

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2022/2023

Márcia Maria da Rocha Oliveira

**Relação entre a comunicação médico-doente
e os resultados clínicos na hipertensão**

Correlation between doctor-patient communication
and clinical results in hypertension

MARÇO, 2023

FMUP

Márcia Maria da Rocha Oliveira

**Relação entre a comunicação médico-doente
e os resultados clínicos na hipertensão**

Correlation between doctor-patient communication
and clinical results in hypertension

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Ciências Médicas e da Saúde

Tipologia: Dissertação

Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Doutora Irene Maria Palmares Dias Carvalho

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

MARÇO, 2023

FMUP

Eu, Márcia Maria da Rocha Oliveira, abaixo assinado, nº mecanográfico 201706932, 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, 24/03/2023

Assinatura conforme cartão de identificação:

Márcia Maria da Rocha Oliveira

NOME

Márcia Maria da Rocha Oliveira

NÚMERO DE ESTUDANTE

201706932

E-MAIL

marciaoliveira2258@gmail.com

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Comunicação Clínica – Ciências médicas e da Saúde – Medicina Clínica

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

Relação entre a comunicação médico-doente e os resultados clínicos na hipertensão

ORIENTADOR

Irene Maria Palmares Dias Carvalho

COORIENTADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES TRABALHOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	☒
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTES TRABALHOS (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	☐
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTES TRABALHOS.	☐

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 24/03/2023

Assinatura conforme cartão de identificação:

Márcia Maria da Rocha Oliveira

***É difícil o aproximar do fim deste percurso, aprendi muito,
mas nada teria feito sozinha, por isso a todos vocês
o meu mais sincero agradecimento.***

À minha orientadora, Dr.^a Irene, que me permitiu terminar estes 6 anos com a certeza que já tinha quando escolhi este curso, o ato médico é só por si terapêutico.

A todos vocês, que partilharam comigo esta jornada de 6 anos, juntos fomos do amarelo ao preto e agora à bata branca, contarei convosco quando não souber o que fazer com o doente à minha frente.

Aos meus amigos do coração, em especial à minha turma, à Xavier e à Tisana, que estiveram sempre lá.

Ao Simão, que chegou mesmo a tempo de tocar comigo os últimos acordes desta balada.

À Tuna Feminina de Medicina do Porto, que me fez crescer.

A Praxe, que me fez ter tempo.

À minha família, em especial aos meus avós e madrinha,

serei a médica que espero que encontrem sempre que precisarem de um médico.

Ao meu irmão, que apesar de não ter sido o meu exemplo, foi sempre o melhor exemplo.

Aos meus pais, que me deram asas para voar.

“Um médico que só de Medicina sabe, nem de Medicina sabe”

Professor Doutor Abel Salazar

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial é uma doença crónica com uma prevalência significativa em Portugal e representa um importante fator de risco para doenças cardiovasculares. A adesão à terapêutica e a adoção de um estilo de vida saudável mostram elevado efeito no controlo da doença, mas muitos pacientes não atingem os valores ideais de tensão arterial. A comunicação eficaz entre médico e paciente pode melhorar a adesão à terapêutica e promover a adoção de estilos de vida saudáveis, levando a melhores resultados clínicos.

Objetivos: Avaliar a relação entre a qualidade da comunicação médico-paciente, do ponto de vista do doente, e os resultados no controlo da hipertensão arterial. Além disso, compreender quais os aspetos da comunicação clínica que mais se associam ao controlo da tensão arterial.

Métodos: Este estudo observacional retrospectivo consistiu na obtenção dos valores de tensão arterial dos doentes seguidos na consulta de hipertensão arterial, a partir da base de dados eletrónica contendo os seus registos clínicos, e na aplicação de um questionário (Communication Assessment Tool - CAT) sobre a sua perceção acerca da relação médico-doente. O estudo foi aprovado pela comissão de ética da ARS Norte. A análise estatística foi realizada com o software SPSS e incluiu testes não paramétricos e modelos de regressão logística.

Resultados: Todos os doentes apresentaram valores de tensão arterial na primeira consulta (inaugural) consistentes com o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg; $n=78$; pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg; $n=65$). Na consulta mais recente, tinham baixado $n=49$ (62,8%) para valores controlados de pressão sistólica e $n=65$ (83,3%) para valores controlados de pressão diastólica. O grupo com valores de tensão arterial controlada revelou maior qualidade da comunicação médico-doente, comparativamente ao grupo com valores de tensão arterial não controlados ($p < 0,05$), mesmo ajustando para potenciais variáveis confundidoras ($p < 0,02$). Doze dos catorze aspetos da comunicação clínica avaliados pelo CAT associaram-se significativamente ao controlo dos valores de pressão arterial sistólica, e oito dos catorze associaram-se simultaneamente ao controlo dos valores de pressão arterial sistólica e diastólica, como é o caso de “Falar ao doente com palavras que este consiga perceber” ou “Estar com atenção ao doente (olhá-lo e ouvi-lo atentamente)” ($p < 0,05$).

Conclusões: A qualidade da relação médico-doente relaciona-se com melhor controlo dos valores de tensão arterial.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial, Comunicação médico-doente, Relação terapêutica, Marcadores Fisiológicos

Abstract

Background: High blood pressure is a chronic condition with a significant prevalence in Portugal, representing a major risk factor for cardiovascular diseases. Adherence to the therapeutics and acceptance of a healthier lifestyle have proven to have a remarkable effect on controlling this condition, although many patients do not reach ideal blood pressure values. An effective communication between patient and doctor might contribute to improve patients' adherence to the therapeutics and to healthier lifestyles, promoting better overall clinical results.

Objectives: To assess the association between the quality of doctor-patient communication, from the patient's point of view, and the outcomes regarding controlled blood pressure levels. In addition to that, the study also aimed to understand which particular aspects of doctor-patient communication were more associated with managing a better blood pressure control.

Methods: In this retrospective observational study, blood pressure levels were obtained from the electronic data base that contains patients' clinical records. Participants were asked to respond to a questionnaire on doctor-patient communication (the Communication Assessment Tool - CAT) regarding the relationship with their doctor. The study was approved by the ARS Norte's ethical commission. Statistical analysis was conducted using SPSS software and included non-parametric tests and logistic regression models.

Results: High blood pressure values were registered for all $n=78$ (100%) patients in their inaugural doctor's appointment, consistent with a high blood pressure diagnosis (systolic pressure ≥ 140 mmHg; $n=78$; diastolic pressure ≥ 90 mmHg; $n=65$). In their most recent appointment, $n=49$ (62,8%) patients had their systolic pressure lowered to a controlled value, and $n=65$ (83.3%) patients had their diastolic pressure lowered to controlled values. The group with controlled blood pressure values showed a higher quality of doctor-patient communication when compared to the group with uncontrolled blood pressure values ($p < 0.05$), even after adjusting for potential confounding variables ($p < 0.02$). Twelve out of the fourteen clinical communication aspects evaluated by the CAT were significantly associated with the control of systolic blood pressure values, and eight of the fourteen were simultaneously associated with the control of both systolic and diastolic blood pressure values, such as "Speaking to the patient in terms they can understand" or "Being attentive to the patient (looking at and listening to them carefully)" ($p < 0.05$).

Conclusion: Controlled blood pressure levels were associated with a better doctor-patient relationship.

Keywords: High blood pressure, Doctor-patient communication, Therapeutical relationship, Physiological markers.

Introdução

A hipertensão arterial é uma doença crónica que constitui um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Estima-se que a sua prevalência em Portugal seja de cerca de 25% na população adulta (1). O seu acompanhamento é maioritariamente realizado nos cuidados de saúde primários por médicos de Medicina Geral e Familiar, em consultas regulares, de seis em seis meses. O controlo da tensão arterial é fundamental para prevenir complicações associadas à doença. A eficácia do tratamento depende em grande parte da adesão do paciente às recomendações médicas (2).

Entre os principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento e progressão da hipertensão arterial estão o sedentarismo, a obesidade, a alimentação inadequada incluindo o consumo excessivo de sal, o consumo excessivo de álcool e o tabagismo (2). Além disso, a falta de informação e educação sobre a doença e o tratamento, a falta de apoio social, o *stress* e a falta de adesão à terapêutica também são fatores que podem levar ao aumento da prevalência e das complicações da hipertensão arterial (3).

A terapêutica recomendada (desde o início do tratamento com dois fármacos anti hipertensores) tem alta eficácia e deverá reduzir a pressão arterial no período de uma a duas semanas, podendo continuar a reduzir a pressão arterial durante os dois meses seguintes, exceto em casos que devem ser referenciados para cuidados hospitalares (2).

Apesar desta disponibilidade de terapias farmacológicas eficazes, muitos pacientes com hipertensão arterial não alcançam os valores ideais de tensão arterial (4). A comunicação clínica eficaz pode ajudar a esclarecer as dúvidas e expectativas dos doentes, a aumentar a sua motivação e autoeficácia, e a facilitar a negociação de estratégias de controlo da doença, estando já descrito na bibliografia da área que uma boa relação médico-doente pode levar a uma maior satisfação do paciente, a uma maior adesão à terapêutica e à adoção de estilos de vida mais saudáveis (5).

No entanto, a maioria dos estudos acerca da comunicação médico-doente tem-se debruçado sobre resultados relativos à satisfação do doente, ou sua adesão à terapêutica, havendo menos estudos sobre a relação entre a comunicação e resultados clínicos fisiológicos, como marcadores biológicos (6-8). Alguns estudos revelam efeitos da interação entre médico e doente na tensão arterial deste último (9, 10), apesar da existência de evidência contraditória quanto à relação entre comunicação médico-doente e estado de saúde do doente (11).

Este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre a comunicação médico-paciente e os resultados clínicos na tensão arterial dos doentes. Especificamente, se a perceção de melhor relação clínica por parte do doente se associa a valores de tensão arterial controlada, ou seja, pressão arterial sistólica (PAS) < 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) < 90mmHg. Além disso, pretende-se compreender quais os aspetos da comunicação clínica que mais se associam ao controlo da TA.

Métodos

Amostra

Este estudo observacional retrospectivo foi realizado com os doentes seguidos na consulta de Medicina Geral e Familiar para controlo da tensão arterial. Todos os doentes adultos (≥ 18 anos) foram considerados elegíveis, exceto aqueles que apresentavam dificuldades neurológicas/psiquiátricas ou outras que impedissem a autonomia para os cuidados de saúde ou a compreensão da comunicação, e doentes que tivessem sido referenciados, pela sua hipertensão arterial, para outros cuidados de saúde.

A amostra foi selecionada por conveniência, sendo constituída por todos os doentes com hipertensão arterial que cumpriam os critérios de inclusão, que se deslocaram à USF em março de 2023 e que aceitaram o convite para participação no estudo. Foi-lhes entregue um convite (Anexo 1) que incluía a apresentação do estudo, o pedido de um meio de contacto e o consentimento informado (adaptado do modelo de consentimento da ARS Norte). O estudo recebeu o parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Norte (CE/2023/26; Anexo 3) e da Comissão de Ética do ACeS Maia/Valongo (N.º 02-23; Anexo 4). A equipa de investigação seguiu as boas práticas éticas e legais para a recolha e armazenamento de dados.

Medidas

Aos doentes que deram o seu consentimento, foi aplicado um questionário (Anexo 2) por via telefónica. Este questionário incluiu uma secção de caracterização sociodemográfica do doente, seguida da secção sobre a sua perceção acerca da relação com o seu médico da consulta de hipertensão arterial, avaliada através do instrumento “Communication Assessment Tool” (CAT).

Desenvolvido por Makoul et al. (12), o CAT consiste em 14 perguntas sobre a comunicação clínica, mais uma pergunta (opcional) de carácter geral. Os 14 aspetos da comunicação são somados para obtenção do valor global da qualidade da comunicação entre médico e doente. Este instrumento já foi adaptado para Portugal, revelando boas qualidades psicométricas (*alfa* de Cronbach = 0,94) (13). No final do questionário, foram acrescentadas duas perguntas sobre a terapêutica para a tensão arterial: “O meu médico explica-me os benefícios e condições da terapêutica que necessito para controlar os meus valores de tensão arterial” e “O meu médico explica-me os benefícios e condições das alterações do estilo de vida que devo realizar para controlar os meus valores de tensão arterial” (cada uma classificada de

1- “fraco” a 5- “excelente”). Foram ainda acrescentadas mais duas perguntas dirigidas ao funcionamento pessoal dos doentes: “De uma maneira geral considera-se uma pessoa preocupada com a sua saúde” (classificada de 1- “pouco” a 4- “muito”) e “De uma maneira geral tende a cumprir o que o médico sugere” (classificada de 1- “nunca” a 5- “sempre”)

Os valores da tensão arterial dos participantes foram obtidos a partir da consulta da base de dados eletrónica que contém os seus registos clínicos. Estes consistem nos valores registados pelo médico acompanhante no momento da consulta. Foram recolhidos os valores aquando do diagnóstico de hipertensão arterial, na consulta inaugural para confirmação do diagnóstico, e na mais recente consulta de controlo de hipertensão arterial dos utentes (T1).

Este estudo recebeu o parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Norte (Anexo 3) e da Comissão de Ética do ACeS Maia/Valongo (Anexo 4). A equipa de investigação seguiu as boas práticas éticas e legais para a recolha e armazenamento de dados.

Análise

A análise estatística foi realizada no programa de software SPSS, versão 29. Na estatística descritiva, foram avaliadas frequências relativas e absolutas, os valores da mediana e intervalo interquartil.

Para comparar a perceção global da comunicação clínica entre os grupos de pacientes com tensão arterial controlada e não controlada, foi criada uma nova variável (CAT total) que consistiu na soma das 14 perguntas do CAT (cada uma com possibilidade de resposta de “fraco” = 1, “razoável” = 2, “bom” = 3, “muito bom” = 4, “excelente” = 5), de acordo com os procedimentos habituais (12). Os valores de tensão arterial foram dicotomizados em 0- “não controlada” e 1- “controlada”, correspondendo, respetivamente, a “não controlada” >140 mmHg e “controlada” ≤139 mmHg para a PAS e a “não controlada” > 89 mmHg e “controlada” ≤89 mmHg para a PAD. Considerando o tamanho dos grupos e a distribuição da amostra, as diferenças entre grupos foram analisadas através do teste de Mann-Whitney.

Foram utilizadas regressões logísticas para avaliar a associação entre a PAS e PAD (dicotomizada em 0- “não controlada” *versus* 1- “controlada”) e a perceção da qualidade da relação médico-doente (variável contínua: “CAT total”), controlando outras variáveis que pudessem confundir os resultados.

Estudos anteriores revelaram que os homens tendem a ter uma pressão arterial mais elevada do que as mulheres, especialmente na idade adulta (14). Com o avançar da idade, a pressão arterial também tende a aumentar, em parte devido ao envelhecimento das artérias e à redução da elasticidade vascular (15). A escolaridade também pode desempenhar um papel importante na pressão arterial, com pessoas com níveis mais elevados de escolaridade tendendo a ter uma pressão arterial mais baixa (16). Pacientes que estão mais preocupados com a sua saúde e que têm tendência a cumprir mais as recomendações médicas, podem também experimentar uma redução da pressão arterial (17).

Por isso forem incluídos na análise dos resultados o grupo etário dos participantes (categorizado em 0- < 65 anos e 1- ≥ 65 anos), o género (categorizado em 0- feminino e 1- masculino), o grau académico (categorizado em 0 < 9º ano de escolaridade e 1- ≥ 9º ano de escolaridade), a preocupação com a saúde (variável ordinal em que a grande maioria dos participantes considerou estar preocupada com a sua saúde (82,1%) e que foi categorizada em 0- “preocupado” e 1- “muito preocupado”), e a tendência para cumprir o que o médico sugere (variável ordinal em que a grande maioria relatou cumprir “quase sempre” ou “sempre” (91%) e que foi categorizada em 0- “por vezes” e 1- “quase sempre”). O nível de probabilidade $p < 0,05$ foi definido como estatisticamente significativo.

Resultados

A amostra deste estudo é composta por 78 participantes (Tabela 1), dos quais a maioria (60,3%) tem menos de 65 anos. Quanto ao género, cerca de metade é do sexo masculino (51,3%). No que diz respeito ao grau académico, cerca de metade (51,3%) tem menos de 9 anos de escolaridade. Em relação à preocupação com a saúde, a maioria dos participantes (82,1%) consideraram não ser pessoas de estar muito preocupadas com a sua saúde, enquanto 17,9% consideraram ser muito preocupados. Finalmente, quanto à tendência para cumprir as sugestões médicas, a grande maioria dos participantes (91,0%) referiu quase sempre tender a cumprir o que o médico sugere.

Tabela 1 - Características da amostra

	<i>N</i>	%
Idade		
< 65 anos	47	60,3
≥ 65 anos	31	39,7
Género		
Feminino	38	48,7
Masculino	40	51,3
Grau académico		
< 9ºano de escolaridade	40	51,3
≥ 9ºano de escolaridade	38	48,7
Preocupação com a saúde		
Preocupado(a)	64	82,1
Muito preocupado(a)	14	17,9
Tendem a cumprir o que o médico sugere		
Por vezes	7	9,0
Quase sempre	71	91,0

Os resultados do CAT mostram que a maioria dos doentes considerou a qualidade da interação com o seu médico como sendo "Muito Boa" ou "Excelente" (Tabela 2). Estas duas opções e "Bom" foram as que tiveram maior percentagem de respostas em todas as perguntas.

Simultaneamente, em respostas foi o(a) médico(a) considerado(a) apenas como “razoável” ou “fraco”.

Os aspetos que obtiveram as melhores avaliações foram “Trata-me com respeito” (57,7% na categoria “Excelente”), “Verifica se eu percebi tudo” (52,6% na categoria “Excelente”), “Recebe-me de uma maneira que me deixa à vontade” (46,2% na categoria “Excelente”), “Dá-me todas as informações que eu quero” (43,6% na categoria “Excelente”) e “Interessa-se por aquilo que eu penso sobre a minha saúde” (41,0% na categoria “Excelente”).

Por outro lado, as perguntas que receberam avaliações mais baixas foram “Está com atenção (olha para mim, ouve-me cuidadosamente)” (21,8% na categoria “Razoável”), “Fala-me com palavras que eu consigo perceber” (7,7% na categoria “Fraco” e 7,7% na categoria “Razoável”), “Passa o tempo necessário comigo” (1,3% na categoria “Fraco” e 11,5% na categoria “Razoável”) e “Deixa-me falar sem interromper” (1,3% na categoria “Fraco”).

Tabela 2 – Perspetiva dos doentes quanto à qualidade da interação com o médico: Respostas obtidas no CAT*

	N	%
1. Recebe-me de uma maneira que me deixa à vontade		
Bom	13	16,7
Muito Bom	29	37,2
Excelente	36	46,2
2. Trata-me com respeito		
Bom	3	3,8
Muito Bom	30	38,5
Excelente	45	57,7
3. Interessa-se por aquilo que eu penso sobre a minha saúde		
Bom	13	16,7
Muito Bom	33	42,3
Excelente	32	41,0
4. Compreende as minhas principais preocupações com a saúde		
Bom	17	21,8
Muito Bom	38	48,7
Excelente	23	29,5

5. Está com atenção (olha para mim, ouve-me cuidadosamente)		
Razoável	17	21,8
Bom	10	12,8
Muito Bom	26	33,3
Excelente	25	32,1
6. Deixa-me falar sem interromper		
Fraco	1	1,3
Razoável	11	14,1
Bom	26	33,3
Muito Bom	35	44,9
Excelente	5	6,4
7. Dá-me todas as informações que eu quero		
Bom	14	17,9
Muito Bom	30	38,5
Excelente	34	43,6
8. Fala-me com palavras que eu consigo perceber		
Fraco	6	7,7
Razoável	6	7,7
Bom	15	19,2
Muito Bom	46	59,0
Excelente	5	6,4
9. Verifica se eu percebi tudo		
Razoável	5	6,4
Bom	15	19,2
Muito Bom	17	21,8
Excelente	41	52,6
10. Encoraja-me a fazer perguntas		
Bom	19	24,4
Muito Bom	34	43,6
Excelente	25	32,1
11. Deixa-me participar nas decisões da maneira que eu desejo (ex.: exames a fazer, medicação a tomar)		
Bom	13	16,7
Muito Bom	50	64,1
Excelente	15	19,2

12. Vê comigo os próximos passos, incluindo como eu sou seguido(a)

Bom	15	19,2
Muito Bom	36	46,2
Excelente	27	34,6

13. Demonstra que se importa e que se preocupa

Razoável	9	11,5
Bom	8	10,3
Muito Bom	33	42,3
Excelente	28	35,9

14. Passa o tempo necessário comigo

Fraco	1	1,3
Razoável	9	11,5
Bom	32	41,0
Muito Bom	31	39,7
Excelente	5	6,4

* CAT = Communication Assessment Tool (classificações possíveis de 1 a 5: “Fraco”, “Razoável”, “Bom”, “Muito Bom”, e “Excelente”).

Também nas duas perguntas acrescentadas no final do CAT, relativas à comunicação do médico especificamente sobre a terapêutica para a hipertensão arterial, a maioria dos doentes respondeu “Excelente” tanto nas explicações sobre a terapêutica como sobre as alterações nos estilos de vida (Tabela 3).

Tabela 3 – Perspetiva dos doentes quanto à comunicação do médico relativamente à terapêutica para a hipertensão arterial*

	<i>N</i>	%
Explica-me os benefícios e condições da terapêutica que necessito para controlar os meus valores de tensão arterial		
Bom	15	19,2
Muito Bom	28	23,1
Excelente	45	57,7
Explica-me os benefícios e condições das alterações do estilo de vida que devo realizar para controlar os meus valores de tensão arterial		
Razoável	4	5,1
Bom	10	12,8
Muito Bom	20	25,6

* Classificações possíveis de 1 a 5: “Fraco”, “Razoável”, “Bom”, “Muito Bom”, e “Excelente”.

Todos os doentes apresentaram valores de tensão arterial na primeira consulta (T0) que faziam o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão sistólica ≥ 140 mmHg; $n = 78$; pressão diastólica ≥ 90 mmHg; $n = 65$). Na consulta mais recente (T1), tinham baixado $n = 49$ (62,8%) para valores controlados de pressão sistólica e $n = 64$ (82,1%) para valores controlados de pressão diastólica.

Em T1, os grupos com a PAS controlada e com a PAD controlada revelaram uma média de qualidade da comunicação clínica por parte do médico superior aos grupos com a PAS não controlada e PAD não controlada em T1 (Tabela 3). A diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$ para a PAS e $p < 0,05$ para a PAD).

Tabela 4 - Mediana da soma das respostas do CAT de acordo com os valores de tensão arterial controlados ou não controlados em T1

	<i>n</i> (%)	Mediana	Intervalo Interquartis	<i>p</i> *
Pressão Arterial Sistólica T1				
Não Controlada	29(37,2%)	49	45 - 55	<0,001
Controlada	49(62,8%)	62	54 - 66	
Pressão Arterial Diastólica T1				
Não controlada	14(17,9%)	47	41,75 – 59,50	0,049
Controlada	64(82,1%)	55	51 - 65	

A diferença manteve-se significativa mesmo ajustando para potenciais variáveis confundidoras (idade, género, grau académico, preocupação do doente com a sua saúde e tendência para cumprir o que médico sugere). Os resultados da regressão logística são apresentados na Tabela 4.

Tabela 5 - Contributo da qualidade da relação médico-doente relatada pelos doentes (CAT total) para a sua tensão arterial, controlando outras variáveis confundidoras (regressão Logística)

	OR	IC	p
PAS controlada (< 140 mmHg) em T1	1,181	1,079; 1,292	<0,001
Idade ≥65 anos	0,634	0,154; 2,608	0,528
Género masculino	0,812	0,264; 2,498	0,717
Grau académico ≥ 9ºano	1,209	0,297; 4,921	0,791
Muito preocupado(a) com a saúde	0,958	0,189; 4,842	0,958
Tende a cumprir quase sempre o que o médico sugere	1,856	0,290; 11,877	0,514
PAD controlada (< 90 mmHg) em T1	1,122	1,025; 1,229	0,012
Idade ≥65 anos	0,781	0,145; 4,212	0,773
Género masculino	0,595	0,161; 2,198	0,436
Grau académico ≥ 9ºano	1,197	0,218; 6,581	0,836
Muito preocupado(a) com a saúde	0,404	0,074; 2,219	0,297
Tende a cumprir quase sempre o que o médico sugere	0,000	0,000	0,999

OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confiança; PAD = Pressão Arterial Diastólica; PAS = Pressão Arterial Sistólica

Ao comparar as respostas do CAT, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, quer de PAS quer de PAD controlada *versus* não controlada em T1, em quase todos os aspetos da comunicação clínica (Tabela 5). No entanto, uma pergunta apresentou resultados sem diferenças significativas entre os grupos de PAS controlada *versus* não controlada, bem como entre os grupos de PAD controlada *versus* não controlada, nomeadamente, "O médico recebe-me de uma maneira que me deixa à vontade".

Além disso, quatro aspetos clínicos da comunicação registaram diferenças não significativas no que toca aos grupos de PAD controlada *versus* não controlada em T1, nomeadamente, 6. "Deixa-me falar sem interromper", 10. "Encoraja-me a fazer perguntas", 11. "Deixa-me participar nas decisões da maneira que eu desejo (ex.: exames a fazer, medicação a tomar)" e 14. "Passa o tempo necessário comigo". Quanto à PAS, um aspeto da relação clínica apresentou resultados estatisticamente não significativos entre os grupos de PAS controlada *versus* não controlada em T1, designadamente, 2. "trata-me com respeito".

Quanto às outras duas perguntas acrescentadas no final do CAT, sobre a informação recebida especificamente acerca da terapêutica para a hipertensão arterial, não apresentou

diferenças significativas apenas uma e apenas entre os grupos de PAD controlada *versus* não controlada em T1, nomeadamente, "Explica-me os benefícios e condições das alterações do estilo de vida que devo realizar para controlar os meus valores de tensão arterial".

Tabela 6 – Mediana em cada aspeto de comunicação do CAT de acordo com os valores de tensão arterial controlados ou não controlados em T1

	Mediana	Intervalo interquartis	p*
1. Recebe-me de uma maneira que me deixa à vontade			
Pressão Arterial Sistólica T1			
Controlada	5	4 – 5	0,080
Não Controlada	4	3,5 – 5	
Pressão Arterial Diastólica T1			
Controlada	4	4 – 5	0,063
Não Controlada	5	4 – 5	
2. Trata-me com respeito			
Pressão Arterial Sistólica T1			
Controlada	5	4 – 5	0,093
Não Controlada	5	4 – 5	
Pressão Arterial Diastólica T1			
Controlada	5	4 – 5	0,019
Não Controlada	5	5 – 5	
3. Interessa-se por aquilo que eu penso sobre a minha saúde			
Pressão Arterial Sistólica T1			
Controlada	5	4 – 5	0,001
Não Controlada	4	3 – 4	
Pressão Arterial Diastólica T1			
Controlada	4	4 – 5	0,021
Não Controlada	3,5	3 – 5	
4. Compreende as minhas principais preocupações com a saúde			
Pressão Arterial Sistólica T1			
Controlada	4	4 – 5	<0,001
Não Controlada	4	3 – 4	
Pressão Arterial Diastólica T1			
Controlada	4	4 – 5	0,001
Não Controlada	3	3 – 4	
5. Está com atenção (olha para mim, ouve-me cuidadosamente)			
Pressão Arterial Sistólica T1			
Controlada	4	4 – 5	<0,001
Não Controlada	3	2 – 4	
Pressão Arterial Diastólica T1			
Controlada	4	3 – 5	0,044
Não Controlada	2,5	2 – 4,25	
6. Deixa-me falar sem interromper			

Pressão Arterial Sistólica T1			
Controlada	4	3 – 4	0,008
Não Controlada	3	2 – 4	
Pressão Arterial Diastólica T1			
Controlada	4	3 – 4	0,289
Não Controlada	3	2 – 4,25	
7. Dá-me todas as informações que eu quero			
Pressão Arterial Sistólica T1			
Controlada	5	4 – 5	<0,001
Não Controlada	4	3 – 4	
Pressão Arterial Diastólica T1			
Controlada	4	4 – 5	0,002
Não Controlada	3	3 – 4,25	
8. Fala-me com palavras que eu consigo perceber			
Pressão Arterial Sistólica T1			
Controlada	4	4 – 4	<0,001
Não Controlada	3	2 – 4	
Pressão Arterial Diastólica T1			
Controlada	4	3 – 4	0,006
Não Controlada	3	1 – 4	
9. Verifica se eu percebi tudo			
Pressão Arterial Sistólica T1			
Controlada	5	4 – 5	<0,001
Não Controlada	3	3 – 4	
Pressão Arterial Diastólica T1			
Controlada	5	4 – 5	0,026
Não Controlada	4	3 – 4,25	
10. Encoraja-me a fazer perguntas			
Pressão Arterial Sistólica T1			
Controlada	4	4 – 5	<0,001
Não Controlada	3	3 – 4	
Pressão Arterial Diastólica T1			
Controlada	4	4 – 5	0,052
Não Controlada	3,5	3 – 4,25	
11. Deixa-me participar nas decisões da maneira que eu desejo (ex.: exames a fazer, medicação a tomar)			
Pressão Arterial Sistólica T1			
Controlada	4	4 – 4	0,028
Não Controlada	4	3 – 4	
Pressão Arterial Diastólica T1			
Controlada	4	4 – 4	0,536
Não Controlada	4	3 – 5	
12. Vê comigo os próximos passos, incluindo como eu sou seguido(a)			
Pressão Arterial Sistólica T1			
Controlada	4	4 – 5	<0,001
Não Controlada	4	3 – 4	

Pressão Arterial Diastólica T1			
Controlada	4	4 – 5	0,014
Não Controlada	4	3 – 4	
13. Demonstra que se importa e que se preocupa			
Pressão Arterial Sistólica T1			
Controlada	5	4 – 5	<0,001
Não Controlada	4	2 – 4	
Pressão Arterial Diastólica T1			
Controlada	4	4 – 5	0,002
Não Controlada	2	2 – 4,25	
14. Passa o tempo necessário comigo			
Pressão Arterial Sistólica T1			
Controlada	4	3 – 4	<0,001
Não Controlada	3	2,5 – 4	
Pressão Arterial Diastólica T1			
Controlada	3	3 – 4	0,275
Não Controlada	4	3 – 4,25	
15. Explica-me os benefícios e condições da terapêutica que necessito para controlar os meus valores de tensão arterial			
Pressão Arterial Sistólica T1			
Controlada	5	5 – 5	<0,001
Não Controlada	4	3 – 4	
Pressão Arterial Diastólica T1			
Controlada	5	4 – 5	0,007
Não Controlada	4	3 – 5	
16. Explica-me os benefícios e condições das alterações do estilo de vida que devo realizar para controlar os meus valores de tensão arterial			
Pressão Arterial Sistólica T1			
Controlada	5	5 – 5	<0,001
Não Controlada	4	3 – 4	
Pressão Arterial Diastólica T1			
Controlada	5	4 – 5	0,390
Não Controlada	4	3 – 5	

* Teste Mann-Whitney

Discussão

A hipertensão arterial é uma das doenças com maior prevalência na população adulta e a sua monitorização e tratamento são fundamentais para evitar complicações subsequentes. O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre a comunicação médico-doente e os resultados clínicos na hipertensão.

Os pacientes que apresentaram valores controlados de pressão sistólica e diastólica na consulta mais recente tiveram uma média de satisfação em relação à comunicação clínica superior aos grupos com pressões arteriais não controladas. Estes resultados sugerem que a percepção do paciente relativamente à qualidade da prática do médico pode estar relacionada com o controlo da pressão arterial e são consistentes com resultados de estudos prévios de desenho semelhante, mas que avaliaram a adesão terapêutica e as alterações do estilo de vida como outcome ao invés dos valores de tensão arterial (18).

Quando o doente sente que o médico se importa e que está comprometido em ajudá-lo a alcançar a sua saúde, estabelece-se uma relação médico-doente de maior confiança, que tem bons resultados clínicos, vejam-se os resultados à pergunta "O meu médico demonstra que se importa e que se preocupa" os doentes que demonstraram uma melhor percepção da qualidade tiveram valores de tensão arterial significativamente mais baixos ($p < 0,003$).

A literatura descreve atitudes clínicas que podem melhorar a relação médico-paciente, como estabelecer contato visual e cumprimentos culturais apropriados no início da consulta (5). No entanto, o nosso estudo revelou que a questão 1. "O meu médico recebe-me de uma maneira que me deixa à vontade", ao contrário da maioria das outras questões do questionário, não demonstrou diferenças significativas entre o grupo de pacientes com a tensão arterial controlada e não controlada. Ambos os grupos perceberam que não eram recebidos de uma forma que se sentissem completamente à vontade. Isso sugere que há espaço para melhoria na relação médico-paciente, mesmo no grupo de doentes com a tensão arterial controlada. Melhorar esse aspeto pode contribuir para melhorar os resultados clínicos dos pacientes.

A entrevista centrada no doente permite ao médico compreender a perspetiva do paciente sobre a sua doença e sua disponibilidade para aderir ao tratamento, são boas práticas clínicas abordar as preocupações do paciente, perspetivas e necessidades informativas de forma holística e compreensível, é importante também entender se há negação dos problemas médicos, já que a hipertensão arterial é assintomática (5). A comunicação credível e completa da informação científica constrói confiança no paciente e permite que ele tome decisões

informadas sobre sua saúde, como maior adesão terapêutica e alteração dos estilos de vida que provavelmente explicam a diferença estatisticamente significativa que encontramos relativamente às questões 4. “Compreende as minhas principais preocupações com a saúde” e 7. “Dá-me todas as informações que eu quero” entre os grupos com a tensão arterial controlada e não controlada.

A questão 14. “Passa o tempo necessário comigo” mostrou diferenças significativas entre o grupo com a PAS controlada e não controlada em T1. O facto de as questões acrescentadas no final do CAT, sobre a informação recebida acerca da terapêutica para a hipertensão, terem também mostrado diferenças significativas entre o grupo com a PAS controlada e não controlada em T1 (nomeadamente, “O meu médico explica-me os benefícios e condições das alterações do estilo de vida que devo realizar para controlar os meus valores de tensão arterial”) sugere que poderá ser necessário dedicar mais tempo de consulta à implementação de estilos de vida mais saudáveis, para melhoria dos valores de tensão arterial, como a cessação tabágica ou a prática de exercício físico. Incentivar o doente a adotar uma mudança comportamental requer tempo exclusivo da consulta. Informar o doente, promover uma consciencialização, estabelecer metas realistas, encorajar e acompanhar o doente nas consultas posteriores possibilita a manutenção de um novo estilo de vida por parte do paciente. Este modelo de mudança comportamental centra-se na tomada de decisão do indivíduo e deve fazer parte das ferramentas de comunicação do médico (19).

Os resultados indicaram que a maioria dos pacientes percecionou a qualidade da relação médico-doente como sendo “Muito Bom” ou “Excelente”, em conformidade com outros estudos que aplicaram o CAT(20-22), especialmente relativamente ao tratamento respeitoso por parte do médico e às informações fornecidas irem de encontro à sua própria expectativa. Apesar de no geral a percepção da relação médico-doente ser concordante com os estudos anteriores, quando comparamos com o estudo de L. Myerholtz, também realizado em cuidados de saúde primários (23), as frequências relativas da resposta “Excelente” foram inferiores no nosso estudo, este facto pode dever-se às diferentes metodologias usadas, em relação à amostra, a do nosso estudo é significativamente menor e em relação ao meio de aplicação do CAT, que no nosso estudo foi via telefónica, no estudo L. Myerholtz, o CAT foi preenchido pelos doentes enquanto estes esperavam pela sua consulta na sala de espera da unidade de saúde, o que poderá induzir algum viés de resposta desejada, apesar de ter sido garantido o anonimato aos doentes.

Algumas questões receberam avaliações mais negativas, como a atenção do médico durante a consulta e a utilização de termos compreensíveis pelo doente. Essas questões devem ser tidas em consideração pelos médicos de forma a melhorar a comunicação com os seus pacientes.

Em relação, à atenção prestada ao doente, por vezes é um aspeto negligenciado pela necessidade de completar o registo clínico, pelo tempo limitado para as consultas e pelo foco na tecnologia. Há estudos que sugerem, como possíveis estratégias para combater esta tendência, à medida que a entrevista clínica prossegue, por exemplo, o médico optar por tirar anotações enquanto confirma e resume o que o doente lhe disse, contemplando momentos de contacto visual, reconhecendo assim que essa anotação não deve fazer o paciente sentir-se menos centralizado (24).

Também utilizar imagens ou diagramas, evitar sobrecarregar o paciente com muita informação de uma só vez e usar uma abordagem de “ensinar de volta” para verificar a compreensão, assim como diminuir o ritmo da conversa, contribuindo para a simplificação da linguagem usada, promovendo melhor compreensão por parte do doente (25). Será possível assim melhorar a perceção do doente de como o médico lhe fala com palavras que o próprio consegue perceber.

Outras questões apresentaram também uma perceção negativa por parte dos o paciente, como por exemplo "O meu médico passa o tempo necessário comigo" e "Deixa-me falar sem interromper". Uma boa estratégia para lidar com essa situação seria iniciar a consulta com perguntas abertas, permitindo que o doente exponha as suas principais preocupações, e então estabelecer a agenda da consulta de forma a evitar que questões importantes fiquem sem resposta no final (26).

Com estas estratégias torna-se possível aumentar a satisfação do doente com a comunicação clínica e consequentemente aumentar a eficácia da intervenção médica, promovendo melhores outcomes, mais concretamente um melhor controlo dos valores de tensão arterial.

Embora exista evidência do impacto positivo da relação clínica, será importante no futuro a realização de mais estudos complementares a este que relacionem a comunicação médico-doente com marcadores fisiológicos que possam que confirmar que uma melhor perceção da relação clínica se associa à melhoria da condição do doente.

Neste estudo, não foi encontrada uma relação significativa entre a comunicação clínica e os valores de tensão arterial, após controlar as variáveis confundidoras de idade, gênero, grau académico, preocupação com a saúde e tendência para cumprir o que o médico sugere, embora essas variáveis tenham sido identificadas como fatores que podem influenciar a tensão arterial (14-17) e a comunicação clínica (27). Uma possível explicação para a falta de relevância estatística das variáveis confundidoras poderá ser o tamanho da amostra, que pode ter sido insuficiente para detetar diferenças estatisticamente significativas.

Existem algumas limitações importantes neste estudo. Em primeiro lugar, o tamanho da amostra foi pequeno e o estudo foi realizado apenas numa única instituição, o que pode afetar a generalização dos resultados para outras populações. Além disso, foram utilizados os registos da tensão arterial obtidos na consulta. Estes valores podem ser influenciados por vários fatores, como o nível de ansiedade, a realização de atividade física antes da consulta, a temperatura da sala ou o consumo de cafeína ou medicamentos antes da consulta (28), embora se trate de valores fisiológicos e resultantes de medições repetidas. Por exemplo, pacientes com uma melhor relação clínica podem estar mais descontraídos na consulta e, portanto, apresentar (momentaneamente) valores mais baixos de tensão arterial do que aqueles com uma relação clínica menos positiva com o seu médico. O facto de este ser um estudo transversal não permite o estabelecimento de causalidade.

É possível que pessoas mais conscienciosas e positivas simultaneamente consigam um melhor controlo da tensão arterial e também tenham perceções mais positivas das interações com os seus médicos, apesar do controlo da tensão arterial ter permanecido significativamente associado à interação com médico quando aspetos do funcionamento pessoal como estes foram introduzidos no modelo.

Futuros estudos com utilização de outros instrumentos com maior sensibilidade e especificidade, como por exemplo a monitorização em regime ambulatorio da pressão arterial (MAPA), poderão contribuir para esclarecer os resultados obtidos neste estudo. Além disso, apesar de haver evidência de que é a percepção do próprio doente, sobre a interação com o seu médico (e não a percepção de outros observadores dessa mesma interação), que se associa ao seu estado de saúde, seria interessante avaliar também as perspetivas dos médicos, nomeadamente no sentido de avaliar como correspondem às dos doentes.

Conclusão

Os resultados deste estudo evidenciam uma associação entre a comunicação médico-doente e o controlo da hipertensão arterial, mesmo após o modelo ajustado. Os resultados indicaram que os pacientes que percecionam a qualidade da interação como sendo "Muito Boa" ou "Excelente" podem ter melhores resultados no controlo da pressão arterial.

O interesse do médico pelo que o doente pensa da própria saúde e pelas suas preocupações, a atenção que o médico presta ao seu doente, a qualidade das informações prestadas, garantido que o doente as entende, e o tempo dedicado a capacitar o doente em relação à sua doença comprovaram ser questões importantes para a melhoria do prognóstico do doente.

Estes resultados sugerem a necessidade de promover a melhoria das capacidades de comunicação clínica e a empatia entre os profissionais de saúde e os seus pacientes com o intuito de melhorar o controlo da hipertensão arterial e, consequentemente, prevenir complicações graves decorrentes desta patologia, cada vez com uma maior prevalência e comorbilidades associadas numa escala global.

Agradecimentos

Ao concluir esta dissertação, resta-me expressar os meus mais sinceros agradecimentos a todas as pessoas envolvidas neste projeto, que me possibilitaram a sua realização.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Dr.^a Irene Carvalho, por desde o início e, reconhecendo o meu interesse e gosto pela área da Comunicação Clínica, ter aceite o desafio por mim proposto de fazermos investigação nesta área.

Agradeço também à direção do ACeS Maia-Valongo e à USF Odisseia, em especial à Dr.^a Sabina Santos, pela disponibilidade para realizarmos este estudo na sua instituição. Por fim, a todos os utentes que disponibilizaram o seu tempo para participar neste estudo.

Referencias Bibliográficas

1. Rodrigues AP, Gaio V, Kislalya I, Graff-Iversen S, Cordeiro E, Silva AC, et al. Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF 2015). *Boletim Epidemiológico Observações*. 2017;6(Supl 9):11-4.
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European heart journal*. 2018;39(33):3021-104.
3. Lima RW, Manuel; Alves, Margarida; et al. Portuguese Society of Hypertension guidelines for hypertension *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2019;38:81-126.
4. Khatib R, Schwalm J-D, Yusuf S, Haynes RB, McKee M, Khan M, et al. Patient and healthcare provider barriers to hypertension awareness, treatment and follow up: a systematic review and meta-analysis of qualitative and quantitative studies. *PloS one*. 2014;9(1):e84238.
5. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian medical association journal*. 1995;152(9):1423.
6. Arora NK. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social science & medicine*. 2003;57(5):791-806.
7. Harms C, Young J, Amsler F, Zettler C, Scheidegger D, Kindler C. Improving anaesthetists' communication skills. *Anaesthesia*. 2004;59(2):166-72.
8. Ong LM, De Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine*. 1995;40(7):903-18.
9. Kaplan SH, Greenfield S, Ware Jr JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical care*. 1989;27(3):S110-S27.
10. Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D, Vallbona C. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychology*. 1987;6(1):29.
11. Riedl D, Schüssler G. The influence of doctor-patient communication on health outcomes: a systematic review. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2017;63(2):131-50.
12. Makoul G, Krupat E, Chang C-H. Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient education and counseling*. 2007;67(3):333-42.
13. Carvalho I, Figueiredo-Braga M, Cavaco A, Makoul G. Translation and cultural adaptation of Communication Assessment Tool: experience in 4 countries. *Medical Encounter*. 2016;30(1):162.
14. Oparil S, Zaman MA, Calhoun DA. Pathogenesis of hypertension. *Annals of internal medicine*. 2003;139(9):761-76.
15. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Evans JC, O'Donnell CJ, Kannel WB, et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *New England journal of medicine*. 2001;345(18):1291-7.
16. Stringhini S, Sabia S, Shipley M, Brunner E, Nabi H, Kivimaki M, et al. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *Jama*. 2010;303(12):1159-66.

17. Bosworth HB, Olsen MK, Grubber JM, Neary AM, Orr MM, Powers BJ, et al. Two self-management interventions to improve hypertension control: a randomized trial. *Annals of internal medicine*. 2009;151(10):687-95.
18. Świątoniowska-Lonc N, Polański J, Tański W, Jankowska-Polańska B. Impact of satisfaction with physician–patient communication on self-care and adherence in patients with hypertension: cross-sectional study. *BMC health services research*. 2020;20(1):1-9.
19. Prochaska JO, Wright JA, Velicer WF. Evaluating theories of health behavior change: A hierarchy of criteria applied to the transtheoretical model. *Applied Psychology*. 2008;57(4):561-88.
20. Ferranti DE, Makoul G, Forth VE, Rauworth J, Lee J, Williams MV. Assessing patient perceptions of hospitalist communication skills using the Communication Assessment Tool (CAT). *Journal of hospital medicine*. 2010;5(9):522-7.
21. McCarthy DM, Ellison EP, Venkatesh AK, Engel KG, Cameron KA, Makoul G, et al. Emergency department team communication with the patient: the patient's perspective. *The Journal of emergency medicine*. 2013;45(2):262-70.
22. Pestana-Santos A, Loureiro L, Santos V, Carvalho I. Patients with schizophrenia assessing psychiatrists' communication skills. *Psychiatry Research*. 2018;269:13-20.
23. Myerholtz L. Assessing family medicine residents' communication skills from the patient's perspective: evaluating the communication assessment tool. *Journal of Graduate Medical Education*. 2014;6(3):495-500.
24. Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Annals Family Med*; 2011. p. 100-3.
25. Teutsch C. Patient–doctor communication. *Medical Clinics*. 2003;87(5):1115-45.
26. Hobbs JL. A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing research*. 2009;58(1):52-62.
27. Street Jr RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient education and counseling*. 2009;74(3):295-301.
28. Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, Hill MN, et al. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals: part 1: blood pressure measurement in humans: a statement for professionals from the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Hypertension*. 2005;45(1):142-61.

Anexo 1: Convite para participação no estudo e Consentimento informado

Convite para a participação no estudo, junto com um questionário de confirmação dos critérios de inclusão, informações para a equipa de investigação estabelecer contacto com o utente, caso este pretenda participar neste estudo, e **consentimento informado adaptado** da ARS Norte. Este questionário inclui também o preenchimento do número de utente para que seja possível obter da base de dados os valores de tensão arterial.

CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO:

“Relação entre comunicação médico-doente e resultados clínicos na Hipertensão”

Caro utente,

No âmbito da Unidade Curricular Dissertação, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, encontra-se em realização, na USF Odisseia, um estudo que visa avaliar a “Relação entre comunicação médico-doente e resultados clínicos na hipertensão”.

Assim venho por este meio convidá-lo a participar neste estudo **através da sua resposta a um inquérito que lhe irei aplicar via telefónica, com uma duração de 10 minutos, e através da sua autorização para que possa consultar os seus valores de tensão arterial.**

É-lhe garantida a confidencialidade dos dados, que serão utilizados, apenas, para fins de investigação. Este convite faz-se acompanhar de um **consentimento informado, livre e esclarecido** para participação em investigação, com os detalhes e considerações sobre a sua participação.

É muito importante a sua colaboração neste estudo, que agradecemos desde já.

Se desejar participar preencha as seguintes questões para que possamos contactá-lo.

Critérios de inclusão no estudo:

1. É seguido no Programa de Hipertensão Arterial?

☐ **Sim** (Ou seja, toma medicação para a hipertensão arterial e tem consultas 2x por ano na USF Odisseia para avaliar a sua tensão)

☐ **Não**

→ *Se escolheu esta opção, não cumpre um dos critérios de inclusão para participar neste estudo, por isso não iremos contactá-lo, apesar disso agradecemos o interesse e colaboração que demonstrou.*

☐ **Prefiro não responder**

→ *Se escolheu esta opção, não cumpre um dos critérios de inclusão para participar neste estudo, por isso não iremos contactá-lo, apesar disso agradecemos o interesse e colaboração que demonstrou.*

2. Tem dificuldades neurológicas/psiquiátricas ou outras que impeçam a sua autonomia para os cuidados de saúde?

☐ **Sim**

→ *Se escolheu esta opção, não cumpre um dos critérios de inclusão para participar neste estudo, por isso não iremos contactá-lo, apesar disso agradecemos o interesse e colaboração que demonstrou.*

☐ **Não**

☐ **Prefiro não responder**

→ *Se escolheu esta opção, não cumpre um dos critérios de inclusão para participar neste estudo, por isso não iremos contactá-lo, apesar disso agradecemos o interesse e colaboração que demonstrou.*

3. É seguido numa consulta hospitalar ou noutros cuidados de saúde pela sua hipertensão arterial?

☐ Sim

→ Se escolheu esta opção, não cumpre um dos critérios de inclusão para participar neste estudo, por isso não iremos contactá-lo, apesar disso agradecemos o interesse e colaboração que demonstrou.

☐ Não

☐ Prefiro não responder

→ Se escolheu esta opção, não cumpre um dos critérios de inclusão para participar neste estudo, por isso não iremos contactá-lo, apesar disso agradecemos o interesse e colaboração que demonstrou.

Deseja ser contacto no âmbito deste estudo?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, qual é o número de telemóvel/telefone para o qual deseja ser contactado?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Se sim, qual é o horário de contacto preferencial (pode seleccionar várias opções):

Dia Hora	Segunda- Feira	Terça- Feira	Quarta- Feira	Quinta- Feira	Sexta- Feira	Sábado	Domingo
10h - 12h							
12h - 14h							
14h - 16h							
16h - 18h							
18h - 20h							
20h - 22h							

Se sim, pode-nos fornecer o seu número de utente?

(A sua participação é anónima, apenas a equipa de investigação, irá ter acesso a este número para que sejam consultados os seus valores de tensão arterial registados em consulta.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nas próximas duas folhas encontra um consentimento informado, livre e esclarecido.

Deve assinar as duas vias e ficar com uma via para si, a outra será guardada pela equipa de investigação.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Relação entre comunicação médico-doente e resultados clínicos na hipertensão

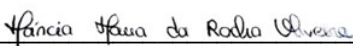
Enquadramento: Este questionário insere-se no âmbito de um trabalho de investigação na área da Comunicação Clínica, realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), sob orientação da Professora Doutora Irene Carvalho.

Explicação do estudo: Este estudo compreenderá a aplicação de um questionário (de aproximadamente 10 minutos, via telefónica) sobre a sua perceção da relação médico-doente que experimentou nas consultas de seguimento de Hipertensão Arterial e ainda a consulta de dados do seu processo clínico.

Condições e financiamento: não está previsto o pagamento de nenhuma contrapartida pela participação neste estudo; a sua participação é de carácter voluntário e ausente de prejuízos, assistenciais ou outros. Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN. A participação neste estudo não envolve riscos para si e poderá não lhe trazer benefícios diretos, apesar disso contribuirá para o conhecimento do impacto da comunicação médico-doente no controlo de doenças crónicas, como é o caso da Hipertensão Arterial. Em qualquer momento, poderá recusar livremente ou abandonar a participação no estudo, sem que isso possa ter qualquer prejuízo ou consequências para si.

Confidencialidade e anonimato: Os investigadores garantem que os dados fornecidos por este meio serão utilizados, exclusivamente, para fins investigacionais, com garantia do anonimato das respostas.

Agradecida pela sua contribuição,



Márcia Maria da Rocha Oliveira,

Estudante do 6ºano do Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela equipa de investigação

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: / /

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Anexo 2: Questionário a aplicar ao doente via telefónica

Questionário de caracterização sociodemográfica e da perceção da relação médico-doente, adaptado de “Communication Assessment Tool (CAT)”, já adaptado para Portugal.

QUESTIONÁRIO A APLICAR VIA TELEFÓNICA AO UTENTE

Este questionário insere-se no estudo “Relação entre comunicação médico-doente e resultados clínicos na hipertensão”.

Caracterização sociodemográfica:

As próximas perguntas sobre si são para fins estatísticos. As suas respostas são totalmente confidenciais. Por favor, assinale uma resposta para cada pergunta.

Que idade tem:

- ☐ 18-24
- ☐ 25-44
- ☐ 45-64
- ☐ 65-84
- ☐ mais de 84
- ☐ Prefiro não responder

Qual é o seu género:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Outro
- ☐ Prefiro não responder

Qual é o seu grau académico:

- ☐ Nenhum
- ☐ 1º Ciclo ou ensino primário
- ☐ 2º Ciclo ou ensino preparatório
- ☐ 3º Ciclo (9º ano de escolaridade)
- ☐ Ensino secundário
- ☐ Ensino superior
- ☐ Prefiro não responder

Instrumento de Avaliação da Comunicação

*Selecione a opção que melhor se adequa à forma como o seu médico comunica consigo (só pode seleccionar **uma das opções para cada pergunta**):*

O médico/ A médica....	Fraco	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente
1. Recebe-me de uma maneira que me deixa à vontade					
2. Trata-me com respeito					
3. Interessa-se por aquilo que eu penso sobre a minha saúde					
4. Compreenda as minhas principais preocupações com a saúde					
5. Está com atenção (olha para mim, ouve-me cuidadosamente)					
6. Deixa-me falar sem interromper					
7. Dá-me todas as informações que eu quero					
8. Fala-me com palavras que eu consigo perceber					
9. Verifica se eu percebi tudo					
10. Encoraja-me a fazer perguntas					
11. Deixa-me participar nas decisões da maneira que eu desejo (ex.: exames a fazer, medicação a tomar)					
12. Vê comigo os próximos passos, incluindo como eu sou seguido(a)					
13. Demonstra que se importa e que se preocupa					
14. Passa o tempo necessário comigo					
15. Explica-me os benefícios e condições da terapêutica que necessito para controlar os meus valores de tensão arterial					
16. Explica-me os benefícios e condições das alterações do estilo de vida que devo realizar para controlar os meus valores de tensão arterial					
No geral como classifica a relação clínica que tem com o/a seu/sua médico/a					

Nas próximas questões selecione a opção que melhor se adequa a si (só pode selecionar uma das opções para cada pergunta):

De uma maneira geral considera-se uma pessoa:

- ☐ Muito pouco preocupada com a sua saúde
- ☐ Pouco preocupada com a sua saúde
- ☐ Preocupada com a sua saúde
- ☐ Muito preocupada com a sua saúde
- ☐ Prefiro não responder

De uma maneira geral tende a cumprir o que o médico sugere:

- ☐ Nunca
- ☐ Por vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre
- ☐ Prefiro não responder

Muito obrigada pela sua colaboração.

Anexo 3: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

Parecer favorável da da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, I.P.



COMUNICAÇÃO



INFORMAÇÃO



PARECER

DATA: 2023-02-20

REFERÊNCIA: CE/2023/26

PARA CONSELHO DIRETIVO

DE COMISSÃO DE ÉTICA

ASSUNTO ...: PI 20230004 - RELAÇÃO ENTRE COMUNICAÇÃO
MÉDICO-DOENTE E RESULTADOS CLÍNICOS NA HIPERTENSÃO

A - Apresentação do pedido em apreciação

A Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. recebeu no dia 16 de janeiro de 2023 o pedido de parecer sobre o projeto intitulado **"Relação entre comunicação médico-doente e resultados clínicos na hipertensão"**, que pretende avaliar a relação entre a perceção que os doentes têm da comunicação com os seus médicos e os resultados na sua tensão arterial. O pedido de parecer é formulado pela equipa de investigação constituída por Márcia Maria da Rocha Oliveira, Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e por Irene Maria Palmares Dias Carvalho, Docente Doutorada do Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. O estudo irá decorrer na USF Odisseia do ACES Maia/Valongo.

O pedido de parecer foi instruído com os documentos obrigatórios para a sua submissão.

B - Identificação de questões com eventuais implicações éticas ou metodológicas

Trata-se de estudo observacional cujo objetivo é avaliar a associação entre a comunicação médico-doente e o controlo dos valores de pressão arterial em doentes após o diagnóstico de hipertensão arterial.

A população do estudo será constituída pelos indivíduos adultos (>18 anos) com hipertensão arterial seguidos na USF Odisseia, exceto doentes com dificuldades neurológicas/psiquiátricas ou outras que impeçam a sua autonomia para os cuidados de saúde, e doentes que tenham sido referenciados pela sua hipertensão arterial para outros cuidados de saúde.

A amostra será constituída por todos os doentes com hipertensão arterial seguidos na USF Odisseia que cumpram os critérios de inclusão e que se desloquem à USF no período de recolha de dados e aceitem participar no estudo, constituindo uma amostra por conveniência.

Serão fontes de informação os dados recolhidos da base de dados eletrónica da USF Odisseia e através do questionário aplicado aos doentes que aceitem participar no estudo. Os utentes serão convidados a participar no estudo caso se desloquem à USF Odisseia durante o período de recolha de dados, através de um documento entregue pelo médico assistente. Se o utente aceitar o convite, preencherá um inquérito com a confirmação dos critérios de inclusão, com um meio de contacto, e o consentimento informado. Posteriormente, será contactado via telefónica, num momento oportuno que tenha indicado, e ser-lhe-á aplicado um questionário que visa avaliar a sua perceção acerca da relação clínica com o seu médico, nas consultas de hipertensão. A partir da consulta da base de dados eletrónica da USF Odisseia para obter os valores relativos à tensão arterial, serão analisados os valores registados pelo médico acompanhante no momento da consulta em dois momentos diferentes: aquando do diagnóstico de HTA, no tempo

EXARADO NA ATA Nº 2023_12

REUNIÃO DE 2023-03-16

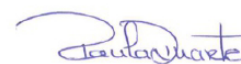
DELIBERADO AUTORIZAR
2023-03-16



Carlos Nunes
Presidente do CD



Maria Clara Castro
Vice Presidente do CD



Paula Duarte
Vogal do CD

0 (T0), e depois na mais recente consulta de controlo de hipertensão arterial dos utentes (T1).

Todos os dados serão confidenciais e anónimos. Os pacientes receberão um número exclusivo de identificação do estudo. Somente os membros da equipa do estudo de investigação terão acesso aos dados (que serão armazenados num computador protegido por palavra-passe).

C - Conclusão

Reconhecendo a relevância do estudo e considerando que o mesmo satisfaz os requisitos de confidencialidade dos direitos dos potenciais participantes, a Comissão de Ética da ARSN deliberou, nesta data, dar parecer favorável à realização do estudo. O investigador deve comunicar os resultados, assim que o estudo esteja concluído.

Porto, 14 de fevereiro de 2023



Maria José Ferreira Santos
Presidente da Comissão de Ética



Anexo 4: Parecer do responsável do serviço

Parecer favorável do responsável da USF Odisseia e do AceS Maia Valongo.

Projeto / Estudo n.º 31 / 2022

Data de Receção: 27 / 12 / 2022

PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE

Favorável ☒

Não Favorável ☐

Face ao exposto e tendo em conta a importância de que se reveste o estudo proposto, considera o Conselho Clínico e de Saúde de autorizar, após o envio, pela investigadora, do Parecer Favorável da Comissão de Ética da ARSN.

No final da investigação deverá ser entregue ao Aces um exemplar do estudo realizado.

Em caso de concordância propõe-se dar conhecimento do presente à investigadora requerente, Dra. Márcia Oliveira – marciaoliveira2258@gmail.com

Data: 27 de Dezembro de 2022

Assinaturas:

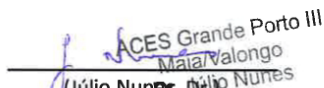
P'Conselho Clínico e de Saúde

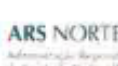

(Luís Figueiredo, Dr.)


(Paula Mouta, Dra.)

DIRETOR EXECUTIVO

ACeS Maia/Valongo


Júlio Nunes, Dr.
Diretor Executivo



Aces Maia/Valongo
AGRUPAMENTO CENTROS DE SAÚDE MAIA/VALONGO



COMUNICAÇÃO



INFORMAÇÃO



PARECER

DATA: 02/01/2023

Nº 02-2023

PARA: Márcia Maria da Rocha Oliveira

DE: Responsável pelo Acesso à Informação(RAI)

ASSUNTO: Pedido de Parecer Projeto de Investigação

Na sequência do pedido dirigido ao CCS, pela Dra. Márcia Maria da Rocha Oliveira, Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na qualidade de investigadora requerente do projeto de investigação intitulado "Relação entre comunicação médico-doente e resultados clínicos na hipertensão", foi solicitado emissão de parecer, na qualidade de Responsável do Acesso à Informação (RAI), do ACeS Maia/Valongo.

Termos que, após análise do pedido, afiguram-se acauteladas as questões previstas na Lei da Investigação Clínica n.º 21/2014, de 16 de abril (versão atualizada) e o respeito pelas regras impostas pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), que se impõem no âmbito desta matéria.

Nessa conformidade emito, parecer favorável.

Paula Sousa



02 de janeiro de 2023

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cohort studies*

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	1-2
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	3-4
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	4
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	5
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	5-7
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up (b) For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed	5
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	5-7
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	5-7
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	7
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	5
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	5-7
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, explain how loss to follow-up was addressed (e) Describe any sensitivity analyses	6-7
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram	12
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	8
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures over time	12

Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	8-16
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	13
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	17,20
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	20
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	17-20
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	20
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	23-24

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at <http://www.strobe-statement.org>.

Submissões

Condições para Submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

✓	A contribuição é original e inédita e não se encontra sob revisão ou para publicação por outra revista.
✓	Os ficheiros para submissão encontram-se em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapassem 2MB).
✓	URLs para as referências foram fornecidos quando disponíveis.
✓	O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Instruções para Autores, na secção Sobre a Revista.
✓	Foi preenchido o Formulário para os autores: Anexo I (todos os anexos estão disponíveis para consulta nos pontos 6 e 7 das Normas para submissão de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar).
✓	Foi preenchido o Formulário de declaração de conduta ética (Anexo II).
✓	Foi preenchida a Declaração de Consentimento Informado (Anexo III).
✓	São cumpridas as Normas para a submissão de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (Anexo IV), com excepção dos pontos abaixo assinalados, no caso de submissão exclusiva através do site.

NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS À REVISTA PORTUGUESA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

1. ÂMBITO EDITORIAL

A Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (RPMGF) aceita para publicação artigos de investigação fundamental, epidemiológica, clínica, sobre administração de serviços de saúde ou sobre educação, bem como artigos de revisão, artigos sobre a prática clínica, relatos de casos clínicos, artigos de opinião e outros que possam contribuir para o desenvolvimento da especialidade da medicina geral e familiar ou para a melhoria dos cuidados de saúde primários. Os artigos poderão ser redigidos em português, inglês ou espanhol.

Este documento expõe a última versão das normas de apresentação de artigos à RPMGF (doravante designadas por Normas), que consiste numa revisão e atualização das normas publicadas em 2010 e revistas em 2015 e 2018.^{1, 2} Este documento não está protegido por direitos de autor, podendo ser copiado, reimpresso ou distribuído eletronicamente sem autorização.

Os autores que pretendam submeter artigos a esta revista devem ler atentamente e ter conhecimento do conteúdo dos vários tópicos, dado que o não cumprimento dos requisitos definidos leva à recusa de aceitação dos mesmos ou à recusa da sua publicação.

Recomenda-se aos autores que utilizem a versão eletrónica dos anexos constantes nestas normas, disponíveis no sítio da internet da RPMGF, quando pretenderem submeter um manuscrito.

2. POLÍTICA EDITORIAL

Autoria

A produção de um trabalho científico resulta dos contributos dados por diversas pessoas e entidades. Porém, nem todas as contribuições conferem a atribuição de autoria do trabalho.

Todos aqueles que são nomeados como autores têm que cumprir os quatro requisitos do Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas para definição de autoria³ e todos os que cumpram estes requisitos devem ser nomeados como autores:

- Ter uma contribuição substancial para a conceção e delineamento, recolha de dados ou análise e interpretação dos dados;

- Participar na redação ou revisão crítica do artigo no que respeita a conteúdo intelectualmente importante;
- Rever a versão final do manuscrito e aprovar a sua publicação;
- Assumir a responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas com a precisão ou a integridade de qualquer parte do trabalho sejam adequadamente investigadas e resolvidas.

Outras pessoas que possam ter contribuído para o trabalho, mas não preenchem os critérios de autoria, devem ser mencionadas nos agradecimentos. Não se incluem aqui pessoas ou entidades que tenham contribuído exclusivamente com o financiamento do trabalho.

Conflito de interesses

Existe um conflito de interesses quando um autor (ou a sua instituição) tem relações pessoais, profissionais ou financeiras que podem influenciar as suas decisões, trabalho ou manuscrito. Nem todas estas relações representam verdadeiros conflitos de interesses. Por outro lado, o potencial para conflito de interesses pode existir independentemente de o autor acreditar ou não que esta relação afeta o seu julgamento científico. O potencial para conflito de interesses pode residir nos autores, revisores ou editores.

Desta forma, para manter a transparência no processo editorial, todos os envolvidos na publicação de artigos (autores, revisores e editores) são convidados a declarar potenciais conflitos de interesses. Caso os trabalhos tenham sido financiados total ou parcialmente por uma ou mais pessoas ou entidades, essa informação terá de ser publicada juntamente com o artigo.

A existência de conflitos de interesse e/ou financiamento externo não é critério de aceitação ou rejeição de manuscritos.

3. DECLARAÇÃO DE ÉTICA E DE BOAS PRÁTICAS NA PUBLICAÇÃO

(baseada nas recomendações da *Best Practice Guidelines for Journal Editors*)⁴

Conduta Ética para a publicação de artigos

A RPMGF está empenhada em assegurar a ética na publicação e qualidade dos artigos. Como tal, é esperado que todas as partes envolvidas – autores, direção, editores, revisores e editora – sigam os padrões de comportamento ético definidos internacionalmente.

Autores: Os autores devem apresentar uma análise objetiva da importância do trabalho de investigação, divulgando os detalhes e referências necessárias para permitir a reprodução das

experiências. A investigação em seres humanos ou animais implica uma conduta ética que cumpre os preceitos definidos na Declaração de Helsínquia. Como tal, o protocolo de investigação deverá ser submetido, antes do início da colheita dos dados, a parecer da Comissão de Ética para a Saúde da(s) instituição(ões) de saúde onde está previsto decorrer o estudo. O parecer favorável desta comissão deverá ser englobado nos documentos a entregar na submissão de artigos (em conjunto com o Anexo II).

Nos relatos de caso, os autores deverão garantir o anonimato no caso apresentado, sendo necessário o consentimento informado do(s) visado(s) para a sua divulgação (Anexo III). Nos artigos de revisão deverá também ser garantida a sua objetividade, a sua abrangência dentro da área da Medicina Geral e Familiar e a adequação quanto ao estado da arte da prática clínica. Nas restantes tipologias aplicam-se os mesmos princípios da objetividade, relevância e adequação quanto aos conhecimentos e práticas mais recentes.

Os autores devem garantir que o seu trabalho é inteiramente original e, se utilizados trabalhos ou excertos de outros trabalhos, esse facto deverá ser declarado e enviada a respetiva autorização de publicação. Em caso de figuras não protegidas por direito de autor, tal deve ser declarado pelos responsáveis pelo manuscrito. A prática de plágio, em qualquer das suas formas, constitui um comportamento antiético de publicação e é inaceitável. A submissão do mesmo manuscrito a mais do que uma revista ou a submissão de artigos cuja pesquisa é essencialmente a mesma, a mais de uma revista, constituem igualmente comportamentos antiéticos de publicação e inaceitáveis. O autor correspondente deve garantir que existe um consenso pleno de todos os coautores na aprovação da versão final do documento e na sua submissão para publicação.

Declarações fraudulentas ou intencionalmente imprecisas constituem um comportamento antiético e são inaceitáveis.

Editores: Os editores devem avaliar os manuscritos exclusivamente com base na sua mais-valia académica e científica. Um editor não deve usar informações não publicadas nos seus próprios trabalhos, sem o expreso consentimento por escrito do autor. Os editores devem tomar as medidas adequadas em resposta a eventuais reclamações éticas apresentadas, relativamente a um manuscrito submetido ou artigo publicado.

Revisores: Todos os trabalhos recebidos para avaliação devem ser tratados como documentos confidenciais. Informação privilegiada ou ideias obtidas através de revisão por pares devem ser mantidas em sigilo e não devem ser utilizadas para proveito pessoal. Os comentários ou correções devem ser conduzidos de forma objetiva e as observações formuladas devem ser claras e devidamente argumentadas, para que os autores possam usá-los para melhorar o manuscrito.

Qualquer revisor selecionado que não se sinta qualificado para avaliar o trabalho descrito no manuscrito, ou que saiba ser impossível a sua imediata revisão, deverá notificar o editor / secretariado da RPMGF e dispensar o processo de revisão. Os revisores não devem rever manuscritos em que tenham conflitos de interesse relativamente aos autores, empresas ou

instituições ligadas ao manuscrito, resultantes de concorrência, colaboração ou relação com qualquer um dos intervenientes.

Contribuição individual dos autores

A RPMGF assegura que os autores possam identificar a sua contribuição individual nos artigos publicados, através de uma descrição precisa e detalhada das tarefas que cada um desempenhou.

Utiliza o sistema CRediT conforme publicado por Allen et al (2014) ¹⁹. Cada autor deve identificar as tarefas em que participou, podendo ter contribuído em várias funções.

Conceptualização	formulação ou desenvolvimentos de metas e objetivos de investigação
Metodologia	Desenvolvimento ou desenho de metodologia; criação de modelos
Software	Conceção de programas de computador; implementação do código de computador e algoritmos de suporte; teste de componentes de código existentes
Validação	Verificação da replicação ou reprodutibilidade geral dos resultados e outros elementos da investigação
Análise formal	Aplicação de técnicas estatísticas, matemáticas, computacionais ou outras técnicas formais para analisar ou sintetizar dados de estudo
Investigação	Condução do processo de pesquisa e investigação, especificamente realizando experimentação ou colheita de dados
Recursos	Fornecimento de materiais de estudo, reagentes, materiais, pacientes, amostras de laboratório, animais, instrumentação, recursos de computação ou outras ferramentas de análise
Gestão de dados	Gestão de dados como a produção de metadados, a limpeza e a manutenção dos dados de pesquisa (incluindo código de software) para uso inicial ou reutilização

Redação – manuscrito original	Preparação, criação ou apresentação do rascunho inicial (incluindo tradução substantiva)
Redação – revisão e edição	Revisão, revisão crítica ou comentário sobre a preparação, criação ou apresentação do trabalho do grupo original, incluindo as etapas de pré ou pós-publicação
Visualização	Preparação, criação ou apresentação do trabalho publicado, especificamente visualização/apresentação de dados
Supervisão	Orientação e responsabilidade de liderança para a planificação e execução da investigação, incluindo a orientação externa à equipe principal
Administração do projeto	Responsável pela gestão e coordenação da planificação e execução das atividades de investigação
Aquisição de financiamento	Aquisição do apoio financeiro para o projeto que deu origem a esta publicação

4. ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA DOS ARTIGOS

Qualquer artigo submetido para publicação na RPMGF deverá ser preparado de acordo com os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Médicas, redigidos pela Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas^{3,5} e com os documentos incluídos na rede [EQUATOR \(Enhancing the Quality and Transparency of Health Research\)](#).⁶

Os artigos da iniciativa dos autores são: artigos de investigação original, revisões, relatos de caso, artigos de prática, formação, artigos de opinião e debate, artigos breves e cartas ao editor. Estes artigos são sujeitos a um processo de revisão por pares.

Os editoriais e os documentos são da responsabilidade dos editores.

Nesta secção apresentam-se os elementos que são comuns a todas as tipologias de artigo e uma descrição dessas diferentes tipologias.

Para as seguintes tipologias de artigos, é obrigatória a submissão, conjuntamente com o manuscrito, da respetiva grelha devidamente preenchida. Artigos que não sejam acompanhados

desta grelha serão imediatamente rejeitados:

- Ensaios Clínicos Aleatorizados: deverá ser usada a [grelha CONSORT](#);
- Estudos Observacionais: deverá ser usada a [grelha STROBE](#);
- Estudos de avaliação económica (custo-utilidade, custo-efetividade): deverá ser usada a [grelha CHEERS](#);
- Estudos de avaliação prognóstica ou de aferição de métodos de diagnóstico/rastreio: deverá ser usada a [grelha STARD](#), ou a [grelha TRIPOD](#);
- Estudos de melhoria da qualidade: deverá ser usada a [grelha SQUIRE](#);
- Revisões de tipologia Sistemática: deverá ser usada a [grelha PRISMA](#);
- Casos clínicos: deverá ser usada a [grelha CARE](#);

Não é obrigatória a submissão de grelhas de avaliação nas tipologias de revisão narrativa ou revisão crítica de autor, artigos de prática, formação, artigos de opinião e debate, artigos breves e cartas ao editor.

Elementos comuns às diferentes tipologias de artigo

Todos os artigos apresentados à RPMGF deverão ter um **Título**, a descrição dos **Autores**, um corpo de texto e **Referências Bibliográficas**. Na maioria das tipologias será necessário um **Resumo**. No caso de existirem pessoas que tenham dado contributos importantes para o artigo, mas que não cumpram os critérios de autoria, poderá ser incluída uma secção denominada **Agradecimentos** que será colocada entre o corpo de texto e as referências bibliográficas. A informação relativa aos conflitos de interesses e financiamento do trabalho deve ser colocada após as referências bibliográficas.

Em todas as tipologias de artigo, deverá ser colocada uma secção de **Teaser**, logo após a página do título e dos autores, e antes do resumo (se aplicável). Nesta secção deverá ser colocada uma a duas frases, até 30 palavras, com os aspectos principais do artigo (que poderá ser o próprio objectivo e resultado principal, ou uma mensagem chave).

O artigo terá que ter um **Título** e um **Resumo** em português e em inglês. Quando o idioma de publicação é o português, o primeiro resumo será em português e o segundo em inglês. Se o idioma de publicação for o inglês, a ordem será inversa. No caso do idioma de publicação ser o espanhol, o primeiro resumo será nesse idioma, havendo então um resumo em português e outro em inglês no final do artigo. Os resumos deverão ter um máximo de 300 palavras e serão seguidos de duas a seis palavras-chave. Estas palavras-chave deverão ser termos da lista de descritores médicos MeSH ⁷ ou dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME ⁸. A estrutura do resumo para cada uma das tipologias de artigo será explicitada na secção correspondente. Os textos escritos numa língua que não a materna deverão passar por uma revisão linguística e gramatical antes de serem submetidos para publicação. As versões dos resumos nas diferentes línguas devem ser consistentes entre elas, sem diferenças significativas no respetivo conteúdo.

São permitidos dois tipos de **ilustrações**: figuras e tabelas. Tanto as figuras como as tabelas devem ser numeradas com algarismos árabes, pela ordem de aparecimento no texto. O texto não deve repetir dados incluídos em ilustrações, limitando-se nesse caso a realçar ou resumir os seus aspetos

mais importantes. O número de ilustrações permitidas para cada uma das tipologias será explicitado na secção correspondente.

As **Referências Bibliográficas** devem seguir o formato indicado nas normas internacionais (estilo de Vancouver).⁹

Investigação original

Conteúdo: Artigos de investigação no âmbito da Medicina Geral e Familiar ou dos Cuidados de Saúde Primários. Deverão seguir as normas internacionalmente aceites para este tipo de artigos.^{3,5} Os autores são encorajados a seguir as normas STROBE¹⁰ para estudos observacionais, CONSORT¹¹ para ensaios clínicos, as normas STARD¹² para estudos de acuidade diagnóstica, as normas COREQ¹³ para estudos qualitativos e as normas SQUIRE¹⁴ para estudos de garantia e melhoria da qualidade. É ainda obrigatória a submissão da respetiva grelha de avaliação estrutural para as tipologias mencionadas previamente nestas normas.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 8.000 palavras, sendo admitido o número máximo de 10 ilustrações (tabelas ou figuras) por artigo.

Estrutura: Deve incluir **Título**, **Resumo** e três a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). O corpo do artigo deve ser subdividido em: **Introdução**, **Métodos**, **Resultados**, **Discussão** e **Conclusão**. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Corpo do artigo: A **Introdução** deverá ser sintética. Deve apresentar claramente o problema em questão, resumir o estado atual do conhecimento sobre o tema e referir os motivos que levaram à execução do estudo. A pergunta de investigação e os **objetivos** específicos da investigação, incluindo as hipóteses colocadas, deverão aparecer claramente formulados no final da introdução. Os **Métodos** deverão referir a configuração, local e tempo de duração de estudo, a população estudada, os métodos de amostragem, as unidades de observação e as variáveis medidas, os métodos de recolha de dados, bem como critérios, instrumentos, técnicas e aparelhos utilizados, bem como a ponderação dos aspetos éticos durante a planificação e execução da investigação, incluindo o parecer da Comissão de Ética para a Saúde Competente. Deve ser indicada a metodologia estatística. Os **Resultados** deverão ser apresentados de forma clara, usando texto e ilustrações (tabelas ou figuras). As ilustrações serão colocadas no manuscrito após as referências bibliográficas. A **Discussão** deverá salientar aspetos novos ou importantes do estudo e apresentar apenas as conclusões justificadas pelos resultados. Deverão ser feitas comparações com estudos idênticos realizados por outros autores e ser comentadas as limitações ou os vieses importantes do estudo. Podem ser sugeridas novas hipóteses de trabalho. Não devem ser feitas afirmações não baseadas no estudo efetuado, nem alusões a trabalhos incompletos ou não publicados. A **Conclusão** do estudo é apresentada.

Resumo: O **Resumo** deve expor os objetivos do trabalho, a metodologia básica, os resultados e conclusões principais e realçar aspetos novos e importantes do estudo ou das observações. É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes subtítulos: **Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões**. Encorajamos os investigadores a registar prospectivamente os ensaios clínicos num registo público de ensaios. Os ensaios clínicos deverão ter o número de registo no final do resumo.

Tabela 1. Síntese dos elementos específicos de cada tipologia de artigo

Tipo de artigo	Estrutura resumo	Estrutura corpo de texto	Dimensão	Ilustrações	Referências bibliográficas
Investigação original	Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	8.000	≤10	≤ 60

5. ORGANIZAÇÃO FORMAL DOS ARTIGOS

Formatação dos ficheiros eletrónicos submetidos

Os artigos devem ser datilografados em qualquer processador de texto e gravados num dos seguintes formatos: Microsoft Word, RTF ou Open Office. As páginas devem ser numeradas.

Documento de identificação (a submeter em “Documentos Suplementares”)

Primeira página

Deverá incluir apenas:

1. O título do artigo, que deverá ser conciso.
2. O nome do autor ou autores (devem usar-se apenas dois ou três nomes por autor).
3. O grau, título ou títulos profissionais e/ou académicos do autor ou autores.
4. A afiliação (indicando especificamente Serviço, Departamento, Instituição, Cidade, País).
5. A identificação ORCID de todos os autores (consultar www.orcid.org).

Segunda página

Deverá incluir apenas:

1. O nome, telefone/fax, endereço de correio eletrónico e endereço postal do autor responsável pela correspondência com a revista acerca do manuscrito.
2. O nome, endereço de correio eletrónico e endereço postal do autor a quem deve ser dirigida a correspondência sobre o artigo após a sua publicação na revista.

Texto do artigo (a submeter em “Transferência do Manuscrito”)

Primeira página (completamente anonimizado)

Deverá incluir apenas:

1. Título do artigo nas línguas necessárias.
2. Resumo do artigo nas línguas necessárias. O resumo deve respeitar as normas indicadas para o tipo de artigo em questão e tornar possível a compreensão do artigo sem que haja necessidade de o ler.
3. Duas a seis palavras-chave nas línguas necessárias usando, sempre que existirem, termos da lista de descritores médicos MeSH,⁷ dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME⁸ ou dos descritores da PORBASE (Índice de Assuntos).⁹
4. Indicação da tipologia do artigo (a que secção da revista se destina).
5. Teaser. Frase num máximo de 30 palavras que foque a mensagem chave do artigo.

Páginas seguintes

As páginas seguintes incluirão o texto do artigo, devendo cada uma das secções em que este esteja subdividido começar no início de uma página.

As tabelas deverão ser colocadas no texto no local onde deverão ser lidas, numeradas consecutivamente de acordo com a ordem de entrada no texto, em numeração árabe. As tabelas deverão sempre incluir um título curto e poderão incluir em rodapé notas explicativas consideradas necessárias e assinaladas utilizando os símbolos indicados nas normas de Vancouver.^{3,5} Ter em atenção que todas as siglas, acrónimos e abreviaturas deverão ser colocadas por extenso nas notas.

As figuras deverão ser colocadas como anexo após as referências bibliográficas, indicando no texto o local onde deverão ser lidas, numeradas consecutivamente de acordo com a ordem de entrada no texto, em numeração árabe.

Primeira página a seguir ao texto do artigo

Deverá incluir o capítulo Agradecimentos, quando este exista.

Primeira página a seguir aos Agradecimentos

Deverá conter o início do capítulo Referências bibliográficas.

Primeira página a seguir a Referências bibliográficas

Deverá conter a informação relativa aos conflitos de interesse dos autores e ao financiamento do estudo (de acordo com a informação prestada no [Anexo I](#)).

Páginas seguintes

Deverão incluir as ilustrações. Estas devem ser enviadas cada uma em sua folha com indicação do respetivo número (algarismo árabe, com numeração consecutiva para as tabelas e com numeração consecutiva para as figuras, de acordo com a ordem de entrada no texto) e legenda. As tabelas deverão sempre incluir um título curto e poderão incluir em rodapé notas explicativas consideradas

necessárias e assinaladas utilizando os símbolos indicados nas normas de Vancouver.^{3,5} Gráficos, diagramas, gravuras e fotografias (figuras) deverão ser apresentados com qualidade que permita a sua reprodução direta e numerados com algarismos árabes. Não devem ser utilizados gráficos tridimensionais. As figuras em formato digital devem ser enviadas como ficheiros separados e não dentro do documento de texto. São aceites os formatos JPEG, TIF e EPS, preferencialmente com uma resolução de 300 pontos por polegada (dpi) ou superior. No caso de se tratar de fotografias de pessoas ou de fotografias já publicadas, proceder de acordo com as normas de Vancouver.^{3,5}

Normas de estilo

O uso de abreviaturas e símbolos, bem como as unidades de medida, devem estar de acordo com as normas internacionalmente aceites.^{3,5}

1. Deve-se usar maiúsculas apenas nas seguintes situações:
 - a) no título e nas principais secções do trabalho;
 - b) na primeira palavra de todos os parágrafos;
 - c) nas palavras principais de capítulos, subcapítulos, secções e subsecções;
 - d) nas palavras dos títulos das figuras e tabelas;
 - e) em nomes de escalas e instrumentos de medida;
 - f) em substantivos determinados por numeral ou letra;
 - g) em nomes de disciplinas académicas.
2. Usar sempre a denominação comum internacional (DCI) para os fármacos .
3. Escrever por extenso algarismos menores que 10, exceto quando se fazem comparações com números iguais ou superiores a 10, se utilizadas unidades de medida, na representação de funções matemáticas, quantidades fracionais, percentagens e razões. Nunca iniciar uma frase com um algarismo.
4. Usar sempre algarismos para designar tempo, data, idade, amostra e população, tamanho, resultados, dosagens, percentagens, graus de temperatura, medidas métricas e pontos numa escala.
5. Por regra, não usar abreviaturas fora de parênteses, exceto as abreviaturas utilizadas pelos sistemas de medidas (p. ex. Kg).
6. Os acrónimos só devem ser utilizados se fazem parte da linguagem corrente (e.g., OMS) ou para designar uma sigla ou uma expressão técnica que vai ser utilizada repetidamente (e.g., DPOC). Neste caso, o seu uso deve ser apresentado entre parênteses, depois da expressão original, na primeira vez que é utilizado no texto.
7. Devem-se evitar estrangeirismos, sempre que possível.
8. Não usar sublinhados.
9. Usar *itálico* apenas nas situações de palavras estrangeiras e nomes técnicos das classificações científicas.
10. Os símbolos estatísticos (e.g., t, r, M, DP, p) devem ser escritos em *itálico*, com exceção dos símbolos em grego.
11. A indicação da casa decimal deve fazer-se através de uma vírgula e não de um ponto final.
12. No texto, os números decimais devem ser apresentados apenas com até duas casas e com arredondamento, a não ser em casos excecionais em que tal se justifique.
13. Os operadores aritméticos e lógicos, como +, -, =, < e >, levam espaço antes e depois.

Referências Bibliográficas

As Referências Bibliográficas devem ser citadas no texto com algarismos árabes em elevado, pela ordem de primeira citação e incluídas neste capítulo, utilizando exatamente a mesma ordem de citação no texto. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus*.

A Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar é referenciada usando a abreviatura Rev Port Med Geral Fam.

O numeral da citação deverá ser colocado após a pontuação (ponto, vírgula, etc.). Todas as referências devem obedecer às [normas de Vancouver](#) da ICMJE. Poderão ser utilizados os sistemas de gestão de referências (como o EndNote®, o RefManager®, ou outro).

Exemplos:

(...) como é o caso das listas de distribuição.⁵

Estudos mais recentes, efetuados por Di-Franza e colaboradores,⁷ mostram que as crianças se tornam dependentes da nicotina mais facilmente do que os adultos.

Se após uma frase houver lugar à citação de mais do que uma referência estas deverão ser separadas por vírgulas, exceto se forem sequenciais; nessa circunstância serão separadas por hífen.

Exemplos:

(...) sendo a prevalência maior nesse grupo etário;^{9,15,21}

(...) comparativamente a esses estudos,⁶⁻⁹

(...) tabaco a menores de 18 anos e a de regulamentar a venda de tabaco através de máquinas automáticas.^{4,7-9}

Para as referências a documentação legal deverão ser indicados os elementos que permitem chegar ao texto integral do ato legislativo: tipo de ato, número, data, série do Diário da República (DR) e número de DR.

Exemplo:

Decreto-Lei n.º 114/92, de 4 de junho. Diário da República. 1ª Série A(129).

6. SUBMISSÃO DE ARTIGOS À APRECIÇÃO EDITORIAL

Os documentos devem ser submetidos através da plataforma *online* OJS, em <http://www.rpmgf.pt>.

Os documentos a submeter incluem:

- O Documento de identificação
- O Texto do artigo, incluindo as tabelas, nos formatos Microsoft Word, RTF ou Open Office (texto, tabelas e diagramas), será submetido no «Passo 2: Transferência do manuscrito». Deverá incluir as legendas das figuras após as tabelas.
- As figuras em formato JPEG, TIF ou EPS (ilustrações). Serão submetidas no «Passo 2», identificados pela numeração respetiva.
- O formulário constante do [Anexo I](#) preenchido por cada um dos autores.
- Tratando-se de um estudo original, a declaração de conduta ética ([Anexo II](#)) preenchida pelo autor correspondente e cópia do parecer da Comissão de Ética à qual o protocolo do estudo foi submetido.
- Tratando-se de um relato de caso, declaração de consentimento informado, assinada pelo doente ou pelo representante legal em caso de menores ou incapazes, que motivou o relato de caso ([Anexo III](#)).
- Havendo fotografia de doente(s), declaração de consentimento informado assinada pelo doente fotografado ou representante legal, para cada ilustração enviada, devidamente identificadas ([Anexo III](#)).
- Em qualquer situação cuja publicação de informação clínica suscite dúvidas do ponto de vista ético deverá ser solicitado parecer a uma Comissão de Ética.
- Cópias de quaisquer autorizações para reproduzir material já publicado, para utilizar figuras ou relatar informação pessoal sensível de pessoas identificáveis.

7. CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita e não se encontra sob revisão ou para publicação por outra revista.
2. Os ficheiros para submissão encontram-se em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapassem 2MB).
3. URLs para as referências foram fornecidos quando disponíveis.
4. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Instruções para Autores, na secção Sobre a Revista.
5. Foi preenchido o Formulário para os autores: [Anexo I](#) (todos os anexos estão disponíveis para consulta na página eletrónica da RPMGF em www.rpmgf.pt).
6. Foi preenchido o Formulário de declaração de conduta ética ([Anexo II](#)).
7. Foi preenchida a Declaração de Consentimento Informado ([Anexo III](#)).
8. São cumpridas as Normas para a submissão de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar ([Anexo IV](#)), com excepção dos pontos abaixo assinalados, no caso de submissão exclusiva através do *site*.
9. Na submissão de um artigo *online*, no Passo 2 da transferência do ficheiro do artigo, este deverá estar anonimizado e não conter qualquer tipo de identificação pessoal, que será preenchida nos passos seguintes da submissão.
10. Um documento contendo a identificação dos autores, conforme descrito em **5**.
ORGANIZAÇÃO FORMAL DOS ARTIGOS, deverá ser submetido no «Passo 2. Transferência do manuscrito suplementares» do processo de submissão *online*.

11. Na submissão de artigos *online*, os conflitos de interesse que os autores queiram fazer constar explicitamente no artigo deverão ser preenchidos no campo «Comentários ao Editor» do Passo 1 da submissão e não no ficheiro a submeter.

Qualquer dúvida pode ser esclarecida por contacto com o secretariado da RPMGF através do endereço de correio eletrónico: secretariado@rpmgf.pt.

8. TRATAMENTO EDITORIAL

Os textos recebidos são submetidos a um processo de validação administrativa; os artigos que não obedeçam à organização científica e à organização formal expostas nestas normas não serão aceites nem apresentados ao Conselho Editorial, sendo automático o processo de devolução.

Os textos que estejam de acordo com as normas são identificados por um número comunicado aos autores, que deve ser referido em toda a correspondência com a revista. Será considerada como data de receção do artigo o último dia de receção da versão eletrónica do artigo e dos anexos necessários. Os artigos aceites serão distribuídos a um editor responsável, que fará uma apreciação sumária e apresentará o artigo em reunião do Conselho Editorial. Os artigos que não estejam relacionados com a missão da revista (o desenvolvimento da especialidade de medicina geral e familiar ou a melhoria dos cuidados de saúde primários) serão recusados.

A decisão do Conselho Editorial é soberana e não passível de recurso. O Editor-Chefe tem poder de veto dentro do Conselho Editorial.

Os artigos que estejam de acordo com as normas e que se enquadrem na missão da revista entrarão num processo de revisão por pares. Aos revisores será pedida a apreciação crítica de artigos submetidos para publicação. Essa avaliação incluirá as seguintes áreas: atualidade, fiabilidade científica, importância clínica e interesse para publicação do texto. De forma a garantir a isenção e imparcialidade na avaliação, os artigos serão enviados aos revisores sem a identificação dos respetivos autores e cada artigo será apreciado por dois ou mais revisores. Caso exista divergência de apreciação entre revisores, os editores poderão convidar um terceiro revisor. A decisão final sobre a publicação será tomada pelos editores com base nos pareceres dos revisores. As diferentes apreciações dos revisores serão integradas pelo editor responsável e comunicadas aos autores. Os autores não terão conhecimento da identidade ou afiliação dos revisores.

A decisão relativa à publicação pode ser no sentido da recusa, da publicação sem alterações ou da publicação após modificações. Neste último grupo, os artigos, após a realização das modificações propostas, poderão ser reapreciados pelos revisores originais do artigo, ou outros. Desta reapreciação resultará uma nova apreciação por parte do editor responsável e a decisão de recusa, de publicação, ou de nova revisão do texto, da qual os autores serão informados.

9. CUSTOS DE PUBLICAÇÃO

A Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar **não cobra nenhum valor** pela submissão, edição e publicação dos artigos submetidos.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral. 2015;39(1):64-76.
2. Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Rev Port Med Geral Fam. 2018;34(3):173-80.
3. International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals [Internet]. ICMJE; 2017 [updated 2017 Dec; cited 2018 Apr 02]. Available from: <http://www.icmje.org>
4. Committee on Publication Ethics. Best practice guidelines for journal editors [Internet]. COPE; 2014. Available from: <http://publicationethics.org/>
5. Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, Montenegro M, Sousa JC. Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas: escrever e editar para publicação biomédica. Rev Port Clin Geral. 2007;23(6):778-98.
6. The EQUATOR Network. Enhancing the quality and transparency of health research [Internet]. Oxford: Minervation; 2014 [cited 2015 Feb 18]. Available from: <http://www.equator-network.org/>
7. US National Library of Medicine. Medical subject headings [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine; 1999-2014 [updated 2014 Sep 08; cited 2015 Feb 18]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>
8. BIREME. Descritores em ciências da saúde (DeCS) [Internet]. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde; 1999-2014 [updated 2014 Mar; cited 2015 Feb 18]. Available from: <http://decs.bvs.br/>
9. Patrias K, Wendling D. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Bethesda (MD): National Library of Medicine; 2007 [updated 2011 Sep 15; cited 2015 Feb 18]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>
10. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol. 2008;61(4):344-9.
11. Schulz KF, Altman DG, Moher D, CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. BMJ. 2010;340:c332.
12. Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD Initiative, standards for reporting of diagnostic accuracy. Clin Chem. 2003;49(1):1-6.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-57.
14. Davidoff F, Batalden P, Stevens D, Ogrinc G, Mooney S. Publication Guidelines for Quality Improvement Studies in Health Care: evolution of the SQUIRE Project. J Gen Intern Med. 2008;23(12):2125-30.
15. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D, et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. Glob Adv Health Med. 2013;2(5):38-43.
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. J Clin Epidemiol.

2009;62(10):1006-12.

17. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting, meta-analysis of observational studies in epidemiology (MOOSE) group. JAMA. 2000;283(15):2008-12.
18. Riley RD, Lambert PC, Abo-Zaid G. Meta-analysis of individual participant data: rationale, conduct, and reporting. BMJ. 2010;340:c221
19. Allen, L., Scott, J., Brand, A., Hlava, M., & Altman, M. (2014). Credit where credit is due. Nature, 508, 312–313. DOI:10.1038/508312a

Declaração de Direitos de Autor

Os autores concedem à RPMGF o direito exclusivo de publicar e distribuir em suporte físico, electrónico, por meio de radiodifusão ou em outros suportes que venham a existir o conteúdo do manuscrito identificado nesta declaração. Concedem ainda à RPMGF o direito a utilizar e explorar o presente manuscrito, nomeadamente para ceder, vender ou licenciar o seu conteúdo. Esta autorização é permanente e vigora a partir do momento em que o manuscrito é submetido, tem a duração máxima permitida pela legislação portuguesa ou internacional aplicável e é de âmbito mundial. Os autores declaram ainda que esta cedência é feita a título gratuito. Caso a RPMGF comunique aos autores que decidiu não publicar o seu manuscrito, a cedência exclusiva de direitos cessa de imediato.

Os autores autorizam a RPMGF (ou uma entidade por esta designada) a actuar em seu nome quando esta considerar que existe violação dos direitos de autor.

Os autores têm direito a:

- Reproduzir um número razoável de cópias do seu trabalho em suporte físico ou digital para uso pessoal, profissional ou para ensino, mas não para uso comercial (incluindo venda do direito a aceder ao artigo).
- Colocar no seu sítio da internet ou da sua instituição uma cópia exacta em formato electrónico do artigo publicado pela RPMGF, desde que seja feita referência à sua publicação na RPMGF e o seu conteúdo (incluindo símbolos que identifiquem a RPMGF) não seja alterado.
- Publicar em livro de que sejam autores ou editores o conteúdo total ou parcial do manuscrito, desde que seja feita referência à sua publicação na RPMGF.
- Receber, até cinco anos após a publicação, 10% do valor pago por uma entidade terceira à RPMGF pela reprodução em separado do seu artigo, quando esse valor for superior a 1.500 euros.

Os autores aceitam que, em caso de conflito, a resolução deste acordo será feita em Portugal e de acordo com a legislação portuguesa aplicável.

Política de Privacidade

A Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar detém o direito exclusivo de publicar, distribuir, ceder, vender ou licenciar em suporte físico, electrónico, por meio de radiodifusão ou em outros

suportes que venham a existir todos os conteúdos publicados. É proibida a reprodução, mesmo parcial, de artigos e ilustrações sem prévia autorização da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Exceptua-se a citação ou transcrição de pequenos excertos, desde que se faça menção da fonte.

Os nomes e endereços fornecidos nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

