

DIMAS TADEU COVAS

A COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE



*Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto - USP*

Capítulo 1

COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E ANAMNESE

DIMAS TADEU COVAS

AYRTON CUSTÓDIO MOREIRA

1. Introdução

A consulta médica é a principal atividade profissional do médico, independente da sua especialidade. Um médico clínico realizará, durante sua vida profissional de 30 a 40 anos, cerca de 100.000 a 150.000 consultas médicas. É na consulta médica que o médico se relaciona com o paciente. Na qualidade da consulta médica repousa todo o sucesso do diagnóstico, do tratamento e do prestígio profissional do médico. A consulta médica pode ser dividida em três partes, a **anamnese** ou **entrevista médica**, o **exame físico** e a **conclusão** ou **fechamento da consulta**, que corresponde ao diálogo final com o paciente sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico. Neste capítulo trataremos principalmente da anamnese.



“Tuas forças naturais, as que estão dentro de ti, serão as que curarão tuas doenças.”

Hipócrates

460 - 370 AC

A natureza da Consulta Médica



Jan Steen - A Visita Médica - 1662

A CONSULTA MÉDICA

- ❖ *O conceito de medicina e o entendimento do que é a doença influenciam a forma de conduzir a consulta médica.*
- ❖ *O modelo preponderante de atenção médica no momento é o chamado modelo biomédico. Neste modelo o foco da atenção médica é a doença e o diagnóstico.*
- ❖ *No modelo de atenção médica centrada no paciente o foco é a pessoa doente e leva em consideração os aspectos biológicos, psíquicos e sociais.*

A prática médica, a partir da consolidação da chamada medicina científica, passou a valorizar os aspectos biológicos como os mais importantes na determinação do estado de saúde dos indivíduos. Esta tendência se acentuou com os avanços observados nas chamadas ciências básicas, anatomia, fisiologia, microscopia, cirurgia, genética, biologia celular e molecular e farmacologia, que ocorreram de forma revolucionária nos séculos XIX e XX. Esta associação da medicina com a ciência foi definitivamente incorporada ao ensino da profissão médica a partir do relatório Flexner de 1910. O médico moderno, cientificamente instruído, passou a intervir ativamente no curso das moléstias, promovendo a prevenção, o tratamento e a erradicação da doença. Neste processo, o objetivo da medicina modificou-se, e o foco no atendimento dos pacientes passou a ser majoritariamente biomédico. As doenças passaram ao primeiro plano e os doentes para um plano secundário. Esta modificação de foco, introduzida com a medicina científica, produziu profundas modificações na formação do médico, que passou a ser fundamentalmente “diagnosticador e tratador de doenças” e não mais “curador dos doentes”.

Mais recentemente, muitos médicos e pesquisadores têm proposto que a medicina deva recuperar o sentido holístico que ela teve um dia. Isto seria possível pela superação do modelo biomédico, em favor de um modelo mais abrangente, que levaria em consideração os aspectos biológicos, mas também enfatizaria os aspectos psicológicos e sociais que constituem parte integrante da individualidade do ser humano. Neste novo modelo de medicina, o paciente é central e o foco do médico seria cuidar da saúde do indivíduo no sentido mais amplo e não apenas tratar de uma doença específica. Para fazer valer esta nova orientação, muitas escolas médicas ao redor do mundo reformaram completamente a sua forma de ensino. Algumas aboliram a divisão artificial e reducionista entre cursos básicos e cursos clínicos ou aplicados, e integraram os dois aspectos na atenção integral ao paciente desde o primeiro ano do curso. Outras reforçaram sobremaneira o ensino da semiologia médica, incorporando modernas técnicas de comunicação, para preparar o médico para se comunicar de forma efetiva com o paciente, e melhorar sua capacidade de entender e ser entendido.

Este capítulo foi escrito no espírito da retomada do significado mais amplo da medicina e o seu enfoque é biopsicossocial. O objetivo é colocar o paciente no centro da assistência médica.

Definições de Doença, Enfermidade, Tratamento e Cura



Frans van Mieris - A Consulta Médica - 1657

DOENÇA, ENFERMIDADE, TRATAMENTO E CURA

- ❖ *Doença é uma alteração biológica que determina o aparecimento de sinais e sintomas. A doença não existe por si; existe apenas no contexto do indivíduo.*
- ❖ *Enfermidade é mais ampla que a doença. Refere-se ao sentimento de descontinuidade, de mal-estar que o indivíduo apresenta e que o leva a procurar o médico.*
- ❖ *O médico trata doenças, mas deveria procurar também curar a enfermidade do paciente.*

Os termos doença, enfermidade, moléstia e afecção, embora tenham origem etimológica distinta, são usados, na literatura médica brasileira, como sinônimos. Na literatura inglesa, entretanto, existe uma distinção.

O termo **doença** (disease) é usado para definir uma anormalidade do corpo, um processo patológico definido que determina o aparecimento de sinais e sintomas. A doença pode ser descoberta por meio do exame direto e pelo uso de procedimentos diagnósticos complementares.

A palavra **enfermidade** (illness), por outro lado, se aplica à experiência de descontinuidade no bem-estar do indivíduo e no desempenho de papéis esperados. A enfermidade envolve aspectos subjetivos: a pessoa sente que não está bem, identifica-se como doente, comporta-se de forma diferente do habitual e procura atenção médica para aliviar o seu desconforto.

Neste contexto, a doença tem sido o foco no modelo biomédico de atenção médica enquanto que a enfermidade, como manifestação integral dos aspectos biológicos, psicológicos

e sociais, é o foco no modelo biopsicossocial. Esta distinção, ainda não consolidada no Brasil, permite separar algumas condições, como, por exemplo, o indivíduo que tem uma doença, mas não se encontra enfermo, ou seja, não apresenta nenhuma disfunção ou sintoma. Exemplo desta situação seria a paciente que tem câncer de mama ainda não diagnosticado. Na condição contrária, o indivíduo tem uma enfermidade, mas não uma doença como, por exemplo, na hipocondria. Na maioria das vezes, os indivíduos que procuram o médico possuem as duas condições: estão enfermos, possuem uma doença e esperam que sejam curados de ambas.

Outra distinção conceitual importante para a prática clínica deve ser feita entre **tratar** e **curar**. O tratamento, que é o ato ou efeito de tratar, significa o modo de cuidar ou paliar e compreende o conjunto de meios empregados para favorecer a cura. Os médicos tratam as doenças com medicamentos, cirurgias e outros meios biotecnológicos.

Curar, por sua vez, pode ser definido como o processo de recuperação e retorno à integralidade do indivíduo. A cura é o objetivo da medicina humanista e holista que procura aliviar o sofrimento, promover o bem estar e combater os efeitos das doenças crônicas. O conceito de cura perpassa diversas formas ou filosofias médicas (alopatia, homeopatia, medicina oriental, etc.) e coloca o homem com a sua complexidade biopsicossocial no centro da atenção médica. A cura envolve aspectos externos ao indivíduo como o social e o ambiental. A função do médico, neste contexto, é

promover as medidas que determinam a cura, otimizando os aspectos individuais, sociais e ambientais envolvidos.

Atenção Médica Centrada no Paciente

Vários estudos têm demonstrado que a qualidade do relacionamento médico-paciente é a variável mais importante na determinação do resultado final favorável da atenção médica, tanto para o paciente como para o médico. Assim, a atenção médica centrada no paciente, ou centrada no relacionamento médico-paciente, tem ganhado ênfase à medida que promove uma colaboração, verdadeira parceria, entre o médico e o paciente. Este modelo de atenção médica representa uma mudança significativa em relação ao modelo em que o médico detém o poder e assume um papel paternalista na chamada atenção médica centrada no médico. A atenção médica centrada no paciente estimula o paciente a desempenhar um papel mais ativo no curso da consulta, compartilhando com o médico as responsabilidades envolvidas neste processo.



Giovanni Crespi - São Francisco e o Leproso - 1630

HABILIDADES FUNDAMENTAIS PARA A CONSULTA MÉDICA

A consulta médica eficiente envolve três habilidades básicas

- ❖ *Habilidade de Comunicar o Conteúdo da Consulta aos Pacientes*
- ❖ *Habilidade de Desempenhar as Tarefas da Consulta*
- ❖ *Habilidade de Perceber os Pensamentos e Sentimentos Envolvidos na Consulta*

Habilidades necessárias para a promoção da boa assistência médica

A consulta médica é um processo complexo que exige que o médico possua habilidades específicas para torná-la eficiente instrumento da atenção médica. Três habilidades básicas podem ser facilmente identificadas neste contexto: (i) a habilidade de comunicar de forma apropriada o conteúdo da consulta para o paciente; (ii) a habilidade de desempenhar adequadamente as tarefas que compõem o processo da consulta médica e (iii) a habilidade de perceber os processos mentais, pensamentos e sentimentos envolvidos na consulta.

4.1 Habilidade de comunicar o conteúdo da consulta

Esta habilidade diz respeito à capacidade do médico em fazer o paciente entender o conteúdo da consulta médica. Refere-se, sobretudo, ao conteúdo das questões que são formuladas, das informações que são fornecidas e coletadas e das orientações e tratamentos que são dispensados aos pacientes. O médico deve entender claramente as dificuldades de entendimento do paciente e trabalhar para que estas dificuldades sejam superadas.

4.2 Habilidade de desempenhar as tarefas da consulta

Compreende a forma como o médico conduz a consulta, como ele se comunica com o paciente, as técnicas que ele usa para obter a história e providenciar informações; o uso de facilitadores verbais e não verbais da comunicação eficiente, a forma como o relacionamento médico-paciente é desenvolvido, a forma como o processo de comunicação é organizado e estruturado.

4.3 Habilidade de perceber os pensamentos e sentimentos envolvidos

Esta habilidade abarca a capacidade do médico de perceber seus próprios sentimentos e pensamentos no curso da consulta médica. Compreende o raciocínio clínico, a capacidade de perceber os sentimentos e a situação social do paciente, e estimular que este revele seus pensamentos em relação à doença.

Estas três habilidades são exercidas em conjunto e não podem ser separadas no curso da consulta, sob pena de produzir ineficiência e desentendimentos com o paciente. Entretanto, frequentemente estas habilidades são separadas e ensinadas isoladamente durante o curso médico.

Uma confusão muito comum, e também muito deletéria na formação do médico, é aquela entre conteúdo e processo. Normalmente, os estudantes de medicina são ensinados que a história clínica deve conter os elementos do roteiro da anamnese. O que não é ensinado muitas vezes, no entanto, é

que o processo de obtenção deste conteúdo obedece uma ordem própria, e não necessariamente coincidente com a ordem em que a história clínica é geralmente relatada. Fruto desta situação é a confusão entre conteúdo e processo: o conteúdo é tomado pelo próprio processo e roteiro. Neste sentido não é incomum observarmos alunos munidos de roteiros que especificam o conteúdo da história, a realizarem a consulta médica de forma quase literal, seguindo os passos descritos. Os resultados imediatos desta postura são os questionamentos fechados, quase inquisitoriais, com foco exclusivo no médico e nas doenças, ficando o paciente em plano secundário.

A maior crítica que se pode fazer a este tipo de confusão, muitas vezes consolidada por décadas de prática, é que a maioria dos aspectos fundamentais para a consolidação de uma boa relação médico-paciente não é contemplada: ideias, preocupações, expectativas e outros componentes psicológicos e sociais relativos ao paciente. Este último aspecto levou vários autores e escolas médicas a proporem guias ou roteiros detalhados para a realização integral da consulta médica, onde o conteúdo foi unido ao processo. Exemplo deste tipo de roteiro é o chamado guia Calgary-Cambridge (Quadro 1.1). Neste panorama, a consulta médica é realizada de acordo com o esquema mostrado na Figura 1.1.

Quadro 1.1 Guia Calgary-Cambridge para o processo de comunicação entrevista médica (modificado)

INICIANDO A SESSÃO

Estabelecendo o contato inicial

1. *Cumprimente o paciente e pergunte o seu nome.*
2. *Apresente-se e anuncie o objetivo e a natureza da consulta; obtenha consentimento, caso necessário.*
3. *Demonstre respeito e interesse; deixe o paciente confortável.*

Identificando as razões para a consulta

4. *Identifique os problemas, os motivos ou questões que o paciente apresenta. Use questões abertas (“Qual o problema que o traz à consulta?” ou “Quais os motivos que o trazem à consulta médica?” ou “O que está acontecendo com o senhor?”).*
5. *Ouçã atentamente a declaração inicial do paciente, sem interrompê-lo ou dirigi-lo.*
6. *Confirme os problemas principais e estimule a revelação de outros problemas (“Então o senhor está sentindo dor de cabeça e cansaço. Sente mais algum incômodo?”).*
7. *Negocie a agenda levando em conta as necessidades do paciente e as suas necessidades.*

REUNINDO AS INFORMAÇÕES

Explorando os problemas do paciente

8. *Encoraje o paciente a contar o(s) problema(s), nas suas próprias palavras, desde o início até o presente.*
9. *Use questões iniciais abertas e posteriormente mude para um questionamento com questões mais fechadas, sem dirigir as respostas do paciente.*

10. *Ouçá atentiosamente, permitindo que o paciente complete suas declarações sem interrupção. Deixe tempo para que o paciente reflita sobre suas perguntas antes de responder e possa prosseguir após breve pausa.*
11. *Use facilitadores verbais e não verbais (encorajamento, silêncio atento, repetição, parafraseando, interpretando).*
12. *Preste atenção na comunicação verbal e não verbal (linguagem corporal, fala, expressão facial), nas escapatórias e nas concordâncias.*
13. *Esclareça as declarações do paciente que não estejam claras ou necessitam de detalhamento.*
14. *Periodicamente, resuma para verificar o seu entendimento sobre o que foi dito; peça ao paciente que corrija a sua interpretação dos fatos e corrija se necessário.*
15. *Use linguagem clara, concisa, facilmente inteligível para formular as questões e os comentários; evite ou explique de forma adequada qualquer jargão.*
16. *Estabeleça datas e a sequência de eventos.*

Habilidades adicionais para o entendimento do ponto de vista do paciente

17. *Explore apropriadamente e determine ativamente:*
 - *Ideias do paciente (crenças, causas).*
 - *Preocupações relacionadas aos problemas identificados.*
 - *Expectativas (objetivos; quais ajudas o paciente espera para cada um dos problemas).*
 - *Efeitos: como cada problema afetou a vida do paciente.*
18. *Encoraje o paciente a expressar seus sentimentos.*

PROVIDENCIANDO ESTRUTURA PARA A CONSULTA

Organize de forma clara

19. *Resuma, ao final de cada linha de questionamento, para confirmar o entendimento antes de passar para a próxima seção.*
20. *Passe de uma seção para outra avisando e explicando o objetivo ao paciente.*

Preste atenção ao fluxo

21. *Estruture a entrevista na sequência lógica.*
22. *Preste atenção no tempo e mantenha a consulta no foco.*

CONSTRUINDO O RELACIONAMENTO

Usando comportamentos não verbais apropriados

23. *Demonstre atitudes não verbais apropriadas:*
 - *Contato visual, expressão facial.*
 - *Postura, movimentos, posição.*
 - *Elementos vocais, tais como volume, entonação, velocidade.*
24. *Caso seja necessário tomar notas escritas, faça de maneira a não interferir com o diálogo, com o fluxo de informações ou com a relação. Posteriormente, transcreva a observação na folha do prontuário ou no computador.*
25. *Demonstre sinceridade apropriada.*

Desenvolvendo a relação

26. *Aceite a legitimidade da visão e dos sentimentos do paciente; não julgue.*
27. *Use empatia para comunicar entendimento e reconhecimento dos sentimentos e dificuldades do paciente; reconheça abertamente as visões e sentimentos do paciente.*
28. *Propicie suporte: expresse preocupação, entendimento, disposição para ajudar; reconheça e apoie os esforços para o autocuidado; ofereça parceria.*
29. *Use sensibilidade para tratar de assuntos delicados e perturbadores; seja sensível à dor do paciente principalmente quando da realização do exame físico.*

Envolvendo o paciente

30. *Compartilhe pensamentos com o paciente para encorajar o envolvimento mútuo.*
31. *Explique a razão para determinadas questões ou partes do exame físico que não estão diretamente relacionadas com as queixas.*
32. *Durante o exame físico, explique o processo e peça permissão.*

EXPLICAÇÕES E PLANEJAMENTO

Providenciando a quantidade e o tipo corretos de informação

Objetivos: oferecer informações compreensíveis e apropriadas

Avaliar as necessidades individuais de informação do paciente

Não restringir e não sobrecarregar

33. *Carga e conferência: forneça informações em quantidades assimiláveis; confira o entendimento; use as respostas do paciente como guia para o seu procedimento*

34. *Avalie o ponto de partida do paciente: pergunte sobre o conhecimento prévio do paciente antes de fornecer a informação; avalie a extensão do desejo do paciente pelas informações.*

35. *Pergunte ao paciente quais outras informações seriam úteis (etiologia, prognóstico).*

36. *Forneça explicações nos tempos apropriados: evite fornecer conselhos, informações e confirmações prematuramente.*

Ajudando a lembrança acurada e o entendimento

Objetivo: facilitar o entendimento e a lembrança da informação pelo paciente

37. *Organize as explicações: divida-as em porções definidas; desenvolva uma sequência lógica.*

38. *Empregue uma categorização ou sinalização explícita (“Temos três pontos que gostaria de discutir. Primeiro...”; “Agora, vamos falar sobre...”).*

39. *Use repetição e resumos para reforçar a informação.*

40. *Empregue linguagem simples, clara e de fácil entendimento: evite jargão.*

41. *Use métodos visuais para apresentar as informações: diagramas, modelos, panfletos.*

42. *Verifique se o paciente entendeu a informação fornecida. Peça a ele que repita nas palavras dele.*

Atingindo um entendimento compartilhado

Objetivos: providenciar explicações e planos relacionados com a perspectiva do paciente

Conhecer os sentimentos e pensamentos do paciente a respeito das informações fornecidas

Favorecer a interação no lugar da transmissão de mão-única

43. *Relacione as explicações com a perspectiva do paciente: em relação às ideias, preocupações e expectativas prévias.*

44. *Providencie oportunidade e encoraje o paciente a contribuir: faça perguntas, procure esclarecimentos e expresse dúvidas; responda apropriadamente.*

45. *Identifique e responda adequadamente aos sinais verbais e não verbais.*

46. *Estimule o paciente a expressar suas crenças, sentimentos e reações às informações fornecidas, termos usados e pontos discutidos.*

Planejamento: tomada de decisão compartilhada

Objetivos: permitir que o paciente entenda o processo de tomada de decisão

Envolver o paciente na tomada de decisão até o nível em que ele desejar

Aumentar o comprometimento do paciente com os planos feitos

47. *Compartilhar as próprias idéias quando apropriadas: ideias, pensamentos e dilemas.*

48. *Envolver o paciente:*

- *Oferecer sugestões e escolhas no lugar de diretivas*
- *Encorajar o paciente a contribuir com suas ideias e sugestões*

49. *Explorar as opções de gerenciamento.*

50. *Identificar o nível de envolvimento que o paciente deseja no processo de decisão.*

51. *Negociar um plano mutuamente aceitável:*

- *Sinalizar a sua própria posição ou preferência em relação às decisões disponíveis*

52. *Conferir com o paciente:*

- *Se os planos são aceitáveis*
- *Se as preocupações foram abordadas*

CONCLUINDO A SESSÃO

Planejamento futuro

53. Combine com o paciente os próximos passos.

54. Medidas de segurança: explique ao paciente possíveis resultados inesperados, o que fazer se os planos não funcionarem, quando e onde procurar ajuda.

Reforçando os pontos necessários para o fechamento

55. Resumindo rapidamente a sessão e esclarecendo o plano de cuidados.

56. Conferência final de que o paciente está de acordo e confortável com o plano. Perguntar se existe alguma correção, questão ou outro ponto que precise ser abordado.

OPÇÕES DE EXPLICAÇÃO E PLANEJAMENTO

Discutindo as investigações e os procedimentos

57. Providencie informações claras a respeito dos procedimentos, i.e, o que o paciente pode sentir, como ele será informado dos resultados.

58. Relacione os procedimentos ao plano de tratamento: objetivos, valores.

59. Encoraje questões e discussões a respeito de resultados negativos e ansiedades.

Discutindo opiniões e o significado de problemas

60. *Ofereça opinião sobre o que está acontecendo e nomeie se possível.*
61. *Revele o racional da opinião.*
62. *Explique as causas, os resultados esperados e as consequências de curto e longo prazo.*
63. *Estimule o paciente a revelar suas crenças, reações, preocupações e opiniões.*

Negociando planos de ação

64. *Discuta as opções (ações, investigação, medicação ou cirurgia, tratamentos alternativos – fisioterapia, próteses, aconselhamento – medidas preventivas).*
65. *Providencie informações a respeito das ações ou tratamentos oferecidos: nomeie as etapas, descreva o funcionamento, os benefícios, as vantagens, os efeitos colaterais.*
66. *Obtenha a opinião do paciente a respeito das ações, dos benefícios percebidos, das barreiras e da motivação.*
67. *Aceite a opinião do paciente; defenda opinião alternativa se necessário.*
68. *Estimule o paciente a externar suas preocupações e reações a respeito do planejamento e do tratamento, incluindo a aceitação.*
69. *Considere o estilo de vida do paciente, suas crenças, sua cultura e suas habilidades.*
70. *Encoraje o paciente a se envolver na implementação dos planos, a assumir responsabilidades e ser autoconfiante.*
71. *Questione sobre o sistema de suporte ao paciente; discuta outras alternativas de suporte.*

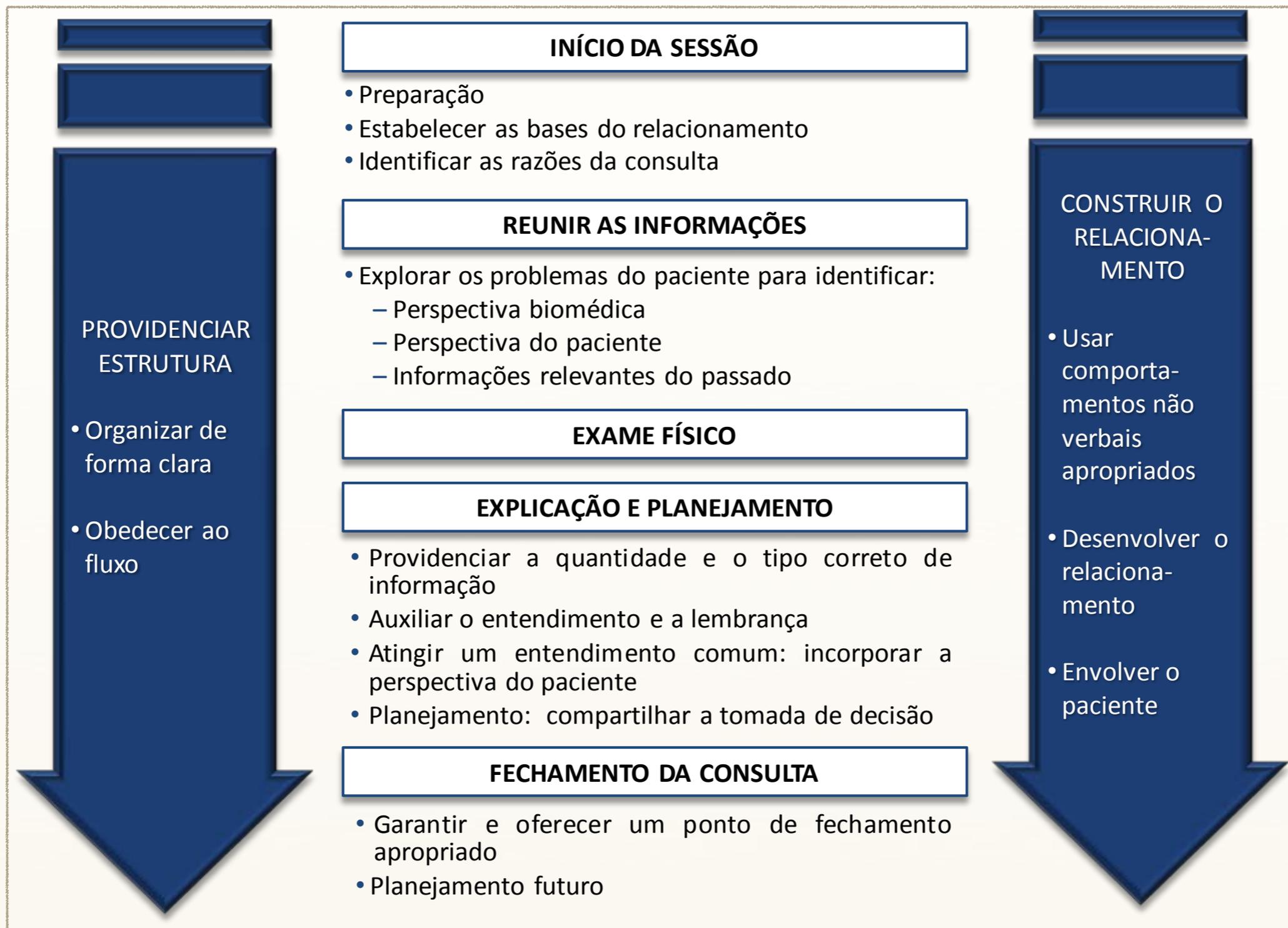


Figura 1.1 - As etapas da consulta médica e seus objetivos (Adaptado de Silverman et al., 2005.)



Norman Rockwell - O Médico e a Boneca - 1929

ANAMNESE

A anamnese ou entrevista médica é parte fundamental da consulta médica. Dela depende o sucesso ou insucesso da atenção médica. A boa anamnese somente será conseguida se o médico empregar suas habilidades de comunicação. Essas últimas, por sua vez, precisam ser treinadas continuamente durante todo o curso médico e após.

A importância da anamnese e das habilidades de comunicação

No plano profissional, a anamnese ou entrevista médica representa a parte mais importante de atenção médica. Nela reside o núcleo da relação médico-paciente, que é fundamental para a satisfação tanto do médico quanto do paciente. É na anamnese que se descortinam os aspectos da vida do paciente relacionados às doenças e que guardam os segredos das suas causas e das curas.

Além de serem fundamentais para a obtenção da anamnese, as habilidades de comunicação são também essenciais para a educação efetiva dos pacientes, no tocante a natureza da sua doença, dos procedimentos diagnósticos e tratamentos.

No passado, a anamnese era relegada ao plano da chamada arte médica. Os médicos carismáticos eram considerados os padrões pelos quais os demais médicos deveriam se guiar na prática. Os alunos deveriam observar seus melhores professores nessa arte e imitá-los. Estes conceitos mudaram radicalmente na última década, em função de observações sistemáticas feitas durante a realização de

anamneses. Uma das mais importantes conclusões destes estudos é que, durante a anamnese tradicional, médicos e pacientes falavam linguagens diferentes e dificilmente se entendiam completamente, o que produzia descontentamentos e ineficiência na atenção médica. Esta situação, atualmente, é muito diferente e a anamnese, de forma geral, tem sido campo de estudo profícuo sobre o qual existe grande quantidade de manuscritos e livros publicados. A anamnese moderna é um procedimento médico baseado em evidências experimentais. A anamnese pode ser ensinada e deve ser aprendida de forma eficiente. Um médico que apresente apenas 10% de ineficiência na realização da anamnese, ao final da sua vida profissional terá perdido mais de dois anos de atividade profissional produtiva.

As partes e funções da anamnese



Pablo Picasso - Ciência e Caridade - 1897

ANAMNESE

A anamnese possui três partes bem definidas: início, meio e fim. Cada uma dessas partes possui uma função específica.

Início - Construir o relacionamento com o paciente

Meio - Entender o problema do paciente

Fim - Manejar o problema de forma adequada

A anamnese possui estrutura e funções definidas. A estrutura pode ser resumida em três partes bem determinadas que também possuem funções diferentes: início ou introdução, meio ou desenvolvimento e fim ou fechamento. Na parte inicial a função primordial é construir as bases do relacionamento médico-paciente, que é essencial para o sucesso da consulta médica. No desenvolvimento o objetivo é entender o problema do paciente e reunir informações relevantes a respeito da cronologia e características dos sintomas apresentados, de forma a permitir a construção de um raciocínio diagnóstico. Na parte final, o objetivo é criar as condições para que os problemas do paciente sejam manejados de forma adequada, por meio do esclarecimento médico a respeito dos sintomas e dos possíveis diagnósticos, além de explicar e solicitar permissão para a realização do exame físico (Tabela 1.1)

A execução bem-sucedida de todas estas partes e funções da anamnese pressupõe o domínio de habilidades básicas e outras complexas que podem e devem ser aprendidas, treinadas e aperfeiçoadas pela prática criticamente orientada. Recentemente, um grupo de 21 especialistas em educação

médica dos EUA e Reino Unido, propuseram uma lista de sete habilidades básicas na comunicação médico-paciente que são fundamentais para a execução bem-sucedida da consulta médica: (i) a capacidade de construir o relacionamento médico-paciente; (ii) a habilidade de promover uma abertura adequada para a anamnese; (iii) a habilidade de reunir informações relevantes sobre o paciente e sua doença; (iv) a habilidade de entender corretamente o paciente e sua perspectiva; (v) a capacidade de partilhar informações com o paciente; (vi) a habilidade de promover um acordo com o paciente a respeito dos problemas de saúde e do seu manuseio e (vii) a habilidade de promover um encerramento adequado para a consulta médica. Na Tabela 1.2 apresentamos estas habilidades de forma resumida.

Tabela 1.1 - As três funções da entrevista médica.

<p>1. Construir o relacionamento com o paciente</p>	<p>A comunicação médico-paciente eficiente depende do estabelecimento de um relacionamento forte, terapêutico e efetivo. Um relacionamento eficiente é o fundamento para o restante da anamnese bem como para todo o processo de atenção médica. O relacionamento é construído de forma efetiva prestando-se atenção aos aspectos emocionais envolvidos no problema de saúde do paciente. As doenças se acompanham de intensas manifestações emocionais tanto dos pacientes como de suas famílias. A forma como o médico responde a estes aspectos emocionais determina não somente a qualidade do relacionamento médico-paciente, como também a aderência ao tratamento, a adaptação à nova situação vivenciada, e o próprio curso e desfecho da doença.</p>
<p>2. Entender o problema do paciente</p>	<p>Uma vez construído o relacionamento médico-paciente, o segundo objetivo é ouvir o paciente atentamente e obter informações que são relevantes para o entendimento da doença do paciente. Existe um consenso de que a história clínica isoladamente contribui com 60 a 80% do diagnóstico.</p>
<p>3. Manejar adequadamente o problema do paciente</p>	<p>A terceira função compreende o fluxo de informações do médico para o paciente no sentido de educar o paciente a respeito da sua doença, negociar e motivar o paciente para aderir e manter um plano de ação diagnóstico e terapêutico acordado em comum.</p>

Tabela 1.2 - Elementos essenciais para o sucesso da consulta médica.

<p>Construção do relacionamento médico-paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Objetivo fundamental da comunicação efetiva com o paciente ◆ Foco no paciente, nos seus sintomas e na experiência que o paciente experimenta em função da doença. Importância dos aspectos emocionais
<p>Realização adequada da abertura da anamnese</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Permita que o paciente complete a sua declaração inicial ◆ Estimule o paciente a revelar a sua lista completa de queixas ◆ Estabeleça e mantenha a conexão pessoal
<p>Reunir informações relevantes sobre o paciente e sua doença</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Use questões abertas e questões fechadas ou dirigidas de forma apropriada ◆ Estructure, esclareça e resuma as informações ◆ Ouça atentamente empregando estímulos não verbais (contato visual) e verbais (palavras de encorajamento)
<p>Entender corretamente o paciente e sua perspectiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Explore o contexto do paciente (familiar, cultural, de gênero, idade, socioeconômico, espiritual, religioso) ◆ Explore as crenças, preocupações e expectativas relativas a saúde e doença ◆ Reconheça e responda às idéias, sentimentos e valores do paciente
<p>Compartilhar informações com o paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Use a linguagem que o paciente possa entender. Verifique se você está sendo entendido. ◆ Encoraje o questionamento por parte do paciente
<p>Promover um acordo com o paciente a respeito dos problemas de saúde e do seu manuseio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Encoraje o paciente a participar nas decisões na medida do seu interesse ◆ Verifique a capacidade do paciente em seguir os planos ◆ Identifique e liste os recursos e apoio disponíveis
<p>Promover um fechamento adequado para a entrevista médica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pergunte se o paciente possui outros problemas ou preocupações ◆ Faça um resumo e reforce o acordo sobre plano de ação ◆ Discuta como será feito o seguimento (próxima visita, forma de ação em caso de urgência ou de resultado inesperado)

Estilos distintos de anamnese: foco do médico e foco do paciente

No modelo biomédico de atenção médica, a anamnese é realizada com o **foco** colocado basicamente no **médico**, que domina a entrevista desde o início, com o objetivo de obter os detalhes específicos da história do paciente que permitem o diagnóstico de uma doença. Neste estilo de entrevista a maioria das questões é determinada pelo médico para atender a necessidade de escolher entre as diversas hipóteses diagnósticas cabíveis. Entretanto, este estilo determina desatenção com inúmeros aspectos pessoais e emocionais dos pacientes, que são importantes para o entendimento da sua enfermidade. Este estilo, geralmente, não permite o estabelecimento de uma relação médico-paciente efetiva e terapêutica e, muitas vezes, não propicia satisfação ao paciente e ao próprio médico.

O estilo de anamnese **centrada no paciente**, ao contrário, coloca o foco no paciente e na história que ele conta. O objetivo primário é entender a história do paciente e esta história é que deve guiar o médico. Na prática, a boa anamnese se inicia com o foco no paciente, que deve ter tempo suficiente e estímulo do médico para contar toda a sua história sem interrupção. Na sequência, após certificar-se que entendeu o



Gabriel Metsu - A Criança Doente - 1660

ESTILO DE ANAMNESE

- ❖ *Foco médico*
- ❖ *Foco no paciente*
- ❖ *Objetivos da anamnese*
 - ❖ *Estabelecer o clima da entrevista*
 - ❖ *Obter a queixa principal*
 - ❖ *Obter a História da Moléstia Atual (HMA)*
 - ❖ *Caracterizar sinais e sintomas*
 - ❖ *Obter a História Médica Progressiva, a História Familiar, a História Ambiental e Social e o IDA.*

problema do paciente, o médico faz a transição para o estilo de anamnese focado nas questões de relevância médica.

7.1 A primeira parte da anamnese: foco no paciente

A parte inicial da anamnese, que deve ter foco no paciente, tem quatro objetivos: (i) estabelecer o clima da entrevista; (ii) obter a queixa principal e a agenda do paciente para a consulta; (iii) obter a história da moléstia atual e sua evolução cronológica e (iv) realizar a transição para o foco médico da anamnese.

7.1.1 Estabelecer o clima da entrevista: esta parte inicial é a mais importante de toda a consulta médica porque determina o caminho. Ela envolve os seguintes aspectos:

- ◆ Cumprimento ao paciente: faça uma declaração curta, “Bom dia! Boa tarde!”, seguida de aperto da mão do paciente.
- ◆ Trate o paciente pelo nome ou sobrenome, a menos que ele solicite tratamento diferente. Não use denominações gerais que, na maioria das vezes, denotam falta de atenção com o paciente como, por exemplo, “tio, mãe, vô”, etc.
- ◆ Identifique-se claramente e deixe claro o seu papel. “Eu sou o Dr. João da Silva e sou clínico geral.” Se você for estudante, deixe isto claro, e mostre que faz parte da equipe que está assistindo ao doente: “Bom dia Sr. Manuel. Meu nome é Ricardo. Eu sou estudante de

medicina do terceiro ano, aluno do professor Pereira. Estou aqui para conversar com o senhor a respeito da sua doença”. Se for o caso peça permissão: “O senhor está de acordo?”

- ◆ Certifique-se que o paciente esteja confortável e pronto para iniciar a entrevista. O ambiente no qual a entrevista será conduzida (consultório, ambulatório, enfermaria, etc.) deve permitir a privacidade da consulta. Na enfermaria onde outros pacientes estão internados, as opções são levar o paciente para um local mais reservado ou isolar o leito do paciente com biombo.
- ◆ Remova qualquer elemento material ou ambiental que possa funcionar como uma barreira no processo de comunicação com o paciente. Sente-se no mesmo nível do paciente, de preferência ao lado de uma pequena mesa que contenha apenas a folha ou bloco de papel para anotações sucintas e esporádicas. Nesta fase inicial da anamnese o ideal é não anotar nada e prestar atenção total ao paciente. As anotações, quando necessárias, deverão ser feitas no final.
- ◆ Deixe o paciente à vontade e tranquilo. Estabeleça, neste início, uma conversa rápida sobre algum assunto geral, como o tempo ou sobre algum acontecimento do dia. Pergunte de onde o paciente é e qual a sua profissão e idade. O objetivo aqui é estabelecer um fluxo inicial de comunicação e não obter detalhes da sua identificação, procedência ou profissão, mas apenas quebrar o “gelo”.

7.1.2 Obter a queixa principal (QP) e a agenda do paciente: esta etapa visa acordar quais problemas serão tratados na consulta. As recomendações para atingir esse objetivo são:

- ◆ Indique o tempo disponível para a consulta para orientar o paciente em relação às expectativas de duração da consulta: “Nós temos 30 minutos para esta consulta...”
- ◆ Identifique claramente as suas necessidades de tempo: “...e eu tenho uma lista de perguntas para lhe fazer e também vou realizar um exame clínico”.
- ◆ Obtenha a queixa principal, a sua duração e a lista de problemas ou solicitações que o paciente gostaria que fossem atendidas na consulta. Esta fase geralmente se inicia com a pergunta: “Qual o motivo que traz o senhor aqui hoje? Qual o problema que o fez vir ao médico hoje?” Não se trata, ainda, do início da obtenção da história completa da doença do paciente, mas apenas da identificação do estímulo iatrotópico (o estímulo que levou o paciente ao médico). É importante que o paciente relate todos os seus problemas sem interrupção. O médico deve, após a declaração inicial do paciente, perguntar claramente se existe algum outro problema adicional que o paciente gostaria de tratar: “O senhor tem algum outro problema de saúde ou alguma outra solicitação?” É importante que todos os problemas sejam identificados no início da consulta mesmo que eles não façam parte do motivo principal da consulta atual.

- ◆ Resuma e estabeleça a agenda da consulta. O médico deve resumir a queixa principal para esclarecer o seu entendimento. Deve também priorizar, em caso da existência de queixas múltiplas, quais serão tratadas na presente consulta e quais serão transferidas para a próxima visita com base na relevância dos sintomas.

7.1.3 Obter a história da moléstia atual (HMA) e sua evolução: esta parte da anamnese geralmente é descrita como sendo a anamnese espontânea, porque valoriza e estimula que o paciente conte o seu problema.

- ◆ Para obter o HMA use questões abertas com foco na queixa principal obtida conforme item anterior. Solicite ao paciente que conte os acontecimentos relacionados à queixa principal deste o começo: “O senhor está me dizendo que vem apresentando dor no peito. O senhor poderia me contar tudo a este respeito desde quando apareceu pela primeira vez até hoje?”
- ◆ Após o paciente começar a contar a sua história, o médico não deve mais interromper até que ele tenha terminado. O objetivo do médico, neste momento, é permitir que o paciente conte todos os acontecimentos relacionados à sua doença. Para que isto ocorra, o médico deve usar alguns facilitadores da comunicação, tais como o silêncio atencioso (o médico mantém contato visual com o paciente durante todo o tempo, mas não interfere), o uso de expressões verbais neutras (“ah, uh”, entendo”), e expressões não verbais (balançar a cabeça em sinal de

entendimento). Caso o paciente tenha dificuldades em contar a história, o médico pode usar questões abertas para estimular o paciente: “O senhor poderia me contar mais a este respeito?” A utilização de paráfrases (repetir aquilo que o paciente disse em outras palavras) e de resumos também podem ajudar.

- ◆ Obtenha dados adicionais observando o comportamento não verbal do paciente. Importante neste aspecto são as manifestações emocionais, incluindo alterações na voz e na postura.

7.1.4 Obter os detalhes da história da moléstia atual:

- ◆ Os detalhes da HMA geralmente são obtidos com questões abertas direcionadas aos sintomas principais. Use os expedientes do resumo, da repetição e questionamento direto: “Bem, a dor no tórax começou durante o trabalho, ontem, quando o senhor estava muito nervoso; diga mais a respeito desta dor.” Evite perguntar detalhes neste momento, como o tipo de dor, irradiação, etc. Apenas estimule o paciente a descrever o sintoma.
- ◆ Use questões abertas para desenvolver e entender o contexto pessoal ou psicossocial do paciente. Procure e valorize estas questões, pois elas são muito importantes para o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente: “O senhor me disse que estava muito nervoso ontem. Conte-me mais a respeito disso.” Mantenha o

fluxo de informações usando as expressões “E então... Onde... e Como...”.

- ◆ Desenvolva o contexto emocional da consulta. Pergunte diretamente para esclarecer um ponto emocional revelado pelo paciente: “O senhor perdeu o emprego. Como o senhor se sente em relação a isso?” Toda vez que o paciente apresentar uma emoção declarada, ou aparente pelo seu comportamento, é importante explorar esta questão: “Conte-me mais do motivo que deixa a senhora tão triste”. Procurar identificar e entender o contexto emocional apresentado pelo paciente, é a forma mais efetiva de se conectar com ele e garantir a efetividade da anamnese.
- ◆ É fundamental responder de forma adequada às emoções quando elas aparecerem. A forma mais apropriada para tais respostas envolve o comportamento empático do médico. Por sua vez empatia pressupõe respeito, apoio e parceria. Estas habilidades serão descritas mais abaixo.
- ◆ Repita vários ciclos dos itens acima para gerar informações e aprofundar a HMA.

7.1.5 Transição para a anamnese centrada no médico: antes de ingressar na parte da anamnese em que o médico fará uma série de questões, é importante sinalizar uma transição.

- ◆ Sumarize a história do paciente.
- ◆ Verifique se o seu entendimento foi correto.

-
- ◆ Avise o paciente que você promoverá uma mudança no estilo de questionamento. “Agora eu vou fazer algumas questões específicas, para que eu possa entender melhor porque o senhor está tendo esta dor no peito, e outras questões que são rotineiras”.

7.2 A segunda parte da anamnese: foco do médico

Na segunda parte da anamnese o médico iniciará a chamada anamnese dirigida, em que o foco será obter informações relevantes e detalhadas sobre os sintomas apresentados pelo paciente para completar a HMA. O questionamento, nesta parte, usa questões abertas inicialmente e, na sequência, vai focando progressivamente, até atingir o nível de detalhamento para caracterizar de forma inequívoca os sintomas (**Quadro 1.3 e Tabela 1.4**). Nesta parte também será obtida a **história médica pregressa**, a pesquisa da **história familiar**, a **história ambiental e social** e o **interrogatório sobre os diferentes aparelhos (IDA)**.

Nesta fase devemos completar a história da moléstia atual levando em consideração os seguintes aspectos:

- Definir as características principais da queixa principal do paciente. O objetivo nesta parte é caracterizar o sintoma guia ou principal, identificado pela queixa principal, com relação aos seus aspectos de início, localização, qualidade, intensidade, irradiação, cronologia, fatores que melhoram e pioram e sintomas associados. Pesquisar e caracterizar os

sintomas adicionais, citados ou não pelo paciente, relacionados ao aparelho ou sistema orgânico possivelmente comprometido, sugerido pela queixa principal. As características dos sintomas que devem ser pesquisadas estão relacionadas no Quadro 1.3. Na presença de dor faz-se necessária a sua caracterização conforme indicado na tabela 1.4.

- Questionar sobre outros possíveis sintomas não mencionados pelo paciente, mas que têm importância para o raciocínio diagnóstico do caso. Perguntar sobre os medicamentos e tratamentos que o paciente está fazendo para a doença atual.

Quadro 1.3 Características a serem pesquisadas em um sintoma

- ◆ **Início**
- ◆ **Duração**
- ◆ **Fatores desencadeantes**
- ◆ **Fatores que melhoram, pioram ou acompanham**
- ◆ **Relação funcional com sistema suspeito de acometimento**
- ◆ **Evolução (progressão, períodos assintomáticos e dessemelhantes)**
- ◆ **Presença ou ausência de sintomas relacionados com o sistema suspeito**
- ◆ **Sintomas semelhantes no passado**

Tabela 1.4 Elementos a serem pesquisados na presença de dor

Característica	Comentários
• Sede	Local de origem, referido como o de maior intensidade.
• Intensidade	Leve, moderada ou intensa. Pode-se empregar escalas específicas como, por exemplo, uma analógica visual com escores entre 0 e 10.
• Comparação	“Em aperto” (angina pectoris, cefaléia de tensão, espasmo muscular, etc.); “em pontada ou facada” (inflamação pleural, perfuração de alça, etc.); “em cólica” (espasmos de vísceras ocas como na menstruação ou litíase renal); “latejante” (componente de natureza vascular como, por exemplo, na enxaqueca), etc.
• Extensão	Tamanho da área dolorosa.
• Irradiação	Propagação da dor para áreas adjacentes como, por exemplo: irradiação da dor anginosa para o braço esquerdo, face lateral do pescoço e mandíbula; irradiação da dor lombar por cólica nefrética pelo trajeto do ureter e região genital.
• Horário	Aparecimento preferencial em algum período do dia como, por exemplo, dor em membros inferiores ao final do dia na insuficiência venosa periférica.
• Duração	Tempo de duração da dor como, por exemplo, 5 minutos em um episódio de angina pectoris ou 60 minutos em um quadro de infarto do miocárdio.
• Fatores desencadeantes	Elemento que origina ou originou a dor como, por exemplo, dor lombar após levantar peso excessivo.
• Fatores que melhoram, pioram ou acompanham	Exemplos desses fatores são, respectivamente: ambiente quieto e escuro em cefaléias; deambulação e movimentação da coluna em compressões radiculares; sudorese fria e sensação de morte próxima na angina pectoris.
• Evolução	Há períodos de desaparecimento ou agravamento da dor? Progressão para melhora ou piora ao longo dos meses.

História Médica Pregressa

Neste ponto é provável que o médico já tenha uma visão geral da história do paciente. Entretanto, para completar o quadro são necessárias informações adicionais sobre o histórico médico passado do paciente. Comece com questões abertas do tipo: “O senhor poderia me contar sobre outros problemas de saúde que apresenta?” Na sequência focalize o questionamento à medida que os problemas são identificados: “Há quanto tempo o senhor tem este problema de pressão alta? Que remédios o senhor tem tomado para o controle da pressão?” e assim por diante. Para facilitar o interrogatório oferecemos uma lista dos itens que devem ser perguntados na história médica pregressa.

- Questione a respeito do estado geral de saúde, como percebido pelo paciente.
- Condições da gestação materna, tipo de parto, peso e estatura ao nascimento. Doenças frequentes na infância: catapora, sarampo, caxumba, rubéola, escarlatina, febre reumática, etc.



Jan Steel - A Mulher Enferma - 1665

-
- Doenças da idade adulta: diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia, acidente vascular cerebral, doença cardíaca, tuberculose, câncer, doenças sexualmente transmitidas, etc. No caso de doenças crônicas: identificar o início ou a data de diagnóstico, o nível de controle, a aderência ao tratamento, as complicações e a forma de controle da atividade da doença.
 - Tratamentos medicamentosos passados e atuais: tentar obter doses, vias de administração e duração; uso de medicações caseiras e as tomadas sem prescrição.
 - Questione a respeito de acidentes, traumatismos, lesões e cirurgias.
 - Questione sobre doenças psiquiátricas e terapia psicológica.
 - Identifique hospitalizações passadas e transfusões sanguíneas.
 - Antecedentes reprodutivos: Pergunte sobre o número de filhos. Para as mulheres, questione sobre a história obstétrica: Idade da menarca, duração do ciclo menstrual, intensidade do fluxo menstrual, número de tampões ou absorventes usados por dia do ciclo. Número de gestações, número de filhos nascidos vivos, peso dos filhos, complicações, tipo de partos, número de abortos espontâneos ou provocados. Idade da menopausa.
 - Listar as alergias apresentadas: drogas, alérgenos ambientais e alimentares.

- Questione sobre a história das vacinações e liste as tomadas. Identificar as medidas de promoção da saúde e prevenção usadas: histórico de consultas de avaliação periódica e check-ups.

História familiar (HF)

O objetivo desta parte é a identificação do estado de saúde dos familiares mais próximos bem como verificar a possibilidade de doenças de incidência múltipla determinada por fatores ambientais e de doenças e predisposições genéticas. Verifique o estado de saúde ou a causa da morte dos avós, pais, irmãos e filhos. Verifique se na família existem casos de diabetes, tuberculose, hipertensão, hiperlipidemia, câncer, derrames, doenças do coração, anemias, asma, alcoolismo, depressão, suicídio, doença mental, obesidade, problemas de sangramentos ou outros.

História Ambiental e Social (HAS)

A história ambiental e social deve ser focalizada nos aspectos comportamentais e outros fatores pessoais que têm importância para a saúde do paciente. A HAS também contribui para o conhecimento do paciente como um indivíduo completo inserido na sociedade. Na obtenção da HAS o objetivo é identificar hábitos pessoais, questões pessoais e comportamentais que geralmente não são apresentados espontaneamente pelos pacientes. Alguns dos pontos de interesse são aspectos íntimos dos entrevistados, que somente serão revelados quando a relação médico-paciente estiver consolidada e houver confiança por parte do doente. Geralmente a obtenção completa da HAS se desenrola ao curso de várias consultas. Os pontos relevantes desta etapa da anamnese estão descritos abaixo:

- Condições de vida: tipo de construção da moradia, número de cômodos, eletricidade, abastecimento de água, rede de esgoto, número de co-habitantes, condições de higiene, condições ambientais da casa e vizinhanças. Nível educacional. Remuneração pessoal e renda familiar.



Samuel van Hoogstraten (1627-1678)

A Mulher Anêmica

- **Procedência remota:** cidades e estados onde já morou ao longo da vida, relatando tempo de permanência e particularidades locais.
- **Fatores de risco para doenças endêmicas e epidêmicas:** permanência em áreas endêmicas para esquistossomose, malária, doença de Chagas, etc. Convívio com doentes tuberculosos, portadores de hanseníase e outras doenças infectocontagiosas. Exposição a enchentes, criadouros de mosquitos, etc.
- **História ocupacional:** a profissão do paciente pode ter implicações na saúde e é importante conhecer o seu histórico ocupacional, atual e passado, principalmente a exposição a agentes insalubres tais como fumaça, gases tóxicos, poeiras, radiações ionizantes, produtos químicos e ruídos. Deve-se sempre perguntar se o paciente acha que o trabalho teve ou tem relação com o que ele está sentindo hoje.
- **Hábitos:** é importante a obtenção de informações sobre os hábitos alimentares, a frequência e tipo das atividades físicas realizadas e as características do sono.
- **Vícios:** o médico deve perguntar sobre o uso de fumo (cigarros, cachimbos, charutos, rapé, mascagem de fumo) e quantificar este uso (número de maços de cigarros, cigarrilhas etc. usados por dia e há quanto tempo). Um modo de expressar a intensidade do tabagismo é empregando a unidade maços/ano. Para tal, multiplica-se a média de maços consumidos ao dia (um maço contém 20 cigarros) pelo número de anos do vício. Por exemplo, um indivíduo que fuma 30 cigarros ao dia por 10 anos exibe intensidade de

tabagismo de 15 anos/maço. Nos casos em que os pacientes abandonaram o vício, deve-se fazer menção ao número de anos fumado, sua intensidade e o tempo do abandono.

Deve-se pesquisar o consumo de álcool e determinar se a quantidade usada constitui problema de saúde. A abordagem deve ser direta: “O senhor bebe bebidas alcoólicas ?” A resposta sendo positiva faz-se necessário, não somente quantificar o uso em termos de volumes aproximados por dia, mas também verificar o impacto deste uso em termos de dependência. A melhor forma de proceder é aplicar as questões “CAGE” que têm sido internacionalmente adotadas (Tabela 1.5).

Tabela 1.5 Avaliação do grau de dependência ao consumo de álcool

Cut down	Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou de parar de beber?
Annoyed	As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?
Guilty	O(A) senhor(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebida alcoólica?
Eye-opener	Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

O médico deve ainda perguntar a respeito do uso de drogas. A melhor abordagem deste tópico é inicialmente uma abordagem indireta: “O senhor já usou algum tipo de droga? Já usou maconha ou outras drogas? Conhece alguém do seu círculo de relacionamento que usa? O senhor tem usado recentemente?” Em caso de resposta positiva, faz-se necessário determinar o impacto em termos de dependência: “O senhor sente que este uso lhe traz problemas? O senhor já tentou parar?”

- **Nível de estresse:** o estresse pode contribuir significativamente para o aparecimento de sintomas e doenças. É importante verificar o nível de estresse a que o paciente está submetido, seja no seu ambiente social em geral, na família ou no trabalho.

- **Humor:** a depressão e os distúrbios ansiosos ocorrem em cerca de 10 a 12% das pessoas, e mais de 50% dos comportamentos depressivos não são diagnosticados ao nível de atenção primária. Neste contexto, é importante avaliar o estado de humor do paciente: “Como o senhor se sente em relação à vida? O senhor tem prazer em viver?”

- **Vida doméstica:** é importante perguntar sobre o ambiente de convívio familiar do paciente, visto que muitas vezes é no domicílio que existe uma fonte permanente de tensão e desajuste. “O senhor mora sozinho ou com mais pessoas? Conte-me a respeito da sua convivência com as pessoas com quem o senhor mora. Existe algum problema nesta convivência?” Neste tópico também é importante identificar a existência de indicadores de violência doméstica.

“O senhor discute com o seu filho com muita frequência? O senhor chega a perder a paciência ou alguém perde a paciência com o senhor? O senhor já agrediu ou foi agredido?”

- **Vida sexual:** a sexualidade é um assunto fundamental na vida do ser humano. Muitos pacientes têm questões a respeito da sexualidade que gostariam de discutir com o seu médico, mas evitam tomar a iniciativa durante uma consulta motivada por outros problemas de saúde. Cabe ao médico iniciar a abordagem sobre a sexualidade do paciente.

A abordagem de assuntos sexuais e da vida íntima do paciente, deve ser feita de forma cuidadosa e sem nenhum tipo de julgamento ou preconceito. Os pacientes somente revelarão detalhes da sua vida sexual se houver um ambiente de confiança mútua entre paciente e médico. Muitas vezes o próprio médico se sente desconfortável ao abordar estas questões, e daí decorre a necessidade de treinamento neste tipo de abordagem. Uma forma segura de introduzir o assunto é fazer uma transição claramente indicada:

“Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas a respeito da sua saúde sexual. São questões que eu pergunto a todos os pacientes e são importantes para que eu possa avaliar a sua saúde de forma geral. O senhor é casado ou tem alguma pessoa na sua vida? O senhor se relaciona sexualmente com esta pessoa? O senhor está satisfeito com a sua vida sexual? Existe algum problema ou preocupação em relação ao seu desempenho sexual? O senhor tem outros relacionamentos sexuais? (parceiro único, múltiplos parceiros, parceiros

casuais). É importante que eu saiba sobre a existência de riscos de doenças transmitidas sexualmente ou pelo HIV. O senhor teve ou tem mantido relacionamento sexual de alto risco? (sexo com viciados em drogas injetáveis, prostitutas, homossexuais ou bissexuais). O senhor usa camisinha para se prevenir de doenças sexualmente transmissíveis? Usa sempre ou esporadicamente? O senhor usa algum tipo de medicação para auxiliá-lo na realização do ato sexual? A sua doença afeta a sua vida sexual?” Estas questões abertas iniciais podem ser expandidas com questões focalizadas, caso se identifique um problema ligado à sexualidade do paciente. Não raras vezes as queixas principais que levaram o paciente ao médico escondem, no fundo, um problema de natureza sexual de onde decorre a importância de explorar este assunto de forma apropriada.

- Espiritualidade e crenças religiosas: a religião e as crenças espirituais exercem profunda influência na vida de muitas pessoas. Apesar desta relevância, as dimensões espirituais e religiosas dos pacientes costumam ser pouco exploradas na atenção médica. Além do mais, a religião exerce profunda influência sobre hábitos alimentares, comportamento sexual e consumo de álcool e tabaco.

A valorização dos aspectos religiosos e espirituais permite ao médico o entendimento profundo do paciente e das suas necessidades. As crenças religiosas dos pacientes influenciam profundamente a sua resposta à doença, especialmente nos momentos de crise e sofrimento. Entretanto, explorar estes aspectos nem sempre é fácil, e muitas vezes as próprias

crenças dos médicos interferem ou anulam esta aproximação. Independente das crenças pessoais dos médicos ele deve explorar a dimensão espiritual dos seus pacientes de forma neutra, evitando preconceitos e julgamentos.

A melhor forma de introduzir este assunto é perguntar ao paciente qual a importância que a religião ou a espiritualidade desempenham na vida dele. Sendo o assunto importante para o indivíduo, faz-se necessário explorar qual o significado, em termos religiosos ou espirituais, da sua doença. Como seus sintomas e experiência da doença se conectam com suas crenças? Qual o papel das orações e de outras práticas religiosas no esforço do paciente para superar sua doença? Neste diálogo o médico deve demonstrar respeito e entendimento e jamais interferir ou denegar o valor das crenças do paciente. Muitas vezes os aspectos religiosos têm que ser incluídos no planejamento terapêutico, no sentido de estimular ou aconselhar o paciente a seguir as suas crenças e a procurar conforto espiritual junto à sua comunidade religiosa ou espiritual. Não raro, as crenças religiosas e espirituais são importantes auxiliares na aderência do paciente ao tratamento e decisivas para o seu bem-estar emocional.

Interrogatório sobre os Diferentes Aparelhos e Exame Físico (IDA)

O IDA é parte importante da anamnese, que permite ao médico verificar se existem sintomas adicionais relativos a outros sistemas ou órgãos, não relacionados com os problemas ativos relatados na HMA. Compreende uma lista extensa de sintomas que necessitam ser verificados de forma geral, e numa terminologia que o paciente possa entender. Alguns médicos mais experientes realizam o IDA juntamente com o exame físico e, nesta situação, avisam os pacientes que assim irão proceder e o questionamento é rotineiro em toda consulta médica. O IDA geralmente é organizado de acordo com os sistemas que necessitam avaliação. Os alunos de medicina geralmente realizam o IDA antes do exame físico, visto que muitas vezes necessitam consultar a lista de sintomas.

Questões relativas ao IDA encontram-se listadas no roteiro de anamnese do final do capítulo.

O exame físico

Após a realização da anamnese, o médico deve explicar ao paciente que o próximo passo da consulta médica é a realização



Jan Steen - 1660

A Visita Médica

do exame físico. Deve detalhar quais os procedimentos e em que condições eles serão realizados (em sala de exame apropriado, após o paciente vestir-se de forma apropriada etc.). Após estas explicações faz-se necessário pedir permissão ao paciente para a realização do exame. Sem permissão não é possível prosseguir com o exame físico.

Planejamento diagnóstico-terapêutico e a conclusão da consulta



Carl Wilhelmson (1866-1928)

A Criança Doente

Finalizado o exame físico, médico e paciente devem retornar para o ambiente da anamnese, para a realização da fase final da consulta, que inclui o planejamento diagnóstico e terapêutico e a sua conclusão. Naturalmente, para que isso aconteça, nesse ponto o médico deve ter sido capaz de, empregando seu raciocínio clínico, ter gerado hipóteses diagnósticas e ter feito a opção por uma delas. Tradicionalmente, aquelas duas etapas não têm sido tratadas junto com a anamnese, na maioria dos livros de semiologia. Entretanto, devido a sua importância e a sua continuidade com os processos iniciados anteriormente, estudos mais recentes têm incluindo a abordagem desses temas junto com a anamnese, o que produz uma visão geral do processo da consulta médica. Vamos tratar destas duas fases a seguir, mas abordando apenas as características relacionadas a habilidades que devem ser aprendidas e treinadas.

1. O planejamento diagnóstico e terapêutico

Esta fase da consulta médica é fundamental para o sucesso da atenção médica. Nesta etapa o paciente receberá informações a respeito dos seus problemas de saúde e será confrontado com um plano de manuseio, tanto diagnóstico como terapêutico, que exigirá uma tomada de decisão compartilhada e negociada entre médico e paciente. Esta etapa depende das fases que foram realizadas anteriormente, e o médico deverá ter um quadro claro a respeito do paciente, como um todo, e a respeito dos seus problemas de saúde.

O primeiro passo nesta etapa compreende o fornecimento de informações ao doente. Vários estudos indicam que, em geral, os médicos fornecem pouca informação ou informação insuficiente, segundo os próprios pacientes. Estas informações também são fornecidas em linguagem que, muitas vezes, os pacientes não compreendem. Alguns estudos indicam que apenas 40 a 60% das informações fornecidas pelos médicos são entendidas claramente e lembradas após o término da consulta. Tais dados explicam as razões pelas quais uma proporção de pacientes, que varia de 20 a 50% em diversos estudos, não seguem as recomendações dos médicos em relação ao uso de medicamentos. A falta de aderência é ainda maior (75%) quanto às recomendações dietéticas. Portanto, o sucesso da atenção médica depende da capacidade do médico conduzir, de forma adequada, todas as fases da consulta médica.

As habilidades necessárias para uma explicação e planejamento adequados foram assim resumidas por Silverman e col.:

Providenciar quantidade e tipo adequados de informação.

- ◆ Informar em etapas: cada etapa deve conter quantidades assimiláveis de informação. Verificar se o paciente entendeu após receber a informação. Prosseguir para a próxima etapa somente se o entendimento desta etapa tiver ocorrido.
- ◆ Identificar o ponto de partida do paciente verificando seu conhecimento preliminar sobre o assunto.
- ◆ Pergunte qual informação adicional o paciente gostaria de receber: etiologia, prognóstico, etc.
- ◆ Forneça as informações no tempo apropriado. Evite informações ou conselhos prematuramente, antes de ter uma visão acurada do problema do paciente.

Facilitar o entendimento e a lembrança

- ◆ Organize a informação. Divida-a em partes definidas e em sequência lógica.
- ◆ Use uma classificação ou enumeração das informações que serão fornecidas: “Existem três pontos que eu gostaria de abordar. Primeiro... Segundo... Terceiro...”
- ◆ Use a repetição e o resumo.
- ◆ Use linguagem fácil e comum. Evite o jargão.

-
- ♦ Verifique com o paciente se ele entendeu as informações fornecidas e o plano proposto. Solicite que ele repita com suas próprias palavras o que ele efetivamente entendeu.

2. A conclusão da consulta

A consulta médica deve terminar com os seguintes elementos:

- ♦ Confirmar o planejamento futuro acordado com o doente;
- ♦ Deixar claro os próximos passos e sua cronologia;
- ♦ Estabelecer um plano de contingência caso ocorra alguma intercorrência (quem procurar, local, telefone, etc.);
- ♦ Encorajar o paciente a se sentir parte de um processo de colaboração e a continuar a construção do relacionamento medico-paciente;
- ♦ Verifique se o paciente está de acordo e confortável com o planejamento feito;
- ♦ Pergunte se o doente necessita alguma correção no plano ou se tem alguma pergunta adicional.

3. O registro da observação clínica.

Ao final é necessário que a consulta médica esteja registrada de forma adequada para efeitos tanto médicos como legais. O registro geralmente é feito de forma padronizada, no que se convencionou chamar de observação

clínica. A observação clínica contém, em geral, os seguintes elementos: anamnese, exame físico, hipóteses diagnósticas e conduta. Mais comumente os médicos experientes registram a observação clínica simultaneamente com a coleta dos dados. Quando for tomada esta estratégia é importante não se deixar envolver pelas anotações em prejuízo à comunicação com o paciente.

Referências Bibliográficas

Consensus statement for the Workshop of the Teaching and Assessment of Communication Skills in Canadian Medical Schools. Canadian Medical Association Journal [S.I.], v. 147, n. 8, p. 1149-1150, 1992.

Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education. Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education [S.I.], 1993.

BAKER, L. H. et al. "What else?" setting the agenda for the clinical interview. Annals of Internal Medicine [S.I.], v. 143, n. 10, p. 766-770, 2005.

BARRY, C. A. et al. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: Qualitative study. British Medical Journal [S.I.], v. 320, n. 7244, p. 1246-1250, 2000.

BASS, E. B. et al. National survey of clerkship directors in internal medicine on the competencies that should be addressed in the medicine core clerkship. American Journal of Medicine [S.I.], v. 102, n. 6, p. 564-571, 1997.

BASS, M. J. et al. The physician's actions and the outcome of illness in family practice. Journal of Family Practice [S.I.], v. 23, n. 1, p. 43-47, 1986.

BEASLEY, J. W. et al. How many problems do family physicians manage at each encounter? A WReN study. Annals of Family Medicine [S.I.], v. 2, n. 5, p. 405-410, 2004.

BECKMAN, H. B.; FRANKEL, R. M. The effect of physician behavior on the collection of data. Annals of Internal Medicine [S.I.], v. 101, n. 5, p. 692-696, 1984.

BELLE BROWN, J. Time and the consultation. Oxford Textbook of Primary Medical Care [S.I.], 2003.

BENSING, J. M. et al. Communication patterns of primary care physicians in the United States and The Netherlands. Journal of General Internal Medicine [S.I.], v. 18, n. 5, p. 335-342, 2003.

BLUMENTHAL, D. et al. The Duration of Ambulatory Visits to Physicians. Journal of Family Practice [S.I.], v. 48, n. 4, p. 264-271, 1999.

BOON, H.; STEWART, M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. Patient Education and Counseling [S.I.], v. 35, n. 3, p. 161-176, 1998.

BORRELL-CARRIÚ, F.; EPSTEIN, R. M. Preventing errors in clinical practice: A call for self-awareness. Annals of Family Medicine [S.I.], v. 2, n. 4, p. 310-316, 2004.

BRADDOCK III, C. H. et al. Informed decision making in outpatient practice: Time to get back to basics. Journal of the American Medical Association [S.I.], v. 282, n. 24, p. 2313-2320, 1999.

BRADDOCK III, C. H.; SNYDER, L. The doctor will see you shortly: The ethical significance of time for the patient-physician relationship. Journal of General Internal Medicine [S.I.], v. 20, n. 11, p. 1057-1062, 2005.

BRITT, H. et al. Time for care. Length of general practice consultations in Australia. Australian family physician [S.I.], v. 31, n. 9, p. 876-880, 2002.

BRITT, H. C. et al. Determinants of consultation length in Australian general practice. Medical Journal of Australia [S.I.], v. 183, n. 2, p. 68-71, 2005.

BRODY, H. Transparency: informed consent in primary care. The Hastings Center report [S.I.], v. 19, n. 5, p. 5-9, 1989.

BYLUND, C. L.; MAKOUL, G. Examining empathy in medical encounters: An observational study using the Empathic Communication Coding System. Health Communication [S.I.], v. 18, n. 2, p. 123-140, 2005.

CAMPBELL, T. L. et al. Family interviewing: A review of the literature in primary care. Family Medicine [S.I.], v. 34, n. 5, p. 312-318, 2002.

CAPE, J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. British Journal of General Practice [S.I.], v. 52, n. 485, p. 1004-1006, 2002.

CECCHIN, G. Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: an invitation to curiosity. Family Process [S.I.], v. 26, n. 4, p. 405-413, 1987.

CEGALA, D. J.; BROZ, S. L. Physician communication skills training: A review of theoretical backgrounds, objectives and skills. Medical Education [S.I.], v. 36, n. 11, p. 1004-1016, 2002.

CHRISTENSEN, R. E. et al. Opening the black box: Cognitive strategies in family practice. Annals of Family Medicine [S.I.], v. 3, n. 2, p. 144-150, 2005.

COHEN-COLE, S. A. The medical interview: The three-function approach. The Medical Interview: The Three-Function Approach [S.I.], 1991.

COULEHAN, J. L. et al. "Let me see if I have this right... ": Words that help build empathy. Annals of Internal Medicine [S.I.], v. 135, n. 3, p. 221-227, 2001.

DEVEUGELE, M. et al. Consultation length in general practice: Cross sectional study. British Medical Journal [S.I.], v. 325, n. 7362, p. 472-474, 2002.

DUGDALE, D. C. et al. Time and the patient-physician relationship. Journal of General Internal Medicine [S.I.], v. 14, n. 1 SUPPL., 1999.

DYCHE, L. Interpersonal skill in medicine: The essential partner of verbal communication. Journal of General Internal Medicine [S.I.], v. 22, n. 7, p. 1035-1039, 2007.

DYCHE, L.; SWIDERSKI, D. The effect of physician solicitation approaches on ability to identify patient concerns. Journal of General Internal Medicine [S.I.], v. 20, n. 3, p. 267-270, 2005.

EGNEW, T. R. The meaning of healing: Transcending suffering. Annals of Family Medicine [S.I.], v. 3, n. 3, p. 255-262, 2005.

EIDE, H. et al. Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. Patient Education and Counseling [S.I.], v. 51, n. 3, p. 259-266, 2003.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science [S.I.], v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

EPSTEIN, R. M. Mindful practice. Journal of the American Medical Association [S.I.], v. 282, n. 9, p. 833-839, 1999.

EPSTEIN, R. M. et al. Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues. Social Science and Medicine [S.I.], v. 61, n. 7, p. 1516-1528, 2005.

_____. Patient-centered communication and diagnostic testing. Annals of Family Medicine [S.I.], v. 3, n. 5, p. 415-421, 2005.

FLOCKE, S. A. et al. Addressing multiple problems in the family practice office visit. Journal of Family Practice [S.I.], v. 50, n. 3, p. 211-216, 2001.

_____. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. Journal of Family Practice [S.I.], v. 51, n. 10, p. 835-840, 2002.

FORTIN, M. et al. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. Annals of Family Medicine [S.I.], v. 3, n. 3, p. 223-228, 2005.

FREEMAN, G. K. et al. Evolving general practice consultation in Britain: Issues of length and context. British Medical Journal [S.I.], v. 324, n. 7342, p. 880-882, 2002.

GLASGOW, R. E. et al. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. Joint Commission journal on quality and safety [S.I.], v. 29, n. 11, p. 563-574, 2003.

GOEDHUYS, J.; RETHANS, J. J. On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. Family Practice [S.I.], v. 18, n. 6, p. 592-596, 2001.

- GREENFIELD, S. et al. Expanding patient involvement in care: Effects on patient outcomes. *Annals of Internal Medicine* [S.I.], v. 102, n. 4, p. 520-528, 1985.
- GROSS, D. A. et al. Patient satisfaction with time spent with their physician. *Journal of Family Practice* [S.I.], v. 47, n. 2, p. 133-137, 1998.
- GUADAGNOLI, E.; WARD, P. Patient participation in decision-making. *Social Science and Medicine* [S.I.], v. 47, n. 3, p. 329-339, 1998.
- HAAS, L. J. et al. Improving the effectiveness of the medical visit: A brief visit-structuring workshop changes patients' perceptions of primary care visits. *Patient Education and Counseling* [S.I.], v. 62, n. 3, p. 374-378, 2006.
- HARGIE, O. et al. A survey of communication skills training in UK Schools of Medicine: Present practices and prospective proposals. *Medical Education* [S.I.], v. 32, n. 1, p. 25-34, 1998.
- HEGEL, M. T. et al. Training Residents in Problem-solving Treatment of Depression: A Pilot Feasibility and Impact Study. *Family Medicine* [S.I.], v. 36, n. 3, p. 204-208, 2004.
- HENBEST, D. J.; FEHRSEN, G. S. Patient-centredness: Is it applicable outside the West? Its measurement and effect on outcomes. *Family Practice* [S.I.], v. 9, n. 3, p. 311-317, 1992.
- HERITAGE, J. et al. Reducing patients' unmet concerns in primary care: The difference one word can make. *Journal of General Internal Medicine* [S.I.], v. 22, n. 10, p. 1429-1433, 2007.
- HOWIE, J. G. R. et al. Quality at general practice consultations: Cross sectional survey. *British Medical Journal* [S.I.], v. 319, n. 7212, p. 738-743, 1999.
- INUI, T. S.; CARTER, W. B. Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Medical Care* [S.I.], v. 23, n. 5, p. 521-538, 1985.
- KAPLAN, S. H. et al. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care* [S.I.], v. 33, n. 12, p. 1176-1187, 1995.
- KATON, W. J.; WALKER, E. A. Medically unexplained symptoms in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry* [S.I.], v. 59, n. SUPPL. 20, p. 15-21, 1998.
- KELLER, V. F.; CARROLL, J. G. A new model for physician - patient communication. *Patient Education and Counseling* [S.I.], v. 23, n. 2, p. 131-140, 1994.
- KLASS, D. J. Development of a performance-based test of clinical skills for the United States Medical Licensing Examination. *Fed Bull* [S.I.], v. 85, p. 177-185, 1998.
- KLINKMAN, M. S. Competing demands in psychosocial care: A model for the identification and treatment of depressive disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry* [S.I.], v. 19, n. 2, p. 98-111, 1997.
- KNIGHT, K. M. et al. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *British Journal of Health Psychology* [S.I.], v. 11, n. 2, p. 319-332, 2006.
- KRAVITZ, R. L. et al. Prevalence and Sources of Patients' Unmet Expectations for Care. *Annals of Internal Medicine* [S.I.], v. 125, n. 9, p. 730-737, 1996.
- KROENKE, K. et al. Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: Clinical predictors and outcome. *American Journal of Medicine* [S.I.], v. 103, n. 5, p. 339-347, 1997.
- KROENKE, K.; MANGELSDORFF, D. Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy, and outcome. *American Journal of Medicine* [S.I.], v. 86, n. 3, p. 262-266, 1989.
- LANG, F. et al. Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening. *Archives of Family Medicine* [S.I.], v. 9, n. 3, p. 222-227, 2000.
- _____. Sequenced questioning to elicit the patient's perspective on illness: Effects on information disclosure, patient satisfaction, and time expenditure. *Family Medicine* [S.I.], v. 34, n. 5, p. 325-330, 2002.
- LANGEWITZ, W. et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: Cohort study. *British Medical Journal* [S.I.], v. 325, n. 7366, p. 682-683, 2002.
- LARSON, E. B.; YAO, X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Journal of the American Medical Association* [S.I.], v. 293, n. 9, p. 1100-1106, 2005.
- LEVINSON, W. et al. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *Journal of the American Medical Association* [S.I.], v. 284, n. 8, p. 1021-1027, 2000.

_____. Physician-patient communication; The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Association* [S.I.], v. 277, n. 7, p. 553-559, 1997.

LINZER, M. et al. Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: Results from the physician worklife study. *Journal of General Internal Medicine* [S.I.], v. 15, n. 7, p. 441-450, 2000.

LYNCH, J. W. et al. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science and Medicine* [S.I.], v. 44, n. 6, p. 809-819, 1997.

MAHONEY, M. J. Brief moments and enduring effects: Reflections on time and timing in psychotherapy. *Current Thinking and Research in Brief Therapy: Solutions, Strategies, Narratives* [S.I.], v. 1, p. 25-38, 1997.

MAKOUL, G. Communication research in medical education. *Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions* [S.I.], p. 17-35, 1998.

_____. Essential elements of communication in medical encounters: The kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine* [S.I.], v. 76, n. 4, p. 390-393, 2001.

MAKOUL, G. et al. The future of medical school courses in professional skills and perspectives. *Academic Medicine* [S.I.], v. 73, n. 1, p. 48-51, 1998.

MAKOUL, G.; SCHOFIELD, T. Communication teaching and assessment in medical education: An international consensus statement. *Patient Education and Counseling* [S.I.], v. 37, n. 2, p. 191-195, 1999.

MARTIN, C. M. et al. Consultation length and chronic illness care in general practice: A qualitative study. *Medical Journal of Australia* [S.I.], v. 171, n. 2, p. 77-81, 1999.

MARVEL, M. K. et al. Soliciting the patient's agenda: Have we improved? *Journal of the American Medical Association* [S.I.], v. 281, n. 3, p. 283-287, 1999.

MAUKSCH, L. B. et al. The establishing focus protocol: Training for collaborative agenda setting and time management in the medical interview. *Families, Systems and Health* [S.I.], v. 19, n. 2, p. 147-157, 2001.

MAUKSCH, L. B.; ROESLER, T. Expanding the context of the patient's explanatory model using circular questioning. *Family Systems Medicine* [S.I.], v. 8, n. 1, p. 3-13, 1990.

MECHANIC, D. The organization of medical practice and practice orientations among physicians in prepaid and nonpaid primary care settings. *Medical Care* [S.I.], v. 13, n. 3, p. 189-204, 1975.

_____. How should hamster run? Some observation about sufficient patient time in primary care. *British Medical Journal* [S.I.], v. 323, n. 7307, p. 266-268, 2001.

MECHANIC, D. et al. Are patients' office visits with physicians getting shorter? *New England Journal of Medicine* [S.I.], v. 344, n. 3, p. 198-204, 2001.

MERCER, S. W. et al. The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital. *British Journal of General Practice* [S.I.], v. 52, n. 484, p. 901-905, 2002.

MERCER, S. W.; REYNOLDS, W. J. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice* [S.I.], v. 52, n. SUPPL., 2002.

MERCER, S. W.; WATT, G. C. M. Empathy is important for enablement [13]. *British Medical Journal* [S.I.], v. 322, n. 7290, p. 865, 2001.

MILLER, W. L. Routine, ceremony, or drama: An exploratory field study of the primary care clinical encounter. *Journal of Family Practice* [S.I.], v. 34, n. 3, p. 289-296, 1992.

MILLER, W. L. et al. Research guidelines for assessing the impact of healing relationships in clinical medicine. *Alternative Therapies in Health and Medicine* [S.I.], v. 9, n. 3 SUPPL., 2003.

NOVACK, D. H. Therapeutic aspects of the clinical encounter. *Journal of general internal medicine : official journal of the Society for Research and Education in Primary Care Internal Medicine* [S.I.], v. 2, n. 5, p. 346-355, 1987.

NOVACK, D. H. et al. Teaching medical interviewing: A basic course on interviewing and the physician-patient relationship. *Archives of Internal Medicine* [S.I.], v. 152, n. 9, p. 1814-1820, 1992.

_____. Calibrating the physician: Personal awareness and effective patient care. *Journal of the American Medical Association* [S.I.], v. 278, n. 6, p. 502-509, 1997.

_____. Calibrating the physician: Personal awareness and effective patient care. *Journal of the American Medical Association* [S.I.], v. 278, n. 6, p. 502-509, 1997.

_____. Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US medical schools: Progress, problems, and promise. *Journal of the American Medical Association* [S.I.], v. 269, n. 16, p. 2101-2105, 1993.

ONG, L. M. L. et al. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine* [S.I.], v. 40, n. 7, p. 903-918, 1995.

PENDLETON, D. et al. The consultation: An approach to learning and teaching. *The Consultation: An Approach to Learning and Teaching* [S.I.], 1984.

RAO, J. K. et al. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: A systematic review of the evidence. *Medical Care* [S.I.], v. 45, n. 4, p. 340-349, 2007.

RIDSDALE, L. et al. Doctors' interviewing technique and its response to different booking time. *Family Practice* [S.I.], v. 9, n. 1, p. 57-60, 1992.

ROTER, D. L. et al. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress: A randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine* [S.I.], v. 155, n. 17, p. 1877-1884, 1995.

_____. Communication patterns of primary care physicians. *Journal of the American Medical Association* [S.I.], v. 277, n. 4, p. 350-356, 1997.

RUST, G. et al. A crash-course in cultural competence. *Ethnicity & disease* [S.I.], v. 16, n. 2 Suppl 3, 2006.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* [S.I.], v. 55, n. 1, p. 68-78, 2000.

SAFRAN, D. G. et al. Organizational dimensions of relationship-centered care: Theory, evidence, and practice. *Journal of General Internal Medicine* [S.I.], v. 21, n. SUPPL. 1, 2006.

_____. Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice* [S.I.], v. 47, n. 3, p. 213-220, 1998.

_____. Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice* [S.I.], v. 47, n. 3, p. 213-220, 1998.

SCHEITEL, S. M. et al. Patient-physician agreement about medical diagnoses and cardiovascular risk factors in the ambulatory general medical examination. *Mayo Clinic Proceedings* [S.I.], v. 71, n. 12, p. 1131-1137, 1996.

SCHOR, E. L. et al. Physicians' assessment of functional health status and well-being: The patient's perspective. *Archives of Internal Medicine* [S.I.], v. 155, n. 3, p. 309-314, 1995.

SIMPSON, M. et al. Doctor-patient communication: The Toronto consensus statement. *British Medical Journal* [S.I.], v. 303, n. 6814, p. 1385-1387, 1991.

SMITH, R. C. et al. The effectiveness of intensive training for residents in interviewing: A randomized, controlled study. *Annals of Internal Medicine* [S.I.], v. 128, n. 2, 1998.

STARFIELD, B. Threads and yarns: Weaving the tapestry of comorbidity. *Annals of Family Medicine* [S.I.], v. 4, n. 2, p. 101-103, 2006.

STARFIELD, B. et al. Patient-doctor agreement about problems needing follow-up visit. *Journal of the American Medical Association* [S.I.], v. 242, n. 4, p. 344-346, 1979.

_____. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health* [S.I.], v. 71, n. 2, p. 127-132, 1981.

STEWART, M. et al. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer prevention & control : CPC = PrÉvention & contrÙle en cancÈrologie : PCC* [S.I.], v. 3, n. 1, p. 25-30, 1999.

_____. The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice* [S.I.], v. 49, n. 9, p. 796-804, 2000.

_____. Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method* [S.I.], 1995.

_____. Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method* [S.I.], 1995.

STEWART, M. A. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal* [S.I.], v. 152, n. 9, p. 1423-1433, 1995.

_____. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal* [S.I.], v. 152, n. 9, p. 1423-1433, 1995.

SUCHMAN, A. L. et al. A model of empathic communication in the medical interview. *Journal of the American Medical Association* [S.I.], v. 277, n. 8, p. 678-682, 1997.

_____. Physician satisfaction with primary care office visits. Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Medical Care* [S.I.], v. 31, n. 12, p. 1083-1092, 1993.

TAI-SEALE, M. et al. Decision or no decision: How do patient-physician interactions end and what matters? *Journal of General Internal Medicine* [S.I.], v. 22, n. 3, p. 297-302, 2007.

_____. Time allocation in primary care office visits. *Health Services Research* [S.I.], v. 42, n. 5, p. 1871-1894, 2007.

TATE, P. et al. Assessing physicians' interpersonal skills via videotaped encounters: A new approach for the Royal College of General Practitioners Membership examination. *Journal of Health Communication* [S.I.], v. 4, n. 2, p. 143-152, 1999.

VAN DEN BRINK-MUINEN, A. et al. Communication in general practice: Differences between European countries. *Family Practice* [S.I.], v. 20, n. 4, p. 478-485, 2003.

VON KORFF, M. et al. Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine* [S.I.], v. 127, n. 12, p. 1097-1102, 1997.

WHELAN, G. P. Educational commission for foreign medical graduates: Clinical skills assessment prototype. *Medical Teacher* [S.I.], v. 21, n. 2, p. 156-160, 1999.

WHITE, J. et al. 'Oh, by the way...': The closing moments of the medical visit. *Journal of General Internal Medicine* [S.I.], v. 9, n. 1, p. 24-28, 1994.

WHITE, J. C. et al. Wrapping things up: A qualitative analysis of the closing moments of the medical visit. *Patient Education and Counseling* [S.I.], v. 30, n. 2, p. 155-165, 1997.

WILLIAMS, G. C. et al. Research on relationship-centered care and healthcare outcomes from the Rochester biopsychosocial program: A self-determination theory integration. *Families, Systems and Health* [S.I.], v. 18, n. 1, p. 79-90, 2000.

_____. Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care* [S.I.], v. 21, n. 10, p. 1644-1651, 1998.

WILLIAMS, S. et al. Doctor-patient communication and patient satisfaction: A review. *Family Practice* [S.I.], v. 15, n. 5, p. 480-492, 1998.

_____. Doctor-patient communication and patient satisfaction: A review. *Family Practice* [S.I.], v. 15, n. 5, p. 480-492, 1998.

WILSON, A.; CHILDS, S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice* [S.I.], v. 52, n. 485, p. 1012-1020, 2002.

WILSON, A. D. Consultation length: General practitioners' attitudes and practices. *British Medical Journal* [S.I.], v. 290, n. 6478, p. 1322, 1985.

YARNALL, K. S. H. et al. Primary care: Is there enough time for prevention? *American Journal of Public Health* [S.I.], v. 93, n. 4, p. 635-641, 2003.

YEDIDIA, M. J. et al. Effect of Communications Training on Medical Student Performance. *Journal of the American Medical Association* [S.I.], v. 290, n. 9, p. 1157-1165, 2003.

ÿSTBYE, T. et al. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Annals of Family Medicine* [S.I.], v. 3, n. 3, p. 209-214, 2005.

ZYZANSKI, S. J. et al. Trade-offs in high-volume primary care practice. *Journal of Family Practice* [S.I.], v. 46, n. 5, p. 397-402, 1998.