



Aquisição de competências para aplicação do Método Clínico Centrado no Doente

JOSÉ MENDONÇA DA COSTA*

PREÂMBULO

O trabalho que agora se publica foi desenvolvido pelo autor enquanto projecto pessoal de intervenção, aquando da frequência em 1998, do Curso «Optimização das Práticas Formativas», organizado pelo Instituto de Clínica Geral e pela Coordenação do Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul, dirigido aos Orientadores de Formação. Decorridos cinco anos julgamos que o seu interesse se mantém e que seria interessante generalizar este tipo de prática formativa.

Este projecto, apesar de concebido para ser desenvolvido durante o Internato Complementar de Clínica Geral, poderá também ser aplicado, com as devidas correcções, à formação contínua dos médicos que desejem aperfeiçoar a sua prática do método clínico centrado no doente. O número de sessões propostas variará de acordo com as necessidades identificadas e com as oportunidades de aprendizagem de cada um. A estratégia de entrevista depende da definição adequada de problemas, da agenda estabelecida e dos resultados esperados devendo-se por isso usar de grande flexibilidade na(s) técnica(s) a utilizar.

Introdução

Em Medicina Geral e Familiar, a entrevista clínica deve ter em conta o doente como pessoa, com os seus valores e o seu contexto social e familiar, sendo essa a perspectiva que se pretende desenvolver no interno no decurso da sua formação^{1,2}.

A medicina tem tentado, ao longo dos tempos, estabelecer um relacionamento linear entre as doenças e as suas causas. Segundo o velho paradigma médico, a mente e o corpo estavam separados, sendo apenas excepção as doenças psicossomáticas, em que os factores psicológicos eram tidos como entidades causais. Pensava-se mesmo que diferentes factores eram específicos de cada doença psicossomática.

Actualmente, factores como o iso-

lamento social ou as situações de vida causadoras de stress, são genericamente relacionados com taxas de morbilidade e até mesmo de mortalidade mais elevadas e não apenas com doenças psicossomáticas. É disso exemplo, um estudo realizado em 1959 por Kraus e Lilienfeld, onde é referido que, qualquer que seja a causa de morte, os viúvos têm uma taxa de mortalidade três a cinco vezes maior que os homens casados da mesma idade³. Num outro estudo prospectivo de oito anos, as pessoas que viviam isoladas tinham uma taxa de mortalidade 2,3 e 2,8 vezes maior, respectivamente para os homens e mulheres, do que as pessoas com apoios sociais mais fortes⁴. Estas constatações levaram Engel e outros autores a defender a aplicação da teoria dos sistemas em Medicina, fornecendo a base teórica

para um novo modelo de investigação da doença – o modelo biopsicossocial⁵.

O modelo biopsicossocial defende que os factores sociais e psicológicos podem ter influência em qualquer estado patológico, quer como causa da própria doença, quer como factor determinante da sua gravidade e curso, apontando-se para que a sua influência se exerça principalmente por via dos sistemas nervoso, endócrino e imunitário⁶. Este modelo leva a um novo paradigma, onde a doença não está conceptualmente separada da pessoa, nem esta do seu ambiente, sendo as categorias convencionais da doença usadas como referência, num contexto com componentes físicos, mentais e sociais. A tarefa do médico é compreender a reciprocidade da causalidade das doenças e saber que a relação médico-doente tem um efeito profundo na doença e no respectivo curso, devendo entender quer o doente, quer a natureza física da doença e o significado que esta tem para ele.

Numa fase de formação pós-graduada, como a da formação em Medicina Geral e Familiar, é essencial preparar o interno para lidar com esta realidade. Necessitará, portanto, de aprender a considerar as dimensões física, psíquica e social na abordagem do doente, e não apenas

*Centro de Saúde de Vialonga

focalizar a sua actuação na dimensão biomédica, como redutoramente aprendeu no ensino pré-graduado⁷.

Segundo o Modelo Biomédico, a consulta, controlada pelo médico, destina-se a recolher um conjunto de sintomas e sinais, fazer um exame físico, proceder a um bom diagnóstico diferencial, pedindo, se necessário, exames subsidiários, para chegar a um diagnóstico que permita levar a um tratamento eficaz. Deste ponto de vista, não tem muito interesse o esforço que o doente faz para nos contar a sua história e dar algum sentido à sua experiência de doença e/ou de vida. Por isso, o doente é interrompido pelo médico, sempre que se afasta deste referencial. Devido à fixação médica na tradução desses conteúdos em termos que encaixem na sua perspectiva biomédica frequentemente é subvalorizado ou ignorado tudo o que o doente diz fora deste enquadramento⁸.

Durante a consulta, a tarefa mais importante e frequentemente também a mais difícil, é determinar os verdadeiros motivos de consulta. Os aspectos cognitivos do problema médico são aqueles que mais facilmente são obtidos, visto serem aqueles que o médico foi treinado para colher e o doente «aprendeu» a apresentar como razões para a consulta. Toda a vertente psicológica e social ligada ao motivo da consulta permanece, com frequência, oculta⁹.

Tem sido referido, por diversos autores, que há conteúdo psicossocial em aproximadamente 50% das consultas em cuidados primários¹⁰, pelo que o médico corre o risco de obter uma história incompleta se não explorar esses aspectos durante a consulta. Esta situação torna-se bastante clara quando, já com a mão na porta para sair, o doente nos diz:

«Sr. Doutor, já agora...»

Se historicamente o exercício da medicina se focalizava no médico e na doença, os dados atrás mencionados levaram a que alguns médicos começassem a defender que o ponto de vista dos doentes, os seus sentimentos e valores, são igualmente importantes para o sucesso clínico.

Em 1992 Emanuel e Emanuel descrevem para a consulta quatro modelos de relação médico-doente – os modelos paternalista, informativo, interpretativo e deliberativo – onde são definidos diferentes níveis de importância para o papel do médico e das suas obrigações e para a autonomia do doente, dos seus valores e sentimentos relativamente à doença¹¹. Face a esta realidade, foi surgindo um conceito de abordagem do doente que defende que é este que deve estar no centro da consulta. Nasce assim um novo método, designado por Método Clínico Centrado no Doente^{12,13}. Neste método, por oposição ao tradicional, centrado no médico e/ou na doença, o médico tenta compreender o sofrimento do doente e estabelecer com este uma relação que permita a expressão das **queixas (sintomas), dos sentimentos, pensamentos e expectativas** a eles associados, para depois formular e testar hipóteses baseadas nos sinais que recebe e no conhecimento prévio do doente e da patologia^{14,15}.

Por **sentimentos e pensamentos** entendem-se os conteúdos emocionais da doença ou simples mal-estar apresentado pelo doente. Estes podem ser predominantes no aspecto da doença, como por exemplo na reacção de luto, ou serem apenas um factor contributivo, como na ansiedade dum chefe de família, único sustento financeiro do lar, atingido por um enfarte do miocár-

dio. Muitas vezes, não são expressos pelos doentes, podendo, contudo, vir à superfície durante a consulta, se houver atitudes facilitadoras por parte do médico¹⁶.

As **expectativas** do doente são definidas como as razões expressas que, conscientemente, motivaram a consulta. Frequentemente relacionam-se com uma preocupação com um ou mais sintomas para os quais se espera que o médico tenha uma resposta. Podem assumir a forma de uma **afirmação** sobre o problema, uma **pergunta** ou um **pedido expresso** de um serviço. Poderão ocorrer em qualquer momento da consulta e até nem serem explicitadas, como o caso do doente hipertenso que vem para uma consulta de seguimento e que, mesmo sem o dizer, espera que lhe seja medida a pressão arterial¹⁷.

Do lado do médico poderá haver atitudes que podem ser facilitadoras, ou não. **Comportamentos facilitadores** são atitudes verbais ou não verbais que encorajam a expressão das expectativas, pensamentos ou sentimentos por parte do doente, e que podem assumir a forma de **perguntas abertas, reflexões e/ou confrontações**. As **perguntas de retorno** são também atitudes facilitadoras e que securizam tanto o médico como o doente¹⁸.

A aplicação do Método Clínico Centrado no Doente (MCCD) tem sido referida como estando associada a uma melhor relação terapêutica entre o médico e doente e consequentemente a uma maior satisfação e bem-estar do doente após a consulta e ainda a uma maior resolução dos seus sintomas e preocupações¹⁹. É também referido que, após a técnica ser bem aprendida, a sua aplicação não origina uma maior duração das consultas^{20,21}.

Pelo exposto, parece que este é

um método simultaneamente apropriado e necessário à Medicina Familiar, tornando-se por isso um imperativo criar condições, aquando do treino tutelado, para que os internos com a ajuda dos Orientadores, adquiram as competências necessárias para o aplicar na sua prática clínica diária. Para este treino advogamos a utilização da videogravação e da autoscopia já há muito introduzidos como meios de aprendizagem no Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul e também defendidos por outros autores^{22,23}.

Objectivos

Aquisição de competências para aplicação do Método Clínico Centrado no Doente.

Apresentação de casos clínicos tendo como base este método

Metodologia de desenvolvimento da intervenção formativa

RECURSOS HUMANOS: o interno e o orientador, bem como as consultas por ambos efectuadas.

RECURSOS MATERIAIS: os necessários à videogravação das consultas (câmara de vídeo, tripé e videocassetes).

TEMPO ÓPTIMO PARA A SUA REALIZAÇÃO: O desenvolvimento desta intervenção formativa deverá decorrer durante o segundo semestre do primei-

ro ano e o segundo semestre do segundo ano do Internato Complementar de Clínica Geral, simultaneamente com os estágios hospitalares e como preparação para o estágio do Centro de Saúde, a iniciar no segundo semestre do segundo ano do Internato, conforme exemplificado no cronograma do Quadro I.

TAREFAS A EXECUTAR: 1) análise crítica de bibliografia; 2) observação e análise de consultas do interno videogravadas; 3) selecção de casos para apresentação clínica; 4) identificação de necessidades de aprendizagem tendo por referência as competências a atingir (Quadro II); 5) definição de uma agenda/plano de aprendizagem;

O orientador deverá poder aconselhar sobre a bibliografia mais relevante por forma a poder com o interno discutir da sua pertinência e aplicabilidade.

Análise de consultas videogravadas

Durante o segundo semestre do primeiro ano do estágio serão seleccionadas para treino das aptidões deste método quatro consultas do interno.

Para a sua análise poderão ser utilizadas a grelha de avaliação da consulta (Quadro III)²⁴ e uma escala de avaliação da consulta centrada no doente (Quadro IV), apresentada por Henbest e Fehrsen²⁵, que consis-

te na classificação em quatro níveis (zero a três) de todas as respostas do médico às expressões do doente (*sin-tomas, pensamentos, sentimentos e expectativas*) ocorridas durante a consulta. A classificação será de zero, se o pedido do doente for ignorado, um, se forem usadas apenas respostas fechadas, dois, se forem usadas respostas abertas e três, se houver comportamentos facilitadores da expressão dos pensamentos, sentimentos e expectativas. Com base nesta pontuação será calculado um valor médio obtido, que será considerado como o valor de «centragem no doente» obtido para essa consulta.

Durante o primeiro semestre do segundo ano deverá ser escolhida mensalmente uma consulta videogravada para estudo pormenorizado, a efectuar em reunião entre o interno e orientador.

Apresentação de casos clínicos

Depois de treinadas as aptidões para a condução da consulta, deverão pe-

QUADRO I

CRONOGRAMA

Cronograma	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Leitura de textos												
Análise de consultas videogravadas												
Apresentação de casos clínicos												
Avaliação												
Divulgação												

QUADRO II

MCCD : COMPETÊNCIAS CHAVE

- Ouvir a perspectiva do doente
- Gerir a informação
- Perceber que conceitos tem o doente sobre a doença
- Estabelecer uma relação
 - explorar os sentimentos e as expectativas do doente
 - identificar e explorar as «deixas» do doente
 - dar «deixas» ao doente
 - dar respostas positivas (reconhecimento, encorajamento, suporte)
 - perceber os conceitos pessoais utilizados sobre saúde e doença
 - responder a emoções
 - negociar prioridades
 - respeitar a autonomia do doente

QUADRO III

FICHA DE AVALIAÇÃO DA CONSULTA²⁴

NOME (Interno) _____

	<u>n</u>	<u>n</u>	<u>n</u>	<u>n</u>
Tipo de Consulta (*)	1	2	3	4

Nº de Consulta do dia _____

NOME (Avaliador) _____

Nº de Ordem da Consulta Gravada _____

Observações:

Esta grelha de avaliação é aplicável em qualquer tipo de consulta, excepto em situações de emergência. A avaliação é feita utilizando uma videogravação e a ficha clínica do utente, uma vez que, quando se trata de «consultas seguintes» já o médico tem dados à sua disposição que poderão não surgir na video-gravação.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

1. Para o seu correcto preenchimento terá de ser utilizada a grelha anexa, cujos resultados de cotação serão transpostos para o quadro resumo abaixo indicado.
2. Para determinar o valor da cotação de cada item, na grelha anexa utiliza-se uma escala de 1 a 5, sendo as cotações dos enunciados A, B e C correspondentes às cotações de referência 1, 3 e 5, considerando os valores 2 e 4 como intermédios.
3. Uma vez preenchida a grelha, os valores da cotação, multiplicados pelo coeficiente (quadro resumo) dão a pontuação por item.
4. A classificação obtida no desempenho, na área da consulta, resulta da correspondência da pontuação total com os seguintes escalões de referência: <10 pontos – desempenho de nível mau; de 11 a 20 pontos – desempenho de nível insuficiente; de 21 a 30 pontos – desempenho de nível suficiente; de 31 a 40 pontos – desempenho de nível bom; 41 ou mais pontos – desempenho de nível excelente.

CRITÉRIOS		COTAÇÃO 1-2-3-4-5	COEFICIENTE	PONTUAÇÃO
Caracterização do Motivo de Consulta	1		1	
Caracterização do Utente	2		1	
Identificação dos Problemas	3		1	
Definição de Planos	4		1	
Educação para a Saúde	5		1	
Elaboração de Registos	6		1	
Comunicação	7		1	
Relação Médico/Doente				
Relação Humana	8			
Apreciação Geral	9		2	
			Pontuação Total	

(*) Tipo de Consulta: 1 – 1ª Consulta; 2 – Consultas seguintes; 3 – Consulta programada pelo médico; 4 – Iniciativa do utente.
 Pode preencher dois quadrados.

QUADRO III

GRELHA DE COTAÇÃO DOS CRITÉRIOS²⁴

1	CARACTERIZAÇÃO DO MOTIVO DA CONSULTA Pretende-se avaliar o tipo, a causa e a história do problema apresentado e ainda as ideias, preocupações e expectativas sentidas pelo utente, bem como a adequação do exame objetivo efectuado (quer em quantidade, quer na pertinência dos gestos).	A	Identificação ausente ou insuficiente do problema; ausência de abordagem das ideias, preocupações e expectativas do utente; exame desadequado às queixas.	1
		B	Caracterização de nível insuficiente do problema, tendo sido dada alguma possibilidade ao utente para expressar as suas ideias, preocupações; exame objectivo incompleto tendo em conta as queixas.	2 3
		C	Caracterização excelente do MC; o tipo, a causa e a história do problema foram devidamente explorados; houve manifesta intenção de ouvir as ideias, preocupações e expectativas do utente; o exame objectivo praticado foi adequado.	4 5
2	CARACTERIZAÇÃO DO UTENTE Pretende-se avaliar o nível de informação obtido que permite caracterizar o utente (sexo, idade, escolaridade, profissão, família, nível sócio-económico, estado civil, naturalidade, antecedentes pessoais, familiares e laborais, hábitos, medicação habitual).	A	Omissão de dados fundamentais para a caracterização do utente	1 2
		B	Estão presentes todos os dados fundamentais que permitem um conhecimento de nível suficiente do utente	3
		C	Dados em quantidade e qualidade que permitem um elevado nível de conhecimento do utente e que facilitam um adequado raciocínio e decisão	4 5
3	IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS Pretende-se avaliar a identificação dos problemas do utente (quer novos, quer antigos), bem como a identificação e avaliação dos factores de risco existentes e a possibilidade dada ao utente de discutir a hierarquização dos problemas.	A	Identificação de alguns problemas e factores de risco	1
		B	Problemas de saúde (antigos e novos) nitidamente identificados, com avaliação adequada dos factores de risco eventualmente existentes mas sem uma visível preocupação de interessar o utente na hierarquização dos problemas	2 3
		C	Identificação exaustiva dos problemas, com identificação de todos os factores de risco eventualmente existentes e com nítido envolvimento do utente na hierarquização dos problemas	4 5
4	DEFINIÇÃO DE PLANOS Pretende-se avaliar a adequação dos planos de seguimento e/ou vigilância (a curto, médio e longo prazo) efectuados e o nível de envolvimento do utente na elaboração dos planos.	A	Plano de actuação dificilmente identificável, não sendo possível determinar o envolvimento do utente na elaboração do plano	1
		B	Plano de actuação adequado ao motivo de consulta e às características do utente, com identificável intenção de envolver o utente nas decisões.	2 3
		C	Planeamento de actividades em que é visível a atenção dada às acções imediatas, mas em que se verifica também a preocupação de futuras acções de vigilância e/ou seguimento, com nítido envolvimento do utente nas decisões.	4 5
5	EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE Pretende-se avaliar o empenhamento do médico na educação para a saúde, através da eliminação dos factores de risco, da promoção de hábitos de vida saudáveis e da explicitação do papel do médico e dos serviços de saúde	A	Não aproveitamento da consulta como espaço privilegiado para a educação para a saúde	1
		B	Aproveitamento da consulta para fomentar algumas medidas educativas. Educação oportunística	2 3
		C	Excelente aproveitamento da consulta para promover a saúde, prevenir a doença, com evidente preocupação de corrigir factores de risco e de alterar comportamentos nocivos e também com indicações do método mais adequado de utilizar os serviços de saúde.	4 5
6	REGISTOS MÉDICOS Pretende-se avaliar a qualidade dos registos e, através deles, a adequação do raciocínio e decisão.	A	Registos incompletos, pouco explícitos e/ou mal organizados, impedindo a avaliação do raciocínio e decisão e dificultando as consultas de seguimento	1
		B	Registo adequado ao exercício da CG/MF, havendo no entanto algumas omissões de dados que impedem a integral percepção do raciocínio e decisão relativos ao MC, ou de futuras acções de seguimento e/ou vigilância	2 3
		C	Registos com informação completa e sucinta dos problemas, factores de risco e planos de actuação a curto, médio e longo prazo, com uso de simbologia própria da MF.	4 5
7	COMUNICAÇÃO Pretende-se avaliar a adequação da comunicação estabelecida, quer através da linguagem verbal e não verbal, quer através das oportunidades dadas ao utente para se exprimir e ainda o controlo da percepção pelo utente da informação transmitida	A	Comunicação pobre, por ausência ou deficiência das explicitações dadas pelo médico, que ignorou sistematicamente pistas verbais e não verbais fornecidas pelo utente	1 2
		B	Comunicação de nível suficiente, em que o utente teve alguma liberdade para exprimir ideias e preocupações e em que o médico prestou esclarecimentos em linguagem adequada, sem no entanto ter feito o controlo da percepção por parte do utente	3
		C	Comunicação adequada, em que o utente teve oportunidade para expressar sentimentos e preocupações; o médico reconheceu as diferentes «pistas» fornecidas e seguiu-as quando tal foi pertinente; as informações e esclarecimentos foram percebidas pelo utente, com clareza.	4 5
8	RELAÇÃO HUMANA Pretende-se avaliar o modo como o médico interage com o utente, inicia a consulta, conduz a entrevista, prepara a despedida e lida com os sentimentos e emoções, quer do utente, quer de si próprio	A	Consulta iniciada sem cumprimentar o utente e despedida igualmente abrupta, sendo visível a dificuldade do médico em abordar os sentimentos expressos pelo utente	1 2
		B	Cordialidade no contacto inicial, com exploração adequada dos sentimentos e emoções; fim da consulta introduzido no momento próprio	3 4
		C	Início cordial da consulta, com utilização adequada dos sentimentos; despedida adequada, facilitando um possível reencontro	5
9	APRECIACÃO GLOBAL Pretende-se avaliar, de modo geral, o equilíbrio entre itens referentes a aptidões médicas básicas (itens 1,2,3,4,5 e 6) e os referentes a aspectos relacionais (7 e 8), bem como a utilização do tempo	A	Presentes algumas aptidões médicas básicas, mas o tempo utilizado na consulta foi desaproveitado para conseguir uma comunicação mais eficaz	1 2
		B	Aptidões médicas básicas presentes mas, apesar da tentativa, verificam-se algumas dificuldades em comunicar com o utente; o recurso tempo foi bem gerido	3
		C	Equilíbrio evidente entre as aptidões médicas básicas e a relação, conseguido num tempo adequado	4 5

QUADRO IV

FICHA PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE CENTRAR A CONSULTA NO DOENTE ²⁵

Nome (Interno) _____

Nome (Avaliador) _____

Nº de ordem da consulta videogravada _____ Nº de Processo _____

Classificação das respostas do médico (interno) às solicitações do doente (assinalar com um círculo a pontuação obtida):

<u>Nº da Solicitação</u>	<u>Pontuação</u>	<u>Nº da Solicitação</u>	<u>Pontuação</u>
Pedido ignorado	0	Pedido ignorado	0
Resposta fechada	1	Resposta fechada	1
Resposta aberta	2	Resposta aberta	2
Facilitação	3	Facilitação	3

<u>Nº da Solicitação</u>	<u>Pontuação</u>	<u>Nº da Solicitação</u>	<u>Pontuação</u>
Pedido ignorado	0	Pedido ignorado	0
Resposta fechada	1	Resposta fechada	1
Resposta aberta	2	Resposta aberta	2
Facilitação	3	Facilitação	3

<u>Nº da Solicitação</u>	<u>Pontuação</u>	<u>Nº da Solicitação</u>	<u>Pontuação</u>
Pedido ignorado	0	Pedido ignorado	0
Resposta fechada	1	Resposta fechada	1
Resposta aberta	2	Resposta aberta	2
Facilitação	3	Facilitação	3

Pontuação média = (1+2+3+ ...): nº de solicitações

Níveis de capacidade de centrar a consulta no doente

Pontuação média	0 - 1,4	Nível baixo
Pontuação média	1,5 - 1,9	Nível suficiente
Pontuação média	2 - 2,4	Nível bom
Pontuação média	2,5 - 3	Nível muito bom

lo menos ser seleccionadas duas consultas, para treino da apresentação de casos clínicos, com base no Método Clínico Centrado no Doente. As apresentações poderão ser efectuadas em reunião do Centro de

Saúde, uma no final do primeiro e outra no final do segundo semestre do segundo ano do estágio. A metodologia a seguir para apresentação dos casos clínicos será a descrita por Freeman²⁶, que se resume no

Quadro V.

Avaliação

A avaliação do **conteúdo** desta intervenção será de tipo formativo, efectuada ao longo do processo de treino

QUADRO V

COMPARAÇÃO ENTRE A APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS PELO MÉTODO TRADICIONAL E COM BASE NO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NO DOENTE²⁶

Apresentação pelo Método Tradicional (Biomédico)	Apresentação pelo Método Clínico Centrado no Doente
1. Identificação do doente	1. Identificação do doente
2. Motivos principais da apresentação do caso clínico	2. Motivos da consulta que originou a apresentação, incluindo a experiência de doença do doente: sintomas, sentimentos, medos, pensamentos, expectativas e eventuais efeitos na funcionalidade do doente e suas consequências.
3. Doença actual	
4. Antecedentes Pessoais	3. Caracterização do doente e do contexto em que surge a doença: Doença: Doença actual, antecedentes pessoais, revisão de sistemas, exame físico, exames complementares, etc. Indivíduo: Perfil psicológico do doente, fase individual do ciclo de vida, linha de vida, escala de Holmes e Rahe, etc. Contexto: História familiar, genograma, círculo de Thrower, fase do ciclo de vida da família, contexto social (classe socio-profissional, recursos, ecomapa), etc.
5. Antecedentes Familiares	
6. Revisão de sistemas	
7. Exame físico	
8. Diagnóstico diferencial	4. Relação Médico-Doente Definição do problema; transferência/contratransferência, negociação, definição de papéis – resposta às expectativas do doente e negociação sobre os objectivos a atingir para este encontro.
9. Exames complementares	
10. Avaliação global – diagnóstico final	5. Lista de problemas (Bio-psico-social)
11. Plano terapêutico	6. Avaliação global Avaliação diagnóstica global, tendo em conta a experiência pessoal da doença e os dados do conhecimento médico que documentem a situação (epidemiologia clínica, patofisiologia, antropologia e sociologia médicas, relatos de outros casos, etc.).
	7. Plano (terapêutico, diagnóstico, educacional, etc.).

e também no final do segundo ano de estágio, sendo considerados para o efeito uma videogravação e um caso clínico à escolha do interno e que serão classificados utilizando os instrumentos atrás apresentados.

A avaliação do **processo** poderá ser feita pelo interno e pelo orientador através do preenchimento de questionários de opinião, semelhantes aos propostos por Elisa Cunha, no seu trabalho «Portfólio de inci-

dentos críticos: os relatos de consulta como instrumentos de aprendizagem»²⁷.

Agradecimentos

Não poderia terminar este texto sem publicamente agradecer a todos aqueles que tornaram possível a elaboração do presente trabalho, nomeadamente aos responsáveis pelo ex-Instituto de Clínica Geral da Zona Sul por, entre outras iniciati-

vas, terem possibilitado a realização dos Cursos de Optimização das Práticas Formativas, permitindo também, desse modo, melhorar as qualificações do corpo de formadores de Medicina Geral e Familiar.

Também à Dr^a Isabel Santos quero agradecer a sua colaboração na revisão e adaptação do texto inicial ao formato pretendido para esta publicação.

Referências Bibliográficas

1. Neighbour R. *The inner apprentice*. Lancaster: MTP Press; 1994.
2. Bass MJ, McWhinney IR, Stewart M, Grindrod A. Changing face of family practice. *Can Fam Phys* 1998; 44:2143-9.
3. Kraus AS, Lilienfeld AM. Some epidemiologic aspects of high mortality rate in the young widowed group. *J Chron Dis* 1959; 10: 207.
4. Berkman LF, Breslow L. *Health and ways of living: The Alameda County Study*. New York: Oxford University Press; 1983.
5. Engel CL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psych* 1980; 137: 535.
6. McWhinney IR. *Manual de Medicina Familiar*. Lisboa: Inforsalus; 1994.
7. Royal College of General Practitioners. *O Clínico Geral do Futuro – Aprendizagem e Ensino*. Porto; Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto; 1990.
8. Cegala DG, Lenzmeier BS. Physician communication skills training: a review of the theoretical backgrounds, objectives and skills. *Med Educ* 2002 ; 36: 1004-16.
9. Balint M. *O médico, o seu doente e a doença*. Lisboa: Climepsi Editores; 1998.
10. Katon W, Ries RK, Kleinman A. The prevalence of somatization in primary care. *Compr Psychiatr* 1984; 25: 208-15.
11. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221-6.
12. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine. Transforming the clinical method*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.
13. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine – a professional evolution. *JAMA* 1996; 275: 152-6.
14. Toop L. Patient-centered primary care. *BMJ* 1998; 316:1882-3.
15. Larsen JH, Risor O, Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Fam Pract* 1997; 14: 295-301.
16. Lang F, Floyd MR, Beine KL. Clues to patients' explanations and concerns about their illness. *Arch Fam Med* 2000; 9: 222-7.
17. Haidet P, Paterniti DA. "Building" a history rather than "taking" one: a perspective on information sharing during the medical interview. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1134-40.
18. Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, Fox L, Adler AJ, Weston WW, Smith RC, Stewart M. "Tell me about yourself": The patient-centered interview. *Ann Intern Med* 2001; 134: 1079-85.
19. Laidlaw TS, Kaufman DM, Macleod H, Sargeant J, Langille DB. Patients' satisfaction with their family physicians' communication skills: a Nova Scotia survey. *Acad Med* 2001; 76 (10 Suppl): S77-9.
20. Henbest RJ, Fehrsen SG. Patient-centredness: Is it applicable outside the West? Its measurement and outcomes. *Fam Pract* 1992; 9: 311-7.
21. Lang F, Floyd MR, Berne KLB, Buck P. Sequenced questioning to elicit the patients perspective of illness: effects on information disclosure, patient satisfaction and time expenditure. *Fam Med* 2002; 34: 325-33.
22. Martin D, Regehr G, Hodges B, McNaughton N. Using videotaped benchmarks to improve the self-assessment ability of family practice residents. *Acad Med* 1998; 73: 1201-6.
23. Smith RC, Lyles JS, Mettler J, Stoffelmayr BE, Van Egeren LF, Marshall AA et al. The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomized, controlled study. *Ann Intern Med* 1998; 128: 118-26.
24. Carvalho F, Andrade I, Santos I, Jordão J, Santos S, Ventura T. *Ficha de avaliação da consulta. Dossier do Orientador*. Lisboa: CICCZS; 1998.
25. Fehrsen GS, Henbest RJ. In search of excellence. Expanding the patient-centred clinical method: a three-stage assessment. *Fam Pract* 1993; 10: 49-54.
26. Freeman TR. The patient-centred case presentation. *Fam Pract*. 1994; 11: 164-170.
27. Cunha E. *Portfolio de incidentes críticos: os relatos de consulta como instrumentos de aprendizagem*. *Rev Port Clin Geral* 2003;19:300-3.