



U.PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2016/2017

Ana Luísa Fernandes de Castro Leite
Erotomania / Erotomania

março, 2017

FMUP

U. PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Luísa Fernandes de Castro Leite
Erotomania / Erotomania

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Psiquiatria e Saúde Mental

Tipologia: Monografia

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Professor Doutor Manuel António Fernandez Esteves**

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

março, 2017

FMUP

Eu, Ana Luísa Fernandes do Castro Leite, abaixo assinado, nº mecanográfico 7009.01373, 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, 08/03/2017

Assinatura conforme cartão de identificação:

Ana Luísa de Castro Leite

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

NOME

Ana Luísa Fernandes de Castro Leite

NÚMERO DE ESTUDANTE

200901373

E-MAIL

luisa.decastroleite@gmail.com

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Psiquiatria e Saúde Mental

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Erotomania

ORIENTADOR

Prof. Dr. Manuel António Fernandez Esteves

COORDENADOR (se aplicável)

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, 08/03/2013

Assinatura conforme cartão de identificação: Luísa de Castro Leite

*Aos meus pais,
irmão e
avós*

Erotomania

Autores: Ana Leite¹, Professor Doutor Manuel Esteves²

Afiliação:

1. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal
2. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Correspondência:

Ana Luísa Fernandes de Castro Leite

Endereço: Avenida S. Gonçalo, 1151 6º andar, 4810-525 Guimarães, Portugal

E-mail: mimed09208@med.up.pt

Contagem de palavras: 3118 palavras

Título breve:

Erotomania, também conhecida como Síndrome de De Clérambault – um subtipo de perturbação delirante.

Introdução:

Erotomania, também conhecida como síndrome de De Clérambault, psiquiatra francês que em 1921 descreveu meticulosamente cinco casos, é um subtipo de perturbação delirante, em que o paciente, normalmente uma mulher, apresenta a convicção de ser amado por alguém, geralmente um homem de classe social superior.

Materiais e Métodos:

Foi realizada uma pesquisa na base de dados Pubmed. Após revisão e seleção foram incluídos os artigos de maior relevância para o tema. Foram acrescentadas mais referências por pesquisa ativa.

Discussão:

Há vários pontos transversais a diversos artigos, sendo constantemente defendido que o *sujeito* acredita no forte interesse amoroso por parte do *objeto*. O perfil antissocial e tímido também é referido de forma transversal. No que diz respeito à epidemiologia os dados são escassos, apesar de ser sugerido por alguns autores que a sua frequência não deve ser tão baixa. Relativamente ao diagnóstico, a pouca informação existente sobre erotomania contribui para que haja um número de casos subdiagnosticados. A nível terapêutico, os antipsicóticos, apesar de não levarem à remissão total são uma das melhores opções terapêuticas.

Conclusão:

Há ainda pouca informação sobre esta síndrome uma vez que se trata de uma patologia rara. Muitos dos estudos existentes são retrospectivos e é possível que bastantes casos sejam subdiagnosticados ou desvalorizados.

Palavras-chave: Erotomania, De Clérambault, Delirium

Background:

Erotomania, also known as De Clérambault syndrome, named after the french psychiatrist who described five cases thoroughly in 1921, is a subtype of delusional disorder, in which the patient, usually a woman, has the conviction of being loved by someone, usually a man of higher social status.

Methods and Materials:

A research was carried out under the Pubmed database. After revision and selection, the articles with greater relevance for the theme were included in this review. There were also selected some articles from active research.

Discussion:

There are several transversal points between the articles, being constantly defended that the subject believes in the strong love interest on the part of the object. The antisocial and shy profile is also commonly referred. Although the lack of epidemiology data, it is suggested by some authors that the frequency is not as low as described. Regarding the diagnosis, the little information on erotomania contributes to a number of underdiagnosed cases. In terms of therapy, antipsychotics, although not leading to complete remission, are one of the best therapeutic options.

Conclusions:

There is still little information about this syndrome since it is a rare pathology. Many of the existing studies are retrospective and it is possible that many cases are underdiagnosed or undervalued.

Keywords: Erotomania, De Clérambault, Delirium

Erotomania

Introdução

Foi no século XVII e XVIII que começaram a ser descritas as variantes do amor patológico: *furor uterinus* (ninfomania), *amor insanus* (erotomania) e melancolia erótica⁴, tendo sido Jaiques Ferrand o primeiro autor a utilizar o termo erotomania em 1848 no seu livro “*Erotomania or a treatise, discussing the essence, causes, symptoms, prognostics and cure of love or erotique melancholy*”.⁶ No século XIX, Emil Kraepelin distinguiu os conceitos de *dementia praecox* (esquizofrenia), insanidade maníaco-depressiva e paranoia⁹, e em 1921 descreveu o espectro da paranoia como sendo composto por três tipos de delírio: delírio persecutório, delírio de ciúme e delírio de grandeza, no qual incluiu a erotomania.^{5,8} 1921 foi também o ano em que Gaetan Gatian de Clérambault descreveu no seu livro *Les psychoses passionelles*, vários casos clínicos de erotomania, associando esta síndrome de forma eterna ao seu nome.⁹ De Clérambault foi responsável pela distinção entre erotomania pura ou primária, com início súbito e ausência de processo psicótico global, e secundária, com início insidioso e relacionada com um processo psicótico global. Os seus casos de erotomania pura podiam ser distinguidos dos casos de delírio paranoide do tipo erótico descritos por Kraepelin pelo seu início súbito.^{4,5} De Clérambault considerava que a erotomania podia aparecer como síndrome sobreposta e transitória, como um pródromo ou como uma entidade independente.^{3,5,6,9}

Apesar da discussão detalhada por Kraepelin e De Clérambault, esta síndrome só apareceu oficialmente no DSM-III-R como sendo um subtipo de perturbação delirante – patologia caracterizada pelo desenvolvimento de um sistema delirante isolado, sem outros sintomas ou alterações na personalidade.¹⁴

Métodos

Na realização deste trabalho foi efetuada a pesquisa de artigos na base de dados Pubmed através da utilização dos termos: “erotomania” e “Clérambault”, tendo sido limitada a artigos publicados com disponibilidade de texto integral e em língua inglesa, espanhola ou portuguesa. Após a realização da pesquisa, procedeu-se à exclusão dos artigos a partir da leitura do título, resumo ou após a leitura integral do artigo. Foram incluídos mais artigos considerados relevantes para o tema a partir das referências bibliográficas da literatura selecionada, assim como livros com substancial pertinência para a elaboração desta monografia.

Epidemiologia / Etiologia

Erotomania é uma patologia rara, de tal modo que há falta de dados na literatura sobre a sua prevalência e incidência.² Quando os dados têm origem na literatura forense, em estabelecimentos prisionais ou em unidades de reabilitação, a incidência é superior nos homens, contudo apenas 20 a 30% de todos os casos conhecidos de erotomania correspondem a indivíduos do sexo masculino.⁹ Tal diferença pode estar relacionada com um possível comportamento mais violento por parte de indivíduos do sexo masculino, por exemplo, como resposta a determinadas situações de rejeição por parte do *sujeito*. A incidência não é conhecida, mas sabe-se não ser exclusiva de nenhuma cultura ou sociedade e é variável no que diz respeito à idade e ao grupo sociocultural.¹¹ Apesar de alguns estudos relatarem a ocorrência de casos de erotomania na mesma família não é possível apontar nenhuma causa genética uma vez que são poucos os casos descritos. Sabe-se também que esta patologia não é exclusiva de nenhum grupo sexual.⁴

No que diz respeito à etiologia, De Clérambault sugeriu que o delírio surgisse como resposta a alguma falta de aprovação sexual – uma espécie de gratificação narcisista.⁴ Da mesma forma, Segal reparou que os pacientes eram na sua maioria “pouco atraentes”, solitários, imaturos e limitados intelectualmente e as suas construções delirantes eram também uma forma de compensação narcisista, atenuando a sua inferioridade através de compensações psicológicas.^{9,11} Enoch e Trethowan notaram que a frustração sexual poderia ter um papel importante como fator psicodinâmico da erotomania, sendo também a favor do argumento narcisista.⁸ Seeman atribuiu duas causas à erotomania ao dividir os seus oito casos estudados em dois grupos, o grupo fixo e o grupo recorrente, sendo que os delírios surgiam como forma de defesa contra impulsos heterossexuais ou como defesa de desejos homossexuais, respetivamente.^{4,11} Raskin e Sullivan notaram que em ambos os seus pacientes os delírios surgiam aquando da separação dos respetivos maridos; desta forma consideraram que a erotomania surgia como tentativa de adaptação a uma “vida triste” e solitária, exercendo um papel protetor a períodos de perda.¹¹ Evans *et al.*, com base num único caso, propuseram que a erotomania fosse uma forma de luto patológico.⁴ Taylor *et al.* enfatizaram a vida solitária dos seus pacientes e o facto de viverem na dependência dos pais.⁴ Assim, homossexualidade, heterossexualidade e narcisismo foram temas sugeridos por vários autores como sendo responsáveis pela etiologia dos delírios erotomaniacos.⁴ Para além das causas psicodinâmicas foram também propostos fatores orgânicos – testes neurofisiológicos sugeriram a possibilidade de associação da erotomania a défices na flexibilidade cognitiva ou nas competências verbais e de visão espacial.^{9,11} O DSM-IV não ofereceu nenhuma explicação causal para a erotomania mas sugeriu a frustração sexual como possível *trigger*.⁴

O facto de não haver muita literatura sobre este tema e de ser possível o envolvimento de vários fatores dinâmicos e biológicos na etiologia faz com que seja difícil a descoberta de uma causa para os casos de erotomania pura. É, no entanto, visível a repetição de certas características nos pacientes, o que explica a ênfase dada a determinadas teorias em detrimento de outras.⁴

Classificação

De Clérambault foi responsável pela distinção entre erotomania pura, com início súbito, ausência de alucinações, um único *objeto* amoroso e desenvolvimento crônico, e erotomania secundária, com início insidioso, cujo delírio está incluído num processo psicótico global com evolução desorganizada.^{5,9} Alguns autores diferenciaram os casos puros de De Clérambault dos delírios paranoides do tipo erótico descritos por Emil Kraepelin pelo seu início súbito.⁵

Seeman, por sua vez, propôs uma classificação alternativa à de De Clérambault, baseando-se na existência de delírios qualitativamente diferentes⁶ – estudou os casos de oito mulheres e concluiu que existiam diferenças fundamentais entre dois grupos: o grupo fixo, no qual se enquadravam três das oito mulheres, e o grupo recorrente, no qual se integravam as restantes cinco. No primeiro grupo, as três pacientes tinham o diagnóstico de esquizofrenia, sendo que o delírio tinha um curso crônico, durando no mínimo dez anos e o *objeto* amoroso, um indivíduo com aproximadamente a mesma idade que a paciente e de classe social idêntica, permaneceu constante. O início do delírio foi semelhante nos três casos: não havia nenhum contacto prévio e próximo com o *objeto* amoroso mas a partir de um certo ponto as pacientes alegaram que o indivíduo em causa lhes começara a prestar atenção como ninguém nunca tinha antes prestado, sendo que essa atenção foi interpretada pelas pacientes como interesse romântico do *objeto* amoroso por elas. A partir daí todas as ações do indivíduo eram interpretadas como uma forma deste provar o seu amor. Já no grupo recorrente, duas das cinco mulheres tinham o diagnóstico de perturbação bipolar, uma tinha o diagnóstico de perturbação *borderline* e as restantes de psicose histérica. Apaixonavam-se repetidamente por figuras de autoridade, normalmente homens mais velhos, sendo que cada fantasia amorosa durava alguns meses, ou seja, o *objeto* não era fixo, e o curso era flutuante. O início deste delírio era distinto do do grupo fixo: a mulher entra em contacto com um indivíduo que admira pela

sua inteligência, autoridade ou posição social; após exposições recorrentes começa a acreditar que este homem está apaixonado por ela.¹³

Hollander e Callahan distinguiram duas formas de erotomania, uma forma primária, cujo delírio é isolado, sem outra relação com alterações psiquiátricas, e uma forma secundária, na qual o delírio é parte de um distúrbio psiquiátrico mais abrangente.¹¹ Encontraram mais casos de erotomania em estados paranoides e esquizofrenia paranoide, sugerindo então que a erotomania primária era um subtipo de paranoia e que a erotomania secundária se associava com esquizofrenia paranoide.⁶

Nas classificações recentes (ICD 10/DSM IV), a erotomania primária está incluída nas perturbações delirantes. A erotomania secundária tem sido relacionada com psicoses, especialmente esquizofrenia e perturbação bipolar, bem como com outros quadros clínicos (depressão major, demência de Alzheimer, psicose histérica, perturbação de personalidade *borderline*, hemorragia subaracnóidea, anfetaminas e abuso alcoólico, uso de anovulatórios, tratamento com corticoesteróides, meningioma, alcoolismo, etc.)

Clínica

Emil Kraepelin notou que os pacientes com o diagnóstico de erotomania eram sobretudo mulheres, acima dos trinta anos.⁴ Também relatou alucinações tácteis de toques ou carícias feitas pelo *objeto*. Atentou também à possibilidade do quadro erotomaniaco se desencadear face a um único e específico incidente, suficiente para fazer o paciente crer que o *objeto* tem interesse nele.¹¹

Segal concluiu que os pacientes são geralmente “pouco atraentes fisicamente”, solitários, imaturos, limitados intelectualmente e sexualmente pouco experientes.⁹

Mullen e Pathé consideraram a inadaptação social e o isolamento elementos comuns entre os pacientes.⁶ Concluíram também que a personalidade antissocial é a que predomina, seguida das personalidades evitante, narcísica e paranoide.⁹

Já Seeman descreveu o perfil dos dois tipos de pacientes que integravam cada um dos grupos, fixo e recorrente. As mulheres do grupo fixo eram solteiras, muito dependentes dos pais e tinham empregos fixos mas de pouca responsabilidade. As mulheres do grupo recorrente viviam sozinhas desde os vinte anos, eram mais independentes e apresentavam objetivos mais altos no que dizia respeito às suas carreiras.¹³

Goldstein concluiu, após análise da sua amostra, que há um certo risco de comportamento violento por parte dos pacientes erotomaniacos - amostra forense, em que cerca de 57% dos indivíduos, maioritariamente do sexo masculino, se envolveram em situações violentas. Assim, do ponto de vista forense, a erotomania tem sido descrita associada a comportamentos violentos de ameaça e perseguição, sendo estes casos mais comumente observados em indivíduos de sexo masculino.⁹

Os indivíduos com o diagnóstico de erotomania são descritos por vários autores como: hipersensíveis e autorreferenciais; desconfiados e socialmente evitantes; narcisistas; esquizoides; tímidos e reservados; orgulhosos e rebeldes.⁶ A maioria são mulheres, de baixo nível social, educação limitada e pouca experiência sexual. Por sua vez, o *objeto* amoroso é geralmente um homem, de classe social superior, inteligente e fisicamente atraente.^{8,11} O paciente alega que o *objeto* foi o primeiro a estabelecer contacto e a apaixonar-se, podendo ou não este amor ser correspondido por parte do paciente. Os delírios erotomaniacos costumam persistir, mesmo após o *objeto* declarar ausência de interesse amoroso.

No que diz respeito à orientação sexual dos pacientes, Enoch afirmou que dois dos indivíduos que pertenciam à sua amostra eram homossexuais. As mulheres descritas por Raskin e Sullivan tinham fantasias homossexuais.¹² Já as mulheres que integravam os grupos de Seeman,

tanto o fixo como o recorrente, tinham um histórico de relações heterossexuais, contudo, esta autora defendia que os delírios dos pacientes do grupo recorrente surgiam como defesa contra desejos homossexuais.¹³

Diagnóstico

Durante vários anos o diagnóstico de erotomania foi muito controverso, uma vez que vários autores a consideravam um mero sintoma, secundário a uma patologia base, enquanto outros autores a consideravam uma síndrome única.^{3,4}

Ellis e Mellsop fizeram uma revisão de cinquenta e três casos publicados em língua inglesa entre 1966 e 1983, encontrando apenas dois casos de erotomania pura. Chegaram à conclusão que a maioria dos casos eram secundários a alterações psiquiátricas (34% esquizofrenia, 13% depressão, 9% bipolaridade, 9% paranoia, sendo que os restantes 20% careciam de informação essencial para diagnóstico).³ Desta forma, a partir da descrição original elaborada por De Clérambault, definiram determinadas condições para se estabelecer o diagnóstico de erotomania pura, sendo elas¹:

- a) Convicção delirante de comunicação amorosa;
- b) *Objeto* de uma classe social superior;
- c) *Objeto* é o primeiro a apaixonar-se;
- d) *Objeto* é o responsável pela primeira aproximação;
- e) *Objeto* é fixo;
- f) *Sujeito* racionaliza o comportamento paradoxal do *objeto*;
- g) Evolução crónica;
- h) Ausência de alucinações.

É também possível enquadrar os pacientes nos dois grupos sugeridos por Seeman, grupo fixo ou recorrente, com base em alguns critérios: *objeto* fixo vs. *objeto* variável, curso crónico vs. curso recorrente, *objeto* com ou sem poder ou autoridade, existência ou não de contacto prévio com o *objeto* e *sujeito* dependente vs. *sujeito* independente.³

Alguns autores sugerem que o diagnóstico de erotomania pura possa ser positivado apenas com base na presença da convicção delirante de comunicação amorosa, excluindo sempre toda a patologia psiquiátrica de base ou doença orgânica.^{3,11}

Atualmente, a erotomania está incluída na CID-10 como um tipo de perturbação delirante persistente. Esta categoria engloba as perturbações que não se enquadram nas perturbações esquizofrénicas, orgânicas ou afetivas. Esta perturbação é caracterizada pela ocorrência de um delírio único, em geral persistente, e que permanece para toda a vida. Os critérios diagnósticos do DSM-IV para as perturbações delirantes persistentes são: delírio de conteúdo lógico, duração superior a um mês, ausência de critérios que defendam o diagnóstico de perturbação esquizofrénica, funcionamento mental preservado e ausência de relação com toma de substâncias ou patologia médica geral.¹¹

Tratamento e Prognóstico

Rudden *et al*, dentro dos vinte e oito casos que estudaram, descreveram um subgrupo de pacientes com perturbação delirante monossintomática de bom prognóstico, concluindo que os delírios erotomaniacos por si só não são preditores de mau prognóstico. Assim, para alguns autores, a erotomania não constitui por si só um indicador de mau prognóstico uma vez que a resposta ao tratamento é influenciada pela natureza e gravidade da patologia que lhe está associada.⁶

Os casos de erotomania secundária foram os primeiros a demonstrar alguma melhoria com tratamento farmacológico, sobretudo com resposta a benzodiazepinas, lítio, anticonvulsivantes, antipsicóticos e terapia electroconvulsiva.⁵ Os casos de erotomania primária eram vistos como crônicos e refratários à terapêutica.³

Munro *et al.* descreveram dois casos de erotomania primária que melhoraram consideravelmente com baixas doses de pimozida.

Mullen e Pathé reportaram três casos, em cinco, de erotomania primária que responderam positivamente a pimozida¹, realçando a necessidade de manter o tratamento por vários meses nessas formas de erotomania antes de esperar pela melhoria significativa.⁶

Gillett *et al.*, tal como os autores anteriores, reportaram o sucesso do tratamento em dois de três casos de erotomania primária.

Kennedy *et al.* concluíram que a maioria dos pacientes com o diagnóstico de erotomania primária responde bem a baixas doses de antipsicóticos típicos.⁶

Segal concluiu que os antipsicóticos típicos e a separação forçada do *objeto* amoroso, ainda que com eficácia moderada, são tratamentos que conseguem diminuir a intensidade dos delírios.

Apesar de não haver ensaios clínicos para perturbações delirantes, esta patologia é tradicionalmente tratada com recurso a antipsicóticos. Apesar da ação modesta no núcleo delirante estes fármacos conseguem diminuir a intensidade dos delírios e das ideias de referência que os acompanham. Pacientes com boa resposta ao tratamento devem permanecer com a mesma medicação, iniciada sempre em baixas doses. Caso a resposta não seja favorável após seis semanas, a medicação deverá ser alterada. Não é claro quanto tempo deve um paciente destes ser tratado com antipsicóticos após resolução dos sintomas.¹⁴ A terapia electroconvulsiva pode ter também um efeito moderado nestes pacientes, principalmente em casos de erotomania secundária.^{4,6} É também descrita a melhoria de alguns pacientes quando separados do *objeto* amoroso⁹, por vezes por hospitalização ou mesmo por ações judiciais.⁴ Não há evidência de que a psicoterapia,

principalmente como forma isolada de tratamento, provoque uma melhoria nos pacientes com erotomania.

Um bom prognóstico está relacionado com bom nível de ocupação e ajuste social, sexo feminino, início súbito dos delírios, presença de um fator precipitante e um quadro de curta duração.¹⁴

Discussão

Na erotomania, é fundamentalmente defendido que o *sujeito* acredita no forte interesse amoroso por parte do *objeto*, normalmente uma pessoa de classe social elevada, que é quem alegadamente se apaixona em primeiro lugar. A partir daí surgem várias crenças: que o *objeto* é infeliz sem o paciente; que o *objeto* se encontra descomprometido ou numa união matrimonial falsa; que o *objeto* faz constantemente investidas amorosas através de telefonemas, sinais ou até mesmo telepatia. É transversal aos vários artigos que o *objeto* amoroso demonstra quase sempre um comportamento paradoxal quando confrontado com estas crenças por parte do paciente.⁷

Apesar dos escassos dados epidemiológicos, alguns autores sugerem que a sua frequência não deve ser considerada tão baixa.¹¹

Um ponto transversal aos vários artigos analisados foi o perfil antissocial, tímido, “pouco atraente fisicamente” e com pouca experiência sexual.¹¹ Em termos clínicos, Emil Kraepelin notou que esta síndrome tem início a partir do momento em que o *objeto* alegadamente demonstra o seu amor pelo *sujeito*, sendo que esse processo vai progredindo com os respetivos obstáculos de uma relação amorosa. Este autor também descreveu o facto de o paciente conseguir especificar o momento ou o incidente que o fez notar o interesse do *objeto* por ele. Isto contraria um pouco a ideia de que o que distingue os casos de delírio paranoide do tipo erótico descritos por Kraepelin dos

casos de erotomania pura de De Clerambault é o início súbito. Desta forma, os casos de Emil Kraepelin e De Clérambault são idênticos do ponto de vista clínico.⁴

A pouca informação existente sobre erotomania contribui para que haja casos subdiagnosticados, contribuindo ainda mais para o curso crónico tão característico desta patologia.¹¹ É notável que estes casos formam um grupo heterogéneo de pacientes com uma variedade de diagnósticos.¹⁰ Ainda no que diz respeito ao diagnóstico, o facto de alguns autores defenderem que basta apenas a presença da convicção delirante de comunicação amorosa, excluindo sempre toda a patologia psiquiátrica de base ou doença orgânica, gera mais dificuldade em diferenciar nosologicamente a erotomania de outras entidades orgânicas.¹¹

Os antipsicóticos, apesar de na maioria dos casos não levarem à remissão total, são uma das melhores opções terapêuticas.⁴

Chama-se à atenção para as repercussões que esta patologia pode ter, tanto na vida do paciente como na vida do *objeto* amoroso¹¹, graças ao impacto psicológico e social.

Conclusão

Há ainda pouca informação sobre esta síndrome uma vez que se trata de uma patologia rara. Muitos dos estudos existentes são retrospectivos e é possível que bastantes casos sejam subdiagnosticados ou desvalorizados.¹

A erotomania, mais frequente no sexo feminino, é caracterizada pela convicção delirante de que o *sujeito* é amado por outra pessoa, podendo apresentar-se na forma pura ou secundária a um processo psicótico global, associada frequentemente a esquizofrenia ou perturbações afetivas.⁶

Uma vez que há pouca literatura sobre este assunto pouco se pode afirmar sobre a etiologia destes casos. São poucas as descobertas neurobiológicas - a maior parte das explicações etiológicas

são feitas com base psicodinâmica, não havendo, contudo, evidências suficientes que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre elas e os sintomas desta síndrome.¹¹ Um bom entendimento da psicopatologia da erotomania pode aumentar o reconhecimento desta síndrome e proporcionar um melhor tratamento.⁹

Quanto ao tratamento e prognóstico, ambos já foram vistos com mais pessimismo uma vez que a erotomania primária parece responder a baixas doses de antipsicóticos como a pimozida ou a risperidona^{6,8}, sendo que apenas uma minoria atinge remissão total. Para a resolução da erotomania secundária é necessário o tratamento da patologia psiquiátrica base para obter melhoria nos delírios do paciente.¹

Assim, a erotomania por si só não constitui um elemento de mau prognóstico, dependendo sim da natureza e da gravidade da patologia que lhe está subjacente.

Referências

- [1] Kennedy N, McDonough M, Kelly B, Berrios GE. Erotomania revisited: clinical course and treatment. *Comprehensive Psychiatry*. 2002;43:1-6
- [2] Brune M. De Clérambault's syndrome (erotomania) in an evolutionary perspective. *Evolution and Human Behavior*. 2001;22:409-15
- [3] Gillett T, Eminson SR, Hassanyeh F. Primary and secondary erotomania: clinical characteristics and follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 1990;82:65-9
- [4] Segal JH. Erotomania revisited: from Kraepelin to DSM-III-R. *Am J Psychiatry*. 1989;146:1261-6
- [5] Arrojo M, Esteves M, Ferreira P, Palha AP. Response to electroconvulsive therapy in a case of erotomania. *Actas Esp Psiquiatr*. 2003;31:361-3
- [6] Arrojo M, Esteves M, Ferreura P, Palha AP. Erotomanía: aspectos clínicos, nosológicos y terapéuticos. *Psiqu Biol*. 2003;10:57-60
- [7] Signer SF. "Les Psychoses Passionnelles" Reconsidered: A Review of de Clerambault's Cases and Syndrome with Respect to Mood Disorders. *J Psychiatr Neurosci*. 1991;16:81-9
- [8] Kelly BD, Kennedy N, Shanley D. Delusion and desire: erotomania revisited. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:74-5

- [9] Sampaio TM, Andrade AG, Baltieri DA. De Clérambault's syndrome: diagnostic and therapeutic challenge. *Rev Psiquiatr RS*. 2007;29:212-18
- [10] Rudden M, Sweeney J, Frances A. Diagnosis and clinical course of erotomaniac and other delusional patients. *Am J Psychiatric*. 1990;147:625-8
- [11] Calil LC, Terra JR. The De Clerambault syndrome: a bibliographic revision. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27:152-6
- [12] Doust JW, Christie H. The pathology of love: some clinical variants of De Clerambault's syndrome. *Soc Sci Med*. 1978;12:99-106
- [13] Seeman MV. Delusional loving. *Arch Gen Psychiatry*. 1978;35:1265-7
- [14] Alao AO, Armenta W, Yolles JC. De Clerambault syndrome successfully treated with olanzapine. *Ann Pharmacother*. 2000;34:266

ANEXOS



Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA
Acta Med Port 2016, 30 dezembro 2016

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 Acta Médica Portuguesa não cobra quaisquer taxas

relativamente ao processamento ou à submissão de artigos.

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#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
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* (modelo disponível em http://www.actamedicaportuguesa.com/info/AMP_template-Declaracao-Responsabilidade-Autorial.doc).

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 mandatário o carregamento na plataforma electrónica 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 (modelo disponível em http://www.actamedicaportuguesa.com/info/consentimento_informado_do_doente.doc).

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 no prazo máximo de vinte dias, carregar na plataforma electrónica da Acta Médica Portuguesa uma versão revista do artigo, com as alterações inseridas destacadas com cor diferente, bem como um novo Documento Suplementar respondendo a todas as questões colocadas.

- 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 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, Conclusão, 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). Todos os manuscritos reportando ensaios clínicos têm de seguir o CONSORT *Statement* <http://www.consort-statement.org/>.

Numa revisão sistemática ou meta-análise 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, 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, Referências.

A linha de autoria deste tipo de artigos não deverá exceder quatro autores. Outros contributos poderão ser reconhecidos no final do texto, sob o parágrafo "Agradecimentos".

O texto não deve exceder as 1.000 palavras e 15 referências 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. 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.

Quaisquer tabelas submetidas que sejam mais longas/largas do que duas páginas A4 serão publicadas como Apêndice ao artigo.

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 tantas 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: pági-

nas.

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>.