

|

U. PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2016/2017

Carla Sofia Ferreira Silva

Determinantes na opinião sobre eutanásia numa
amostra de médicos portugueses

Determinants in the opinion about euthanasia in a
sample of portuguese physicians

FMUP

março, 2017

U. PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Carla Sofia Ferreira Silva

Determinantes na opinião sobre eutanásia numa
amostra de médicos portugueses
Determinants in the opinion about euthanasia in a
sample of portuguese physicians

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Bioética

Tipologia: Dissertação

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Professor Doutor Miguel Ricou**

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

março, 2017

FMUP

Eu, Carla Sofia Ferreira Silva, abaixo assinado, nº mecanográfico 200204013, 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, 17/03/2017

Assinatura conforme cartão de identificação:

Carla Sofia Silva

NOME

Carla Sofia Ferreira Silva

NÚMERO DE ESTUDANTE

200204013

E-MAIL

mimed09265@med.up.pt

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Bioética

TÍTULO DISSERTAÇÃO

Determinantes na opinião sobre eutanásia numa amostra de médicos portugueses

ORIENTADOR

Professor Doutor Miguel Ricou

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input checked="" type="checkbox"/>
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TRABALHO (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input type="checkbox"/>
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA TRABALHO.	<input type="checkbox"/>

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 17/03/2017

Assinatura conforme cartão de identificação:

Carla Sofia

Dedicatória

“A humanidade tem de se reencontrar. No mundo apressado em que vivemos temos de olhar à nossa volta. Basta darmos no mínimo um minuto por dia e daremos seis horas por ano aos nossos semelhantes.”

João Ribeiro da Silva

Dedico este trabalho a todos os que me cederam “um minuto” do seu tempo, e aqueles que todos os dias me ajudam a reencontrar.

**Determinantes na opinião
sobre eutanásia numa
amostra de médicos
portugueses**

**Determinants in the opinion
about euthanasia in a
sample of portuguese
physicians**

Sofia Silva

**Departamento de Medicina da Comunidade e de Informação e
Decisão em Saúde**

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Alameda Prof. Hernâni Monteiro

4200-319 Porto

Portugal

E-mail para contacto: mimed09265@med.up.pt

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Determinantes na opinião sobre eutanásia numa amostra de médicos portugueses

Resumo

Introdução: O objetivo deste estudo é estabelecer potenciais determinantes na opinião dos médicos portugueses sobre eutanásia e verificar se o confronto com cenários concretos influencia essa opinião.

Material e Métodos: Foi distribuído um questionário, por correio eletrónico e em versão em papel, a médicos de diversas especialidades mais ligadas à potencial prática da eutanásia. A primeira parte do questionário incluía dados pessoais e profissionais relevantes para o estudo e opinião geral sobre a legalização da eutanásia em Portugal. Na segunda parte do questionário pesquisou-se o grau de concordância com a aplicabilidade da eutanásia a situações concretas.

Resultados: Num total de 251 médicos que participaram no estudo, 58.2% foi a favor da legalização da eutanásia em Portugal. Uma análise univariável demonstrou que médicos mais novos, com menos experiência profissional e sem crenças religiosas representam uma proporção significativamente superior na resposta favorável à legalização da eutanásia. Na maioria dos cenários que compreendiam o conceito de eutanásia voluntária a concordância com a aplicabilidade da eutanásia ronda os 55%. Em cenários onde estava explícito o conceito de eutanásia não voluntária, mais de 60% dos médicos discordam com a aplicabilidade da mesma.

Discussão e Conclusão: Parece ser claro que o mais relevante na decisão de concordância com a aplicabilidade da eutanásia será o respeito pela autonomia do doente, concomitantemente à existência de sofrimento. Independentemente de reconhecermos limitações na representatividade da amostra do nosso estudo, entendemos que dele resultam indicadores importantes na forma como os médicos encaram a prática da eutanásia, que estudos futuros poderão vir a sustentar.

Palavras Chave: Eutanásia, Médico, Morte assistida, Sofrimento

Determinants in the opinion about euthanasia in a sample of portuguese physicians

Abstract

Introduction: The objective of this study is to establish potential determinants in the opinion of Portuguese physicians about euthanasia and to verify if the confrontation with concrete scenarios influences their opinion.

Material and Methods: A questionnaire was sent, via e-mail and in paper version, to physicians of various specialties more related to the potential practice of euthanasia. The first part of the questionnaire included personal and professional data relevant to the study and general opinion on the legalization of euthanasia in Portugal. In the second part of the questionnaire we investigated the degree of agreement with the applicability of euthanasia to concrete situations.

Results: From a total of 251 physicians who participated in the study, 58.2% were in favor of the legalization of euthanasia in Portugal. A univariate analysis has shown that younger doctors with less professional experience and no religious beliefs account for a significantly higher proportion in the favorable response to the legalization of euthanasia. In most scenarios that included the concept of voluntary euthanasia, concordance with the applicability of euthanasia was around 55%. In scenarios where the concept of non-voluntary euthanasia was explicit, more than 60% of physicians disagree with its applicability.

Discussion and Conclusion: It seems clear that the most relevant in the decision to agree with the applicability of euthanasia will be the respect for the patient's autonomy, concomitantly to the existence of suffering. Regardless of limitations in the representativeness of our study sample, we believe it resulted in a gathering of important indicators regarding the way doctors understand the euthanasia practice. This may also be supported by future studies.

Keywords: Assisted death, Euthanasia, Physician, Suffering

1. Introdução

A eutanásia continua a ser um tópico controverso tanto na opinião pública como científica.¹ Trata-se de um tema sensível, uma vez que envolve princípios éticos, jurídicos, religiosos e morais.^{2, 3} Existe uma série de paradoxos que tornam a questão complicada e difícil de regulamentar, sendo difícil estabelecer a fronteira entre os casos aceitáveis e os não aceitáveis.⁴

Eutanásia, deriva do grego “boa morte”, e consiste na morte de uma pessoa, a seu pedido, por outra pessoa que acolhe o seu pedido e pratica um ato intencional destinado a produzir a morte.⁵⁻⁷

Ao longo das duas últimas décadas, atos de legalização em alguns países da Europa ocidental e o aumento da aceitação pelo público em geral associado a mudanças na sociedade em termos de escolaridade, secularização e maior valorização da liberdade individual, têm estimulado a polarização em relação a uma "boa morte".^{1, 8-10}

No contexto de uma maior esperança média de vida, aumento do risco de comprometimento funcional na velhice e doença crónica, mas também avanços médicos em relação à extensão de vida artificial, tornam-se cada vez mais raros casos de morte natural.^{1, 3, 11} Já dizia J.H. van den Berg em 1969, que a medicina moderna, com as suas novas possibilidades tecnológicas, seria contraproducente em muitos casos e até cruel, desde o momento em que seja orientada pela determinação ética tradicional de manter, tratar e proteger a vida.⁴ A medicina pode ter um impacto negativo ao preservar a existência biológica em detrimento de uma vida pessoal com significado.⁴ Com base neste entendimento, o conceito de morte digna ou boa morte começou a ser abordado na área da saúde.¹¹

Um estudo da Eurosondagem feito em Portugal em março de 2016, ainda que não publicado, mostrou que 67,4% da amostra constituída por cidadãos portugueses adultos defende a legalização da eutanásia em Portugal, com apenas 22,1% contra, enquanto 10,5% não sabe ou não responde. Em 2008, um estudo da mesma empresa, também não publicado, mostrava que 50,1% dos portugueses aceitavam a prática, contra 39,3% que eram contra.¹²

A atitude das pessoas em relação a assuntos controversos pode mudar num pequeno espaço de tempo. Estas mudanças não estão necessariamente associadas a mudanças na lei ou campanhas informativas. As mudanças podem ser despoletadas simplesmente por apresentação de casos específicos emblemáticos.¹³

Em Portugal, tal como em outros países, o debate público e os pontos de vista em relação à eutanásia são constantemente alimentados por casos específicos. Num estudo

realizado com médicos franceses (n=413) verificou-se que 48,5% era favorável à eutanásia em geral, no entanto quando se falou de um caso específico (Vicent Humbert que ficou tetraplégico, surdo e cego após um acidente e pede eutanásia) a percentagem de favoráveis subiu para 59,6%.¹⁴

Num outro estudo de comparação entre França, Espanha e Portugal, com participantes da população geral, constatou-se que o perfil de aceitação ou não aceitação em relação à eutanásia aplicada a casos específicos, foi muito semelhante entre estes países. Sempre que a autonomia do doente foi respeitada (por exemplo eutanásia voluntária num doente completamente dependente), o procedimento em questão foi considerado aceitável. Quando o cenário não levava em consideração a autonomia do doente (por exemplo eutanásia não voluntária num doente em coma), o procedimento foi considerado inaceitável.¹³

A eutanásia permanece uma das preocupações do ser humano contemporâneo. As opiniões divergem e os prós e contras apontados são inúmeros. De uma forma ou de outra, dificilmente alguém propõe a realização da eutanásia nas sociedades atuais sem a participação ativa dos médicos. Isto porque ao considerar aceitável a eutanásia será por atendê-la como parte da intervenção médica, uma vez que estarão em causa pessoas doentes que não terão outra resposta para o seu sofrimento. Importa, portanto, auscultar a opinião destes profissionais quanto à prática e legalização da eutanásia, e tentar perceber se a mesma poderá fazer parte do tratamento médico, no entendimento de funcionar como um prolongamento do tratamento com alívio do sofrimento.

Não há uma noção clara sobre a opinião dos médicos acerca da legalização da eutanásia, uma vez que os estudos existentes são contraditórios.¹⁴⁻¹⁸

O objetivo deste estudo é auscultar a opinião dos médicos portugueses das especialidades de anestesiologia, medicina geral, medicina interna, oncologia médica e psiquiatria, quanto à prática e legalização da eutanásia, estabelecer potenciais determinantes de uma opinião favorável sobre a eutanásia, e verificar se o confronto com cenários concretos influencia a opinião dos médicos em relação ao tema. Escolhemos estas especialidades médicas por acreditarmos que serão mais vezes confrontadas com decisões envolvendo a eutanásia.

2. Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, não experimental, descritivo simples e baseado num questionário anónimo. Depois do desenho do questionário, foi levada a cabo a aplicação do mesmo a uma amostra de 10 médicos, em duas ocasiões sucessivas com um hiato de aproximadamente 1 semana, com vista a avaliar a reprodutibilidade de cada um dos itens do questionário. Foi-lhes pedido que completassem o questionário e que emitissem comentários em relação à relevância e coerência das questões e sugerissem alguma alteração necessária. Foram realizadas pequenas alterações consideradas pertinentes, de acordo com as sugestões.

A versão definitiva do questionário foi distribuída, por correio eletrónico ou em versão em papel, a médicos das especialidades de anesthesiologia, medicina geral e familiar, medicina interna, oncologia médica e psiquiatria. Realizou-se uma amostragem de conveniência em 6 hospitais e 15 centros de saúde da região norte de Portugal. O contacto foi estabelecido com os diretores de serviço das respetivas especialidades, tendo sido solicitada a colaboração dos interessados dos serviços em questão.

A primeira parte do questionário (anexo 1) incluía dados sociodemográficos, crenças religiosas, dados relativos à especialidade médica exercida, tempo de experiência profissional, formação na área de cuidados paliativos e intensivos, se já acompanhou alguma pessoa próxima num processo de doença terminal e a opinião geral sobre a legalização da eutanásia em Portugal.

Na segunda parte do questionário foi solicitada a opinião numa escala bipolar de 1-6 (em que 1=discordo totalmente e 6=concordo totalmente) em relação à concordância com a aplicabilidade da eutanásia a situações concretas, que incluíam casos de doença incurável, doença terminal, eutanásia voluntária e eutanásia não voluntária. O questionário de autopreenchimento foi aplicado no período de julho a novembro de 2016.

O estudo foi aprovado pelo Comité de Ética do Departamento de Ciências Sociais e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto no dia 13 de junho de 2016. Todos os indivíduos foram informados sobre o objetivo e desenho do estudo e participaram voluntariamente após darem o seu consentimento informado. Foram respeitadas todas as regras de confidencialidade inerentes a um estudo deste tipo.

A análise dos dados foi executada usando a versão 24.0 do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Os dados estão expressos em frequência e percentagem para as

variáveis categóricas. As opiniões em relação à aplicabilidade da eutanásia a situações concretas, inicialmente colhidas numa escala bipolar de 6 pontos, foi recodificada numa variável binária. Valores de 1 a 3 representam discordância e valores de 4 a 6 representam concordância. Foi utilizado o teste do Qui-quadrado de Pearson para testar a hipótese de independência entre variáveis categóricas e para comparar proporções entre as categorias de variáveis. Para estudar os fatores preditores da opinião dos médicos relativamente à legalização da eutanásia foram utilizados modelos de regressão logística univariável e multivariável. Os modelos de regressão logística foram avaliados quanto à capacidade global de discriminação usando uma análise de área sobre a curva ROC e a qualidade do ajustamento usando o teste de Hosmer-Lemeshow. A significância estatística foi definida para valores de $p < 0.05$.

3. Resultados

No total, participaram 251 médicos no estudo. A tabela 1 apresenta as características da amostra. Não houve dados omissos. Entre os participantes estavam 27.9% especialistas em medicina interna, 26.7% especialistas em medicina geral e familiar, 23.5% anestesiólogos, 18.3% psiquiatras e 3.6% oncologistas. A maioria dos participantes encontrava-se na faixa etária dos 25-45 anos (59%), alguns entre os 46-65 anos (36.7%) e uma minoria com mais de 65 anos (4.4%). Em 59% das respostas os indivíduos eram do sexo feminino, e 41% do sexo masculino. A grande maioria da amostra identifica-se como crente em relação à religiosidade (71.3%). Em relação à experiência profissional, 48.2% da amostra tem entre 0-10 anos, 14.3% entre 11-20 anos, e 37.5% mais de 20 anos. Em resposta às perguntas sobre áreas de formação específicas, observou-se que a maioria não tinha formação em cuidados paliativos (79.3%) e também uma maioria não tinha formação em cuidados intensivos (59.4%). Quando questionados se já tinham acompanhado alguma pessoa próxima num processo de doença terminal, 76.9% responderam que sim.

Mais de metade da amostra foi a favor da legalização da eutanásia em Portugal (58.2%). Uma análise univariável (tabela 2) demonstrou que médicos mais novos, com menos experiência profissional e sem crenças religiosas representam uma proporção significativamente superior na resposta favorável à legalização da eutanásia. Relativamente aos grupos por sexo, especialidade médica, formação em cuidados paliativos, formação em cuidados intensivos, e acompanhamento de pessoa próxima com doença terminal, verificámos não existir diferenças estatisticamente significativas. Baseado na análise multivariável dos dados (tabela 2), apenas as crenças religiosas e a experiência profissional revelaram ser preditores independentes de resposta à legalização da eutanásia em Portugal.

A análise do grau de concordância em relação à aplicabilidade da eutanásia em cenários concretos está resumida nas tabelas 3 e 4. Em ambas as tabelas foram apresentados os resultados para a população total numa coluna e depois em duas colunas separadas são apresentados os resultados em função da resposta favorável ou desfavorável à legalização da eutanásia em Portugal, para cada um dos cenários.

Em relação aos cenários das alíneas a), b) e c) as médias de resposta foram aproximadamente 3.5 (concordância na escala de 1-6) com um desvio padrão (DP) de aproximado de 1.8. Quando são simulados cenários em adultos com doença incurável com dor intensa (alínea a)), doença incurável muito incapacitante (alínea b)) e doença terminal com sofrimento insuportável (alínea c)), a maioria dos médicos concordou com

a aplicabilidade da eutanásia. Quando comparámos os grupos favoráveis com os desfavoráveis à legalização da eutanásia em Portugal houve uma correspondência com concordância e discordância, respetivamente, da aplicabilidade da eutanásia a estes cenários.

Os resultados para as alíneas d), e) e f) pareceram abordar cenários mais controversos com níveis médios de concordância inferiores 3, embora com menor variabilidade que os três primeiros cenários, uma vez que os DP são menores. Nos cenários da alínea d) adulto com doença terminal, mas ainda com qualidade de vida, e alínea e) adulto com doença incurável com incapacidade permanente de manifestar vontade em que os familiares pedem eutanásia afirmando que seria a vontade do doente, em ambos os grupos, favoráveis e desfavoráveis à legalização da eutanásia em Portugal, a opinião média é contra a aplicabilidade da eutanásia. Por sua vez, no cenário f) criança com doença incurável e dores insuportáveis em que os pais pedem eutanásia, embora a média de respostas da amostra seja 2.8 (DP:1.7), no grupo de favoráveis à legalização da eutanásia em Portugal a média é 3.6 (DP:1.5), e no grupo de desfavoráveis a média é 1.7 (DP:1.1).

Após recodificação das respostas à aplicabilidade da eutanásia em cenários concretos em variáveis binárias (tabela 4) confirmou-se que apesar da mais de metade da amostra ser a favor da legalização da eutanásia em Portugal, quando deparados com cenários concretos podem não concordar com a aplicabilidade da mesma. Nos três primeiros cenários (alíneas a), b) e c)) a concordância com a aplicabilidade da eutanásia ronda os 55%. Por sua vez os três últimos cenários (alíneas d), e) e f)) existe uma maior percentagem de respostas discordantes com valores superiores a 60%.

4. Discussão

De acordo com dados estatísticos do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos (OM) portuguesa, em 2016 estavam inscritos na OM 56609 médicos entre os quais 52.7% do sexo feminino e 47.3% do sexo masculino.¹⁹ No estudo por nós realizado a percentagem de participantes de ambos os sexos foi aproximada à dos inscritos na OM (59% sexo feminino e 41% sexo masculino). Entre os membros da OM, em 2016, existiam 11.6% especialistas em medicina geral e familiar, 4.4% especialistas em medicina interna, 3.3% anestesiólogos, 2% psiquiatras e 0.6% oncologistas.¹⁹ Isto corresponde, grosso modo, à percentagem de especialistas que responderam ao nosso inquérito. Com base nesta informação seria já expectável obter um menor número de respostas de oncologistas. Por outro lado, num estudo de 2009, onde se contactaram 450 oncologistas portugueses, houve uma percentagem de resposta de 33% (N=143), entre os quais, apenas 39% foi a favor da legalização da eutanásia.²⁰ Isto poderá indicar uma fraca predisposição para responder a inquéritos sobre este tema e, eventualmente, justificar uma menor percentagem de respostas ao nosso questionário. Em relação à distribuição por idade dos inscritos na OM, 41.5% encontrava-se entre os 25-45 anos, 41.2% entre os 46-65 anos e 17.3% acima dos 65 anos.¹⁹ Esta distribuição levava a prever a menor percentagem de respostas da faixa etária com mais de 65 anos, obtida no nosso estudo.

Apesar de 58.2% dos médicos deste estudo serem a favor da legalização da eutanásia em Portugal, quando confrontados com cenários concretos, o máximo de concordância obtida em relação à aplicabilidade da mesma foi 55.8%. Num estudo anterior verificou-se que a percentagem de respostas favoráveis à eutanásia aumentava em função da existência de um caso específico¹⁴, o que poderia ser contraditório com os dados agora apresentados. Na verdade, o aumento de respostas favoráveis em casos específicos sugere que existirá uma maior personalização por parte do médico, o que não acontece, pelo menos do mesmo modo, nos casos concretos, uma vez que aqui o que se pretende é uma tipificação dos casos.

Estes resultados reforçam a ideia que se trata de um tema muito controverso e um problema médico e social em Portugal. Com este estudo pretendeu-se estudar os potenciais determinantes na opinião sobre eutanásia nesta amostra de médicos portugueses.

Tal como já se verificou em outros estudos a idade avançada e a maior experiência profissional parecem reduzir a aceitação em relação à eutanásia.^{14, 21} Poderá acontecer que quanto mais experientes somos, mais paternalistas nos tornamos, e vamos

acreditando que mais facilmente sabemos o que é melhor para o próximo.^{8, 22, 23} Médicos mais novos e com menos anos de profissão poderão ser menos experientes em relação ao fim de vida, ou por outro lado, uma vez formados numa sociedade onde o tema eutanásia já está mais descortinado e é menos tabu, isto poderá influenciar fortemente a sua opinião.¹⁴

A religiosidade geralmente tem um efeito pronunciadamente negativo na aceitação da eutanásia.^{8, 15, 18, 21, 24} No nosso estudo, os participantes com crenças religiosas tiveram uma resposta predominantemente não favorável em relação à legalização da eutanásia. Para estes Deus será criador de todas as coisas, nomeadamente do Ser humano, e só ele tem direito de dar ou tirar a vida.⁷ As opiniões religiosas tornaram-se geralmente menos influentes na sociedade, no entanto permanecem importantes dentro da medicina, que permanece fortemente influenciada pela história de sua forte ligação com a religião e sua associação com princípios religiosos tais como a santidade da vida e pecado de causar a morte.⁸ Poderia ser interessante perceber se as pessoas de facto não aceitam a eutanásia conscientemente porque são católicas, se as que aceitam a eutanásia o fazem porque conscientemente não são católicas, ou se a influência que a religião exerce é meramente intuitiva. Este resultado é uma preocupação, uma vez que as crenças religiosas não deveriam afetar a prática profissional. A religiosidade pode sim influenciar a objeção de consciência, mas não a percepção do médico do que será o melhor para o outro.

Quando comparamos os grupos favoráveis com os desfavoráveis à legalização da eutanásia em Portugal nem sempre houve correspondência com concordância e discordância relativamente à aplicabilidade da eutanásia nos cenários concretos.

Na maioria dos cenários onde estava explícita a vontade do doente adulto (eutanásia voluntária), associada quer a doença incurável ou terminal, com dor, doença incapacitante ou sofrimento insuportável, o pedido de eutanásia é considerado aceitável pela maioria dos médicos (aproximadamente 55% de concordância em todos os cenários). No cenário de um adulto com doença terminal que pede para terminar a sua vida num momento em que ainda tem boa qualidade de vida, os médicos apresentaram maioritariamente discordância com a aplicabilidade de eutanásia (79.7%), apesar de estar explícito o conceito de eutanásia voluntária. Neste cenário parece que “boa qualidade de vida” foi o fator deliberativo na opinião dos médicos, sendo o cenário com menor aceitação.

Nos cenários em que eutanásia seria implementada não por pedido do doente (eutanásia não voluntária), mas da família, tanto no caso do adulto como da criança, o

procedimento foi considerado inaceitável pela maioria dos participantes. Esta tendência foi já observada num estudo que comparava a aceitabilidade da eutanásia pela população geral em França, Portugal e Espanha, publicado em 2014, onde os procedimentos implementados a pedido do doente foram considerados aceitáveis, e os procedimentos não implementados a pedido do doente foram considerados inaceitáveis.¹³ Num outro estudo realizado em seis países europeu e Austrália concluíram que o pedido do doente influenciou a decisão dos médicos muito mais que os pedidos da família.¹⁸ Parece ser claro que o mais relevante na decisão de concordância com a aplicabilidade da eutanásia será o respeito pela autonomia do doente, liberdade de escolha e competência para decidir aquilo que pondera importante para a sua vida.¹¹

O nosso estudo apresenta algumas limitações. A primeira limitação diz respeito à escassez de representatividade da amostra. Trata-se de uma amostra de conveniência, logo os resultados devem ser generalizados com cuidado. A segunda limitação do estudo é a baixa percentagem de respostas dos oncologistas. A terceira limitação trata-se de um viés de informação quando questionados os anos a exercer a profissão. Alguns médicos poderão ter entendido anos a exercer como médicos, outros como especialistas.

Outra limitação será o julgamento sobre cenários hipotéticos, e não sobre doentes reais. No entanto teremos que ter em atenção que a lei nunca poderá ser baseada em casos específicos. Em relação aos cenários concretos por nós apresentados, alguns termos podem gerar ambiguidade. Como definir o critério utilizado para julgar que o sofrimento é insuportável? Embora a dor e sofrimento estejam identificados na literatura médica, são fenomenologicamente distintos. Sofrimento pode não se limitar apenas a sintomas físicos, mas a aspetos da pessoa, por exemplo, papel social, *self*, família e relacionamentos.^{8, 25} O que é considerado boa qualidade de vida do ponto de vista do doente, e do ponto de vista do médico? Quando não está em causa a autonomia do doente que está incapaz de expressar a sua vontade, quem decide? E baseado em quê?⁶

Em nenhum cenário foi referido se o paciente está ou não deprimido, o que poderia alterar significativamente a perspetiva do doente sobre a sua situação e os recursos e alternativas possíveis. Também não foi referido se o doente terá recebido tratamento paliativo, e caso afirmativo, qual o seu resultado. Nos cenários não estão especificadas as alternativas que a medicina poderá oferecer ao doente, e se ele foi disso informado.

A simplificação da realidade poderá ter reduzido a possibilidade de escolha por parte dos respondentes, no entanto, uma lei ao ser criada, nunca poderá englobar casos demasiado específicos, terá de abordar a globalidade da problemática.

Por outro lado, a escolha forçada de grau 1 a 6 não admite um grau central, que seria a posição de incerteza ou de dúvida.

5. Conclusão

Em Portugal, tal como na generalidade do mundo ocidental, a eutanásia continua a ser um tema muito controverso. Encontrámos poucos estudos sobre o desenvolvimento da opinião acerca da legalização da eutanásia, bem como sobre a existência de pedidos. O debate relacionado com a eutanásia excede o âmbito social e político, e engloba também problemáticas do universo médico, sendo necessário um encontro alargado entre diversos agentes sociais para se promover respostas o mais adequadas possível às necessidades das pessoas.

Com este estudo constatámos que médicos mais novos, com menos experiência profissional e sem crenças religiosas apresentam uma proporção significativamente superior de respostas favoráveis à legalização da eutanásia, sugerindo que tem existido uma evolução no sentido da aceitação da prática da eutanásia em Portugal.

Quando comparamos os grupos favoráveis com os desfavoráveis à legalização da eutanásia em Portugal nem sempre houve correspondência com concordância e discordância relativamente à aplicabilidade da eutanásia aos cenários concretos por nós elaborados. Na maioria dos cenários onde estava explícita a vontade do doente adulto (eutanásia voluntária), associada quer a doença incurável ou terminal, com dor, doença incapacitante ou sofrimento insuportável, o pedido de eutanásia é considerado aceitável pela maioria dos médicos (aproximadamente 55% de concordância em todos os cenários). No cenário de um adulto com doença terminal que pede para terminar a sua vida num momento em que ainda tem boa qualidade de vida, os médicos apresentaram maioritariamente discordância com a aplicabilidade de eutanásia (79.7%), apesar de estar explícito o conceito de eutanásia voluntária. Neste cenário parece que “boa qualidade de vida” foi o fator deliberativo na opinião dos médicos, sendo o cenário com menor aceitação. Nos cenários em que eutanásia seria implementada não por pedido do doente (eutanásia não voluntária), mas da família, tanto no caso do adulto como da criança, o procedimento foi considerado inaceitável pela maioria dos participantes.

Independentemente das limitações de representatividade da amostra deste estudo, entendemos que este fornece indicadores úteis para ajudar a compreender a evolução da opinião dos médicos sobre eutanásia. Não deixa de ser relevante que, independentemente de uma aparente evolução no sentido da aceitação da eutanásia, os médicos dão maior relevância à noção de alívio de sofrimento como motivação para aceitar um pedido de eutanásia do que apenas o respeito pela autonomia, ilustrado pela menor aceitação do cenário de pedido de eutanásia por parte de pessoas com boa qualidade de vida atual. Ainda assim, o respeito pela autonomia parece não deixar de

ser condição determinante para a aceitação da eutanásia. Mais estudos serão necessários no sentido de confirmar estes indicadores. Salvaguardamos que uma decisão, seja ela qual for, deverá brotar da compreensão da totalidade da situação clínica e existencial do doente.

6. Referências

1. Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M. Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review. *Med Care*. 2013;51(10):938-44.
2. Math SB, Chaturvedi SK. Euthanasia: right to life vs right to die. *Indian J Med Res*. 2012;136(6):899-902.
3. Bamgbose O. Euthanasia: another face of murder. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2004;48(1):111-21.
4. Have Ht. Eutanásia: objecções morais. In: Sampaio D, Callahan D, Correia CP, Caldas C, Crul BJ, Matos AC, et al, editors. *A Condição Humana*. Publicações Dom Quixote;2009. p. 319-33.
5. Serrão D. Suicídio Assistido. In: Marques A, Serrão D, Milheiro J., editors. *Novos Desafios à Bioética*. Porto Editora;2001. p. 253-55.
6. Menon S. Euthanasia: a matter of life or death? *Singapore Med J*. 2013;54(3):116-28.
7. Vieira IFL, Rodrigues RIG. Morrer neste Mundo...Os princípios Éticos e o Processo de Morte. In: Nunes R, Brandão C, editors. *Humanização da Saúde*. Gráfica de Coimbra 2;2007. p.237-55
8. Parker M. Defending the indefensible? Psychiatry, assisted suicide and human freedom. *Int J Law Psychiatry*. 2013;36(5-6):485-97.
9. Stempsey WE. The role of religion in the debate about physician-assisted dying. *Med Health Care Philos*. 2010;13(4):383-7.
10. Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N, Deliens L. Different trends in euthanasia acceptance across Europe. A study of 13 western and 10 central and eastern European countries, 1981-2008. *Eur J Public Health*. 2013;23(3):378-80.
11. Felix ZC, da Costa SF, Alves AM, de Andrade CG, Duarte MC, de Brito FM. [Euthanasia, dysthanasia and orthothanasia: an integrative review of the literature]. *Cien Saude Colet*. 2013;18(9):2733-46.
12. [Expresso.sapo.pt](http://expresso.sapo.pt) [homepage na Internet]. Arreigoso VL. Maioria dos portugueses defende legalização da eutanásia; 2016; [consultado 2017 Jan 27]. Disponível em: <http://expresso.sapo.pt/dossies/diario/2016-03-11-Maioria-dos-portugueses-defende-legalizacao-da-eutanasia>
13. Mullet E, Neto F, Pinto C, Raich RM, Sastre MT, Sorum PC. The acceptability of ending a patient's life: a France-Portugal-Spain comparison. *Death Stud*. 2014;38(1-5):28-35.
14. Dany L, Baumstarck K, Dudoit E, Duffaud F, Auquier P, Salas S. Determinants of favourable opinions about euthanasia in a sample of French physicians. *BMC Palliat Care*. 2015;14:59.
15. Lee W, Price A, Rayner L, Hotopf M. Survey of doctors' opinions of the legalisation of physician assisted suicide. *BMC Med Ethics*. 2009;10(1).
16. Parker MH, Cartwright CM, Williams GM. Impact of specialty on attitudes of Australian medical practitioners to end-of-life decisions. *Med J Aust*. 2008;188(8):450-6.
17. Pasterfield D, Wilkinson C, Finlay IG, Neal RD, Hulbert NJ. GPs' views on changing the law on physician-assisted suicide and euthanasia, and willingness to prescribe or inject lethal drugs: a survey from Wales. *Br J Gen Pract*. 2006;56(527):450-2.
18. Onwuteaka-Philipsen BD, Fisher S, Cartwright C, Deliens L, Miccinesi G, Norup M, et al. End-of-life decision making in Europe and Australia: a physician survey. *Arch Intern Med*. 2006;166(8):921-9.
19. [Ordemosmedicos.pt](https://www.ordemosmedicos.pt/) [homepage na Internet]. Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos portugueses. Estatísticas por especialidade 2016; [consultado 2017 Jan 27]. Disponível em: <https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=da4fb5c6e93e74d3df8527599fa62642&id=cf040fc71060367913e81ac1eb050aea>
20. Goncalves F. Attitudes toward assisted death amongst Portuguese oncologists. *Support Care Cancer*. 2010;18(3):359-66.
21. Koneke V. Trust increases euthanasia acceptance: a multilevel analysis using the European Values Study. *BMC Med Ethics*. 2014;15:86.
22. Parker MH. Judging capacity: paternalism and the risk-related standard. *J Law Med*. 2004;11(4):482-91.
23. Ricou M. The Urgency of an Ethics Code of Conduct for Portuguese Psychologists. *International Psychology Reporter*. 2005;9(2):19-22.
24. Vincent JL. European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire. *Intensive Care Med*. 1990;16(4):256-64.
25. Fishbain DA, Lewis JE, Gao J. The pain--suffering association, a review. *Pain Med*. 2015;16(6):1057-72.

7. Tabelas

Tabela 1 Características da amostra.

	N	(%)
Sexo		
Feminino	148	(59.0)
Masculino	103	(41.0)
Idade		
25-45 anos	148	(59.0)
46-65 anos	92	(36.7)
>65 anos	11	(4.4)
Crenças religiosas		
Não crente	72	(28.7)
Crente	179	(71.3)
Especialidade médica		
Anestesiologia	59	(23.5)
Medicina Geral e Familiar	67	(26.7)
Medicina Interna	70	(27.9)
Oncologia Médica	9	(3.6)
Psiquiatria	46	(18.3)
Experiência profissional		
0-10 anos	121	(48.2)
11-20 anos	36	(14.3)
>20 anos	94	(37.5)
Formação em cuidados paliativos		
Sim	52	(20.7)
Não	199	(79.3)
Formação em cuidados intensivos		
Sim	102	(40.6)
Não	149	(59.4)
Acompanhou alguma pessoa próxima num processo de doença terminal		
Sim	193	(76.9)
Não	58	(23.1)
É a favor da legalização da eutanásia em Portugal		
Sim	146	(58.2)
Não	105	(41.8)

Tabela 2 Opinião favorável ou desfavorável sobre a legalização da eutanásia em Portugal.

		Opinião		Regressão logística univariável			Regressão logística multivariável		
		Favorável n (%)	Desfavorável n (%)	OR*	(IC 95%)	p	OR*	(IC 95%)	p
Sexo	Feminino	87 (58.8)	61 (41.2)	1		0.812	-	-	-
	Masculino	59 (57.3)	44 (42.7)	0.94	(0.57-1.57)				
Idade	25-45 anos	98 (66.2)	50 (33.8)	1		0.007	-	-	-
	46-65 anos	44 (47.8)	48 (52.2)	0.47	(0.28-0.80)				
	>65 anos	4 (36.4)	7 (63.6)	0.29	(0.08-1.04)				
Crenças religiosas	Não crente	60 (83.3)	12 (16.7)	1		< 0.001	1		< 0.001
	Crente	86 (48.0)	93 (52.0)	0.19	(0.09-0.37)		0.20	(0.10-0.40)	
Especialidade médica	Anestesiologia	42 (71.2)	17 (28.8)	1		0.231	-	-	-
	MGF	37 (55.2)	30 (44.8)	0.50	(0.24-1.05)				
	MI	36 (51.4)	34 (48.6)	0.43	(0.21-0.89)				
	OM	5 (55.6)	4 (44.4)	0.51	(0.12-2.12)				
	Psiquiatria	26 (56.5)	20 (43.5)	0.53	(0.23-1.18)				
Experiência profissional	0-10 anos	84 (69.4)	37 (30.6)	1		< 0.001	1		0.003
	11-20 anos	22 (61.1)	14 (38.9)	0.70	(0.32-1.50)		0.78	(0.35-1.75)	
	>20 anos	40 (42.6)	54 (57.4)	0.33	(0.19-0.57)		0.36	(0.20-0.65)	
Formação em cuidados paliativos	Sim	26 (50.0)	26 (50.0)	1		0.182	-	-	-
	Não	120 (60.3)	79 (39.7)	1.52	(0.82-2.81)				
Formação em cuidados intensivos	Sim	60 (58.8)	42 (41.2)	1		0.862	-	-	-
	Não	86 (57.7)	63 (42.3)	0.96	(0.57-1.59)				
Acompanhou alguma pessoa próxima num processo de doença terminal	Sim	110 (57.0)	83 (43.0)	1		0.493	-	-	-
	Não	36 (62.1)	22 (37.9)	1.24	(0.68-2.26)				

* odds ratio foram calculados em relação à resposta favorável à legalização da eutanásia

OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confiança a 95%

MGF: medicina geral e familiar; MI: medicina interna; OM: oncologia médica

Tabela 3 Grau de concordância com a aplicabilidade da eutanásia em cenários concretos e comparação com as respostas à questão sobre a legalização da eutanásia em Portugal

(1- discordo totalmente; 6 – concordo totalmente)

Média	Total				Favoráveis à legalização da eutanásia					Desfavoráveis à legalização da eutanásia				
	DP	P25	P50	P75	Média	DP	P25	P50	P75	Média	DP	P25	P50	P75
a) Adulto com doença incurável, e dor intensa (8-10, numa escala de 0 a 10, em que 10 é a dor máxima, insuportável), pede para terminar a sua vida.														
3.5	1.8	1	4	5	4.5	1.4	4	5	6	2.1	1.4	1	1	3
b) Adulto com doença incurável, muito incapacitante (problema grave ou completo na CIF [†]), pede para terminar a sua vida.														
3.6	1.8	2	4	5	4.7	1.2	4	5	6	2.0	1.3	1	1	3
c) Adulto com doença terminal, referencia um sofrimento insuportável, pede para terminar a sua vida.														
3.6	1.9	2	4	5	4.7	1.3	4	5	6	2.1	1.4	1	1	3
d) Adulto com doença terminal, em evolução, ainda com boa qualidade de vida, pede para terminar a sua vida.														
2.2	1.6	1	1.5	3	2.9	1.6	1	2.5	4	1.3	0.8	1	1	1
e) Adulto com doença incurável e incapacidade permanente de manifestar a sua vontade. Os familiares pedem ao médico para terminar a sua vida, afirmando que essa seria a sua vontade.														
2.3	1.6	1	2	3	2.9	1.6	1	3	4	1.5	0.9	1	1	1.8
f) Criança de três anos com doença incurável e, dores crónicas difíceis de suportar. Os pais pedem ao médico para terminar a sua vida.														
2.8	1.7	1	3	4	3.6	1.5	3	4	5	1.7	1.1	1	1	2

[†]Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, da Organização Mundial de Saúde

DP: desvio padrão; P25: percentil 25; P50: percentil 50 ou mediana; P75: percentil 75

Tabela 4 Concordância com a aplicabilidade da eutanásia em cenários concretos após recodificação em variáveis binárias e comparação com as respostas à questão sobre a legalização da eutanásia em Portugal.

(1-3: discordância; 4-6: concordância)

		Total		Favoráveis à legalização da eutanásia		Desfavoráveis à legalização da eutanásia		<i>P</i> *
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	
a)	Discordância	115	(45.8)	31	(27.0)	84	(73.0)	< 0.001
	Concordância	136	(54.2)	115	(84.6)	21	(15.4)	
b)	Discordância	112	(44.8)	22	(19.6)	90	(80.4)	< 0.001
	Concordância	138	(55.2)	124	(89.9)	14	(10.1)	
c)	Discordância	111	(44.2)	25	(22.5)	86	(77.5)	< 0.001
	Concordância	140	(55.8)	121	(86.4)	19	(13.6)	
d)	Discordância	200	(79.7)	98	(49.0)	102	(51.0)	< 0.001
	Concordância	51	(20.3)	48	(94.1)	3	(5.9)	
e)	Discordância	190	(75.7)	90	(47.4)	100	(52.6)	< 0.001
	Concordância	61	(24.3)	56	(91.8)	5	(8.2)	
f)	Discordância	159	(63.3)	64	(40.3)	95	(59.7)	< 0.001
	Concordância	92	(36.7)	82	(89.1)	10	(10.9)	

*Valor de *p* do teste Qui-quadrado de Pearson

As alíneas a), b), c), d), e), f) correspondem à descrição da tabela 3

Anexo 1

Questionário sobre Eutanásia

A Eutanásia é um tema muito controverso. As opiniões divergem e os prós e contras apontados são inúmeros. De uma forma ou de outra, dificilmente alguém propõe a realização da eutanásia nas sociedades atuais sem a participação ativa dos médicos. Importa pois, auscultar a opinião destes profissionais quanto à prática e legalização da Eutanásia.

Venho solicitar a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, o qual não deve demorar mais de 2 minutos. Este faz parte de um estudo, incluído na dissertação de Mestrado Integrado que estou a desenvolver, orientada pelo Prof. Doutor Miguel Ricou. O estudo envolve as seguintes especialidades médicas: Anestesiologia, Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Oncologia Médica e Psiquiatria. Responda apenas se for especialista de alguma destas áreas.

O questionário é composto por 10 perguntas e 3 páginas.

Serão respeitadas todas as regras de confidencialidade inerentes a um estudo deste tipo e os dados recolhidos serão utilizados unicamente para os fins do estudo a que se destinam.

Agradeço a atenção e disponibilizo-me para qualquer esclarecimento que julgue pertinente.

Com os melhores cumprimentos,

Sofia Silva

Aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Email: mimed09265@med.up.pt

Agosto, 2016.

1. Sexo:
Feminino Masculino
2. Idade:
25-45 anos 46-65anos >65anos
3. Crenças religiosas?
Não crente Crente
4. Assinale a sua especialidade médica:
Anestesiologia Medicina Geral e Familiar Medicina Interna
Oncologia Médica Psiquiatria
5. Refira há quantos anos exerce a sua profissão:
0-10 anos 11-20anos >20anos
6. Tem formação na área de cuidados paliativos?
Não Sim
7. Tem formação na área de cuidados intensivos?
Não Sim
8. Já acompanhou alguma pessoa próxima num processo de doença terminal?
Não Sim
9. É a favor da legalização da Eutanásia em Portugal?
Não Sim

10. Nas seguintes situações concretas, qual o seu grau de concordância com a aplicabilidade da Eutanásia (1- discordo totalmente; 6- concordo totalmente):

a) Adulto com doença incurável, e dor intensa (8-10, numa escala de 0 a 10, em que 10 é a dor máxima, insuportável), pede para terminar a sua vida.

1 2 3 4 5 6

b) Adulto com doença incurável, muito incapacitante (problema grave ou completo na CIF¹), pede para terminar a sua vida.

1 2 3 4 5 6

c) Adulto com doença terminal, referencia um sofrimento insuportável, pede para terminar a sua vida.

1 2 3 4 5 6

d) Adulto com doença terminal, em evolução, ainda com boa qualidade de vida, pede para terminar a sua vida.

1 2 3 4 5 6

e) Adulto com doença incurável e incapacidade permanente de manifestar a sua vontade. Os familiares pedem ao médico para terminar a sua vida, afirmando que essa seria a sua vontade.

1 2 3 4 5 6

f) Criança de três anos com doença incurável e, dores crónicas difíceis de suportar. Os pais pedem ao médico para terminar a sua vida.

1 2 3 4 5 6

¹ Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, da Organização Mundial de Saúde

Normas de Publicação da Acta Médica Portuguesa



Acta Médica Portuguesa's Publishing Guidelines

Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA
Acta Med Port 2015, 26 Janeiro 2015

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 afectam 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 e através da Medline com interface PubMed.

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa, em

2014, foi de aproximadamente de 20% dos mais de 700 manuscritos recebidos anualmente.

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

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/14a/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
4. Concordam que são responsáveis pela exactidão e integridade de todo o trabalho

As condições 1, 2, 3 e 4 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 as 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 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 3 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 exteriores.

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 referências 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 (cu seja, propriedade de uma instituição sem fins lucrativos e publicamente acessível, por ex. 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 criação 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 1994¹³ and in multiple sclerosis.^{14*}"

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

Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula.^{12,15,18}

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>.