



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2013/2014

Rui Pedro Cardoso Loureiro

Nascer em Portugal: estudo nacional descritivo

março, 2014

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Rui Pedro Cardoso Loureiro

Nascer em Portugal: estudo nacional descritivo

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Ginecologia/Obstetrícia

Trabalho efetuado sob a Orientação de:

Doutora Paula Maria Figueiredo Pinto de Freitas

E sob a Coorientação de:

Doutor João Francisco Montenegro de Andrade Lima Bernardes

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:

Acta Médica Portuguesa

março, 2014

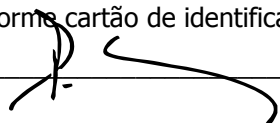
FMUP

Eu, Rui Pedro Cardoso Loureiro, abaixo assinado, nº mecanográfico 200600970, 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, 20/03/2014

Assinatura conforme cartão de identificação:



NOME

Rui Pedro Cardoso Loureiro

CARTÃO DE CIDADÃO OU PASSAPORTE (se estrangeiro)

E-MAIL

TELEFONE OU TELEMÓVEL

Cartão de cidadão – 11604426 8ZY1

rpcloureiro@gmail.com

917932039

NÚMERO DE ESTUDANTE

DATA DE CONCLUSÃO

200600970

20/03/2014

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Ginecologia/Obstetrícia

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

Nascer em Portugal: estudo nacional descritivo

ORIENTADOR

Paula Maria Figueiredo Pinto de Freitas

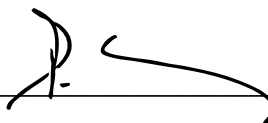
COORIENTADOR (se aplicável)

João Francisco Montenegro de Andrade Lima Bernardes

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/~~Monografia~~ (riscar o que não interessa) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/03/2014

Assinatura conforme cartão de identificação: _____



Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida: à minha mãe Augusta que sofreu a dores para me parir e criar, à minha esposa Cristina, que nesta caminhada tem sido para mim uma segunda mãe e, muito em especial, aos meus filhos Francisco e Margarida que são a minha razão de viver.

Nascer em Portugal

ESTUDO NACIONAL DESCRITIVO

RUI LOUREIRO, MD¹; JOÃO BERNARDES, PhD² & PAULA FREITAS, PhD³

¹ Aluno do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

² Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

³ Professora Auxiliar do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal

Introdução: As transformações das últimas décadas têm influenciado as circunstâncias do nascimento e a vivência da maternidade. Neste estudo, avaliaram-se as características atuais da gravidez e parto em Portugal.

Material e Métodos: Estudo quantitativo, observacional descritivo e transversal. A população-alvo foram as 96925 puérperas do ano 2007 e a amostra as 2505 puérperas de 19 hospitais de todo o país que responderam a um questionário.

Resultados: A média de idades das puérperas foi de 29,4 anos, tendo 16,7% mais de 35 anos. O número médio de filhos foi de 1,56, tendo 89,5% dos partos ocorrido nas regiões do Norte, Centro e Lisboa. Em 73,4% as gravidezes foram planeadas, tendo apenas 0,2% sido não vigiadas. Ocorreram complicações em 21,3%, tais como ameaça de abortamento (4,0%) e diabetes (3,0%). Em 21,4% houve preparação para o parto, sendo este realizado por médico em 53,9%, com uma idade gestacional média de 38,8 semanas, tendo sido eutócico em 54,5% e cesariana em 34,7%. Registou-se analgesia epidural em 74,7% dos casos e em 74,5% dos partos eutócicos houve acompanhante.

Discussão e conclusão: Tem-se registado uma tendência para a desertificação de algumas regiões, uma elevada idade da mulher ao nascimento de um filho, um número médio de filhos próximo de um e um número elevado de nascimentos fora do casamento. Mais de metade dos partos foram realizados por médicos, com uma taxa de cesarianas elevada, a par de uma boa cobertura nacional de analgesia epidural e de presença de acompanhante.

Palavras-chave: maternidade, parto hospitalar, estudo descritivo

Birth in Portugal

A NATIONAL DESCRIPTIVE STUDY

Introduction: Recent transformations have influenced the circumstances of birth and the experience of motherhood. We assessed the actual characteristics of pregnancy and birth giving in Portugal.

Material and methods: Quantitative, observational, descriptive transverse study. The studied population were the 96925 puerperal women of year 2007 and the sample the 2505 women from 19 hospitals from all over the country, who answered a questionnaire.

Results: The puerperal women were on average 29.4 years old and 16.7% were over 35. The average number of children was 1.56, with 89.5% of deliveries in the North and Centre of the country and in Lisbon. 73.4% of pregnancies were planned and only 0.2% were not medically supervised. Complications occurred in 21.3% of the cases, namely miscarriage (4.0%) and diabetes (3.0%). In 21.4% of pregnancies there was training for childbirth. Delivery was performed by a physician in 53.9% of cases, at 38.8 weeks average gestational age. Eutocic delivery occurred in 54.5% of cases and caesarean section in 34.7%. Epidural analgesia occurred in 74.7% of cases and 74.5% of eutocic births had the presence of a support person.

Discussion and conclusion: There is evidence of a tendency for desertification of some regions, with a late age for having children, an average number of children close to one and a high rate of births from non-married couples. More than half of the deliveries were performed by a physician with a high caesarean section rate and a wide national availability of epidural analgesia and of a support person for the mother.

Keywords: maternity, hospital delivery, descriptive study

INTRODUÇÃO

O espaço cultural da maternidade é hoje extraordinariamente complexo. Nas últimas décadas, os avanços tecnológicos e as dinâmicas sociais em torno da procriação e da maternidade alteraram profundamente a concepção do “ser mãe”. Simultaneamente passou-se de um parto no domicílio, em ambiente familiar e no seu contexto cultural, para um parto hospitalar onde a tecnologia se vem aliar ao ritual da maternidade. Mas o parto, continua a ser um acontecimento marcante na vida das mulheres e das suas famílias e representa mais do que um simples evento biológico. Os testemunhos antropológicos revelam que o parto raramente é a simples “expulsão do bebé”¹. Pelo contrário, está rodeado e é constituído por rituais e mitos, preceitos, proibições e tabus. Lavender *et al* exploraram os aspetos da experiência de parto percebidos como importantes pelas mulheres. A maior parte das mulheres é capaz de identificar contributos importantes para uma experiência positiva: suporte, informação, intervenção, tomada de decisão, controlo, alívio da dor e participação activa². Este e outros estudos mostram que a avaliação que as mulheres fazem acerca da sua experiência de parto é influenciada por factores individuais, demográficos, psicossociais e obstétricos. A idade^{3,4}, expectativas prévias⁵, paridade⁶, factores psicológicos^{7,8}, tipo de parto^{9,10}, analgesia de parto^{9,11-13}, participação ativa da mulher¹⁴, suporte emocional e atitudes dos profissionais de saúde^{15,16} contribuem para diferenças na avaliação da experiência de parto.

Face às mudanças ocorridas, e tendo em conta que em Portugal a quase totalidade dos partos ocorrem no hospital, pareceu-nos oportuno desenvolver um estudo, de dimensão nacional, com o objetivo de caracterizar a gravidez e parto atuais, apresentando alguns dos factores individuais, sociais e obstétricos que condicionam essa experiência, complementando a informação disponibilizada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) nesta área.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo: quantitativo, observacional descritivo e transversal.

População e amostra: a população-alvo foi composta pelas 96925 puérperas portuguesas do ano de 2007, tendo a amostra (n=2505) sido selecionada de forma aleatória em 19 hospitais do Serviço Nacional de Saúde, distribuídos de norte a sul do país, durante o período em que decorreu o estudo (01 de Julho a 31 de Dezembro). O único critério de inclusão foi saber ler e escrever, tendo sido incluído pelo menos um serviço de obstetrícia público de cada distrito do país com exclusão daqueles em que o estudo não foi autorizado (Viana do Castelo, Coimbra e Évora) e das Regiões Autónomas.

Variáveis: *Sociodemográficas:* região do país, dimensão da maternidade, idade, estado civil, agregado familiar, número de filhos, profissão, habilitações literárias, área de residência. *Obstétricas:* planeamento da gravidez, idade gestacional, vigilância da gravidez, paridade, possibilidade de interrupção, complicações obstétricas, preparação para o parto, motivo de ida para a maternidade, assistência no parto, tipo de parto, analgesia epidural, tempo de permanência na sala de partos, acompanhamento no parto.

Instrumento de colheita de dados: tendo em conta a homogeneidade da população, optou-se por um *questionário* e as variáveis foram operacionalizadas sobre a forma de questões abertas e fechadas.

Análise dos dados: recorreu-se à estatística descritiva, com cálculo de percentagens para as variáveis nominais e cálculo da média e do desvio padrão para as variáveis numéricas. A análise estatística efetuou-se através do programa SPSS 16.0.

De forma a validar a representatividade da amostra, comparámos os resultados com os do INE em variáveis para o qual já existia um levantamento nacional¹⁷⁻²⁰.

Considerações éticas: solicitou-se a autorização aos Conselhos de Administração dos hospitais e o questionário foi aprovado pelas Comissões de Ética respectivas. A participação das puérperas ocorreu de forma voluntária, após esclarecimento dos objectivos e procedimentos, garantido o anonimato de acordo com a lei de proteção de dados pessoais.

RESULTADOS

Variáveis sociodemográficas

As principais variáveis sociodemográficas, que caracterizam a amostra, encontram-se resumidas na tabela 1. Em 89,5% das puérperas o parto ocorreu nas **regiões** do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo, o que está de acordo com a maior densidade populacional dessas regiões e em consonância com o INE em que esse valor foi de 88,5%¹⁷⁻¹⁹. Mais de metade dos partos (54%) ocorreram em maternidades de média **dimensão** (1500-3000 partos/ano).

As puérperas apresentaram, em média, 29,4 anos de **idade**, associada a um desvio padrão de 5,3, com uma idade mínima de 15 anos e máxima de 45 anos. Na análise por grupos de risco, 2,2% foram mães adolescentes (<18 anos) e 16,7% com mais de 35 anos de idade. Observando as classes etárias sugeridas pelo INE, verificamos que a nossa amostra foi bastante próxima da distribuição nacional¹⁷⁻¹⁹.

Em relação ao **estado civil**, 68,6% das puérperas eram casadas, estando este dado em consonância com o descrito pelo INE de 66,4%¹⁷⁻¹⁹. Já 18,7% viviam em união de facto e 12,7% eram solteiras, viúvas ou separadas, representando os nascimentos fora do casamento 31,4%. Quanto à constituição do **agregado familiar** a maioria vivia com o companheiro pai do bebé (93,9%) e apenas 1,7% referiram viver sozinhas. O número médio de pessoas que integravam o agregado familiar foi de 3,7 com um desvio padrão de 0,98. Mais de 3 nados vivos em cada 10 ocorrem fora do casamento, tendo sido sobretudo na região do Algarve (49%) e de Lisboa e Vale do Tejo (45%) que se encontraram as maiores proporções de nascimentos fora do casamento; em oposição, as percentagens mais baixas situaram-se no Norte (24%) e na Região Autónoma dos Açores (25%)¹⁷⁻¹⁹.

No que respeita à **situação profissional** a maioria das puérperas (88,4%) pertencia à população activa e apenas 11,6% era inactiva (reformadas, desempregadas, estudantes) ou tinha outra situação profissional não remunerada como seja doméstica (11,1%). As desempregadas representavam 9,6% das inactivas coincidindo com a taxa de desemprego feminina verificada em 2007 e mais alta que a média da união europeia (7,8%)¹⁷⁻¹⁹. No grupo

das ativas, a maior parte ou era pessoal de serviços/vendedoras (28,7%) ou técnicas de nível intermédio (22,8%). Em 9,7% dos casos eram operárias ou similares e em 7,0% especialistas intelectuais. Apenas 1,8% eram trabalhadoras não qualificadas.

Nas **habilitações literárias** 46,1% completou o ensino básico, 26,8% tinham o ensino superior e 26,4% o ensino secundário. Mais uma vez estes dados estavam de acordo com os apresentados pelo INE¹⁷⁻¹⁹.

O **número de filhos** por mulher foi de 1,56 com um desvio padrão de 0,8 e 57,5% não desejavam ter mais filhos. Quanto à **área de residência**, 61,1% da amostra pertencia ao meio urbano e 38,9% ao meio rural.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das puérperas portuguesas, em 2007, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) e o questionário efetuado no estudo (Amostra).

VARIÁVEL	INE	Amostra	VARIÁVEL	INE	Amostra
Partos por região do País (%)			Profissão (CNP-14, 2009)(%)		
Norte	35,2	36,6	Membro das forças armadas		0,6
Centro	20,6	32,0	Agricultura e pescas		0,2
Lisboa	32,7	20,9	Quadro superior e dirigente		1,8
Alentejo	6,5	5,2	Especialista intelectual		7,0
Algarve	5,0	5,3	Técnica de nível intermédio		22,8
			Operária, artífice e similares		9,7
Dimensão da maternidade (%)			Pessoal administrativo		4,7
<1500 partos		20,0	Pessoal serviços/vendedoras		28,7
1500-3000 partos		54,0	Trabalhadora não qualificada		1,8
>3000 partos		26,0	Estudante		1,9
			Reformada		0,1
Idade (classes etárias INE) (%)			Doméstica		11,1
<15 anos	0,06	0,2	Desempregada	9,6	9,6
15-19 anos	4,4	3,4	Habilitações literárias (%)		
20-24 anos	13,9	14,7	Saber ler e escrever	0,3	0,7
25-29 anos	28,8	31,2	Ensino Básico	44,5	46,1
30-34 anos	34,4	33,8	Ensino Secundário	26,0	26,4
35-39 anos	15,4	14,2	Ensino Superior	28,0	26,8
40-44 anos	2,89	2,4	Área de residência (%)		
45-49 anos	0,12	0,1	Rural		38,9
>50 anos	0,0	0,0	Urbano		61,1
Idade (grupos de risco) (%)			Agregado familiar (%)		
<18 anos		2,2	Sozinha		1,7
19-34 anos		81,1	Companheiro pai do bebé		93,9
>35 anos		16,7	Companheiro não pai do bebé		0,6
Idade média (média ± DP)		29,39±5,3	Filho(s)		85,7
Estado civil (%)			Pais		6,6
Solteiras/Viúvas/Divorciadas/Separadas		12,7	Outros		1,9
Casadas	66,4	68,6	Nº pessoas agregado (média ± DP)		3,7±0,98
União de facto		18,7	Número de filhos (média±DP)		1,56±0,8

DP=Desvio-padrão; INE: Instituto Nacional de Estatística, 2007

Variáveis obstétricas

A Tabela 2 apresenta os resultados das variáveis obstétricas. No que se refere ao **planeamento da gravidez**, 73,4% referiram ter tido uma gravidez planeada, tendo 3,9% colocado a **possibilidade de a interromper**.

Relativamente à **vigilância da gravidez**, apenas 0,2% referiram que a gravidez não foi vigiada. O número médio de consultas no estudo foi de 8,9 com um desvio padrão de 3,6. Esse acompanhamento foi realizado por médico particular em 50,4%, num centro de saúde em 49,1% e no hospital em 36,4%. De realçar que 32,7% de grávidas foram assistidas exclusivamente por médico particular.

As **complicações na gravidez** ocorreram em 21,3%. As mais frequentes foram a ameaça de abortamento (4,0%) seguindo-se a diabetes gestacional (3,0%), ameaça de parto pré-termo (2,8%), hipertensão na gravidez (1,9%), descolamento placentar (1,8%), infecção urinária/ginecológica (1,5%) e cólica renal (0,9%).

Apenas 21,4% afirmaram ter tido **preparação para o parto**, com uma média de 9,4 sessões.

Quanto aos **motivos de escolha da maternidade**, 56% optaram pela da área de residência, por boa referência (18%), ser a mais próxima (14,7%), por encerramento da maternidade da área de residência (4,3%) ou ser a maternidade do médico assistente (3,5%). Já entre os **motivos que levaram as puérperas à maternidade**, 38,5% deslocaram-se por indicação médica, 33,5% por contrações dolorosas, 22,6% por rotura de membranas e 2,4% por outros motivos como perda do rolhão mucoso, dores lombares ou tempo completo de gestação.

Verificou-se, em média, uma **idade gestacional** de 38,8 semanas aquando do parto, com um desvio padrão de 1,7, sendo múltiparas 55% das puérperas. Quanto ao **tipo de parto**, este foi eutócico em 54,5%, cesariana em 34,7% (Norte-37,8%, Centro-32,5%, Lisboa e Vale do Tejo-35,5%, Alentejo-30,0%, Algarve-28,0%) e instrumentado (ventosa/fórceps) em 10,8%.

A **assistência no parto** foi de um médico em 53,9% dos partos, um enfermeiro especialista/parteiro em 38,7% e no conjunto de médico e enfermeiro em 7,2% das situações. Para o controlo da dor foi dada a possibilidade de **analgesia epidural** a 74,7% das mulheres. Contudo, apenas 61,9% dos partos foram realizados com recurso a este tipo de analgesia.

Em média, cada puérpera **permaneceu na sala de partos** 4,3 horas com um desvio padrão de 3,9. Este valor variou muito uma vez que existem maternidades onde a mulher é logo admitida na sala de partos e noutras faz grande parte do período de dilatação e só depois passa à sala de partos.

Cerca de metade das puérperas (54,5%) tiveram um **acompanhante no parto**. Considerando apenas as que tiveram parto eutócico (ou seja retirando o parto por cesariana, em que não tem acompanhante, e o parto instrumentado que a maior parte das vezes também não) este valor sobe para 74,5%. O acompanhante em 85,1% foi o marido/companheiro. 14,9% contaram com a presença de uma outra pessoa significativa como seja a mãe (6,2%), amiga (2,9%), irmã (1,8%), cunhada (1,5%) e sogra (0,7%). As que não tiveram acompanhante (45,5%), justificaram-no por ter sido cesariana (60,7%), por indisponibilidade do acompanhante (16,4%), por escolha pessoal (12,9%), por a maternidade não o permitir (6,1%) ou por o acompanhante ter chegado atrasado (2,4%).

Tabela 2. Caracterização obstétrica das puérperas portuguesas, em 2007, de acordo com o questionário efetuado no estudo (Amostra).

VARIÁVEL	Amostra	VARIÁVEL	Amostra
Idade gestacional (média±DP)	38,8±1,7	<u>Assistência no parto (%)</u>	
N.º consultas na gravidez (média±DP)	8,9±3,6	Médico	53,9
Vigilância da gravidez – Centro de Saúde	49,1	Enfermeiro Especialista/parteira	38,7
Vigilância da gravidez – Hospital	36,4	Médico e Enfermeiro	7,2
Vigilância da gravidez – Médico Particular	50,4		
Gravidez não vigiada (%)	0,2	<u>Tipo de parto (%)</u>	
<u>Paridade (%)</u>		Eutócico	54,5
Primíparas	45,0	Cesariana	34,7
Múltiplas	55,0	Instrumentado	10,8
		Possibilidade analgesia epidural (%)	74,7
Gravidez planeada (%)	73,4	Parto com analgesia epidural (%)	61,9
Pensou interromper (%)	3,9		
Complicações na gravidez (%)	21,3	Tempo de permanência na sala de partos-horas (média±DP)	4,3±3,9
		Acompanhante no parto: <u>Sim:</u>	<u>54,5</u>
Preparação para o parto (%)	21,4	Marido/companheiro	85,1
N.º de sessões (média±DP)	9,4 ±5,9	Mãe	6,2
		Amiga	2,9
<u>Motivo de ida à maternidade (%)</u>		Sogra	0,7
Rotura de membranas	22,6	Cunhada	1,5
Contrações dolorosas	33,5	Irmã	1,8
Indicação médica	38,5	Outros	1,7
Iniciativa própria	3,0	Acompanhante no parto: <u>Não</u>	<u>45,5</u>
Outros	2,4	Porque:	
		A maternidade não permite	6,1
		Escolha pessoal da grávida	12,9
		Indisponibilidade acompanhante	16,4
		Realização de cesariana	60,7
		Chegou atrasado	2,4

DISCUSSÃO

Nas regiões do Norte, Centro e de Lisboa e Vale do Tejo concentrou-se a maioria de partos, com tendência para a desertificação do Alentejo e maior concentração populacional em áreas urbanas. A taxa de natalidade apresentou, a nível regional, entre 2000 e 2005 uma tendência generalizada de decréscimo, com exceção da região do Algarve onde se verificou um aumento²⁰. Em 2007 essa tendência manteve-se sendo mais uma vez a região do Algarve exceção e o Alentejo a região mais penalizada¹⁷⁻¹⁹.

A idade média da mulher ao nascimento de um filho apresentada pelo INE¹⁷⁻¹⁹, em 2007, foi de 30 anos ou seja, similar à do nosso estudo que foi de 29,4 anos. Comparando com estudos internacionais, a média de idade das puérperas portuguesas aproxima-se da observada em países como a Inglaterra (29,3 anos)²¹, a Suécia (29,5 anos)²², o Canadá (29,3 anos)²³ ou a Noruega/Bélgica (31 anos)²⁴ onde a média de idade das mães tem vindo a aumentar. Em países em vias de desenvolvimento, como o Sri Lanka²⁵ ou até mesmo o Brasil²⁶, a média de idade é ainda baixa por volta dos 25 anos. A evolução da idade média ao nascimento de um filho confirma o adiar do nascimento e não cessa de se elevar sendo que segundo dados do INE, em 2001 era de 28,8 anos, em 2005 de 29,6 anos e atualmente atinge os 30,0 anos¹⁷⁻²⁰. Nos primeiros sete anos do século XXI as mulheres retardaram a idade média da primeira maternidade em 1,4 anos e tiveram, em 2007, o primeiro filho com a idade de 28,2 anos. É na Região Autónoma dos Açores que as mulheres são mães pela primeira vez mais cedo, sendo a idade média ao nascimento do primeiro filho de 25,9 anos, e é na Região de Lisboa e Vale do Tejo que a idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho é mais tardia, aos 28,8 anos¹⁷⁻¹⁹. A idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho passou de 24,8 para 28,7 anos, no período 1990-2009²⁷.

O adiamento da maternidade resultará da transformação dos modelos familiares e normas sociais e da necessidade das mulheres articularem as exigências profissionais e familiares²⁸.

Ocorreu um decréscimo da percentagem de mães adolescentes de 5,9% em 2001 para 4,2% em 2009 e o aumento em mulheres com 35 ou mais anos, de 14,0% para 20,6%²⁷. Um estudo realizado no Brasil encontrou 24,3% com menos de 19 anos e 6,7% com idade superior a 35 anos²⁶, ou seja, uma distribuição bem diferente da nossa em que se registou 3,6% e 16,7% respetivamente. Este contraste mostra que, embora tenhamos diminuído a nossa percentagem de grávidas adolescentes, as gestações acima dos 35 anos têm vindo a aumentar passando de 10% em 1995 para 14,4% em 2002 e 18,4% em 2007¹⁷⁻²⁰. Assim, a elevada taxa de complicações na gravidez (21,3%), como a diabetes e a hipertensão gestacional, não será alheio a este dado demográfico.

A gravidez surge cada vez mais em contextos de infertilidade, de maior prevalência de obesidade, hábitos tabágicos, hipertensão, diabetes e outras doenças crónicas, que acarretam um risco obstétrico aumentado, para além do fator de risco obstétrico independente que é a própria idade materna. Entre as situações de risco obstétrico, que podem em alguns casos mais do que duplicar, com o aumento da idade materna, contam-se um aumento do número de abortamentos, cromossomopatias, pré-eclâmpsia, diabetes, hemorragias anteparto,

cesarianas, eletivas e de urgências, partos pré-termo, macrossomias e restrições de crescimento fetal, mortalidade materna e perinatal impondo-se medidas de promoção da gravidez em idades mais jovens, para além de um investimento continuado na formação dos profissionais, e nos serviços de saúde, mantendo-os preparados para enfrentar um número cada vez mais elevado de grávidas de alto risco²⁹.

O significativo acréscimo dos nados vivos fora do casamento de 23,8% em 2001 para 30,7% em 2005 e 33,6% em 2007¹⁷⁻²⁰, sendo no estudo de 31,4%, é outra característica a realçar na evolução da fecundidade e permitiu que a proporção se aproximasse da observada na União Europeia (33,0% em 2005). Dentro dos países com informação disponível para 2007 a Grécia, seguida do Chipre, tem a menor percentagem de nascimentos fora do casamento (5,0%), e a Suécia confirma a mais elevada (55,7%). Pode afirmar-se, apesar de ligeiras oscilações, que quase todos os países evidenciam uma tendência em alta confirmando a opção dos casais por esta forma de organização familiar¹⁷⁻²⁰.

Na análise da situação profissional, as desempregadas no estudo representavam 9,6% sendo um valor mais alto que a média da União Europeia (7,8%). No sexo masculino a diferença entre a taxa de desemprego nacional e a média europeia não é tão significativa (6,7 e 6,6% respetivamente) o que evidencia uma maior penalização das mulheres com o aumento do desemprego. Esta situação poderá dever-se ao facto de as mulheres exercerem funções em áreas mais vulneráveis à situação económica atual como a prestação de serviços/vendedoras ou técnicas de nível intermédio.

A taxa de natalidade que em 2005 era de 10,4% desce em 2006 para 10,0% e chega a 9,7% em 2007¹⁷⁻²⁰. Pela primeira vez desde 1918, morreram mais pessoas do que as que nasceram em Portugal, ou seja um saldo natural negativo, com o número de filhos por mulher a descer no estudo para 1,56, sendo o problema da baixa natalidade uma realidade incontornável. O ritmo de crescimento da população é muito fraco, permanecendo as correntes imigratórias a componente principal desse crescimento, e o envelhecimento demográfico prossegue. Segundo o INE, em média, na União Europeia, uma mulher é mãe pela primeira vez aos 28 anos, tem um ou dois filhos (média=1,56), trabalha nos serviços públicos e sociais e completou pelo menos o ensino secundário. Em Portugal, a mulher é mãe pela primeira vez aos 28 anos, tem 1 filho (em 2008, o número médio de filhos por mulher era já de 1,37); tem um nível de escolaridade correspondente ao 3º ciclo do ensino básico e, se estiver empregada, trabalha em atividades do sector público e dos serviços sociais¹⁷⁻²⁰.

Foi esta a realidade encontrada no nosso estudo e estes aspetos mostram-nos que a par da necessidade de mantermos as políticas atuais de assistência à grávida torna-se necessário promover novas políticas de saúde materno-infantil, nomeadamente de promoção da natalidade²⁹. O declínio da fecundidade com descida da média de 3 filhos por mulher em idade fértil na década de 60, para 1,3 em 2009 assim o exige²⁷.

Santos *et al* também reportam mudanças significativas nas características sócio-demográficas das puérperas assistidas entre dois estudos um realizado em 1991 e outro em 2008 num hospital português, destacando igualmente o nascimento do primeiro filho mais tardio e

planeado – com um aumento da idade média da primeira gravidez, de 20 para 25 anos, e da percentagem de grávidas com 35 ou mais anos, de 5,8 para 18% – ocorrendo com maior frequência fora do casamento, o que resulta possivelmente de uma alteração do estatuto da mulher na sociedade e da natureza das relações conjugais²⁸.

Abordando as variáveis obstétricas, verificou-se que a maioria das gravidezes são planeadas e apresentam, em média, uma idade gestacional de 38,8 semanas aquando do parto, similar a outros estudos como o de Hundley *et al* com a duração média foi de 39,6 semanas²¹ e de Chalmers *et al* que apresentava 39,0 semanas²³. Existe uma conduta atual para, se não existirem complicações, deixar progredir a gravidez até às 41 semanas. Relativamente à vigilância da gravidez, para a Direção Geral de Saúde a gravidez é considerada vigiada quando as mulheres frequentam 6 ou mais consultas sendo hoje a vigilância médica uma realidade nacional³⁰. O número médio de consultas no estudo foi de 8,9 encontrando-se muitas mulheres a ser seguidas conjuntamente pelo médico de família e por médico particular. Contudo, o número de grávidas a serem seguidas exclusivamente por médico particular é hoje bastante significativo (32,7%). No estudo de Hundley *et al*, com puérperas escocesas, mais de 50% teve entre 10 e 14 consultas ou seja, mais que as realizadas pelas puérperas portuguesas²¹.

A prática de preparação para o parto (21,4%) é mais baixa que a descrita no Canadá, onde 32,7% das mulheres frequentaram²³, pelo que é ainda uma área a ser promovida. As aulas visam transmitir à mulher/casal confiança na sua própria capacidade de auxiliar no processo normal do parto tornando a mulher ativa com menor perceção da dor, menor necessidade de analgesia e anestesia, menor incidência de depressão pós-parto e atitude mais positiva em relação a gestações futuras³¹.

A percentagem de complicações gestacionais foi elevada (21,3%) sendo necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para o acompanhamento de grávidas com risco cada vez mais elevado, sem esquecerem a responsabilidade de colaborarem na promoção de medidas preventivas mais profundas²⁹.

Entre os motivos que levaram as puérperas à maternidade, habitualmente a da área de residência, para além das tradicionais contrações dolorosas ou rotura de membranas, existe um número elevado de mulheres que vão por indicação do seu médico assistente (38,5%) verificando-se também que mais de metade dos partos (53,9%) são realizados por médicos. Estes dados resultam hoje provavelmente de uma maior vigilância e acompanhamento médico. Já quanto ao tipo de parto, embora a maioria ainda seja eutócico, a taxa de cesarianas foi elevada rondando os 35% (Norte-37,8%, Centro-32,5%, Lisboa e Vale do Tejo-35,5%, Alentejo-30,0%, Algarve-28,0%). Estes dados vão de encontro aos identificados em 2007 com uma percentagem de cesarianas de 35,6% (Norte-40,2%, Centro-32,8%, Lisboa e vale do Tejo-35,0%, Alentejo-24,9%, Algarve-26,1%)¹⁷⁻¹⁹. A taxa de cesarianas aumentou de 29,7% em 2001 para 36,4% em 2009²⁷ sendo hoje um problema identificado. Comparando com estudos internacionais, a taxa portuguesa começa a aproximar-se de países como o Brasil onde existe uma percentagem elevada de cesarianas que pode chegar aos 40% nos hospitais públicos e ultrapassar os 70% nos hospitais privados²⁶. Afasta-se assim de taxas mais baixas como as

apresentadas pela Inglaterra (Escócia)²¹ ou pela Suécia³², com 18,5% e 15% respetivamente, ou mesmo do Canadá²³ com cerca de 26% de cesarianas. Difere também das taxas de países em desenvolvimento, como o Sri Lanka, em que a taxa ronda os 18%²⁵.

Os índices de cesarianas aumentaram em diversos países e são hoje muito superiores aos 15% preconizados pela Organização Mundial de Saúde. Autores nacionais e internacionais têm divergido sobre o problema priorizando, na maior parte das vezes, os aspetos éticos^{33,34}. Atualmente parece haver consenso de que o aumento das cesarianas não se deve apenas as questões médicas sendo influenciado por diversos fatores psicossociais³⁵. Isto parece ser mais evidente em países em desenvolvimento. Vários fatores não médicos estão envolvidos: aspetos socioeconómicos, preocupações ético-legais e mesmo características psicológicas e culturais das mulheres e dos médicos³⁶. Mandarino *et al* verificaram que o grupo das cesarianas apresentava um maior nível socioeconómico. Além disso, observaram uma tendência a uma maior proporção de cesarianas entre as mais escolarizadas³⁷. Esses achados, vêm corroborar o papel de fatores não-clínicos na escolha do parto por cesariana, relacionados com aspetos socioculturais da prática obstétrica, incluindo atitudes da equipa médica, da mulher e da sua família.

Para o controlo da dor verificámos uma evolução positiva na utilização da analgesia epidural, tendo sido dada a possibilidade a 74,7% das puérperas e realizada em 61,9% dos partos, já que no estudo de Costa *et al* em 2002 apenas 44,4% dos partos decorreram com analgesia epidural⁹. Comparando com o estudo realizado no Canadá²³ ou o realizado na Suécia³⁸, onde a percentagem de analgesia epidural foi de 57,3% e 50% respetivamente, Portugal apresenta um bom nível de aplicação desta técnica.

Mais de metade das puérperas tiveram um acompanhante, sendo que no parto eutócico este valor foi de 74,5%. Na grande maioria o acompanhante escolhido foi o marido/companheiro. Estudos internacionais demonstram que a presença de um acompanhante, em especial do parceiro, é um dos fatores que mais contribui para a satisfação da mulher com a assistência recebida³⁹. É também uma das práticas reconhecidas como benéficas pela Organização Mundial de Saúde⁴⁰. Em Portugal, o Ministério da Saúde recomenda, se possível, a participação de um familiar ou acompanhante indicado pela parturiente. Na maioria das maternidades a presença de acompanhante é hoje algo natural, em que todos os intervenientes (profissional, puérpera e o próprio acompanhante) vêem benefícios e muito se tem feito para, depois de derrubadas as barreiras psicológicas e culturais, criar condições físicas para assegurar esse acompanhamento.

CONCLUSÕES

O estudo procurou espelhar a realidade nacional do parto hospitalar pondo em evidência aspectos sociodemográficos e obstétricos a serem tidos em conta na programação em saúde e melhoria contínua da qualidade dos cuidados:

- Existe uma maior concentração de partos nas regiões do Norte, Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, mantendo-se o Algarve como a única região do país em que a taxa de natalidade aumentou.
- A idade média da mulher quando tem um filho é elevada e confirma o adiar da maternidade contribuindo para que complicações, como a diabetes e a hipertensão gestacional, sejam cada vez mais uma realidade.
- O número médio de filhos por mulher aproxima-se rapidamente de apenas 1 expressando a contínua diminuição da taxa de natalidade e a inversão da pirâmide etária.
- Os nascimentos fora do casamento assumem cada vez mais preponderância.
- A taxa de desemprego, que tem vindo a aumentar, penaliza mais as mulheres.
- A maioria das gravidezes são planeadas e devidamente vigiadas, mais de metade por médico particular, embora uma grande parte simultaneamente com o seu médico de família. O motivo de ida para a maternidade por indicação médica é hoje frequente e mais de metade dos partos são realizados por médicos.
- A preparação para o parto está ainda pouco acessível à maioria das mulheres e será uma prática a promover.
- Aquando da escolha da maternidade as mulheres dão preferência à da área de residência ou àquela de que tenham boa referência.
- O parto por cesariana apresenta uma taxa elevada sendo já alvo de um programa nacional que visa a sua redução.
- Apresentamos uma boa cobertura nacional de analgesia epidural sendo considerada o “*gold standard*” da analgesia do trabalho de parto.
- As parturientes têm hoje possibilidade de acompanhante na sala de partos, habitualmente o marido/companheiro, e esta prática é reconhecida como vantajosa por todos os intervenientes.

Sendo a amostra representativa, os resultados são válidos e uma mais-valia para o levantamento estatístico que já é feito pelo INE. O estudo ao ser realizado apenas num único momento é uma fotografia da realidade nacional, limitando-se a determinar quantitativamente a distribuição de várias características num determinado momento temporal. Consideramos que seria pertinente a sua continuidade como um estudo analítico e longitudinal e a inclusão de algumas das variáveis aqui descritas no levantamento nacional realizado pelo INE como seja a vigilância e complicações na gravidez, realização de analgesia epidural ou presença de acompanhante no parto entre outras.

Conflito de interesses: os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento: não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. KITZINGER S - Um estudo antropológico da maternidade - 2ª Edição, Editorial Presença, Lisboa, 1996.
2. LAVENDER T, WALKINSHAW SA & WALTON I - A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience - *Midwifery*, 15(1), 1999.
3. LOW LK, MARTIN K, SAMPSELLE C, GUTHRIE B, & OAKLEY D - Adolescents' experiences of childbirth: contrasts with adults - *Journal of Midwifery Women's Health*, 48(3), 2003, p. 192-198.
4. WINDRIDGE KC & BERRYMAN JC - Women's experiences of giving birth after - 35. *Birth*, 26(1), 1999.
5. NIVEN C - Labour pain: Long-term recall and consequences - *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6, 1988.
6. FRIDH G, KOPARE T, GASTON-JOHANSSON F & NORVELL KT - Factors associated with more intense labor pain - *Research in Nursing & Health Journal*, 11(2), 1998.
7. MACKEY MC - Women's evaluation of the labor and delivery experience – *Nursing connections*, 11(3), 1998.
8. McCREA BH & WRIGHT ME - Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour - *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 1999.
9. COSTA R, FIGUEIREDO B, PACHECO A & PAIS A. - Parto: Expectativas, Experiência, Dor e Satisfação - *Psicologia: Saúde & Doença*, 4(1), 2003 p. 47-67.
10. DIMATTEO MR, MORTON SC, LEPPER HS, DAMUSH TM, CAMEY MF, PEARSON M & KAHN KL - Caesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis - *Health Psychology*, 15(4), 1996.
11. GLOSTEN B - Epidural and spinal analgesia/anesthesia - In D. H. Chestnut (Ed.) *Obstetric Anesthesia – Principles and Practice*, St. Louis, Missouri. Mosby, 1999.
12. MORGAN BM, BULPITT CJ, CLIFTON P & LEWIS PJ - Analgesia and satisfaction in childbirth - the Queen Charlotte's 1000 Mother Survey. *Lancet*, 2(8302), 808-810, 1982.
13. PAECH MJ - The King Edward Memorial Hospital 1,000 mother survey of methods of pain relief in labour - *Anaesthesia Intensive Care*, 19(3), 1991.
14. CRANLEY MS, HEDAHL KJ & PEGG SH - Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries - *Nursing Research*, 32(1), 1983.
15. HODNETT ED - Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review - *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 186(5 Suppl.Nature), 2002.
16. MOSALLAM M, RIZK DE, THOMAS L & EZIMOKHAI M - Women's attitudes towards psychosocial support in labour in United Arab Emirates - *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 269(3), 181-187, 2004.
17. PORTUGAL, INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Indicadores sociais: 2007 - Edição de 2008.
18. PORTUGAL, INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – As pessoas: 2007 - Edição de 2009.
19. PORTUGAL, INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Portugal em números: 2007 - Edição de 2009.
20. PORTUGAL, INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Estatísticas demográficas: 2005 - Edição de 2007.
21. HUNDLEY V, RENNIE A, FITZMAURICE A, GRAHAM W, TEIJLINGEN E, PENNEY G – A national survey of women's views of their maternity care in Scotland – *Midwifery*, Harcourt Publishers Ltd, 2000.
22. RUDMAN A, EL-KHOURI B, WALDENSTROM U – Women's satisfaction with intrapartum care – a pattern approach – *Journal of Advanced Nursing*, 59 (5): 474 – 487, 2007.
23. CHALMERS B, DZAKPASU S, HEAMAN M, KACZOROWSKI J – The Canadian maternity experiences survey: an overview of findings – *J Obstet Gynaecol Can*, 30 (3): 217 – 228, 2008.
24. CHRISTIAENS W, BRACKE P – Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands – *Midwifery*, 25, e11-e19, 2009.
25. SENARATH U, FERNANDO D, RODRIGO I – Factors determining client satisfaction with hospital – based perinatal care in Sri Lanka – *Tropical Medicine and International Health*, vol. II n.º 9, 1442-1451, September, 2006.
26. NAGAHAMA E, SANTIAGO S – Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil – *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(8): 1859-1868, Agosto, 2008.
27. MACHADO MC, ALVES M, COUCEIRO M – Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde – Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde – *Acta Pediátrica Portuguesa (Sociedade Portuguesa de Pediatria)*, 2011; 42(5): 195-204.
28. SANTOS V, MOURA M, PINHO JP, ALMEIDA V, MAIO J – Características sócio-demográficas das puérperas e seguimento da gravidez. O que mudou em 17 anos? – *Acta Médica Portuguesa*, 2011; 24 (6): 877- 884.
29. BERNARDES J - Mudanças sócio-demográficas e novos desafios na assistência à grávida - *Acta Médica Portuguesa*, 2011; 24 (6): 869-870.
30. PORTUGAL, DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Circular Normativa, nº 11/DSPSM – 2001. [consult. 2 Dezembro, 2006] Disponível em <http://www.dgsaude.pt>.
31. BURROUGHS A – *Introdução à Enfermagem Materna* – 6ª Edição, Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.
32. WALDENSTROM U, RUDMAN A, HILDINGSSON I – Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied – *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85: 551 – 560, 2006.
33. SCOTT JR - Putting elective cesarean into perspective - *Obstet Gynecol*. 2002.

34. CAMANO L [et al.] - Segunda opinião para indicação de cesariana - *Femina*. 2001.
35. SACHS BP, KOBELIN C, FRIGOLETTO F - The risk of lowering the cesarean-delivery rate - *N Engl J Med*. 1999 p. 54-57.
36. CURY AF, TEDESCO JJA. - Aspectos polêmicos na indicação da cesariana - *Femina*. 2003 ;31(9):809-812.
37. MANDARINO N, CHEIN M, JUNIOR F, BRITO L, LAMY Z, NINA V, MOCHEL E, NETO J – Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil – *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 (7): 1587-1596, Julho, 2009.
38. WIKLUND I, EDMAN G, RYDING E, ANDOLF E – Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section – *BJOG*; 115: 324 - 331, 2008.
39. MURRAY I, WILCOCK A, KOBAYASHI L – Obstetrical patient satisfaction - *J Health Care Mark*, 16:54-7, 1996.
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Care in Normal birth: a practical guide*. Genebra: World Health Organization, 1996.

ANEXO

Normas de Publicação da Acta Médica Portuguesa

Normas de Publicação da Acta Médica Portuguesa



Acta Médica Portuguesa's Publishing Guidelines

Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA
Acta Med Port 2013, 23 de Setembro de 2013

1. MISSÃO

Publicar trabalhos científicos originais e de revisão na área biomédica da mais elevada qualidade, abrangendo várias áreas do conhecimento médico, e ajudar os médicos a tomar melhores decisões.

Para atingir estes objectivos a Acta Médica Portuguesa publica artigos originais, artigos de revisão, casos clínicos, editoriais, entre outros, comentando sobre os factores clínicos, científicos, sociais, políticos e económicos que afectam a saúde. A Acta Médica Portuguesa pode considerar artigos para publicação de autores de qualquer país.

2. VALORES

- Promover a qualidade científica.
- Promover o conhecimento e actualidade científica.
- Independência e imparcialidade editorial.
- Ética e respeito pela dignidade humana.
- Responsabilidade social.

3. VISÃO

Ser reconhecida como uma revista médica portuguesa de grande impacto internacional.

Promover a publicação científica da mais elevada qualidade privilegiando o trabalho original de investigação (clínico, epidemiológico, multicêntrico, ciência básica).

Constituir o fórum de publicação de normas de orientação.

Ampliar a divulgação internacional.

Lema: "Primum non nocere, primeiro a Acta Médica Portuguesa"

4. INFORMAÇÃO GERAL

A Acta Médica Portuguesa é a revista científica com revisão pelos pares (*peer-review*) da Ordem dos Médicos. É publicada continuamente desde 1979, estando indexada na PubMed / Medline desde o primeiro número. Desde 2010 tem Factor de Impacto atribuído pelo Journal Citation Reports - Thomson Reuters.

A Acta Médica Portuguesa segue a política do livre acesso. Todos os seus artigos estão disponíveis de forma integral, aberta e gratuita desde 1999 no seu site www.actamedicaportuguesa.com e através da Medline com interface PubMed.

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa é apro-

ximadamente de 55% dos mais de 300 manuscritos recebidos anualmente.

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

A Acta Médica Portuguesa rege-se de acordo com as boas normas de edição biomédica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), e do EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report (desenho de estudos).

A política editorial da Revista incorpora no processo de revisão e publicação as Recomendações de Política Editorial (*Editorial Policy Statements*) emitidas pelo Conselho de Editores Científicos (Council of Science Editors), disponíveis em <http://www.councilscienceeditors.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3331>, que cobre responsabilidades e direitos dos editores das revistas com arbitragem científica. Os artigos propostos não podem ter sido objecto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade conjunta da Acta Médica Portuguesa e dos autores.

A Acta Médica Portuguesa reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá acompanhar a carta de submissão com a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais.

Relativamente à utilização por terceiros a Acta Médica Portuguesa rege-se pelos termos da licença *Creative Commons* 'Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (by-nc-nd)'.

Após publicação na Acta Médica Portuguesa, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados.

5. CRITÉRIO DE AUTORIA

A revista segue os critérios de autoria do "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE).

Todos designados como autores devem ter participado significativamente no trabalho para tomar responsabilidade

pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos que:

1. Têm uma contribuição intelectual substancial, directa, no desenho e elaboração do artigo
2. Participam na análise e interpretação dos dados
3. Participam na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou na revisão crítica do conteúdo; ou na aprovação da versão final

As condições 1, 2 e 3 têm de ser reunidas.

Autoria requer uma contribuição substancial para o manuscrito, sendo pois necessário especificar em carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho.

Ser listado como autor, quando não cumpre os critérios de elegibilidade, é considerado fraude.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

Todos os autores, (isto é, o autor correspondente e cada um dos autores) terão de preencher e assinar o “Formulário de Autoria” com a responsabilidade da autoria, critérios e contribuições; conflitos de interesse e financiamento e transferência de direitos autorais / *copyright*.

O autor Correspondente deve ser o intermediário em nome de todos os co-autores em todos os contactos com a Acta Médica Portuguesa, durante todo o processo de submissão e de revisão. O autor correspondente é responsável por garantir que todos os potenciais conflitos de interesse mencionados são correctos. O autor correspondente deve atestar, ainda, em nome de todos os co-autores, a originalidade do trabalho e obter a permissão escrita de cada pessoa mencionada na secção “Agradecimentos”.

6. COPYRIGHT / DIREITOS AUTORAIS

Quando o artigo é aceite para publicação é mandatório o envio via *e-mail* de documento digitalizado, assinado por todos os Autores, com a partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa.

O(s) Autor(es) deve(m) assinar uma cópia de partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa quando submetem o manuscrito, conforme minuta publicada em anexo:

Nota: Este documento assinado só deverá ser enviado quando o manuscrito for aceite para publicação.

Editor da Acta Médica Portuguesa

O(s) Autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado: _____ (ref.

AMP _____) é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s) Autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum *copyright* e não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no todo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os Autores têm o direito ao *copyright*.

Todos os Autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da

parte de qualquer dos Autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os Autores, ao submeterem o trabalho para publicação, partilham com a Acta Médica Portuguesa todos os direitos a interesses do *copyright* do artigo.

Todos os Autores devem assinar

Data: _____

Nome (maiúsculas): _____

Assinatura: _____

7. CONFLITOS DE INTERESSE

O rigor e a exactidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos Autores. Os Autores devem declarar potenciais conflitos de interesse. Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho.

Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse.

Essa informação não influenciará a decisão editorial mas antes da submissão do manuscrito, os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

Se os autores têm dúvidas sobre o que constitui um relevante interesse financeiro ou pessoal, devem contactar o editor.

8. CONSENTIMENTO INFORMADO e APROVAÇÃO ÉTICA

Todos os doentes (ou seus representantes legais) que possam ser identificados nas descrições escritas, fotografias e vídeos deverão assinar um formulário de consentimento informado para descrição de doentes, fotografia e vídeos. Estes formulários devem ser submetidos com o manuscrito.

A Acta Médica Portuguesa considera aceitável a omissão de dados ou a apresentação de dados menos específicos para identificação dos doentes. Contudo, não aceitaremos a alteração de quaisquer dados.

Os autores devem informar se o trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição de acordo com a declaração de Helsínquia.

9. LÍNGUA

Os artigos devem ser redigidos em português ou em inglês. Os títulos e os resumos têm de ser sempre em português e em inglês.

10. PROCESSO EDITORIAL

O autor correspondente receberá notificação da recepção do manuscrito e decisões editoriais por *email*.

Todos os manuscritos submetidos são inicialmente revistos pelo editor da Acta Médica Portuguesa. Os manuscritos são avaliados de acordo com os seguintes critérios: originalidade, actualidade, clareza de escrita, método de estudo apropriado, dados válidos, conclusões adequadas e apoiadas pelos dados, importância, com significância e

contribuição científica para o conhecimento da área, e não tenham sido publicados, na íntegra ou em parte, nem submetidos para publicação noutros locais.

A Acta Médica Portuguesa segue um rigoroso processo cego (*single-blind*) de revisão por pares (*peer-review*, externos à revista). Os manuscritos recebidos serão enviados a peritos das diversas áreas, os quais deverão fazer os seus comentários, incluindo a sugestão de aceitação, aceitação condicionada a pequenas ou grandes modificações ou rejeição. Na avaliação, os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores científicos;
- c) recusados.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos Editores Associados, enviará o manuscrito a, no mínimo, dois revisores, caso esteja de acordo com as normas de publicação e se enquadre na política editorial. Poderá ser recusado nesta fase, sem envio a revisores.

- Quando receberem a comunicação de aceitação, os Autores devem remeter de imediato, por correio electrónico, o formulário de partilha de direitos que se encontra no *site* da Acta Médica Portuguesa, devidamente preenchido e assinado por todos os Autores.

- No prazo máximo de quatro semanas, o revisor deverá responder ao editor indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão de quanto à aceitação ou rejeição do trabalho. O Conselho Editorial tomará, num prazo de 15 dias, uma primeira decisão que poderá incluir a aceitação do artigo sem modificações, o envio dos comentários dos revisores para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo.

Os Autores dispõem de 20 dias para submeter a nova versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial. Quando são propostas alterações, o autor deverá enviar, no prazo máximo de vinte dias, um *e-mail* ao editor respondendo a todas as questões colocadas e anexando uma versão revista do artigo com as alterações inseridas destacadas com cor diferente.

- O Editor-Chefe dispõe de 15 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar o artigo na nova versão, ou submetê-lo a um ou mais revisores externos cujo parecer poderá, ou não, coincidir com os resultantes da primeira revisão.

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

- Atendendo às sugestões dos revisores, o Editor-Chefe poderá aceitar o artigo nesta nova versão, rejeitá-lo ou voltar a solicitar modificações. Neste último caso, os Autores dispõem de um mês para submeter uma versão revista, a qual poderá, caso o Editor-Chefe assim o determine, voltar

a passar por um processo de revisão por peritos externos.

- No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor principal. Num prazo inferior a um mês, o Conselho Editorial enviará o artigo para revisão dos Autores já com a formatação final, mas sem a numeração definitiva. Os Autores dispõem de cinco dias para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, para além das correcções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros. Não são permitidas, nomeadamente, alterações a dados de tabelas ou gráficos, alterações de fundo do texto, etc.

- Após a resposta dos Autores, ou na ausência de resposta, após o decurso dos cinco dias, o artigo considera-se concluído.

- Na fase de revisão de provas tipográficas, alterações de fundo aos artigos não serão aceites e poderão implicar a sua rejeição posterior por decisão do Editor-Chefe.

Chama-se a atenção que a transcrição de imagens, quadros ou gráficos de outras publicações deverá ter a prévia autorização dos respectivos autores para dar cumprimento às normas que regem os direitos de autor.

11. PUBLICAÇÃO FAST-TRACK

A Acta Médica Portuguesa dispõe do sistema de publicação *Fast-Track* para manuscritos urgentes e importantes desde que cumpram os requisitos da Acta Médica Portuguesa para o *Fast-Track*.

- a) Os autores para requererem a publicação *fast-track* devem submeter o seu manuscrito em <http://www.actamedicaportuguesa.com/> “submeter artigo” indicando claramente porque consideram que o manuscrito é adequado para a publicação rápida. O Conselho Editorial tomará a decisão sobre se o manuscrito é adequado para uma via rápida (*fast-track*) ou para submissão regular;

- b) Verifique se o manuscrito cumpre as normas aos autores da Acta Médica Portuguesa e que contém as informações necessárias em todos os manuscritos da Acta Médica Portuguesa.

- c) O Gabinete Editorial irá comunicar, dentro de 48 horas, se o manuscrito é apropriado para avaliação *fast-track*. Se o Editor-Chefe decidir não aceitar a avaliação *fast-track*, o manuscrito pode ser considerado para o processo de revisão normal. Os autores também terão a oportunidade de retirar a sua submissão.

- d) Para manuscritos que são aceites para avaliação *fast-track*, a decisão Editorial será feita no prazo de 5 dias úteis.

- e) Se o manuscrito for aceite para publicação, o objectivo será publicá-lo, online, no prazo máximo de 3 semanas após a aceitação.

12. REGRAS DE OURO ACTA MÉDICA PORTUGUESA

- a) O editor é responsável por garantir a qualidade da revista e que o que publica é ético, actual e relevante para os leitores.

- b) A gestão de reclamações passa obrigatoriamente pelo editor-chefe e não pelo bastonário.
- c) O peer review deve envolver a avaliação de revisores externos.
- d) A submissão do manuscrito e todos os detalhes associados são mantidos confidenciais pelo corpo editorial e por todas as pessoas envolvidas no processo de peer-review.
- e) A identidade dos revisores é confidencial.
- f) Os revisores aconselham e fazem recomendações; o editor toma decisões.
- g) O editor-chefe tem total independência editorial.
- h) A Ordem dos Médicos não interfere directamente na avaliação, selecção e edição de artigos específicos, nem directamente nem por influência indirecta nas decisões editoriais.
- i) As decisões editoriais são baseadas no mérito de trabalho submetido e adequação à revista.
- j) As decisões do editor-chefe não são influenciadas pela origem do manuscrito nem determinadas por agentes externos.
- k) As razões para rejeição imediata sem peer review externo são: falta de originalidade; interesse limitado para os leitores da Acta Médica Portuguesa; conter graves falhas científicas ou metodológicas; o tópico não é coberto com a profundidade necessária; é preliminar de mais e/ou especulativo; informação desactualizada.
- l) Todos os elementos envolvidos no processo de peer review devem actuar de acordo com os mais elevados padrões éticos.
- m) Todas as partes envolvidas no processo de peer review devem declarar qualquer potencial conflito de interesses e solicitar escusa de rever manuscritos que sintam que não conseguirão rever objectivamente.

13. NORMAS GERAIS

ESTILO

Todos os manuscritos devem ser preparados de acordo com o “AMA Manual of Style”, 10th ed. e/ou “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”.

Escreva num estilo claro, directo e activo. Geralmente, escreva usando a primeira pessoa, voz activa, por exemplo, “Analisámos dados”, e não “Os dados foram analisados”. Os agradecimentos são as excepções a essa directriz, e deve ser escrito na terceira pessoa, voz activa; “Os autores gostariam de agradecer”. Palavras em latim ou noutra língua que não seja a do texto deverão ser colocadas em itálico.

Os componentes do manuscrito são: Página de Título, Resumo, Texto, Referências, e se apropriado, legendas de figuras. Inicie cada uma dessas secções em uma nova página, numeradas consecutivamente, começando com a página de título.

Os formatos de arquivo dos manuscritos autorizados incluem o *Word* e o *WordPerfect*. Não submeta o manuscrito em formato PDF.

SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos online, via “Submissão Online” da Acta Médica Portuguesa <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

Todos os campos solicitados no sistema de submissão *online* terão de ser respondidos.

Após submissão do manuscrito o autor receberá a confirmação de recepção e um número para o manuscrito.

Na primeira página/ página de título:

- a) Título em **português e inglês**, conciso e descritivo
- b) Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, instituição, cidade, país)
- c) Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho
- d) Morada e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito
- e) Título breve para cabeçalho

Na segunda página

- a) Título (sem autores)
- b) Resumo em **português e inglês**. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. Os resumos não podem remeter para o texto, não podendo conter citações nem referencias a figuras.
- c) Palavras-chave (*Keywords*). Um máximo de 5 *Keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, devem seguir-se ao resumo.

Na terceira página e seguintes:

■ Editoriais:

Os Editoriais serão apenas submetidos por convite do Editor. Serão comentários sobre tópicos actuais. Não devem exceder as 1.200 palavras nem conter tabelas/figuras e terão um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

■ Perspectiva:

Artigos elaborados apenas por convite do Conselho Editorial. Podem cobrir grande diversidade de temas com interesse nos cuidados de saúde: problemas actuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da medicina, ligação à sociedade, epidemiologia, etc.

Um Autor que deseje propor um artigo desta categoria deverá remeter previamente ao Editor-Chefe o respectivo resumo, indicação dos autores e título do artigo para avaliação.

Deve conter no máximo 1200 palavras (excluindo as referências e as legendas) e até 10 referências bibliográficas. Só pode conter uma tabela ou uma figura. Não precisa de resumo.

■ Artigos Originais:

O texto deve ser apresentado com as seguintes secções: Introdução (incluindo Objectivos), Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

Os Artigos Originais não deverão exceder as 4.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. Deve ser acompanhado de ilustrações, com um máximo de 6 figuras/tabelas e 60 referências bibliográficas.

O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

A Acta Médica Portuguesa, como membro do ICMJE, exige como condição para publicação, o registo de todos os ensaios num registo público de ensaios aceite pelo ICMJE (ou seja, propriedade de uma instituição sem fins lucrativos e publicamente acessível, por ex. clinicaltrials.gov). Todos os manuscritos reportando ensaios clínicos têm de seguir o CONSORT *Statement* <http://www.consort-statement.org/>.

Numa revisão sistemática ou meta-análise de estudos randomizados siga as PRISMA *guidelines*.

Numa meta-análise de estudos observacionais, siga as MOOSE *guidelines* e apresente como um ficheiro complementar o protocolo do estudo, se houver um.

Num estudo de precisão de diagnóstico, siga as STARD *guidelines*.

Num estudo observacional, siga as STROBE *guidelines*.

Num *Guideline* clínico incentivamos os autores a seguir a GRADE *guidance* para classificar a evidência.

■ Artigos de Revisão:

Destinam-se a abordar de forma aprofundada, o estado actual do conhecimento referente a temas de importância. Estes artigos serão elaborados a convite da equipa editorial, contudo, a título excepcional, será possível a submissão, por autores não convidados (com ampla experiência no tema) de projectos de artigo de revisão que, julgados relevantes e aprovados pelo editor, poderão ser desenvolvidos e submetidos às normas de publicação.

Comprimento máximo: 3500 palavras de texto (não incluindo resumo, legendas e referências). Não pode ter mais do que um total de 4 tabelas e / ou figuras, e não mais de 50-75 referências.

O resumo dos artigos de revisão não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

■ Caso Clínico:

O relato de um caso clínico com justificada razão de publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações terapêuticas e de diagnóstico, entre outras). As secções serão: Introdução, Caso Clínico, Discussão, Bibliografia.

O texto não deve exceder as 1.000 palavras e 15 refe-

rências bibliográficas. Deve ser acompanhado de figuras ilustrativas. O número de tabelas/figuras não deve ser superior a 5.

Inclua um resumo não estruturado que não exceda 150 palavras, que sumarie o objectivo, pontos principais e conclusões do artigo.

■ Imagens em Medicina (Imagem Médica):

A Imagem em Medicina é um contributo importante da aprendizagem e da prática médica. Poderão ser aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. Podem ser enviadas até duas imagens por caso.

Deve incluir um título com um máximo de oito palavras e um texto com um máximo de 150 palavras onde se dê informação clínica relevante, incluindo um breve resumo do historial do doente, dados laboratoriais, terapêutica e condição actual. Não pode ter mais do que três autores e cinco referências bibliográficas. Não precisa de resumo.

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a prévia publicação. Devem ser enviados dois ficheiros: um com a qualidade exigida para a publicação de imagens e outra que serve apenas para referência em que o topo da fotografia deve vir indicado com uma seta. Para informação sobre o envio de imagens digitais, consulte as «Normas técnicas para a submissão de figuras, tabelas ou fotografias».

■ Guidelines / Normas de orientação:

As sociedades médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e / ou grupos de médicos que desejem publicar na Acta Médica Portuguesa recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para ser publicada. O Editor-Chefe poderá colocar como exigência a publicação exclusiva das recomendações na Acta Médica Portuguesa.

Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa cumulativamente à publicação da versão completa no *site* da Acta Médica Portuguesa.

■ Cartas ao Editor:

Devem constituir um comentário a um artigo da Acta Med Port ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 400 palavras, nem conter mais de uma ilustração e ter um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

Deve seguir a seguinte estrutura geral: Identificar o artigo (torna-se a referência 1); Dizer porque está a escrever; fornecer evidência (a partir da literatura ou a partir de uma experiência pessoal) fornecer uma súmula; citar referências.

A(s) resposta(s) do(s) Autor(es) devem observar as mesmas características.

Uma Carta ao editor discutindo um artigo recente da Acta Med Port terá maior probabilidade de aceitação se for submetida quatro semanas após a publicação do artigo.

Abreviaturas: Não use abreviaturas ou acrónimos no título nem no resumo, e limite o seu uso no texto. O uso de acrónimos deve ser evitado, assim como o uso excessivo e desnecessário de abreviaturas. Se for imprescindível recorrer a abreviaturas não consagradas, devem ser definidas na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. Não coloque pontos finais nas abreviaturas.

Unidades de Medida: As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mm Hg).

Para mais informação consulte a tabela de conversão “Units of Measure” no *website* da AMA Manual Style.

Nomes de Medicamentos, Dispositivos ou outros Produtos: Use o nome não comercial de medicamentos, dispositivos ou de outros produtos, a menos que o nome comercial seja essencial para a discussão.

IMAGENS

Numere todas as imagens (figuras, gráficos, tabelas, fotografias, ilustrações) pela ordem de citação no texto.

Inclua um título/legenda para cada imagem (uma frase breve, de preferência com não mais do que 10 a 15 palavras).

A publicação de imagens a cores é gratuita.

No manuscrito, são aceitáveis os seguintes formatos: BMP, EPS, JPG, PDF e TIF, com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As Tabelas/Figuras devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação, figura/tabela. Tabelas e figuras devem ter numeração árabe e legenda. Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto, da forma que passamos a exemplificar:

Estes são alguns exemplos de como uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença de Behçet (Fig. 4).

Esta associa-se a outras duas lesões cutâneas (Tabela 1).

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto a palavra Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Figuras e tabelas serão numeradas com numeração árabe independentemente e na sequência em que são referidas no texto.

Exemplo: Fig. 1, Fig. 2, Tabela 1

Legendas: Após as referências bibliográficas, ainda no ficheiro de texto do manuscrito, deverá ser enviada legenda detalhada (sem abreviaturas) para cada imagem. A imagem tem que ser referenciada no texto e indicada a sua localização aproximada com o comentário “Inserir Figura nº 1... aqui”.

Tabelas: É obrigatório o envio das tabelas a preto e

branco no final do ficheiro. As tabelas devem ser elaboradas e submetidas em documento *word*, em formato de tabela simples (*simple grid*), sem utilização de tabuladores, nem modificações tipográficas. Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto do artigo e numeradas pela ordem que surgem no texto. Indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário “Inserir Tabela nº 1... aqui”. Neste caso os autores autorizam uma reorganização das tabelas caso seja necessário.

As tabelas devem ser acompanhadas da respectiva legenda/título, elaborada de forma sucinta e clara.

Legendas devem ser auto-explicativas (sem necessidade de recorrer ao texto) – é uma declaração descritiva.

Legenda/Título das Tabelas: Colocada por cima do corpo da tabela e justificada à esquerda. Tabelas são lidas de cima para baixo. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas – notas de rodapé (abreviaturas, significado estatístico, etc.) As notas de rodapé para conteúdo que não caiba no título ou nas células de dados devem conter estes símbolos *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§, ||||, ¶¶.

Figuras: Os ficheiros «figura» podem ser tantos quantas imagens tiver o artigo. Cada um destes elementos deverá ser submetido em ficheiro separado, obrigatoriamente em versão electrónica, pronto para publicação. As figuras (fotografias, desenhos e gráficos) não são aceites em ficheiros *word*.

Em formato TIF, JPG, BMP, EPS e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As legendas têm que ser colocadas no ficheiro de texto do manuscrito.

Caso a figura esteja sujeita a direitos de autor, é responsabilidade dos autores do artigo adquirir esses direitos antes do envio do ficheiro à Acta Médica Portuguesa.

Legenda das Figuras: Colocada por baixo da figura, gráfico e justificada à esquerda. Gráficos e outras figuras são habitualmente lidos de baixo para cima.

Só são aceites imagens de doentes quando necessárias para a compreensão do artigo. Se for usada uma figura em que o doente seja identificável deve ser obtida e remetida à Acta Médica Portuguesa a devida autorização. Se a fotografia permitir de forma óbvia a identificação do doente, esta poderá não ser aceite. Em caso de dúvida, a decisão final será do Editor-Chefe.

• **Fotografias:** Em formato TIF, JPG, BMP e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

• **Desenhos e gráficos:** Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vectorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. A fonte a utilizar em desenhos e gráficos será obrigatoriamente Arial.

As imagens devem ser apresentadas em ficheiros separados submetidos como documentos suplementares, em condições de reprodução, de acordo com a ordem em que

são discutidas no texto. As imagens devem ser fornecidas independentemente do texto.

AGRADECIMENTOS (facultativo)

Devem vir após o texto, tendo como objectivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultoria, assim como contribuições individuais. Cada pessoa citada nesta secção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome.

REFERÊNCIAS

Os autores são responsáveis pela exactidão e rigor das suas referências e pela sua correcta citação no texto.

As referências bibliográficas devem ser citadas numericamente (algarismos árabes formatados sobrescritos) por ordem de entrada no texto e ser identificadas no texto com algarismos árabes. **Exemplo:** “Dimethylfumarate has also been a systemic therapeutic option in moderate to severe psoriasis since 1994¹³ and in multiple sclerosis¹⁴.”

Se forem citados mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser indicadas, sendo separadas por traço⁵⁻⁹.

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

As referências são alinhadas à esquerda.

Não deverão ser incluídos na lista de referências quaisquer artigos ainda em preparação ou observações não publicadas, comunicações pessoais, etc. Tais inclusões só são permitidas no corpo do manuscrito (ex: P. Andrade, comunicação pessoal).

As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo National Library of Medicine (NLM) *Title Journals Abbreviations* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Notas: Não indicar mês da publicação.

Nas referências com 6 ou menos Autores devem ser nomeados todos. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de “et al”.

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências.

Artigo:

Apelido Iniciais do(s) Autor(es). Título do artigo. Título das revistas [abreviado]. Ano de publicação; Volume: páginas.

1. Com menos de 6 autores

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

2. Com mais de 6 autores

Norte A, Santos C, Gamboa F, Ferreira AJ, Marques A, Leite C, et al. Pneumonia Necrotizante: uma complicação rara. *Acta Med Port.* 2012;25:51-5.

Monografia:

Autor/Editor AA. Título: completo. Edição (se não for a primeira). Vol.(se for trabalho em vários volumes). Local de publicação: Editor comercial; ano.

1. Com Autores:

Moore, K. *Essential Clinical Anatomy*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

2. Com editor:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Capítulo de monografia:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Relatório Científico/Técnico:

Lugg DJ. Physiological adaptation and health of an expedition in Antarctica: with comment on behavioural adaptation. Canberra: A.G.P.S.; 1977. Australian Government Department of Science, Antarctic Division. ANARE scientific reports. Series B(4), Medical science No. 0126

Documento electrónico:

1. CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

2. Monografia da Internet

Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley TS. *Biostatistics: a methodology for the health sciences* [e-book]. 2nd ed. Somerset: Wiley InterScience; 2003 [consultado 2005 Jun 30]. Disponível em: Wiley InterScience electronic collection

3. Homepage/Website

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01; [consultado 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

PROVAS TIPOGRÁFICAS

Serão da responsabilidade do Conselho Editorial, se os Autores não indicarem o contrário. Neste caso elas deverão ser feitas no prazo determinado pelo Conselho Editorial, em função das necessidades editoriais da Revista. Os autores receberão as provas para publicação em formato PDF para correcção e deverão devolvê-las num prazo de 48 horas.

ERRATA E RETRACÇÕES

A Acta Médica Portuguesa publica alterações, emendas ou retracções a um artigo anteriormente publicado. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

NOTA FINAL

Para um mais completo esclarecimento sobre este assunto aconselha-se a leitura do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* do International Committee of Medical Journal Editors, disponível em <http://www.ICMJE.org>.