

Vítor Ramos



A CONSULTA EM

PASSOS

Execução e análise crítica
de consultas em medicina
geral e familiar

A consulta em 7 passos

Execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar

Texto-base e coordenação: *Vitor Ramos*

Contributos: *Alexandra Fernandes; Ana Ferrão; Ana Mateus; Ana Sardinha; André Biscaia; António Rodrigues; Bruno Heleno; Carolina Gil; Conceição Maia; Eduardo Mendes; Elsa Aparício; Francisco Carvalho; Isabel Lobato; Isabel Santos; Jorge Brandão; José Mendes Nunes; Manuel Valente Alves; Manuela Cruz; Maria José Ribas; Mariana Morais; Mariana Tudela; Mário Santos; Miguel Pereira; Nuno Sousa; Pascale Charondièere; Paula Broeiro; Paula Ferraz; Rita Crisóstomo; Sandra Silva; Sara Santiago; Tânia Barreira; Tiago Carneiro.*

Setembro 2008

Ficha Técnica

Título:

A CONSULTA EM 7 PASSOS

Edição:

VFBM Comunicação, Lda.

Av. Infante D. Henrique,

333-H, 4.º Sala 45

1800-282 Lisboa

Tel.: 218 532 916

E-mail: vfrias@vfbm.com

Ilustrações e capa:

Eduardo Esteves

Apoio:

AstraZeneca

Impressão:

Focom XXI, Lda.

Dep. Legal:

281734/08

1.ª Edição

Lisboa, Setembro 2008

© Vítor Ramos

ISBN 978-989-8160-22-5

Um agradecimento à “Padrões Culturais Editora” pela colaboração prestada.

Existe crescente reconhecimento de que uma boa interação entre médico e doente, no decurso da consulta, tem uma considerável influência no bem-estar deste.

A natureza deste relacionamento tem, ainda, um papel vital nas decisões que dizem respeito ao diagnóstico e à terapêutica.

Frequentemente, o doente não é capaz de colocar as questões que deseja ver esclarecidas, não consegue transmitir a sua ansiedade, o seu embaraço e desconforto, por dificuldade em expressar os seus medos e descrever os sintomas de que padece. Infelizmente, esta situação é, muitas vezes, acompanhada pela falta de receptividade do médico em perceber os sinais de angústia que lhe são transmitidos, o que traz como consequência a incapacidade de compreender o verdadeiro problema que leva o doente à consulta. Ora, como escreveu Balint, uma das mais importantes tarefas do médico é a de compreender, através do que o doente lhe expressa, o que ele realmente pretende dizer.

Criar uma atmosfera que permita ao doente expressar os seus problemas ajuda não só o médico, na sua tarefa de fixar o diagnóstico desses problemas, como o doente a lidar com eles, o que assume especial relevância nas situações de doença crónica e incapacitante.

Para os médicos, a doença é algo que pode ser avaliado e compreendido através de testes laboratoriais e observação clínica. Já para o doente, a doença significa, não raro, uma vida destruída.

O médico preocupa-se mais em manter-se actualizado sobre os constantes avanços da ciência médica do que em tentar compreender os sentimentos e as preocupações do doente. Contudo, há muito que se sabe que a satisfação dos doentes é, primariamente, induzida pela sensação de ser escutado e compreendido.

Ora, de uma forma geral, os médicos falam mais do que ouvem e subestimam a quantidade de informação que os doentes querem sobre a sua situação clínica.

Mas se os médicos têm problemas, os doentes também não são perfeitos. Todos os médicos já passaram pela experiência de lidar com doentes difíceis, com características muito complicadas de gerir. Os

doentes descritos pelos médicos como *frustrantes*, apresentam algumas das seguintes especificidades: não confiam e não concordam com o médico; apresentam muitos problemas em cada consulta; não seguem o aconselhamento que recebem; são muito exigentes ou controladores.

Os médicos são sensíveis e influenciáveis pelo comportamento, comentários e atitudes dos seus doentes, razão pela qual o doente, que de forma consistente se revela indelicado e irritável, não receberá, seguramente, o mesmo tipo de cuidados médicos que outro, que assume uma atitude mais positiva.

Para melhorar a adesão dos doentes, é necessário aumentar a confiança recíproca, pois a qualidade da relação médico-doente é o factor que melhor prediz se o doente cumprirá as instruções e o aconselhamento médicos.

Doentes informados terão, muito provavelmente, uma participação mais activa na prestação dos cuidados, tomarão decisões mais adequadas, chegarão mais facilmente a um entendimento com o médico e aderirão melhor ao tratamento. Contudo, não dispomos ainda de normas de orientação, baseadas em evidência científica, de como abordar os doentes sobre as evidências clínicas disponíveis no processo de tomada de decisões clínicas.

Devemos respeitar os doentes enquanto peritos na sua doença. Tradicionalmente, os médicos foram ensinados a olhar com cepticismo o que o doente refere e a registar as suas afirmações com uma linguagem tipo “o doente acredita” ou “o doente nega”, que traduz alguma desconfiança quanto à objectividade dessas queixas.

Todavia, numa relação médico-doente centrada no segundo, tem que se aceitar o conhecimento que o doente tem da sua doença, como tão importante para o resultado final, como o conhecimento científico do médico. Por isso é que se diz que a consulta médica é um verdadeiro encontro entre dois peritos.

Nos últimos anos, tem-se vindo a encorajar uma crescente participação das pessoas nas tomadas de decisão relativas à sua saúde. Os médicos de família, dadas as características específicas da sua actividade, estão particularmente bem posicionados para enfatizar mais a saúde, do que a doença.

Os cidadãos olham para os médicos como uma fonte respeitada e de confiança, de onde obtêm informação sobre saúde, o que sugere que o aconselhamento dado pelo médico de família tem maior impacto que o obtido por outros meios. A efectividade do médico de família neste papel de educador está, todavia, muito dependente da sua capacidade de comunicar e de conseguir ajudar o doente a ajudar-se a si próprio, dado que, em última análise, cabe ao indivíduo a responsabilidade de adopção de estilos de vida saudáveis.

A consulta é, pois, um acontecimento central na prática da medicina e tem sido estudada e investigada intensivamente desde os anos 70. Contudo, o nosso entendimento sobre a consulta tem evoluído, quer pelos resultados da investigação nesta área, quer pelos desenvolvimentos na maneira como vemos o mundo.

Mudanças culturais e na prática da medicina têm vindo a introduzir uma maior tensão na relação médico-doente. Neste mundo pós-moderno em que todas as perspectivas são contestáveis, em que se reconhece a existência de múltiplas agendas e se constata a proliferação de enorme quantidade de informação de qualidade muito variada, inúmeras alterações têm sido defendidas.

Para os médicos de família, representa o desafio de perceber que o tempo da abordagem paternalista está ultrapassado; que temos que adoptar um novo e multifacetado papel na resolução de problemas, de guias de interpretação de sintomas, facilitadores de recolha de informação e, sempre que relevante, facilitadores de decisões e preferências, no complexo espaço de tempo em que se tornou a nossa consulta.

O livro “A consulta em 7 passos” coordenado pelo Vítor Ramos e com contributos de médicos de família de várias gerações, vai tornar-se, seguramente, um instrumento fundamental para melhorar aquele que é o pilar central da medicina geral e familiar – a consulta.

Luís Augusto Pisco

Presidente da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral

Índice

	Pág.
Nota prévia	11
1. A consulta - pilar central da medicina geral e familiar	13
2. Capacidades e competências a desenvolver	20
2.1. Capacidades	20
2.2. Competências	29
2.3. Desenvolvimento pessoal e profissional contínuos	36
3. Registos clínicos – objectivos, métodos, tecnologias e qualidade	38
4. Instrumentos /ferramentas de apoio à consulta	41
5. A consulta em 7 passos	44
5.1. Passo 1 – <i>Preparação da consulta</i>	51
5.2. Passo 2 – <i>Os primeiros minutos</i>	59
5.3. Passo 3 – <i>Exploração</i>	69
5.4. Passo 4 – <i>Avaliação</i>	77
5.5. Passo 5 – <i>Plano de cuidados</i>	85
5.6. Passo 6 – <i>Encerramento da consulta</i>	95
5.7. Passo 7 – <i>Reflexão e notas finais</i>	101
6. Referências bibliográficas	107
7. Notas sobre as histórias, testemunhos e reflexões	111

Anexos

A1 Relação entre os 7 passos e as notas de seguimento do RMOP	115
A2 Fichas de apoio ao exercício prático – Grelhas de observação	117
A3 “A Consulta em 7 Passos” - Ficha-resumo de anotação	125

Excelência é: “*fazer coisas ordinárias de modo extraordinário*”

Nota prévia

Este livro propõe uma estrutura e um conteúdo-guia para a realização de consultas de *medicina geral e familiar*. Pode, eventualmente, ser útil para outras especialidades, em especial para os mais generalistas.

Não é prescritivo, nem normativo. É uma proposta de trabalho. O método, as técnicas e o estilo hão-de ser personalizados por cada médico, em função das suas próprias características, experiências pessoais e profissionais. E, sobretudo, podem e devem variar consoante cada doente, cada contexto, cada situação apresentada, cada momento da história biográfica e biomédica em que uma dada consulta é realizada. Compete a cada médico percorrer o seu itinerário pessoal de procura, de tentativa, de aprendizagem e de aperfeiçoamento contínuos.

Durante décadas, os estudantes de medicina foram treinados na elaboração de histórias clínicas durante o internamento hospitalar, seguindo uma estrutura e um guião consolidados ao longo de gerações. Há que manter esse património precioso no cuidar do doente hospitalizado. Porém, este modelo é inadequado para consultas realizadas em cuidados de saúde primários num período de tempo com duração média entre 15 e 30 minutos, embora beneficiando de uma relação de proximidade e de continuidade de cuidados ao longo do tempo. Assim, porque as consultas são a grande maioria dos actos que a maior parte dos médicos realiza ao longo da sua vida profissional, é necessário desenvolver o treino de realização de consultas neste contexto de exercício particular.

O presente texto começou, em 2005, por ser um exercício de apoio à formação de internos do 1.º ano de medicina geral e familiar do Centro de Saúde de Cascais (Estágio MGF 1). Em 2006, foi partilhado com internos e orientadores dos Centros de Saúde de Cascais e da Parede, no âmbito da respectiva EIO (equipa integrada de orientadores).

Nessa altura era um exercício baseado em “cinco etapas”. Em 2007, o texto foi desenvolvido na recém-criada Unidade de Saúde Familiar Marginal, em S. João do Estoril (Cascais), para apoio de todos os estágios médicos nesta USF (estudantes de medicina, internos do ano comum e internos de especialidade). Foi nesse ano que se fixaram os seus “7 passos” e se decidiu desenvolver alguns aspectos teóricos e acrescentar exemplos, ilustrações e pequenas histórias. Em 2007 e 2008 o exercício foi também testado e aperfeiçoado em Coimbra com vários grupos de internos de MGF do 1.º e do 3.º anos do internato da especialidade, com recurso a “role play”, durante o módulo de formação “A Consulta” organizado pela Coordenação do Internato da Zona Centro. Pouco a pouco, o texto acabou por se transformar num livro, ao longo de 2008. Um livro inacabado, sempre susceptível de ser melhorado, de evoluir, de ser transformado.

É uma obra colectiva aberta, produto da compilação e da integração de numerosos contributos, quer sob a forma de sugestões, de ideias e críticas, quer pela revisão do texto quanto à sua forma e conteúdo, quer com exemplos, testemunhos, pequenos relatos de vivências do dia-a-dia, comentários, reflexões pessoais e outras formas de participação criativa.

É uma manifestação do gosto de procurar melhorar o que fazemos no nosso dia-a-dia. Mesmo quando pareçam ser pequenas coisas...

*O que mais importa não é tanto o que fazemos,
mas o modo como o fazemos.*

O projecto está e continuará aberto a novos contributos, os quais devem ser enviados para:

vramos@ensp.unl.pt ou **USF Marginal** (Centro de Saúde de Cascais),
Unidade de S. João do Estoril – Piso 2, Rua Dr. Egas Moniz, 2765-458
São João do Estoril – Tel. 214 643 710 - Fax. 214 643 719

Agradecimentos

São devidos agradecimentos a todos os que, por diversas formas, têm contribuído para concretizar este projecto. Um agradecimento especial é devido à Professora Doutora Isabel Santos pela leitura crítica detalhada dos rascunhos do livro e pelas numerosas críticas e contributos que deu ao longo de todo o texto. Para além dos colaboradores nomeados no início da obra, são ainda de destacar Eduardo Esteves, autor da capa e ilustrações e Miguel Mauritti, pelo apoio na edição. Finalmente, uma palavra de agradecimento à Fundação Astra Zeneca pelo patrocínio dado à edição e divulgação do livro.

1 . A consulta – pilar central da medicina geral e familiar

Este livro é dedicado à **consulta**, enquanto acto discreto com *antecedentes, princípio, meio, fim e consequências*, que se repete milhares de vezes em cada ano de trabalho do médico de família.

Sendo um processo em si mesmo, a *consulta* é também uma componente do processo mais amplo e continuado que é o do cuidar da saúde de cada pessoa, onde o principal interveniente e protagonista é o próprio utente. Isto deve ser reconhecido, apoiado e incentivado pelo médico e por toda a equipa de saúde familiar¹.

A “**consulta em 7 passos**” tem por base um **modelo clínico integrado**, o qual está centrado na pessoa e, ao mesmo tempo, presta atenção ao médico, à relação médico-paciente e ao contexto em que tudo decorre. Este modelo procura superar o modelo clássico centrado no médico, em que este tende a “ver” o doente como objecto de estudo e de intervenção, esquecendo frequentemente de se enxergar a si próprio como elemento com limitações pessoais, profissionais e de conhecimentos, que influencia e é influenciado por numerosos factores na complexa relação médico-paciente.

Um médico de família em tempo completo, com uma lista de utentes de dimensão média, pode realizar entre 3000 e 5000 consultas, de vários tipos, em cada ano. Cada uma destas consultas pode ser um acto singular, útil e bem sucedido – se for correctamente conduzida, ou uma oportunidade perdida com desgaste e frustração, tanto para o utente como para o médico.

1.1. Principais áreas de desempenho em medicina geral e familiar

A **consulta** é a principal e a mais complexa actividade do médico de família. É a partir dela que se elabora o restante edifício da sua actividade profissional. É em redor deste núcleo central que se estruturam outras áreas de desempenho profissional, como as listadas no Quadro I².

Este livro abordará apenas a primeira das doze áreas a seguir descritas. As restantes são enumeradas e sucintamente explicadas para enquadrar a área da **consulta** no mapa mais vasto e complexo do desempenho profissional em *medicina geral e familiar*.

Quadro I

Áreas de desempenho em medicina geral e familiar

- 1. Consulta – modelo clínico integrado**
2. Gestão do processo clínico individual
3. Gestão do processo familiar
4. Gestão da prática clínica - lista de utentes
5. Orientação para a comunidade
6. Participação na equipa de saúde familiar (USF ou outra)
7. Interligação e cooperação com outras unidades e serviços
8. Governação clínica e qualidade ("*clinical governance*")
9. Formação (formação contínua própria, inter-pares e em equipa, tutor de estágios, orientador de alunos e de internos, etc.)
10. Investigação (procurar respostas para perguntas do dia-a-dia, investigação-acção, projectos locais, projectos multicêntricos, etc.)
11. Participação social, política e de cidadania
12. Atenção à saúde do próprio médico e da sua família

❖ *Gestão do processo clínico individual*

A gestão do processo clínico individual pressupõe a compilação e a organização de dados e de informação clínica que permitam ter um conhecimento razoável, em cada momento, da situação de saúde de cada pessoa: seus recursos, forças e pontos fortes, seus problemas e pontos fracos, principais riscos e ameaças para a saúde, principais oportunidades para proteger e aumentar o seu potencial de saúde, acções e intervenções de saúde em curso, etc.

❖ *Gestão do processo familiar*

A gestão do processo familiar entende a família como um sistema complexo, dinâmico e aberto. Aplica conhecimentos e métodos de análise da sua estrutura e da sua dinâmica. Tal como para o indivíduo, também para a família é possível e desejável proceder à análise da sua história e ciclo de vida, ao balanço dos seus recursos e forças, à análise dos seus problemas, dificuldades e pontos fracos, das oportunidades e potencialidades que contem em si para proteger e promover a saúde dos seus elementos.

❖ *Gestão da prática clínica*

A gestão da prática clínica diz respeito à organização dos cuidados a prestar aos utentes da lista, no seu todo. Inclui a gestão dos períodos de

consulta, da acessibilidade, dos cuidados a grupos com necessidades especiais, quer por maior vulnerabilidade, quer por estarem expostos a factores de risco específicos para determinadas doenças, acidentes ou problemas de saúde. Deve dar ainda atenção à organização da prevenção e à avaliação de processos e de resultados, entre outros aspectos.

❖ *Orientação para a comunidade*

O médico de família deve envolver-se nos esforços de protecção e de promoção da saúde de âmbito colectivo e comunitário. Embora a MGF seja, essencialmente, uma medicina da *pessoa* e da *família*, deve participar em projectos de intervenção comunitária orientados para os contextos em que estas pessoas e famílias vivem, aprendem e trabalham.

❖ *Integração na equipa de saúde familiar*

A participação numa equipa de saúde familiar pode ter lugar sob vários figurinos organizacionais de integração, de cooperação e de entreajuda no contexto de uma *unidade de saúde familiar* ou de outras unidades do centro de saúde. A MGF moderna tende, cada vez mais, a ser uma prática flexível de grupo, integrada em equipas multiprofissionais. Mesmo nos locais em que predomine a prática “*a solo*” é sempre desejável encontrar formas de interligação e de cooperação interprofissional. Para isso pode recorrer-se às tecnologias de informação e de comunicação disponíveis.

❖ *Interligação e cooperação com outras unidades, serviços e recursos da comunidade (“referenciação”)*

Esta interligação diz respeito aos restantes serviços e unidades dos centros de saúde ou dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) e também aos serviços de referenciação hospitalares e outros. Inclui ainda a interligação e a cooperação com organizações e recursos da comunidade, indispensáveis para garantir uma resposta correcta e completa aos variados problemas de saúde.

❖ *Governança clínica (qualidade e “clinical governance”)*

A governança clínica (“*clinical governance*”) visa garantir que são atingidos objectivos relacionados com a efectividade e a qualidade dos cuidados. Implica promover as melhores práticas profissionais, garantir processos de melhoria contínua da qualidade, aumentar a efectividade dos cuidados, gerir riscos organizacionais e clínicos. Inclui também o recurso judicioso à “*evidence-based medicine*” (EBM).

❖ *Formação*

A área da formação em MGF inclui a auto-formação contínua do próprio médico, a formação inter-pares e em equipa, e alarga-se à tutoria de estágios de estudantes de medicina, de internos do “ano comum” e, em especial, à orientação de internos da especialidade de MGF - isto é, à formação dos futuros médicos de família. Inclui ainda a formação de internos de outras especialidades como, por exemplo, de pediatria, na vertente dos cuidados de saúde primários.

❖ *Investigação*

As actividades de investigação visam procurar respostas para perguntas do dia-a-dia da prática da MGF e dos cuidados de saúde primários. Podem começar como actividades simples de perguntar e de procurar responder, de um modo bastante informal, recorrendo aos dados e à informação disponível nos sistemas de informação em uso nos centros de saúde ou aos relatos de casos clínicos. Pode ainda assumir o formato de projectos de investigação-acção, de projectos locais, de projectos multicêntricos, ensaios clínicos, etc.

❖ *Participação social, política e de cidadania*

O médico de família é também cidadão. E, como tal, deve reconhecer que tem direitos e deveres muito específicos quanto à sua intervenção e participação social, política e de cidadania.

❖ *Atenção à saúde do médico e da sua família*

A atenção à sua saúde pessoal e da sua família deve ser preocupação permanente do próprio médico. Se não cuidar da saúde e do bem-estar próprios e dos seus, como pode o médico fazê-lo adequadamente em relação aos outros?

*

Este conjunto de áreas pode ser visto como um sistema de camadas concêntricas em que as mais exteriores dependem, incluem ou apoiam as mais interiores. Por isso, devemos procurar atingir um equilíbrio entre as obrigações para com os nossos pacientes, para com a sociedade, para com a nossa família e para connosco próprios.

Cada uma destas áreas tem um enfoque preciso, uma lógica própria, bem como objectivos, indicadores e processos de avaliação distintos. Todas requerem investigação e desenvolvimento futuros.

1.2. A consulta como sistema e como processo

A **consulta** pode ser considerada um sistema complexo aberto, com “entradas”, interações e transformações internas, “saídas” e “efeitos” ou impactos. Sob esta perspectiva podemos estudar aspectos e indicadores de *estrutura*, de *processo* e de *resultados* (Figura 1).

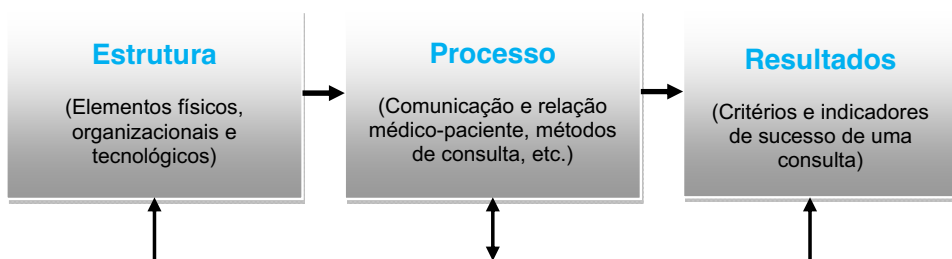


Figura 1 – A consulta enquanto sistema complexo aberto onde podem considerar-se: estrutura, processo e resultados

Os aspectos e indicadores de *estrutura* dizem respeito, por exemplo a elementos arquitectónicos e de mobiliário, disposição de cadeiras e de mesas, interposição de computador, sala de espera, modo de chamar os pacientes, tempos previstos, entre muitos outros, como as regras de marcação de consultas e de renovação de receituário. Incluem-se também nos aspectos de estrutura os suportes físicos dos registos clínicos (dossier clínico A4 de papel, processo clínico electrónico, etc.) bem como os múltiplos impressos e formulários em uso.

Os aspectos e indicadores de *processo* podem incidir sobre a comunicação e a relação médico-paciente, estratégias de condução da consulta (estruturada por passos *versus* desorganizada, linear e não-linear, nível de directividade, etc.), método de raciocínio clínico, processos de envolvimento, participação e negociação com o paciente, registos clínicos efectuados, etc.

Os aspectos e indicadores de *resultados* são muitas vezes associados ao conceito de critérios de sucesso e podem ser vistos sob duas perspectivas: os objectivos do médico e os objectivos do paciente e respectivos critérios de sucesso. E, todos eles, podem ser vistos em termos imediatos, a médio prazo (ou intermédios) e a longo prazo³⁻⁵.

Critérios e indicadores de resultado imediatos – satisfação, compreensão das explicações e do plano acordado, tranquilização, etc.

Critérios e indicadores de resultados intermédios – adesão ao tratamento, alívio do sofrimento, controle de variáveis e de factores de risco, etc.

Critérios e indicadores de resultados a longo prazo – melhoria da qualidade de vida, travagem ou abrandamento da evolução da história natural das doenças, diminuição do número de episódios de doença, redução das exacerbações ou agudizações de doenças crónicas, redução de episódios de descompensação (insuficiência cardíaca crónica, por exemplo), “end-points” evitados, tempo vivido sem incapacidades, adaptação às incapacidades, superação das incapacidades, etc.

Porém, na consulta, apenas podemos ter controlo directo e, até certo ponto, garantir a *estrutura* e o *processo*. Não podemos garantir os *resultados*. Por isso, o processo tem de ser exemplar.

A consulta pode ser vista também como um encontro relacional entre dois sistemas: o “*sistema médico*” e o “*sistema utente*”, ambos fazendo parte de um sistema “contextual” que os inclui, recebendo e emitindo influências entre si (Figura 2).

O médico é, antes de mais, uma pessoa. Uma pessoa no seu contexto, com vivências únicas, com aspirações, com crenças, com emoções e sentimentos⁶⁻⁸. Tem uma vida familiar e social, tal como as pessoas com quem e para quem trabalha. O mesmo acontece com o utente.

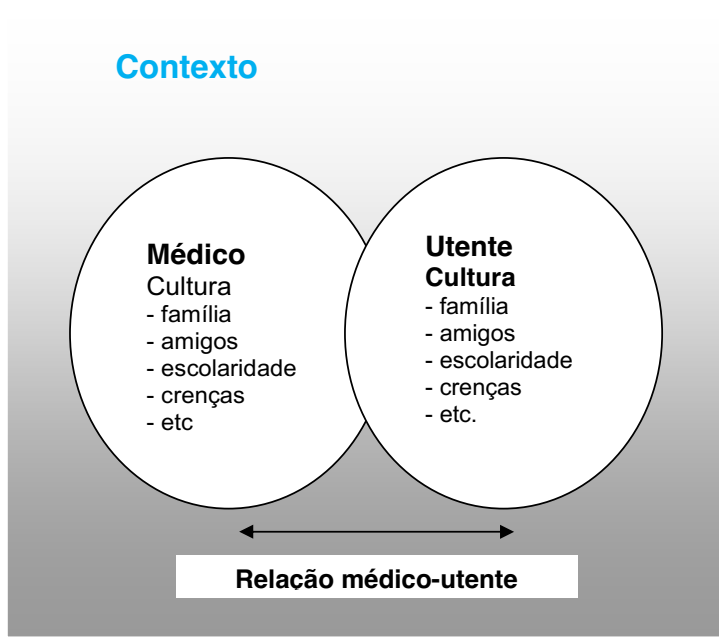


Figura 2 – *A consulta enquanto sistema relacional em contexto*

O que se passa numa consulta é profundamente influenciado pelos contextos sociais e culturais do médico e do paciente e também pela estrutura, organização e regras do sistema ou subsistema de saúde no seio do qual decorre a consulta (medicina privada, medicina convencionada, serviços públicos específicos, Serviço Nacional de Saúde, etc.)

Assim, pode dizer-se que a MGF é uma medicina altamente contextualizada e que a compreensão do que se passa nas suas consultas implica a compreensão do paciente, a compreensão do médico, a compreensão do sistema de saúde – o que só pode conseguir-se se tivermos em conta os contextos de cada um destes elementos (Figura 2).

A consulta pode também ser analisada enquanto processo histórico com antecedentes, princípio, meio, fim e consequências. Cada consulta tem os seus próprios determinantes, tem “entradas” ou “inputs”, tem um agora, um presente, que é a consulta propriamente dita e tem consequências que, como já vimos, podem ser imediatas, a médio prazo e a longo prazo. Por sua vez, as consequências de uma consulta podem passar a constituir antecedentes e determinantes de próximas consultas (Figura 3)^{3,4}.

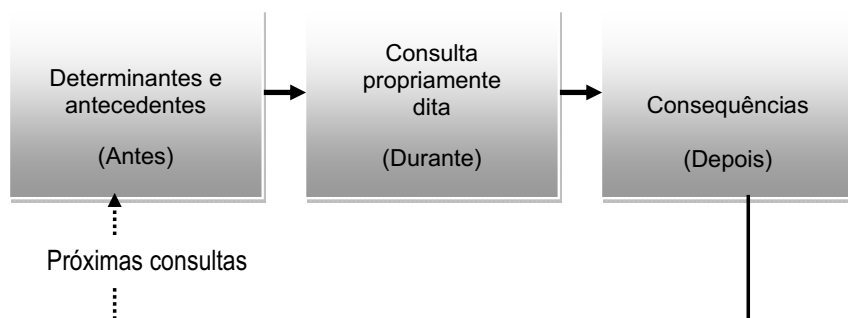


Figura 3 – A consulta enquanto processo histórico com antecedentes, princípio, meio, fim e consequências

2. Capacidades e competências a desenvolver

A especialidade MGF é, talvez, a mais complexa e abrangente de todas as especialidades clínicas. Mas é também das mais estimulantes e compensadoras, tanto do ponto de vista intelectual, como técnico-profissional e humano. Exige vocação, forte motivação e um conjunto amplo de capacidades e de competências.

2.1. Capacidades

O médico de família necessita desenvolver várias capacidades úteis no dia-a-dia e **indispensáveis** para o exercício da MGF, tais como as enumeradas no Quadro II⁹⁻¹⁵.

Quadro II

Capacidades a desenvolver

- ❖ Prestar atenção ao outro e olhá-lo com serenidade
- ❖ Ouvir/escutar
- ❖ Perguntar
- ❖ Sorrir
- ❖ “Ler” emoções
- ❖ Compreender os modos de pensar, de reagir e de sentir do outro
- ❖ Respeitar os valores do outro, sem desrespeitar os seus
- ❖ Imaginar-se na “pele do outro” (empatia)
- ❖ Negociar - propor, aceitar, ceder e ser firme (consoante o que estiver em causa) e procurar pontos de encontro com o outro
- ❖ Analisar criticamente o que é dito e escrito
- ❖ Aprender com os outros (com os pacientes, em especial)
- ❖ Reconhecer a própria ignorância e saber dizer “não sei”
- ❖ Reconhecer e corrigir erros
- ❖ Aprender com os próprios erros e com os dos outros
- ❖ Contar, suscitar e ouvir estórias e metáforas
- ❖ Contextualizar
- ❖ Ajudar a ver sob outros ângulos e a “reinterpretar” a realidade
- ❖ Manter uma distância saudável entre a vida profissional e a vida pessoal
- ❖ Ser capaz de dizer “não!”
- ❖ Ser capaz de compaixão

❖ *Prestar atenção ao outro e saber olhá-lo com serenidade*

Ser capaz de prestar atenção ao outro e saber olhá-lo com serenidade é a capacidade primordial sobre a qual assentam todas as outras. É muito mais difícil do que parece à primeira vista. Os motivos de distração são muitos e diversificados. Damos atenção às nossas preocupações, à nossa pressa, aos nossos compromissos, às nossas “certezas”, às nossas inseguranças, ao jeito de “compor” a nossa imagem e autoridade perante o outro, etc. Damos atenção às notas ainda por acabar do doente anterior...

É crucial abrir um espaço de silêncio psicológico para dar atenção a um novo (outro) paciente. Se o queremos compreender temos de estar serenos. Esta quietude não pode ser imposta, nem disciplinada. Decorre naturalmente de nos dispormos a ***prestar atenção ao outro***.

A capacidade de olhar o outro directa e imparcialmente, de “olhar” os factos ***aquí e agora***, no presente, ajudar-nos-á a evitar cair no erro de pensar que já o conhecemos bem, e de interpretar e explicar prematuramente todas as queixas e sintomas apresentados. Um dos problemas da continuidade de cuidados baseada no “mesmo médico” ao longo do tempo é o de este “cegar” em relação a sinais incipientes de doenças graves que surjam “de novo” nos seus pacientes. A colaboração e entreaajuda inter-pares, numa pequena equipa, atenua este problema, mas não dispensa a competência pessoal de cada médico neste saber “olhar”^{16, 17}.

Quando consideramos a outra pessoa na sua singularidade, vemos sempre alguma coisa que não tínhamos percebido até então.

❖ *Ouvir/escutar*

“A arte de calar é maior e mais difícil do que a arte de falar.”

Arthur Schopenhauer

“Criaí em mim Senhor um coração que escute.”

Salmos

Quem pode dizer que é perfeito na arte de saber ouvir/escutar? Vários estudos sobre comunicação na consulta evidenciam que os médicos tendem a interromper os pacientes muito precocemente, e nem se dão conta disso. Acham, pelo contrário, que são os pacientes que falam demais! Um estudo evidenciou que a interrupção espontânea, pelo médico, do relato do motivo de consulta, teve como consequência que 54% dos doentes não chegaram a referir a verdadeira razão da consulta e 45% não falaram das suas preocupações¹⁸.

É, portanto, indispensável que o médico de família seja capaz de aperfeiçoar continuamente a arte de escutar, de ficar atento, “*com o coração quieto, a alma receptiva, sem paixões, sem desejo, preconceito ou opinião.*” como Herman Hesse tão poeticamente descreveu¹⁹.

❖ *Perguntar*

Habitualmente afirmamos muito mais do que perguntamos. Fazemos prematuramente juízos de valor. Interpretamos e damos explicações quase de modo automático e, no entanto, quanto aprenderíamos se perguntássemos mais? *Perguntar* tem vantagens sobre *afirmar*. Saber perguntar é uma capacidade essencial durante a consulta e, por isso é muito importante aperfeiçoar permanentemente a arte de perguntar. Perguntar, perguntar, perguntar... mas sem deixar de ser oportuno, temporizado, e respeitador dos silêncios do paciente...

A arte de perguntar...

Para obter informação relevante é preciso encontrar os modos “certos” de formular as perguntas, de estimular a reflexão e o pensamento do outro, sem pressões, nem constrangimentos...

Por que será que...? Que explicação lhe parece...? Que sentido tem para si...? Como descreve...? Se lhe pedisse que me descrevesse a que se assemelha a sua dor, ou o que sente, o que me responderia? Por que receia que...? Fale-me sobre si... Para compreender melhor o seu problema gostaria que me falasse um pouco mais de si....

IS 2008

Transformar afirmações em perguntas

Habitualmente, durante as consultas, produzimos mais afirmações, sentenças e admoestações do que fazemos perguntas. Há uns tempos atrás em conversa com internos de MGF, ocorreu-nos fazer um pequeno exercício: – durante uma consulta, tentar transformar as nossas afirmações em perguntas, sempre que possível e relevante.

Experimentem...

VR 2008

❖ *Sorrir*

O sorriso cria um ambiente ameno que favorece a comunicação, emite um conjunto de mensagens implícitas e desencadeia em nós e no outro

emoções, sentimentos, atitudes e comportamentos favoráveis a uma boa comunicação numa relação de ajuda. Também se pode falar de treino da arte de sorrir. O sorriso deve ser oportuno, ajustado e doseado, sem o que a pessoa doente pode sentir que não é devidamente valorizada.

❖ *“Ler” emoções*

As emoções definem-se pela sua exteriorização corporal. São “visíveis”, enquanto os sentimentos são representações mentais, frequentemente associadas às emoções, mas “invisíveis”. Pela leitura das emoções podemos captar sinais de perturbação psicológica nas pessoas que procuram a nossa ajuda ou, simplesmente, o nosso conselho, ou alguma informação.

O corpo, o rosto, os olhos, a postura são fontes de informação riquíssimas sobre o estado psicológico e emocional dos nossos pacientes, e nossas para eles. É habitual dizer-se que as mulheres são mais intuitivas que os homens na capacidade de ler emoções, mas esta capacidade pode aprender-se, treinar-se e aperfeiçoar-se continuamente, apesar da sua complexidade ser muito elevada. A paralinguagem, a linguagem não verbal e as pistas verbais que o paciente nos deixa são ferramentas preciosas para o compreender.

Responder adequadamente às emoções fortalece a aliança terapêutica e não devemos recear lidar com elas. A existência de emoções intensas na relação médico-doente, não é um facto bom ou mau em si mesmo, mas apenas a consequência natural de lidarmos com acontecimentos vitais.

❖ *Compreender o pensar, o reagir e o sentir do outro*

“Prescrever um medicamento é fácil - compreender um doente não é!”

Kafka

Tão importante como conhecer os mecanismos fisiopatológicos das doenças é saber compreender como é que cada pessoa vive o seu estado de saúde. Como pensa a sua doença, como reage a ela, o que está a sentir – que medos, que apreensões, que dúvidas tem. Dar-se conta das respostas emocionais pode alargar o conhecimento e proporcionar respostas adaptativas fundamentais para enfrentar os problemas.

Em situações mais difíceis, podemos sempre perguntar ao paciente: - *o que pensa do seu problema de saúde?*; - *o que acha que lhe está a acontecer?*; - *por que será que a sua doença não está controlada?*; - *o que está disposto a mudar?*... Por vezes o médico é tentado a prescrever um medicamento ou a modificar a terapêutica farmacológica anterior, em vez de prestar ao doente a atenção de que este necessita.

❖ *Respeitar os valores do outro sem desrespeitar os seus*

O reconhecimento global do outro, incluindo os seus valores facilita a compreensão do processo de adoecer e de se reequilibrar. Uma relação de proximidade facilita a formulação de pedidos inapropriados que podem ir contra os valores pessoais do médico enquanto pessoa. Quando nos sentimos desconfortáveis com um pedido de um doente devemos parar e pensar porque é que aquele pedido nos faz sentir daquele modo ou então confrontar o doente com esse sentimento, dizendo-lhe, simplesmente, “- Esse pedido faz-me sentir desconfortável. Por que será?”. Como princípio devemos ser honestos connosco, com o paciente e com o bem comum^{20, 21}.

❖ *Imaginar-se na “pele do outro” (empatia)*

Ser capaz de imaginar-se na “pele do outro” é uma capacidade essencial e difícil de alcançar. Não é por acaso que nos é mais fácil lidar com problemas de saúde dos quais já tivemos experiência pessoal (cefaleia, por exemplo). A empatia é o resultado de uma tensão entre o envolvimento pessoal e a distância profissional. Este imaginar-se na “pele do outro” designado por **empatia**, juntamente com o saber sorrir, fazem o outro sentir-se bem recebido e mostram-nos disponíveis. Esta capacidade é muito complexa e exige a mobilização das restantes capacidades até aqui descritas. Há que ter cuidado com as precipitações e o querer acudir rapidamente a quem nos procura! Devemos entender primeiro a pessoa e a sua vivência para podermos, verdadeiramente, ter empatia. *Empatia* não deve ser confundida com *simpatia*. Os processos de *transferência* e de *contra-transferência* têm sido relacionados com a capacidade de *empatia*^{22, 23}.

❖ *Negociar*

Saber negociar significa saber propor, saber aceitar, saber ceder e, ao mesmo tempo, ser firme no que se considerar intransigível, e procurar sempre, incessantemente, pontos de encontro, áreas de interesse e objectivos comuns. A *assertividade* inerente a este processo integra a capacidade complexa do **saber negociar**.

❖ *Analisar criticamente o que é dito e escrito*

Para ser capaz de analisar criticamente o que é dito e escrito é necessário desenvolver uma literacia científica reflexiva que se sobreponha às atitudes dogmáticas e de arrogância ainda presentes na educação médica clássica. A presença de terceiros (formandos) na consulta facilita esta atitude reflexiva que é um dos motores de procura da melhoria contínua da qualidade.

❖ *Aprender com os outros (com os pacientes também!)*

Ser capaz de aprender com os doentes pressupõe atributos de inteligência, curiosidade e humildade suficientes para tal. Cada paciente tem muito para nos ensinar, que mais não seja sobre a forma de apresentar, de exprimir o seu sofrimento, o seu mal-estar, enriquecendo deste modo o “quadro clínico” que temos interiorizado como representação de determinada doença. Podemos mesmo afirmar que aprendemos mais com os nossos pacientes do que lhes ensinamos, em especial do ponto de vista humano e sobre a vivência das suas doenças.

Como médicos de família e com um sistema democrático de acesso universal aos centros de saúde, temos o privilégio de conviver com todos os estratos sociais e com muitas culturas e religiões.

❖ *Reconhecer a própria ignorância e saber dizer “não sei”*

Tentaram convencer-nos que o médico é dono da verdade. Que não pode nem deve errar, sob pena de ser castigado (entenda-se castigo, em sentido figurado) quer pelos seus pares, quer pelos doentes! No entanto, temos de aprender a gerir o nosso saber e a nossa ignorância, e perceber que a MGF tem uma característica ímpar em relação às outras especialidades – a *continuidade de cuidados* – ... ou seja, temos a possibilidade de dizer ao doente que o que não sabemos hoje e agora, vamos tentar saber logo que possível e tentar resolver o problema! Esta postura de verdade, honestidade, rigor e humildade digna fortalecerá seguramente a confiança entre médico e doente.

1. Quando estamos perante uma situação que não sabemos resolver é mais honesto dizer “não sei” e procurar ajuda, do que tentar “remediar”. Podemos usar o tempo como recurso! A relação médico-doente reforça-se. Os doentes apercebem-se que o seu médico *sabe o que não sabe* dando-lhes deste modo mais confiança em relação àquilo que ele sabe.

❖ *Reconhecer e corrigir os erros*

Devemos encarar os erros como factos naturais que podem acontecer e que devem ser reconhecidos e imediatamente corrigidos ou minorados. E, sobretudo, que devem ser analisados quanto aos factores que os determinaram, para que possam ser prevenidos e evitados no futuro.

❖ *Aprender com os próprios erros e com os dos outros*

Os erros podem e devem ser vistos como oportunidades de aprendizagem pois sugerem ou apontam novos caminhos e soluções. A pedra que causou a queda pode também ser um degrau para alcançar mais alto... e muitas descobertas científicas decorreram de erros.

A gestão do risco de errar é um dos vários pilares da governação clínica e diversos países têm implementados sistemas de notificação de erros. A participação do erro pode levar a acções para evitar a sua repetição e é um instrumento de qualidade.

Aprendamos a partilhar

O erro no dia-a-dia da consulta de MGF pode ocorrer pela rotina de procedimentos! É preciso parar quando nos apercebemos que algo não vai bem, quando o interno nos questiona insistentemente sobre o que estamos a fazer, ou quando algum outro colega nos chama a atenção! Aprendamos a partilhar com os colegas as dúvidas que nos assolam, sem qualquer pudor!

AS 2008

❖ Contar, suscitar e ouvir estórias e metáforas

“A dor é como um punhal cravado nas minhas costas” Os doentes usam frequentemente metáforas, sendo verdade que nós e os pacientes compreendemos melhor certos fenómenos e factos se recorrermos a analogias, a metáforas e, também, a histórias. A sua utilização pode ser terapêutica pois pode propiciar descobertas importantes, conscientes ou inconscientes, geradoras de comportamentos produtivos^{24, 25}. A arte da metáfora terapêutica foi desenvolvida por Erickson (1901-1980), um psiquiatra norte-americano²⁶.

Quando recorremos a uma história, socorrendo-nos de contos tradicionais ou de outras narrativas ficcionadas, podemos designá-la de ***estória***, termo usado na linguagem coloquial. Uma estória breve, criteriosamente escolhida e bem contada, pode ajudar a recordar e a fazer recordar a importância de um gesto, de um comportamento, de uma decisão, etc. Conseguir tempo e paciência para ouvir alguns doentes contarem episódios das suas vidas, por vezes tão rocambolescos, bizarros ou dramáticos como os que lemos em muitos dos escritores clássicos (Tolstoi, Camilo, Tchekov, Balzac, Eça...), pode inspirar-nos para um melhor conhecimento e compreensão sobre a pessoa em presença, facilitando a adequação de atitudes no sentido do bem fazer terapêutico. De acordo com o médico de família inglês John Salinsky, também a leitura das estórias contadas por esses escritores pode ajudar a compreender melhor a realidade de vida de muitos dos nossos actuais pacientes.²⁷

A linguagem e os ditos populares, no contexto certo, podem ser meios eficazes para simplificar o conteúdo e melhorar a efectividade da mensagem que queremos passar ao nosso paciente, facilitando a

construção de um terreno comum que é porta aberta para o estabelecimento ou reforço da relação médico-doente. Contar histórias, mesmo que sejam da nossa vida, desde que devidamente doseadas, pode também ajudar os doentes a modificar a percepção dos seus problemas, levando-os a pensar que as “coisas” acontecem a todos...

❖ *Contextualizar*

Uma forma de abordar o conteúdo de uma entrevista ou um motivo de consulta é meter os factos e as situações dentro da “sua” realidade. Sem colocar os factos e as situações num ambiente determinado não compreenderemos as suas relações com outros factores, as suas implicações, possibilidades de intervenção e eventual evolução futura. Este procedimento ajuda também a relativizar e a propor/facilitar a reinterpretção das “realidades”.

❖ *Ajudar a ver sob outros ângulos e a “reinterpretar” a realidade*

É sempre possível ver a realidade, ou o que supomos ser a realidade, o que nos acontece, sob vários ângulos e pontos de vista. Isso ajuda-nos a mudar de perspectiva e, muitas vezes, a “reescrever” as nossas narrativas e a reinterpretar as realidades. A Figura 4 ilustra as inter relações entre os modos de ver, de reagir, de sentir, de pensar e de agir.

❖ *Manter uma distância saudável entre a vida profissional e a vida pessoal*

Para manter uma boa saúde mental e um bom desempenho profissional é necessário gerir com sensibilidade e bom senso a distância entre a vida profissional e a vida pessoal. Não existem fórmulas mágicas para lidar com esta tensão sempre presente no nosso dia-a-dia, mas é necessário conseguir manter um equilíbrio saudável entre estes dois domínios da vida do médico.

❖ *Ser capaz de dizer “não”*

A condição humana do médico faz com que por vezes não tenha disponibilidade temporal ou emocional para responder a todos os pedidos dos pacientes. O reconhecimento dos seus limites pessoais e profissionais e, também, deontológicos, pode justificar a recusa a algumas solicitações ou a pactuar com algumas situações. Dizer “não” é uma das tarefas mais difíceis mas pode ser uma estratégia de prevenção do erro e de acidentes (como por exemplo, a recusa de ultrapassar os limites do tempo de voo na aviação civil).

❖ *Ser capaz de compaixão*

A compaixão é a capacidade de acompanhar alguém no seu sofrimento. Decorre do latim *cum passio* que significa *sentir com*. Compaixão não é “*ter pena*”, é ser capaz de se aproximar do outro, de partilhar a paixão do

outro. É, de certo modo, uma dimensão mais avançada da *empatia* (talvez mais racional) e pressupõe a capacidade de ressonância emocional e de resposta afectiva adequada e oportuna. Tudo isso sem cair numa perturbação psico-afectiva desajustada e anuladora da eficácia profissional pretendida.

E... evitar adjectivar ou julgar as pessoas

É despersonalizante dizer, por exemplo, “*este diabético...*”, em vez de, com mais gentileza, dizer “*este homem, o Senhor Francisco, que tem diabetes...*”. Rotular é um modo conveniente para ordenar objectos, e também pessoas, tomando-as como coisas. Mas, se não pusermos rótulos nas pessoas, somos forçados a olhar para elas com mais atenção, para a singularidade de cada uma.

“Ser diabético” ou “ser outra doença qualquer” é diferente de ter um problema de saúde ou uma doença definida. Além de que, “*ter diabetes*” pode significar situações muito diversas. Esta diversidade pode respeitar tanto às causas e factores determinantes subjacentes, como ao estágio e aos factores condicionantes da expressão e da evolução da doença, aos dados de contexto e ao prognóstico de cada situação em particular.

De igual modo é necessário estar atento a eventuais preconceitos ou reacções “contra” o utente (porque nos parece “feio”, porque continua a fumar, porque não cumpre o que preconizámos, porque não vê as coisas como nós, porque já o conhecemos de “ginjeira”, porque não vive segundo o nosso modelo de virtudes, porque tem uma orientação sexual que nos causa rejeição...). Se estivermos agitados com juízos e preconceitos, se não formos capazes de pôr de lado as nossas comparações, julgamentos, ideias pessoais e... “conclusões”, para nos encontrarmos face-a-face com uma pessoa, como se fosse (não sendo) a “primeira vez”, não conseguiremos compreender o que quer que seja nela.

Desta plataforma, somos levados a olhar cada pessoa no rosto, recusando incluí-la num “catálogo” ou num amontoado sem rosto. Seremos assim melhores observadores, mais compreensivos e teremos um sentido mais profundo da compaixão.

VR e PB 2008

2.2. Competências

Existe vasta bibliografia sobre os “ingredientes” indispensáveis para a realização de boas consultas^{9-15, 28-30}. No entanto, é menos numerosa a bibliografia especificamente dedicada à **consulta** enquanto processo estruturado complexo, mas necessariamente flexível. Dos autores que têm publicado sobre este processo, destaca-se Pendleton^{3, 4}. Coloca-se novamente o desafio de integrar as partes, os “ingredientes” ou competências “parcelares” (Quadros II e III) e o todo, isto é, o processo global da consulta.

Quadro III

Competências a desenvolver

- ❖ biomédicas
- ❖ clínicas
- ❖ comunicacionais em contexto clínico
- ❖ relacionais (relação médico-doente)
- ❖ pedagógicas (incluindo competências para promover a literacia, a capacitação e o “empowerment” dos utentes no que respeita à sua saúde)
- ❖ socioculturais em saúde
- ❖ auto-percepção e autocrítica pessoal
- ❖ gestão (de equipas, de unidades, de serviços e de projectos)
- ❖ desenvolvimento da qualidade (“*clinical governance*”, incluindo gestão do risco clínico)
- ❖ métodos de investigação

Ao considerar as partes, começamos por identificar competências biomédicas e clínicas, supostamente adquiridas ao longo dos anos da formação médica básica. A estas há que acrescentar e desenvolver:

- competências de comunicação interpessoal;
- competências relacionais (relação médico-doente)
- modelo clínico centrado no paciente
- modelo clínico integrado

Comunicação em contexto clínico

A comunicação em contexto clínico está permanentemente presente ao longo de toda a consulta. Para aprofundar a teorização sobre comunicação e identificar aspectos técnicos e práticos sobre este “ingrediente” indispensável, propõe-se como leitura de referência o livro de José Mendes Nunes “*Comunicação em contexto clínico*”, complementada com leituras seleccionadas da bibliografia sobre o tema^{9-15, 31-35}.

Relação médico-doente

A relação médico-doente constitui o núcleo central da *medicina geral e familiar* e de toda a medicina clínica. Em relação a esta componente surge imediatamente o nome de Michael Balint e a sua obra “*O médico, o doente e a doença*”⁶. Também sobre este tema existe hoje vasta bibliografia disponível, a par do movimento internacional dos Grupos Balint⁸.

De acordo com as ideias de Michael Balint, a participação continuada em grupos Balint proporcionará aos médicos um alargamento e aprofundamento da compreensão sobre o seu papel na relação, contribuindo para o seu equilíbrio emocional e conduzindo a mudanças de atitudes, que jogarão também a favor do doente, pois as novas qualidades adquiridas terão consequências gerais. Pode ser uma mudança silenciosa e lenta, eventualmente imperceptível, até que, em momentos de reflexão ou de seguimento de casos, se demonstra uma maior maturidade e facilidade em lidar com as situações anteriormente apelidadas de *díficeis*. Essencialmente, a tarefa do grupo Balint centra-se na análise do que se passa na relação médico-doente. Não apenas na avaliação do modo de sentir do médico, mas também no que isso pode indicar quanto aos sentimentos do doente. O grupo deverá ajudar o médico a permitir que seja reconhecida ao doente a possibilidade de expressar as suas próprias emoções. Ao promover-se a interacção especulativa no seio do grupo, cujo funcionamento obedecerá a uma dinâmica democrática, procuram-se explicações para as razões que motivaram a vinda do doente à consulta, como se sentirá face ao médico, que tipo de médico lhe poderá ser mais útil ou porque se estará a comportar de determinado modo. Simultaneamente, tenta-se compreender por que é que o médico se sente incomodado com alguma situação ou determinar a dimensão da dificuldade sentida ao lidar com o caso, ajudando-o a reencontrar o seu próprio bem-estar. A tarefa do grupo Balint promove a imaginação dos intervenientes, induzindo a incorporação de diversidade nas práticas clínicas dos seus participantes.

Método clínico centrado na pessoa

A *medicina geral e familiar* é, por excelência, a medicina da pessoa¹. Requer um saber lidar com a complexidade da condição humana, com o vasto leque de factores que condicionam a dinâmica de saúde-doença de cada pessoa, de cada família e de grupos com necessidades especiais. O primado da PESSOA implica o estudo da relação de cada elemento individual, com o seu meio envolvente, numa perspectiva ecossistémica: família, contextos ocupacional, sócio-cultural e comunitário. George Engel foi pioneiro a definir e a propor esta abordagem na literatura científica internacional, no seu histórico artigo na Science, em 1977³⁶.

O modelo clínico centrado no paciente corresponde ao conceito de ***medicina da pessoa***. O seu objecto é a singularidade de cada indivíduo, visto no seu contexto biopsicosocial e cultural. Isto reflecte-se na forma como apreendemos o que cada paciente diz e no modo como explicamos os problemas, situações, procedimentos, em função do grau de diferenciação e literacia individuais. É também importante perceber até que ponto o indivíduo está preparado para receber informação. Perceber até onde devemos ir nas nossas explicações, tendencialmente longas. Será talvez melhor perguntar-lhe o que é que quer saber sobre a sua doença, sobretudo numa fase inicial do diagnóstico.

Refere-se ainda aos medos, às crenças e às ideias associadas a uma determinada doença/diagnóstico e na forma como devemos abordar a experiência do “estar doente” e explorar os sentimentos desenvolvidos nesse processo.

Mas o modelo clínico centrado no paciente diz sobretudo respeito ao modo como o médico sai do pedestal autoritário e paternalista de quem manda fazer seja o que for e espera ser obedecido. Em vez disso, procura estabelecer uma relação de mutualidade - desafiando a pessoa para uma espécie de jogo, em que lhe vai passando as cartas para a mão, ajudando-a a encontrar as próprias respostas. Pergunta-lhe, por exemplo, “*O que pensa que pode estar a acontecer?*”, “*Por que será que a sua doença não está controlada?*”, “*O que está disposto a mudar?*”. O paciente deixa de ter um papel de espectador, receptáculo passivo da informação e das orientações do médico, para intervir nas decisões diagnósticas e terapêuticas. Terá sempre alguma palavra a esse respeito.

Pode, por vezes, surgir alguma incredulidade – “*O(a) senhor(a) doutor(a) é quem sabe...*” ou “*Se eu soubesse não vinha cá...*” ou “*Sei lá, o(a) doutor(a) aqui não sou eu!*” – mas é importante criar uma atmosfera de co-responsabilização. O doente é quem vai, ou não, concordar, aderir e cumprir o plano terapêutico acordado, daí a necessidade de enveredar pelo caminho da negociação e com ele perceber as suas verdadeiras motivações, o que se sente capaz de fazer e de mudar.

Compreender o(a) paciente e levá-lo(a) a envolver-se

Esta noção aplica-se muito bem às doentes com excesso de peso, por exemplo. Vêm pedir comprimidos para emagrecer. Procuram soluções rápidas e eficazes – milagrosas?... Para as compreender é necessário explorar a forma como cada uma se vê, sem levantar barreiras, ao rejeitar logo os tais comprimidos - *Quanto peso sente que tem a mais? Que peso gostava de atingir para se sentir bem? O que tem feito para tentar alcançar aquele peso? Quais os seus hábitos alimentares? E o exercício físico? Que ideias tem sobre os ditos comprimidos e sobre a sua eficácia (que amiga/vizinha os tomou)?... O que acha poder mudar nos seus hábitos?! - A ideia é ir pensando o problema com a pessoa e chegar às respostas com ela. Procurar os pontos de encontro para objectivos comuns, em função dos recursos mobilizáveis.*

MT 2008

Este método facilita a compreensão do doente, dá sentido a toda a consulta e direcciona-a para o *empowerment*, fortalecendo a capacidade de decisão conjunta perante os problemas do indivíduo com que nos vamos deparando no decorrer da consulta. As referências centrais do *modelo clínico centrado na pessoa* são as publicações da equipa de Ian McWhinney, designadamente a obra *Patient-Centered Medicine*, de Moira Stewart e outros autores (Figura 4)³⁷⁻³⁹.

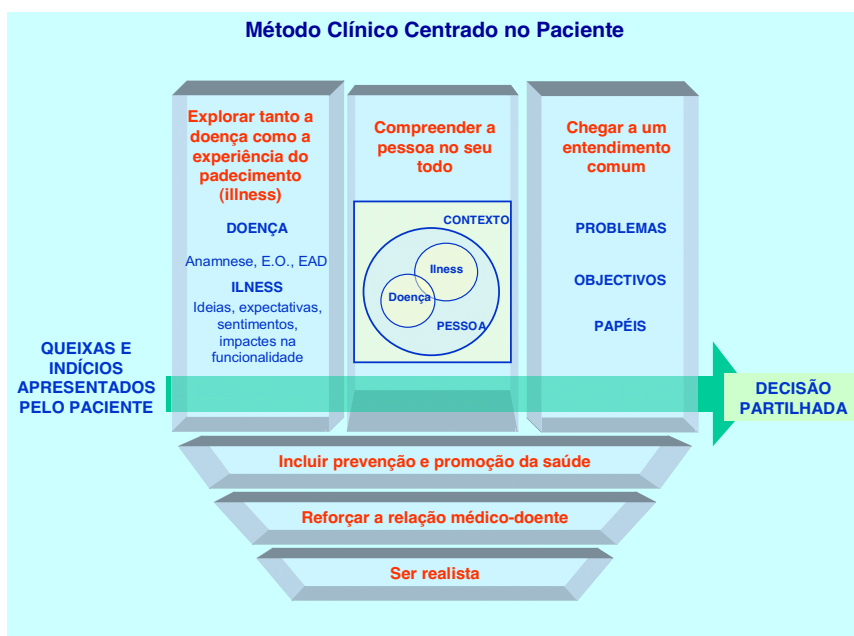


Figura 4 – Diagrama ilustrando aspectos essenciais do “Método clínico centrado no paciente” (Adaptado de diagrama de Luís Filipe Gomes – Ref.^a : Stewart M. et al, 2003³⁸)

E... a minha consulta?

(...) já estávamos ali há um bom bocado, sentia-me desgastado, mas vaidoso. Finalmente chegara à fase boa do internato; aquela em que sentimos que já sabemos quase tudo. E esta consulta tinha sido tão completa: cuidados preventivos, curativos, paliativos, incentivos, sugestões e todos os cuidados que fazem parte do curriculum obrigatório de um interno dedicado. Levantei-me para encerrar a consulta e exclamei com um sorriso simpático e algum alívio na voz: – *Bom, senhor Caldeira, hoje ficamos por aqui!*

O Senhor Caldeira olhou para mim com ar simples (o de sempre). Parecia agradado com os cuidados prestados, mas algo estava fora do sítio... – *Oh senhor doutor, o senhor já fez a sua consulta... mas agora falta a minha!! (...)*

TC 2002

Modelo clínico integrado

O *modelo clínico integrado* é um desenvolvimento do modelo clínico centrado na pessoa. Está *centrado na pessoa* e, ao mesmo tempo, presta atenção aos aspectos biomédicos, ao médico, à relação médico-paciente e ao contexto em que tudo decorre. Integra, assim, as várias abordagens já mencionadas anteriormente, procurando equilibrá-las e harmonizá-las, sem negar nem menosprezar nenhuma delas. Até porque estas diversas abordagens intersectam-se, interpenetram-se, e têm entre si relações de inclusão. Assim foram tidos em conta:

- O *modelo médico* ou *biomédico* – cujos fundamentos remontam aos postulados da causalidade, de Koch;

Compreensão de factores biológicos e fisiopatológicos

- O *modelo social ou biopsicossocial* – cujos fundamentos remontam aos estudos sobre o declínio acentuado da morbidade e da mortalidade por tuberculose e por outras doenças transmissíveis, muito antes do início da utilização de antibióticos e de vacinas, colocando o enfoque nos factores sociais e ambientais^{36, 40}.

Compreensão de factores psicossociais, culturais e ambientais

- A *abordagem “balintiana”* - auto reflexiva, sobre o factor médico (“o médico como medicamento”) e sobre a relação médico-doente⁶⁻⁹;

Compreensão do médico e da relação médico-doente

- O *método clínico centrado no paciente* – fundamenta-se no modelo biopsicossocial de George Engel³⁴. A sua formulação, como método clínico, deve-se ao trabalho desenvolvido por Ian McWinney, Moira Stewart e col. , que já foi sucintamente referido³⁷⁻³⁹;

Compreensão do paciente

- O *modelo sistémico* – que procura aplicar a teoria geral dos sistemas à prática clínica e desenvolver abordagens mais holísticas dos fenómenos de saúde-doença, da consulta e do processo de prestação de cuidados de saúde^{41, 42}.

Compreensão dos sistemas envolvidos, no seu todo

O *modelo clínico integrado* materializa assim a aplicação da teoria da complexidade à prática clínica, em especial à *MGF*⁴²⁻⁴⁸.

Aplicando este modelo o médico tende a deixar de “ver” o doente como objecto de estudo e de intervenção. O doente passa a ser sujeito interveniente e central de todo o processo. Ao mesmo tempo, o médico tratará de estar atento a si próprio e a múltiplos factores que interferem e influenciam a complexa relação médico-paciente.

Competências socioculturais

O método clínico centrado no paciente e o modelo clínico integrado exigem, por parte do médico, o desenvolvimento de competências sócio-culturais.

Vivemos hoje numa sociedade de grande diversidade cultural, de forte imigração, muitas viagens e muitos viajantes, com uma economia globalizada a permeabilizar todas as fronteiras. Hoje, nos centros de saúde portugueses, cuidamos de portugueses, de brasileiros (e o Brasil é um país imenso e diverso), de africanos oriundos de países de língua oficial portuguesa, de africanos oriundos de outros países, de ucranianos, de moldavos, de romenos, de russos, de timorenses, de chineses, de filipinos, de espanhóis, de franceses, de irlandeses, de bolivianos, de ciganos ...

São tantos e tão diversos sistemas de crenças, de modos de representação das doenças, de modelos explicativos e de causalidade, de expressão do sofrimento, de modos de lidar com a enfermidade...

Para muitos doentes, vindos de uma cultura animista, há um animal que causa a doença, para outros são as “correntes de ar” ou o “copo de água fria”. Com muitos, temos a barreira do “idioma”. No entanto, com todos eles podemos explorar e tentar compreender, de alguma forma, as suas experiências e os seus sentimentos. Esta exploração permite-nos adequar a entrevista e formular objectivos realistas em termos de resultados esperados, que sejam também claros para os doentes. Muitas vezes, nestas circunstâncias, pergunto ao doente “*Então nessa situação que me está a descrever, o que é que espera de mim? Como acha que eu o posso ajudar?*”.

IS 2008

2.3. Desenvolvimento pessoal e profissional contínuos

O desenvolvimento das competências atrás enumeradas implica um processo contínuo de transformação pessoal. Um processo que desafia os modos tradicionais de ver o mundo, de olhar para os outros, de pensar e de nos pensarmos, e de agir. É este mundo pessoal complexo que transportamos todos os dias para as nossas consultas, que pretendemos que nunca estagne, que se mantenha em permanente desenvolvimento. Por isso é tão relevante que lhe prestemos atenção, que cuidemos permanentemente do nosso auto-conhecimento. Conhecemo-nos e desenvolvemo-nos através dos outros, na relação com os outros, embora nas nossas circunstâncias. A relação médico-doente na consulta é apenas um caso particular deste processo. Alterar o nosso modo de pensar equivale a modificar todo o nosso complexo sistema de interagir com o mundo e com o “outro”. E, neste sistema, as emoções (modos de reagir) e sentimentos (modos de sentir) têm um papel modulador e regulador essencial (Figura 5).

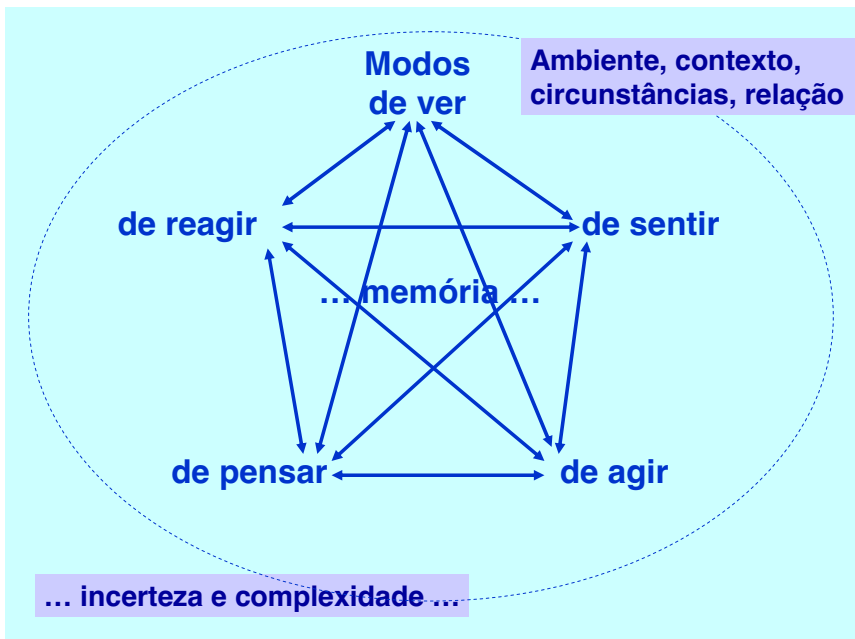


Figura 5 – *Modificar o nosso modo de pensar equivale a modificar todo o nosso complexo sistema de interagir com o mundo e com os outros. E, neste sistema, as emoções (modos de reagir) e os sentimentos (modos de sentir) têm um papel modulador e regulador essencial.* (Pentagrama elaborado a partir de elementos de conhecimento obtidos na obra de António Damásio “Ao Encontro de Espinosa”^{42, 49}).

É tentador traçar paralelismos entre as estratégias de transformação pessoal usadas nos processos de formação e algumas estratégias psicoterapêuticas. No essencial, todas visam modificar alguma coisa na pessoa. Nesta linha de raciocínio, parece-nos apelativa a ideia de que as modificações no nosso *todo* podem ser induzidas ou influenciadas por modificações em qualquer um dos cinco pólos ilustrados na Figura 5. De facto, a estratégia e os métodos da terapia comportamental visam interferir com a pessoa no pólo **“agir”** para através dele “entrar” e influenciar os restantes pólos. A terapia cognitiva tenta a “porta de entrada” do pólo **“pensar”**. O mesmo se pode aplicar aos esforços para alterar perspectivas ou **“modos de ver”**, designadamente recorrendo a metáforas e a analogias²⁶. Quando tentamos modificar percepções, em nós ou nos outros, sobre situações, acontecimentos ou pessoas, acabamos por interferir também com as formas de **“reagir”** (emoções), de **“sentir”** (sentimentos, subsequentes às emoções) e de pensar relativamente àquelas situações, pessoas ou factos, o que condicionará também as nossas atitudes e comportamentos (**“agir”**) relativamente a eles.

Estes processos passam-se constantemente connosco, no nosso dia-a-dia, nos nossos processos de formação e... nas nossas consultas. O desafio é o de os estudar e compreender melhor, para retirar deles a utilidade técnica e os benefícios possíveis na nossa actividade profissional. O pensamento integrador ou complexo e as novas abordagens propostas pela teoria/ciência da complexidade podem ajudar-nos a vislumbrar novos horizontes nestes domínios⁴²⁻⁴⁸.

Actualmente, nos cuidados de saúde primários, os processos de desenvolvimento pessoal e profissional contínuos estão estreitamente ligados ao trabalho em grupo dos médicos de família, integrados em equipas multiprofissionais, designadamente nas *unidades de saúde familiar* (USF). Esta evolução organizativa potencia maior envolvimento, responsabilização, interações criativas e inovação a vários níveis. A elas se podem aplicar os conceitos de organizações que aprendem (*“learning organizations”*) e de comunidades de práticas⁵⁰⁻⁵³. Esta matriz organizacional por equipas intensifica as dinâmicas de formação, de aprendizagem e de transformação de atitudes, de saberes e de práticas de cada profissional, dos grupos e das equipas. Neste contexto de prática, a formação e as transformações pessoais acontecem momento a momento, em cada dia. E estas transformações traduzem-se também em descoberta de novos modos de ver, de estar, de interagir, de trabalhar, de cooperar, de fazer diferente e melhor.

3. Registos clínicos

– objetivos, métodos, tecnologias e qualidade

O dossier clínico de cada pessoa e família constitui uma memória preciosa para o médico e um instrumento de apoio à qualidade do seu raciocínio e das suas decisões clínicas. Aos registos são atribuídas funções não apenas mnésicas (que garantem a longitudinalidade dos cuidados), como também comunicacionais (proporcionando a informação necessária ao trabalho em equipa) e analíticas (permitindo o arquivo de dados-base do paciente, fornecendo dados para investigação ou prova para diligências médico-legais⁵⁴.

Os registos ou anotações clínicas sofreram uma evolução notável, especialmente a partir de Lawrence Weed, na década de 60 do século passado^{55, 56}. O “*Problem Oriented Medical Record*” (POMR) ou “*Registo Médico Orientado por Problemas*” (RMOP), divulgado em 1968, e a sua componente SOAP (*subjectivo, objetivo, avaliação, plano*), introduzida em 1969 para estruturar na estrutura de anotação da informação clínica⁵⁶⁻⁶⁰. Esta nova estrutura induz um pensamento lógico e leva a um registo menos descritivo/narrativo, mas mais claro. Este método foi criado no âmbito da prática da *medicina interna* nos EUA. Posteriormente, a *medicina familiar* académica aproveitou-o e desenvolveu-o, incorporando-lhe novos elementos, designadamente em relação à dimensão familiar e sócio-relacional de cada pessoa, à integração das narrativas biomédica e biográfica de cada paciente, entre outras^{54, 60, 61}.

O RMOP possui três áreas fundamentais de armazenamento de informação: os dados-base do paciente, as notas clínicas progressivas (também conhecidas por notas “SOAP”) e a lista de problemas. Bem utilizado, é um método altamente eficiente em termos de recuperação da informação que é necessária para garantir a continuidade de cuidados. Para essa eficiência ser óptima, teremos que ser sistemáticos e precisos no registo, tão completos quanto a pertinência o exija, sem sermos contudo redundantes ou detalhistas. Quer no que diz respeito às notas clínicas progressivas, quer quanto à lista de problemas, a parcimónia de inclusão de informação é necessária se desejamos, por exemplo, manter uma lista facilmente legível e funcional nas tarefas para que foi concebida - a de fornecer um “retrato” fácil e rápido dos problemas de saúde do paciente^{54, 60, 61}.

Embora concebido para uso em papel, o método de Weed adapta-se bem à prestação de cuidados em MGF e marca presença, actualmente, na quase totalidade dos suportes electrónicos de registo clínico em

cuidados de saúde primários, mantendo-se como o “*gold standard*” para o médico de família. O sistema de classificação em CSP (ICPC-2) foi também desenvolvido com base no Método de Weed.

Quando registamos, devemos fazê-lo como se não o fizéssemos para os nossos olhos, mas para os de outros. A pressão para gerir o tempo da consulta de uma forma mais ritmada não deve impedir-nos de colocar qualidade nos registos que fazemos - ainda que tenhamos de os concluir mais tarde, já com a consulta encerrada. Devemos esse cuidado aos nossos pacientes.

Posteriormente, os problemas com o armazenamento ou arquivo dos processos clínicos, a complexidade crescente dos cuidados administrados, a utilização dos registos médicos como fontes de informação, juntamente com as possibilidades criadas pela informática, conduziram ao desenvolvimento do registo de saúde electrónico. O conceito e o *software* de dossier clínico electrónico (electronic health record – EHR) representaram uma nova viragem neste mundo.

São indiscutíveis as vantagens a vários níveis de ter bons registos clínicos. Porém, tanto em relação ao dossier em papel, como ao uso de meios informáticos, há que acautelar e prevenir um risco *major* que é o da mudança na direcção do olhar e da atenção do médico durante a consulta.

"Deixou de gostar de mim?"

Quando iniciei os meus registos informáticos, passei a olhar menos para os doentes. Um dia, um doente que fazia parte da minha lista há cerca de 20 anos, vira-se para mim e diz: “*Senhora doutora, deixou de gostar de mim?...Está zangada comigo?...Vai mandar-me para o hospital?*”

Aí percebi o quanto fazia falta aquele olhar nos olhos a que os meus doentes estavam tão habituados. Hoje, quando vejo que o registo está mais demorado, deixo de o fazer, acabo a consulta, e só depois registo! Eu estava zangada era com a máquina, não acertava nos registos, e tinha perdido a paciência...e confesso que isso continua a acontecer-me com alguma frequência!

AS 2008

Para onde olha o médico?

(...) eu notei isso e vários colegas dizem-me o mesmo: passam, por vezes, mais tempo a olhar para o computador que para o doente. É certo que antes se passava bastante tempo a olhar para baixo, para o papel, a registar as notas da consulta ou a transcrever os resultados dos ECD. Mas agora o computador absorve mais a nossa atenção. Quando consulto a informação das consultas anteriores, as prescrições, o estado dos pedidos de referência hospitalar, os dados do processo familiar, a disponibilidade de agenda para uma próxima consulta, etc. o doente fica “pendurado” enquanto eu não obtenho as informações que procuro. Criam-se momentos de pausa e de silêncio que para mim são desagradáveis e que procuro preencher continuando a falar com o doente. Por vezes relatando simplesmente os meus passos no computador ou lendo em voz alta o que estou a ler ou a escrever no ecrã. E, como trago da USF onde fiz o internato o hábito de codificar os sintomas, problemas e procedimentos, começo logo no início a registar o ou os motivos de consulta no “S”.

Os doentes, neste centro de saúde, não estão muito habituados a que os médicos utilizem o computador ao longo da consulta e notei a sua estranheza inicial. É claro que poderia deixar as anotações para o final da consulta, mas isso é coisa que não consigo fazer. Quantos doentes vêm com vários motivos de consulta, alguns dos quais se identificam, por vezes, apenas em etapas avançadas da consulta? Ou a quem, durante a consulta, não identificamos mais um problema importante que receamos esquecer-nos de anotar posteriormente na respectiva lista? Não é fácil conciliar a atitude de escuta e de apoio e decisão com o computador na consulta. Mas, se os momentos “livres de computador” forem de qualidade, a consulta corre bem. Ou seja, se o olhar for nos olhos do doente, se for demonstrada compreensão e empatia e se o doente for recebido e despedido com um sorriso.

TB 2008

Como manter o contacto visual?

Verifiquei que se colocar o ecrã e o teclado do computador à direita da secretária, virados para mim, e se o paciente se sentar à minha frente, é possível ir mantendo o contacto visual durante os períodos de registo no computador.

Costumo também ir falando com o doente e, sobretudo, ir ouvindo o que diz, enquanto introduzo dados de forma mais “mecânica” (por exemplo MCDT's) ou quando renovo receituário.

Além disto, sempre que o doente me traz resultados de MCDT, antes de os registar, traduzo os seus resultados em linguagem compreensível para o doente, que assim fica mais calmo e depois explico-lhe que vou demorar algum tempo a registá-los.

AF 2008

4. Instrumentos / ferramentas de apoio à consulta

O consultório do médico de família e a unidade de saúde no seu conjunto devem dispor de um conjunto de equipamentos e de instrumentos “leves”, quer clínicos quer educacionais. Este conjunto deve ser periodicamente revisto e actualizado e estar devidamente explicitado e inventariado em cada unidade para permitir a respectiva gestão e manutenção¹.

A utilização de novas tecnologias de informação e comunicação: processo clínico electrónico, computador, Internet, e-mail, PDA, etc. é hoje uma realidade inelutável nos cuidados de saúde primários de qualidade e pode ser equacionada sob dois pontos de vista:

- *na óptica do raciocínio clínico e da decisão médica*
- *na óptica do apoio e do empowerment do utente*⁵²

Deve existir em cada unidade de saúde uma base de dados e de informação sobre os recursos existentes na comunidade ou acessíveis noutros locais, que permita disponibilizar em tempo útil, durante ou após a consulta, endereços e contactos de centros, de serviços, de instituições de apoio e auto-ajuda, etc..

As possibilidades tecnológicas actuais de acesso e gestão da informação e do conhecimento contrastam com as barreiras burocráticas e os controlos autoritários que ainda existem nos serviços de saúde e que os asfixiam. Actualmente, até para as visitas domiciliárias podemos levar um pequeno computador que se chama PDA (*Personal Digital Assistant*).

O acesso à Internet durante a consulta é actualmente um requisito indispensável para a prática qualificada da MGF. Cada médico e unidade devem definir e gerir a lista dos portais e dos sites seus *favoritos* e evitar cair na enxurrada caótica de informação que, infelizmente, a Internet também proporciona. São exemplos interessantes:

Programas de gestão de sites:

www.myhq.com

www.ikeepbookmarks.com

Informação para os utentes:

www.patient.co.uk/index.asp

www.familydoctor.org

Informação para os viajantes:

www.safetravel.gov.nz

www.itg.be/ITG/GeneralSite/GeneralPage.asp

www.fco.gov.uk/en/traveling-and-living-overseas/

Normas de orientação clínica:

www.guidelines.gov

www.ebscohost.com/dynamed/default.php

Desenhar genogramas:

www.genopro.com/family-tree-software

www.mgfamiliar.net

A preocupação em actuar de acordo com a “evidência que interessa” (“evidence that matters”) na abordagem e tratamento dos diversos problemas de saúde requer muito tempo e disponibilidade. A actuação de acordo com a melhor medicina baseada na evidência exige procura de informação. Esta deve estar organizada de forma a optimizarmos o tempo de duração da consulta. A organização em arquivos, no computador, exige dedicação e uma actualização constante. Para nos ajudar neste processo, Carlos Martins construiu e mantém um site (www.mgfamiliar.net), que constitui um instrumento precioso de apoio à consulta, muito útil em qualquer consultório de medicina geral e familiar.

Aqui se encontra concentrada, num único sítio, informação e instrumentos pertinentes e úteis nas consultas do dia-a-dia. Nele se encontram sítios de pesquisa e motores de busca da Internet, livros e documentos importantes, designadamente Circulares Normativas da Direcção-geral da Saúde e de outras instituições de referência, material de educação para a saúde e informação escrita para os utentes, com qualidade, e outra informação interessante. Apresenta também inúmeras ferramentas para a prática clínica que melhoram substancialmente a qualidade científica da consulta. Nesta secção podemos encontrar um calendário de gravidez com as datas desejáveis para a realização de exames, o Interactive Risk Calculator (instrumento de avaliação do risco de desenvolver doença coronária ao fim de 10 anos, de acordo com o estudo de Framingham), o Electronic Preventive Services Selector (ferramenta disponibilizada pela United States Preventive Services Task

Force desenhada para auxiliar o médico na selecção de actividades preventivas, entre outros. O site recomenda o programa Epocrates, que tem informação completa sobre medicamentos e princípios activos, indicações, contra-indicações, posologia, perfil de segurança, e pesquisa fácil de interacções medicamentosas. Esta última funcionalidade permite conjugar toda a medicação, constituindo um instrumento essencial na gestão da polimedicação em situações de multimorbilidade, contribuindo para a prevenção quaternária, tão importante nos dias de hoje.

Utilidade dos programas de conversação

Um dos “ruídos” na consulta é o toque do telefone ou o bater na porta para fazer algum pedido (geralmente questões administrativas). A utilização de programas de conversação do tipo “*Google Talk*” pode resolver alguns destes ruídos. Por exemplo: se um colega precisa de falar connosco urgentemente liga-nos para o consultório interrompendo a consulta. A comunicação entre médicos, administrativos e enfermeiros tem e deve existir. No entanto, se simplesmente teclarmos “*Liga-me logo que pudes. É urgente*”, ou “*Sr. Doutor a criança marcada para as 17h está pronta*” ou “*Tem uma utente a pedir uma consulta urgente, no domicílio*”, recebemos a mensagem sem interrompermos a consulta. Em situações raras, mas possíveis, também pode servir como pedido de ajuda perante uma ameaça física no consultório.

MM 2008

5. A consulta em 7 passos

Cada episódio de consulta pode ser decomposto em *três fases* e *sete passos* (Figura 6 e Quadro IV):

Fase inicial – preparação e primeiros minutos

Esta fase corresponde a uma “descolagem” e, tal como num voo, requer um grande investimento de preparação do que se vai seguir. É uma fase de concentração e focalização de atenção e “energia”. Individualizámos dois passos nesta fase:

Passo 1 – Preparação – rever a situação do médico, do consultório e do próximo paciente, antes de este ser chamado para a consulta

Passo 2 – Os primeiros minutos – chamada, cumprimento, acolhimento, indícios, motivos e encontro/ acerto de agendas

Fase intermédia – exploração, avaliação e plano (EAP)

Esta fase corresponde ao desenrolar da consulta. É a fase em que se procede à recolha sistematizada de dados e de informação, subjectivos e objectivos. É também nesta fase que se processam intelectualmente os dados e a informação recolhidos, sempre com a colaboração e em diálogo com doente, para chegar a uma avaliação e a um plano de acção. Embora os passos devam ser sequenciais, na prática sempre ocorre alguma multidireccionalidade entre estes 3 passos. Pode acontecer, por exemplo que certos dados só se apurem ao discutir o plano, o que se traduz, depois, num andar “de diante para trás” e vice versa. É, assim, necessário manter a disciplina na condução do processo da consulta, mas permitir a indispensável abertura e flexibilidade. Esta fase compreende três passos:

Passo 3 – Exploração - recolha, análise e contextualização de dados e de informação (subjectivos, objectivos e contextuais)

Passo 4 – Avaliação - interpretação, diagnósticos, explicação e previsão (prognóstico) e impactes na qualidade de vida

Passo 5 – Plano - plano de cuidados (propostas, negociação e acordos de acção, incluindo prevenção)

Fase final – encerramento e reflexão final

Esta fase corresponde à “aterragem”. É a altura para resumir o que se passou, para avaliar como decorreu a “viagem”, verificar que se chegou ao local desejado, que não fica nada para trás, e pensar em próximas “etapas”. Individualizámos dois passos nesta fase:

Passo 6 – Encerramento – rever se subsistem dúvidas, rever o plano acordado e cumprimento de despedida

Passo 7 – Reflexão e notas finais – breve reflexão sobre o que se passou

A organização em **3 fases** e **7 passos** pode parecer fragmentadora. Porém, tem objectivos de treino e de aprendizagem e pode ser aplicada de múltiplos modos. Pode servir, por exemplo, para treinar e aperfeiçoar atitudes e comportamentos clínicos apenas num ou em alguns dos passos e fases propostos.

Muitos dos aspectos e procedimentos que aqui se escarpelizam parecem coisas óbvias, feitas na prática em fracções de segundos, de modo automático, ágil e intuitivo por um médico experiente. Mas os automatismos, a agilidade e a intuição requerem um longo processo de aprendizagem e de treino. A finalidade do exercício é acelerar e ajudar a alcançar níveis elevados de qualidade do desempenho clínico.

Infelizmente, muitos dos aspectos que o exercício escarpeliza são frequentemente ignorados, omitidos ou deficientemente executados e conduzem a erros e a má prática, com prejuízo tanto para os pacientes, como para o próprio médico ou para a relação médico-doente.

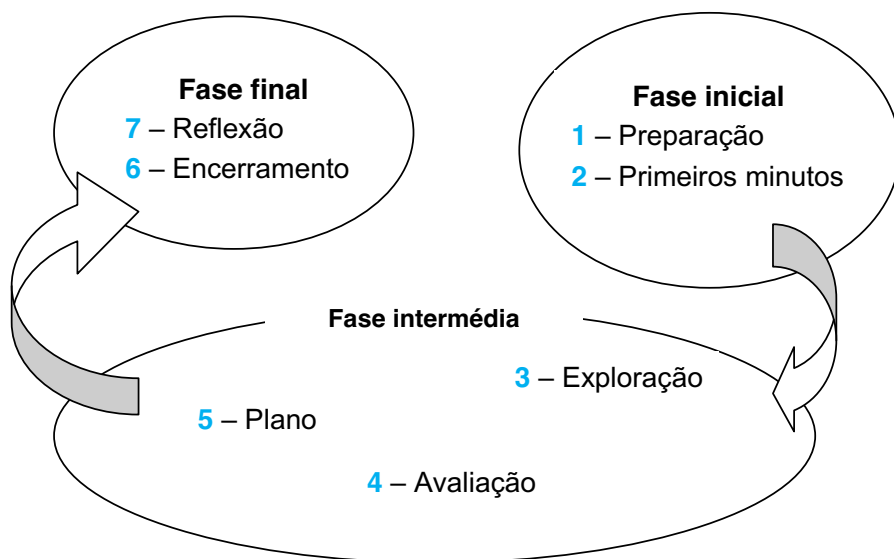


Figura 6 – As 3 fases e os 7 passos da consulta

Quadro IV

Passos da consulta

Passos	Objectivos
1 – Preparação	<p>a) Breve auto-avaliação do médico – forças e fraquezas para a consulta que se segue; alguma necessidade fisiológica a satisfazer? existem emoções que possam ser transportadas para a próxima consulta e a vão contaminar?</p> <p>b) Rever quem é o próximo utente - consulta breve do processo: <i>resumo, lista de problemas</i>, terapêutica habitual, registo <i>SOAP</i> da última consulta, registos das últimas consultas e outra informação pertinente</p> <p>c) Avaliar sumariamente as condições do ambiente do gabinete: arejamento, limpeza, arrumação, etc.</p>
2 – Primeiros minutos	<p>Acolhimento, primeiro contacto, cumprimento</p> <p>Observação e escuta atentas do paciente e das suas motivações (<i>aqui e agora</i>)</p> <p>Nota: a qualidade da abertura da consulta é vital para o seu sucesso. As primeiras impressões são muito importantes. É nesta fase que começa a preparação do clima terapêutico.</p>
3 – Exploração, análise e contextualização	<p>Anamnese, exame objectivo e contextualização dos problemas abordados.</p> <p>Nota: é importante procurar apreender, sem modificar, o “objecto” (a história do doente). O exame físico e, em especial, a anamnese, podem ter efeitos terapêuticos (além da sua natural finalidade diagnóstica).</p>
4 – Avaliação	<p>Inter-relacionar e interpretar os dados e a informação recolhidos e integrá-los num quadro explicativo coerente e com significado para ambos (médico e paciente).</p> <p>Nota: inclui a definição de problemas, a formulação de diagnósticos, aspectos de previsão (prognóstico) e avaliação de impactes na funcionalidade e na qualidade de vida</p>
5 – Plano	<p>Propor, negociar e procurar acordo sobre acções e objectivos, incluindo prevenção (“oportunista” ou não)</p>
6 – Encerramento	<p>Confirmar a inexistência de dúvidas, a satisfação das expectativas do paciente, acolher eventuais apreciações do utente e ... encerrar formalmente a consulta (cumprimento de despedida)</p>
7 – Reflexão final	<p>Fase dedicada à auto-reflexão pessoal sobre a consulta e, também, para fazer a limpeza mental, cognitiva e uma eventual descontaminação emocional, para passar à próxima consulta</p> <p>Esta fase pode ser útil para completar ou corrigir os registos clínicos referentes a essa consulta e a essa pessoa</p> <p style="text-align: center;">❖ Ter presente que é sempre possível melhorar!</p>

Exercício prático

Um bom método de consulta ajuda a treinar a agilidade do raciocínio e a capacidade de decisão do clínico. Estimula e apoia a preocupação e a atenção ao paciente através de actos precisos, muito concretos. Também a economia das palavras, a fantasia e o acerto dos exemplos e das metáforas usados para explicar aos pacientes as suas situações, a sensatez e prudência do plano proposto beneficiam de uma abordagem estruturada nos escassos minutos que dura uma consulta. Estes e muitos outros aspectos são decisivos para a eficácia da comunicação médico-doente e para o sucesso de cada consulta^{3-5, 28-35}.

Modos e contextos de aplicação do exercício

O exercício aqui proposto visa facilitar aos internos, aos estagiários e aos orientadores a concretização dos objectivos previstos para o treino da consulta. Está aberto a críticas e a sugestões para o seu aperfeiçoamento.

Este exercício procura dissecar e aprofundar os principais processos mentais, relacionais, comunicacionais e clínicos que devem acontecer nas várias fases e passos de cada consulta, em especial nas consultas de complexidade média e elevada, as quais podem representar mais de metade das consultas de MGF.

Os Anexos A2 e A3 são constituídos por grelhas de observação e anotação dos diversos aspectos a ter em conta ao longo dos passos de cada consulta.

O exercício pode ser aplicado de várias formas:

- a) pelo próprio médico de família, como exercício de reflexão e auto-avaliação, escolhendo uma consulta que preveja mais complexa, podendo abranger a totalidade dos passos, ou apenas um ou mais passos que queira analisar melhor (recomenda-se a aplicação no final da consulta, com reserva de algum tempo para esse efeito);
- b) por um observador externo, abrangendo apenas um ou mais passos de uma consulta ou de um número escolhido de consultas;
- c) para preparação e análise/avaliação de uma consulta videogravada – autoscopia;
- d) para avaliação abreviada de uma consulta na sua totalidade (ver Anexo A3);
- e) para treino e reflexão dos internos de MGF durante a execução das suas consultas, aplicando-o de modo flexível consoante as suas necessidades e os objectivos do treino;
- f) de todas as formas imaginativas que se quiser...

Passo 1

Preparação da consulta



5.1. Passo 1 – Preparação da consulta

“O começo é a parte mais importante de qualquer trabalho”

Platão

Começar bem uma consulta significa prepará-la cuidadosamente.

Objectivos

A preparação da consulta visa lembrar e responder a um conjunto de perguntas, em especial, no que respeita ao doente, caso seja já uma consulta seguinte para ele.

A preparação de cada consulta incide em três pólos:

- o médico e o seu estado físico e emocional
- o paciente
- o contexto, o ambiente do gabinete, entre outros aspectos

Mesmo no caso de ser uma primeira consulta com o paciente é possível ter em conta, por exemplo, a idade, o género, a nacionalidade e prepararmo-nos para alguma atitude pró-activa e preventiva tendo em conta a fase do ciclo de vida dessa pessoa (vacinação, detecção de factores de risco, rastreios recomendados para a idade, etc.).

Perguntas-chave

Em relação ao **médico**, é indispensável proceder a um rápido “auto-exame” com perguntas do tipo:

- a) Estou em condições físicas e emocionais para a próxima consulta?
- b) Tenho necessidade de ingerir algum alimento ou de beber água antes de prosseguir?
- c) Tenho alguma outra necessidade fisiológica premente?
- d) Estou preocupado com aspectos da minha vida pessoal, ou da vida profissional ou de relação com a equipa, ou com o que se passou na consulta anterior, ou com qualquer outro aspecto?
- e) Estou atrasado e, por isso, “stressado”?
- f) Tenho um compromisso a seguir a este período de consultas e receio chegar atrasado? Devo avisar já para aliviar o “stress”?

Em relação ao próximo **paciente**, é útil perguntar:

- a) Quem é o paciente que me vem consultar? (sexo, idade, país de origem, etc.)
- b) Por que nome e, eventualmente, título gosta de ser tratado?
- c) Alguma particularidade em relação a crenças? Cultura étnica? Ou outro aspecto socio-cultural?
- d) Qual o seu contexto familiar (vive só?; com familiares?; que características tem a sua família? etc.)?

- e) Qual o seu contexto sócio-ocupacional? Condições e riscos laborais para a saúde?
- f) Quais os principais problemas de saúde activos já identificados?
- g) Existe algum alerta especial a ter em conta? (*está a tomar contraceptivos orais? Tem prótese valvular? Está em hipocoagulação? Alergias a medicamento? Necessidade de prevenção de endocardite bacteriana? etc.*)
- h) Qual o plano de cuidados “em vigor”? Terapêutica habitual?
- i) O que ficou acordado ou quais os aspectos pendentes da última consulta?

Em relação ao **contexto** e **ambiente do gabinete**, é de ter em conta:

- a) O gabinete está em condições de receber o próximo paciente?
- b) São claras e conhecidas as regras quanto ao uso de telemóveis e quanto às interrupções telefónicas e presenciais?
- c) É necessário tomar algumas medidas especiais para esta consulta (por exemplo, avisar para não ser interrompido, pedir a presença de uma terceira pessoa)?
- d) Outros aspectos?

A preparação da consulta começa na véspera

A preparação da consulta pode começar na véspera: é boa política abrir a agenda do dia seguinte e analisar mentalmente as consultas que para ele se perspectivam... Se existe alguma necessidade especial não resolvida de aprofundamento de conhecimentos sobre uma situação clínica, este poderá ser o momento para a satisfazer.

AM 2008

Preparar-se para dar más notícias

O Senhor José estava na sala de espera para saber os resultados da colonoscopia. Era um homem de 54 anos que tinha recorrido à consulta por dores abdominais e rectorragias. A colonoscopia revelou o pior: carcinoma do cólon sigmóide. Eu estava no último ano do internato e era a primeira vez que tinha de comunicar uma má notícia. Não tinha dormido bem na noite anterior devido a esta situação. Antes de iniciar a consulta fui até à casa-de-banho, lavei a cara com água fria e comuniquei à administrativa que não podia ser interrompida na próxima consulta. No consultório desliguei o telefone e chamei o Senhor José.

MM 2008

Quadro V

Passo 1 – *Preparação da consulta*

Exercício	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-avaliação das condições objectivas e subjectivas do médico • Rever quem é o próximo paciente e quais os aspectos essenciais a ter presentes: <i>ver o resumo, a lista de problemas e as anotações da última consulta, em especial o Plano acordado e as notas prospectivas</i> • Verificar sumariamente as condições físicas, de arrumação, arejamento e conforto do gabinete
Dimensão do exercício	Várias (<i>n</i>) consultas consecutivas (opção variável, em função dos objectivos do exercício)
Aspectos a ter em conta	<p><i>Quanto ao médico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Estou preparado física e emocionalmente para passar à próxima consulta? <p><i>Quanto ao paciente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Identificação: <ul style="list-style-type: none"> - nome e eventuais títulos pelos quais o paciente gosta de ser tratado ◆ Contexto familiar e particularidades a ter em conta (doenças em familiares, etc.) ◆ Resumo da situação clínica e lista de problemas ◆ Alguns “alertas” a ter em conta. ◆ Qual o conteúdo da última consulta? Existe algum Plano acordado? ◆ Quais os objectivos acordados? ◆ Aspecto(s) que tenha(m) ficado pendente(s) do ou dos últimos contactos. <p><i>Quanto ao contexto e ambiente do gabinete</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ambiente (temperatura, luminosidade, etc.) e arrumação ◆ Necessidade de arejar o consultório? De proceder a alguma limpeza? ◆ Necessidade de preparar algum material específico para a consulta com o próximo doente?

Tempo, atrasos e contaminação da consulta

Sou uma cumpridora obsessiva de horários. Prezo cumprir a hora marcada de cada consulta. Quando me surgiam imprevistos, ficava em *stress* por me atrasar. Num desses dias em que não parava de dar sinais exteriores de pressa, persistentemente a olhar para o relógio, a Ana (minha interna) disse-me:

Quando estamos atrasados devemos pensar: – é um doente de cada vez! Não vale a pena olhar para o relógio.

Desde esse momento, passei a seguir a recomendação da Ana e consigo gerir os atrasos sem contaminar desesperadamente as consultas.

PB 2007

A médica também precisa de "ir à casinha"

Pois eu tenho alguma dificuldade em me encaixar no tempo. Gosto de fazer consultas com toda a calma, dedicar-me a cada doente. Mas quando acontece algo como a impressora encravar ou o sistema informático entrar em "curto-circuito", o atraso aumenta e mais complicado é quando, a esta lentificação, se associam as malditas "necessidades fisiológicas"! A sala de espera a encher, vários olhos a bufar, atentos a qualquer movimento meu... e logo a bexiga havia de urgir!! É então que chamo a Dona Maria e o Senhor Manuel para o gabinete, cumprimentos, desculpo-me pelo atraso, para logo acrescentar: *tenho é de lhes pedir um favor, é que estou mesmo a precisar de ir à casa de banho!* Segue-se um "pois claro, senhora doutora, então não...". Podia dizer-lhes apenas que precisava de dar um saltinho à secretaria, ou outra desculpa qualquer ... mas o certo é que, quando volto, a consulta arranca sem barreiras ou animosidades. O atraso já lá vai. Parece que o facto de a médica também precisar de "ir à casinha", como reles mortal, nos aproxima mais como pessoas. Facilita a relação.

MT 2008

Telefone e telemóveis

O telefone e os telemóveis (os nossos e os dos doentes) são "melgas" muito incómodas durante as consultas. Por regra coloco o meu telemóvel no silêncio. Pode até ficar sobre a secretária. Em relação ao telefone fixo decido antecipadamente: *Vou atender chamadas de fora? Apenas do secretariado? Ou vou desligar o telefone? Se não desligar e o telefone tocar, o que digo ao doente?*

Em geral, não atendo chamadas do exterior ou, quando atendo, peço para ligarem mais tarde a partir das 17 horas. Peço sempre licença ao doente para atender a chamada. Este pedido indica-lhe que lhe estou a dar toda a minha atenção e que nesse momento vou interromper.

IS 2008

Próxima consulta: um doente "difícil"!

Quando vimos na agenda o nome daquele(a) doente “difícil” e criamos de imediato anticorpos... a postura deve ser exactamente a inversa. Devemos arranjar paciência e levar a consulta até ao fim com tranquilidade e, sempre que possível, com boa disposição – sorrir e brincar é algo que nos pode ajudar a nós e aos doentes.

A Senhora X quer mais exames... podemos, por exemplo, dizer-lhe que *qualquer dia brilha no escuro pela quantidade de radiações que já tem...*

Estes doentes podem um dia apresentar um problema grave e que pode escapar-nos pela forma com que, por vezes, os queremos “despachar”.

Doentes “difíceis” existirão sempre, e nós médicos, devemos aprender a lidar com eles. Na verdade eles sofrem com os seus problemas e têm direito a ser ouvidos e ajudados.

AS 2008

"Esqueci-me das cuecas"

A Dona Dora é minha utente há muitos anos. Teve um diagnóstico de carcinoma espinocelular da vagina e foi tratada num hospital oncológico. Apesar de ultrapassada a idade normal de vigilância ginecológica mantenho com alguma regularidade a vigilância vaginal que efectuo num período destinado à saúde da mulher e ao planeamento familiar. Sendo uma senhora idosa no meio de jovens, sente-se pouco à vontade, e está sempre apressada para sair. Certa vez, terminámos a consulta, despedimo-nos e saiu do gabinete.

Chamei a utente seguinte e iniciei a consulta, quando me batem à porta. Era a Dona Dora – *“Peço desculpa, esqueci-me das cuecas!”*

Pediu licença, a utente em consulta autorizou a entrada, foi atrás do biombo, vestiu-se, agradeceu e saiu do gabinete.

PB 2007

Passo 2

Os primeiros minutos



5.2. Passo 2 – Os primeiros minutos

A qualidade da abertura da consulta é vital para o seu sucesso. As primeiras impressões são muito importantes. É neste passo que começa a preparar-se um clima terapêutico e onde se clarificam e acordam os problemas a abordar na consulta^{62, 63}.

Objectivos

Os principais objectivos deste passo são:

- a) Abrir a consulta e o processo de comunicação (forma de chamar, cumprimento, acolhimento);
- b) Captar eventuais indícios de algo latente;
- c) Preparar a criação de uma relação terapêutica;
- d) Esclarecer o(s) motivo(s) de consulta mais importantes;
- e) Acordar os problemas a abordar na consulta – se aceitamos que uma reunião deve ter uma ordem de trabalhos e se a consulta é uma reunião entre médico e paciente, então é vital estabelecer a ordem de trabalhos da consulta. Assim, ambos saberão o que há para abordar, podendo verificar o que foi feito e o que falta fazer^{63,64}.

Um médico que está, por exemplo, a escrever notas referentes ao paciente anterior enquanto o próximo paciente entra no gabinete, está a perder informação muito importante e... a emitir mensagens subliminares do tipo: *“não estou especialmente interessado em si”*, ou ... *“quando despachar estes papéis, logo vejo qual a atenção que lhe posso dispensar”*.

Os primeiros minutos da consulta são como o descolar de um avião. Exigem uma concentração total de energias e atenção aos mais ínfimos pormenores. É o passo em que mais se deve aplicar o princípio do popular aforismo:

“se Deus me deu dois ouvidos e uma boca é para que eu saiba ouvir... pelo menos o DOBRO do que falo...”.

Perguntas-chave

A pergunta-chave deste passo é:

– por que é que este doente veio consultar-me hoje?

Ter sempre presente que não é o sintoma que traz o doente à consulta mas sim o que ele pensa sobre o sintoma. Então, se pretendermos realmente saber o que traz o doente à consulta, é imprescindível

perguntar o que ele pensa sobre o seu sofrimento. Neste passo, funcionam melhor as **perguntas abertas**.

No processo de comunicação durante a consulta, o médico de família deve ser parcimonioso nas palavras e hábil nos silêncios. Por vezes, pode ser apropriado repetir a ideia ou parte de frases do paciente sob uma forma interrogativa ou deixando a frase incompleta, permitindo ao paciente responder ou completá-la. Exemplo: “*As coisas não estão bem lá em casa...?*”; “*O seu pai está doente...?*”; “*Não tem ninguém... ?*”

Forma de chamar, cumprimento, acolhimento

2. Nenhum detalhe deve ser descurado. A começar pela forma de chamar o doente que deve ser o mais personalizada possível. Claro que não há receitas nem modos únicos de fazer as coisas! Mas entre a chamada por intercomunicador com som esganiçado péssimo e a chamada pessoal vai um abismo.

Vamos até à sala de acolhimento chamar os utentes

A arquitectura interior de uma parte da USF Marginal é a antítese do que se espera numa unidade de cuidados de saúde primários. Um longo “túnel” de 28 metros com 10 portas cinzentas blindadas de um lado e 10 portas cinzentas blindadas do outro, sem luz natural, apesar de ser um 2.º andar à beira-mar! Como superar este “túnel das trevas”?

Antes de a unidade abrir ao público, a equipa, preocupada com esta arquitectura, decidiu não permitir que nenhum utente se aventurasse sozinho pelo túnel afora. Por isso, os utentes são sempre chamados pessoalmente pelo(a) seu/sua médico(a) ou pela(o) sua/seu enfermeira(o) nas salas de acolhimento (a espera é um incidente que procuramos minimizar e por isso não gostamos de dizer “salas de espera”).

A prática revelou-se um sucesso em múltiplas dimensões. Os médicos fazem um curto e higiénico passeio entre duas consultas. Os utentes mostram satisfação pelo modo como são acolhidos. Muitas vezes, quando já são bem conhecidos (ou quando existe fotografia no processo informático), basta uma troca de olhares e um gesto de chamada (sem som) e, ao mesmo tempo, há sempre um cumprimento a algum outro utente que já se encontra na sala. O corredor passou assim a ser um espaço vivo, social em que profissionais e utentes se cruzam e interagem afavelmente.

Há dias, dizia-nos um utente: *Extraordinário, só vi esta forma de chamar os doentes numa clínica nos E.U.A.!*

AMF 2008

Comunicação inicial

Logo nos primeiros instantes o médico dará atenção aos sinais corporais, aos gestos, à expressão facial. O contacto visual é precioso para “conectar” e aproximar médico e paciente – por alguma razão se diz que os olhos são as “*janelas da alma*”. Ao mesmo tempo há que estabelecer a comunicação verbal e, se não houver “contra-indicação”, estabelecer, com sensibilidade, algum contacto físico inicial (aperto de mão, toque afectivo, por exemplo).

Nesta fase é possível, por vezes, detectar indícios particulares sugerindo, por exemplo, sofrimento, apreensão, agitação/ansiedade, preocupação, medo, etc.

Os primeiros minutos!

Um dia, durante o período de atendimento telefónico, uma utente ligou-me a pedir que observasse o pai que estava com dor abdominal, e que já tinha ido ao serviço de urgência do hospital, onde lhe prescreveram buscopolamina, sem qualquer alívio. Prontifiquei-me a observar o pai assim que chegasse.

Tal como combinado, a senhora chegou com o pai e, ***mal o vi, percebi pela sua mímica facial*** que se tratava de uma situação de dor de grande intensidade. Tentei caracterizar a dor. Tentei fazer o exame objectivo do abdómen, sem sucesso pela defesa abdominal. Era uma situação típica de abdómen agudo. Referenciei-o imediatamente ao hospital, tendo ele voltado à consulta, aproximadamente, uma semana depois. Relatou os sucessivos incidentes até à proposta de alta. Comentava: *O que me irritou é que só davam importância aos exames. Não ligavam ao que me queixava, nem a mim! A minha sorte foi uma doutora que foi um anjo, que não me largou até ser operado “às pedras” da vesícula. Não me conformo de darem mais importância aos exames que a mim!*

PB 2007

Motivos da vinda à consulta

É indispensável compreender o que trouxe aquela pessoa a uma dada consulta, naquela altura: o(s) motivo(s) expresso(s) espontaneamente ou, momentos mais tarde, os motivo(s) adicionais expressos após solicitação não directiva da(o) médica(o). Perguntas como, por exemplo: “*existe mais alguma razão para ter vindo à consulta?*”; ou “*há mais alguma coisa que o preocupe?*” ou “*precisa de mais alguma coisa?*” podem ajudar a esclarecer motivos latentes, ou razões que estejam por detrás da vinda à consulta.

Os utentes podem vir à consulta apenas porque desejam um exame de vigilância de saúde. Também nestas situações vale a pena perguntar a

razão do “*porquê agora?*”. Por vezes detectam-se outras preocupações que nos podem conduzir a investigar a presença de doença ou a “exorcizar” medos subjacentes a esses pedidos.

Ideias e expectativas em relação à consulta

É também altura de identificar quais as ideias e as expectativas que o paciente traz para a consulta. Esta clarificação inicial permite, mais tarde, uma melhor negociação do plano e a concordância quanto às metas/objectivos a atingir e à sua definição em termos realistas. A pergunta: “ – *O que espera de mim?*” serve tanto ao médico como ao doente.

E... que espera de mim?

Era a primeira consulta com a sua médica de família. Era também a primeira vez que recorria aos serviços de um centro de saúde do SNS. Septuagenário, embora sem aparentar tal, era patente o seu elevado estatuto socio-económico e cultural. Começou por me descrever sistematizadamente os vários problemas de saúde que o preocupavam. Considerava-se com boa saúde até há um ano atrás. Depois, vários problemas foram surgindo em jeito de catadupa. Uns com expressão de sofrimento físico, outros por mero achado nos vários exames realizados. Era-lhe fácil consultar qualquer especialista e já tinha consultado vários. Tinha familiares e muitos amigos médicos....

Confesso que não estava a perceber o motivo da consulta e decidi interromper para clarificar: - *Em face de tudo o que já me expôs, gostava de saber o que espera de mim?*

Responde-me imediata e limpidamente: “- *Preciso de um médico que me ajude a rever a minha situação global de saúde, que me ajude a hierarquizar os problemas, a ligar as pontas...!*”

PC 2008

Algum outro aspecto a abordar?

Pode ser relevante fazer alguma(s) pergunta(s) “directivas” sobre algum problema ou aspecto importante detectado no Passo 1 (*Preparação*) e não referido pelo paciente.

Algum motivo latente?

Por vezes, poderá existir uma motivação latente – motivo “escondido” que tenha havido relutância em apresentar. São exemplos: *uma dificuldade sexual; um problema conjugal/familiar, incluindo violência familiar, obter informações sobre a saúde de um familiar; um medo de ...; procurar obter uma baixa em situação “duvidosa”; etc.* Por vezes, uma forma de facilitar a

expressão de algum motivo latente pode ser perguntando: “- *Tem mais alguma coisa de que gostasse de falar comigo hoje?*”. É uma forma de tentar evitar a apresentação desse motivo noutra fase ou mesmo no final da consulta com um “*Já agora doutor ...*”... e voltar tudo ao princípio!

Por vezes, é na fase do resumo dos motivos de consulta, antes de iniciarmos a **exploração** propriamente dita (Passo 3) que descobrimos problemas “ocultos” ou mesmo não consciencializados pelo paciente. Pode ser necessário fazer perguntas de clarificação: “- *Se bem compreendi o que o traz hoje à consulta é essa dificuldade em dormir, o cansaço e as dores de cabeça. É assim?*” Por vezes, o doente responde: “- *Sim, é isso mesmo*” e outras diz: “- *Também há outra coisa, mas falo nisso depois*” ou, por exemplo, “- *Gostava de lhe fazer uma pergunta sobre o meu marido...*”.

Obter no início todos os motivos de consulta

O Passo 2 revelou-se muito importante para o sucesso da consulta efectuada por um interno. Modificou profundamente a duração da consulta no meu último ano de internato. Frequentemente tinha de reiniciar as consultas devido à apresentação pelo doente de novos motivos de consulta, quando eu pensava que ela já estava finalizada. A execução sistemática e cuidadosa deste passo permitiu poupar tempo, clarificar a agenda no início, gerir melhor o tempo e o conteúdo da consulta e encerrá-la definitivamente no fim.

MM 2008

Um motivo festivo!

Júlio é dos utentes com quem convivo desde o internato da especialidade há, pelo menos, 15 anos. Sofria de alcoolismo que interferia na sua vida social e profissional. Enquanto interna, justifiquei-lhe faltas ao trabalho por incapacidade de cumprir os seus deveres por quedas e outras consequências de estados de embriaguez. Vem anualmente à consulta por motivos de vigilância de outros problemas de saúde crónicos.

Num dia de Janeiro, veio à consulta antes da data programada. Quando lhe perguntei qual o motivo de consulta, respondeu-me: “*Marquei a consulta porque faz hoje 10 anos que estou em abstinência e venho comemorar consigo.*”

Trouxe-me uma prenda, um terço lindíssimo, que tinha trazido de Fátima para mim como marco deste momento. O período de consulta foi passado a rever os momentos maus, de como os ultrapassou e os rituais que utiliza para contrariar a sua personalidade adita. Hoje sente-se bem consigo mesmo, o que lhe permite ajudar outros.

PB 2005

"Querida tanto trocar de brincos para ver se o animo!"

A Dona Ana e o Senhor José são um casal octogenário, casados há mais de 50 anos e que necessitam de cuidados de enfermagem na sala de tratamentos duas vezes por semana. São sempre os primeiros a chegar à Unidade e, quando entram na sala, alegres e cúmplices, tornam o meu dia muito mais colorido. Porém, há dias, chegaram atrasados e como nunca os tinha visto. O Senhor José pálido, de fâcias transfigurada pela dor, agarrado ao braço direito, a Dona Ana inconsolável, chorosa, impotente na dor do marido. Pedi uma avaliação médica para o Senhor José e enquanto este estava a ser consultado a Dona Ana contou-me, entre lágrimas, que “o seu José” estava muito mal e que ela não sabia o que fazer para o ajudar. No entanto... segurava na mão uma caixa onde estavam uns brincos que “o seu José” lhe havia dado há uns anos e que ela não conseguia usar por já não ter destreza manual.

- *“Sabe, enfermeira, eu uso estes brincos que o meu neto me deu mas não consigo tirá-los. Querida tanto trocar de brincos para ver se o animo”*. E troquei os brincos à Dona Ana.

IL 2008

Quadro VI

Passo 2 – *Os primeiros minutos da consulta*

("where listening plays the most important part" – Bensing & Shuijs, 1985)

Exercício	<ul style="list-style-type: none"> • Observação atenta, exploração e análise crítica de aspectos e factos associados à fase inicial de cada consulta, motivos expressos e anotação estruturada dos dados essenciais
Dimensão do exercício	Várias (<i>n</i>) consultas consecutivas (opção variável, em função dos objectivos do exercício)
Aspectos a ter em conta	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Chamada, cumprimento, acolhimento ◆ Comunicação inicial: <ul style="list-style-type: none"> - sinais corporais, gestuais e faciais - contacto visual - comunicação verbal - contacto físico (aperto de mão, toque afectivo, por exemplo) ◆ Indícios particulares detectados sugerindo, por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> - sofrimento - apreensão - agitação/ansiedade - preocupação - medo - mudanças repentinas do estado de humor (disforia) - perturbações da linguagem, etc. ◆ Perguntas <u>abertas</u> sobre: <ul style="list-style-type: none"> - motivo(s) expresso(s) espontaneamente - motivo(s) adicionais expressos após solicitação não directiva da(o) médica(o) (<i>exemplo: "existe mais alguma razão para ter vindo à consulta?"; ou "há mais alguma coisa que o preocupe?" ou "precisa de mais alguma coisa?"</i>) ◆ Explorar ideias e expectativas em relação à consulta ◆ Pergunta(s) directivas do médico sobre algum problema ou aspecto importante detectado no Passo 1 ("Preparação") e não referido pelo paciente ◆ Explorar eventual motivação latente que possa existir – <i>motivo "escondido"</i> ◆ Resumir e clarificar <p>Nota: Por vezes alguns motivos só emergem noutras fases ou até no final da consulta. Neste caso é útil reflectir sobre este facto no Passo 7, designadamente se teria sido possível apurar este motivo logo no Passo 2</p>

Passo 3

Exploração

- ❖ Recolha, análise e contextualização de informação subjectiva e objectiva quer biomédica quer psicossocio-cultural



5.3. Passo 3 – Exploração

❖ **Recolha, análise e contextualização de dados e de informação subjectiva e objectiva quer biomédica quer psicossocio-cultural)**

O Passo 3 destina-se à condução criteriosa da anamnese e realização do exame objectivo (selectivo ou geral). A informação subjectiva e objectiva assim recolhida deve ser sempre contextualizada.

Objectivos

Os principais objectivos deste passo são:

- a) obter uma anamnese adequada tendo em conta os motivos, as expectativas e a “agenda” acordada para esta consulta;
- b) realizar o exame objectivo adequado à caracterização dos problemas em estudo;
- c) testar hipóteses;
- d) complementar e contextualizar a informação subjectiva e objectiva recolhida, tendo em conta as dimensões biomédica e psicossocio-cultural do paciente e dos problemas abordados;
- e) integrar e resumir os dados e a informação recolhidos.

Anamnese

A anamnese para além do seu valor diagnóstico, pode ter também valor terapêutico. O simples falar dos seus problemas com alguém que os escuta é já, só por si, redutor de ansiedade. Mas, além disso, o facto de contar a sua história permite-lhe tomar consciência de aspectos inconscientes, que lhe trazem novas perspectivas de solução. Em cada narrativa o doente constrói, desconstrói e reconstrói a sua história e é este processo de remodelação que ajuda o doente a encontrar-se.

A exploração dos sintomas deve ser feita tanto numa perspectiva biomédica, como atendendo sempre a uma eventual modulação psicossociocultural. Na identificação e exploração de sintomas, de sinais e de outra informação é útil incidir prioritariamente nos que possam ter um alto valor preditivo de gravidade de uma situação, ou de grau de certeza diagnóstica (ditos patognómicos)⁶⁵. Por exemplo, a dor na perna desencadeada sistematicamente após uma determinada distância percorrida, que obriga a parar e que alivia com essa paragem, tem um elevado valor preditivo de doença arterial periférica, ou a sibilância com dispneia que, em relação à asma, tem uma sensibilidade de 82% e uma especificidade de 90%, enquanto que a sibilância isolada tem uma sensibilidade de 90% mas a especificidade desce para 76%⁶⁶.

O médico não pode deixar de tentar identificar e compreender os significados, as interpretações, as explicações, as crenças e as representações das queixas e sintomas para o paciente.

De igual modo é mandatório avaliar os sentimentos e as emoções do paciente relativamente ao(s) seu(s) problema(s) / situação de saúde, bem como avaliar as preocupações e o impacto que têm na vida pessoal, familiar e sócio-ocupacional do paciente (*qualidade de vida*).

Frequentemente o que preocupa o paciente não é o que mais preocupa o médico. É, por exemplo o caso de uma pessoa com dores causadas por artroses e com fibrilhação auricular, para quem este último problema não constitui, à partida a sua prioridade.

Exame objectivo (selectivo ou geral)

O exame objectivo cumpre várias finalidades, para além das óbvias:

- a) Permite recolher informação objectiva sobre parâmetros vitais, estado morfológico e funcional de órgãos, aparelhos e sistemas;
- b) Ajuda a testar hipóteses diagnósticas;
- c) Racionaliza e reduz tempo, por vezes pouco útil, de consulta (ao contrário do que possa parecer!);
- d) Aproxima fisicamente o médico do doente, o que é, em geral, benéfico na construção da relação terapêutica;
- e) Dá ao doente a mensagem implícita de que o médico viu, sentiu e ouviu o seu “interior físico”, reforçando-lhe a convicção e a confiança de que, quando emitir diagnósticos, ele “*sabe do que fala*” porque teve o cuidado de o observar.

A extensão do exame objectivo (de uma simples palpação do pulso radial até um exame físico completo e detalhado) depende dos motivos, dos problemas, do tipo, do conteúdo e dos objectivos da consulta. Restringir o exame objectivo a apenas um ou alguns pontos é uma das decisões mais frequentes que o médico de família tem de tomar nas suas consultas. É uma escolha com assumpção deliberada de risco, que tem por base a competência, a experiência e a intuição clínicas do médico. Uma anamnese inteligentemente conduzida permite tomar decisões certas sobre o que examinar.

Por vezes os pacientes, pela ansiedade quanto às situações que vivem, começam logo a perguntar repetidamente: *O que será isto doutor? O que é que eu tenho? Por que é que isto me aconteceu? Será de quê? É grave? ...* E, apesar de por vezes ser enorme a tentação de ripostar logo, é boa prática o médico calar-se, informar simplesmente que gostaria de recolher mais dados e informação, prosseguir metódica e atentamente a **exploração** e só se pronunciar depois de ter completado o exame objectivo e de ter

integrado e contextualizado todos os dados e informação recolhidos. Isto é, já no Passo 4 (Avaliação). Isto pode ser securizante para o paciente ao aperceber-se que o seu médico não dá “palpites”. Que só fala depois de o ter ouvido e examinado atentamente.

Factores de risco

Identificação de factores de risco para doenças específicas ou para acontecimentos indesejáveis (acidentes, por exemplo).

Testar hipóteses e contextualizar

A recolha de dados e de informação é influenciada pelas hipóteses que, passo a passo, vão emergindo, quase automaticamente, na mente do médico e pela contextualização que também vai sendo feita durante a exploração. Este processo requer por parte do médico muita sensibilidade, boa preparação científica e clínica e processos mentais de elevada complexidade, muito interactivos e dinâmicos.

A contextualização da informação subjectiva e objectiva recolhida, deve ter em conta as dimensões biomédica e psicossocio-cultural do paciente e dos problemas abordados.

Síntese ou resumo do Passo 3

Integração e síntese dos dados e da informação recolhidos. Também pode fazer-se a pergunta-reflexão: *O que é que esta exploração trouxe de novo, de mais proeminente para acrescentar ao que já se sabia?*

Confidências facilitadas pelo contexto da consulta

Dona Rosa, uma octogenária, vinha à consulta sempre acompanhada do marido. Referiu-me incontinência urinária e programei uma consulta para observação ginecológica. A consulta programada decorreu no gabinete destinado à consulta da mulher, onde o marido não entrou. O tipo de consulta, o contexto e a ausência do marido facilitaram a comunicação sobre a sua vida íntima: “- *Sabe senhora doutora tenho pena de morrer sem saber o que é o prazer sexual! O meu marido mal se encostava já estava. Nem sei como engravidei do meu filho!*”

A confidência levou-nos a compreender a resignação de mulheres como esta senhora que viveram uma vida inteira sem partilhar os problemas da sua sexualidade.

PB 2006

"Não teve nojo de mim!"

A Dona Alice vivia subjugada pelas agressões físicas e psíquicas do marido, doente psiquiátrico. Naquele dia veio à consulta por dor persistente na perna, após ter caído numas escadas há algum tempo atrás. A ferida não queria cicatrizar. Com o ar sofrido que lhe era característico, queixava-se de falta de atenção por parte do marido, que não queria saber dos seus males e que a agredia verbalmente, desconfiando sempre dela. Referia-se a ele como «*esse bichinho que tenbo em casa*», «*o meu Herodes*», fazendo alusão aos seus hábitos promíscuos, antes e durante o casamento - «*Se eu soubesse, nunca tinba casado com ele!*». Durante toda a consulta, manteve um discurso desordenado, heterogéneo, sem fio condutor, raramente respondendo às questões que lhe eram colocadas, pelo menos de forma directa. Em vez disso, contou bocados da sua vida, raramente terminando as histórias, que se iam sucedendo, numa avidez de atenção e com momentos de grande emotividade. Notei-lhe a necessidade contida em tocar-me na mão, embora o fizesse timidamente, num trémulo, como se receasse a reacção. No final, mostrou-se extremamente gratificada, insistindo em colocar-me uma nota debaixo das folhas do processo! Disse-lhe que não podia aceitar, repetidamente, da forma mais firme e delicada que encontrei... enquanto a Dona Alice salientava que era por não ter tido nojo dela!...

MT 2006

Uma resposta bem-humorada a uma pergunta "típica"

- *Que método contraceptivo usa? ...* Perguntei, revelando o preconceito de que todas as mulheres que vêm a uma consulta de planeamento familiar têm um parceiro heterossexual.
- *"Não tenbo companheiro, Senhora enfermeira."* E, com um sorriso envergonhado, mas ao mesmo tempo malandro, baixa o olhar como que fixando um ponto no chão.
- *Não estou a acreditar, algo me diz que tem alguém...* Digo, também sorrindo.
- *"Bom até tenbo um amigo e é muito bom."* - Diz com um largo sorriso estampado no rosto e olhando-me nos olhos – *"Sabe...é que não me trai, não me endivida, não apanho doenças com ele, não tenbo que lhe passar a roupa a ferro... está dentro da minha mesa de cabeceira e só tenbo que o lavar e mudar-lhe as pilbas de vez em quando..."*

PF 2008

Quadro VII

Passo 3 – Exploração

- ❖ **Recolha, análise e contextualização de dados e de informação subjectiva e objectiva, quer biomédica quer psicossocio-cultural**

Exercício	<ul style="list-style-type: none">• Condução criteriosa da anamnese, realização do exame objectivo (selectivo ou geral) e contextualização (biomédica e psicossocio-cultural) dos problemas abordados.
Dimensão do exercício	Várias (<i>n</i>) consultas consecutivas (opção variável, em função dos objectivos do exercício)
Aspectos a ter em conta	<ul style="list-style-type: none">◆ Explorar sintomas (dimensão biomédica e eventual modulação psicossociocultural):<ul style="list-style-type: none">- identificar sintomas / sinais / outra informação, em especial os que têm alto valor preditivo de gravidade de uma situação, ou quanto ao grau de certeza do diagnóstico- atender a “significados”, a “interpretações”, a “explicações”, às “crenças” e às “representações” das queixas e sintomas, para o paciente- avaliar os sentimentos e as emoções do paciente relativamente ao(s) seu(s) problema(s) / situação de saúde- avaliar o impacto que a situação de saúde tem na vida pessoal, familiar e sócio-ocupacional do paciente (<i>qualidade de vida</i>)◆ Exame objectivo (selectivo ou geral)◆ Identificar factores de risco para a saúde◆ Testar hipóteses e contextualizar os dados e a informação recolhidos◆ Integração, síntese e resumo da informação recolhida

Um dia, numa consulta...

Conheço a Eva desde os 14 anos de idade. Teve uma infância difícil, os pais separaram-se quando tinha 8 anos, mas continuaram a viver na mesma casa por um ano. Diz que a mãe não tinha tempo para ela, chegando a esquecer-se de a ir buscar à ama durante 2 ou 3 dias.

Após a separação, viveu com a mãe e o padrasto até aos 15 anos, altura em que sai de casa para viver com o pai e a madrasta. A adaptação a esta fase da sua vida foi difícil para os três. Quando fez 19 anos decide sair novamente de casa.

Sozinha, atravessa um período de dois anos de instabilidade emocional, dificuldades económicas e depressão, em que procura apoio no namorado e na família deste. Aos 28 anos é mãe pela primeira vez. Apesar das dificuldades económicas está feliz. Reaproxima-se dos pais e da madrasta. O sonho de ter uma família feliz parece agora possível.

Depois do nascimento do segundo filho, começa a trabalhar como doméstica, com um pequeno ordenado, que ajuda ao orçamento familiar. O marido trabalha muito, como sempre. Após algum tempo apercebe-se que as ausências do marido aumentam, em trabalho, diz ele.

Quando vem pedir ajuda é evidente a crise conjugal, a separação parece inevitável, as crianças sentem as ausências do pai, a Eva não tem suporte familiar de apoio. O marido não quer sair de casa, a dependência económica obriga a que partilhem a casa apesar da ruptura conjugal.

O filho João vive agora, aos 7 anos, a situação que ela viveu na mesma idade - pais separados, em litígio aberto, vivendo na mesma casa. Eva procura encontrar um equilíbrio para os filhos mas está deprimida e revive o que então lhe aconteceu.

Um dia, numa consulta, pela primeira vez após vinte anos de relação com a sua médica de família, fala do que nunca revelou a ninguém – as tentativas de abuso sexual por parte do padrasto, a mãe que nada via, que se esquecia dela em casa da ama, a mãe que continua a não estar quando precisa dela... Este não é o final da história.

A história de uma família é um processo em evolução, um continuum de factos e episódios, que se relacionam e interligam. Eva tem na sua história momentos difíceis, mas também a força de querer mudar e ser feliz. Para o conseguir precisa de gostar de si própria e de acreditar que a família pode sobreviver à separação do casal. A terapia familiar que iniciou recentemente poderá ajudar a família a manter-se unida, ou ajudar o casal a separar-se sem comprometer a sua capacidade parental e sem dissolver a família. É dessa segurança que o João precisa. Porque a família é um sistema complexo, tem a capacidade de se auto-organizar e preservar a sua identidade adaptando-se às mudanças. O papel do médico é apenas o de facilitador, contribuindo para manter a homeostasia, o grau de diversidade do sistema e a sua abertura ao exterior, para que o sistema se adapte a situações adversas, evoluindo.

Passo 4

Avaliação

- ❖ **formulação de diagnósticos**
- ❖ **explicação e sentido para o paciente**
- ❖ **previsão/prognóstico**
- ❖ **impactes na funcionalidade e na qualidade de vida**



5.4. Passo 4 – Avaliação

Este passo é dedicado à interpretação dos dados e da informação recolhidos, à formulação de diagnósticos, à explicação e ao estabelecer um sentido para o paciente; aos aspectos de previsão/prognóstico e à avaliação dos impactes na qualidade de vida.

Objectivos

Inter-relacionar os dados e a informação recolhidos e integrá-los num quadro interpretativo e preditivo coerente que concilie duas dimensões:

- a) a racionalidade técnico-científica, fisiopatológica, diagnóstica e prognóstica da abordagem médica;
- b) a explicação que faça sentido para o paciente e tenha em conta a sua cultura (ideias, crenças, etc.).

Síntese avaliativa e diagnósticos

Síntese avaliativa, sucinta, da situação geral de saúde da pessoa, enquadrada no contexto familiar (eventualmente usando instrumentos de avaliação familiar) e sócio-ocupacional. Consoante a complexidade de cada situação recorrer-se-á a instrumentos auxiliares, como por exemplo: listas e diagramas dos problemas abordados, organizados segundo as respectivas afinidades, interrelações, interdependências, nexos e teias de causalidade nas situações de multimorbilidade e comorbilidades – *mapa de problemas* ⁶⁷⁻⁷⁰.

Comunicação e explicação ao paciente

*Todos temos uma necessidade desesperada de dar sentido ao que nos acontece, de procurar, de encontrar ou de dar a nós próprios uma **explicação** para o que nos vai acontecendo na vida, sobretudo quando adoecemos.*

É indispensável a comunicação e explicação da situação e dos problemas de saúde ao paciente. Isso requer a exploração das crenças (“beliefs”) e perguntar e tentar compreender as explicações do doente para o seu problema ou situação (“O que é que pensa que isso seja?”, “A que atribui / porque é que acha que surgiu esse problema?”, “Tem alguma explicação sua para o que acaba de descrever?”).

O paciente espera, em geral, que o médico lhe “devolva” uma explicação da sua situação de saúde que seja suficientemente clara, tecnicamente correcta e que faça sentido para ele(a). Todos procuramos uma explicação para o que nos acontece!

Este encontro das duas “agendas” é uma oportunidade excelente para mostrar ao doente como tentamos compreender o que ele sente (“empatia”) e para lhe fornecer a informação prognóstica possível, que for relevante para o paciente. É um encontro de dois modos de “ver” o

mundo, um encontro de duas “multidões”, uma concertação de duas formas de explicar a realidade.

(Exemplo de pergunta para ajudar a valorizar e a hierarquizar os problemas, na perspectiva do paciente: “O que é que mais a(o) preocupa neste momento?”).

Avaliação de impactes na funcionalidade e na qualidade de vida

Para além das listas, diagramas, mapas, avaliações fisiopatológicas e explicações da situação clínica de cada pessoa, é de especial relevância avaliar as repercussões ou impactes que um dado estado de saúde (resultante da conjugação e vivência dos diversos problemas) tem na funcionalidade e na qualidade de vida de cada pessoa. Há várias escalas de avaliação de estados funcionais e de qualidade de vida que podem, eventualmente, ser úteis e usadas com este propósito⁷¹⁻⁷⁴.

Breve análise SWOT

Na avaliação do estado de saúde e na construção da “agenda” para intervenção, não basta listar e hierarquizar os problemas. É preciso, em simultâneo, ter presente o que pode ajudar a lidar com esses problemas, os recursos internos (do doente) e externos disponíveis ou que poderão vir a ser mobilizados, assim como as fragilidades internas (hábitos, modos de vida, comportamentos) e externas (factores de risco do ambiente sócio-ocupacional, por exemplo), bem como dificuldades e obstáculos que podem tornar difícil a resolução desses problemas.

Uma abordagem prática poderia ser a realização sumária de um balanço do tipo “**SWOT**”, ainda que de modo muito abreviado e sempre com a participação e envolvimento do paciente. Este tipo de análise é muito utilizado em análises estratégicas de vários tipos. Neste caso, corresponderia à identificação dos pontos seguintes, centrada na situação pessoal e de saúde do paciente:

S = “Strengths” (**pontos fortes**) - inerentes às características, forças, hábitos salutares, interesses e recursos pessoais do paciente;

W = “Weaknesses” (**pontos fracos**) - também inerentes ao paciente;

O = “Opportunities” (**oportunidades**) – factos, factores e recursos externos que podem ajudar a promover e proteger a sua saúde e controlar melhor ou resolver os seus problemas, incluindo a *equipa de saúde familiar* e as diversas competências profissionais mobilizáveis (psicologia, nutrição, etc.);

T = “Threats” (**ameaças**) – factos ou factores externos que podem comprometer a saúde e dificultar o controle e resolução dos problemas.

A análise SWOT ajuda a preparar a passagem ao Plano e a criar um clima favorável à acção (**Passo 5**).

Quadro VIII

Passo 4 – Avaliação

- ❖ **formulação de diagnósticos**
- ❖ **explicação e sentido para o paciente**
- ❖ **previsão/prognóstico**
- ❖ **impactes na funcionalidade e na qualidade de vida**

Exercício	<ul style="list-style-type: none"> • Inter-relacionar os dados e a informação recolhidos e integrá-los num quadro interpretativo e preditivo coerente que concilie duas dimensões: <ul style="list-style-type: none"> a) racionalidade técnico-científica, fisiopatológica e diagnóstica b) explicação que faça sentido para o paciente e tenha em conta a sua cultura (ideias, crenças, etc.)
Dimensão	Várias (<i>n</i>) consultas consecutivas (opção variável, em função dos objectivos do exercício)
Aspectos a ter em conta	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Síntese avaliativa sucinta da situação geral de saúde da pessoa, enquadrada no seu contexto familiar (eventualmente usando instrumentos de avaliação familiar) e sócio-ocupacional ◆ Lista / mapa / diagrama dos problemas abordados, organizados segundo as respectivas afinidades, interrelações, interdependências, nexos e teias de causalidade, multimorbilidade e co-morbilidades – mapa de problemas ◆ Explorar crenças (“beliefs”) e explicações do doente para o seu problema ou situação (<i>“o que é que pensa que isso seja?” “a que atribui / porque é que acha que surgiu esse problema?”</i>) ◆ “Devolver” ao paciente uma explicação da sua situação de saúde que seja suficientemente clara, tecnicamente correcta e que faça sentido para ele(a) ◆ Procurar o encontro das duas “agendas” e mostrar ao doente como tentamos compreender o que ele sente (“empatia”) ◆ Fornecer a informação prognóstica possível, que for relevante para o paciente ◆ Avaliar os impactes sobre a funcionalidade e a qualidade de vida ◆ Realizar um balanço sucinto do tipo SWOT (“Strengths”; “Weaknesses”; “Opportunities”; “Threats”), centrado no paciente e com o envolvimento deste – como preparação para o Passo 5, isto é, <i>passagem ao Plano e à acção</i>

"Está a tentar ler-me a sina?"

O Senhor Luís tem 71 anos. É um homem instruído e bem-humorado que gosta de estar informado sobre todos os assuntos respeitantes à sua saúde. Não dispensa ser ele a dizer a última palavra sobre tudo o que lhe diga respeito e gosta de fazer de “advogado do diabo” em relação às avaliações e às propostas médicas. Há uns meses atrás, quando inaugurei o recurso à Internet durante a consulta, e estávamos, com o seu envolvimento, a proceder ao cálculo do risco cardiovascular para afinar depois o plano terapêutico/preventivo neste domínio, surgiu a necessidade de explicar o significado “real” do risco calculado e valorizar, em termos pessoais, a percentagem obtida. Céptico em relação à minha militância explicativa o Senhor Luís sorriu e, com ar simpático, interpelou-me: *“Ob Senhor doutor, dá-me a sensação que está a tentar ler-me a sina... de um jeito científico!”*

VR 2008

Os "nomes" que damos às coisas!

A Dona Aida, sexagenária com queixas dispépticas, trouxe-me o resultado da endoscopia alta com biópsia que lhe pedi, que revelava gastrite crónica com *H. pylori* positivo. Descansei-a, explicando que se tratava apenas de um “bicharoco” que estava no estômago e que íamos tratar. Prescrevi a terapêutica de erradicação e marquei consulta dentro de um mês. Nessa altura veio, triste e mal encarada. Desde que eu lhe tinha dito que tinha um cancro no estômago nunca mais tinha conseguido dormir... Podem calcular que nunca mais chamei “bicharoco” à *Helicobacter!*...

AF 2008

Escrever os nomes das doenças

Lembro-me de uma senhora com hemocromatose, acompanhada e tratada há anos num hospital central, que sabia ler e escrever, mas não sabia o nome da doença e tinha sobre esta uma ideia muito vaga. Certamente que o diagnóstico já lhe teria sido dito e, eventualmente, explicado alguma(s) vez(es). No entanto, pediu e apreciou que eu lhe escrevesse numa folha de papel, com letra legível, o nome da sua intrigante doença e lha tivesse tentado explicar da forma mais simples e clara que consegui.

VR 2007

A linguagem da dor

A Senhora Aurora é minha doente há mais de 10 anos. Nasceu e vive em Lisboa há 72 anos. Reformou-se há seis meses de telefonista. Até então frequentava a minha consulta uma ou duas vezes por ano. Desde a sua aposentação, o número de consultas cresceu exponencialmente. No último mês consultou-me quatro vezes. O motivo era sempre o mesmo: dores lombares persistentes que não cediam à terapêutica antiálgica. Um pormenor: fazia-se acompanhar sempre por um familiar. Os exames que lhe pedi não indiciavam nenhuma causa orgânica. Medii o grau de intensidade da dor, mas o resultado não me permitiu tirar qualquer tipo de conclusões. Posto isto, decidi convocá-la para uma consulta. Pedi-lhe que agora viesse sozinha. Quando abriu a porta do consultório surpreendeu-me a tranquilidade do rosto, pois tinha bem presente a expressão angustiada dos últimos meses. O olhar meigo, as mãos dóceis pareciam agora contradizer a expressão de sofrimento dos últimos meses. Perguntei-lhe como se sentia. Respondeu-me que se sentia melhor, talvez um pouco triste por causa da solidão! Questionei-a sobre a sua família (além dela viviam na mesma casa seis netos, a nora, o filho). A expressão ficou subitamente melancólica. Respondeu-me com ar cabisbaixo que se sentia mal naquele ambiente, mesmo muito mal. Viver numa família assim poderia ser bom para muitos, mas para ela constituía uma frustração diária. Apesar de não gostar de viver sozinha, agora apreciá-lo-ia. Contudo, nem sempre fora assim. Antes de se aposentar, sentia-se razoavelmente bem, integrada nas rotinas do dia-a-dia da família. A sua opinião era tida em conta pelos restantes membros; influenciava algumas decisões, como a gestão da casa, a educação dos netos, etc. Depois, ela que criou e educou cinco filhos (todos tinham cursos superiores), passou a viver enclausurada na sua própria casa. *«Fico para ali o dia todo a ver televisão. Repare: os miúdos já nem me beijam quando vão e voltam da escola. Eles só me ligam quando eu me queixo!»*

MVA 2008

Passo 5

Plano

- ❖ propostas e justificação
- ❖ negociação e participação
- ❖ capacitação e empoderamento
- ❖ acordo sobre o que fazer, objectivos e follow-up



5.5. Passo 5 – Plano de cuidados

O **Passo 5** corresponde à fase da formulação do plano de cuidados a prosseguir. Este plano inclui a realização de eventuais exames auxiliares de diagnóstico e/ou terapêutica, a modificação de comportamentos alimentares ou outros, a utilização de medicamentos, o recurso a avaliações subespecializadas, etc.. Sempre que possível e oportuno pode e deve incluir a proposta de medida(s) de prevenção “oportunistica” (*o “já agora” do médico*) ou outras.

Objectivos

- a) Formular propostas e conseguir acordo sobre o plano de cuidados (exames auxiliares de diagnóstico e/ou terapêutica, participação do paciente, modificações comportamentais, alimentares, etc.) e propor medidas de prevenção;
- b) Promover o envolvimento e a responsabilização do paciente nos objectivos acordados e na data de nova consulta.

Perguntas-chave

Como ajuda para a sistematização do plano de cuidados pode ser útil recorrer à mnemónica:

- ✓ Que fazer? Porquê? Para quê?
- ✓ Quando?
- ✓ Quem?
- ✓ Onde?
- ✓ Como?
- ✓ Quanto?

Exames auxiliares de diagnóstico

As propostas de exames auxiliares de diagnóstico devem ser acompanhadas da informação ao paciente sobre a respectiva natureza e a respectiva justificação. A sobre-investigação pode ser tão danosa para o paciente como a sub-investigação. Não esquecer que a probabilidade de se ter um falso positivo aumenta com o número de exames solicitados. Por isso, o seu uso deve ser judicioso⁷⁵⁻⁷⁸.

Plano terapêutico

Deve ser dada uma justificação sucinta do plano terapêutico ou de uma atitude de auto-vigilância com base em dados de **prognóstico** (*Isto é, uma dada intervenção terapêutica influencia decisivamente, modifica pouco ou não modifica o curso da história natural da doença ou a situação em causa?*).

É crucial incentivar a participação do paciente no plano de cuidados, envolvê-lo nas decisões tanto quanto possível - procurar o seu compromisso para assumir responsabilidade e controlo sobre o seu processo de cuidados.

Medidas não farmacológicas

Em relação às propostas de medidas não farmacológicas, devem ser tidos em conta aspectos como, por exemplo: *alimentação adequada à situação; hidratação; redução ou eliminação do álcool; cessação tabágica; higiene física; lavagem dos dentes; adequação do vestuário; protecção da exposição solar; técnicas de redução de stress e ansiedade; higiene do sono; actividade física regular; comportamentos sexuais saudáveis e seguros; eliminar ou evitar alergénios e agentes nocivos; tatuagens e “piercings”; eliminação de barreiras físicas; etc.*

Medidas farmacológicas

As propostas de terapêutica farmacológica devem ser acompanhadas da informação mais relevante sobre os medicamentos em causa, modo de tomar (horário, relação com a ingestão de alimentos, relação com tomada de outros fármacos), duração do tratamento e também precaução quanto a possíveis efeitos secundários.

Autonomia, capacitação e empoderamento do utente / paciente

A negociação para a obtenção do acordo do paciente visa apoiar e facilitar o seu progressivo *empoderamento*, no que respeita à sua saúde e aos cuidados a ter com ela. Por isso, é sempre indispensável ensinar/tornar o doente competente para se auto-cuidar, isto é, o que é que ele pode e deve fazer (*capacitação do paciente*)^{64,79}.

Objectivos terapêuticos e plano / prazos de “follow-up”

A definição dos objectivos terapêuticos (valores de tensão arterial a alcançar, valor de Hgb A1C, valores de colesterol LDL e HDL, etc.) devem ser claros para todos. De preferência devem ficar escritos, eventualmente em folhetos pré-impresos ou parcialmente impresos. De igual modo é fundamental definir um plano sucinto de follow-up, envolvendo eventualmente outros profissionais e serviços, com os prazos recomendados, e providenciando os medicamentos e outros meios necessários até à próxima consulta. Este cuidado dá segurança ao paciente e evita o recurso desnecessário a consultas extraordinárias. É de salientar a importância e envolvimento dos diversos elementos da **equipa de saúde** tendo em conta os seus diversos saberes e competências profissionais.

Prevenção oportunista

É ainda altura para verificar a oportunidade de incluir alguma prevenção “oportunistamente”, isto é, não relacionada com o conteúdo essencial da consulta e com as preocupações actuais do paciente. A proposta de cuidados preventivos deve servir também para informar e educar os utentes sobre o que é comprovadamente custo-efectivo e recomendado fazer na fase da vida em que se encontra. Hoje, por forte pressão dos media e de diversos grupos de interesses, tornaram-se “indispensáveis” muitas práticas inadequadas, ditas “preventivas”. É o caso de alguns exames de saúde (“*check-ups*”) e de certos “rastreios”, de escassa utilidade e que podem ter efeitos nefastos (falsos positivos, falsos negativos, achados fora da “normalidade” mas sem significado clínico e que originam uma escalada de exames, etc.). Isto gera um desperdício anual de muitos milhões de euros^{77, 78}.

Decidir o que fazer em situações de incerteza e de complexidade

A medicina geral e familiar lida com todo o tipo de problemas, em todas as fases da vida dos indivíduos e das famílias. Frequentemente lida com casos de multimorbilidade e de polimedicação, em situações muito complexas⁶⁸⁻⁷⁰. A percentagem de situações em que é possível recorrer ao apoio da *evidence-based medicine* (EBM) é restrita. Mas, mesmo assim, é muito importante recorrer a este precioso apoio à decisão clínica e combiná-lo com o recurso judicioso a todas as fontes de informação e conhecimento válidos disponíveis, incluindo as do próprio paciente (Figura 7).

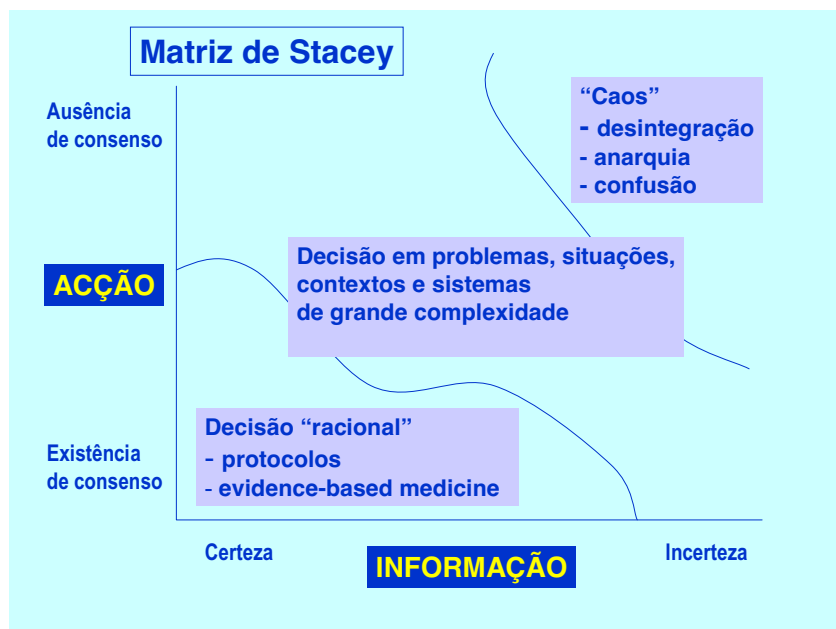


Figura 7 – A necessidade de tomar decisões de intervenção no dia-a-dia da medicina geral e familiar localiza-se em todos os quadrantes da “Matriz de Stacey” e não apenas no seu canto inferior esquerdo, onde podemos apoiar-nos na “evidence-based medicine” (EBM).

A Matriz de Stacey ajuda a ilustrar a conjugação dos **Passos 3 e 4 (Informação)**, operacionalizada no eixo dos “X” (abcissas), com o **Passo 5 - Plano (Acção)** representado no eixo dos “Y” (ordenadas). Cada problema ou situação pode, num dado momento, numa dada pessoa, localizar-se num dado ponto da matriz. Como é frequente, sobretudo nas pessoas idosas, que coexistam numa mesma pessoa vários problemas e doenças, por vezes interrelacionados, teremos de lidar com uma constelação dinâmica de sistemas de “estrelas” e de “planetas”, espalhados pelos vários quadrantes da Matriz. O ideal seria arrumar tudo no quadrante inferior esquerdo, onde é possível aplicar o paradigma da *medicina baseada na prova ou comprovação científica* (EBM). Porém, a realidade, a natureza é mais caprichosa que os nossos desejos simplificadores. Uma parte considerável dos problemas e situações com que temos de lidar move-se nos restantes quadrantes, apelando para capacidades e competências clínicas bem mais complexas, remetendo-nos para uma permanente inquietude e assumpção de riscos, embora calculados, sempre com a incerteza presente^{80, 81}.

De qualquer modo, sempre que um dado problema ficar ao alcance dos conhecimentos disponibilizados pela *EBM* devemos usá-los, judiciosamente adaptados a cada situação, aumentando assim a qualidade e a segurança dos cuidados. Este recurso valioso permite libertar tempo, atenção e energias para lidarmos com as outras situações em que não há *EBM* disponível.

Quando não informamos dos efeitos indesejáveis da terapêutica

Gabriela é uma utente com quem tenho uma relação especial desde a sua adolescência. Hoje tem 30 anos e efectua consultas de vigilância de saúde. Numa colpocitologia veio um resultado de inflamação. Excluída a hipótese de infecção, prescrevi-lhe um anti-inflamatório tópico, de aplicação à noite, e programei uma consulta de vigilância. Da experiência com este medicamento, sabia que formava uma pasta branca, mas não me lembrei de a informar sobre esse efeito.

Na consulta seguinte relatou-me: “ - Não sabe o susto que apanhei com o Nelex®! Apareceu-me o período e expulsei uma massa ensanguentada. Pensei que tinha alguma coisa a desfazer-se dentro de mim. Fui ao serviço de urgência, observaram-me, fizeram-me exames e não tinha nada. No hospital, chegámos à conclusão que só podia ser do medicamento misturado com a menstruação.”

Rimo-nos as duas do sucedido, mas percebi que, sempre que prescrever este medicamento, tenho que explicar estes efeitos indesejáveis.

PB 2006

Os pacientes só fazem aquilo que acham que devem fazer... e nem sempre o dizem!

A Dona Germina, simpática septuagenária com DPOC, é seguida desde os 50 anos em consultas anuais de pneumologia no Hospital. Quando, há 10 anos, passou a ser minha utente, queixou-se de dispneia, pelo que lhe alterei a medicação, com alívio das queixas. Quando volta à consulta hospitalar traz sempre receitas da medicação anterior. Perguntei-lhe se não informou o colega de que está a tomar outros medicamentos. Respondeu: “Não, Doutora!... Eu ia lá ofender o seu colega! Digo sempre que vou bem, ele receita-me os mesmos medicamentos e eu... não avio a receita! Assim ninguém se zanga!...”

AF 2008

Saber gerir o "não"

Quando abri a lista de utentes fiquei com uma senhora que tinha tido, até então, outra colega como médica de família. Essa colega, uma pessoa muito especial, não sabia gerir o “não”! A mudança de médico deveu-se ao facto de a colega ter uma doença prolongada. A referida senhora, sempre que vinha à consulta, dizia: – *“A Doutora Ana receitava-me X; – a Doutora Ana fazia-me Y”*

Como não concordava com alguns dos pedidos que me fazia, um dia disse-lhe: – *Agora, a sua médica sou eu!* Justifiquei porque não concordava com uma terapêutica e disse-lhe: – *Esse medicamento deixou de ser participado, mas a senhora faça o que entender.*

A partir daí, continuou a vir à consulta sem voltar a falar da Dr.^a Ana. Quando esta colega regressou ao centro de saúde, disse-lhe: – *A Doutora Ana voltou. Pode mudar para ela que eu não levo a mal.*

Resposta pronta: – *“Agora já que cá estou, continuo!”*

Continua a ser minha utente e não efectua qualquer terapêutica prescrita por outro médico sem me informar e verificar a minha concordância.

PB 2008

A analogia dos arquitectos

Em relação às intervenções de vários médicos numa situação costumo utilizar uma analogia. Não tenho a certeza que seja óptima, mas tem dado bons resultados: - é a “analogia dos arquitectos”.

Dois arquitectos muito bons e famosos (às vezes digo os nomes) fazem, cada um deles, um projecto para uma mesma situação. Podem ser dois projectos excelentes, mas nenhum dos arquitectos se prestaria a assinar o projecto do outro. Uso esta analogia para explicar o *“Agora, a sua médica sou eu!”*

IS 2008

Quadro IX

Passo 5 – Plano de cuidados e prevenção

(propostas, "negociação" e acordo sobre acções e objectivos)

Exercício	<ul style="list-style-type: none"> • Formular propostas e conseguir acordo sobre o plano de cuidados (exames auxiliares de diagnóstico e/ou terapêutica, participação do paciente, modificações comportamentais, alimentares, etc.) e propor alguma(s) medida(s) de prevenção "oportunistas" (o "já agora" do médico) ou outras • Promover o envolvimento e a responsabilização do paciente nos objectivos e prazos estabelecidos e data de nova consulta
Dimensão	Várias (n) consultas consecutivas (opção variável, em função dos objectivos do exercício)
Aspectos a ter em conta	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Propor, eventualmente, exames auxiliares de diagnóstico e explicar a respectiva natureza e justificação ◆ Justificar sucintamente o plano terapêutico, a importância da auto-vigilância, etc., com base em dados de prognóstico (<i>isto é, uma dada intervenção terapêutica influencia decisivamente, modifica pouco ou não modifica o curso da história natural da doença ou situação em causa?</i>). ◆ Propor medidas não farmacológicas, sempre que for adequado ◆ Explicar a terapêutica farmacológica proposta e as medidas de precaução quanto a possíveis efeitos secundários ◆ Incentivar a participação do paciente no plano de cuidados - procurar compromisso do paciente em assumir responsabilidade e controlo sobre o seu processo de cuidados ◆ Negociar / obter o acordo e compromisso do paciente ◆ Promover, sempre que possível e adequado, medidas para ensino / tornar o doente competente para se auto-cuidar (<i>capacitação e empoderamento do paciente</i>) ◆ Recapitular os objectivos terapêuticos a atingir e o plano sucinto de follow-up – envolvimento da equipa de saúde ◆ Verificar a oportunidade de incluir alguma prevenção "oportunistas", isto é, não relacionada com o conteúdo essencial da consulta e com as preocupações actuais do paciente

"... nem me lembrei dos bolos!"

Conto-vos a história de um utente com diabetes inaugural e que se recusava sistematicamente a acordar plano terapêutico algum. Para “*mal dos meus pecados*”, afirmava, a diabetes tinha aparecido dois meses antes do casamento da sua única filha e ele já havia decidido, entraria com ela na igreja mas não iria ao copo-de-água: “*Já que não posso comer, não hei-de lá pôr os pés*”. A data aproximava-se e a família não conseguia dissuadi-lo do seu propósito. Chorosas, filha e mulher apareceram-me na consulta a acompanhar o senhor. Perante todo aquele drama fiz um pacto com ele: o senhor iria ao casamento, comeria tudo o que quisesse (“à minha responsabilidade”) ***desde que*** promettesse que dançava durante toda a noite. Algumas semanas depois, apareceu-me na consulta, mais alegre, trazendo um álbum de fotografias para partilhar comigo aquele seu dia feliz. Enquanto mas mostrava perguntei-lhe, como quem não quer a coisa, se tinha comido muitos doces. A resposta foi espontânea e imediata: – “*Ab, isso! Nem dei por isso! Dancei e diverti-me tanto que nem me lembrei dos bolos.*”

IL 2008

Passo 6

Encerramento da consulta



5.6. Passo 6 – Encerramento da consulta

Serve este Passo para verificar se tudo correu como desejado e se é oportuno encerrar a consulta, se está tudo “O.K.”, tanto para o médico como para o paciente, ... para que ninguém fique “pendurado”!

Objectivos

- a) Confirmar que ficou claro e compreendido o plano acordado;
- b) identificar e resolver alguma dúvida que subsista;
- c) verificar que a “agenda” do paciente foi adequadamente esgotada.;
- d) verificar se foram satisfeitas as principais expectativas;
- e) encerrar formalmente a consulta.

Perguntas-chave

- *perguntar se ficaram dúvidas ou ficou algum aspecto menos claro*
- *pedir ao paciente para repetir o que ficou acordado, se isso for aceitável em termos da relação existente*
- *verificar se houve redução de “preocupação”, “aprensão” ou “receios” anteriormente existentes, se ficou tranquilizado, etc.*

Pode ser útil recapitular, com a participação do doente, os principais pontos acordados para acção e objectivos a conseguir.

Encerramento formal da consulta

O encerramento formal da consulta deve incluir:

- contacto visual
- cumprimento de despedida

Deve também dar-se atenção e acolher alguma apreciação de “*feedback*” do doente em relação à consulta e à relação estabelecida.

"Faz-me tão bem vir cá!"

Elisa é uma utente que conheço há 13 anos. Acompanhei-a no diagnóstico de *lúpus eritematoso disseminado* e, posteriormente, nos de outras conectivites e co-morbilidades associadas. Aos 54 anos tem uma grande limitação, que se reflecte na sua vida profissional e afectiva. Contraria diariamente o sofrimento arranjando-se primorosamente sempre que sai. A vinda ao médico não é excepção. Um dia destes, veio à consulta e, como sempre, toda a condizer. Quando chegou disse-lhe:

– *Vem tão bonita!*

Fizemos a consulta e, quando nos despedimos e a levei à porta, disse-me: “– *Faz-me tão bem vir cá!*”

PB 2007

Quadro X

Passo 6 – Encerramento da consulta

Exercício	<ul style="list-style-type: none">• Verificar se não ficaram dúvidas e se a “agenda” do paciente foi adequadamente esgotada• Verificar se é oportuno encerrar a consulta• Encerrar formalmente a consulta.
Dimensão	Várias (<i>n</i>) consultas consecutivas (opção variável, em função dos objectivos do exercício)
Aspectos a ter em conta	<ul style="list-style-type: none">◆ Verificar se a “agenda” do doente ficou adequadamente esgotada e se não subsistem dúvidas:<ul style="list-style-type: none">- <i>perguntar se ficaram dúvidas ou ficou algum aspecto menos claro</i>- <i>pedir ao paciente para repetir o que ficou acordado, se isso for aceitável em termos da relação M-D existente;</i>- <i>verificar se houve redução de “preocupação”, “apreensão” ou “receios” anteriormente existentes, se ficou tranquilizado, etc.</i>◆ Recapitular os principais pontos acordados para a acção e objectivos a conseguir, com a participação do doente◆ Encerrar formalmente a consulta:<ul style="list-style-type: none">- contacto visual- cumprimento de despedida- dar atenção e acolher alguma apreciação / “<i>feedback</i>” do doente em relação à consulta e à relação estabelecida

Passo 7

Reflexão e notas finais



5.7. Passo 7 – Reflexão e notas finais

Objectivos

Serve este passo para:

- a) identificar e, eventualmente, completar aspectos omissos no registo clínico;
- b) reflectir sobre os factos ocorridos e o processo da consulta;
- c) identificar ganhos e avanços para o paciente e para o médico;
- d) escrever eventuais notas prospectivas (algum “alerta”, “memorando”) a ter em conta nas próximas consultas;
- e) identificar lacunas no conhecimento médico para colmatar.

Rever e completar registos

Rever e completar os registos efectuados nas componentes S, O, A, P e nas restantes componentes do RMOP⁵⁴⁻⁶¹ onde isso seja pertinente. Anotar algum alerta ou aspecto a não esquecer na próxima consulta.

Análise crítica do processo de consulta

- ◆ Ponto(s) forte(s) desta consulta
- ◆ Ponto(s) fraco(s) desta consulta
- ◆ Aspecto(s) a melhorar em próximas oportunidades
- ◆ O que é que de mais importante ou saliente é de reter desta consulta (por exemplo: *qual a principal preocupação do paciente; o que é que não se sabia e ficou a saber-se sobre o paciente, etc.*).
- ◆ Auto-reflexão pessoal/profissional do médico: *que aprendi com este paciente? O que é que ele me ensinou? Que novos aspectos fiquei a saber deste paciente? O que é que correu especialmente bem e que me satisfaz? O que é que não correu assim tão bem e que devo procurar melhorar no meu desempenho? Há algo em concreto que procurarei fazer diferente noutra oportunidade? Que dúvidas me ficaram? Que devo rever, estudar melhor ou actualizar?*

Avaliação do sucesso da consulta

Breve revisão dos critérios de sucesso:

- *objectivos do médico*
- *objectivos do paciente*
- *avanços na formulação e na concretização do plano de cuidados*
- *adesão à terapêutica e nível de participação e autonomia por parte do paciente*

- *progressos objectivos conseguidos (cura; alívio de sofrimento; melhoria funcional, controlos atingidos de determinantes e de factores de risco, etc.)*

- *outros aspectos*

Notas prospectivas

◆ Notas prospectivas dizem respeito a ideias, a propostas e a acções a contemplar em próximos contactos e consultas.

Notas para as próximas consultas

Quando, terminada uma consulta, verifico que ficou por abordar um aspecto importante, por exemplo de prevenção, escrevo uma nota na folha resumo do *Medicine ONE*, o programa informático que temos na nossa USF. Assim, na consulta seguinte, ao abrir o processo, tenho logo acesso ao “recado”.

AF 2008

Aprender com os doentes

A Dona Isabel é uma utente que “herdei” de uma colega que saiu do centro de saúde. Não consegui ficar indiferente aos seus 85 anos, ao seu analfabetismo, e ao “peso” de um filho de 57 anos a seu cargo, com diagnóstico de esquizofrenia. Na última consulta deu-me uma lição sábia de como lidar com um delírio esquizofrénico.

– *Sabe, senhora doutora, o meu filho é muito mau para mim. Dá mais importância às ideias que a mim. Estamos à mesa e acena-me com a faca. E diz: – vou-te matar!*

Eu não tenho medo de morrer e digo-lhe: – então mata-me. Ele percebe que não está a proceder bem e diz: – Como posso matar a minha mãe? E acalma-se...

PB 2008

Quadro XI

Passo 7 – Reflexão e notas finais

Exercício	<ul style="list-style-type: none">• Reflectir sobre os factos ocorridos e o processo da consulta
Dimensão	Várias (<i>n</i>) consultas consecutivas (opção variável, em função dos objectivos do exercício)
Aspectos a ter em conta	<ul style="list-style-type: none">◆ Analisar e completar os registos efectuados nas componentes S, O, A, P, e nas restantes componentes do RMOP onde isso seja pertinente◆ Ponto(s) forte(s) da consulta◆ Ponto(s) fraco(s) da consulta◆ Aspecto(s) a melhorar em próximas oportunidades◆ O que é que de mais importante ou saliente há a reter desta consulta (por exemplo: <i>qual a principal preocupação do paciente; o que é que não se sabia e ficou a saber-se nesta consulta sobre o paciente, etc.</i>)◆ Notas prospectivas (ideias, propostas e acções a contemplar em próximos contactos e consultas)

Reflexão pessoal sobre o cuidar em medicina

A medicina é ciência e arte (do latim *ars* que significa *técnica* e/ou *habilidade*). O conceito de arte varia com a sociedade e a época. Na nossa época e sociedade, a arte médica tem estado mais direccionada para o prevenir e o curar. **E o cuidar?** Será que sabemos cuidar de doentes com dolência com tanta mestria como sabemos tratar uma pneumonia? O ritmo da ciência é tão acelerado que quase nos esquecemos de parar, pensar e fazer um balanço do que nos rodeia. Não quero com isto chocar ou criar uma espécie de delírio irrealista. Penso apenas nos muitos utentes que recorrem a nós procurando ajuda, por mínima que seja aos nossos olhos.

A arte da medicina deve atenção ao todo do ser humano. Os nossos movimentos devem de ser lentos mas precisos, de forma a levarmos a bom porto as nossas actuações. As respostas devem ser adequadas tendo em conta o nosso lado científico e objectivo, bem como o lado mais humano, subjectivo e “natural”. E isto é medicina.

Os nossos dias são passados num “palco” onde os “artistas” trocam percepções, emoções e ideias. A consulta médica é uma ferramenta de poder que deve ser utilizada com mestria, sem cair na rotina.

Diversos estudos mostram que a relação criada entre o médico e o doente se reflecte não só no grau de satisfação e confiança do doente, como também em indicadores biomédicos como a glicemia, a tensão arterial, e na adesão à terapêutica. De igual modo, a relação construída influencia os custos na área da saúde, associando-se uma boa relação médico-doente a uma diminuição de gastos desnecessários.

Todos podemos ganhar. O primeiro passo é ter consciência da importância deste tema para logo conseguirmos dar o nosso contributo no dia-a-dia com os nossos utentes. Assim, com certeza, todos nos aproximaremos à excelência em medicina. Mãos à obra!

SS 2008

Situação médica fundamental:

“Um homem está doente, possuído pelo desânimo, sente necessidade de ajuda e, por isso, procura o médico.”

Von Weizsacker in: Arzt und Kranker

Tentar que seja outro médico a atendê-la numa próxima consulta!

...estou a lembrar-me de uma utente de outro colega, muito dependente e faladora, que tendo sido atendida por mim por, supostamente, um problema agudo, não descolava de maneira nenhuma da cadeira... Pois apesar de todas as pistas verbais e não verbais que lhe fui dando, tive de a “levar” até à porta para que se fosse embora. Sentei-me, procurei relaxar um pouco para depois tentar recuperar o atraso que já levava. Pensei também no que mais poderia ter feito para evitar o sucedido. Segundos depois, batem à porta! Era a mesma senhora a perguntar-me o nome para marcar uma próxima consulta!... Mais 5 minutos para encerrar o assunto...!

Soube depois, numa pausa para lanche, que o médico de família da senhora passa, em todas as consultas com ela, pelo que eu passei... e teve a feliz ou infeliz ideia de lhe dar o número de telefone de casa. Sempre que a utente lhe liga, deixa-a falar à vontade. Como não consegue “desligá-la”, pousa o auscultador na mesa, para poder fazer outras coisas, tendo o cuidado de ir passando a intervalos regulares, para dizer alguma coisa. Volta a pousar o auscultador, e assim por diante!

TB 2008

Emoções e sentimentos!

A história passa-se com uma família da minha lista de utentes. Um dos elementos, a Luísa, é uma menina de 20 anos, com Trissomia 21; já eram meus doentes à data do seu nascimento e foi a primeira filha de um jovem casal. Foi difícil aceitar a situação nos primeiros tempos. Fui sempre tentando que eles se convencessem a ter mais filhos, explicando depois de alguns estudos que seria muito improvável acontecer a mesma situação. Hoje, a Luísa tem uma irmã que a adora, está no ensino especial e vivem os quatro migrados na Suíça há cerca de 12 anos. Todos os anos me visitam nas suas férias e me dizem que são felizes (aliás, basta olhar para eles)...e continuam a dizer que o devem a mim, porque lhes ensinei não só a viver da melhor forma com a sua Luísa, como a viver um dia de cada vez! Trazem sempre um chocalatinho, pois... *“achamos que a Senhora doutora deve continuar gulosa... e queremos dizer-lhe que faz sempre parte das nossas orações...”*

Esta ternura que os doentes nos dão, conquista-se, e é bom que saibamos comover-nos com ela e dar-lhe o valor que ela merece sem colocarmos nenhum juízo de valor à frente das situações.

Emoções e sentimentos bem geridos só podem trazer mais-valias. Não tenhamos nem medo nem vergonha de os assumir!

AS 2008

Reflexões sobre uma consulta "in the edge of chaos"

Conto-vos uma consulta em que senti uma mudança na atitude, que foi além do refrear de uma postura inicialmente agressiva e vitimizante.

Trata-se de uma septuagenária, pouco diferenciada, com antecedentes de AVC há mais de um ano, que ficou com uma hemiparésia ligeira, com “formigueiros” no braço esquerdo e sensação de ter o membro preso. Vive sozinha e vai à consulta sempre com as mesmas queixas, não melhoradas com fisioterapia e outras intervenções. Vinha agressiva e zangada, supostamente por não ser consultada pela minha orientadora (já me conhecia de outras consultas e eu achava que tínhamos criado uma “boa” relação) e também por causa daquele “formigueiro” constante. Queria saber o que era, e queria fazer mais exames, e pronto!.. – bastante mais reivindicativa que o habitual.

Procurei abordar todas as suas questões... amparando-as com a ternura que me restou, enquanto tentava esconder as minhas emoções, mesmo por sentir desvalorizado o carinho com que procurei recebê-la e compreendê-la. A dada altura fiz uma pausa, denotando algum desinvestimento afectivo, numa atitude interrogativa, de procura do melhor papel a desempenhar. E sem eu esperar, numa viragem súbita muito nítida, a doente adopta uma postura bem mais pró-activa e desabafa: – *"pois é... eu sei que tenho de encarar a minha doença..."* ... *"e vocês não podem fazer milagres"*... ao que me saiu em jacto: *"pois, milagres aqui só mesmo a senhora"*. Acho que ela deve ter percebido "O Senhor"... ou então não. Porque a conversa girou sobre a forma como, ao sentir-se melhor consigo mesma (e lutar contra a incapacidade, fazendo croché, por exemplo), conseguia alhear-se dos “formigueiros”. Ao circular estes sentimentos, acrescentava: *"quando estou como hoje, ISTO piora"* (apontando para o braço)... Puxando-lhe o cordelinho dos familiares, desenovelou a zanga recente com a nora e a mágoa perante o distanciamento do filho, que não conseguia chamar junto a si de outra forma ... disse-mo espontaneamente, tudo assim de bandeja: *"se eu telefonar a dizer que estou doente, eles vêm logo, se não, nunca vêm..."*. Não acreditava que o filho viesse, se ela simplesmente telefonasse a dizer *"sinto tanto a tua falta"* ou *"preciso de um abraço teu"*... talvez melhor do que o típico *"estou aqui tão sozinha..."*.

Prometi-lhe que, não sabendo tudo (agora já consigo dizê-lo com mais facilidade), nos esforçaríamos por saber que mais era possível fazer para melhorar os seus sintomas... e que podia vir à consulta falar das suas zangas e revoltas, não só dos “formigueiros”, que também estávamos lá para isso, até porque, afinal, interferiam tanto com a sua qualidade de vida.

No fim, não pude deixar de sorrir quando a senhora me disse, com uma voz quase pueril: *"agora a doutora também é minha médica, não é?!..."* - penso que, inicialmente, esta senhora projectou em mim os seus sentimentos de abandono... e o receio de nova perda, o que é compreensível, sobretudo tendo em conta a recente saída da outra colega interna de MGF após a conclusão do Internato...

Achei tudo isto de uma beleza incrível! A forma tão simples e óbvia como vi certas coisas. A descoberta...

MT 2007

6. Referências bibliográficas

1. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Direcção Nacional. *Um futuro para a medicina de família em Portugal*. Lisboa: Edições Especiais APMCG, 1991.
2. World Organization of Family Doctors - WONCA Europe. *The European Definition of General Practice/Family Medicine*. Barcelona: WONCA Europe, 2002.
3. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press, 1984.
4. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The new consultation: developing doctor-patient communication*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
5. Winefield HR, Murrell TG, Clifford J. Process and outcomes in general practice consultations: problems in defining high quality care. *Soc Sci Med* 1995; 41(7): 969-75.
6. Balint M. *O médico o seu doente e a doença*. Lisboa: Climepsi Editores, 1998. (tradução portuguesa do original: Balint M. *The doctor, the patient and the illness*. London: Tavistock Publications Ltd 1957, revised 1964).
7. Salinski J. Médicos com emoções: identificar e evitar comportamentos defensivos na consulta. Amadora: Fundação Grünenthal, 2004.
8. Brandão J. Relação médico-doente: sua complexidade e papel dos grupos Balint. *Rev Port Clín Geral* 2007; 23: 733-44.
9. Balint E, Norell JS. *Seis minutos para o paciente: estudos sobre as interações na consulta de clínica geral*. Lisboa: Climepsi Editores, 1995.
10. Livesey PG. *Partners in care. The consultation in general practice*. London: William Heinemann Medical Books, 1986.
11. Borrell i Carrió F. *Entrevista clínica. Manual de estratégias práticas*. Barcelona: SemFyc Ediciones, 2004.
12. Marvel MK, Doherty WJ, Weiner E. Medical interviewing by exemplary family physicians. *J Fam Pract* 1998; 47: 343-8.
13. Elwyn G. Arriving at the postmodern medical consultation. *Eur J Gen Pract* 2004; 10(3): 93-7.
14. Matalon A, Rabin S. *Behind the consultation – reflective stories from clinical practice*. Abingdon, Oxon: Radcliffe Publishing, 2007.
15. Leal I. *A entrevista psicológica – técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de Século, Edições, Lda, 2008.
16. Ramos V. Médico de família – dez vantagens e um inconveniente. In: *Medicina Familiar – Dossier Especial (Suplemento) do Expresso* n.º 1639 de 27 de Março de 2004: 6-7.

17. Broom DH. Familiarity breeds neglect? Unanticipated benefits of discontinuous primary care. *Fam Pract* 2003; **20**: 503–507. (Disponível em: <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/20/5/503>)
18. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Ruttimann S, Wossmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 2002; **325**: 682-3.
19. Hesse H. *Sidbarta: um poema indiano*. Lisboa: Notícias, 2002.
20. Santos I. Pedidos desapropriados de certificados. *Rev Port Clín Geral* 2008; **24**: 67-73.
21. Lourenço A. Do injustificável ao ajustado – notas sobre terapêuticas e exames complementares de diagnóstico a pedido dos doentes. *Rev Port Clín Geral* 2008; **23**: 75-84.
22. Coulehan JL, Platt FW, Egener B, Frankel R, et al. “Let me see if I have this right...”: words that help build empathy. *Ann Intern Med* 2001; **135**:221-7.
23. Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001; **286**:1897-1902.
24. Pennebaker J. Telling stories: the health benefits of narrative. *Literature and Medicine* 2000 (1): 3-18.
25. Verghese A. The physician as storyteller. *Ann Intern Med* 2001; **135**:1012-17.
26. Erickson ME – http://en.wikipedia.org/wiki/Milton_H._Erickson.
27. Salinsky J. Patient stories: how they influence us as physicians. In: *Proceedings of the 14th International Balint Congress; 2005 Aug 24-27*. Stockholm: International Balint Federation and Swedish Association of Medical Psychology, 2005: 30-41.
28. Neighbour R. *The inner consultation: how to develop an effective and intuitive consultation style*. Newbury: Petroc Press, 1999.
29. Tavares JF. *A consulta consultada*. Lisboa: Editora Temática, Coleção de Medicina Geral e Familiar, 1999.
30. Usherwood T. *Understanding the consultation. Evidence, theory and practice*. Buckingham: Open University Press, 1999.
31. Nunes JMM. *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Bayer Health Care, 2007.
32. Byrne P, Long B. *Doctors talking to patients: a study of the verbal behaviours in the consultation*. London: HMSO, 1976.
33. Smith RC. *Patient-centered Interviewing*. Philadelphia: PA. Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
34. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal* 1995; **155**:1423-33.
35. Roter D et al. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997; **277**:350-6.
36. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977 Apr 8; **196**(4286): 129-36.
37. McWhinney IR. *Manual de Medicina Familiar*. Lisboa, Inforsalus, 1994.
38. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. 2nd edition. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2003.
39. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Kordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; **49** (9): 805-807.

40. McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* Oxford: Blackwell, 1979.
41. Von Bertalanffy L. *General Systems Theory*. New York: Braziler, 1968.
42. Tudela M, Lobo FA, Ramos V. Desafios da complexidade em medicina geral e familiar. *Rev Port Clín Geral* 2007; 23: 715-25.
43. Morin E. *Introduction à la Pensée Complexe*. Paris: ESF, 1990.
44. Mariotti H. Complexidade e pensamento complexo: breve introdução e desafios actuais. *Rev Port Clín Geral* 2007; 23: 727-31.
45. Mariotti H. A dança dos conceitos: In: *As paixões do ego – complexidade, política e solidariedade*. São Paulo: Palas Athena, 2000: 83-121.
46. Griffiths F, Byrne D. General practice and the new science emerging from the theories of “chaos” and complexity. *Br J Gen Pract* 1998; 48(435): 1697-9.
47. Zimmerman B, Lindberg C, Plsek P. *Edgework: insights from complexity science for health care leaders*. 2nd ed. Irving, Texas: VHA, 2001.
48. Rowe A, Hogarth A. Use of complex adaptive systems metaphor to achieve professional and organizational change. *J Adv Nurs* 2005 Aug; 51(4): 396-405.
49. Damásio A. *Ao Encontro de Espinosa. As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América, 2003.
50. Biscaia A. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Rev Port Clín Geral* 2006; 22: 67-79.
51. Ferrão A, Biscaia A. Centro de saúde – organização de aprendizagem. *Rev Port Clín Geral* 2006; 22: 91-5.
52. Covita H. O papel das comunidades de práticas na prestação de cuidados de saúde. *Rev Port Clín Geral* 2006; 22: 81-89.
53. Lebensohn-Chialvo P, Crago M, Shisslak CM. The reflecting team: an innovative approach for teaching clinical skills to family practice residents. *Fam Med* 2000; 32(8): 556-60.
54. Metsmakers JFM, Tayar D. The medical record. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass DA, Grol R, Mant D and Silagy C (eds). *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Oxford: Oxford University Press, 2004. Vol. 1: 445-450.
55. Weed LL. Medical records that guide and teach. *New England Journal of Medicine* 1968; 278:593-600; 652-7.
56. Petrie C, McIntyre N. *The Problem Oriented Medical Record (POMR)*. London: Churchill Livingstone, 1979.
57. Hurt JW. Ten reasons why Lawrence Weed is right. *N Engl J Med* 1971; 288:629-630.
58. Hurt JW; Walker HK & Hall WD. More reasons why Weed is right. *N Engl J Med* 1973; 288:629-30.
59. Feinstein AR. The problems of the problem oriented medical record. *Ann Intern Med* 1973; 78: 751-762.
60. Caeiro RT. *Registos Clínicos em Medicina Familiar*. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul, 1991.
61. Raker RE. In: Raker RE, editor. *Textbook of Family Practice*. 6th edition. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2002: 1609-34.

62. Beckman HM, Frankel RM. The effect of clinician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101: 692-6.
63. Marvel KM, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999; 281: 283-7.
64. Muir Gray JA. *The Resourceful Patient*. Oxford: eRosetta Press, 2002. (www.resourcefulpatient.org)
65. Reilly BM, Evans AT. Translating clinical research into clinical practice: impact of using prediction rules to make decisions. *Ann Intern Med* 2006 Feb 7; 144(3): 201-9.
66. Sistek D, Wickens K, Armstrong R, Souza RD', Town I, Crane J. Predictive value of respiratory symptoms and bronchial hyper responsiveness to diagnose asthma in New Zealand. *Respiratory Medicine* 2006; 100(12): 2107-11, consultado em www.science-direct.com/science?_ob=Article
67. Starfield B. Co-morbidity and its challenges for quality of primary care. *Rev Port Clín Geral* 2007; 23: 179-80.
68. Santos I. O doente com patologia múltipla: co-morbilidade de quatro doenças crónicas (tese de doutoramento). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, 2006 (no prelo).
69. Gervas J, Santos I. A complexidade da co-morbilidade. *Rev Port Clín Geral* 2007; 23: 181-9.
70. Broeiro P, Ramos V, Barroso R. O mapa de problemas – um instrumento para lidar com a morbilidade múltipla. *Rev Port Clín Geral* 2007; 23: 209-15.
71. Wilkin D, Hallam L, Doggett MA. *Measures of need and outcome for primary Health Care*. Oxford: Oxford University Press, 1992.
72. Broeiro P, Ramos V, Tavares I, Cunha E, Amorim J. Avaliação de estados funcionais no idoso – Exercício de aplicação de uma versão portuguesa da escala COOP/WONCA Charts. *Acta Med Port* 1995; 8: 279-88.
73. Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I: adaptação cultural linguística. *Acta Med Port* 2000; 13: 55-66.
74. Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II: testes de validação. *Acta Med Port* 2000; 13: 119-127.
75. Grol R (ed.). *The heal or to harm. The prevention of somatic fixation in general practice*. London: RCGP, 1989.
76. Nicoll D, McPhee J, Pignone M. *Manual de Exames Diagnósticos* (4.ed.). Porto Alegre: Artmed, 2006.
77. Gervas J. Uso apropriado de los métodos diagnósticos en la decisión clínica. *Actualización en Medicina de Familia* 2006 Jul-Ago; 2(6): 357-65.
78. Gervas J. Innovación tecnológica en medicina: una vision crítica. *Rev Port Clín Geral* 2006; 22: 723-7.
79. Sousa JC. Do peixe no prato à cana de pesca – Reflexões sobre empoderamento, capacitação e cuidados de saúde. *Rev Port Clín Geral* 2007; 23: 253-8.
80. Innes A D, Champion PD, Griffiths FE. Complex consultations and the “edge of chaos”. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 47-52.
81. Gray DP. Evidence-based medicine and patient-centred medicine: the need to harmonize. *J Health Serv Res Policy* 2005 Apr; 10(2): 66-8.

7. Notas sobre as histórias, testemunhos e reflexões

Os nomes e detalhes identificativos dos utentes referidos nas histórias e nas reflexões apresentadas em caixas ou integradas no texto foram modificados ou ficcionados para respeitar a confidencialidade das pessoas reais com elas relacionadas. As siglas correspondentes aos nomes dos autores dos diversos contributos estão descodificadas nesta secção.

AF – Alexandra Fernandes – *médica de família na Unidade de Saúde Familiar Fernão Ferro MAIS (Centro de Saúde do Seixal)*

AMF - Ana Ferrão - *médica de família na Unidade de Saúde Familiar Marginal (Centro de Saúde de Cascais)*

AS – Ana Sardinha – *médica de família na Unidade de Saúde Familiar Horizonte (Centro de Saúde de Matosinhos)*

IL – Isabel Lobato - *enfermeira de família na Unidade de Saúde Familiar Marginal (Centro de Saúde de Cascais)*

IS – Isabel Santos - *médica de família no Centro de Saúde de Oeiras; professora de MGF na Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa/Universidade Nova de Lisboa*

MM – Mariana Morais – *médica de família no Centro de Saúde de Espinho*

MT – Mariana Tudela – *interna da especialidade de MGF na Unidade de Saúde Familiar Horizonte (Centro de Saúde de Matosinhos)*

MVA – Manuel Valente Alves - *médico de família no Centro de Saúde de S. Mamede / Sta. Isabel, em Lisboa*

PB – Paula Broeiro – *médica de família no Centro de Saúde do Lumiar, em Lisboa*

PC – Pascale Charondière – *médica de família na Unidade de Saúde Familiar Marginal (Centro de Saúde de Cascais)*

PF – Paula Ferraz - *enfermeira de família na Unidade de Saúde Familiar Marginal (Centro de Saúde de Cascais)*

SS – Sara Santiago - *interna da especialidade de MGF na Unidade de Saúde Familiar Anta (Centro de Saúde de Espinho)*

TB – Tânia Barreira – *médica de família no Centro de Saúde de Amares*

TC – Tiago Carneiro – *médico de família na Unidade de Saúde Familiar Marginal (Centro de Saúde de Cascais)*

VR – Vítor Ramos – *médico de família na Unidade de Saúde Familiar Marginal (Centro de Saúde de Cascais); professor convidado da Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa*

Anexos

Anexo	Conteúdo
A1.	Relação entre os 7 passos da consulta e as notas de seguimento do RMOP
A2.	Grelhas de observação
	Passo 1 – Preparação da consulta
	Passo 2 – Primeiros minutos
	Passo 3 – Exploração
	Passo 4 – Avaliação
	Passo 5 – Plano
	Passo 6 – Encerramento da consulta
	Passo 7 – Reflexão e notas finais
A3.	“Consulta em 7 Passos” - Ficha-resumo de anotação

A1. – Relação entre os 7 passos da consulta e as notas de seguimento do RMOP

Método de Weed "POMR" *	Passos da consulta
-----	Passo 1 – Preparação
S O	Passo 2 – Os primeiros minutos
	Passo 3 – Exploração, análise e contextualização
A	Passo 4 – Interpretação, avaliação diagnóstica, explicação e aspectos de prognóstico
P	Passo 5 – Plano de cuidados, incluindo eventuais oportunidades preventivas
-----	Passo 6 – Encerramento
-----	Passo 7 – Reflexão e notas finais

*POMR – "Problem Oriented Medical Record"

RMOP - Registo Médico Orientado por Problemas

Bibliografia sobre o POMR / RMOP

Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Medicine* 1968; 278:593-600; 652-7.

Hurt JW. Ten reasons why Lawrence Weed is right. *N Engl J Med* 1971; 288:629-630.

Hurt JW; Walker HK & Hall WD. More reasons why Weed is right. *N Engl J Med* 1973; 288:629-30

Feinstein AR The problems of the problem oriented medical record. *Ann Intern Med* 1973; 78: 751-762.

Petrie C, McIntyre N. *The Problem Oriented Medical Record (POMR)*. London: Churchil Livingstone, 1979

Caeiro RT. *Registos Clínicos em Medicina Familiar*. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul, 1991.

Rakel RE. In: Rakel RE, editor. *Textbook of Family Practice*. 6th edition. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2002: 1609-34.

Metsmakers JFM, Tayar D. The medical record. In: *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Edited by Roger Jones, Nicky Britten, Larry Culpepper, David A. Gass, Richard Grol, David Mant and Chris Silagy. New York, NY, Oxford University Press, 2004. Vol. 1: 445-450.

A2. - Fichas de apoio ao exercício prático

Grelhas de Observação

Proc. nº	Passo 1 – <i>Preparação da consulta</i>	
Sexo	Fem. Masc.	Idade: anos
Consulta	Programada _____	Do dia _____
1. Atenção à situação do médico e do gabinete	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
2. Aspectos de personalização	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
3. Contexto familiar	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
4. Contexto sócio-ocupacional	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
5. Ver resumo e lista de problemas	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
6. Ver terapêutica habitual	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
7. Ver conteúdo da última consulta	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
8. Rever outras consultas e contactos (assuntos pendentes)	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
9. Identificação de omissões, aspectos a clarificar, a explorar a anotar, “lembretes”, etc.	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:

Proc. nº	Passo 2 – <i>Os primeiros minutos</i>	
Sexo	Fem. Masc.	Idade: anos
Consulta	Programada _____	Do dia _____
10. Observação atenta e cumprimento inicial	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
11. Atenção a indícios particulares	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
12. Motivo(s) expressos no início	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
13. Motivo(s) adicionais	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
14. Motivos latentes? "ocultos"	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
15. Exploração de ideias, de expectativas e de objectivos do paciente	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
16. Foi lembrado algum problema identificado no Passo 1 e não referido pelo paciente?	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:

Proc. nº	Passo 3 – Exploração	
Sexo	Fem. Masc.	Idade: anos
Consulta	Programada _____	Do dia _____
17. Exploração dos sintomas, em especial dos com alto valor preditivo (diagnóstico e gravidade)	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
18. Emoções, sentimentos e pontos de vista do paciente	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
19. Repercussões na qualidade de vida	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
20. Factores de risco	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
21. Preparação / consentimento para o exame objectivo	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
22. Exame objectivo (geral ou focalizado)	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
23. Síntese - resumo	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:

Proc. nº	Passo 4 – Avaliação	
Sexo	Fem. Masc.	Idade: anos
Consulta	Programada _____	Do dia _____
24. Avaliação sucinta – informação ao paciente	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
25. Lista / mapa / diagramas dos problemas	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
26. Exploração de crenças, explicações e dúvidas do doente	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
27. Explicação apresentada pelo médico	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
28. Encontro de “agendas” (médico e paciente)	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
29. Aspectos de previsão / prognóstico	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
30. Avaliação de funcionalidade e qualidade de vida	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
31. Balanço sucinto “SWOT” – “pré-plano/acção”	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:

Proc. nº	Passo 5 – Plano	
Sexo	Fem. Masc.	Idade: anos
Consulta	Programada _____	Do dia _____
32. Justificação do pedido de EAD	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
33. Explicação de medidas não farmacológicas	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
34. Explicação de prescrições farmacológicas	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
35. Negociação, participação e envolvimento do paciente	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
36. Definição participada de objetivos e compromissos	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
37. Aspectos de capacitação e empoderamento	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
38. “Follow-up” acordado	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
39. Prevenção “oportunistica” abordada e outras acções	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:

Proc. nº	Passo 6 – Encerramento	
Sexo	Fem. Masc.	Idade: anos
Consulta	Programada _____	Do dia _____
40. Confirmação de que houve clareza e compreensão adequada quanto ao acordado	0 - Não executado 1 - Executado 2 - Executado + NA - Não aplicável	Notas breves:
41. Foram exploradas eventuais dúvidas?	0 - Não executado 1 - Executado 2 - Executado + NA - Não aplicável	Notas breves:
42. A “agenda” do doente foi esgotada?	0 - Não executado 1 - Executado 2 - Executado + NA - Não aplicável	Notas breves:
43. Foram recapituladas as principais acções na sequência da consulta?	0 - Não executado 1 - Executado 2 - Executado + NA - Não aplicável	Notas breves:
44. Encerramento formal da consulta	0 - Não executado 1 - Executado 2 - Executado + NA - Não aplicável	Notas breves:

Proc. nº	Passo 7 – Reflexão e notas finais	
Sexo	Fem. Masc.	Idade: anos
Consulta	Programada _____	Do dia _____
45. Análise dos registos efectuados - completar registos desta consulta	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
46. Pontos fortes desta consulta	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
47. Pontos fracos desta consulta em relação ao desempenho do médico	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
48. Aspecto(s) a melhorar no desempenho médico	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
49. O que houve de mais importante a reter?	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
50. Notas prospectivas - lembrar e anotar algum “alerta” ou “recordatório” para próxima consulta	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
51. O que aprendi/ ganhei em termos pessoais e profissionais?	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:
52. O que devo estudar / consultar / rever a propósito de algum problema do paciente?	0 - Não executado 1 - Executado 2 – Executado + NA - Não aplicável	Notas:

A3. "Consulta em 7 Passos" - Ficha-resumo de anotação

Passo 1 – Preparação – Itens	0	1	2	NA	Observações
1. Atenção à situação do médico e do gabinete					
2. Aspectos de personalização – próx. utente					
3. Contexto familiar					
4. Contexto sócio-ocupacional					
5. Ver resumo e lista de problemas					
6. Ver medicamentos que toma habitualmente					
7. Ver conteúdo da última consulta					
8. Rever outras consultas e contactos					
9. Identificação de omissões, aspectos a clarificar, a explorar, anotar, "lembretes", etc.					
Passo 2 – Primeiros minutos - Itens	0	1	2	NA	Observações
10. Observação atenta e cumprimento inicial					
11. Atenção a indícios particulares					
12. Motivo(s) expressos no início					
13. Motivo(s) adicionais					
14. Motivos latentes? ("ocultos")					
15. Exploração de ideias, expectativas e objectivos do paciente					
16. Foi lembrado algum problema identificado no Passo 1 e não referido pelo paciente?					
Passo 3 – Exploração – Itens	0	1	2	NA	Observações
17. Sintomas, em especial sintomas com alto valor preditivo (diagnóstico e gravidade)					
18. Emoções, sentimentos, pontos de vista					
19. Repercussões na qualidade de vida					
20. Factores de risco					
21. Preparação/consentimento para o Ex. Obj.					
22. Exame objectivo (geral ou mais focalizado)					
23. Síntese - resumo					
Passo 4 – Avaliação – Itens	0	1	2	NA	Observações
24. Avaliação sucinta - informação ao paciente					
25. Lista / mapa / diagramas dos problemas					
26. Exploração de crenças, de explicações e de dúvidas do paciente					
27. Explicação apresentada pelo médico					
28. Encontro de agendas (médico e paciente)					
29. Aspectos de previsão/prognóstico					
30. Aval. funcionalidade e qualidade de vida					
31. Balanço sucinto "SWOT" - "pré-acção"					

Passo 5 – Plano – Itens	0	1	2	NA	Observações
32. Justificação do pedido de EAD					
33. Explicação de medidas não farmacológicas					
34. Explicação de prescrições farmacológicas					
35. Negociação, participação e envolvimento do paciente					
36. Definição participada de objectivos e compromissos					
37. Aspectos de capacitação e empoderamento					
38. “Follow-up” acordado					
39. Prevenção “oportunistica” abordada e outra					
Passo 6 – Encerramento - Itens	0	1	2	NA	Observações
40. Confirmação de que houve clareza e compreensão adequada quanto ao acordado					
41. Foram exploradas eventuais dúvidas?					
42. A “agenda” do doente foi esgotada?					
43. Foram recapituladas as principais acções na sequência da consulta?					
44. Encerramento formal da consulta					
Passo 7 – Reflexão final - Itens	0	1	2	NA	Observações
45. Registos efectuados – completar registos					
46. Pontos fortes desta consulta					
47. Pontos fracos desta consulta em relação ao desempenho do médico					
48. Aspecto(s) a melhorar (desempenho médico)					
49. O que houve de importante a reter?					
50. Notas prospectivas - lembrar e anotar algum “alerta” ou “recordatório” a ter em conta na próxima consulta					
51. O que aprendi/ganhei em termos pessoais e profissionais?					
52. O que devo estudar / consultar / ou rever a propósito de algum problema do paciente?					
Observações:					

0 = não executado

1 = executado

2 = executado com grande desenvolvimento

NA = não aplicável