FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2013/2014

Filipa Fonseca Bazenga Fernandes

Cirurgia por recidiva de bócio

março, 2014

FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Filipa Fonseca Bazenga Fernandes

Cirurgia por recidiva de bócio

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Cirurgia Geral

Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Professor Doutor AntónioTaveira Gomes
E sob a Coorientação de:
Dr. Tiago Pimenta

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

março, 2014

FMUP

U.PORTO
FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO
PROJETO DE OPÇÃO

Projeto de Opção do 6º ano - DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, _____FILIPA FONSECA BAZENGA FERNANDES_____, abaixo assinado, nº mecanográfico _____200503414_____, 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, _3__/__4_/__2014____

Assinatura conforme cartão de identificação:
Filipa Fonseca Bazenga Fernandes

U.PORTO
FMUP FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DO PORTO
UNIDADE CURRICULAR PROJETO DE OPÇÃO DISSERTAÇÃO / MONOGRAFIA

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

NOME

FILIPA FONSECA BAZENGA FERNANDES

CARTÃO DE CIDADÃO OU PASSAPORTE (se estrangeiro)	E-MAIL	TELEFONE OU TELEMÓVEL
13197166	filipabazenga@gmail.com	964267015

NÚMERO DE ESTUDANTE	DATA DE CONCLUSÃO
200503414	2014

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

CIRURGIA GERAL

TÍTULO DISSERTAÇÃO

CIRURGIA POR RECIDIVA DE BÓCIO

ORIENTADOR

PROF. DR. ANTÓNIO TAVEIRA GOMES

COORIENTADOR (se aplicável)

DR. TIAGO PIMENTA

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, __3_/_4__/_2014_____

Assinatura conforme cartão de identificação: Filipa Fonseca Bazenga Fernandes

CIRURGIA POR RECIDIVA DE BÓCIO

Surgery for goiter recurrence

Filipa BAZENGA FERNANDES[1]; Tiago PIMENTA, MD[2]; António TAVEIRA-GOMES, MD PhD[3]

[1] Departamento de Cirurgia. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto. Portugal.

[2] Serviço de Cirurgia Geral. Centro Hospitalar de São João EPE /Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto. Portugal.

[3] Serviço de Cirurgia Geral. ULS Matosinhos, EPE, Hospital de Pedro Hispano, Senhora da Hora, Portugal /Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto. Portugal.

CIRURGIA POR RECIDIVA DE BÓCIO

RESUMO

Introdução: Atualmente tiroidectomia total é o tratamento cirúrgico mais comum para tratamento de bócio nodular. Por vezes opta-se por hemitiroidectomia com istmectomia, em que a recidiva é comum (2,5% a 80%) sendo frequentemente motivo de reintervenção cirúrgica. Alguns estudos sugerem que a recidiva de bócio não mimetiza a patologia inicial. A incidência de carcinoma da tiróide no Bócio Nodular varia de 7,5 a 13%. Os objetivos deste trabalho são: a) saber se a recidiva mimetiza a patologia inicial; b) comparar a incidência de neoplasias nas duas cirurgias e c) avaliar se os doentes que apresentavam microcarcinoma papilar na primeira intervenção eram os mesmos que a apresentavam na segunda operação.

Material e Métodos: Análise retrospetiva dos dados demográficos, resultados de citologias tireoideias e dados anatomopatológicos da peça cirúrgica das duas cirurgias de 55 doentes reintervencionados por patologia benigna tireoidea num centro cirúrgico de 2000 a 2012.

Resultados: Os resultados das histologias após reintervenção revelaram microcarcinomas papilares incidentais em 16 doentes (29,09%) vs. 25,45% na primeira cirurgia.

Discussão: A presença de tireoidite linfocítica e de microcarcinoma papilar na segunda intervenção é mais frequente nos doentes que já apresentavam estas lesões na primeira cirurgia levando a crer que tireoidite linfocítica está associada a risco acrescido do desenvolvimento de microcarcinoma papilar. Nenhum destes resultados é estatisticamente significativo o que pode dever-se ao tamanho reduzido da amostra.

Conclusão: A recidiva de bócio parece não comportar risco acrescido de neoplasia, apenas a presença de tireoidite linfocítica está frequentemente associada a microcarcinoma papilar.

Palavras-chave: Recidiva de Bócio, Tireoide, Cirurgia.

ABSTRACT

Background: Nowadays the preferred surgical approach to treat nodular goiter is total thyroidectomy. Sometimes conservative surgery is performed, and recurrence rates are high (2,5 to 80%) being the most a frequent reason to totalize the first surgery. Some studies suggest that goiter relapse doesn't occur exactly as it happened the first time. The incidence of incidental thyroid carcinoma in nodular goiter ranges from 7,5 to 13%. The aim of this study is to access if the disease follows the same pathology, to compare the rates of carcinoma on both interventions and if the patients that had lesions of papillary microcarcinoma on the first surgery were the same on the second time.

Methods: Retrospective analysis of patient's data regarding demographics, thyroid cytology and pathology of both surgical specimens of 55 individuals submitted to a second thyroidectomy because of goiter recurrence between 2000 and 2012 in one surgical centre.

Results: the incidence of incidental papillary microcarcinoma was of 29,09% by the time of the second surgery, vs. 25,45% at the first intervention.

Discussion: The presence of lymphocytic thyroiditis and papillary microcarcinoma at the second surgery is more frequent in patients that already had these lesions at the time of the first intervention, suggesting that lymphocytic thyroiditis is associated with an increased risk of developing papillary microcarcinoma. None of these results is statistically significant, probably because of the short size of the sample.

Conclusions: Goiter recurrence doesn't seem to come with increased risk of neoplasia, only the presence of lymphocytic thyroiditis is frequently associated with papillary microcarcinoma.

Key-words: Goiter Recurrence, Thyroid, Surgery

INTRODUÇÃO

Bócio define-se como o aumento de volume da glândula tireoide, difuso ou nodular, excluindo patologia maligna. Pode-se classificar como Endémico, com tradução epidemiológica em algumas regiões devido mais frequentemente a fatores nutricionais, nomeadamente deficiência de iodo na dieta [1], atingindo caracteristicamente mais de 10% da população, ou Esporádico, quando não é endémico, ou seja, com prevalência inferior a 10% da população. Pontualmente também pode ocorrer na forma Congénita, muitas vezes associado a hipotiroidismo, maioritariamente com transmissão autossómica recessiva, caracteristicamente com defeitos a nível de síntese hormonal. As doenças autoimunes, como Tiroidite de Hashimoto ou Doença de Graves, são também frequentemente causa de Bócio [2].

O Bócio Nodular engloba toda a patologia nodular tiroideia não maligna, que se desenvolve a partir das células foliculares. Provavelmente por estimulação prolongada do tecido tireoideu por parte da TSH ou outros, ocorre hiperplasia, que evolui para nodularidade com autonomia funcional e autonomia de crescimento [3].

O Bócio Nodular é uma das patologias endócrinas mais comuns a nível mundial, atingindo maioritariamente o sexo feminino [1, 4-6], sendo mesmo a indicação cirúrgica mais frequente na área da cirurgia tireoideia. A tireoidectomia total é o tratamento cirúrgico mais comum porque há doença bilateral na maior parte dos casos [7] e porque elimina o risco de recidiva. Ainda assim, por vezes opta-se por uma abordagem mais conservadora, hemitireoidectomia com istmectomia, sobretudo em doentes com atingimento unilateral, que tem a vantagem de manter a função hormonal e tem menos complicações associadas quando comparada com tireoidectomia total, embora comporte um risco de recidiva.

A recidiva é relativamente comum, variando de 2,5% a 80% (esta variação resulta provavelmente da utilização de diferentes critérios na definição de recidiva e do tempo de follow-up [8]), sendo frequentemente motivo de reintervenção cirúrgica para exérese do tecido tireoideu remanescente, representando 0,3 a 12% de todas as intervenções cirúrgicas na tiróide, por patologia benigna [3]. No entanto esta reintervenção comporta um maior risco de complicações, como hipopatiroidismo e paralisia do nervo laríngeo recorrente[9]. A recidiva de Bócio Nodular está fortemente associada com a quantidade de tecido tireoideu remanescente e com o tempo de follow-up [3, 4].

Embora inicialmente se pensasse que a recidiva mimetizasse o padrão de doença inicial, alguns estudos sugerem a ocorrência de outras patologias, nomeadamente microcarcinoma papilar e carcinoma papilar, associadas à recidiva de bócio [3].

A presença de múltiplos nódulos não só não diminui a probabilidade de neoplasia como dificulta a sua identificação pré-operatória por citologia de agulha fina [4, 5, 10]. Por isso há autores que defendem que a multinodularidade não deve ser considerada um fator de bom prognóstico [5, 10, 11].

A incidência de carcinoma da tiróide no Bócio Multinodular varia de 7,5 a 13% [12, 13]. A variante mais comumente encontrada é a papilar, sobretudo na forma de microcarcinoma papilar [14] [15]. O prognóstico é em geral excelente embora em alguns casos possa ter um comportamento mais agressivo [8, 14, 16, 17].

O objetivo deste trabalho é selecionar os doentes que foram reoperados num centro cirúrgico (Centro Hospitalar de São João EPE) num período de 13 anos por recidiva de patologia benigna tiroideia, e analisar as características das histologias e citologias destes doentes na primeira e segunda intervenção, para procurar saber: a) se a recidiva mimetiza a patologia inicial; b) a incidência de neoplasias concomitante nas duas cirurgias e c) se os doentes que apresentavam neoplasia que apresentavam achados neoplásicos à data da primeira intervenção era os mesmos que apresentavam na peça da segunda operação.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi feito com base na análise retrospetiva do processo clínico de todos os doentes submetidos a segunda intervenção cirúrgica por patologia benigna tireoidea no serviço de Cirurgia Geral-Unidade de Cirurgia Endócrina do Centro Hospitalar de São João EPE num período de 13 anos (2000 a 2012), tendo sido excluídos doentes com diagnóstico final de carcinoma da tiróide após a primeira cirurgia e doentes com citologia pré-operatória com achados de malignidade. Foram identificados 55 doentes que cumpriam os critérios de inclusão, em relação aos quais foram colhidos dados demográficos dos doentes, resultados de citologias aspirativas por agulha fina pré-operatória, bem como dados dos relatórios anatomopatológicos da peça cirúrgica de ambas as intervenções.

Foi feita a análise dos dados em SPSS versão 22.0. com o cálculo de taxas de incidências e comparação de amostras emparelhadas com o teste de McNemar.

O estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética do Hospital de São João.

RESULTADOS

O grupo de doentes selecionados era constituído por 50 mulheres (90,9%) e 5 homens (9,1%).

À data da primeira intervenção cirúrgica, a média de idades era de 42,1637 anos (± 13,58), com um máximo de 71,43 anos e um mínimo de 18,97 anos. Aquando da segunda intervenção, a média de idades dos doentes era de 49,7376 anos (± 13,03), com um máximo de 74,97 anos e um mínimo de 21,98 anos. Entre as duas intervenções decorreu em média um período de 7,57 anos (± 4,67), com um máximo de 20,71 anos e um mínimo de 0,74 anos.

Apenas em 7 casos foi possível recolher o resultado da citologia por agulha fina pré-operatória à data da primeira cirurgia; estes encontram-se compilados na Tabela (1) juntamente com os resultados das citologias pré-operatórias na segunda intervenção (N=28).

A análise histológica da peça obtida na primeira cirurgia mostra 25,45% (N=14) dos doentes com microcarcinoma papilar. Os restantes achados estão documentados na Tabela (2).

Os resultados das histologias após reintervenção revelaram microcarcinomas papilares incidentais em 16 doentes (29,09%). De salientar o caso de 1 doente com diagnóstico histológico de carcinoma papilar não diagnosticado pré-operatoriamente. Os restantes achados encontram-se documentados na Tabela (2).

Na comparação de proporções das amostras emparelhadas com o Teste de McNemar, verificamos que dos 17 doentes que não tinham bócio na histologia da primeira peça cirúrgica, 41,2% (N=7) apresentavam achados compatíveis com bócio na análise anatomopatológica da peça da segunda intervenção, e dos 38 doentes que tinham bócio à data da primeira cirurgia, 79% (N=30) tinham os mesmos achados na peça da segunda intervenção (p=0,80).

Dos doentes com achados de tiroidite linfocítica na primeira cirurgia (N=10), 50% tinha os mesmos na peça da segunda intervenção (N=5); dos restantes 45 doentes sem tiroidite linfocítica na primeira histologia, 15,6% (N=7) tinha tiroidite linfocítica à data da segunda cirurgia (p=0,56).

Relativamente aos achados de microcarcinoma papilar, dos 14 doentes que o tinham na primeira intervenção, 50% (N=7) tinha também na peça da segunda cirurgia; e dos 41 doentes restantes sem microcarcinoma papilar na primeira abordagem, 9 tinham este achado na segunda (p=0,62). Verificamos ainda que nos 41 doentes que não tinham microcarcinoma na primeira vez que foram operados, na peça cirúrgica da

segunda intervenção 3 doentes tinham microcarcinoma e tiroidite linfocítica associada, 3 tinham tiroidite isolada e 1 apenas microcarcinoma (p=0,072).

DISCUSSÃO

Atualmente, a abordagem cirúrgica mais frequente perante um doente com Bócio Nodular é a tiroidectomia total, por oferecer uma oportunidade de erradicação da doença, frequentemente bilateral [7], reduzindo substancialmente as taxas de recidiva e as complicações que poderão decorrer numa reintervenção [9].

No entanto, alguns doentes são submetidos a lobectomia com istmectomia, que ao poupar parte da glândula permite evitar a necessidade de terapêutica crónica com levotiroxina. Contudo, 13 a 20% dos doentes poderão ter de ser submetidos a totalização de tireoidectomia por recidiva da doença [4]. Esta pode ocorrer tardiamente havendo estudos que sugerem ser necessário pelo menos 15 anos para que a doença recorra [4] e outros sugerem que a recidiva é inevitável se os doentes foram seguidos mais tempo [3]. Neste estudo, verificamos que em média o tempo decorrido entre as duas intervenções foi de 7,57 anos ($\pm$ 4,67), variando entre 0.74 e 20.71 anos. Esta amplitude pode sugerir que se trata de diferentes tipos de recidiva [3] que de qualquer modo vai sendo cada mais rara porque se fazem cada vez menos cirurgias conservadoras Esta diferença explicar-se-á em parte pela falta de consenso na definição dos critérios de recidiva [8].

Sendo frequente a recidiva de bócio, 2,5 a 80%, e sabendo-se que a preservação de parte da glândula nem sempre é sinónimo de um estado eutiroideu pós-operatório, e que alguns clínicos prescrevem terapêutica com levotiroxina com a finalidade de evitar a recidiva, a tireoidectomia total tem sido recomendada por vários autores como abordagem cirúrgica inicial de bócio nodular[3, 4, 8, 9, 16, 17]. Apesar das reintervenções em cirurgia tireóideia estarem associadas a um aumento de morbilidade, parece não haver diferenças significativas entre lobectomia com istmectomia e lobectomia contralateral posterior comparativamente com a tireoidectomia total logo de início [18].

A presença de tiredoite linfocítica e de microcarcinoma papilar na 2ª intervenção é mais frequente nos doentes que já apresentavam estas lesões na primeira cirurgia. A tireoidite linfocítica está associada a um risco acrescido do desenvolvimento de microcarcinoma papilar.

No entanto nenhum destes resultados é estatisticamente significativo o que pode dever-se ao tamanho reduzido da amostra.

A incidência de neoplasia tiroideia na forma de microcarcinoma papilar foi de 25,45% e de 29,09% na primeira e na segunda cirurgia, respetivamente. Estes valores são mais altos que os descritos por alguns autores que variam entre 2 e 24% em doentes submetidos a tireoidectomia total por patologia benigna [17, 19, 20], embora estejam mais de acordo com estudos que referem uma incidência de 6 a 36% em autópsias de indivíduos sem evidência clínica de patologia tireoideia [2]. É um achado incidental tão frequente na histologia de tireoides multinodulares porque a sua identificação pré-operatória não modificaria a estratégia terapêutica definida. [21, 22]

O microcarcinoma papilar é uma entidade bem definida e em geral com excelente prognóstico [14].

Apesar da citologia pré-operatória ser importante na avaliação de um doente com patologia nodular tireoideia e ter sido efetuada na maior parte dos doentes operados, em muitos casos não foi possível obter o seu resultado o que explica o escasso número de resultados de citologia antes da primeira intervenção.

CONCLUSÃO

O número de intervenções por recidiva de bócio é muito reduzido. Apesar de não haver resultados estatisticamente significativos verificamos que os doentes operados por recidiva de patologia nodular tireoideia tendem a apresentar aquando da segunda intervenção a mesma patologia da primeira, nomeadamente em relação a presença de tireoidite linfocítica e microcarcinoma papilar. A recidiva de bócio parece não comportar risco acrescido de neoplasia, apenas a presença de tireoidite linfocítica está frequentemente associada a microcarcinoma papilar.

REFERÊNCIAS

1. Cossu, A., et al., *Epidemiology of thyroid cancer in an area of epidemic thyroid goiter.* J Cancer Epidemiol, 2013. 2013: p. 584768.
2. Smith, J.J., et al., *Cancer after thyroidectomy: a multi-institutional experience with 1,523 patients.* J Am Coll Surg, 2013. 216(4): p. 571-7; discussion 577-9.
3. Gomes, A.T., *Factores de recidiva de Bócio*. 2001, Universidade do Porto: Universidade do Porto. Reitoria.
4. Tezelman, S., et al., *The change in surgical practice from subtotal to near-total or total thyroidectomy in the treatment of patients with benign multinodular goiter.* World J Surg, 2009. 33(3): p. 400-5.
5. Gandolfi, P.P., et al., *The incidence of thyroid carcinoma in multinodular goiter: retrospective analysis.* Acta Biomed, 2004. 75(2): p. 114-7.
6. Botrugno, I., et al., *Incidental carcinoma in multinodular goiter: risk factors.* Am Surg, 2011. 77(11): p. 1553-8.

7. Lefevre, J.H., et al., *Reoperative surgery for thyroid disease.* Langenbecks Arch Surg, 2007. 392(6): p. 685-91.
8. Gibelin, H., et al., *Risk factors for recurrent nodular goiter after thyroidectomy for benign disease: case-control study of 244 patients.* World J Surg, 2004. 28(11): p. 1079-82.
9. Giles, Y., et al., *The advantage of total thyroidectomy to avoid reoperation for incidental thyroid cancer in multinodular goiter.* Arch Surg, 2004. 139(2): p. 179-82.
10. Sachmechi, I., et al., *Thyroid carcinoma in single cold nodules and in cold nodules of multinodular goiters.* Endocr Pract, 2000. 6(1): p. 5-7.
11. Mathai, V., et al., *Do long-standing nodular goitres result in malignancies?* Aust N Z J Surg, 1994. 64(3): p. 180-2.
12. McCall, A., et al., *The incidence of thyroid carcinoma in solitary cold nodules and in multinodular goiters.* Surgery, 1986. 100(6): p. 1128-32.
13. Koh, K.B. and K.W. Chang, *Carcinoma in multinodular goitre.* Br J Surg, 1992. 79(3): p. 266-7.
14. Phitayakorn, R. and C.R. McHenry, *Incidental thyroid carcinoma in patients with Graves' disease.* Am J Surg, 2008. 195(3): p. 292-7; discussion 297.
15. Goudie, R.B., *Histological Typing of Thyroid Tumours 2nd edition. C. Hedinger, E. D. Williams & L. H. Sobin. Springer-Verlag, Berlin, 1988, 66 pages, DM 68.00.* Histopathology, 1989. 15(3): p. 313-313.
16. Ozaki, O., et al., *Thyroid carcinoma in Graves' disease.* World J Surg, 1990. 14(3): p. 437-40; discussion 440-1.
17. Sakorafas, G.H., J. Giotakis, and V. Stafyla, *Papillary thyroid microcarcinoma: a surgical perspective.* Cancer Treat Rev, 2005. 31(6): p. 423-38.
18. Accetta, P., et al., *Total thyroidectomy for benign thyroid diseases.* Rev Col Bras Cir, 2011. 38(4): p. 223-6.
19. Sakorafas, G.H., et al., *Microscopic papillary thyroid cancer as an incidental finding in patients treated surgically for presumably benign thyroid disease.* J Postgrad Med, 2007. 53(1): p. 23-6.
20. Fink, A., et al., *Occult micropapillary carcinoma associated with benign follicular thyroid disease and unrelated thyroid neoplasms.* Mod Pathol, 1996. 9(8): p. 816-20.
21. Negro, R., et al., *Assessing the risk of false-negative fine-needle aspiration cytology and of incidental cancer in nodular goiter.* Endocr Pract, 2013. 19(3): p. 444-50.
22. Costamagna, D., et al., *Incidental cancer in patients surgically treated for benign thyroid disease. Our experience at a single institution.* G Chir, 2013. 34(1-2): p. 21-6.

TABELAS

Tabela 1 – Resultados da análise citológica do produto de biópsia de aspiração por agulha fina.

Resultado	Nº de doentes (%)			
	Citologia 1		Citologia 2	
Sem resultado	48	87,3%	27	49,1%
NC	2	3,6%	15	27,3%
Q	2	3,6%	4	7,3%
NF	2	3,6%	4	7,3%
NC + Q	1	1,8%	1	1,8%
NC+ TL	0	0	2	3,6%
Sangue	0	0	1	1,8%
TL	0	0	1	1,8%
TOTAL	55	100%	55	100%

Legenda: NC – nódulo colóide; TL – tiroidite linfocítica; Q – quisto; NF – nódulo folicular.

Tabela2 – Resultados da análise histológica da peça cirúrgica

Resultados	Nº de doentes (%)			
	Histologia1		Histologia2	
AF	1	1,8%	2	3,6%
B+M	6	10,9%	11	20,0%
B+M+NA	2	3,6%	1	1,8%
B+M+NC	3	5,5%	2	3,6%
B+M+TL	4	7,3%	2	3,6%
B	23	41,8%	20	36,4%
B+TL	2	3,6%	5	9,1%
B+NA	3	5.5%	0	0
B+NA+TL	1	1,8%	0	0
CP	0	0	1	1,8%
NA	2	3,6%	4	7,3%
NC	4	7,3%	2	3,6%
TL	1	1,8%	4	7,3%
TL+NA	2	3,6%	1	1,8%
Q	1	1,8%	0	0
TOTAL	55	100%	55	100%

Legenda: NC – nódulo colóide; TL – tiroidite linfocítica; Q – quisto; AF – adenoma folicular; B – bócio; M – microcarcinoma; CP – carcinoma papilar.

ANEXOS

SÃO JOÃO
HOSPITAL

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO, EPE

PARECER

Título da Investigação: "Cirurgia por recidiva de bócio"

Investigador: Filipa Fonseca Bazenga Fernandes

Orientador: Prof. António Taveira Gomes

Serviço onde se realizará a Investigação: Cirurgia Geral; foi enviada a esta CES declaração autorização do Sr. Diretor do Serviço, Dr. José Eduardo Costa Maia

Elo de ligação: Dr. João Tiago Martins Pimenta

Promotor: N.A.

Objetivo do estudo:

Avaliação clínica e dos resultados histológicos dos doentes submetidos a totalização de tireodectomia por recidiva de bócio.

Pertinência e Conceção do estudo:

Estudo observacional, transversal e retrospetivo, em que se pretende recolher informação acerca de doentes submetidos a duas cirurgias tiroideias por patologia benigna, com um mínimo de 6 meses de intervalo.

Serão recolhidos dados de: sexo, idade, tempo decorrido entre as duas cirurgias e histologia da 1ª e 2ª cirurgia, em doentes reoperados por recidiva de bócio, entre 2000 e 2012. Prevê-se uma amostra não superior a 70 indivíduos.

Benefício/Risco: Dada a natureza retrospetiva do estudo, não são existem quaisquer riscos ou benefícios para os doentes.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito: Dada a natureza retrospetiva do estudo, não se aplica a necessidade da obtenção do consentimento informado.

Confidencialidade dos dados: O acesso ao processo clínico será supervisionado pelos orientadores e todos os dados recolhidos serão anonimizados.

Financiamento: N.A.

Indemnização por danos: N.A.

Propriedade dos dados: N.A.

CV do investigador: a investigadora é aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da FMUP. Sob a alçada dos seus orientador e elo de ligação, dispõe de competências que lhe permitem conduzir este projeto de investigação.

SÃO JOÃO
HOSPITAL

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

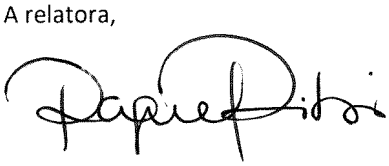
CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO, EPE

PARECER

Conclusão: face ao exposto atrás, entendo que estão salvaguardados os princípios éticos que devem nortear a investigação clínica, e proponho a esta CES a emissão de um parecer favorável à implementação do projeto em apreciação.

Porto, 24 de março de 2014

A relatora,



Raquel Ribeiro

7. SEGURO

a. *Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?*

SIM ☐ (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO ☐

NÃO APLICÁVEL ☑

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, FILIPA FONSECA BAZENGA FERNANDES,

abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 10 / Fevereiro / 2014

Filipa Fonseca Bazenga Fernandes

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES de 24 / Março / 2014

A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

Normas de Publicação da Acta Médica Portuguesa

Acta Médica Portuguesa's Publishing Guidelines

Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA
Acta Med Port 2013, 5 de Novembro 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 aproximadamente de 55% dos mais de 300 manuscritos recebidos anualmente.

Os manuscritos devem ser submetidos *online* via "Submissões Online" http://www.atamedicaportuguesa.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 Commitee 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 cumprimentos às normas que regem os direitos de autor.

11. PUBLICAÇÃO *FAST-TRACK*

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

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

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

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

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

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

12. REGRAS DE OURO ACTA MÉDICA PORTUGUESA

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

b) A gestão de reclamações passa obrigatoriamente pelo editor-chefe e não pelo bastonário.

c) O peer review deve envolver a avaliação de revisores externos.

d) A submissão do manuscrito e todos os detalhes associados são mantidos confidenciais pelo corpo editorial e por todas as pessoas envolvidas no processo de peer-review.

e) A identidade dos revisores é confidencial.

f) Os revisores aconselham e fazem recomendações; o editor toma decisões.

g) O editor-chefe tem total independência editorial.

h) A Ordem dos Médicos não interfere directamente na avaliação, selecção e edição de artigos específicos, nem directamente nem por influência indirecta nas decisões editoriais.

i) As decisões editoriais são baseadas no mérito de trabalho submetido e adequação à revista.

j) As decisões do editor-chefe não são influenciadas pela origem do manuscrito nem determinadas por agentes exteriores.

k) As razões para rejeição imediata sem peer review externo são: falta de originalidade; interesse limitado para os leitores da Acta Médica Portuguesa; conter graves falhas científicas ou metodológicas; o tópico não é coberto com a profundidade necessária; é preliminar de mais e/ou especulativo; informação desactualizada.

l) Todos os elementos envolvidos no processo de peer review devem actuar de acordo com os mais elevados padrões éticos.

m) Todas as partes envolvidas no processo de peer review devem declarar qualquer potencial conflito de interesses e solicitar escusa de rever manuscritos que sintam que não conseguirão rever objectivamente.

13. NORMAS GERAIS

ESTILO

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

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

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

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

SUBMISSÃO

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

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

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

Na primeira página/ página de título:

a) Título em **português** e **inglês**, conciso e descritivo

b) Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, instituição, cidade, país)

c) Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho

d) Morada e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito

e) Título breve para cabeçalho

Na segunda página

a) Título (sem autores)

b) Resumo em **português** e **inglês**. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. Os resumos não podem remeter para o texto, não podendo conter citações nem 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 referências bibliográficas. Deve ser acompanhado de figuras ilustrativas. O número de tabelas/figuras não deve ser superior a 5**.**

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

Imagens em Medicina (Imagem Médica):

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

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

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a prévia publicação. 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 parenteses. 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 (ºC) 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 *pixeis* 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 *pixeis* 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 *pixeis* 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 1994[13] and in multiple sclerosis[14]."

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

Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula[12,15,18].

As referências são alinhadas à esquerda.

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

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

Notas: Não indicar mês da publicação.

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

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

Artigo:

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

1. Com menos de 6 autores

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

2. Com mais de 6 autores

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

Monografia:

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

1. Com Autores:

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

2. Com editor:

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

Capítulo de monografia:

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

Relatório Científico/Técnico:

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

Documento electrónico:

1.CD-ROM

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

2. Monografia da Internet

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

3. Homepage/Website

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

PROVAS TIPOGRÁFICAS

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

ERRATA E RETRACÇÕES

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

NOTA FINAL

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