



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2013/2014

Bruna Daniela de Melo Guedes  
O Ensino de Competências Clínicas de Comunicação a Estudantes  
de Medicina: Relação entre Empatia, Alexitimia e Capacidade de  
Reconhecimento de Emoções Faciais

março, 2014

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Bruna Daniela de Melo Guedes  
O Ensino de Competências Clínicas de Comunicação a Estudantes  
de Medicina: Relação entre Empatia, Alexitimia e Capacidade de  
Reconhecimento de Emoções Faciais

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Neurociências Clínicas e Saúde Mental**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:**

**Mestre Ivone Castro-Vale**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:**

**Acta Médica Portuguesa**

março, 2014

**FMUP**

Eu, Bruna Daniela de Melo Guedes, abaixo assinado, nº mecanográfico 080801040, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

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

Assinatura conforme cartão de identificação:

Bruna Daniela de Melo Guedes

**Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO**

NOME

Bruna Daniela de Melo Guedes

CARTÃO DE CIDADÃO OU PASSAPORTE (se estrangeiro)

E-MAIL

TELEFONE OU TELEMÓVEL

13745091

mimed08040@med.up.pt

961648768

NÚMERO DE ESTUDANTE

DATA DE CONCLUSÃO

080801040

20 de Março de 2014

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Neurociências Clínicas e Saúde Mental

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

O Ensino de Competências Clínicas de Comunicação a Estudantes de Medicina: Relação entre Empatia, Alexitimia e Capacidade de Reconhecimento de Emoções Faciais

ORIENTADOR

Mestre Ivone Castro-Vale

COORIENTADOR (se aplicável)

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

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

Assinatura conforme cartão de identificação: Bruna Daniela de Melo Guedes

Ao meu avô, Manuel Melo.

# **O Ensino de Competências Clínicas de Comunicação a Estudantes de Medicina: Relação entre Empatia, Alexitimia e Capacidade de Reconhecimento de Emoções Faciais**

## **Teaching Communication Skills to Medical Students: Association between Empathy, Alexithymia and Facial Emotion Recognition Ability**

Bruna Melo<sup>1</sup>, Gisela Vasconcelos<sup>1</sup>, Luís Ferreira Pinto<sup>2,3</sup>, Ivone Castro-Vale<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidade de Psicologia Médica do Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

<sup>2</sup> Center for Health Technology and Services Research – CINTESIS, Portugal

<sup>3</sup> Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde – CIDES, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

Correspondência:

Bruna Melo

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Unidade de Psicologia Médica do Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental

Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto, Portugal

Telefone: 225513672

E-mail: mimed08040@med.up.pt

**Título para cabeçalho:**

**Empatia e reconhecimento de emoções em estudantes de medicina**

**Empathy and emotion recognition in medical students**

## **O ensino de competências clínicas de comunicação a estudantes de Medicina: relação entre empatia, alexitimia e capacidade de reconhecimento de emoções faciais**

**Teaching Communication Skills to medical students: association between Empathy, Alexithymia and Emotion Recognition Ability.**

### **Resumo:**

Introdução:

A Empatia clínica é o reconhecimento das emoções do paciente e a transmissão deste reconhecimento. É sabido que a empatia, na relação médico-doente, influencia o desempenho terapêutico. Estudos demonstraram que as capacidades empáticas podem ser ensinadas a estudantes de medicina. Além disto, a capacidade de reconhecer emoções facilita a empatia. A alexitimia deve influenciar negativamente a empatia. Este estudo pretende avaliar a evolução da empatia e da capacidade de reconhecimento de emoções com o ensino de competências de comunicação e como se relacionam com a alexitimia.

Materiais e Métodos:

A amostra é constituída por alunos de medicina do 2.º ano seleccionados aleatoriamente das 17 turmas inscritas no segundo semestre de Psicologia Médica II da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, onde são lecionadas técnicas de comunicação especiais. Os participantes completaram quatro questionários de autopreenchimento: dados socio-demográficos, Escala de Alexitimia de Toronto, Índice de Reactividade Interpessoal e o Teste de Capacidade de Reconhecimento de Emoções (ERA)

Resultados:

65 estudantes [média de idade (DP): 20 (3)] foram incluídos, 35% do sexo masculino. Tendo em conta o teste ERA, encontrámos um aumento na capacidade de reconhecimento de emoções total (88,05% para 90,58%,  $p=0,030$ ), tendo o nojo e a tristeza aumentado significativamente ( $p=0,028$  e  $0,049$ )

respetivamente). Indivíduos sem alexitimia apresentam uma melhoria significativa na capacidade total de reconhecimento da expressão facial de emoções (de 88,23% para 92,63%),  $p=0,002$ ), contrariamente a indivíduos alexitímicos.

**Discussão e Conclusão:**

Os resultados do nosso estudo sugerem que o treino pode aumentar a capacidade de reconhecer emoções.

**Palavras-Chave:** Empatia; Emoção; Emoção expressa, Alexitimia; Educação médica

**Abstract:**

**Introduction:**

Clinical empathy is the appreciation of patient's feelings and the communication of this understanding. It is known that physician's empathy promotes the quality of health care. Studies have demonstrated that empathic skills can be taught to medical students. Furthermore, the ability to recognize facial expression of emotions facilitates empathy. Alexithymia is expected to influence negatively empathy levels. This work aims to study the evolution of empathy and emotion recognition ability by teaching communication skills, and its associations with alexithymia.

**Materials and Methods:**

The subjects were 2nd year medical students randomly selected from the 17 classes of Faculty of Medicine, University of Porto, attending 2nd semester's Medical Psychology course, where they learn special communication skills. They filled self-administered questionnaires: socio demographic data, Toronto Alexithymia Scale, Interpersonal Reactivity Index, and the Emotion Recognition Ability test, (ERA)

**Results:**

65 students [mean age (SD): 20 (3)] were included, 35% male. Concerning the ERA test, we found an

increase in the total ability to recognise emotions (88.05% to 90.58%,  $p=0.030$ ), being disgust and sadness the only achieving significant differences ( $p=0.028$  and  $0.049$  respectively). Non alexithymic individuals had a significant increase in total emotion recognition ability (from 88.23% to 92.63%,  $p=0.002$ ), when compared to alexithymic individuals.

Discussion and Conclusion:

The results of our study suggest that training can improve the ability to recognize emotions

**Key-words:** Empathy; Emotions; Expressed emotion; Alexithymia; Medical Education.

## Introdução

A empatia é um conceito multidimensional sem uma definição consensual entre especialistas<sup>1</sup>. No universo da atividade clínica corresponde essencialmente à capacidade de reconhecer as emoções dos pacientes e dar-lhes resposta adequada, transmitindo este reconhecimento ao próprio doente<sup>2</sup>. Este constructo foi descrito por Morse como sendo constituído por quatro componentes essenciais: emotiva, moral, cognitiva e comportamental, como citado em<sup>1, 2</sup>, sendo as últimas duas consideradas mais importantes para o contexto clínico<sup>3</sup>. Segundo Stepien et al, a componente emotiva refere-se à capacidade de imaginar emoções e perspetivas do paciente, a moral reflete a motivação pessoal para empatizar; a componente cognitiva é a capacidade de identificar e compreender emoções e perspetivas do paciente numa vertente mais intelectual, enquanto a comportamental é a aptidão para transmitir este reconhecimento ao paciente<sup>2</sup>.

Sabemos que a empatia, enquanto componente da relação médico-doente, influencia decisivamente o desempenho e a qualidade terapêutica<sup>2, 4</sup>. Uma associação inversa é encontrada entre valores negativos de empatia e níveis de satisfação dos doentes<sup>4</sup>.

Vários estudos têm demonstrado que a empatia pode ser melhorada pelo ensino de competências de comunicação clínica e adquirida com a prática, através de diversas intervenções técnicas nos estudantes de medicina, das quais são exemplos *workshops*, *role-playing*, observação de vídeos e outros, quando direcionadas para a sua vertente comportamental<sup>2, 5</sup>.

A capacidade de reconhecimento de emoções constitui uma etapa essencial do processo empático e pode também ser melhorada através do treino<sup>6</sup>. É amplamente reconhecido que a expressão da emoção a nível facial é um importante fator para o desenvolvimento do processo empático, além da prosódia e do conteúdo do discurso<sup>7</sup>. Sem esta informação emocional expressa a nível facial, a capacidade de reconhecer estados emocionais não-verbais no outro diminui dramaticamente, reduzindo assim a capacidade empática do indivíduo<sup>7</sup>. Tem sido demonstrada uma correlação positiva entre a empatia e a capacidade de reconhecer emoções<sup>8</sup>. É, portanto, de esperar que estas duas características se influenciem mutuamente.

Indivíduos do sexo feminino e alunos vocacionados para especialidades mais humanas e voltadas para o paciente parecem ter níveis de empatia mais elevados, bem como melhor capacidade

de reconhecer emoções no outro<sup>6</sup>.

Por outro lado a alexitimia refere-se à dificuldade de identificar e descrever sentimentos<sup>9</sup>, bem como de transmiti-los verbalmente ao próximo<sup>10</sup>. Este constructo reflete mesmo um défice na capacidade de regulação emocional<sup>11</sup>. Esta entidade está descrita em diversas patologias médicas e psiquiátricas<sup>10</sup>, e pode também estar presente, em diferentes graus, em indivíduos sem doença. Assim sendo, a presença de alexitimia pode contribuir para a diminuição da capacidade de reconhecimento de emoções e da capacidade empática<sup>12</sup>.

Como referido anteriormente, o ensino de competências clínicas de comunicação que permitam o médico reconhecer reações verbais e não-verbais dos doentes deve melhorar as suas características empáticas bem como o reconhecimento de emoções<sup>6</sup>.

Pretendemos, através deste estudo longitudinal, avaliar a forma como o ensino de competências especiais de comunicação clínica e competências empáticas influenciam a empatia e a capacidade de reconhecer emoções dos estudantes de medicina, bem como suas relações com a alexitimia.

### **Métodos:**

Do Universo de alunos do 2.º Ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a frequentar a Unidade Curricular de Psicologia Médica II no ano letivo de 2012/ 2013, foi feita uma amostragem aleatorizada por estratos, tendo sido selecionados 8 estudantes de cada uma das 17 turmas e convidados a participar no estudo. O Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto propõe-se a ensinar competências de comunicação clínica de grande relevância para o percurso da educação médica. A unidade curricular de Psicologia Médica I ensina competências básicas de comunicação. Por sua vez, Psicologia Médica II, tem como objetivo específico o treino de competências especiais de comunicação clínica, verbais e não-verbais que permitam ao futuro médico o entendimento das suas próprias atitudes e as reações do paciente em relação à sua doença. Este ensino é realizado através de *role-playing* e vídeos que sucedem preleções de carácter teórico e entrevistas clínicas com doentes reais<sup>13</sup>.

Os participantes foram convidados a responder a questionários de autopreenchimento em duas

fases distintas de avaliação. No início do semestre responderam ao teste de capacidade de reconhecimento de emoções (ERA), o Índice de Reatividade Interpessoal (IRI)<sup>1</sup> e à Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)<sup>10</sup> e ainda a questões sociodemográficas. Repetiram o preenchimento dos dois primeiros questionários após o término do semestre, para comparação dos dados.

Para avaliar a empatia utilizámos o questionário IRI, desenvolvido por Davis, que avalia as dimensões afetiva e cognitiva deste constructo<sup>14</sup>. Consta de 28 itens, divididos por quatro sub-escalas com sete questões cada, definidas por quatro fatores: Tomada de Perspetiva, que se refere à adoção do ponto de vista do outro; Preocupação Empática, mede a compaixão e preocupação pelo próximo; Desconforto Pessoal, reflete sentimentos de apreensão e ansiedade em situações interpessoais tensas e a Fantasia, que avalia a capacidade de a pessoa se imaginar numa dada situação<sup>14</sup>. A escala utilizada, validada e adaptada à população portuguesa, tem menos quatro itens, melhorando assim a sua validade fatorial, resultando em 24 itens<sup>1</sup>.

Avaliámos a alexitimia através do TAS-20, um questionário de autopreenchimento com 20 questões de resposta tipo Likert. A escala avalia os três principais aspetos do constructo: a dificuldade em identificar sentimentos, dificuldade de descrevê-los e o pensamento orientado externamente<sup>15, 16</sup>. Esta escala foi traduzida e validada para a população Portuguesa por Veríssimo<sup>10</sup>.

A capacidade de reconhecimento de emoções foi avaliada pelo teste ERA, um teste em fase de desenvolvimento para validação para a população portuguesa, baseado nas fotografias propostas por Matsumoto & Ekman<sup>17</sup>. O teste consiste num conjunto de 56 fotografias, apresentadas de forma aleatória no formato PowerPoint®, (oito fotografias de cada uma das sete emoções básicas: raiva, desdém, nojo, medo, alegria, tristeza e surpresa), expressas por indivíduos Japoneses e Caucasianos. Aos alunos foi pedido que identificassem, em cada fotografia, a emoção expressa.

Utilizámos o SPSS 21.0® para tratamento dos dados estatísticos. A estatística descritiva apresentada corresponde a médias e desvios padrão. A comparação dos resultados obtidos em ambas as fases foi obtida através do teste-t para amostras emparelhadas ou através do teste one-way ANOVA com correção de Bonferroni em caso de significância estatística. A análise de correlação foi obtida através do coeficiente de correlação de Pearson. Consideramos um valor de  $p < 0.05$  como estatisticamente significativo.

Obtivemos consentimento informado de todos os participantes. Este estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João.

## **Resultados**

Foram estudados 65 estudantes, com média de idade (DP) de 20 (3) anos, 35% dos quais do sexo masculino. Considerando a média de curso na altura da avaliação, 57% apresentavam uma média inferior a 13,5 valores. Como especialidade pretendida 49% dos participantes não tinha ainda definido; 29% pretendiam uma especialidade médica e 22% uma técnica. Apresentamos, assim, a estatística descritiva da amostra (tabela 1).

## **A Empatia**

Não houve diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos entre a primeira e a segunda fase de avaliação em nenhuma das sub-escalas da empatia. Estas são as pontuações do IRI por sexo, em ambas as fases de avaliação (tabela 2). De notar que na avaliação inicial, os participantes do sexo feminino apresentaram valores superiores em todas as sub-escalas comparativamente ao sexo masculino, mas apenas a Preocupação Empática se mostrou estatisticamente significativa ( $p=0,017$ ). Participantes com média de curso superior a 13,5 valores tendem a pontuar mais alto nas diferentes sub-escalas da empatia, mas sem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das delas.

Indivíduos com alexitimia e indivíduos sem alexitimia tendem a pontuar de forma semelhante nas diferentes sub-escalas da empatia, em ambas as fases de avaliação. Se fizermos esta comparação por sexo, verificamos que nos homens, indivíduos sem alexitimia tendem a pontuar mais alto em todos os domínios da empatia quando comparados com os que têm alexitimia – diferenças estatisticamente significativas apenas para a sub-escala Fantasia ( $p=0,032$ ); pelo contrário, nas mulheres, indivíduos sem alexitimia tendem a pontuar mais baixo em todas as sub-escalas de empatia quando comparados com indivíduos com alexitimia, ainda que não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas. Verificámos ainda que indivíduos que pretendam especialidades médicas tendem a pontuar mais alto nas diferentes sub-escalas da empatia quando comparados com aqueles que pretendem especialidades técnicas – esta diferença não se mostrou significativa em nenhuma das sub-escalas.

### **Capacidade de reconhecimento de emoções**

Quando comparamos os resultados obtidos no teste ERA em ambas as fases de avaliação, há um nítido aumento da capacidade total do reconhecimento da expressão facial de emoções (de 88,05% para 90,58%,  $p=0,030$ ) (Fig. 1). Analisando cada uma das emoções em particular, apenas a capacidade de reconhecer o nojo e a tristeza apresentaram aumentos estatisticamente significativos ( $p=0,028$  e  $0,049$  respetivamente). Comparando os resultados obtidos por sexo do participante, as mulheres apresentam percentagens de capacidade de reconhecimento mais elevadas quer na primeira, quer na segunda fase de avaliação, sendo estatisticamente significativos apenas na segunda avaliação (86,41% para os homens e 92,86% para as mulheres,  $p=0,014$ ). Assim, quando avaliamos a evolução da primeira para a segunda fase de avaliação, dividindo por sexo do participante, percebemos que as mulheres apresentam uma clara melhoria no reconhecimento total da expressão facial de emoções (de 88,65% para 92,86%,  $p=0,001$ ). Pelo contrário, os homens não apresentam variação estatisticamente significativa em ambas as fases de avaliação.

Quando avaliamos a capacidade de reconhecimento da expressão facial de emoções por média de curso, percebemos que, ainda que na primeira fase de avaliação os estudantes com média inferior a 13,5 valores apresentem uma melhor capacidade de reconhecimento (90,23% *versus* 85,86%,  $p=0,049$ ), esta diferença perde-se quando avaliamos na segunda fase, sendo que os alunos com melhor média obtêm inclusivamente um resultado mais alto, ainda que não estatisticamente significativo.

Indivíduos com alexitimia tendem a apresentar piores pontuações na capacidade total de reconhecimento da expressão facial das emoções quando comparados com indivíduos não alexitímicos na segunda fase ( $p=0,001$ ). Curiosamente, não há diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com e sem alexitimia na primeira fase de avaliação. Quando estudamos a evolução da capacidade de reconhecimento de emoções da primeira para a segunda fase percebemos que os indivíduos sem alexitimia apresentam uma melhoria significativa na capacidade total de reconhecimento da expressão facial de emoções (de 88,23% para 92,63%,  $p=0,002$ ). Curiosamente, os indivíduos com alexitimia apresentam uma diminuição na capacidade de reconhecimento total de emoções, de 86,31% para 80,36%, ainda que não seja estatisticamente significativa.

Quando estudada a importância da especialidade pretendida na capacidade de reconhecimento de emoções, foi verificado que em ambas as fases do estudo, não houve diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com diferentes preferências de especialidade.

### **A empatia e a capacidade de reconhecimento de emoções**

Na primeira avaliação, a capacidade total de reconhecimento de emoções correlacionou-se positivamente com todas as sub-escalas da empatia, exceto com a Fantasia – no entanto, apenas a Tomada de Perspetiva apresentou uma correlação estatisticamente significativa ( $r=0,257$ ;  $p=0,039$ ).

Na segunda fase de avaliação, a capacidade total de reconhecimento da expressão facial de emoções correlacionou-se positivamente com a Preocupação Empática ( $r=0,29$ ,  $p=0,020$ ) e com a Fantasia ( $r=0,29$ ,  $p=0,020$ ). As restantes sub-escalas da empatia não apresentaram qualquer correlação com a capacidade total de reconhecimento de emoções.

### **Discussão**

O estudo em análise abordou a evolução da empatia bem como da capacidade de reconhecimento de emoções dos alunos de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto com o ensino de competências especiais de comunicação, que se crê terem efeito benéfico nas características empáticas.

### **Empatia**

No que se refere à empatia, e contrariamente ao que alguns estudos demonstram<sup>2, 18</sup>, inclusivamente um realizado com estudantes portugueses<sup>5</sup>, não foi demonstrada uma evolução positiva da primeira para a segunda avaliação. Importa referir que à data da segunda avaliação, os alunos da amostra estudada se encontravam em época de avaliação académica. É sabido que condições de stresse podem constituir uma barreira à empatia, o que pode ter influenciado negativamente os resultados neste nosso estudo<sup>2, 19</sup>. Além disto, competências de comunicação clínica tinham sido já ensinadas a estes alunos durante Psicologia Médica I, o que pode ter contribuído para um aumento da capacidade empática prévio ao estudo

Tendo em conta as diferenças das características empáticas entre sexos, encontramos pontuações mais altas para o sexo feminino em todas as sub-escalas do IRI no início do estudo, embora apenas a Preocupação Empática tenha atingido significado estatístico. Como descrito anteriormente, a sub-escala Preocupação Empática faz referência à compaixão e preocupação pelo outro e, neste sentido, as mulheres têm demonstrado mais aptidão para cuidados centrados no doente e reconhecimento dos seus sinais emocionais. Indivíduos do sexo feminino estão geralmente mais preocupados e motivados em estabelecer uma boa relação médico-doente<sup>20</sup>. Esta diferença entre género já havia sido encontrada em vários estudos<sup>2,21</sup>.

Sabemos que a alexitimia é um traço que contribui para uma menor capacidade empática, sendo que implica uma dificuldade de transmitir sentimentos. Foram encontrados níveis mais baixos de empatia em indivíduos com alexitimia na população geral<sup>12, 22</sup>. Apesar disto, não obtivemos diferenças estatisticamente significativas dos níveis de empatia entre indivíduos com e sem alexitimia, definidos pelo TAS-20, possivelmente devido à amostra em questão. Mesmo assim, indivíduos do sexo masculino com alexitimia, dois dos fatores que influenciam negativamente a empatia, apresentaram níveis significativamente menores de empatia, ainda que apenas na sub-escala Fantasia.

### **Capacidade de reconhecimento de emoções**

Considerando a capacidade de reconhecer emoções, os resultados sugerem uma evolução no reconhecimento total de emoções básicas nos alunos de medicina com o efeito de treino de técnicas de comunicação, como havia já sido demonstrado por outros autores<sup>6</sup>. Verificamos um aumento significativo no reconhecimento da tristeza e do nojo, duas das emoções que são pior reconhecidas pela população geral<sup>23</sup>, demonstrando claro benefício do treino de comunicação clínica para colmatar défices nestes parâmetros.

Tal como já demonstrado noutros estudos<sup>7</sup>, também aqui a capacidade de reconhecimento de emoções foi superior nas mulheres. A evolução desta aptidão, da primeira para a segunda fase de avaliação, mostrou-se também significativamente superior no sexo feminino em relação ao sexo oposto. Isto aponta para que as mulheres não só reconheçam melhor os estados emocionais nos outros, como também beneficiem de uma forma superior do treino das competências de comunicação. Isto

pode dever-se não só às bases genéticas de gênero, bem como aos seus valores tradicionais e construção social mais voltada para o próximo, que tornam o sexo feminino mais motivado para esta aprendizagem.<sup>21</sup>

Apesar de estudantes com média de curso mais baixa terem uma capacidade de reconhecimento de emoções superior, este efeito inverte-se na segunda fase. Isto pode dever-se, mais uma vez, apenas ao baixo número de participantes e não a uma real associação entre variáveis.

Indivíduos considerados não alexitímicos apresentaram uma melhoria significativa na capacidade de reconhecimento emocional após serem lecionadas competências especiais de comunicação, comparativamente a indivíduos com alexitimia. Este resultado tinha sido já encontrado por Swart et al<sup>12</sup>, sugerindo que indivíduos sem alexitimia beneficiam mais do treino de competências de comunicação e de reconhecimento de emoções.

Uma correlação positiva entre a capacidade de reconhecer emoções e diversas sub-escalas de empatia foi encontrada em ambas as fases de estudo. Na primeira fase, foi demonstrada uma relação positiva da capacidade de reconhecimento com a sub-escala Tomada de Perspetiva, enquanto que no final do estudo, a capacidade de reconhecimento mostrou-se mais relacionada com a preocupação empática. Estas duas sub-escalas estão descritas como sendo os domínios do IRI mais relevantes para o paciente na sua relação com o médico<sup>24</sup>. Isto vai de encontro à nossa hipótese inicial acerca da existência de uma correlação entre estas duas variáveis e, possivelmente, também com melhores resultados clínicos no futuro.

### **Empatia, Reconhecimento de emoções e preferência por especialidade**

Embora sem significância estatística, os nossos resultados sugerem maiores pontuações na empatia em estudantes que pretendem especialidades médicas, mais centradas no doente, quando comparados com aqueles que pretendem especialidades mais técnicas. Apesar de ser um tema pouco estudado, alguns estudos apontam para resultados semelhantes<sup>25</sup>, e outros encontram até diferenças nos níveis de empatia entre médicos especialistas nestas diferentes áreas<sup>26</sup>. Já no que concerne à capacidade de reconhecer emoções, não foram encontradas diferenças entre grupos de preferência de

especialidade. Admitimos que o 2.º ano seja um tempo demasiado precoce no curso de Medicina para que os estudantes tenham já uma opção fundamentada e consistente de uma especialidade a escolher de futuro. De facto, 49% dos alunos responderam “não sei” quando questionados acerca da sua preferência por especialidade.

Infelizmente, a taxa de resposta ao nosso estudo foi de 47,8 %, obtendo-se uma amostra de apenas 65 estudantes de medicina. Ademais, o estudo não apresenta comparação com grupo de controlo sem efeito do ensino.

Existem várias definições para o conceito de empatia, o que torna difícil a comparação de resultados com a informação já existente. Acrescenta-se a isto a grande diversidade de questionários que têm sido desenvolvidos para a avaliação de capacidades empáticas, com uma grande variabilidade conceptual entre si. A escala que utilizámos para avaliar a empatia, IRI, não é específica para avaliar a empatia clínica. Isto limita a comparação com outros estudos efetuados na área em estudantes de medicina, bem como a extrapolação de resultados para capacidades empáticas de futuros médicos na relação médico-doente. Outras escalas, como a *Jefferson Scale of Physician Empathy*, servem melhor este propósito, pois têm em conta fatores únicos e distintivos da empatia relevantes para o paciente<sup>24</sup>. Ainda assim, foi já demonstrada uma correlação entre as sub-escalas do IRI Preocupação Empática e Tomada de Perspetiva, duas das mais importantes para o contexto clínico, com a escala JSPE<sup>24</sup>. Além disto, a avaliação da empatia geral nos estudantes de medicina pelo IRI, que afere as componentes cognitiva e afetiva da empatia, permite melhor relação com as outras variáveis em análise.

Também os questionários de autopreenchimento podem introduzir limitações, por ter menos acuidade na avaliação das variáveis em estudo, comparativamente a apreciações observacionais.

### **Conclusão:**

Os resultados deste estudo sugerem que o ensino de competências especiais de comunicação a estudantes de medicina pode melhorar a sua capacidade de reconhecer emoções no outro e, desta forma, promover a relação médico-doente. Demonstram ainda que indivíduos sem alexitimia podem beneficiar amplamente destas técnicas de ensino para aumentar a capacidade de reconhecimento,

enquanto o mesmo não acontece para indivíduos com alexitimia.

Apesar de não termos constatado evolução da capacidade empática neste grupo de estudantes, concluímos que a capacidade de reconhecimento da expressão facial de emoções se correlaciona positivamente com as diversas escalas da empatia. Assim, e de acordo com a nossa hipótese inicial, estas duas variáveis estão de facto relacionadas entre si e podem influenciar-se.

Estudos longitudinais mais longos, com uma amostra maior e em fases que não coincidam com épocas de avaliação poderão estimar, de uma forma mais precisa, a influência do ensino na empatia dos estudantes de medicina, ao longo do seu percurso académico. Da mesma forma, estudos semelhantes devem ser implementados em médicos para avaliar a necessidade de uma formação contínua nestas áreas.

Reforçamos a importância de um esforço para o ensino de competências de comunicação especiais a estudantes de medicina, que visem o incremento de capacidades empáticas tão importantes para o desempenho clínico, e que estas atitudes se estendam também a anos clínicos do curso para a manutenção destas capacidades.

### **Agradecimentos**

Os autores gostariam de agradecer ao Professor Doutor Rui Mota Cardoso por ter proporcionado todas as condições necessárias à realização do estudo, ao Professor Doutor Ramiro Veríssimo pela cedência da versão portuguesa do questionário TAS-20 e pela cotação destes dados, e à Sara Rocha, do Serviço de Psicologia Médica, pela colaboração prestada.

### **Conflito de interesses**

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

### **Fontes de financiamento**

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

1. Limpo T, Alves RA, Castro SL. Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia*. 2010;8(2):171-84.
2. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. *J Gen Intern Med*. 2006;21(5):524-30.
3. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002;52 Suppl:S9-12.
4. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof*. 2004;27(3):237-51.
5. Loureiro J, Goncalves-Pereira M, Trancas B, Caldas-de-Almeida JM, Castro-Caldas A. [Empathy in the doctor-patient relationship as viewed by first-year medical students: data on validity and sensibility to change of the Jefferson Measure in Portugal]. *Acta Med Port*. 2011;24 Suppl 2:431-42.
6. Blanch-Hartigan D. An effective training to increase accurate recognition of patient emotion cues. *Patient education and counseling*. 2012;89(2):274-80.
7. Regenbogen C, Schneider DA, Finkelmeyer A, Kohn N, Derntl B, Kellermann T, et al. The differential contribution of facial expressions, prosody, and speech content to empathy. *Cogn Emot*. 2012;26(6):995-1014.
8. Besel LDS, Yuille JC. Individual differences in empathy: The role of facial expression recognition. *Personality and Individual Differences*. 2010;49(2):107-12.
9. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*. 1973;22(2):255-62.
10. Verissimo R. [The Portuguese version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale -- I. Linguistic adaptation, semantic validation, and reliability study]. *Acta Med Port*. 2001;14(5-6):529-36.
11. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry*. 2000;45(2):134-42.
12. Swart M, Kortekaas R, Aleman A. Dealing with feelings: characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. *PloS one*. 2009;4(6):e5751.
13. Carvalho IP, Ribeiro-Silva R, Pais VG, Figueiredo-Braga M, Castro-Vale I, Teles A, et al.

- [Teaching doctor-patient communication - a proposal in practice]. *Acta Med Port.* 2010;23(3):527-32.
14. Davis MH. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology.* 1980;10:85.
  15. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res.* 1994;38(1):23-32.
  16. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale--II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res.* 1994;38(1):33-40.
  17. Matsumoto D, Ekman P. Japanese and Caucasian facial expressions of emotion (JACFEE) [Slides]. San Francisco, CA: Intercultural and Emotion Research Laboratory, Department of Psychology, San Francisco State University.  
1988.
  18. Jenkins V, Fallowfield L. Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *J Clin Oncol.* 2002;20(3):765-9.
  19. Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges.* 2006;81(1):82-5.
  20. Vaglum P, Wiers-Jenssen J, Ekeberg O. Motivation for medical school: the relationship to gender and specialty preferences in a nationwide sample. *Medical education.* 1999;33(4):236-42.
  21. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical education.* 2002;36(6):522-7.
  22. Guttman H, Laporte L. Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive psychiatry.* 2002;43(6):448-55.
  23. Du S, Martinez AM. The resolution of facial expressions of emotion. *Journal of vision.* 2011;11(13):24.
  24. Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Med Teach.* 2005;27(7):625-8.

25. Harsch HH. The role of empathy in medical students' choice of specialty. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. 1989;13(2):96-8.
26. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *The American journal of psychiatry*. 2002;159(9):1563-9.

## Tabelas e Figuras

**Tabela 1 – Estatística descritiva da amostra (n = 65)**

	<b>2.º Ano</b>
<b>Idade*</b>	20 (3)
<b>Género**</b>	
<b>Masculino</b>	23 (35)
<b>Feminino</b>	42 (65)
<b>Média de curso *</b>	13.37 (1.15)
<b>Preferência de especialidade*</b>	
<b>Médica</b>	19 (29)
<b>Técnica</b>	14 (22)
<b>Não sabe</b>	32 (49)

\* Valores apresentados correspondem à média (DP)

\*\*N (%)

**Tabela 2 – Valores obtidos nos questionários IRI e TAS-20 por sexo e altura da avaliação.**

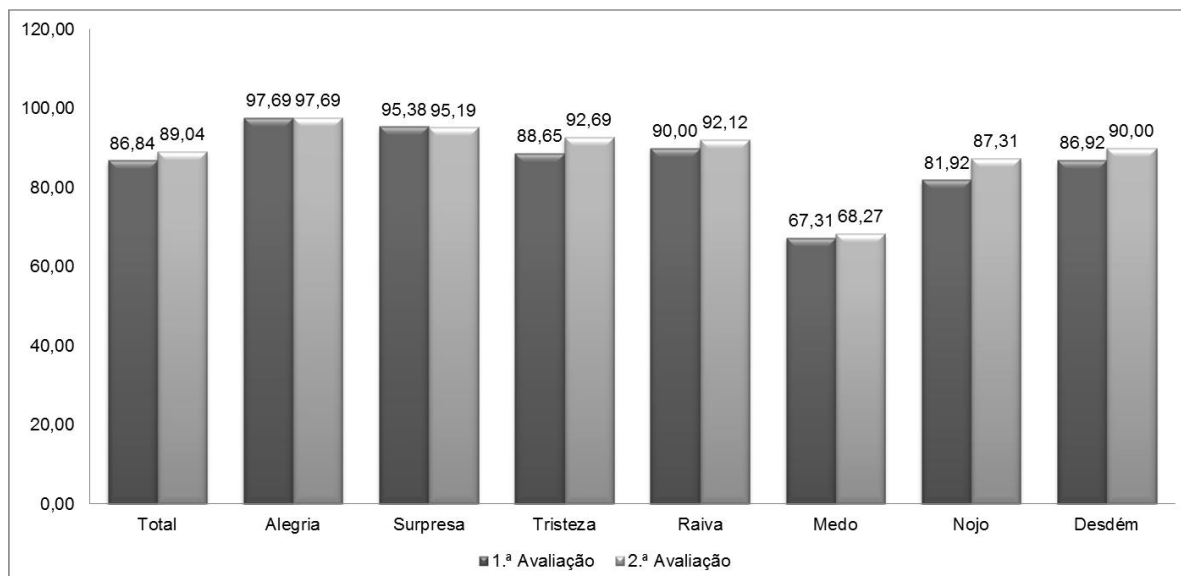
		Masculino		Feminino	
		1. <sup>a</sup> Avaliação	2. <sup>a</sup> Avaliação	1. <sup>a</sup> Avaliação	2. <sup>a</sup> Avaliação
IRI ‡	<b>Tomada de Perspetiva</b>	2,85 (0,62)	2,98 (0,55)	2,88 (0,49)	2,83 (0,57)
	<b>Preocupação Empática</b>	2,70 (0,67)*	2,63 (0,62)	3,06 (0,49)*	3,07 (0,50)
	<b>Desconforto Pessoal</b>	1,56 (0,50)	1,46 (0,75)	1,57 (0,62)	1,49 (0,66)
	<b>Fantasia</b>	2,31 (0,85)	2,23 (0,96)	2,65 (0,73)	2,49 (0,80)
	<b>&lt; 51: Não-alexítimico</b>	14		25	
TAS-20 §	<b>51 – 61: Intermédio</b>	6		13	
	<b>&gt; 61: Alexítimico</b>	3		3	
<b>Teste ERA ‡</b>		86,96 (8,89)	86,41 (11,23)	88,65 (6,70)†	92,86 (4,48)†

‡ Valores apresentados correspondem à média (DP)

§ N.

\*Na sub-escala do IRI Preocupação empática, o sexo feminino apresentou valores estatisticamente superiores quando comparado com o sexo masculino, na 1.<sup>a</sup> avaliação (p=0,001)

†No sexo feminino, verificámos uma evolução estatisticamente significativa nos valores do teste ERA da 1.<sup>a</sup> para a 2.<sup>a</sup> fase de avaliação (p=0,017)



**Gráfico 1- Comparação dos resultados obtidos na primeira e segunda fase de avaliação na capacidade de reconhecimento da expressão de emoções básicas.**

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer à Mestre Ivone Castro Vale, pela sua orientação neste trabalho, pelo seu enorme apoio, disponibilidade e sentido crítico.

Agradeço à minha família, em especial aos meus sobrinhos, por me darem uma alegria e motivação extraordinárias.

Uma palavra especial aos meus amigos, em particular à Fabiana Silva, Ana Teresa Abreu e Gisela Vasconcelos, por saberem e me lembrarem do que sou capaz a cada momento; ao André Canelas, por me acompanhar desde o início; à Raquel Fonseca e Marília Silva por todo o apoio.

Por último, e porque os últimos são os primeiros, o meu maior agradecimento à minha mãe, a minha vida e o meu maior exemplo, por ter sempre ter acreditado que chegaria até aqui.

# Anexos

# Normas de Publicação da Acta Médica Portuguesa



## Acta Médica Portuguesa's Publishing Guidelines

Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA  
Acta Med Port 2013, 5 de Novembro de 2013

### 1. MISSÃO

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

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

### 2. VALORES

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

### 3. VISÃO

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

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

Constituir o fórum de publicação de normas de orientação.

Ampliar a divulgação internacional.

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

### 4. INFORMAÇÃO GERAL

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

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

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa é apro-

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

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

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

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

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

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

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

### 5. CRITÉRIO DE AUTORIA

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

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

pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos que:

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

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

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

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

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

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

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

## 6. COPYRIGHT / DIREITOS AUTORAIS

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

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

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

Editor da Acta Médica Portuguesa

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

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

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

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

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

### **Todos os Autores devem assinar**

Data: \_\_\_\_\_

Nome (maiúsculas): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## 7. CONFLITOS DE INTERESSE

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

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

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

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

## 8. CONSENTIMENTO INFORMADO e APROVAÇÃO ÉTICA

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

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

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

## 9. LÍNGUA

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

## 10. PROCESSO EDITORIAL

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

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

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

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

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

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

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

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

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

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

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

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

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

a passar por um processo de revisão por peritos externos.

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

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

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

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

## 11. PUBLICAÇÃO FAST-TRACK

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

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

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

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

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

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

## 12. REGRAS DE OURO ACTA MÉDICA PORTUGUESA

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

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

### 13. NORMAS GERAIS

#### ESTILO

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

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

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

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

#### SUBMISSÃO

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

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

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

#### Na primeira página/ página de título:

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

#### Na segunda página

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

#### Na terceira página e seguintes:

##### ■ Editoriais:

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

##### ■ Perspectiva:

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

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

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

**■ Artigos Originais:**

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

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

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

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

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

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

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

Num estudo observacional, siga as STROBE *guidelines*.

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

**■ Artigos de Revisão:**

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

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

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

**■ Caso Clínico:**

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

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

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

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

**■ Imagens em Medicina (Imagem Médica):**

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

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

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

**■ Guidelines / Normas de orientação:**

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

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

**■ Cartas ao Editor:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## IMAGENS

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

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

A publicação de imagens a cores é gratuita.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Tabelas:** É obrigatório o envio das tabelas a preto e

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### AGRADECIMENTOS (facultativo)

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

#### REFERÊNCIAS

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

As referências bibliográficas devem ser citadas numericamente (algarismos árabes formatados sobrescritos) por ordem de entrada no texto e ser identificadas no texto com algarismos árabes. **Exemplo:** “Dimethylfumarate has also been a systemic therapeutic option in moderate to severe psoriasis since 1994<sup>13</sup> and in multiple sclerosis<sup>14</sup>.”

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

Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula<sup>12,15,18</sup>.

As referências são alinhadas à esquerda.

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

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

**Notas:** Não indicar mês da publicação.

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

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

#### Artigo:

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

1. Com menos de 6 autores

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

2. Com mais de 6 autores

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

#### Monografia:

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

1. Com Autores:

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

2. Com editor:

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

#### Capítulo de monografia:

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

#### Relatório Científico/Técnico:

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

#### Documento electrónico:

1. CD-ROM

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

2. Monografia da Internet

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

3. Homepage/Website

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

#### PROVAS TIPOGRÁFICAS

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

#### ERRATA E RETRACÇÕES

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

#### NOTA FINAL

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

## **Comissão de Ética para a Saúde do CHSJ**

### **Parecer**

Projeto de investigação intitulado “O ensino de competências clínicas de comunicação a estudantes de medicina: relação entre empatia, alexitimia e capacidade de reconhecimento de emoções faciais”

Estudo que se propõe vir a ser desenvolvido na Unidade de Psicologia Médica do Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental da FMUP pela aluna do mestrado integrado em Medicina Bruna Daniela de Melo Guedes, sob orientação da Dr<sup>a</sup> Ivone Castro Vale.

Do ponto de vista científico, o estudo visa avaliar em estudantes do curso de medicina da FMUP, a importância da formação e do ensino de competências clínicas especiais de comunicação; serão estudadas modificações na empatia nos estudantes, depois de leccionadas competências especiais de comunicação, na unidade curricular de Psicologia Médica II; analisar-se-á a relação entre a competência empática dos estudantes e a média de acesso ao curso de medicina e relacionar-se-á a empatia dos estudantes com a capacidade de reconhecer emoções faciais. Para o efeito, os alunos que aceitarem participar no estudo responderão a questionários devidamente anonimizados para avaliação do grau de empatia e de alexitimia, validados para a população portuguesa, e realizarão um teste de reconhecimento da expressão facial de emoções, em dois tempos diferentes, antes de depois da aprendizagem, no âmbito da unidade curricular de Psicologia Médica II.

Não estão previstos benefícios ou riscos diretos para os participantes. Como incómodos prevêem-se os que são inerentes ao tempo previsto para a resposta aos questionários.

Não está previsto o acesso a informação clínica.

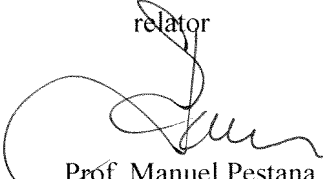
Está prevista a obtenção de consentimento informado que está associado a uma informação escrita para os participantes, que é esclarecedora sobre todas as questões éticas relevantes.

A investigadora dispõe da competência científica para a realização do estudo, que está autorizado pelo diretor do Serviço participante, professor Rui Mota Cardoso.

O estudo não é financiado. Não está previsto qualquer ressarcimento ou compensação aos participantes. A existência de seguro é dispensável.

Em face da análise do protocolo proponho a sua aprovação pela CES do CHSJ.

Porto, 20 de Abril de 2013

relator  
  
Prof. Manuel Pestana

**7. SEGURO**

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

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

NÃO

NÃO APLICÁVEL

**8. TERMO DE RESPONSABILIDADE**

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

Porto, 12 / Abril / 2013

Bruna Melo

O Investigador Principal

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

emitido na reunião plenária da CES

22 / Abri / 2013

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

[Handwritten Signature]  
 Dr. Doutor Filipe Azeiteiro  
 Relator da Comissão de