

Multipatologia - O Raciocínio Clínico e a Tomada de Decisão: aquisição da competência¹

PAULA BROEIRO*

RESUMO

A multipatologia é muito frequente em Medicina Geral e Familiar (MGF). O artigo centra-se num fluxograma de raciocínio clínico e tomada de decisão nesta área de incerteza.

A operacionalização de um esquema é utilizada como estratégia de ensino-aprendizagem facilitadora da aquisição de uma competência incorporada (adquirida na acção e para a acção).

Com a publicação deste projecto pretende-se contribuir para a construção do conceito de competência na abordagem do doente com multipatologia.

Palavras Chave:

Multipatologia; Raciocínio Clínico; Tomada de Decisão; Educação; Competência; Competência Incorporada.

INTRODUÇÃO

A coexistência de múltiplos problemas de saúde na mesma pessoa é um problema comum em Medicina Geral e Familiar (MGF), tendo uma frequência mais elevada na população idosa (65 e mais anos)¹⁻³.

Cada problema de saúde tem a sua história natural, por vezes imprevisível: início, curso e resultado (com ou sem incapacidade)⁴.

A duração de cada problema é variável consoante se trate de um problema agudo (ex: síndrome gripal) ou crónico (ex: hipertensão arterial, osteoartrite, ...). Quando se fala de comorbilidade (multipatologia), referimo-nos, habitualmente, à coexistência de problemas crónicos. Isto ocorre pela sobreposição da vida de cada doença ao longo da vida de cada pessoa doente

(exemplificado na Fig. 1)⁴.

O número de problemas crónicos que coexistem na mesma pessoa vai aumentando à medida que a idade avança². Atendendo ao envelhecimento da população nos países desenvolvidos, a multipatologia e as suas consequências (polifarmácia, incapacidade) poderão vir a ser um problema de saúde pública e dos sistemas de saúde^{1,5,6}.

Relativamente à multipatologia, pouco há referido na literatura médica e os doentes com comorbilidade são, frequentemente, excluídos dos ensaios clínicos.

Pelo exposto, a abordagem da multipatologia é uma área a privilegiar na formação médica, particularmente na disciplina de MGF.

O conhecimento médico, relativamente ao raciocínio clínico e à tomada de decisão, tende a basear-se em critérios de evidência científica. Há, todavia, áreas de intervenção médica em que os pressupostos anteriores não são possíveis, sendo necessário concretizar e reflectir sobre as práticas como forma de contribuir para a evolução do conhecimento⁸.

A abordagem da multipatologia é mais uma dessas áreas de incerteza em que, individualmente, os médicos estabelecem um raciocínio hipotético-dedutivo baseado na integração de conheci-

¹Adaptado para publicação a partir do trabalho de projecto elaborado no âmbito do Curso «Optimização das Práticas Formativas» promovido pela Coordenação do Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul (I.Q.S.), 2001

Paula Broeiro

Assistente de Clínica Geral
Centro de Saúde do Lumiar, Lisboa

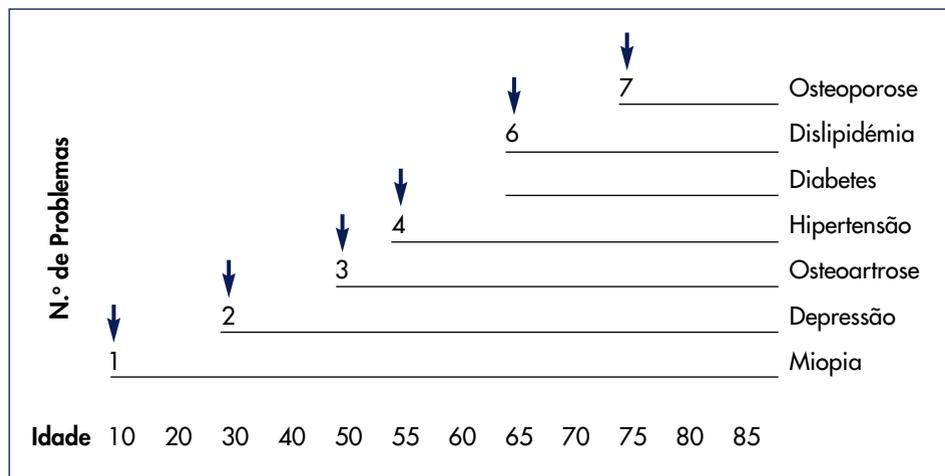


FIGURA 1. Um exemplo de multipatologia.

mentos e da experiência, adquiridos empiricamente com a prática clínica.

Desde há algum tempo que a abordagem do doente com multipatologia tem sido discutida inter pares, formal e informalmente. A abordagem sistémica centrada no doente e a tomada de decisão, nestes doentes, é particularmente difícil.

A elaboração de um projecto de formação, na área da abordagem do doente com multipatologia, tornou-se uma necessidade atendendo à:

1. Frequência e complexidade do problema;
2. Ausência de literatura científica que apoie a tomada de decisão;
3. Especificidade do problema na disciplina da Medicina Geral e Familiar (MGF);
4. Reflexão sobre o processo de raciocínio clínico e tomada de decisão, ser uma actividade central para a aquisição da autonomia profissional⁸.

Definiu-se como finalidade deste trabalho o desenvolvimento da competência na abordagem do doente com Multipatologia, nos internos do Internato Complementar de Clínica Geral.

Como objectivo geral deste trabalho, pretende-se contribuir para a constru-

ção do conceito da competência incorporada em multipatologia.

O PROJECTO FORMATIVO

O projecto de formação consiste, basicamente, na utilização de um Fluxograma de Raciocínio (Fig. 2) que facilite o raciocínio clínico, a tomada de decisão e a elaboração do plano de actuação para cada doente com multipatologia (três ou mais problemas de saúde coexistentes).

Este esquema tem como finalidade incorporar a competência **abordagem do doente com multipatologia**. Para operacionalizar este fluxograma, foi criado um suporte de registo de informação (Anexo 1).

Para a exequibilidade deste projecto, é necessário definir:

- A competência que se pretende desenvolver;
- As estratégias de ensino/aprendizagem necessárias ao desenvolvimento da competência;
- A metodologia de avaliação.

2.1. A Competência

A competência é mais um processo

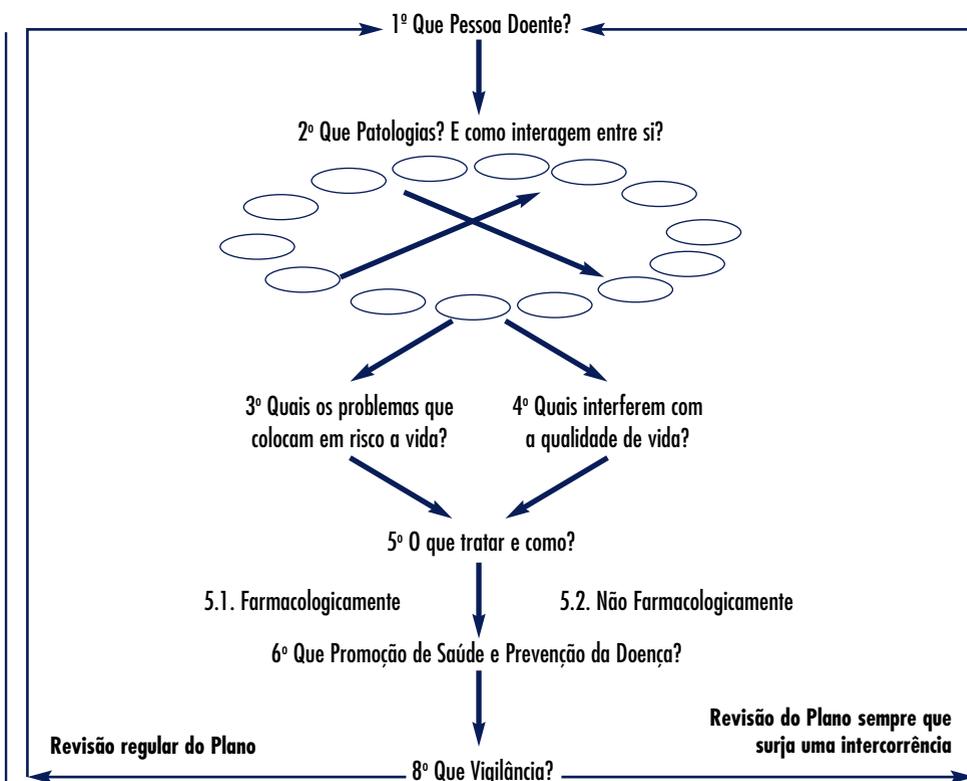


FIGURA 2. Fluxograma de Raciocínio e Decisão²

Adaptado da apresentação de caso clínico, pela Dra. Ricardina Barroso, no 12º Encontro Nacional de Clínica Geral, Coimbra, 1995.

que um estado, é um saber fazer reconhecido (não é o próprio que se declara competente)⁹. Segundo Samurgay¹⁰ (citado por Lebahor¹¹), a noção de competência pode definir-se como um sistema explicativo do desempenho observado, que reflecte a organização dos conhecimentos construídos na acção e para a acção¹¹.

Em síntese, a competência é a concretização prática dos conhecimentos, capacidades e atitudes necessários ao desempenho de uma determinada actividade. É a combinação, na acção, de cinco componentes¹² :

- **cognitiva**: representações cognitivas (saberes, conhecimentos) e esquemas teóricos;
- **afectiva**: motores da competência e compõe-se de três elementos: ima-

gem que o médico tem de si (valorizada ou desvalorizada), investimento afectivo na acção (prazer ou sofrimento) e motivação;

- **social**: reconhecimento efectuado pelo meio e pela organização da prática do indivíduo;
- **cultural**: forma como a cultura da organização vai aplicar as competências e
- **praxiológica**: aspecto visível da competência que é objecto de avaliação social.

Com este projecto, pretende-se que os formandos adquiram uma competência incorporada, entendendo-se por competência incorporada aquela que se adquire pela prática e que se desenvolve de forma adaptada às circunstâncias e ao senso e em que os

resultados correspondem às expectativas do indivíduo e da sociedade⁹. Segundo Suchman¹³ (citado por Leplat⁹), a competência incorporada é uma acção executada num contexto de situações particulares e concretas, salientando o importante jogo do contexto na elaboração da acção.

Neste caso, o plano não é um guia de detalhe da acção (Fig. 2), mas coloca o sujeito na condição de poder usar os meios.

Como se exemplifica na pirâmide de George Miller (Fig. 3), primeiro transmite-se os conhecimentos (saberes), depois os conhecimentos aplicados à prática (saber como), em seguida, mostra-se como se aplicam (mostrar como) e, por fim, executa-se (fazer)¹⁴. A organização da acção não é possível antes de o sujeito chegar a uma determinada etapa da sua acção – fazer (no caso deste projecto, antes do início das consultas autónomas).

Na aquisição de uma competência incorporada, a utilização repetida de um esquema permite a aquisição do estatuto desta competência, mas é o esquema que, identificando os vários componentes da acção, permite perceber a acção (cognição da acção)⁹.

É importante não esquecer que as competências incorporadas nascem, desenvolvem-se, envelhecem e morrem, devendo cumprir-se as etapas da aquisição da competência ao longo de



FIGURA 2. Pirâmide de Competências de George Miller.

toda a vida profissional.

Esta competência pressupõe uma medicina centrada no paciente, a qual necessita do domínio de:

- **capacidades:** técnica da entrevista; capacidade de negociação; manutenção da saúde e prevenção da doença; reflexão e auto – avaliação da prática como processo racional de aprender a lidar com a incerteza, entre outras a referir neste projecto^{8,15}.
- **atitudes:** exploração dos valores relacionados com o binómio saúde-doença; obtenção de informação psicológica e contextual; formulação de objectivos para melhorar a saúde; tomada de decisão que reflecta os valores do doente (sentimentos, crenças), que não são explorados neste projecto (componente do domínio do afectivo transversal a toda a actividade médica)¹⁵ e
- **conhecimentos e saberes** adequados a cada situação clínica que não são explorados neste projecto.

As capacidades específicas para o desenvolvimento desta competência estão implícitas nas instruções de preenchimento do suporte de registo (Anexo 1). As capacidades a desenvolver pelo formando, indispensáveis à abordagem do doente com multipatologia, são:

1) **Técnica da Entrevista Clínica:** capacidade determinante na eficiência de um médico, a consulta é o meio através do qual a medicina é mais frequentemente praticada¹⁶. O sucesso da entrevista clínica depende do cumprimento de tarefas como: descobrir as crenças, preocupações e expectativas do utente acerca do seu problema; partilhar a compreensão que o médico faz do problema; partilhar o processo de decisão; encorajar o doente a responsabilizar-se pela sua saúde.

A qualidade da interacção médico-doente tem consequências impor-

tantes: o médico que gosta da relação com os seus pacientes ouve bem e sente-se mais satisfeito com a sua prática; por outro lado, os doentes sentem-se capazes de comunicar os seus problemas e regressam mais facilmente ao mesmo médico. Desta interacção gratificante, podem resultar ganhos fisiológicos (ex.: melhores níveis tensionais) e melhor adesão ao plano terapêutico¹⁷.

A comunicação é a capacidade central da entrevista. Cada médico tem a sua capacidade inata para comunicar, mas deve desenvolver algumas capacidades específicas que tornem a comunicação com os doentes mais efectiva¹⁸.

2) Uso adequado de Testes Diagnósticos: O modelo de tomada de decisão é um esquema útil para caracterizar o papel dos testes de diagnóstico na resolução do problema clínico (Fig. 4)¹⁹.

O médico, quando escolhe um teste, deve pensar como vai avaliar os resultados (positivos ou negativos) e o que vai fazer com cada um deles¹⁹.

É necessário ter presente que nem todos os testes positivos indicam pa-

tologia e o inverso também é verdadeiro (nem todos os testes negativos significam ausência de doença). Quando o médico toma a decisão de solicitar um teste, deve pensar qual o benefício para o doente (confirmação diagnóstica, terapêutica e curso da doença)^{20,21}.

3) Instituição do Tratamento: O médico deve discutir com o doente as opções terapêuticas, os benefícios e os eventuais riscos. A negociação do plano terapêutico deve ser uma actividade regular. Quando o médico cuida de um doente com multipatologia, deve averiguar quais os problemas que mais o afectam. Não se deve esquecer que há terapêuticas não farmacológicas que têm lugar no tratamento de muitos problemas de saúde (ex.: na hipertensão arterial, na dislipidémia...)²². Deve, também, evitar terapêuticas de eficácia duvidosa ainda que com benefício marginal, pelo risco acrescido de iatrogenia que essa opção possa conter¹.

4) Registo Clínico e Técnica de Apresentação de Casos: A capacidade de registar e apresentar casos ajuda nou-

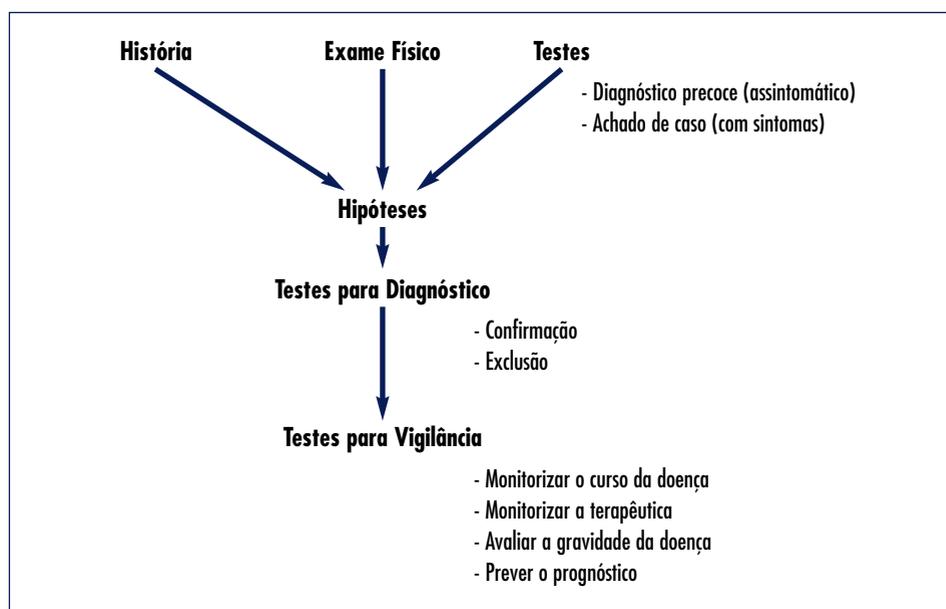


FIGURA 4. Papel dos testes na tomada de decisão.

tras actividades clínicas. Através da contribuição de cada médico no registo da informação clínica de cada doente, constrói-se um registo histórico abrangente e mais apurado que a memória. Os registos auxiliam o médico na tomada de decisão, mas podem funcionar como instrumento de ensino/aprendizagem ou de investigação²³.

A informação clínica deve ser clara, concisa e seguir uma estrutura. A qualidade da história depende da capacidade de comunicar e da qualidade da entrevista²⁴.

O registo é um instrumento fundamental e assume características específicas em Medicina Geral e Familiar (MGF). Deve ser um instrumento prático de consulta que facilite a compreensão indispensável ao raciocínio clínico e tomada de decisão²⁵.

O problema é a unidade funcional do Registo Médico Orientado por Problemas (RMOP) criado por Lawrence Weed^{18,25}. O RMOP apresenta 4 componentes fundamentais (base de dados, lista de problemas, folha de registo de consulta com as notas e plano de seguimento, folha de resumo/fluxograma)²⁵. O suporte criado engloba 3 das quatro componentes: *base de dados*, *lista de problemas*, notas de seguimento e *resumo/fluxogramas* (Anexo 1).

5) Raciocínio Clínico, Tomada de Decisão e Negociação: O raciocínio clínico tem como modelo padrão o raciocínio hipotético-dedutivo. A Heurística é uma forma rápida (atalho), pouco consciente, em que os médicos utilizam as probabilidades nos seus raciocínios²¹. O raciocínio hipotético – dedutivo é particularmente utilizado no diagnóstico (geração de hipóteses), enquanto que a apresentação de argumentos a justificar a decisão ou a acção é um raciocínio mais dedutivo. A perícia resulta da interacção entre o conhecimento e a capacidade de raciocínio. O domínio do conhecimento, da cognição (criticar, criar, reflectir e pen-

sar lógica e analiticamente) e da metacognição (contrôle do processo cognitivo) são essenciais para a resolução efectiva dos problemas⁸.

6) Estratégias de Promoção de Saúde e Prevenção de Doença: É consensual que a prevenção é uma componente importante da educação médica²⁶. As intervenções, como aconselhamento, testes e/ou exames de rastreio, imunizações e quimioprofilaxia são recursos que o médico, particularmente o de cuidados de saúde primários, deve oferecer regularmente²⁷. O aconselhamento é uma das tarefas com sucesso mal avaliado e dirige-se essencialmente a estilos de vida e comportamentos (dependências). Os rastreios são dirigidos a patologias cuja detecção precoce permite a cura. As imunizações trazem benefício para o próprio (prevenção da doença ou de complicações desta) e para os não vacinados. Por último, a quimioprofilaxia é dirigida à prevenção secundária (caso paradigmático do uso do ácido-acetil-salicílico, na prevenção de Acidentes Vasculares Cerebrais, em doentes com factores de risco). Todavia, os médicos devem ser cautelosos e ponderar os riscos inerentes^{28,29}.

7) Referenciação e Consultadoria: A decisão de referenciar ou consultar faz parte integrante do processo de tomada de decisão. Uma melhor compreensão e efectividade da referenciação ou consultadoria têm um impacto benéfico nos custos e na qualidade dos cuidados prestados. É necessário desenvolver esta capacidade, quer nos curricula dos médicos de MGF, quer nos de outras especialidades³⁰. A consultadoria e a referenciação podem contribuir para a formação médica contínua e para a melhoria dos cuidados prestados (coloca ao dispor médicos habilitados em tempo útil)^{30,31}. O médico deve pensar no benefício de referenciar, tal como faz para um teste ou um tratamento. Uma referenciação inapropriada pode conduzir a uma cascata de

procedimentos caros, invasivos e desnecessários³⁰.

A complexidade desta questão deve-se, particularmente, ao ruído introduzido na comunicação entre os diferentes intervenientes³¹. Para além do ruído, outro dos problemas tem sido o mal entendido a propósito do perfil profissional do médico de família e de outros especialistas. Todavia, a harmonia da relação entre médicos de família e de outras especialidades é essencial para assegurar cuidados de elevada qualidade³².

8) Leitura Crítica de Artigos Científicos: Os médicos devem basear a sua prática nos princípios da aplicação da epidemiologia e da investigação. Atendendo à escassez de tempo e ao volume de literatura médica publicada, todo o médico deve adquirir a capacidade de ler criticamente os artigos científicos, ou seja, deve avaliar sistematicamente a qualidade da informação recebida^{33,34}. Há metodologias específicas para cada problema médico: diagnóstico (ex.: estudos epidemiológicos, metanálises), tratamento (ex.: estudos randomizados controlados, metanálises) e prognóstico (ex.: estudos de coorte ou prospectivos)³⁵. A revista JAMA tem publicado desde 1993 diversos artigos que funcionam como guias práticos de leitura crítica de artigos³⁵.

Todas as capacidades referidas são necessárias na prática de uma medicina centrada no paciente. Atendendo à abrangência do tema restringimos este trabalho ao desenvolvimento da capacidade **Registo Clínico e Apresentação de Casos**.

A justificação desta decisão prende-se com o facto de terem sido escolhidas:

- a aquisição de uma competência incorporada, sendo o esquema o instrumento por excelência;
- a abordagem da multipatologia, que é uma área de decisão na incerteza

e para a qual são necessários alguns pontos de ancoragem (registo e discussão interpares).

ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM

O raciocínio clínico e a tomada de decisão em situações ambíguas e de incerteza são inexactos. A capacidade do médico reflectir e auto-avaliar a sua prática é um processo racional de aprender a lidar com a incerteza⁸.

As cinco vias de desenvolvimento da competência podem ser vistas do ponto de vista da sua dinâmica: acção (competência incorporada); combinação, acção e reflexão sobre a acção; reflexão retrospectiva sobre a acção; reflexão antecipada sobre a acção; e aquisição de saberes teóricos¹².

O fluxograma de raciocínio (Fig. 2) não é mais que um esquema de apresentação de um caso clínico, transformado num suporte de registo (Anexo 1).

A estratégia de ensino/aprendizagem que se propõe baseia-se na resolução de problema. Esta metodologia está bem estabelecida na formação médica³⁶⁻³⁸.

A facilitação da aprendizagem baseia-se em quatro conceitos: consciencialização, problematização, auto-reflexão e crítica⁸.

A concretização destes conceitos conduziu à escolha de quatro estratégias de ensino/aprendizagem :

1. Treino do registo clínico no suporte criado (acção), tendo sido criado um referencial de avaliação do registo (Anexo 1)

2. Entrevistas semi-directivas³⁹

2.1. **Reflexão sobre o registo** (combinação da acção e reflexão sobre a acção) e **reflexão sobre a consulta realizada através da análise do registo** (combinação da acção e reflexão retrospectiva sobre a acção). Com a entrevista pretende-se compreender a to-

mada de decisão e perceber os factores que a influenciaram. A entrevista permite, ainda, complementar a avaliação do registo e monitorizar a aquisição da competência.

2.2. Reflexão sobre a consulta a realizar através da análise do registo (combinação da acção e reflexão antecipada sobre a acção). Antes da consulta, já com o suporte de registo preenchido, pretende-se prever a acção e planificar as tarefas a desenvolver.

2.3. Em cada uma das reflexões, conduzir a entrevista de forma a que o formando **identifique as suas necessidades educacionais** (aquisição de saberes teóricos) (Anexo 2).

3. Apresentação de casos clínicos de Multipatologia para discussão inter pares (reuniões de orientadores – internos, reuniões de formação em serviço, em congresso). Na apresentação de casos, o formando deve descontrair-se, falar clara e fluentemente, ser conciso, ser preciso e assumir os seus conhecimentos ou ignorâncias³⁹. Com esta tarefa, pretende-se introduzir no processo um mecanismo de *feedback* externo à dupla orientador/interno. No final de cada apresentação, o interno poderá preencher a ficha de identificação de necessidades educacionais (Anexo 2).

4. Publicação de casos clínicos sobre multipatologia em revistas de Medicina Geral e Familiar. A publicação pressupõe a aquisição da competência e a partilha da experiência adquirida.

Com estas estratégias, pretende-se que o formando reflecta sobre a sua actividade, explorando os pensamentos, os sentimentos e outros factores que influenciam a tomada de decisão³⁹.

O uso crítico do conhecimento, baseado na capacidade de auto-análise, auto-crítica e de reflexão sobre a decisão tomada é essencial para o desenvolvimento de uma prática efectiva e responsável⁸.

Com esta estratégia de ensino/

/aprendizagem, pretende-se que o médico interiorize e mecanize a estrutura da abordagem do doente com multipatologia, bem como os mecanismos de *feedback* (autoavaliação e autocrítica) que funcionarão como os motores da formação contínua e da qualidade da prática.

METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

A avaliação pode ser definida como um processo sistemático de determinar a extensão do cumprimento dos objectivos educacionais. No entanto, a avaliação deve ter um sentido mais amplo, como o de permitir a regulação do processo ensino/aprendizagem, fazendo parte integrante do processo⁴⁰.

As estratégias de ensino/aprendizagem seleccionadas (2.2. Estratégias Formativas) para a aquisição da competência incluem a avaliação no processo formativo: avaliação da acção (através da análise do registo conforme referencial – Anexo 1) e da reflexão sobre a acção (através de entrevista semi-directiva).

Neste capítulo, podia ainda desenvolver-se uma metodologia que permitisse avaliar, caso a caso, se o formando adquiriu ou não a competência. Para o efeito, deveria ser criado um referencial de competência que permitisse avaliar o registo (Anexo 1), a consulta (ex.: videogravação) e a capacidade do formando reflectir sobre a prática. Após a aplicação da metodologia de avaliação, poderia inferir-se se o formando adquiriu ou não a competência.

Atendendo à complexidade do tema, a criação de um referencial de competência não é aqui desenvolvida.

SÍNTESE

Com este artigo pretende-se:

- Partilhar uma experiência reflectida;

- Operacionalizar um fluxograma de tomada de decisão;
- Contribuir para a construção do conceito de competência na abordagem do doente com multipatologia;
- Abrir um espaço de discussão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Broeiro P, Ramos V. Multipatologia e Polifarmácia no Idoso. *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:8-22.
2. Saint-Jean O, Bérigaud S, Bouchon J. Polypathologie et Co-Morbidité: un mode dynamique de description de la morbidité chez le sujets agês. *Ann Med Interne* 1991;142:563-69.
3. Santos I, Kalaxe A, Jordão J, Pires F, Vaughan P. A Morbilidade dos Idosos em Cuidados de Saúde Primários – Um estudo Piloto. *Rev Port Clin Geral* 1995; 13: 109-16.
4. Rolland J. Managing Chronic Illness. In: Mengel M, Fields. *A Introduction to Clinical Skills - A Patient – Centered Textbook*. Plenum Medical Book Company, New York, 1997:233-68.
5. Broeiro P, et al. Avaliação de Estados Funcionais no Idoso – Exercício de aplicação de uma versão portuguesa da escala COOP/WONCA Charts. *Acta Med Port* 1995; 279: 279-88.
6. Thompson M. The case for developmental gerontology – Thompson's Octad. *J R Coll of General Practitioners* 1986;36: 29-32.
7. Schulkin J. Decision Sciences and Evidence-based Medicine – Two Intellectual Movements to Support Clinical Decision Making. *Acad Med* 2000; 75: 816-17.
8. Higgs J, Jones M. Clinical Reasoning in the Health Professions. In: Higgs J, Jones M. *Clinical Reasoning in the Health Professions*. 2nd Ed, Butterworth Heinemann, Oxford, 2000: 3-14.
9. Leplat J. À Propos des Compétences Incorporées. *Ed Permanente* 1995; 123: 101-114.
10. Samurcay R. Knowledge Developed in/for Work Situation in Dynamic Environment Management. *Work Process Knowledge Meeting*, Manchester, 1994: 3-9.
11. Lebahor J. Compétences de Conceptions, Conception des Compétences: le pedagogue est un concepteur des tâches fictives. *Ed Permanente* 1995; 123: 79-90.
12. Wittorski R. De la Fabrication des Compétence. *Ed Permanente* 1995; 123: 57-67.
13. Suchman L. *Plans and Situated Actions*. Cambridge University Press, Cambridge, 1987.
14. Bem-David M. The Role of Assessment in expanding Professional Horizons. *Med Teach* 2000; 22: 472-77.
15. Mengel M. The Systemic Patient Centered Method. In: Mengel M, Fields A. *Introduction to Clinical Skills - A Patient – Centered Textbook*. Plenum Medical Book Company, New York, 1997: 3-38.
16. Pendleton D, Schofield, Tate P, Havelock P. *A Consulta – Uma Abordagem à Aprendizagem e Ensino*. Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, Porto, 1993.
17. Zoppi K. Interviewing as Clinical Conversation. In: Mengel M, Fields. *A Introduction to Clinical Skills - A Patient – Centered Textbook*. Plenum Medical Book Company, New York, 1997:41-58.
18. Tait I. Medical Records in Practice. In: Westcott R, Jones R. *Information Handling in General Practice – Challenges for the Future*. London, 1988 :3-15.
19. Speicher C. The Right Test – A Physician's Guide to Laboratory Medicine. 2nd ed, Saunders Company, Philadelphia, 1993: 1-14.
20. Johnson V. Appropriate use of Laboratory Tests. In: Mengel M, Fields. *A Introduction to Clinical Skills - A Patient – Centered Textbook*. Plenum Medical Book Company, New York, 1997: 83-102.
21. Lawler F, Hamm R. Clinical Decision Making. In: Mengel M, Fields. *A Introduction to Clinical Skills - A Patient – Centered Textbook*. Plenum Medical Book Company, New York, 1997: 185-200.
22. Susman J. Instituting Treatment. In: Mengel M, Fields. *A Introduction to Clinical Skills.- A Patient – Centered Textbook*. Plenum Medical Book Company, New York, 1997: 121-36.
23. Chop W. Record Keeping and Presentation. In: Mengel M, Fields. *A Introduction to Clinical Skills - A Patient – Centered Textbook*. Plenum Medical Book Company, New York, 1997: 137-66.
24. Lloyd M, Bor R. *Communication Skills for Medicine*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1999.
25. Caeiro R. *Função do Registo*. In: Caeiro

R. Registos Clínicos em Medicina Familiar. Instituto de Clínica Geral da Zona Sul, Lisboa, 1991: 15-24.

26. Ross R. Educational Strategies to Improve Preventive Care. *Can Fam Physician* 1992; 38: 341-45.

27. Scutchfield F, Hartman K. Physicians and Preventive Medicine. *JAMA* 1995; 273: 1150-1.

28. Dickey L. Health Promotion and Disease Prevention. In: Mengel M, Fields. A Introduction to Clinical Skills - A Patient - Centered Textbook. Plenum Medical Book Company, New York, 1997 :311-3.

29. Sudlow C. Antiplatelet Treatment - Primary prevention. In: *Clinical Evidence*, *BMJ* 2000; 4: 70-1.

30. Nutting P, Franks P, Clancy C. Referral and Consultation in Primary Care: Do We Understand What We're Doing? *J Fam Pract* 1992; 35: 21-8.

31. Collège Médecins Famille Canada, Collège Royal Médecins Chirurugiens Canada. La relation entre le médecin de famille et le spécialiste consultant en matiere de prestation des soins de santé. *Can Fam Physician* 1993; 39: 1316 -20.

32. Muzzin L. Understanding the Process of Medical Referral - Patr 3: Trust and choice of consultant. *Can Fam Physician* 1991; 37: 2576--81.

33. Newton W. Critical Appraisal of Medical Literature. In: Mengel M, Fields. A Introduction to Clinical Skills - A Patient - Centered Textbook. Plenum Medical Book Company, New York, 1997:335-55.

34. Labrecque M, Verreault R, Grava-Gubins I. Critical Appraisal of Medical Literature: Second Update. *Can Fam Physician* 1990; 36: 1745-8.

35. Oxman A, Sackett D, Guyatt G. User's Guides to Mesical Literature - I How to Get Started. *JAMA* 1993; 270:2093-5.

36. Downey P, O'Brien D. Problem-based

learning in GP vocational training. *Postgrad Ed Gen Pract* 1999; 10: 265-71.

37. Scott I. Teaching clinical reasoning: A case-based approach. In: Higgs J, Jones M. *Clinical Reasoning in the Health Professions*. 2nd Ed, Butterworth Heinemann, Oxford, 2000: 290-7.

38. Higgs J, Jones M. Will evidenced-based practice take the reasoning out of practice. In: Higgs J, Jones M. *Clinical Reasoning in the Health Professions*. 2nd Ed, Butterworth Heinemann, Oxford, 2000: 307-15.

39. Jennett P. Chart stimulated recall: a technique to assesse clinical competence and performance. *Postgrad Ed Gen Pract* 1995; 6: 30--34.

40. Domingos A, et al. Uma forma de estruturar o Ensino e a Aprendizagem. *Livros Horizonte*, Lisboa, 1984.

Agradecimentos

Ao terminar este trabalho, não posso deixar de agradecer às Professoras Dra. Ângela Rodrigues, Dra. Helena Peralta e à Dra. Isabel Santos (prelectores do curso Optimização das Práticas Formativas).

Agradeço, ainda, à Dra. Ricardina Barroso, pelas pertinentes achegas a este tema complexo que é a multipatologia.

Endereço para correspondência:

Paula Maria Broeiro Gonçalves
Av. Paulo VI, N.º 16, 8º B,
1900-784 Lisboa,
paulabroeiro@iol.pt

Recebido em: 01/06/2001

Aceite para publicação em: 03/09/2001

CO-MORBIDITY: CLINICAL REASONING AND DECISION MAKING - COMPETENCE ACQUISITION

ABSTRACT

Co-morbidity is very frequent in family practice. A clinical reasoning and decision making flowchart has been used as an approach to this area of uncertainty. Putting a diagram into practice is used as a learning and teaching strategy to facilitate acquisition of incorporated competence. With the publication of this project one tries to give a contribution towards the construction of the competence concept for the approach of co-morbidity.

Key-words: Co-morbidity; Clinical Reasoning; Decision Making; Education; Competence; Incorporated Competence

Doente Com Multipatologia

Data / /

1. O Doente (características relevantes, recursos familiares, médicos...)

	<p>2. Os Problemas (como se relacionam entre si)</p>				

3. Que problemas colocam a vida em risco?

- 3.1 _____
- 3.2 _____
- 3.3 _____
- 3.4 _____
- 3.5 _____
- 3.6 _____

4 – Que problemas afectam a qualidade de vida?

- 4.1 _____
- 4.2 _____
- 4.3 _____
- 4.4 _____
- 4.5 _____
- 4.6 _____

5. O que Tratar? E Como?

5.1 Farmacologicamente (; ; ; ;
; ; ; ; ; ; ; ; ; ; .)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

5.1 Não Farmacologicamente (; ; ; ;
; ; ; ; ; ; ; ; ; ; .)

6. Promoção de saúde (Hábitos alimentares, Hábitos tabágicos, Dependências, Comportamentos de risco,...) e **Prevenção de doença** (Vacinas, Rastreios, quimioprofilaxia,...)

7. Vigilância (Exames Complementares, Consultas Programadas,...)

Revisão do plano / /

Instruções de Preenchimento

O Suporte de registo criado pressupõe um processo clínico completo com um registo médico orientado por problemas (R. M. O. P.). Funciona como suporte de síntese da informação relevante do processo que facilite o raciocínio clínico e a tomada de decisão.

1. O Doente

Não se pretende repetir toda a informação do processo, mas os aspectos característicos desta pessoa doente. Ex. Hábitos alcoólicos não assumidos, utilização de medicinas alternativas, etc.

2. Os Problemas

São os problemas presentes e diagnosticados ao longo da vida, independentemente de terem sido efectuados pelo interno ou outro médico.

Sempre que for efectuado um novo diagnóstico, deve ser acrescentado à lista.

Durante o preenchimento, deve tentar estabelecer-se algumnexo de causalidade entre os diferentes problemas. Ex. Hipertensão Arterial/Coronariopatia Isquémica; Diabetes/ Nefropatia.

3. - 5. Que problemas colocam a vida em risco e que problemas afectam a qualidade de vida?

Pelo facto de terem sido diagnosticados vários problemas de saúde, nem sempre é necessário tratar todos. Quando se tem que decidir qual/quais o/os problema/s que necessitam de tratamento é necessário hierarquizar. Como estamos a lidar com a incerteza e prestamos cuidados centrados na pessoa, devem cumprir-se as seguintes etapas:

1ª dividir os problemas em dois grandes grupos (os que colocam a vida em risco e os que afectam a sua qualidade);

2ª hierarquizar os problemas do mais para o menos grave;

3ª decidir entre os que necessitam de tratamento e os que o dispensam;

4ª seleccionar as terapêuticas adequadas aos problemas e ao doente

- Farmacológicas (devem evitar-se os medicamentos de eficácia duvidosa)

- Não Farmacológicas (descrever as medidas gerais e específicas para os problemas: ex. dieta hipossalina e exercício físico se hipertensão).

6. Promoção de saúde e Prevenção de doença

As actividades de promoção de saúde podem não estar relacionadas com os problemas diagnosticados, mas com a pessoa. As actividades preventivas devem ser adaptadas à pessoa e aos seus problemas de saúde.

7. Vigilância

Neste ítem, pretende-se que sejam colocadas as actividades programadas:

- Exames complementares: vigilância de patologia, controle de terapêutica;

- Consultas de Medicina Geral e Familiar, ou outras.

8. Revisão do Plano

O plano deve ser revisto:

- com uma periodicidade programada (adaptado ao doente e às patologias);

- sempre que surja uma intercorrência, um novo diagnóstico ou modificação de um existente.

Referencial de Avaliação do Registo*

O formador deve posicionar a sua avaliação na linha |.....|.....|.....|.....|. Se durante a entrevista semi-directiva forem justificadas as opções feitas, o posicionamento pode ser modificado.

1. O Doente

Sem informação Após justificação 	Informação Importante
----------------	---	-----------------------

2. Os Problemas

Omissão de problemas importantes Após justificação 	Sem Omissões
Linguagem incorrecta Após justificação 	Linguagem correcta
Relação entre os problemas incoerente Após justificação 	Relação entre os problemas coerente

3. Que problemas colocam a vida em risco?

Omissão de problemas importantes Após justificação 	Sem Omissões
Hierarquização incorrecta Após justificação 	Hierarquização correcta

4. Que problemas afectam a qualidade de vida?

Omissão de problemas importantes Após justificação 	Sem Omissões
Hierarquização incorrecta Após justificação 	Hierarquização correcta

5. O que Tratar? E Como?

5.1 Farmacologicamente

Seleção de Fármacos inadequada Após justificação 	Seleção de Fármacos adequada
Usa medicamentos de eficácia duvidosa Após justificação 	Não usa medicamentos de eficácia duvidosa

5.2. Não Farmacológica

Omissão total Após justificação 	Seleção adequada
---------------	---	------------------

6. Promoção de Saúde e Prevenção de doença

Actividades preventivas inadequadas Após justificação 	Actividades preventivas adequadas
Promoção de saúde omissa Após justificação 	Promoção de saúde adequada

7. Vigilância

ECD inadequados Após justificação 	ECD adequados
Programação de consulta inadequada Após justificação 	Programação de consulta adequada
Referenciação inadequada Após justificação 	Referenciação adequada

* Inspirada na escala de avaliação da consulta Pendleton D, Schofield, Tate P, Havelock P. A Consulta – Uma Abordagem à Aprendizagem e Ensino. Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, Porto, 1993.

Planificação das Actividades Formativas

A preencher pelo formando _____ / /

Necessidades Educacionais Identificadas?	Estratégias Planeadas

Próxima entrevista / /