

Rute Bártolo Alves Meira Vigário

Ambiente Familiar e abuso de álcool - a terapia familiar

Family environment and alcohol abuse - the family therapy

março, 2019

Rute Bártolo Alves Meira Vigário
Ambiente Familiar e Abuso de Álcool – Terapia Familiar
Family Environment and Alcohol Abuse – Family Therapy

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Psiquiatria

Tipologia: Artigo de Revisão

Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Doutora Isabel Maria Boavista Vieira Marques Brandão

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

março, 2019

FMUP

Eu, Rute Bártolo Alves Meira Vigário, abaixo assinado, nº mecanográfico 200902511, 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, 15/03/2019

Assinatura conforme cartão de identificação:

Rute Bártolo Alves Meira Vigário

NOME

Rute Bartolo Alves Meira Vigário

NÚMERO DE ESTUDANTE

200902511

E-MAIL

rutevigario@gmail.com

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Psiquiatria

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

Ambiente Familiar e Abuso de Alcool - Terapia Familiar

ORIENTADOR

Doutora Isabel Maria Boavista Vieira Marques Brandão

COORIENTADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES TRABALHOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	☒
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTES TRABALHOS (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.	☐
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 DESTES TRABALHOS.	☐

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 15/03/2019

Assinatura conforme cartão de identificação: Rute Bartolo Alves Meira Vigário

Ambiente Familiar e Abuso de Álcool - Terapia Familiar

Family Environment and Alcohol Abuse - Family Therapy

Rute Vigário¹

Professora Doutora Isabel Brandão²

¹Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

²Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital de São João, EPE

Correspondência:

Rute Bártolo Alves Meira Vigário

Avenida do Rosal, nº 131, moradia 03

4470-111 Gueifães

email: rutevigario@gmail.com

Resumo

Introdução

O uso e abuso de álcool é muitas vezes influenciado pelo ambiente familiar que integrou e acompanhou o crescimento e desenvolvimento do indivíduo. Assim, os principais objetivos deste estudo são: verificar que relações e que contextos poderão estar envolvidos no uso do álcool assim como o possível papel da terapia familiar.

Materiais e Métodos

Foram pesquisadas bases de dados científicas e referências cruzadas.

Resultados

Verificamos que relações disfuncionais são propícias ao consumo de álcool. Neste contexto, e porque terapias focadas no ambiente social são mais eficazes do que aquelas envolvendo unicamente fatores intrínsecos ao indivíduo, tomamos como exemplo um tipo de psicoterapia mais abrangente, e que integre a abordagem do meio onde o indivíduo se insere.

Discussão

Verificamos que a eficácia da terapia familiar no tratamento de abuso de substâncias é suficientemente reconhecida. Esta terapia pretende valorizar a importância da mudança do comportamento de outros elementos da família. Todavia, é necessário prioritariamente que o próprio esteja disposto a mudar, bem como a sensibilização da sociedade que o envolve, adotando assim uma abordagem holística na promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco.

Conclusão

São necessários mais estudos para confirmar o real impacto da terapia familiar na diminuição do consumo do álcool, entre outros tóxicos, quando comparada com outras psicoterapias ou mesmo com o tratamento farmacológico. O meio em que o indivíduo se encontra deve ser tomado em conta no tratamento uma vez que pode influenciar a sua saúde.

Palavras-chave: abuso de álcool, terapia familiar, família, alcoolismo.

Abstract

Introduction

The addiction or abuse of alcohol often correlates with the family environment where the individual finds himself. Thus, the main objectives of this study are: to verify which family relations and contexts are involved in the harmful use of alcohol and the possible role played by the family therapy.

Materials and methods

Databases of scientific articles and cross references were searched.

Results

We have found that dysfunctional relationships are conducive to alcohol consumption. In this context, and because therapies focused on social environment are more effective than those involving only the individual ones, we take as an example a more involving type of psychotherapy, which focuses particularly on the environment where the individual moves.

Discussion

We have found the effectiveness of family therapy in the treatment of substance abuse. This therapy pretends to enforce the importance of changes in the behavior of family members. However, it is necessary that the individual is willing to change, as well as the society surrounding, thus adopting a holistic approach in the promotion of health and prevention of risk behaviors.

Conclusion

More studies are needed to confirm the real impact of family therapy on the reduction of alcohol consumption, among other toxics, when compared with other psychotherapies or even pharmacological treatment. However, there is no doubt that the environment where the individual is influences positively or negatively his health.

Key-words: alcohol abuse, family therapy, family, alcoholism.

Introdução

Este estudo tem como objetivos esclarecer que relações existem entre o consumo de substâncias psicoativas particularmente o álcool e o ambiente familiar, assim como a abordagem da terapia familiar.

Muitos estudos demonstraram que, comparativamente com a terapia individual ou tratamento habitual, a terapia familiar, como abordagem holística, demonstra maiores reduções nos consumos de substâncias por parte dos adolescentes, bem como fomenta comportamentos mais positivos ¹⁻³.

Compreendendo a dinâmica familiar, os profissionais de saúde estarão aptos a melhorar a sua estratégia de intervenção, potenciando aqueles métodos com melhores outcomes e eliminando outros que são ineficazes. Isto potencia uma abordagem terapêutica mais eficiente também do ponto de vista económico ^{4,5}. O padrão de interação entre o adolescente e as figuras parentais tem um grande impacto no consumo de substâncias por parte do adolescente ⁶. Se o terapeuta adotar uma estratégia de intervenção com um padrão igual ao dos pais, pode esperar resultados similares aos que até então se verificavam (positivos ou negativos).

As dinâmicas do ambiente familiar são deveras complexas, influenciando-se comumente as diferentes gerações entre si. Tipicamente tendemos a imitar os nossos pais na educação dos nossos filhos, e também é do senso comum que se formos filhos problemáticos, também vamos ser pais problemáticos. Cada família tem as suas crenças, cultura, hábitos, que a caracterizam. Estes podem ser considerados fatores protetores ou prejudiciais, tendo em conta o consumo de substâncias como o álcool, a violência doméstica ou a satisfação global com as relações familiares ⁷.

Quanto à terapia familiar, que se engloba no modelo multissistémico, pode integrar, entre outros, o modelo cognitivo comportamental, psicoanalítico ou interpessoal. O seu âmbito é primariamente o sistema que é a família e tem como objetivo abordar a possível mudança comportamental dos indivíduos. Assim sendo,

conta com uma parte que se empenha em induzir a mudança e outra parte que manifesta interesse em perpetuar um status-quo ^{8,9}. Para induzir a mudança comportamental, a terapia familiar tem de à priori mudar padrões cognitivos estabelecidos. Consiste em dotar a família de ferramentas que possa utilizar na resolução dos seus conflitos, dando sugestões e estratégias para tal. É considerada uma psicoterapia pois envolve técnicas tais como: instituição de um padrão de comunicação construtivo, reestruturação do sistema familiar, terapia multissistémica, etc. De facto, a partir de uma comunicação eficaz, com padrões de crenças e comportamentos saudáveis e coerentes, integrada na sociedade e entre si, a família pode adquirir um funcionamento muito mais eficaz.

Materiais e Métodos

Pesquisamos as bases de dados Pubmed e SCOPUS para publicações relativamente recentes (desde 2014 até ao presente), com palavras como «family therapy», «alcohol abuse or alcoholism», «family», «substance related disorders», etc. Após leitura dos abstracts, selecionamos aqueles artigos mais relevantes e compreensíveis para o que nos propomos realizar e lermo-los na íntegra. Foram também revistos e integrados os artigos citados nessas publicações, sempre que relevantes. Os principais critérios de exclusão de artigos foram: terapia não familiar especificamente ou não envolvimento da família no tratamento ou abuso, experimentação animal, abuso de Internet ou jogo, área da transmissão neuronal no mecanismo da dependência. Foram também excluídos artigos não escritos em inglês.

Resultados

Quanto às relações familiares que habitualmente se constata, partindo duma família nuclear, em princípio serão os pais na posição de maior poder em relação aos filhos. Quando recorrem por alguma razão ao terapeuta, este normalmente assiste o parente com menor poder que costumam ser os filhos, adquirindo também uma posição de maior poder. Estas posições em que há um subordinado e um subordinante são propícias a conflitos. Tipicamente, a posição superior, critica, culpa, indaga e tenta discutir um problema e a posição inferior fica em silêncio, ignora ou desvia o assunto ¹⁰. Como é óbvio, este tipo de relacionamento tem efeitos nefastos na autoestima dos jovens e no seu comportamento, estando associado a desconexão do meio familiar, isolamento e abuso de drogas ¹¹. Cria-se assim uma distância emocional, barreiras, pouca abertura para o diálogo, falta de empatia entre pais e filhos, bem como comportamentos de internalização por parte dos jovens ^{12,13}.

Uma correta monitorização parental deve, no entanto, ser efetuada, consistindo em prestar atenção às atividades dos filhos, ambientes e adaptações por onde este passa, fundamentando assim uma disciplina positiva ¹⁴.

É sabido que o grau de pressão/rescisão do pai/adolescente respetivamente se alimenta num feedback positivo, ou seja, quanto maior a pressão para mudar, menos a mudança ocorre e por isso maior será a pressão imposta ^{8,9}. Por outro lado, quanto maior o grau de pressão exigida ao adolescente e sua respetiva desobediência, se o terapeuta também adotar uma postura diretiva ou didática, o consumo de drogas aumenta por parte do adolescente. Pelo contrário, ambientes com baixo nível de pressão e também de desobediência, se a terapia diretiva ou prescritiva aumentar e a desobediência também, não há associação com o uso de drogas. Note-se também que o grau de pressão/rescisão não varia entre mãe e pai ou para famílias homossexuais ou mono parentais. Este estudo ¹⁵ salienta assim que o princípio da terapia familiar deve ser descentralizado e deve colocar a ênfase na mudança dos

progenitores e não nos filhos, particularmente naqueles casos em que há um nível muito alto de pressão/rescisão.

No que respeita ao tratamento standard do alcoolismo em homens heterossexuais nos anos 70, que consistiu no uso de psicofármacos, consulta e internamento quando necessário, este não prova ser mais eficaz do que apenas o acompanhamento por parte da mulher e uma visita rápida de um assistente social mensalmente, durante 1 ano. Todavia, faltam esclarecer fatores na mudança do hábito e do tratamento do alcoolismo ¹⁶. Assim, deve ser dada mais ênfase aos processos menos específicos na relação marital e social que conduzem ao abandono do vício ¹⁷. Tais processos como a coesão marital ¹⁸, uma aproximação menos invasiva por parte do terapeuta ^{19,20}, o próprio ambiente familiar com as suas negociações e discussões antes e após a terapia e o papel da mulher revelaram-se de importância fulcral para uma remissão do abuso de álcool. Adotando uma perspectiva biopsicossocial, a probabilidade de sucesso do tratamento seria muito maior, como seria de esperar ¹⁷.

Mães de crianças não expostas ao seu consumo de drogas, comparadas com crianças expostas ao seu consumo de drogas, demonstraram uma redução estatisticamente significativa no consumo de álcool. Também foi verificado um ambiente familiar mais íntegro e menos instável nas primeiras, o que facilitou a implementação da terapia familiar, promovendo atividades familiares, medidas de segurança domésticas, e táticas positivas e construtivas sobre como lidar com as crianças, tudo isto promovendo uma boa coesão familiar e incompatível com o uso de substâncias ²¹. Isto demonstra que a abordagem das mães pelo terapeuta pode ou deve ser guiada pelo nível de negligência que as suas crianças demonstram ²². Por outro lado, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que toca ao consumo de álcool entre mães sujeitas a terapia familiar ou mães sujeitas a tratamento convencional ²¹.

A terapia familiar está incluída na terapia multissistémica. De facto, a família é um dos vários sistemas onde o jovem se move (entre outros, como a escola, os

colegas...). Esta terapia, idealmente, seria executada no lar habitual da família para melhores resultados. O terapeuta procura analisar qual o problema e incutir estratégias e uma estrutura familiar adequadas à solução. Por exemplo, tenta detetar que fatores despoletam o comportamento indesejado do paciente e os fatores que evitam isso, podendo introduzir uma terapia de recompensa ou não respetivamente ²³. Sempre com atenção aos fatores intrínsecos de cada membro familiar como problemas de saúde mental ou abuso de substâncias, por exemplo ²⁴. Durante o procedimento, são utilizadas várias técnicas práticas, como por exemplo: estratégias de resolução do problema, apoio parental, melhorar a qualidade da relação pais-filhos, etc. Nos casos específicos de abuso de substâncias, os membros da família são estimulados pela terapia familiar a: compreender o despoletar do consumo (porque consome?), detetá-lo (quando, onde, em que situação?) e saber recusá-lo ²⁵. É também conduzido um rastreio aleatório de deteção de substâncias, construção de uma rede social de suporte e introdução de regalias para jovens não consumidores. Esta abordagem privilegia idealmente, resultados satisfatórios de longa duração ²³.

Como abordagem primordial, deve-se aumentar o bem estar emocional e social do membro da família, focalizando-se o médico no seu papel de «alfaiate» de terapia familiar, já que cada família é diferente, cada uma à sua maneira ²⁶. Não admira portanto que seja fulcral a necessidade de constante atualização por parte do profissional de saúde no que toca à performance da sua terapia, a qual deve ser personalizada consoante a família (os seus hábitos, crenças, etnia, religião), devendo, portanto, adotar uma abordagem holística. Essa atualização do médico pode ser conseguida através de workshops, role-play ou visualização de vídeos de terapia familiar, bem como o apoio da sua instituição de origem, nomeadamente, os pares com quem pode aprender, além desta atualização também aumentar a sua autoconfiança ²⁷. Além disto, poderão e deverão ser prestados possíveis incentivos aos profissionais de saúde na sua atualização constante em terapia familiar. Uma dessas formações poderá ser por exemplo sobre como o médico deve reduzir a

utilização de linguagem técnica ou também sobre como reduzir o impacto qualitativo e quantitativo das sessões dadas pelo terapeuta familiar. No entanto, convém salvaguardar-se sempre a importância do follow-up no fim do processo ²⁷.

A terapia multissistêmica aplicada mostrou resultados estatisticamente significativos no que concerne à redução de comportamentos anti sociais na juventude logo desde a sua aplicação, podendo ser preditora de bons resultados a longo prazo ²⁸. Quanto maior a monitorização parental e menor a filiação com companhias desviantes (consumidores de substâncias), menor a probabilidade de comportamentos anti sociais (roubos, ateamento de fogos, bullying, violência, etc.) ²⁹.

A eficácia da terapia multissistêmica num curto período de tempo foi corroborada quer pelos jovens, quer pelos progenitores. A mudança positiva precoce é também um bom preditor para um término da terapia com sucesso ²⁹.

Os adolescentes envolvidos com a justiça continuam a ter dificuldades significativas no seu dia a dia à medida que envelhecem e, destes, entre 34-60% reportam voltar ao abuso de álcool ³⁰. O papel da família apoiante mas firme, traz mais benefícios do que aquelas negligentes ou autoritárias. Inicialmente, o terapeuta familiar aposta em criar uma relação e aumentar a motivação, no rescaldo da detenção ³⁰. Após esta, a terapia é baseada na comunidade, fomentando uma reinserção com sucesso ³⁰.

Os pais de crianças em clínicas de reabilitação têm maior incidência de doenças psiquiátricas e abuso de substâncias, mas o primeiro problema suplanta o 2º ³¹. Assim, as doenças mais prevalentes são: depressão, doença bipolar e perturbações de personalidade ³¹.

O terapeuta deve fomentar uma estrutura familiar que transforme as relações em estratégias para solucionar os problemas. Isto concretiza-se em transformar famílias com relações problemáticas em outras com competências eficazes. Os princípios usados na terapia familiar devem ser: a junção dos membros, o acompanhamento por parte do profissional e o desenvolvimento da autoeficácia de

cada membro ³². A terapia familiar é significativamente mais eficaz do que o aconselhamento de adolescentes em grupo em reduzir problemas de conduta ³². A terapia familiar reforça e capacita as famílias na resolução de problemas a longo prazo, relativamente melhor que outras terapias; demonstra também um benefício para uma adequada função parental. O terapeuta tem o objetivo de cativar as famílias para o tratamento, retê-las, melhorar o seu funcionamento e reduzir o uso de droga no adolescente ³². Quando o terapeuta não se empenha o suficiente nestas funções, os *outcomes* do adolescente tendem a piorar. A adesão à terapia, a fidelidade ao método e a sua sustentabilidade devem ser os parâmetros primordiais para uma adequada terapia familiar e devem ser continuamente avaliados ³². Isto significa que há benefício preventivo no seguimento contínuo na família, com compromisso, bem como rigor no método de tratamento, tendo em atenção os fatores que possam constituir entraves à terapia para serem corrigidos.

Convém notar no entanto que existem poucos estudos sobre o custo-efetividade da terapia familiar, daí que não se possa obter uma conclusão clara ³³.

A implementação da terapia familiar no Panamá, mostrou mudanças na dinâmica familiar que se consideram essenciais como prevenção do uso de substâncias nos filhos. Essas alterações foram constatadas nos pais, nos filhos, na relação entre o casal e na relação deste com os filhos ³⁴. Foram verificados: maior facilidade de comunicação por parte dos jovens, maior cumprimento de regras, maior sentido de responsabilidade, bem como em adquirir objetivos e sonhos; apreciar os pais; lidar com o stress; lidar com a pressão dos pares e pedir ajuda sempre que necessário. Quanto aos pais, foi observado: maior controlo emocional e melhores competências de comunicação, bem como: maior uso do amor e limites; impor regras em casa; encorajar o bom comportamento; usar consequências; construir pontes; proteger contra o uso de substâncias e usar os recursos da comunidade ³⁴.

Discussão

Sabe-se que as substâncias psicoativas permitem às pessoas viverem alienadas do mundo, ou seja, as pessoas deixam de viver a realidade e passam a viver num outro mundo fictício criado pela sua própria mente. Essas substâncias também permitem não sentir as emoções, possivelmente negativas, mascarando-as e impedindo a pessoa de enfrentar a sua tristeza, vergonha, revolta ou timidez que surgiriam. Particularmente no caso do álcool, as manifestações clínicas do seu uso são: alterações psicomotoras e do comportamento, euforia, distímia, verborreia ou discurso lentificado, alterações de humor, transtorno de ansiedade e alterações do sono ³⁵.

As abordagens multidimensionais, a família, o grupo de pares, etc., são eficazes na redução de consumo de substâncias psicoativas ³⁵.

A família constitui o primeiro «aperitivo» que os seus membros têm para conhecimento da sociedade mais alargada. Note-se por exemplo que nas comunidades indígenas, toda a sociedade é considerada família no sentido em que pessoas idosas não consanguíneas têm como função educar todas as crianças das tribos.

Neste contexto, se o padrão familiar de relacionamento contemplar uma vinculação securizante, é de esperar que a relação com a sociedade mais alargada também siga esse padrão. Por outro lado, famílias com padrões de relacionamento evitantes ou ambivalentes também tenderão a perpetuar essa forma de se relacionar dos indivíduos noutros grupos sociais que integrem.

Cada família tem a sua dinâmica de funcionamento e muitos fatores intrínsecos não específicos estão envolvidos no despoletar do abuso de substâncias psicoativas pelos seus membros. Curiosamente, como já vimos em cima, estes fatores parecem ser aqueles que mais influenciam positiva ou negativamente.

O alcoolismo é de difícil definição. Sucedem uma sequência de eventos na vida da pessoa que precipitam o consumo de mais um copo, cada vez sempre mais um, apenas porque sim. Já não é porque está triste, porque se aborrece com alguém, porque sente falta de companhia que o consumidor entra assim numa espiral sem fim. O ciclo vicioso acontece precisamente quando não existe motivo para o uso da substância ³⁶.

Apenas desde a década de 30 é que o alcoolismo começou a ser tratado como problema e doença. Efetivamente, até então, o consumo de álcool nunca tinha sido mensurável. Não era referido nem categorizado. Havia muitos médicos alcoólicos. Quando tinham descompensações eram sucessivamente internados em clínicas de reabilitação, mas nunca o seu tratamento integrava uma perspetiva biopsicossocial. Tratava-se unicamente a dependência física, deixando-se a psicológica esquecida. Foi no rescaldo destas insipientes terapias que surgiu o grupo dos Alcoólicos Anónimos, como tentativa de resposta integrada que não existia na altura como abordagem terapêutica. Neste grupo, os alcoólicos eram incentivados a falar e a ouvirem-se uns aos outros, sem julgamentos, na presença de um psiquiatra não-alcoólico e alguns ex-alcoólicos que ajudavam no aconselhamento para chegar à meta da abstinência total ³⁶.

Face a uma dependência já instalada, é importante o não-julgamento quer por parte dos familiares quer por parte dos profissionais de saúde, com vista a obter melhores *outcomes* no tratamento ³⁶. Deve-se sim motivar o doente para a sua reabilitação familiar, social e profissional que, muito provavelmente, deixa a desejar. Uma estratégia recorrente é, por exemplo, a definição de planos de ação e reorganização da agenda do doente com objetivos claros, exequíveis e adaptados à sua condição que, em última instância, promovam a autoeficácia. Tendo a autoestima e o autoconceito mais elevados, é provável que o doente tenha uma perspetiva mais clara e otimista da sua situação e, assim, se trate com maior eficácia.

Através da promoção de atividades prazerosas para o doente, este acaba por encontrar alternativas ao seu consumo de substância, abrindo-se todo um leque de possibilidades que, até aí, eram absorvidas pelo seu consumo crónico ou abusivo. Os recursos antigamente gastos são, agora, despendidos em atividades como a leitura, o desporto, um grupo social, música, viagens, etc. Estas atividades vão colmatar a busca de novas sensações que induziam a busca pelo álcool inicial. Simultaneamente, deve-se dar a devida importância a um diálogo franco e sincero entre os familiares ou amigos, para contar com uma rede de apoio social que pode ser muito útil em casos de necessidade ou de existirem problemas. Nem é preciso ter muita gente a apoiar, desde que os poucos que o façam sejam de confiança. Escusado será dizer que essas companhias não devem ser também consumidoras de substâncias psicoativas; além do mais, devem servir como exemplo pela sua conduta e modo de viver. Essas pessoas devem elogiar quando cumprido um objetivo positivo, saber ouvir, criar empatia e dar suporte às emoções que surgirem ao longo do percurso. Devem «estar lá» sempre que necessário. Por outro lado, devem ser evitados comentários de teor acusatório, comentários de desvalorização, crítica ou desprezo, uma vez que só trazem más consequências na luta do doente para largar o hábito nocivo.

A fase de reabilitação sociofamiliar e profissional promove a reestruturação de um novo «estilo de vida» onde, idealmente, a abstinência é total. A qualidade das relações entre os membros da família (disfunção familiar, comunicação ineficaz, monitorização e supervisão parental ineficiente) associada a atitudes favoráveis dos progenitores face ao consumo de substâncias psicoativas e a sentimentos de fraca vinculação familiar também constitui um fator de risco para o consumo de substâncias psicoativas³⁵. Sabemos o quão difícil é não haver recaídas... mas, face a estas, o processo inicia-se todo novamente.

Foram descobertas também estratégias tais como a visualização mental e as afirmações positivas que funcionavam como catalisadoras de uma mudança eficaz e que são ferramentas que podem ajudar a aliviar o stress inerente ao período de

desintoxicação e desabituação. Não se deve subestimar o poder dos rituais como terapias de bem-estar e serenidade no período de abstinência. Fomentando a segurança, o doente tem maior probabilidade de ter uma recuperação bem sucedida e de, face a situações de risco, saber superá-las.

Conclusão

Em suma, o papel da psicoterapia no tratamento do abusador de substâncias é fulcral, sem deixar de integrar uma estratégia biopsicossocial.

Pessoas que receberam terapia familiar reduziram o seu consumo de substâncias mais do que aquelas que não receberam qualquer tratamento. Outras terapias, como a medicamentosa ou a intervenção breve devem também ser consideradas para obter eficácia terapêutica.

Todavia, estas conclusões devem ser tidas cuidadosamente em conta, visto ser necessário novas pesquisas para validar a qualidade dos resultados encontrados. Este estudo apresenta como pontos fortes o abordar um tema recente e em fase de desenvolvimento bem como a sua originalidade.

Agradecimentos

À Professora Isabel Brandão, pelo apoio e confiança transmitidos ao longo de todo o processo.

Aos meus pais pela segurança, investimento e amor que me deram.

Aos meus colegas e amigos pelo exemplo, visão e ensinamentos que me transmitiram.

Referências

1. Rowe CL. Family therapy for drug abuse: review and updates 2003-2010. *J Marital Fam Ther.* 2012; 38(1):59-81.
2. Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychol Bull.* 1997; 122(2):170-91.
3. Waldron HB, Turner CW. Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008; 37(1):238-61.
4. Kazdin AE, Nock MK. Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *J Child Psychol Psychiatry.* 2003; 44(8):1116-29.
5. La Greca AM, Silverman WK, Lochman JE. Moving beyond efficacy and effectiveness in child and adolescent intervention research. *J Consult Clin Psychol.* 2009; 77(3):373-82.
6. Liddle HA, Saba GW. On context replication: The isomorphic relationship of training and therapy. *Journal of Strategic & Systemic Therapies.* 1983; 2(2):3–11.
7. Kelly AB, Halford WK, Young RM. Couple communication and female problem drinking: a behavioral observation study. *Psychol Addict Behav.* 2002; 16(3):269-71.
8. Rohrbaugh MJ, Shoham V. Brief Therapy Based on Interrupting Ironic Processes: The Palo Alto Model. *Clin Psychol (New York).* 2001; 8(1):66-81.
9. Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes.* New York: Norton; 1967.
10. Rohrbaugh MJ, Hasler BP, Lebensohn-Chialvo F, Shoham V. *Manual for the global structural family systems ratings (GSFSR).* Department of Psychology, Family Research Laboratory, University of Arizona; Tucson, AZ: 2007.

11. Caughlin JP, Malis RS. Demand/withdraw communication between parents and adolescents: Connections with self-esteem and substance use. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2004b;21(1):125–148.
12. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*. 1991;11(1):56–95.
13. Brook JS, Brook DW, Gordon AS, Whiteman M, Cohen P. The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*. 1990; 116(2):111-267.
14. Dishion TJ, McMahon RJ. Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: a conceptual and empirical formulation. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 1998; 1(1):61-75.
15. Rynes KN, Rohrbaugh MJ, Lebensohn-Chialvo F, Shoham V. Parallel demand-withdraw processes in family therapy for adolescent drug abuse. *Psychol Addict Behav*. 2014; 28(2):420-30.
16. Edwards G., Orford J., Egert S., Guthrie S., Hawker A., Hensman C. et al. Alcoholism: a controlled trial of treatment and advice. *J Stud Alcohol* 1977;38:1004-31.
17. Orford J. Ahead of its time: 40 years after the advice versus treatment family study. *Addiction*. 2015; 110 Suppl 2:4-7.
18. Orford J., Oppenheimer E., Egert S., Hensman C., Guthrie S. The cohesiveness of alcoholism-complicated marriages and its influence on treatment outcome. *Br J Psychiatry* 1976; 128: 318–39.
19. McKay J. R. Treating Substance Use Disorders with Adaptive Continuing Care. American Psychological Association: Washington DC; 2009.
20. Scott C. K., Dennis M. L. Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. *Addiction* 2009; 104: 959–71.

21. Donohue B, Azrin NH, Bradshaw K, Van Hasselt VB, Cross CL, Urgelles J, Romero et al. A controlled evaluation of family behavior therapy in concurrent child neglect and drug abuse. *J Consult Clin Psychol*. 2014; 82(4):706-20.
22. Donohue B, Azrin NH, Lawson H, Friedlander J, Teichner G, Rindsberg J. Improving initial session attendance in conduct disordered and substance abusing adolescents: A controlled study. *Journal of Child and Adolescent Drug Abuse*. 1998;8:1–13.
23. Zajac K, Randall J, Swenson CC. Multisystemic Therapy for Externalizing Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015; 24(3):601-16.
24. Tighe A, Pistrang N, Casdagli L, Baruch G, Butler S. Multisystemic therapy for young offenders: families' experiences of therapeutic processes and outcomes. *J Fam Psychol*. 2012; 26(2):187-97.
25. Schoenwald SK, Carter RE, Chapman JE, Sheidow AJ. Therapist adherence and organizational effects on change in youth behavior problems one year after multisystemic therapy. *Adm Policy Ment Health*. 2008; 35(5):379-94.
26. Robinson G, Tyler W, Jones Y, Silburn S, Zubrick SR. Context, diversity and engagement: Early intervention with Australian Aboriginal families in urban and remote contexts. *Child Soc*. 2012;26:343–355.
27. Calabria B, Clifford A, Rose M, Shakeshaft AP. Tailoring a family-based alcohol intervention for Aboriginal Australians, and the experiences and perceptions of health care providers trained in its delivery. *BMC Public Health*. 2014;14:322.
28. Henggeler SW. Multisystemic Therapy: An overview of clinical procedures, outcomes, and policy implications. *Child Psychology and Psychiatry Review*. 1999;4:2–10.
29. Tiernan K, Foster SL, Cunningham PB, Brennan P, Whitmore E. Predicting early positive change in multisystemic therapy with youth exhibiting antisocial behaviors. *Psychotherapy (Chic)*. 2015; 52(1):93-102.

30. Liddle HA. Adapting and implementing an evidence-based treatment with justice-involved adolescents: the example of multidimensional family therapy. *Fam Process*. 2014;53(3):516-28.
31. Riihimäki K. Parents' mental health and psychiatric expertise in child welfare family rehabilitation. *Nord J Psychiatry*. 2015;69(2):138-41.
32. Szapocznik J, Muir JA, Duff JH, Schwartz SJ, Brown CH. Brief Strategic Family Therapy: implementing evidence-based models in community settings. *Psychother Res*. 2015;25(1):121
33. Goorden M, Schawo SJ, Bouwmans-Frijters CA, van der Schee E, Hendriks VM, Hakkaart-van Roijen L. The cost-effectiveness of family/family-based therapy for treatment of externalizing disorders, substance use disorders and delinquency: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016; 16:237.
34. Mejia A, Ulph F, Calam R. An exploration of parents' perceptions and beliefs about changes following participation in a family skill training program: a qualitative study in a developing country. *Prev Sci*. 2015;16(5):674-84.
35. Normas de Orientação Clínica nº036/2012 - Diagnóstico de Policonsumos e Intervenção Breve em Adolescentes e jovens (2012) data 30/12/2012, atualização em 21/08/2014.
36. Palha, AP. Alcoolismo. O Essencial da Saúde Vol. 11. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Hospital de São João, EPE; 2007.

Anexo 1: Normas da revista Ata Médica Portuguesa



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-Autoral.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 mandatório 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 dpi 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 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 *dpi* 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 *dpi*s 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.

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>.