, a média foi de 6.9 dias (SD=7.656). Não se verificou em nenhum caso perigo em concreto para a vítima.

### *Discussão*

Nos dias que correm, a violência nas relações de namoro é um problema sério, que afeta não só o indivíduo a nível pessoal mas também o bem-estar da família<sup>10-11</sup>. O termo namoro, como já referido, apenas há muito pouco tempo passou a fazer parte do Código Penal Português e dessa forma passou a ser visto como uma forma de comportamento integrante do crime de violência doméstica.

Dados relativos ao ano de 1998 dos Estados Unidos da América, reportaram que cerca de um milhão de crimes foram cometidos contra as pessoas, pelos seus atuais ou exconjuges, namorados ou namoradas, sendo que aproximadamente 85% destes crimes foram cometidos contra mulheres<sup>12</sup>. Neste estudo, em que apenas as relações de namoro foram incluídas, verificou-se que as mulheres continuam a ser as mais afetadas por este tipo de violência (93% dos casos).

Esta percentagem pode não ser representativa da população geral, uma vez que apenas se obteve através dos casos que realmente chegam a avaliação pericial médico-legal, devendo haver muitos mais casos de violência nas relações de intimidade que não chegam a apresentar queixa, pelo que podemos estar a subestimar o número de homens que realmente sofrem deste problema, pois numa grande maioria dos casos os homens tendem a não reportar, especialmente por causa do medo de serem ridicularizados<sup>13</sup>.

A violência nas relações de intimidade é um problema transversal que afeta as pessoas de todas as idades<sup>10,14</sup>. Neste estudo, verificou-se que a média de idades da vítima era de 29 anos e a mediana de 25 anos. Estes dados estão em concordância com o que está descrito na literatura, em que as mulheres mais jovens têm mais propensão a experienciar violência nas relações de intimidade<sup>12</sup>.

Vários estudos tentaram identificar os fatores de risco relacionados com a VRI, de forma a poderem preveni-la<sup>11,15-17</sup>. Alguns destes fatores de risco como o nível educacional, o consumo de álcool ou abuso de drogas e o facto de terem sofrido violência na infância ou juventude foram analisados neste estudo<sup>11,15-17</sup>. De acordo com estes estudos, seria expectável que a maioria das vítimas tivesse um baixo nível educacional. Contudo, verificou-se que em quase metade dos casos (42.3%), as vítimas tinham completado o ensino secundário ou superior e mesmo no que diz respeito aos abusadores, cerca de 36% também haviam concluído o ensino secundário ou a licenciatura. No que concerne aos antecedentes de violência na infância ou juventude, verificou-se que em 25.8% das vítimas haviam sofrido este tipo de práticas, disparando esse número para 44% nos abusadores; de salientar ainda que nos abusadores esse valor pode estar subestimado uma vez que em 45.5% dos casos essa variável não estava presente nos relatórios sociais. Em relação à análise feita ao consumo de substâncias, quer por parte da vítima, quer por parte do abusador, obteve-se que 7.7% das vítimas tinham consumo regular de álcool vs 37.2% dos abusadores; 7.1% das vítimas eram consumidoras regulares de haxixe ao passo que nos abusadores esse valor era de 35.7%; no que tocava ao consumo regular de cocaína, LSD, heroína ou outras drogas de abuso, verificou-se isso em 3% das vítimas e em 19.3% dos abusadores. Nesta análise feita ao consumo de substância há uma consideração muito importante a fazer, uma vez que o relatório social é feito por entrevista à vítima, não comparecendo o alegado abusador no exame; isso faz com que, por um lado, a vítima possa subestimar o seu consumo de substâncias e por outro lado possa exagerar no consumo de substâncias por parte do abusador, de modo que estes números devem ser interpretados com cuidado. Na literatura está descrito um efeito pequeno a moderado entre o uso de álcool e a perpetração da VRI<sup>18</sup>, estando também descrito que o abuso agudo de álcool pode promover episódios de agressão, mas apenas sob condições de interações negativas entre os parceiros<sup>19</sup>. Em relação ao consumo de cocaína e haxixe, também foi observado um efeito pequeno a moderado entre o seu consumo e a perpetração da violência física, psicológica e sexual nas relações de intimidade<sup>20,21</sup>.

A associação entre a vítima ter um problema psicopatológico e a VRI não está totalmente compreendido<sup>13</sup>. Neste estudo, 17.8% das vítimas tinham uma doença psiquiátrica conhecida. As doenças psiquiátricas e psicológicas, como depressão, stresse e sintomas psicossomáticos podem ser por si só consequências da violência infligida<sup>22</sup>.

No que diz respeito ao tipo de violência praticada, na literatura sugere-se que a psicológica é a mais comum, seguido da violência física e, por último, da sexual<sup>19</sup>. Neste estudo, obteve-se que 80% das vítimas se queixavam de agressão física e psicológica, 19% apenas de violência física e 1% de violência física, psicológica e sexual. Estes resultados vão de acordo com o expectável, uma vez que os estudos que incluíram as diversas formas de violência, sugeriram que estas estariam interligadas, como o facto de o abuso verbal predispor à agressão física<sup>24-26</sup>.

A média do número de dias de doença situou-se nos 6,86 dias (SD=7,656) e em 98% dos casos evoluíram para a cura. Estes resultados são consistentes com os encontrados noutros estudos sobre o mesmo assunto<sup>13,14,27,28</sup>. A VRI pode ter efeitos psicológicos negativos sobre as vítimas<sup>22</sup>, contudo, estes possíveis efeitos não foram estudados nesta amostra.

### **Limitações do estudo**

Uma das limitações principais é o seu carácter retrospectivo, que não permite recolher informações sobre todas as variáveis. Como já referido, a experiência acerca da violência e a informação sobre o alegado abusador são apenas prestadas pela vítima, o que pode ser uma fonte de viés, como viés de memória e o facto de apenas se terem incluído no estudo os casos em que as vítimas apresentaram queixa-crime, pois são estes que chegam aos serviços médico-legais. Por outro lado, não foi possível obter dados para a população homossexual. Por último, e apesar da sua relevância, não foi possível estudar as sentenças judiciais dos casos incluídos no estudo.

### **Conclusões**

Os resultados deste estudo permitem concluir:

- a) Que a violência nas relações de namoro é algo frequente e preocupante sob o ponto de vista social, sendo que é necessário proceder a mais campanhas de modo a sensibilizar as pessoas para a sua existência;
- b) A maioria das vítimas (93%) são mulheres em idade jovem;
- c) Ao contrário do expectável, quase metade das vítimas e cerca de um terço dos abusadores são pessoas com instrução;
- d) O consumo de substâncias está presente numa grande proporção dos alegados abusadores, por isso, campanhas educacionais e preventivas sob este ponto de vista poderiam ser benéficas na diminuição da VRI;

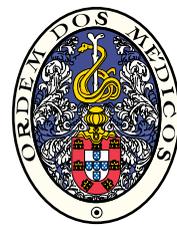
- e) A agressão física e psicológica costumam ocorrer em conjunto, habitualmente a agressão psicológica precedendo a agressão física, sendo importante tentar agir antes da agressão física ter início;
- f) Apesar de em 98% dos casos as lesões terem evoluído para a cura, não se deve negligenciar a violência nas relações de namoro, pois podem trazer consequências nefastas para a vítima sob o ponto de vista psicológico e social; dessa forma, seria interessante acompanhar prospectivamente as vítimas e ver quais as consequências a esses níveis no seu dia-a-dia.

## Bibliografia

1. Pinto, Nuno Ferreira. Violência nas relações de intimidade: perspectiva da medicina geral e familiar; 2012;
2. Beleza, Teresa Pizarro. Violência doméstica – jornadas sobre a revisão do código penal; 2007;
3. Lei 19/2013. Diário da República. 1.ª série. 37 (2013-02-21) 1096-1098;
4. Lewis, S. F. & Fremouw, W. Dating violence: a critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*; 2001, 21(1): 105-127;
5. Shorey, R. C., Cornelius, T. L., & Bell, K. M. A critical review of theoretical frameworks for dating violence: Comparing the dating and marital fields. *Aggression and Violent Behavior*; 2008a, 13:185–194.
6. Mouzos J & Makkai T. Women's experiences of male violence in Australia: Findings from the Australian component of the International Violence Against Women Survey (IVAWS) *Research and Public Policy Series*, 56. Canberra: Australian Institute of Criminology; 2004.
7. Jenkins, S. S. & Aubé, J. Gender differences and gender related constructs in dating aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin*; 2002, 28(8): 1106-1118.
8. Abraham, M. Sexual abuse in south asian immigrant marriages. *Violence Against Women*; 1999, 5: 591-619.
9. Jewkes, R., Sen, P., García-Moreno, C. "Sexual violence". In: E. G. Krug et al. (Eds.) *World report on violence and health*. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde; 2002.
10. Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B., Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
11. Harvey A., Garcia-Moreno C., Butchart A. Primary prevention of intimate-partner violence and sexual violence: Background paper for WHO expert meeting. World Health Organization; 2007.
12. Rennison, C.M. & Welchans, S. *Intimate partner violence*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics; 2000.
13. George M.J. Riding the donkey backwards: men as the unacceptable victims of marital violence. *J Men's Stud*; 1994; 3(2): 137-59.
14. Capaldi D.M, Owen L.D. Physical aggression in a community sample of at-risk young couples: gender comparisons for high frequency, injury and fear. *J Fam Psychol*; 2001; 15(3): 425-40.
15. Hamel J. Toward a gender-inclusive conception of intimate partner violence research and theory: Part 2 - New directions. *Int J Men's Health*; 2009; 8(1): 41-59.

16. Riggs D.S., Caulfield M.B., Street A.E. Risk for domestic violence: factors associated with perpetration and victimization. *J Clin Psychol*; 2000; 56(10): 1289-316.
17. Shoreym R.C., Stuart, G.L., Cornelius, T.L.. Dating violence and substance use in college students: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*; 2011; 16: 541-550.
18. Foran, H.M. & O'Leary, K.D. Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*; 2008; 28, 1222-1234.
19. Leonard, K.E. Drinking patterns and intoxication in marital violence: Review, critique and future directions for research. U.S. Department of Health and Human Services, Research Monograph 24: Alcohol and Interpersonal Violence: Fostering Multidisciplinary Perspectives; 1993, pp.253-280. Rockville, MD: National Institutes of Health.
20. Moore, T.M & Stuart, G.L. A review of the literature on marijuana and interpersonal violence. *Aggression and Violent Behaviour*; 2005, 10, 171-192.
21. Moore, T.M, Stuart, G.L., Meehan, J.C., Rhatigan, D.L., Hellmuth, J. & Keen, S. Drug use and aggression between intimate partners: A meta-analytic review; 2008, 28:247-274.
22. Hines, D.A., Malley-Morrison. Psychological effects of partner abuse against men: a neglected research area. *Psychol Men Masculinity*; 2001; 2(2):313-51.
23. Teten, A.L., Ball, B., Valle, L.A., Noonan, R. & Rosenbluth, B. Considerations for the definition, measurement, consequences and prevention of dating violence victimization among adolescent girls. *Journal of Women's Health*; 2009; 18(7): 923-927.
24. Hyden, M. Verbal aggression as a prehistory of woman battering. *Journal of Family Violence*; 1995; 10:55-71.
25. Ryan, K.M. Do courtship-violent men have characteristics associated with a "battering personality". *Journal of Family Violence*; 1995; 10:99-120.
26. Stets, J.E. & Henderson, D. Contextual factors surrounding conflict resolution while dating: Results from a national study. *Family Relations*; 1991; 40: 29-36.
27. Archer, J. Sex differences in Aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychol Bull*; 2000; 126(5): 651-80.
28. Strauss, A.M. Women's violence is a serious social problem. In: Loseke DR, Geles RJ, Cavanaugh MM, editors. *Current controversies on family violence*. 2nd edition. Newbury Park: Sage Publications; 2005; p.55-77.

# 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://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>.