

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2021/2022

Maísa Patrícia Nogueira Pita

Nova Gestão Pública da Saúde /
New Public Management in
Healthcare

MARÇO, 2022

FMUP

Maísa Patrícia Nogueira Pita

Nova Gestão Pública da Saúde /

New Public Management in Healthcare

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Ciências médicas e da saúde > Ciências da saúde

Tipologia: Artigo de Revisão (Monografia)

Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Doutora Guilhermina Maria da Silva Rêgo

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Acta Médica Portuguesa – Revista Científica da Ordem dos Médicos

MARÇO, 2022

FMUP

Eu, Maísa Patrícia Nogueira Pita, abaixo assinado, nº mecanográfico 201605932, 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, 21 / 03 / 2022

Assinatura conforme cartão de identificação:

Maísa Pita

NOME

Maísa Patrícia Nogueira Pita

NÚMERO DE ESTUDANTE

201605932

E-MAIL

maisa.pita@gmail.com

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Ciências médicas e da saúde > Ciências da saúde

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Nova Gestão Pública da Saúde / New Public Management in Health Care

ORIENTADOR

Guilhermina Maria da Silva Rêgo

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, 21 / 03 / 2022

Assinatura conforme cartão de identificação:

Maísa Pita

ÍNDICE

RESUMO	6
ABSTRACT.....	7
LISTAGEM DE ABREVIATURAS	8
I. INTRODUÇÃO.....	9
II. MÉTODOS.....	9
III. DISCUSSÃO	9
a. Contextualização histórica.....	9
b. NGP – Análise Conceptual.....	10
c. Implementação da NGP em Portugal	12
d. NGP na Atualidade em Portugal.....	14
e. NGP em diferentes países.....	15
IV. CONCLUSÃO	16
V. CONFLITOS DE INTERESSE.....	16
VI. FONTES DE FINANCIAMENTO	16
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
ANEXO I – REPORTING GUIDELINES	19
ANEXO II – REGRAS DE FORMATAÇÃO	23

RESUMO

A Nova Gestão Pública surgiu na década de 70, como alternativa a uma gestão pública burocratizada e a uma estrutura problemática e ineficiente da Administração Pública. Este modelo tinha como finalidade a introdução de instrumentos de gestão e eficiência do setor privado no setor público, como a descentralização, gestão por objetivos e auditoria do desempenho e maior autonomia para os gestores.

A Nova Gestão Pública começou a ser implementada pelo Estado nos países Anglo-Saxónicos, mas rapidamente ganhou uma dimensão mundial, sendo que cada país adotou diferentes medidas com base neste conceito de gestão.

Este trabalho faz uma contextualização histórica e uma análise conceptual deste modelo, seguindo-se de uma análise à implementação da Nova Gestão Pública em Portugal e uma comparação com outros países na atualidade.

Palavras-chave: Gestão Pública; Nova Gestão Pública; Portugal; Serviço Nacional de Saúde

ABSTRACT

The New Public Management emerged in the 70s as an alternative to bureaucratized public management and a problematic and inefficient structure of Public Administration. This model was intended to introduce management and efficiency instruments from the private sector into the public sector, such as decentralization, management by objectives and performance auditing, and greater autonomy for managers.

New Public Management began to be implemented by the State in Anglo-Saxon countries but quickly gained a global dimension, with each country adopting different measures based on this management concept.

This work makes a historical contextualization and a conceptual analysis of this model, followed by an analysis of the implementation of New Public Management in Portugal and a comparison between several countries nowadays.

Keywords: Public Management; New Public Management; Portugal; Nacional Health System

LISTAGEM DE ABREVIATURAS

- **NGP:** Nova Gestão Pública
- **SNS:** Serviço Nacional de Saúde
- **OCDE:** Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- **EUA:** Estados Unidos da América
- **PIB:** Produto Interno Bruto
- **ACeS:** Agrupamento de Centros de Saúde
- **MoU:** Memorando de Entendimento
- **S.A.:** Sociedade Anónima
- **E.P.E.:** Entidades Públicas Empresariais
- **ARS:** Administração Regional de Saúde

I. INTRODUÇÃO

Os modelos de gestão pública foram-se modificando ao longo do tempo, tendo em conta o contexto político nos determinados momentos. A Nova Gestão Pública (NGP) surge nos países anglo-saxónicos na década de 70, num período de crise após a II Guerra Mundial, como resposta a um modelo burocratizado e a problemas de ineficiência provocados pelo modelo de Estado-Providência em vigor. A NGP veio introduzir instrumentos de gestão do setor privado no setor público, nomeadamente a descentralização, maior autonomia para os gestores, gestão por objetivos e auditoria do desempenho.

A razão da importância deste trabalho prende-se com o facto de não existirem estudos abrangentes recentes, estando a informação acerca deste tema muito dispersa. Assim, por não existirem estudos recentes desde a implementação até à influência da NGP na atualidade, assim como pelo simples facto deste modelo estar na base de muitas das políticas públicas em vigor, este estudo é essencial.

Assim, é intenção deste estudo proporcionar uma revisão da literatura atualizada e documentada acerca da NGP no serviço de saúde desde o início da sua implementação até à atualidade, resumindo e analisando uma visão consensual de conceito da NGP e a sua transferibilidade entre países e contextos.

Para isto, este trabalho centra-se essencialmente em cinco partes. Primeiramente, fez-se uma contextualização histórica desde o início do século XX até à origem da NGP, por volta da década de 70. Em seguida, é construída uma análise conceptual genérica da NGP onde se tentou definir um conceito/modelo, tendo em conta as alterações gestionárias feitas ao longo do tempo nos diferentes países. Seguidamente, uma análise da implementação e da atualidade da NGP em Portugal permitiu, posteriormente, fazer uma comparação entre diferentes países, nomeadamente: Nova Zelândia, Países Nórdicos (Suécia, Finlândia), Europa Central e de Leste (França, Estónia, República Checa e Hungria) e Canadá.

II. MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa com recurso a diferentes motores de busca com o objetivo de identificar todo o tipo de trabalhos, nomeadamente, artigos, teses, livros e legislação, publicados desde 1985 até à atualidade, acerca do tema da NGP. Para esta pesquisa foram utilizados os termos New Public Management; Public Sector Reform; Public Health Administration; Portugal.

III. DISCUSSÃO

a. Contextualização histórica

Os modelos de Gestão Pública foram evoluindo e reformando-se ao longo da história, muitas vezes associados a mudanças nos modelos de Estado. A cada modelo de Estado corresponde um modelo de Administração Pública, o qual reflete os valores que este procura promover.¹

Pré II Guerra Mundial

No início do século XX, com o desenvolvimento do Estado Liberal, vigorava um modelo de Gestão com base nas teorias de Weber, ou seja, um modelo com uma estruturação formal e autoritária de um Estado que intervinha de modo muito reduzido na vida económica e social dos cidadãos. Neste período, valorizavam-se os níveis hierárquicos e o cumprimento de normas e regulamentos,

destacando-se uma gestão burocrática que paralisava as organizações públicas e desvalorizava os resultados.¹

Pós II Guerra Mundial

Na época após a II Guerra Mundial, com os países afetados a nível económico e social, surge a necessidade de o Estado intervir de forma mais marcada. Assim, surge o modelo de Estado-Providência, em que o Estado era encarado como um prestador, passando a assumir funções administrativas de bens e serviços públicos e de assistência social, médica e de ensino.¹ Contudo, este modelo teve como efeito o aumento da despesa pública, o aumento de recursos humanos e, consequentemente, dos impostos.

A configuração do Estado-Providência é uma questão particularmente sensível em Portugal – e que levou Santos² a defini-lo como um “semi-Estado-Providência”. Foi um processo tardio e inacabado para o qual nunca se chegou a um verdadeiro consenso entre os partidos políticos envolvidos. De facto, quando foi implementado o SNS português³, outros países com esse modelo social já argumentavam que este modelo era insustentável e contraditório

Origem da NGP – década de 70

No final da década de 70 e início dos anos 80, assiste-se a uma crise económica, com elevada pressão sobre os recursos públicos, com inflação, desemprego e défice orçamental, decorrentes dos instrumentos de política económica em prática na gestão da economia interna até esta altura⁴. A elevada dimensão da implementação do modelo de Estado-Providência e consequente estrutura problemática e ineficiente da Administração Pública, levou ao surgimento de um movimento denominado por “*New Public Management*” ou Nova Gestão Pública, doravante NGP, nos países Anglo-Saxónicos.

O Reino Unido sob o mandato da primeira-ministra Margaret Thatcher e alguns governos municipais dos EUA, países estes sob influência das ideias neoliberais e que sofreram mais fortemente com a recessão económica e as revoltas fiscais, foram os pioneiros na implementação desta teoria.⁴ Em seguida, os governos da Nova Zelândia e Austrália aderiram ao movimento. O sucesso destes países colocou a reforma administrativa da NGP nas agendas da maioria dos países da OCDE e também de outras nações.^{5, 6}

Assim, numa fase em que imperavam as recessões económicas e as revoltas fiscais, a NGP surge como uma alternativa a uma gestão pública burocratizada e como solução para os incomportáveis problemas de ineficiência, excesso de formalismo, elevados custos de funcionamento e desresponsabilização associados a um modelo de gestão tradicional.^{6, 7} Portanto, orientados pela teoria da escolha pública, os governos desenvolveram um programa de reforma com a finalidade de introduzir instrumentos de gestão e eficiência do setor privado e, através da privatização, reduzir o papel do Estado nos serviços públicos.⁴

b. NGP – Análise Conceptual

Uma análise conceptual abrangente da NGP deve ir além de uma simples descrição de medidas políticas e da explicação de um modelo de gestão pública. O contexto, objetivos e instrumentos políticos por detrás das variações empíricas inerentes à implementação da NGP, faz com que cada país deva ser visto como uma combinação de influências externas e especificidades internas.⁸

Como o descrito anteriormente, no período após a II Guerra Mundial dominava o modelo de Estado-Providência, que levou a uma crescente carência de recursos e conduziu a uma crise em vários países pelo mundo.

Na incapacidade de gerir os recursos públicos, surge um novo modelo de gestão que desloca para a Administração Pública uma lógica de gestão privada capitalista, com o objetivo de diminuir custos e aumentar a eficiência e eficácia destes serviços.⁷⁻⁹ Passa-se, portanto, de um modelo de Estado produtor e prestador de serviços para um Estado que funciona como uma entidade reguladora,

tornando-se assim mais eficiente, económico e eficaz.¹⁰

Além disto, a NGP sustenta que o governo deve ocupar-se apenas das atividades que não possam ser privatizadas e evidencia o papel essencial dos gerentes, que passam a ter maior liberdade para melhorar a eficiência e a produtividade, principalmente através da “gestão por resultados”.¹¹

Este processo foi também evidente no setor da saúde, que mudou a própria noção de utilizador do serviço público: os “pacientes” tornaram-se “consumidores”, passaram a pagar para usar os recursos e a assumir a sua parcela de responsabilidade na escolha e no uso eficiente de serviços.⁸

Como o supracitado, dada a diversidade empírica inerente à implementação da NGP, não existe um consenso acerca de como definir exatamente o modelo/conceito da NGP. Obstáculos como as particularidades do direito administrativo e público, regulamentação do trabalho, influências políticas, legais e institucionais impedem uma convergência total na adoção do modelo. No entanto, segundo Gruening⁶ e Hood¹², é possível definir-se uma série de atributos/características comuns que foram descritos em diferentes países, entre estes:

- Cortes orçamentais;
- Responsabilização e auditoria do desempenho;
- Privatização e descentralização;
- Planeamento e gestão estratégica;
- Separação entre produção e provisão;
- Contratação externa;
- Liberdade de gestão (flexibilidade) e gestão profissional;
- Fomento da competição;
- Melhoria da gestão financeira;
- Utilização de tecnologias de informação;
- Aplicação de taxas de utilização;
- Separação entre política e administração;

Em termos substantivos, o argumento ideológico da NGP assenta numa maior eficiência da gestão pública o que exige mais flexibilidade na gestão, descentralização da tomada de decisões, a definição de objetivos que permitam a avaliação dos resultados através de indicadores de desempenho e maior autonomia para os gestores.^{4, 8}

Este modelo tem sido aplicado em todos os serviços da atividade pública. Segundo Giauque¹³, a NGP veio trazer alguns objetivos comuns:

1. melhorar os serviços prestados ao público (e, portanto, aos cidadãos-clientes);
2. modernizar a organização dos serviços administrativos de forma a torná-lo mais flexível e adaptável;
3. definir mais claramente os objetivos a serem alcançados com base num contrato associado ao orçamento global estabelecido;
4. avaliar de forma mais sistemática o desempenho coletivo e individual, definindo critérios de avaliação;
5. em muitos casos, também, há uma intenção clara de obter fundos económicos através do aumento da produtividade organizacional, o que se reflete em novas fontes de lucro.

De notar também, que uma das particularidades da NGP é o alto nível de consenso no espectro político sobre a sua aplicação. De facto, enquanto a direita acredita ser uma solução para o controlo do gasto público submetendo os serviços públicos à concorrência do mercado, a esquerda valoriza a gestão descentralizada dos serviços públicos. De facto, a ideologia da NGP é tão ampla que pode abranger um conjunto variado de processos políticos que vão desde a simples descentralização das

competências de gestão organizacional até à privatização dos prestadores de serviços públicos de saúde.⁸

Em suma, a NGP traduz-se na aplicação de técnicas de gestão privada, em vários setores, que permitem assegurar os interesses coletivos, quer das organizações, quer dos profissionais e quer dos cidadãos, na criação de um sistema público menos burocratizado, mais eficiente e eficaz.

c. Implementação da NGP em Portugal

Nos anos 70 em Portugal, o Estado tinha um papel de prestador e financiador dos cuidados de saúde, tendo este período ficado marcado por baixos níveis de acesso à saúde por parte dos Portugueses. Foi no ano de 1979, que o Estado concretizou as políticas para a saúde previstas nos termos do artigo 64º da Constituição da República Portuguesa de 1976, ou seja, a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), totalmente gratuito e acessível a todos, financiado pelo Estado.¹⁴

Já na segunda metade da década de 1990, foram introduzidas algumas ideologias com base na NGP, como a contratualização entre os hospitais públicos e grupos económicos privados e a separação de funções do Estado entre financiador e prestador de serviços.¹⁵

A experiência piloto a nível da gestão hospitalar, ocorreu em 1995 com o hospital Amadora-Sintra. Neste hospital estabeleceu-se, de forma pioneira, uma contratualização entre o SNS e uma empresa privada, com o objetivo de garantir um maior controlo de custos e melhor racionalidade económica. Após esta experiência, foram introduzidas normas de gestão privada no Hospital de S. Sebastião (St. Maria da Feira), no Hospital Sra. Do Rosário (Barreiro) e no Hospital do Barlavento Algarvio (Portimão).¹⁴ Depois destes hospitais, seguiu-se a introdução de uma política de empresarialização nos restantes.

Adaptação e Adoção da NGP no setor da saúde em Portugal (2002-2010)

Após um período de forte expansão económica na segunda metade da década de 1990, o crescimento do PIB em Portugal estagnou em 2002. Por esta razão e devido a medidas orçamentais, incluindo orientações para a contenção da despesa pública em saúde, educação e segurança social, foram fixados objetivos para redução do défice orçamental. Esse quadro obrigou o governo a tomar medidas para promover maior eficiência, reduzindo os gastos públicos e aumentando a produtividade dos serviços sem prejudicar o acesso ou a qualidade.

Assim, a agenda política da saúde de 2002 propunha uma profunda reforma no SNS. Os objetivos de melhoria da eficiência e qualidade de resultados foram o foco central da política de saúde desde 2002, em consonância com o paradigma da NGP, e foram sendo uma tendência identificável, grosso modo, desde esse ano.⁷ Assim, 2002 pode ser apontado como a data de início da reviravolta na gestão das unidades públicas de saúde e da sua relação com o setor privado, com marcos legislativos relevantes e com a adoção de práticas e princípios de gestão do setor privado.^{7, 16, 17}

A NGP aplicada ao setor da saúde veio promover uma abordagem centrada no doente/utente como consumidor, favoreceu a descentralização e a transparência e promoveu a responsabilização pelos resultados e níveis de desempenho.¹⁴

Um dos exemplos mais notáveis da implementação da NGP foi a reforma hospitalar realizada entre 2002 e 2009.^{17, 18} A empresarialização hospitalar apresentou-se como uma solução para a prestação de cuidados de saúde num momento de crise fiscal e de dificuldades orçamentais do Estado.⁷ A Resolução do Conselho de Ministros nº 41/2002, aprovou um novo regime de gestão hospitalar¹⁹ que ditou a empresarialização de 34 hospitais do SNS, originando 31 Hospitais Sociedade Anónima (Hospitais S.A.) responsáveis pelo seu capital próprio. A criação deste tipo de hospitais permitiu a introdução da gestão por objetivos, uma melhoria da eficiência e do nível do serviço prestado aos utentes, a flexibilização e desenvolvimento dos recursos humanos e a melhoria da comunicação interna e externa.

Em 2005, pelo Decreto-Lei nº 93/2005²⁰ foram criados os Hospitais Entidades Públicas Empresariais (E.P.E.). Posteriormente a isto, assistiu-se à fusão de hospitais e à criação de Unidades Locais de saúde com estatuto E.P.E..¹⁴

Entre as diversas ideias, a NGP trouxe novidades para o setor da saúde: (a) introdução de contratos com prestadores de cuidados de saúde, (b) fortalecimento da autonomia dos gestores, (c) promoção da transparência, (d) responsabilização dos gestores ²¹, e (e) parcerias público-privadas. ²²

Até 2010, no caso das unidades de saúde, a introdução da NGP manifestou-se pela mudança do regime jurídico e modelo organizacional, com o objetivo de facilitar a integração e a comunicação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde. Nomeadamente, (1) nos cuidados de saúde primários, com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e o desenvolvimento das Unidades de Saúde Familiar (USF), e (2) nos cuidados de saúde hospitalares, com a criação e fusão horizontal de centros hospitalares. Para além disto, neste período, foram desenvolvidas novas respostas para os cuidados pós-hospitalares (cuidados continuados) e para os cuidados de fim de vida (cuidados paliativos). ^{17, 23}

No entanto, as reformas de curto/médio prazo não geraram os resultados desejados, levando inclusive ao aumento dos custos em saúde e a uma alta dívida com fornecedores. ^{18, 24-26} Essa situação, aliada ao ambiente económico global e ao alto deficit orçamental do país na altura, gerou uma marcante crise.

Período de superação da crise económica e financeira (2011-2015)

A crise financeira começou no ano fiscal de 2009, de acordo com a definição técnica de recessões (2 trimestres de crescimento negativo) ²⁷, e teve um impacto significativo na economia portuguesa, devido à recessão global das economias mundiais. ²⁴

Esta crise em Portugal levou a que no ano fiscal de 2011 houvesse intervenção externa do Fundo Monetário Internacional, da Comissão Europeia e do Banco Central Europeu através da assinatura do Memorando de Entendimento, doravante MoU. Esse memorando consistia em 3 documentos principais: o Memorando de Políticas Económicas e Financeiras, o Memorando Técnico de Entendimento e o Memorando de Entendimento sobre Condicionalidades Específicas de Política Económica; comumente conhecidos como o “acordo da Troika”. ²⁴

As políticas de austeridade incluídas no acordo da troika ²⁸ introduziram também um conjunto de medidas para melhorar a eficiência e gestão dos hospitais e outras entidades, aumentar a regulação do mercado farmacêutico e assim reduzir custos e desperdícios no sistema de saúde. ^{29, 30} No entanto, a aplicação impreterível e drástica destas medidas gerou uma série de efeitos, que tiveram um impacto significativo na vida dos cidadãos portugueses e no setor da saúde pública. ³⁰

Entre os resultados das medidas impostas pelo MoU, até 2015, obtiveram-se impactos positivos que geraram alguns ganhos de eficiência, em particular, no mercado e na redução da dívida do SNS. No entanto, entre os Anos Fiscais 2011 e 2015, o rendimento médio disponível das famílias diminuiu, enquanto os copagamentos do SNS aumentaram, o que provocou um aumento das desigualdades no acesso à saúde e a uma redução do investimento em equipamentos e infraestruturas. ^{24, 30}

Período de recuperação pós-crise (2016-2017)

O período entre 2015 e 2017 foi marcado por um programa do governo socialista ³¹ com 9 eixos estratégicos prioritários:

- promoção da saúde por meio de um novo sistema de saúde pública;
- redução das desigualdades no acesso à saúde;
- reforço do poder cidadão no SNS, promovendo maior disponibilidade, comodidade e humanização dos serviços;
- melhoria da rede de cuidados primários;
- melhoria da gestão hospitalar e integração/comunicação com outros níveis de cuidados;
- ampliação e melhoria da Rede de Reabilitação e Cuidados Paliativos;

- melhoria da gestão de recursos humanos e motivação profissional;
- melhorar a eficiência e qualidade dos serviços de saúde;

Logo, estas políticas visaram (a) melhorar a eficiência e contenção das despesas, mas também melhorar o acesso através (b) da redução dos encargos para os cidadãos (redução das taxas moderadoras, inclusão de doentes em cuidados paliativos nos regimes de isenção) e (c) redução das listas de espera (desenvolvimento da articulação entre os diversos hospitais públicos, rentabilizando a sua capacidade).

Verificou-se também uma maior capacidade de resposta em áreas como a saúde oral, mental e visual, bem como uma estratégia de promoção da saúde pública através da educação para a saúde, contribuindo para a redução da incidência de doenças preveníveis.²³

Em suma, neste período, assistiu-se a uma redução da despesa, melhoria no acesso à saúde, maior contratação de profissionais de saúde, redução de listas de espera e aprimoramento da gestão dos pacientes como usuários do SNS.³²

d. NGP na Atualidade em Portugal

O direito à saúde e o dever de promovê-la são 2 princípios constitucionais que foram introduzidos em Portugal com a criação do SNS em 1979 e cujos valores ainda vigoram e compelem o Estado a prestar os cuidados de saúde necessários a toda a população.¹⁷

O setor da saúde tem sofrido algumas alterações na gestão e nas políticas públicas, com diversas reestruturações com base nas teorias da NGP³³, sendo que, foram identificadas em Portugal várias dinâmicas na implementação da NGP: descentralização, contratualização e responsabilização pelos resultados, competição interna e externa, racionalização das despesas e diferenciação.⁸

Contratação externa / Privatização / Financiamento

No que respeita ao financiamento, o SNS não sofreu alterações significativas desde a publicação da Lei de Bases da Saúde, em 1990.³

Como o habitual em sistemas do tipo *Beveridge*, o financiamento do sistema de saúde em Portugal é maioritariamente público, isto é, financiado pelo Orçamento Geral do Estado sob a tutela do Ministério da Saúde, sendo os fundos arrecadados através de impostos.^{23, 24} Em regime complementar, existe um conjunto de prestadores privados aos quais o Estado contrata um conjunto de serviços que o SNS não é capaz de responder atempadamente.^{17, 24}

Assim, a prestação de cuidados de saúde é composta por prestadores (1) públicos (centros de saúde e hospitais públicos) sob a supervisão e jurisdição do Ministério da Saúde e (2) privados, especialmente nas áreas farmacêutica e de material clínico, de serviços complementares de diagnóstico e terapêuticas, e prestação de algumas consultas médicas de especialidade.^{17, 24, 29}

Além disto, uma parcela significativa do financiamento total é privada e inclui: seguros de saúde voluntários, subsistemas de saúde (regimes especiais de seguros públicos e privados associados a algumas profissões)^{23, 34} e o próprio cidadão (através do pagamento de taxas moderadoras).^{17, 23}

Contratualização

A Contratualização tem sido um instrumento de gestão utilizado para melhorar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde prestados. O Estado passou de financiador/prestador de serviços para um Estado regulador, promovendo a contratualização.¹⁴ Neste contexto, surgem os Contratos-Programa, onde se estabelece uma relação contratual, que define objetivos que devem ser cumpridos pelas entidades prestadoras de serviços e que garantem que a tutela paga as verbas para a execução desses mesmos objetivos.

Descentralização

O planeamento da saúde, a responsabilidade organizacional e a regulação estão centralizados no Ministério da Saúde. Contudo, a gestão dos cuidados de saúde primários e secundários é descentralizada através das Administrações Regionais de Saúde (ARS).^{23, 24} Existem 5 ARS's: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve

Cada ARS (a) é responsável pela gestão estratégica da saúde da população da sua área geográfica, (b) assegura a articulação com o sector privado no âmbito da prestação de cuidados de saúde aos doentes do SNS, (c) assegura a supervisão e controlo dos hospitais, e (d) administra e participa no processo de financiamento das unidades de saúde primárias. O financiamento hospitalar é definido centralmente, em conjunto com o Ministério da Saúde e a Administração Central do Sistema de Saúde, salvaguardando a implementação e cumprimento das políticas previstas no plano nacional de saúde.^{23, 24}

e. NGP em diferentes países

Durante as últimas décadas em todo o mundo, as organizações do setor público têm estado sob uma pressão política e financeira significativa para melhorar a sua eficiência. Muitos países iniciaram reformas do setor público, nomeadamente no setor da saúde, para atingir objetivos de eficiência e eficácia.

Segundo Giauque¹³, tem-se assistido à introdução de diferentes tipos de modelos de NGP. O autor identifica três modelos hipotéticos principais: (1) modelo de eficiência ou de mercado, (2) modelo de redução de despesas, descentralização e flexibilidade; (3) modelo de procura da excelência ou de qualidade. Giauque¹³ adverte, contudo, que estes modelos são apenas teóricos e que na realidade as alterações na Administração Pública consubstanciaram-se na conjugação dos três modelos.

O modelo de eficiência ou modelo de mercado, surgiu no início da década de 1980, especialmente nos países anglo-saxónicos, e visa tornar as organizações do setor público mais eficientes, medindo o seu desempenho em relação ao do setor privado.¹³ A Nova Zelândia foi um dos países pioneiros na implementação da NGP e parece ter seguido um modelo de eficiência. A Estónia também parece ter seguido o mesmo modelo, já que o objetivo da reforma do setor público na saúde, para estes dois países, foi melhorar a eficiência da prestação de cuidados de saúde e o estabelecimento de um sistema financeiro adequado.^{35, 36}

No cerne desse modelo, os conceitos económicos de competição e desempenho produtivo são dominantes.^{13, 35} Sob esse sistema de saúde orientado para o mercado, o serviço de saúde passou a ser tratado como um mercado económico e houve um amplo uso de ferramentas de gestão do setor privado como a descentralização, financiamento com base no serviço prestado e fomento da competição, a prestação de contas financeiras e a distinção entre prestadores e financiadores.³⁵

No modelo de redução de despesas (*"downsizing"*), descentralização e flexibilidade, a ideia central é a redução de custos e a descentralização das responsabilidades administrativas para tornar os processos menos burocráticos.¹³ Este modelo "descentralizado" visa separar a estratégia operacional e redistribuir o poder de decisão para níveis mais próximos dos "clientes". O principal objetivo é permitir que os serviços administrativos desenvolvam uma gestão mais flexível, garantindo a descentralização do processo decisivo. A reforma Húngara que se concentrou essencialmente em dois elementos: *downsizing* (incluindo uma diminuição radical no emprego no serviço público) e reforma radical do sistema de gestão de recursos humanos; parece ser um exemplo da implementação deste tipo de modelo.³⁷

Já o Canadá, apostou num modelo de inovação ou de procura da excelência, baseado em mecanismos que visam a mudança da cultura organizacional para que seja capaz de gerar atitudes conducentes à aprendizagem e aperfeiçoamento contínuos. Neste caso, no final da década de 1980, surgiu um programa de prémios para a inovação no setor público. Estes prémios de inovação foram lançados pela primeira vez nos Estados Unidos. O Canadá, e mais tarde outros países, seguiram este modelo de inovação que permite o reconhecimento por um trabalho bem feito e serve para divulgar comportamentos que merecem ser imitados. Este sistema permitiu garantir a inovação constante e uma busca pela excelência.³⁸

Outro exemplo, são a Finlândia e a Suécia que começaram a adotar ferramentas da NGP no final da década de 1980, com o objetivo de modernizar as respetivas administrações públicas. Estes países são vistos como “modernizadores pragmáticos” na literatura de gestão pública, já que, pretendiam modernizar em vez de derrubar o tradicional modelo de bem-estar social, com a implementação da NGP.³⁹ As principais alterações feitas nestes países nórdicos europeus estiveram centradas na descentralização, na alocação de recursos e financiamento dos cuidados de saúde, assim como num modelo de gestão por resultados. Em ambos os países, o poderoso governo de centro-direita correlaciona-se com a promoção de políticas fundamentais de “escolha e empresarialização”. No entanto, a política conflituosa da Suécia produziu um impasse, enquanto a Finlândia consensual produziu mudanças políticas radicais, havendo assim diferenças nacionais na implementação da NGP.³⁹

Em contrapartida, em alguns países os princípios da NGP são dificilmente encontrados na reestruturação administrativa pública, como é o caso da França e da República Checa.^{36, 40} Estes países parecem ter seguido o seu próprio conceito de reforma e, pese embora, alguns princípios da NGP possam estar subjacentes a esta reforma, não parecem estar incorporados numa estratégia global de reforma segundo o modelo da NGP.⁴⁰ A reestruturação administrativa em França procurou melhorar a gestão e a eficiência. No entanto, a integração de valores públicos, como a maior participação dos pacientes ou a participação pública local, e de valores privados orientados pela NGP, como a avaliação pelo desempenho, não foram implementados.⁴⁰

Além disso, uma revisão sistemática evidenciou um número substancial de autores que postula que entramos em um período pós-NGP. No entanto, a compreensão do que constitui essa nova tendência de reforma da administração pública ainda é variada.⁴¹

IV. CONCLUSÃO

A visão geral deste artigo destaca o que já sabemos sobre NGP em domínios do setor público da saúde, com base na literatura atual. De facto, permite ter uma visão alargada acerca deste modelo gestor, desde a sua implementação até à atualidade e em vários países para além de Portugal.

A crescente preocupação com a responsabilidade financeira é uma das principais críticas feitas às reformas da NGP. Acredita-se que a ênfase nas conquistas financeiras pode afetar negativamente a qualidade da prestação de cuidados de saúde. O principal desafio que o setor da saúde enfrentará na próxima década será como abordar essa questão de responsabilidade para criar uma atmosfera agradável entre todos os intervenientes no setor da saúde.

Existem várias abordagens potenciais para melhorar a gestão do setor de saúde pública que merecem investigação. Pesquisas futuras também poderão investigar como a gestão poderia facilitar o apoio ao aprimoramento da distribuição equitativa de um sistema de saúde pública de alta qualidade.

V. CONFLITOS DE INTERESSE

Declaro não ter conflitos de interesses relacionados com o presente trabalho.

VI. FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo JF. Avaliação da Gestão Pública: a Administração Pós Burocrática. Conferência da UNED. 2007.
2. Santos B. O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23. 1987:13-73.
3. República Ad. Lei de Bases da Saúde - Lei nº 48/90. *Diário da República* n.º 195/19901990. p. 3452 - 9.
4. Araújo JF. Tendências recentes de abordagem à reforma administrativa. *Revista da Associação Portuguesa de Administração e Políticas Públicas*. 2000;1:38-47.
5. OECD. *Governance in Transition: Public Management Reforms in OECD Countries* 1995.
6. Gruening G. Origin and theoretical basis of New Public Management. *International Public Management Journal*. 2001;4:1-25.
7. Correia T. A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 2009:83-103.
8. Correia T. New Public Management in the Portuguese health sector: a comprehensive reading. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia*. 2011.
9. Bach S, Bordogna L. Varieties of new public management or alternative models? The reform of public service employment relations in industrialized democracies. *The International Journal of Human Resource Management*. 2011 2011/06/01;22(11):2281-94.
10. Ferraz D. Política, Administração e responsabilização de dirigentes públicos: Implicações das teorias, modelos e reformas da Administração. *HandBook de Administração Pública*. 2013:173-85.
11. Denhardt JV, Denhardt RB. *The new public service : serving, not steering*. Expanded ed. Armonk, N.Y.: M.E. Sharpe; 2007. xv, 222 p. p.
12. Hood C. The "new public management" in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*. 1995;20(2-3):93-109.
13. Giauque D. New Public Management and Organizational Regulation: The Liberal Bureaucracy. *International Review of Administrative Sciences*. 2003;69(4):567-92.
14. Nunes A, Harfouche AP. A Reforma da Administração Pública Aplicada ao Setor da Saúde: A Experiência Portuguesa. *Revista Gestão em Sistemas de Saúde*. 2015;4(2):1-8.
15. Harfouche A. *Opções políticas em saúde. Efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Coimbra: Edições Almedina. 2012.
16. Fernandes AC, Nunes AM. [Hospitals and the Public-Private Combination in the Portuguese Health System]. *Acta Med Port*. 2016 Mar;29(3):217-23.
17. Nunes AM, Ferreira DC. The health care reform in Portugal: Outcomes from both the New Public Management and the economic crisis. *Int J Health Plann Manage*. 2019 Jan;34(1):196-215.
18. Ferreira DC, Marques RC, Nunes AM. Economies of scope in the health sector: The case of Portuguese hospitals. *European Journal of Operational Research*. 2018;266(2):716-35.
19. República Ad. Lei nº 27/2002. *Diário da República* nº 258/20022002-11-08. p. 7150.
20. Saúde Md. Decreto-Lei nº 93/2005. *Diário da República* nº 109/20052005-06-07. p. 3636 - 7.
21. van der Voet J. The effectiveness and specificity of change management in a public organization: Transformational leadership and a bureaucratic organizational structure. *European Management Journal*. 2014;32(3):373-82.
22. Roehrich JK, Lewis MA, George G. Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Soc Sci Med*. 2014 Jul;113:110-9.
23. Simões J AG, Fronteira I, Hernández!Quevedo C. Portugal. *Health systems review. Health Systems in Transition*. 2017.

24. Nunes AM, Ferreira DC, Fernandes AC. Financial Crisis in Portugal: Effects in the Health Care Sector. *Int J Health Serv.* 2019 Apr;49(2):237-59.
25. Ferreira D, Marques RC. Did the corporatization of Portuguese hospitals significantly change their productivity? *Eur J Health Econ.* 2015 Apr;16(3):289-303.
26. Orçamento D-Gd. Síntese da execução orçamental. 2012.
27. Perelman J, Felix S, Santana R. The Great Recession in Portugal: impact on hospital care use. *Health Policy.* 2015 Mar;119(3):307-15.
28. Portugal – Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality. 2011.
29. Barros PP. Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health Policy.* 2012 Jun;106(1):17-22.
30. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet.* 2013 Apr 13;381(9874):1323-31.
31. Português GC. Programa do XXI Governo Constitucional. 2015-2019.
32. Saúde Md. Relatório Anual - Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos dos SNS e Entidades Convencionais. 2016.
33. Araújo JF. A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública. 2005.
34. Mossialos ED, A. Funding health care: an introduction. *Funding Health Care: Options for Europe.* 2002;Buckingham, England: European Observatory on Health Care Systems Series:2-24.
35. Kumarasiri A. Public Sector Reforms: The Changing Role of Accounting in New Zealand's Public Health Sector. *New Zeland Journal of Applied Business Research.* 2015;volume 13.
36. Nemec J. New Public Management and its Implementation in CEE: What Do we Know and where Do we Go? *NISPAcee Journal of Public Administration and Policy.* 2010;3:31-52.
37. Dan SP, Christopher. NPM Can Work: An optimistic review of the impact of New Public Management reforms in central and eastern Europe. *Public Management Review.* 2015:1305-32.
38. Bernier LH, Taïeb; Deschamps, Carl. Environmental Determinants of Public Sector Innovation: A study of innovation awards in Canada. *Public Management Review.* 2015;17:6:834-56.
39. Smith CJ, Rauhut D. Still 'skiing their own race' on New Public Management implementation? Patient choice and policy change in the Finnish and Swedish health-care systems. *International Review of Administrative Sciences.* 2019;85(1):62-79.
40. Simonet D. Recentralization and vertical alignment in the French health-care system. *Journal of Public Affairs.* 2017;17(4).
41. Reiter R, Klenk T. The manifold meanings of 'post-New Public Management' – a systematic literature review. *International Review of Administrative Sciences.* 2018;85(1):11-27.

ANEXO I – REPORTING GUIDELINES

SANRA

Scale for the Assessment of Narrative Review Articles – SANRA

1) Justification of the article's importance for the readership

I. Introdução, página 9: “A razão da importância deste trabalho prende-se com o facto de não existirem estudos abrangentes recentes, estando a informação acerca deste tema muito dispersa. Assim, por não existirem estudos recentes desde a implementação até há influência da NGP na atualidade, assim como pelo simples facto deste modelo estar na base de muitas das políticas públicas em vigor, este estudo é essencial.”

The importance is explicitly justified – 2 score

2) Statement of concrete aims or formulation of questions

I. Introdução, página 9: “Assim, é intenção deste estudo proporcionar uma revisão da literatura atualizada e documentada acerca da NGP no serviço de saúde desde o início da sua implementação até à atualidade, resumindo e analisando uma visão consensual de conceito da NGP e a sua transferibilidade entre países e contextos.”

One or more concrete aims or questions are formed – 2 score

3) Description of the literature research

II. Métodos, página 9: “Foi realizada uma pesquisa com recurso a diferentes motores de busca com o objetivo de identificar todo o tipo de trabalhos, nomeadamente, artigos, teses, livros e legislação, publicados desde 1985 até à atualidade, acerca do tema da NGP. Para esta pesquisa foram utilizados os termos New Public Management; Public Sector Reform; Public Health Administration; Portugal.”

The literature search is described in detail, including search terms and inclusion criteria – 2 score

4) Referencing

Ao longo do texto, todas as declarações-chave são apoiadas pelas referências apropriadas e relevantes.

III. Discussão, e. NGP em diferentes países, página 15: “ Segundo Giauque ¹³, tem-se assistido à introdução de diferentes tipos de modelos de NGP. O autor, identifica três modelos hipotéticos principais: (...)”

Key statements are supported by references – 2 score

5) Scientific reasoning

Na revisão, foram utilizados os artigos com o maior nível de evidência encontrados relativamente a este tema.

III. Discussão, e. NGP em diferentes países, página 16: “Além disso, uma revisão sistemática evidenciou um número substancial de autores que postula que entramos em um período pós-NGP. No entanto, a compreensão do que constitui essa nova tendência de reforma da administração pública ainda é variada.⁴¹”

Appropriate evidence is generally present – 2 score

6) Appropriate presentation of data

Este ponto não se aplica ao estudo em questão, visto que não se trata de uma revisão com dados quantitativos ou outcomes concretos.

Relevant outcome data are generally presented appropriately – 0 score

Sumscore: 10

Scale for the Assessment of Narrative Review Articles – SANRA

Please rate the quality of the narrative review article in question, using categories 0–2 on the following scale. For each aspect of quality, please choose the option which best fits your evaluation, using categories 0 and 2 freely to imply general low and high quality. These are not intended to imply the worst or best imaginable quality.

1) Justification of the article's importance for the readership

- The importance is not justified. _____ 0
 The importance is alluded to, but not explicitly justified. _____ 1
 The importance is explicitly justified. _____ 2

2) Statement of concrete aims or formulation of questions

- No aims or questions are formulated. _____ 0
 Aims are formulated generally but not concretely or in terms of clear questions. _____ 1
 One or more concrete aims or questions are formulated. _____ 2

3) Description of the literature search

- The search strategy is not presented. _____ 0
 The literature search is described briefly. _____ 1
 The literature search is described in detail, including search terms and inclusion criteria. _____ 2

4) Referencing

- Key statements are not supported by references. _____ 0
 The referencing of key statements is inconsistent. _____ 1
 Key statements are supported by references. _____ 2

5) Scientific reasoning

(e.g., incorporation of appropriate evidence, such as RCTs in clinical medicine)

- The article's point is not based on appropriate arguments. _____ 0
 Appropriate evidence is introduced selectively. _____ 1
 Appropriate evidence is generally present. _____ 2

6) Appropriate presentation of data

(e.g., absolute vs relative risk; effect sizes without confidence intervals)

- Data are presented inadequately. _____ 0
 Data are often not presented in the most appropriate way. _____ 1
 Relevant outcome data are generally presented appropriately. _____ 2

Sumscore

Fig. 1 SANRA - Scale

SANRA – explanations and instructions

This scale is intended to help editors assess the quality of a narrative review article based on formal criteria accessible to the reader. It cannot cover other elements of editorial decision making such as degree of originality, topicality, conflicts of interest or the plausibility, correctness or completeness of the content itself. SANRA is an instrument for editors, authors, and reviewers evaluating individual manuscripts. It may also help editors to document average manuscript quality within their journal and researchers to document the manuscript quality, for example in peer review research. Using only three scoring options, 0, 1 and 2, SANRA is intended to provide a swift and pragmatic sum score for quality, for everyday use with real manuscripts, in a field where established quality standards have previously been lacking. It is not designed as an exact measurement of the quality of all theoretically possible manuscripts. For this reason, the extreme values (0 and 2) should be used relatively freely and not reserved only for perfect or hopeless articles.

We recommend that users test-rate a few manuscripts to familiarize themselves with the scale, before using it on the intended group of manuscripts. Ratings should assess the totality of a manuscript, including the abstract. The following comments clarify how each question is designed to be used.

Item 1 – Justification of the article's importance for the readership

Justification of importance for the readership must be seen in the context of each journal's readership.

Consider how well the manuscript outlines the clinical problem and highlights unanswered questions or evidence gaps – thoroughly (2), superficially (1), or not at all (0).

Item 2 – Statement of concrete/specific aims or formulation of questions

A good paper will propose one or more specific aims or questions which will be dealt with or topics which will be reviewed.

Please rate whether this has been done thoroughly and clearly (2), vaguely or unclearly (1), or not at all (0).

Item 3 – Description of the literature search

A convincing narrative review will be transparent about the sources of information on which the text is based. Please rate the degree to which you think this has been achieved. To achieve a rating of 2, it is not necessary to describe the literature search in as much detail as for a systematic review (searching multiple databases, including exact descriptions of search history, flowcharts, etc.), but it is necessary to specify search terms, and the types of literature included. A manuscript which only refers briefly to its literature search would score 1, while one not mentioning its methods would score 0.

Item 4 – Referencing

No manuscript references all statements. However, those that are essential for the arguments of the manuscript – “key statements” – should be backed by references in all or almost all cases. Exceptions could reasonably be made for rating purposes where a key statement has uncontroversial face-validity, such as “Diabetes is among the commonest causes of chronic morbidity worldwide.” Please rate the completeness of referencing: for most or all relevant key statements (2), inconsistently (1), sporadically (0).

Item 5 – Scientific reasoning

The item describes the quality of the scientific point made. A convincing narrative review presents evidence for key arguments. It should mention study design (randomized controlled trial, qualitative study, etc), and where available, levels of evidence.

Please rate whether you feel this has been done thoroughly (2), superficially (1), or hardly at all (0). Unlike item 6, which is concerned with the selection and presentation of concrete outcome data, this item relates to the use of evidence and of types of evidence in the manuscript's arguments.

Item 6 – Appropriate presentation of data:

This item describes the correct presentation of data central to the article's argument. Which data are considered relevant varies from field to field. In some areas relevant data would be absolute rather than relative risks or clinical versus surrogate or intermediate end-points. These outcomes must be presented correctly. For example, it is appropriate that effect sizes are accompanied by confidence intervals. Please rate how far the paper achieves this – thoroughly (2), partially (1), or hardly at all (0). Unlike item 5, which relates to the use of evidence and of types of evidence in the manuscript's arguments, this item is concerned with the selection and presentation of concrete outcome data.

Fig. 2 SANRA—explanations and instructions document

ANEXO II – REGRAS DE FORMATAÇÃO

NORMAS DE PUBLICAÇÃO ACTA MÉDICA PORTUGUESA



Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA
Acta Med Port 07 de dezembro de 2021

SUMÁRIO

1. Missão, Valores e Âmbito
2. Liberdade Editorial
3. Copyright e Direitos dos Autores
4. Custos de Publicação
5. ORCID
6. Critérios de Autoria
7. Alterações na Autoria
8. Agradecimentos
9. Apoio na Escrita
10. Autor Correspondente
11. *Cover Letter*
12. Conflitos de Interesse e Fontes de Financiamento
13. Política de Confidencialidade
14. Originalidade
15. Consentimento dos Doentes
16. Resultados e Registo de Ensaaios Clínicos
17. Partilha de Dados
18. Política de *Preprints*
19. Política de Plágio
20. Publicação *Fast-Track*
21. Processo de Revisão por Pares
22. Provas Tipográficas
23. Erratas
24. Retratações
25. *Guidelines* de Submissão

1. MISSÃO, VALORES E ÂMBITO

Missão

A Acta Médica Portuguesa (AMP) é a revista científica da Ordem dos Médicos. É publicada continuamente desde 1979, estando indexada na PubMed / Medline desde o primeiro número. Tem, desde 2010, Factor de Impacto atribuído pelo *Journal Citation Reports* – Clarivate Analytics.

É uma revista com arbitragem científica (*peer review*) que publica em *open access*, com periodicidade mensal, trabalhos científicos da área biomédica, da mais elevada qualidade, abrangendo várias áreas do conhecimento médico, para ajudar os médicos a tomarem melhores decisões. A AMP publica artigos originais, artigos de revisão, artigos de caso clínico e editoriais, entre outros tipos de artigo, comentando sobre os factores clínicos, científicos, sociais, políticos e económicos que afectam a saúde. A AMP pode considerar artigos para publicação de autores de qualquer país, redigidos em português ou inglês.

Valores

Promoção da qualidade científica. Promoção do conhecimento e da atualização científica. Independência e imparcialidade editorial. Ética e respeito pela dignidade humana. Responsabilidade social.

Visão

A AMP pretende ser reconhecida como uma revista médica portuguesa de impacto internacional, promovendo a publicação científica da mais elevada qualidade e privilegiando o trabalho original de investigação (clínica, epidemiológica, multicêntrica, ou nas ciências básicas); Pretende ainda constituir-se como um fórum de publicação de normas de orientação e ampliar a divulgação internacional da investigação médica portuguesa.

O lema da AMP é “*Primum non nocere*, primeiro a Acta Médica Portuguesa”.

2. LIBERDADE EDITORIAL

A AMP adota a definição de liberdade editorial do International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE) descrita pela World Association of Medical Editors, que afirma que o Editor-Chefe assume autoridade plena sobre o conteúdo editorial da revista. A Ordem dos Médicos, enquanto proprietária da AMP, não interfere no processo de avaliação, seleção, programação ou edição de qualquer manuscrito, tendo o Editor-Chefe total independência editorial.

3. COPYRIGHT E DIREITOS DOS AUTORES

Todos os artigos publicados na AMP são de acesso aberto e cumprem os requisitos das agências de financiamento ou instituições académicas. Relativamente à utilização por terceiros a AMP rege-se pelos termos da licença Creative Commons ‘Atribuição – Uso Não-Comercial – (cc-by-nc)’.

É da responsabilidade do autor obter permissão para reproduzir figuras, tabelas, etc., de outras publicações.

Após a aceitação de um artigo, os autores serão convidados a preencher uma “Declaração de Responsabilidade Autoral e Partilha de Direitos de Autor” (<http://www.actamedicaportuguesa.com/info/AMP-NormasPublicacao.pdf>) e a “Declaração de Potenciais Conflitos de Interesse” (<http://www.icmje.org/conflicts-of-interest>) do ICMJE. Será enviado um *e-mail* ao autor correspondente, confirmando a receção do manuscrito.

Após a publicação, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados e de acordo com a licença *Creative Commons*.

4. CUSTOS DE PUBLICAÇÃO

Não são cobradas quaisquer taxas de processamento de artigo (nem de submissão, nem de publicação).

5. ORCID

AAMP exige o ID ORCID do autor correspondente; também é recomendado (que os co-autores indiquem os seus IDs ORCID. Acreditamos fortemente que o aumento do uso e integração de IDs de ORCID será benéfico para toda a comunidade científica.

Para obter mais informações e para se registar, visite ORCID.org (<https://orcid.org/content/collect-connect>)

6. CRITÉRIOS DE AUTORIA E FORMULÁRIO DE AUTORIA

A AMP segue as diretrizes sobre autoria estabelecidas pelo ICMJE na Declaração sobre Autoria e Contribuição. (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>).

Declaração das contribuições individuais assinada por cada autor

Todos aqueles designados como autores devem cumprir os quatro critérios para autoria, em baixo Indicados, e todos aqueles que cumprem os quatro critérios devem ser identificados como autores.

Os colaboradores que não cumpram os quatro critérios para autoria mas que tenham contribuído para o estudo ou manuscrito deverão ser reconhecidos na seção de Agradecimentos, devendo ser especificado o seu contributo.

A aquisição de financiamento, a coleta de dados ou a supervisão geral por si só não constituem Autoria.

Cada manuscrito deve ter um “Autor Correspondente”. O autor correspondente deverá obter permissão por escrito de todos aqueles que forem mencionados nos agradecimentos. Estes agradecimentos são de texto livre, podendo constituir emails simples dirigidos ao autor correspondente e por este coligidos num único documento e carregados na plataforma digital da AMP como Documento Suplementar à respetiva submissão.

Autores são aqueles que:

- 1) Têm uma contribuição intelectual substancial, direta, no desenho e elaboração do artigo;
- 2) Participam na análise e interpretação dos dados;
- 3) Participam na redação do manuscrito, revisão de versões e revisão crítica do conteúdo; aprovação da versão final;
- 4) Concordam que são responsáveis pela exatidão e integridade de todo o trabalho.

Quando um grande grupo multicêntrico conduz o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem atender plenamente aos critérios de autoria. A obtenção de financiamento, a recolha de dados ou a supervisão geral do grupo de trabalho, por si só, não justificam a autoria.

7. ALTERAÇÕES NA AUTORIA

É responsabilidade do autor correspondente garantir que a lista de autores esteja correta, tanto no formulário de submissão online e no texto submetido. Qualquer alteração na lista de autores, incluindo a remoção ou adição de qualquer autores, que ocorra entre a submissão inicial e a aceitação, exigirão a concordância por escrito de todos os autores. Os novos autores também devem confirmar que cumprem integralmente com os critérios de autoria da AMP.

Mudanças na autoria (adição ou remoção) não serão permitidas após aceitação do manuscrito para publicação.

8. AGRADECIMENTOS

Todos os colaboradores que não atendem aos critérios de autoria devem ser listados numa seção de Agradecimentos. Exemplos de pessoas que podem ser reconhecidas incluem: quem forneceu ajuda puramente técnica ou um chefe de departamento que forneceu apenas apoio geral.

Cada pessoa citada nesta seção de agradecimentos deve enviar ao autor correspondente uma carta ou email autorizando a inclusão do seu nome.

9. APOIO NA ESCRITA

Indivíduos que forneçam assistência para a redação do artigo, por exemplo de empresa de comunicação especializada, não se qualificam como autores e, portanto, devem ser incluídos na seção de Agradecimentos.

Os autores devem divulgar por escrito qualquer ajuda obtida - incluindo o nome do indivíduo, empresa e nível de entrada - e identificar a entidade que financiou essa ajuda.

Não é necessário divulgar o uso de serviços de polimento de linguagem.

10. AUTOR CORRESPONDENTE

O autor correspondente atuará em nome de todos os coautores como o correspondente preferencial com a equipa editorial durante o processo de submissão e revisão. Qualquer autor pode ser o autor correspondente, mas apenas um autor pode desempenhar essa função!

Papel do autor correspondente:

- Garante o cumprimento dos requisitos de submissão e submete o manuscrito à revista;
- Garante que todos os autores reviram e aprovaram a versão final do manuscrito antes da submissão;
- Garante o preenchimento dos formulários de autoria - isso inclui formulários de conflitos de interesse para todos os autores;
- Distribui cartas de decisão, comentários de revisores

e outras mensagens da AMP, e distribui provas entre os coautores para revisão;

- Envia correções e garante que todos os autores aprovam cada versão do artigo.

11. COVER LETTER

Esta é uma comunicação dirigida ao Editor explicando por que a revista gostaria de publicar o seu manuscrito. Todas as cartas de apresentação devem conter estas frases: - Confirmamos que este manuscrito não foi publicado em nenhum outro lugar e não está a ser considerado por outra revista. - Todos os autores aprovaram o manuscrito e concordam com sua submissão à AMP.

12. CONFLITO DE INTERESSE E FONTES DE FINANCIAMENTO

Todos os participantes do processo de revisão por pares e publicação - não apenas autores, mas também revisores, editores e membros do conselho editorial da AMP - devem considerar os respetivos conflitos de interesse ao cumprir as suas funções no processo de revisão e publicação do artigo, divulgando todos os relacionamentos que possam ser vistos como potenciais conflitos de interesse.

O rigor e a exatidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas nos artigos, são da exclusiva responsabilidade dos autores.

Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho. Para prevenir a ambiguidade, os autores têm que mencionar explicitamente se existem ou não conflitos de interesse. Todos os autores devem completar o modelo de Declaração de Conflitos de Interesse (ICMJE *Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest*), disponível em <http://www.icmje.org/conflicts-of-interest/>. Estes serão recolhidos pelo Autor Correspondente e carregados na plataforma eletrónica da AMP como Documento Suplementar à respetiva submissão. (eu sei que já se disse atrás, mas é preferível ser redundante e repetitivo nestes aspectos). Seguindo as diretrizes do ICMJE, as definições e termos de tais divulgações incluem:

- Quaisquer potenciais conflitos de interesse “envolvendo o trabalho em consideração para publicação” (durante o tempo que envolve o trabalho, desde a conceção inicial e planeamento até a apresentação),
- Quaisquer “atividades financeiras relevantes fora do trabalho submetido” (durante os três anos anteriores à apresentação), e
- Quaisquer “outros relacionamentos ou atividades que os leitores possam perceber como tendo influenciado, ou que dêem a aparência de influenciar potencialmente” o que está escrito no trabalho enviado (com base em todos os relacionamentos que estiveram presentes durante os três anos anteriores ao envio).

Essa informação será mantida confidencial durante a revisão do manuscrito pelos revisores e não influenciará a decisão editorial, mas será publicada se o artigo for acei-

te. Se não existirem conflitos, os autores devem mencionar esse facto.

Exemplos de declarações:

- Os autores declaram não haver conflitos de interesse
- O trabalho de XXX foi financiado pelo XXX. Recebeu remuneração como membro do conselho consultivo científico da XXX. Também prestou consultoria para a XXX. YYY e YYYY declaram não ter conflito de interesses.

13. POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDADE

Os manuscritos enviados são considerados CONFIDENCIAIS e EMBARGADOS desde o momento da submissão. Em cumprimento da política de embargo, nenhuma informação além da contida no resumo pode ser tornada pública antes da publicação do manuscrito. Manuscritos que contenham uma quantidade substancial de informações sobrepostas, que tenham sido publicadas anteriormente ou disponibilizadas aos leitores por meio de outros locais, não são elegíveis, exceto se tiverem tomado a forma de resumo ou como parte de uma palestra publicada ou de tese académica.

As políticas de confidencialidade e embargo exigem que, antes de o embargo ser levantado, os autores da investigação não estão autorizados a publicar as informações ou fornecê-las a terceiros que possam publicá-las ou divulgá-las por outros meios.

14. ORIGINALIDADE

Os manuscritos devem conter material original que ainda não esteja disponível em outro lugar. No entanto, os autores estão autorizados a enviar e apresentar resumos (ou seja, apresentações orais ou em póster) em reuniões científicas abertas.

A página de título e a carta de apresentação devem incluir uma declaração atestando a originalidade do trabalho e divulgando quaisquer resumos, apresentações, relatórios ou publicações anteriores que contenham material que possa parecer sobreposto ao envio atual.

A AMP não aceitará para revisão qualquer manuscrito que esteja atualmente em revisão em outra revista.

Os autores podem postar os seus resultados em registos de ensaios clínicos ou submetê-los a agências regulatórias governamentais (por exemplo, FDA ou EMA) sem que o manuscrito seja considerado publicado anteriormente ou publicação sobreposta.

A AMP segue as *guidelines* da International Committee of Medical Journal Editors sobre a duplicação de publicações - Overlapping Publications (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/publishing-and-editorial-issues/overlapping-publications.html>)

Quando entenda justificável, a AMP poderá considerar a co-publicação de manuscritos de *guidelines*/consensos com um número limitado de outras revistas, assumindo que as seguintes condições sejam atendidas:

A solicitação por escrito deve ser aprovada pelo Editor-Chefe antes da submissão do manuscrito de *guidelines*/consensos, justificando a necessidade de co-publicação,

bem como indicando as revistas específicas que estão a ser consideradas.

O Editor-Chefe da AMP tem a responsabilidade de avaliar o manuscrito de *guidelines*/consensos e decidir a sua adequação à revista.

A co-publicação *online* do manuscrito de *guidelines*/consensos deve ocorrer simultaneamente em todas as revistas envolvidas. O autor correspondente do manuscrito de *guidelines*/consensos assume a responsabilidade de garantir que isso ocorra.

15. ÉTICA DE PUBLICAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS DOENTES

A AMP encoraja os autores a consultar as *guidelines* do Committee on Publication Ethics *International Standards for Authors* a este respeito (<https://publicationethics.org/resources/resources-and-further-reading/international-standards-editors-and-authors>)

A investigação médica envolvendo seres humanos deve ser conduzida de acordo com a Declaração de Helsinquia atualizada em 2013.

Os manuscritos enviados devem estar em conformidade com as ICMJE *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals* e todos os artigos relatando estudos em humanos devem declarar na seção de Métodos que a Comissão de Ética forneceu (ou dispensou - e neste caso por que motivo foi dispensada) a aprovação. Certifique-se que fornece o nome completo e a instituição da comissão de ética, além do número de aprovação.

Em linha com as recomendações do ICMJE sobre a proteção dos participantes em investigação, os autores devem evitar fornecer informações de identificação, a menos que seja estritamente necessário para a submissão e os atributos identificáveis dos participantes sejam tornados anónimos no manuscrito. Se as informações de identificação forem necessárias, os autores devem confirmar que o indivíduo forneceu consentimento por escrito para o uso dessas informações na publicação.

As informações sobre o consentimento informado para relatar casos individuais ou séries de casos devem ser incluídas no texto do manuscrito. É necessária uma declaração do(s) doente(s) ou de um representante legalmente autorizado para que as informações e imagens do doente sejam publicadas.

Os autores são responsáveis por obter o consentimento informado relativamente a cada indivíduo presente em fotografias, vídeos, descrições detalhadas ou em radiografias ou ecografias, mesmo após tentativa de ocultar a respetiva identidade (http://www.actamedicaportuguesa.com/info/consentimento_informado_do_doente.doc). Nomes, iniciais ou outras formas de identificação devem ser removidos das fotografias ou outras imagens, a menos que tenham sido assim emitidas diretamente pelo equipamento em que foram recolhidas - vide informação a este respeito no capítulo sobre Tabelas e Figuras. Devem ser omitidos dados pessoais, como profissão ou residência, exceto

quando sejam epidemiologicamente relevantes para o trabalho. Os autores devem assegurar que não apresentem dados que permitam identificação inequívoca ou, caso isso não seja possível, devem obter o consentimento informado dos intervenientes.

As barras “blackout” ou dispositivos similares não anonimizam doentes em imagens clínicas, pelo que é sempre necessário o apropriado consentimento.

A AMP não publica estudos realizados em animais.

16. RESULTADOS E REGISTO DE ENSAIOS CLÍNICOS

A AMP apoia iniciativas que contribuam para uma melhor divulgação dos resultados de ensaios clínicos.

O ICMJE adotou a definição da Organização Mundial de Saúde de ensaio clínico, como “qualquer estudo de investigação que prospetivamente atribua a participantes humanos, individualmente ou em grupo, uma ou mais intervenções relacionadas com a saúde, com o objetivo de avaliar os seus resultados relacionados com a saúde”. Esta definição inclui ensaios das fases I a IV. O ICMJE define intervenções relacionadas com a saúde como “qualquer intervenção usada para modificar um resultado biomédico ou relacionado com a saúde” e resultados relacionados com a saúde como “qualquer medida biomédica ou relacionada com a saúde obtida em doentes ou participantes”.

O registo numa base de dados pública de ensaios clínicos, aprovada pela Organização Mundial de Saúde, antes da inscrição do primeiro doente, é condição necessária para a publicação de dados de ensaios clínicos na AMP, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, <http://www.icmje.org>). Os ensaios devem ser registados antes do início do período de recrutamento de doentes (“*prospective trial registration*”). Os estudos puramente observacionais (aqueles em que a atribuição de uma intervenção médica não é do critério do investigador) não exigem registo.

O número de registo do ensaio clínico (TRN) bem como a data desse registo devem ser referidos no final do resumo do artigo.

17. PARTILHA DE DADOS

A AMP sugere que os dados gerados pela investigação, que suportam o artigo, sejam disponibilizados com a maior brevidade, sempre que legal e eticamente possível.

Sugere-se assim aos autores que assegurem que os seus dados ficam disponíveis em repositórios públicos (sempre que estes estejam disponíveis e sejam adequados), que sejam apresentados no manuscrito principal, ou em arquivos adicionais, sempre que possível em formato editável (por exemplo, em folha de cálculo e não em pdf).

A AMP exige uma declaração de disponibilização dos dados, presente no final de cada manuscrito.

Para ensaios clínicos de fármacos ou dispositivos médicos, a declaração deve referir, pelo menos, que os dados relevantes de cada doente, devidamente anonimizados, estão disponíveis mediante pedido justificado aos autores.

Sugerem-se formulações para a referida declaração:

- “Disponibilização dos dados: os dados individuais dos doentes [e/ou] o conjunto completo de dados [e/ou] o anexo técnico [e/ou] as especificações da análise estatística, estão disponíveis em [doi] [com acesso livre/com as restrições] [do autor correspondente em]. Os participantes deram o seu consentimento informado para disponibilização de dados [ou... não foi obtido consentimento dos participantes, mas os dados apresentados estão anonimizados e o risco de identificação é reduzido... ou não foi obtido consentimento dos participantes, mas os benefícios potenciais da disponibilização destes dados justificam os prejuízos potenciais, uma vez que...”

Se os dados não estiverem disponíveis, deve ser referido o seguinte: “Disponibilização dos dados: não estão disponíveis dados adicionais.”

Pode ser solicitado aos autores que disponibilizem os dados brutos em que basearam o seu artigo durante o processo de revisão e até 10 anos após a publicação.

18. POLÍTICA DE PREPRINTS

A AMP poderá considerar a publicação de manuscritos que contenham informações previamente postadas em servidores de *preprints* (por exemplo, medRxiv). Os autores não podem enviar os seus artigos para um servidor de pré-impressão após terem sido submetidos à AMP.

Se um relatório foi publicado num servidor de *preprints* antes da submissão do manuscrito, isso deve ser reconhecido durante o processo de submissão. Além disso, um *link* para esse documento deve ser fornecido para que os revisores e editores possam avaliar as informações do *preprint* e compará-las com o manuscrito submetido. Se o manuscrito for aceite, a AMP incluirá este *link* com o seu manuscrito publicado. O não reconhecimento da divulgação prévia da investigação postada num servidor de *preprints* ou bases de dados semelhantes prejudicará o *status* da submissão. Quando o manuscrito é submetido à AMP, nenhuma revisão deve ser enviada para o servidor de *preprints* durante o processo de revisão por pares do manuscrito. Se o manuscrito for eventualmente aceite para publicação, nenhuma revisão deve ser postada no servidor de *preprints* até que o manuscrito final seja publicado *online* pela AMP. Finalmente, quando o manuscrito é publicado na AMP, quaisquer alterações futuras, como erratas, por exemplo, devem ser primeiro submetidas, aprovadas e publicadas pela AMP, antes de qualquer alteração ao documento de *preprint*. A violação desta política de pré-impressão será considerada motivo para retirada do artigo.

19. POLÍTICA DE PLÁGIO

Seja intencional ou não, o plágio é uma violação grave. Definimos plágio como reprodução de outro trabalho com pelo menos 25% de similaridade e sem citação. Se for encontrada evidência de plágio antes / depois da aceitação ou após a publicação do artigo, será dada ao autor uma oportunidade de refutação. Se os argumentos não forem considerados satisfatórios, o manuscrito poderá ser rejeitado ou retratado e o autor sancionado com a não publicação

de trabalhos por um período a ser determinado pelo Editor.

20. PUBLICAÇÃO FAST-TRACK

Um sistema *fast-track* está disponível para manuscritos urgentes e importantes que atendam aos requisitos da AMP para revisão rápida e publicação.

Os autores podem solicitar a publicação rápida através do processo de submissão de manuscritos, indicando claramente a razão por que o seu manuscrito deve ser considerado para revisão acelerada e publicação. O Conselho Editorial decidirá se o manuscrito é adequado para publicação rápida e comunicará a sua decisão dentro de 48 horas. Se o Editor-Chefe achar o manuscrito inadequado para publicação rápida, o manuscrito pode ser proposto para o processo normal de revisão, ou os autores podem retirar a sua submissão. A decisão editorial sobre manuscritos aceites para revisão rápida será feita dentro de cinco dias úteis.

Se o manuscrito for aceite para publicação, a AMP terá como objetivo publicá-lo *ahead of print* em 15 dias

21. PROCESSO DE REVISÃO POR PARES

Todos os artigos de investigação, e praticamente todas as outras tipologias de artigos, publicadas na AMP passam pelo processo de revisão por pares. Os revisores são obrigados a respeitar a confidencialidade do processo de revisão pelos pares e a não revelar detalhes de um manuscrito ou da sua revisão, durante ou após o processo de revisão por pares. Se os revisores desejarem envolver um colega no processo de revisão, devem primeiro obter permissão do Editor.

Os manuscritos devem ser escritos em estilo claro, conciso e direto. O manuscrito não pode ter sido publicado, no todo ou em parte, nem submetido para publicação em outro lugar.

Os manuscritos são inicialmente avaliados pelo Editor-Chefe e podem ser rejeitados nesta fase, sem serem enviados para revisores. A aceitação ou rejeição final recai sobre o Editor-Chefe ou, em caso de conflito de interesses por parte deste, sobre um dos Editores-Chefe Adjuntos, que se reservam o direito de recusar qualquer material para publicação.

A AMP segue um rigoroso processo cego (*single-blind*) de revisão por pares (*peer-review*), recorrendo a especialistas externos à revista, que doam o seu tempo em regime *pro-bono*.

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:

- aceites sem alterações;
- aceites após modificações propostas pelos consultores científicos;
- recusados.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos

Editores-Chefe Adjuntos, 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 que o manuscrito transitou para Revisão por Pares, os Autores devem proceder ao upload imediato, enquanto documentos suplementares à submissão, da Declaração de Responsabilidade Autoral e Partilha de Direitos Autorais que se encontra no site da AMP (http://www.actamedicaportuguesa.com/info/AMP_template-Declaracao-Responsabilidade-Autoral.doc) e das Declarações de Conflito de Interesses do ICMJE (disponível em <http://www.icmje.org/conflicts-of-interest/>), devidamente preenchidas e assinadas 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.

Após recolha dos comentários dos revisores, 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 e editores para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo.

Os Autores dispõem de 30 dias para submeter a versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial. Esta deverá ser carregada na plataforma electrónica da AMP, sob o mesmo processo editorial (isto é, mantendo o mesmo ID# da submissão), com as alterações destacadas em cor diferente, e fazer-se acompanhar por um novo Documento Suplementar respondendo a todas as questões colocadas.

- O Editor-Chefe dispõe de 15 dias para tomar uma 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 resultados da primeira revisão.

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

- Após análise das 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.

A decisão final do editor, para aceitação-rejeição de um trabalho submetido baseia-se nos seguintes critérios:

I. Originalidade: assunto e/ou método original, com informação valiosa e apresentação de resultados novos ou confirmação de resultados anteriormente verificados.

II. Atualidade e/ou novidade: tema que está na agenda das reuniões ou comunicações científicas ou é novo.

III. Relevância: aplicabilidade dos resultados para a resolução de problemas concretos da prática clínica.

IV. Inovação e relevância: avanço do conhecimento científico, técnico e/ou prática clínica.

V. Fiabilidade e validade científica: boa qualidade metodológica evidenciada.

VI. Apresentação: boa redação e organização do texto (boa coerência lógica e apresentação do material).

Apesar de os Editores e Revisores desenvolverem esforços para assegurar a qualidade técnica e científica dos manuscritos, a responsabilidade final do conteúdo (nomeadamente o rigor e a precisão das observações, assim como as opiniões expressas) é da exclusiva responsabilidade dos Autores.

21. PROVAS DE TEXTO E PROVAS TIPOGRÁFICAS

As provas de texto, editadas pelos serviços técnicos e de “language polishing” da AMP serão enviadas aos Autores, contendo a indicação do prazo de revisão em função das necessidades de publicação da AMP. A revisão deve ser aprovada pelo autor responsável pela correspondência. Os Autores dispõem de 5 dias para a revisão do texto, aprovação das alterações introduzidas e comunicação de quaisquer sugestões.

As provas tipográficas serão enviadas aos Autores antes da publicação do artigo, para aprovação do layout e eventual identificação de erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação ao artigo, para além das correções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros, ou de layout.

O não respeito pelo prazo proposto desobriga a AMP de aceitar a revisão pelos autores em qualquer uma destas etapas, podendo a revisão ser efetuada exclusivamente pelos serviços da AMP.

22. ERRATAS

A AMP publica alterações, emendas ou retrações a um artigo anteriormente publicado, se, após a publicação, forem identificados erros ou omissões que influenciem a interpretação de dados ou informação. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

23. RETRATAÇÕES

Os Revisores e Editores assumem que os Autores relatam trabalho com base em observações honestas. No entanto, se houver dúvidas substanciais sobre a honestidade ou integridade do trabalho, submetido ou publicado, o Editor informará os Autores da sua preocupação, e poderá pedir esclarecimentos junto da instituição patrocinadora do autor e / ou instituição empregadora. Consequentemente, se estes considerarem o artigo publicado como fraudulento, a AMP procederá à sua retratação. Se este método de investigação não obtiver uma conclusão satisfatória, o Editor pode optar por conduzir a sua própria investigação, e por publicar uma nota de preocupação sobre a conduta ou integridade do trabalho. O Editor-Chefe poderá decidir

relatar a situação à instituição dos autores, de acordo com os procedimentos recomendados pelo COPE - Committee on Publication Ethics (<https://publicationethics.org/>).

24. GUIDELINES DE SUBMISSÃO

Língua

O título, resumo e palavras-chave devem ser apresentados em inglês e português.

Os manuscritos submetidos à AMP devem ser claramente escritos em português (de Portugal) e / ou inglês de nível razoável. Neste último caso, a AMP reserva-se o direito de exigir a revisão de um artigo por um profissional cuja língua nativa seja o inglês. Esta revisão é da responsabilidade dos Autores.

Submissão dos Trabalhos

A submissão de um manuscrito implica que o trabalho descrito não tenha sido publicado previamente (excepto na forma de um resumo ou como parte de uma palestra publicada ou de uma tese académica), e que não está em consideração para publicação em outra revista, que o manuscrito foi aprovado por todos os autores e, tácita ou explicitamente, pelas autoridades competentes onde o trabalho foi realizado e que, se for aceite para publicação, não será publicada em outro lugar no mesmo formato, em inglês ou em qualquer outra língua, incluindo electronicamente.

Todos os manuscritos devem ser acompanhados por uma carta de apresentação. Esta deverá incluir a garantia de que o manuscrito não está sob consideração simultânea por qualquer outra revista. Na carta de apresentação, os autores devem declarar os seus potenciais conflitos de interesse e fornecer uma declaração sobre a autoria.

Para verificar a originalidade, o artigo pode ser verificado pelo serviço de detecção de originalidade.

As submissões que não estejam em conformidade com estas instruções podem ser devolvidas para reformulação e resubmissão.

Os manuscritos são submetidos através do *site* da AMP em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>

Contacto

Em caso de dúvidas durante a submissão, contacte: depeditorial@actamedicaportuguesa.com.

Uso de programa de processamento de texto

O texto deve estar no formato de coluna única.

Para evitar erros desnecessários, aconselhamos o uso das funções “verificação ortográfica” e “verificação gramatical” do seu processador de texto.

Os manuscritos devem ser submetidos em ficheiro de texto no formato Word (.DOC ou .DOCX), com texto seguido e sempre com o mesmo tipo de letra. Os textos devem ser formatados em letra “Arial”, tamanho 10 com espaçamento simples. Os títulos e sub-títulos deverão estar assinalados a negrito e em tamanho 12.

Orientação Geral para Apresentação de Estudos

Os textos devem ser preparados de acordo com as orientações do International Committee of Medical Journal Editors: *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals* (ICMJE Recommendations) disponíveis em <http://www.icmje.org>.

A AMP recomenda que devem ser seguidas as diretrizes para publicação da EQUATOR network (<http://www.equator-network.org>), dependendo do tipo de estudo:

- *Randomized controlled trials* (CONSORT) ;
- *Systematic reviews and meta-analyses** (PRISMA) and protocols (PRISMA-P);
- *Observational studies* (STROBE);
- *Case reports* (CARE);
- *Qualitative research* (COREQ);
- *Diagnostic/prognostic studies* (STARD) ;
- *Economic evaluations* (CHEERS);
- *Pre-clinical animal studies* (ARRIVE).

* Os autores de revisões sistemáticas também devem fornecer um *link* para um ficheiro adicional da secção ‘Métodos’, que reproduza todos os detalhes da estratégia de pesquisa.

Exceto onde indicado de outra forma, os manuscritos são submetidos a *peer review* cego (*single blind*) por pelo menos dois revisores anónimos. A aceitação ou rejeição final cabe ao Editor-Chefe e / ou aos Editores-Chefe Adjuntos, que se reservam o direito de recusar qualquer material para publicação.

Os manuscritos devem ser escritos em estilo claro, conciso, direto, de modo que sejam inteligíveis para o leitor, incluindo médicos de outras especialidades e público em geral. Quando as contribuições são consideradas adequadas para publicação com base em conteúdo científico, o Editor-Chefe reserva-se o direito de modificar os textos para eliminar a ambiguidade e a repetição, e melhorar a comunicação entre o autor e o leitor. Se forem necessárias alterações extensivas, o manuscrito será devolvido ao autor para revisão.

Os manuscritos que não cumpram as instruções para autores podem ser devolvidos para modificação antes de serem revistos.

Tipologia dos Artigos

A AMP aceita artigos das seguintes tipologias:

- a) Artigos Originais reportando investigação clínica ou básica (protocolos de revisões sistemáticas ou ensaios clínicos, ensaios clínicos, estudos de coorte, estudos de caso-controlo, outros estudos observacionais);
- b) Artigos de Revisão;
- c) Revisões Sistemáticas com ou sem meta-análise;
- d) Perspetivas;
- e) Casos Clínicos;
- f) Imagens Médicas;
- g) Editoriais;
- h) Cartas ao Editor;

I) *Guidelines* / Normas de orientação.

Os autores devem indicar na carta de apresentação qual o tipo de manuscrito que está a ser submetido para publicação.

3. Organização do Artigo

Na primeira página/ página de título:

I. Título

- Título em português e inglês, conciso, específico e informativo, sem abreviaturas e não excedendo os 120 caracteres. O título pode incluir um complemento de título com um máximo de 40 caracteres (incluindo espaços).

- Título breve para cabeçalho nas páginas seguintes.

II. Autores e afiliações

Na linha da autoria, liste o nome de todos os Autores (primeiro e último nome) e respetivas afiliações (serviço, instituição, cidade, país), no máximo de três por autor.

Os nomes dos autores devem vir acompanhados dos respetivos números de registo do ORCID.

III. Autor Correspondente

Indique claramente quem vai assegurar a correspondência em todas as fases de arbitragem e publicação, e também após a publicação. Indique também o endereço postal e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito.

IV. Financiamento

Identifique todas as fontes de financiamento, do domínio público ou privado, incluindo bolsas, que contribuíram para a realização do trabalho.

Indique se existem ou não conflitos de interesse.

V. Os autores também incluirão nesta página de título, sob a designação “Considerações éticas” a declaração de Proteção de pessoas, Confidencialidade dos dados, Consentimento informado e Conflitos de interesse.

VI. Prémios e Apresentações prévias

Devem ser referidos os prémios e apresentações do estudo que tenham ocorrido antes da submissão do manuscrito

VII. Resumo e Keywords

Um resumo conciso e factual é requerido, capaz de representar isoladamente o conteúdo do artigo, escrito em português e inglês. Não pode ser mencionada no resumo qualquer informação que não conste do manuscrito. O resumo não pode remeter para o texto, não poderá conter citações, abreviaturas ou referências a figuras.

No fim do resumo devem ser incluídas um máximo de 5 *keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no *Medical Subject Headings* (MeSH), <https://meshb.nlm.nih.gov/search>

VIII. Secções e Componentes

- Carta de apresentação/*Cover letter*
- Página de título (excluindo agradecimentos)
- Resumo
- Introdução
- Métodos
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Declaração de Contributo dos autores
- Agradecimentos
- Conflito de interesses
- Declaração de Financiamento
- Referências
- Legendas das figuras
- Tabelas
- Figuras

Texto

Artigos Originais

Manuscritos não publicados anteriormente que descrevem investigações clínicas, pré-clínicas, epidemiológicas, ensaios clínicos, observações clínicas e outras investigações relevantes que são baseadas em séries sólidas de doentes, métodos analíticos validados e avaliação estatística apropriada.

Os artigos originais devem seguir a seguinte estrutura: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras. É exigido resumo estruturado.

Palavras: máximo 4000 palavras (excluindo resumo, figuras e tabelas).

Resumo: máximo 350 palavras.

Figuras/Tabelas: máximo 6. As figuras não deverão ser compostas por mais do que seis imagens cada uma.

Referências: máximo 50.

Artigos de Revisão Narrativa

As resenhas devem ser sobre tópicos considerados relevantes para o público da revista. Devem conter o estado atual de conhecimento ou prática clínica, integrando avanços recentes com princípios e práticas aceites, ou resumindo e analisando a visão consensual de questões controversas no conhecimento da prática. É necessário um resumo não estruturado

Palavras: máximo 3500 palavras (excluindo resumo, figuras e tabelas).

Resumo: máximo 350 palavras.

Figuras/Tabelas: máximo 4. As figuras não deverão ser compostas por mais do que seis imagens cada uma.

Referências: máximo 75.

Revisões Sistemáticas e Meta-Análises

As revisões sistemáticas podem ou não utilizar métodos estatísticos (meta-análises) para analisar e resumir os resultados dos estudos incluídos.

As Revisões Sistemáticas podem ser apresentadas

no formato Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, (Conclusão?). O assunto deve ser claramente definido. O objetivo de uma revisão sistemática deve ser produzir uma conclusão baseada em evidência. Nos Métodos deve ser fornecida uma indicação clara da estratégia de pesquisa da literatura, extração de dados, classificação das evidências e análise. Deve ser seguida a normativa PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>) e realizado o registo do protocolo na PROSPERO (<https://www.crd.york.ac.uk/prospero>).

É exigido resumo estruturado que espelhe fielmente o corpo do manuscrito.

Palavras: máximo 4000 palavras (excluindo resumo, figuras e tabelas).

Resumo: máximo 350 palavras.

Figuras/Tabelas: máximo 6. As figuras não deverão ser compostas por mais do que seis imagens cada uma.

Referências: máximo 100.

Casos Clínicos

O relato de Casos Clínicos deve incluir as seguintes seções: Introdução, Descrição do Caso, Discussão.

Deve ser seguida a normativa CARE (<http://www.care-statement.org/>).

Tendo em conta a sua natureza, os relatos de casos clínicos devem ter um número parcimonioso de autores - idealmente não mais de cinco. No caso de serem seis ou mais coautores, a carta de submissão deve indicar clara e detalhadamente qual o papel de cada um no manuscrito, de modo a justificar a sua inclusão na linha de autoria à luz dos critérios do ICMJE (<http://www.icmje.org/>).

Os Autores devem incluir o consentimento informado (doente / parente mais próximo / tutor legal) por escrito para publicação, conforme modelo disponível em http://www.actamedicaportuguesa.com/info/consentimento_informado_do_doente.doc. Se o doente morreu, o consentimento para publicação deve ser obtido dos seus parentes mais próximos ou representantes legais. Se o doente descrito no relato do caso for menor de idade ou vulnerável, o consentimento para publicação deve ser obtido dos pais / responsável legal. O formulário de consentimento preenchido deve ser carregado na plataforma electrónica da AMP como Documento Suplementar à submissão, e será tratado de forma confidencial.

Dificultar a identificação do doente através da omissão de dados cientificamente irrelevantes é aceitável, mas a alteração desses dados não o é.

Palavras: máximo 1000 palavras (excluindo resumo, figuras e tabelas).

Resumo: máximo 150 palavras.

Figuras/Tabelas: máximo 5. As figuras não deverão ser compostas por mais do que seis imagens cada uma.

Referências: máximo 15.

Autores: máximo 5.

Imagens Médicas

Estes artigos curtos destinam-se à divulgação de imagens novas e clinicamente relevantes de exemplos inco-

muns ou marcantes de entidades clínicas, estudos laboratoriais / radiológicos ou procedimentos terapêuticos com breve texto explicativo.

Os Autores devem incluir o consentimento informado por escrito para publicação conforme modelo disponível em http://www.actamedicaportuguesa.com/info/consentimento_informado_do_doente.doc. Se o doente morreu, o consentimento para publicação deve ser obtido dos seus parentes mais próximos ou representantes legais. Se o doente descrito no relato do caso for menor de idade ou vulnerável, o consentimento para publicação deve ser obtido dos pais / responsável legal. O formulário de consentimento preenchido deve ser carregado na plataforma electrónica da AMP como Documento Suplementar à submissão, e será tratado de forma confidencial.

Palavras: máximo 150 palavras (excluindo resumo, figuras e tabelas).

Resumo: não tem.

Figuras: Uma figura composta por duas imagens, ou duas figuras compostas por uma única imagem cada.

Referências: máximo 6.

Autores: máximo 3.

Perspetiva

Estes artigos podem cobrir grande diversidade de temas com interesse na área dos cuidados de saúde: problemas atuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da medicina, ligação à sociedade, epidemiologia, etc.

Palavras: máximo 1200 palavras (excluindo, figuras e tabelas).

Resumo: não tem.

Figuras/Tabelas: máximo 2.

Referências: máximo 10.

Editoriais

Os Editoriais são da responsabilidade do grupo editorial, solicitados por convite do Editor-Chefe, e constituirão comentários sobre tópicos atuais ou sobre artigos publicados na revista

Palavras: máximo 1200 palavras (excluindo figuras e tabelas).

Resumo: não têm.

Figuras/Tabelas: máximo 2.

Referências: máximo 5.

Cartas ao Editor

As Cartas ao Editor consistem comentários críticos sobre um artigo publicado na revista ou uma nota curta sobre um determinado tópico ou caso clínico.

Palavras: máximo 400 palavras (excluindo figuras e tabelas)

Resumo: não têm.

Figuras/Tabelas: máximo 1.

Referências: máximo 5.

Autores: máximo 5.

Guidelines / Normas de orientação

As sociedades médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e / ou grupos de médicos que desejem publicar recomendações de prática clínica na AMP, 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 AMP. Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa, cumulativamente à publicação da versão completa como Apêndice ao artigo.

Palavras: máximo 4000 palavras (excluindo figuras e tabelas).

Resumo: máximo 350 palavras.

Figuras/Tabelas: máximo 6. As figuras não deverão ser compostas por mais do que seis imagens cada uma.

Referências: máximo 100.

Preparação do Manuscrito**Referências****I. Citação no texto**

Certifique-se de que todas as referências citadas no texto também estão presentes na lista de referências (e vice-versa). As referências devem ser listadas usando algarismos árabes pela ordem em que são citados no texto.

As referências a comunicações pessoais e dados não publicados devem ser feitas diretamente no texto e não devem ser numeradas. As comunicações pessoais devem estar devidamente autorizadas pelo emissor das comunicações, assumindo os autores a responsabilidade pela autorização. A citação de uma referência como "in press" implica que o item tenha sido aceite para publicação. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo da Medline.

As referências a artigos publicados em revistas devem incluir o nome do primeiro autor seguido dos nomes dos restantes autores (num máximo de 6, a partir daí deve ser utilizado *et al.*), o título do artigo, o nome da revista e o ano de publicação, volume e páginas, e DOI.

Certifique-se que os dados fornecidos nas referências estão corretos. Ao copiar referências, tenha cuidado porque já podem conter erros. A lista de referências deve ser adicionada como parte do texto, nunca como uma nota de rodapé. Códigos específicos do programa de gestão de referências não são permitidos.

II. Formato

Uma descrição detalhada dos formatos de diferentes tipos de referência pode ser consultada em "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Liste todos os autores se houver seis ou menos. *Et al* deve ser adicionado se houver mais de seis autores. Título do artigo, nome da revista, ano, volume e páginas.

III. Estilo de referência

Texto: Indicar as referências no texto por número(s) em expoente. Os autores podem ser referidos, mas o número

de referência deve ser sempre dado.

Lista: Ordene as referências na lista pela ordem em que aparecem no texto.

Exemplos:

Referência de artigo:

1. Com menos de seis autores

Miguel C, Mediavilla MJ. Abordagem actual da gota. *Acta Med Port.* 2011;24:791-8. 2.

2. Com mais de seis autores

Norte A, Santos C, Gamboa F, Ferreira AJ, Marques A, Leite C, et al. Pneumonia Necrotizante: uma complicação rara. *Acta Med Port.* 2012;25:51-53.

3. In press

Câmara Pestana P, Ferreira C, Santos AL, Jerónimo J, Ganança L. Suicide Attempt in a Patient with Sibutramine Associated Psychosis. *Acta Med Port.* 2021 (in press). doi: 10.20344/amp.14304.

Referência de livro:

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.

Referência de capítulo de livro:

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.

Referências Web:

No mínimo, o URL completo deve ser dado e a data em que o documento foi consultado. Qualquer outra informação, se conhecida (nomes de autor, datas, referência a uma publicação de origem, etc.), também deve ser dada.

Metagenomics: sequences from the environment [Internet]. Bethesda: National Library of Medicine, National Center for Biomedical Information; 2006 [cited 2020 Apr 20]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=metagenomics.TOC>

Preprint

Gandhi R, Piscitello GM, Parker WF, Michelson K. Regional Variation in COVID-19 Scarce Resource Allocation Protocols. Preprint at: medRxiv 2021.01.14.21249845; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.01.14.21249845>

Notas de Rodapé

As notas de rodapé devem ser evitadas. Quando imprescindíveis, devem ser numeradas consecutivamente e aparecer na página apropriada.

Agradecimentos (facultativo)

Devem vir após o texto, e antes das referências, tendo como objetivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas que não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultadoria, assim como contribuições individuais. Conforme referido atrás, deve ser

previamente obtido o consentimento escrito dos profissionais identificados nesta secção.

Abreviaturas

Não use abreviaturas ou acrónimos no título e no resumo/abstract, e limite o seu uso no texto. Abreviaturas não consagradas devem ser definidas por extenso na primeira utilização, logo seguido pela abreviatura entre parênteses, excepto se a sigla for uma unidade padrão de medição. Se ao longo do texto um termo for usado apenas uma a quatro vezes, deve ser expresso por extenso e não abreviado.

Unidades de Medida

Devem ser utilizadas as unidades do Sistema Internacional de Unidades. 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), a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mmHg), e a hemoglobina em g/dL. Todas as medições hematológicas ou bioquímicas serão referidas no sistema métrico de acordo com o Sistema Internacional de Unidades (SI).

Nomes de Medicamentos e Dispositivos Médicos

Identifique com precisão todos os medicamentos e produtos pela denominação comum internacional (DCI). Não é recomendável a utilização de nomes comerciais de fármacos (marca registrada), mas quando a sua utilização for imperativa, o nome do produto deverá ser inserido após o nome DCI, entre parênteses, em minúscula, seguido do símbolo que caracteriza marca registrada, em sobrescrito (®). O mesmo princípio é aplicável aos dispositivos médicos.

Nomes de Genes, Símbolos e Números de Acesso

Aos genes e estruturas relacionadas devem ser atribuídos os nomes e símbolos oficiais fornecidos pelo National Center for Biotechnology Information (NCBI) ou o HUGO Gene Nomenclature Committee. Antes da submissão de um manuscrito relatando grandes conjuntos de dados genómicos (por exemplo, sequências de proteínas ou DNA), os conjuntos de dados devem ser depositados em um banco de dados disponível publicamente, como o GenBank do NCBI, e um número de acesso completo (e número da versão, se apropriado) deve ser fornecido na secção Métodos.

Tabelas e Figuras

As Tabelas/Figuras devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação.

Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto: “Uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença (Fig. 2)”; “Esta associa-se a outras duas lesões (Tabela 1)”.

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto Tabela não é abreviada. Nas legendas, ambas as

palavras são escritas por extenso.

Cada Tabela e Figura deve ser acompanhada da respetiva legenda, sucinta e clara. As Legendas devem ser autoexplicativas (sem necessidade de recorrer ao texto).

Em relação às Figuras deve ser explícito se a informação inclui valores individuais, médias ou medianas, se há representação do desvio padrão e intervalos de confiança e o tamanho da amostra (n). As imagens que compõem as figuras deverão incluir identificadores de aspetos cientificamente relevantes (setas e asteriscos). Nestes casos, os ficheiros originais/source serão posteriormente pedidos pelo sector gráfico da AMP, que se encarregará de reproduzir em formato vectorial os sinais ou identificadores necessários.

Cada Tabela deve ser utilizada para mostrar resultados, apresentando listas de dados individuais ou sumariando os mesmos, não devendo no entanto constituir duplicação dos resultados descritos no texto. Devem ser acompanhadas de um título curto mas claro e elucidativo. As unidades de medida usadas devem ser indicadas (em parêntesis abaixo do nome que encabeça cada categoria de valores) e os números expressos devem ser reduzidos às casas decimais com significado clínico.

Para as notas explicativas nas Tabelas devem ser utilizados letras (a, b, c, d, etc), não símbolos.

As fotografias de doentes devem ser obrigatoriamente acompanhadas do Consentimento Informado do Doente (modelo disponível em http://www.actamedicaportuguesa.com/info/consentimento_informado_do_doente.doc) ou de um seu representante legal. Os autores deverão submeter os ficheiros originais, que serão posteriormente trabalhados pelo sector gráfico da AMP (ver especificações técnicas em baixo).

Princípios gerais:

- Numere as ilustrações de acordo com a sua sequência no texto.
- Forneça as legendas das ilustrações separadamente.
- Envie cada ilustração em ficheiro separado.

A inclusão de figuras e/ou tabelas já publicadas, implica a autorização do detentor de *copyright* (autor ou editor).

A submissão deve ser feita separadamente do texto, conforme as instruções da plataforma.

Os ficheiros das figuras devem ser fornecidos em alta resolução, 800 dpi mínimo para gráficos e 300 dpi mínimo para fotografias.

A publicação de ilustrações a cores é gratuita, reservando-se a AMP de publicar uma versão a preto e branco na versão impressa da revista.

O material gráfico deve ser entregue em um dos seguintes formatos:

- JPEG (.JPG)
- Portable Document Format (.PDF)
- Powerpoint (.PPT)
- TIFF (.TIF)
- Excel (.XLS)

Permissão para publicação/reprodução

No caso de publicação de tabelas ou figuras, provenientes ou adaptadas de livros ou revistas, os autores são responsáveis por obter junto dos autores dos trabalhos ou da casa publicadora de onde forem reproduzidos, permissão para a referida republicação, apresentando-a como Documento Suplementar da submissão.

Ficheiros Multimédia

Os ficheiros multimédia devem ser enviados em separado e submetido como Documento Suplementar à submissão. O material multimédia deve seguir os padrões de qualidade de produção para publicação sem a necessidade de qualquer modificação ou edição. Os ficheiros aceitáveis são: formatos MPEG, AVI ou QuickTime.

Anexos/ Apêndices

Quando necessário, os apêndices devem ser utilizados para apresentar inquéritos longos ou detalhados, descrições de extensos cálculos matemáticos e / ou listas de itens, algoritmos, pesquisas e protocolos. Devem ser apresentados em documento separado e submetidos como Documentos Suplementares na submissão. Os *links* comple-

tos (URLs) para os Apêndices serão incluídos pela AMP no corpo do manuscrito e o ficheiro completo publicado sem edição adicional em complemento ao artigo.

Se houver mais do que um apêndice, eles devem ser identificados como A, B, etc.. As fórmulas e equações em apêndices devem ser numeradas separadamente: Eq. (A.1), Eq. (A.2), etc.; Em apêndice posterior, a Eq. (B.1) e assim por diante. Da mesma forma para tabelas e figuras: Tabela A.1; FIG. A.1, etc.

Estilo

A AMP segue o AMA Manual of Style, 10ª edição (<http://www.amamanualofstyle.com>) e as ICMJE *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals* (<http://icmje.org/recommendations>).

NOTA FINAL: para um mais completo esclarecimento sobre este assunto aconselha-se a leitura das *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals* do International Committee of Medical Journal Editors), disponível em <http://www.ICMJE.org>