

Tendência de classificação no Capítulo Z da CIAP-2 entre 2006 e 2011 em um centro de saúde de Medicina Familiar em Coimbra, Portugal

Classification trends with the ICPC-2 Z Chapter from 2006 to 2011 in a Family Medicine Health Centre in Coimbra, Portugal

Tendencia de la clasificación en el Capítulo Z de la CIAP-2 entre 2006 y 2011 en un Centro de Salud de Medicina Familiar en Coimbra, Portugal

Luiz Miguel Santiago. Unidade de Saúde Familiar Topázio, Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, Portugal.

lmsantiago@netcabo.pt (Autor correspondente)

Paula Ricardo Miranda. Unidade de Saúde Familiar Topázio, Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, Portugal.

paula.ricardo.miranda@gmail.com

Philippe Botas. Unidade de Saúde Familiar Topázio, Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, Portugal. phbotas@gmail.com

Resumo

Objetivo: Estudar a tendência evolutiva da classificação com a CIAP-2 no Capítulo Z, no período de 2006 a 2011 quanto a: variação de frequência do número total de componentes de sinais e sintomas; volume de "classificação ajustada à população" e, através da coleta de informação SOAP, quais dos seus componentes foram mais frequentemente registrados nos campos Subjetivo (S) e Avaliação (A). **Métodos:** Estudo transversal, observacional e descritivo dos registros eletrônicos efetuados por todos os médicos na plataforma Serviço de Apoio ao Médico (SAM) utilizando a ferramenta de coleta de dados (SAM-Estatísticas) em agosto de 2012 em um centro de saúde em Coimbra, região central de Portugal. O volume de codificação foi estudado em código/1.000 hab./dia, tendo como base de cálculo a metade de cada ano estudado. Foram selecionados os seis códigos mais frequentes de cada ano. **Resultados:** Verificou-se uma dinâmica de crescimento positivo nos componentes registrados nos campos Subjetivo e Avaliação entre 2006 e 2011, tanto no número total de códigos (S:+4,83 e A:+6,44) e volume de codificação – código/1.000 hab./dia (S:+4,40 e A:+6,44) como na percentagem de diferentes componentes de sinais e sintomas do Capítulo Z (S:+0,30; A:+0,56). **Conclusão:** Entre 2006 e 2011 verificou-se uma dinâmica de crescimento positivo na classificação no Capítulo Z da CIAP-2 que foi mais importante no campo Avaliação e nos tipos de componente. O desenvolvimento profissional e a educação médica continuada são necessários para melhorar o desempenho na tarefa de classificar e registrar adequadamente, bem como no criterioso registro das anotações clínicas feitas na consulta, evitando perda de informação clínica.

Abstract

Objective: To study the classification trend in ICPC-2, Z Chapter, in the period 2006-2011, in terms of frequency in variation of the total number of sign and symptom components; volume of "population-adjusted classification"; and - based on SOAP for collecting information - which of its components were more frequently recorded in the Subjective (S) and Assessment (A) fields. **Methods:** Cross-sectional, observational, descriptive study of electronic registries in the SAM (Serviço de Apoio ao Médico - medical visit assistant software) using data collection tool (SAM-Statistics) in August 2012 in Coimbra, central Portugal. Classification volume was studied using codes/1000 inhab/day. The population for each year was calculated based on the middle of each study period. The six most frequent codes in each year were selected. **Results:** A positive increasing trend was found between 2006 and 2011 in the Subjective and Assessment recording fields, in terms of the total of codes (S:+4,83; A:+6,44) and classification volume - codes/1000 inhab/day (S:+4,40; A:+6,44), as well as in the percentage of different components of the Z sign and symptom codes (S: +0,30; A: +0,56). **Conclusions:** From 2006 to 2011, a positive trend was found in the ICPC-2 Z Chapter classification, which was more important in Assessment (A), and the type of components recorded through the SOAP method. Hence, continuing medical education is still necessary to improve performance in the crucial task of classification, registering and clinical noting to avoid lack of clinical information.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Medicina de Família e Comunidade
Classificação
Cuidado Periódico
Iniquidade Social

Keywords:

Primary Health Care
Family Practice
Classification
Episode of Care
Social Inequity

Como citar: Santiago LM, Miranda PR, Botas P. Tendência de classificação no Capítulo Z da CIAP-2 entre 2006 e 2011 em um centro de saúde de Medicina Familiar em Coimbra, Portugal. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(27):106-11. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(27\)639](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(27)639)

Conflito de interesses:

declaram não haver
Recebido em: 05/10/2012
Aprovado em: 19/04/2013

Resumen

Objetivo: Estudiar la tendencia evolutiva de la clasificación con CIAP-2 en el capítulo Z, en el período 2006-2011, en términos de: variación de la frecuencia del número total de los componentes de los signos y síntomas; el volumen de “clasificación ajustada a la población” y, a través de la recolección de información SOAP, cuáles de sus componentes se registraron con mayor frecuencia en los campos Subjetivo (S) y Evaluación (E). **Métodos:** Estudio transversal, observacional y descriptivo de los registros electrónicos realizados por todos los médicos en la plataforma Servicio de Apoyo Médico (SAM) en agosto de 2012 en un centro de salud de Coimbra, región central de Portugal, utilizando la herramienta de recolección de datos (SAM-estadística). El volumen de codificación fue estudiado en código/1000 hab./día, teniendo como base de cálculo la mitad de cada año estudiado. Fueron seleccionados los seis códigos más comunes de cada año. **Resultados:** Se observó una dinámica de crecimiento positivo, entre 2006-2011, de los componentes registrados en los campos Subjetivo y Evaluación, tanto en el número total de códigos (S: +4,83; E: +6,44) y volumen de codificación - código/1000/hab./día (S: +4,40; E: +6,44), como en el porcentaje de los diversos componentes de los signos y síntomas del Capítulo Z (S: +0,30; E: +0,56). **Conclusión:** Entre los años 2006 y 2011 hubo una dinámica de crecimiento positivo de la clasificación en el capítulo Z de la CIAP-2, más importante en el campo Evaluación y en los tipos de componente. El desarrollo profesional y la educación médica continua son necesarios para mejorar el rendimiento en la tarea de clasificar y registrar correctamente, así como para el registro cuidadoso de las notas clínicas realizadas durante las consultas, evitando, así, la pérdida de información clínica.

Palabras clave:

Atención Primaria de la Salud
Medicina Familiar y Comunitaria
Clasificación
Atención Periódica
Desigualdad Social

Introdução

Segundo a definição europeia¹, a Clínica Geral ou Medicina de Família desempenha uma ação única e fundamental na manutenção da saúde das populações, pois:

[...] é normalmente o primeiro ponto de contato médico dentro do sistema de saúde... desenvolve uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se inserem... possui um processo único de consulta, estabelecendo uma relação ao longo do tempo, através de uma efetiva comunicação médico-paciente... é responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente, determinados pelas necessidades do paciente... possui um processo específico de tomada de decisões, determinado pela prevalência e incidência da doença na comunidade... gerencia afecções que se apresentam de forma indiferenciada num estágio precoce do seu desenvolvimento, podendo requerer intervenção urgente [bem como] promove a saúde e o bem-estar através de intervenções apropriadas e efetivas.

Em época de crise econômico-social, muitas consultas e muitas queixas podem não ser mais do que sinais e sintomas difíceis de explicar^{2,3}.

A Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2) pode ajudar o médico de Clínica Geral/Medicina de Família (MF) a ter melhor desempenho, pois permite verificar o “motivo de consulta” expresso pelo doente^{4,5}, proporcionando assim conhecimento acerca da prevalência e da incidência de “motivos de consulta” registrados como classificação alfanumérica, que pode ser explicitada através de anotações clínicas, proporcionando, desse modo, um meio para no futuro orientar melhor seus pacientes em situações semelhantes. Possibilita ainda conhecer a epidemiologia com que os médicos são confrontados. O Capítulo Z (Problemas Sociais) da CIAP-2 é especialmente importante nesse contexto, pois permite a percepção das causas sociais como motivos de consulta, bem como as causas dos problemas de saúde que devem ser atendidos pelo MF, quer como motivo de consulta quer como problema avaliado, utilizando o método de coleta de informação elaborado por Weed através do sistema Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano (SOAP), possibilitando assim a verificação do conhecimento de contatos em seus componentes biopsicossociais⁶⁻⁹.

O sistema eletrônico de registro de informação na consulta auxilia na melhoria do desempenho dos MF e em 2005, a versão eletrônica da CIAP-2 foi disponibilizada e instalada para os médicos da região central de Portugal. Os médicos, e em particular os que integram esse centro de saúde, têm sessões clínicas regulares sobre classificação, tanto no sentido de “como se realiza” como sobre o “modo de codificar”¹⁰.

O objetivo do presente estudo é verificar a tendência da classificação com a CIAP-2 no Capítulo Z (Problemas Sociais), percebendo a variação de frequência do número total de componentes de sinais e sintomas, o volume de “clasificação ajustada à população” e quais os componentes mais registrados por ano, entre 2006 e 2011, nos campos Subjetivo (S) e Avaliação (A) do método de coleta de informação SOAP.

Métodos

Realizou-se um estudo transversal, observacional e descritivo, através da análise de todos os registros eletrônicos efetuados no programa informático SAM (Serviço de Apoio ao Médico), uma ferramenta eletrônica de registro de informação segundo o método SOAP, que permite classificação para Subjetivo, Avaliação e Plano e escrita livre em todos os campos. Foi definida consulta como contato entre médico e paciente. Os registros gerados foram organizados por data e indivíduo, uma vez que existiam registros familiares integrados. Esse programa foi desenvolvido pela Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) de Portugal, uma entidade oficial, vinculada ao Ministério da Saúde de Portugal. A coleta de dados efetuou-se em agosto de 2012, através de ferramenta estatística de análise de dados registrados, o SAM-Estatísticas, desenvolvido na ARS do Centro IP. Os dados foram gerados pela atividade dos médicos, quer especialistas, quer com formação específica em Medicina Geral e Familiar (MGF), num centro de saúde localizado na cidade de Coimbra, na região central de Portugal. O volume de “classificação ajustada à população” foi estudado pela fórmula $\text{códigos}/1.000 \text{ hab./dia}$ ($\text{número de códigos} \times 1.000/\text{população no ponto médio do ano} \times 365$), permitindo assim comparações com outros contextos demográficos para os mesmos lapsos temporais. A população do ponto médio foi calculada como a média entre a do início e a do final de cada ano. Foram particularmente estudados, para cada ano, os seis sinais e sintomas mais frequentemente codificados. Foi definida tendência como a verificação da evolução de um fenômeno num lapso de tempo, podendo ela ser positiva ou negativa.

Resultados

O número de MF, quer especialistas, quer residentes, variou entre 11 especialistas e 4 residentes, em 2006, até 10 especialistas e 7 residentes, em 2011. No Quadro 1 é apresentada a quantidade de sinais e sintomas codificados no Capítulo Z, quer em Subjetivo quer em Avaliação, do método SOAP.

No Quadro 2 é mostrada a tendência evolutiva da população entre os anos e para o período quanto à população atendida, o número total de códigos de sinais e sintomas do Capítulo Z, o indicador “classificação ajustada à população” e a frequência

Quadro 1. População inscrita na metade do ano e número de códigos de sinais e sintomas, classificação ajustada à população e frequência relativa de diferentes sinais e sintomas do capítulo de Problemas Sociais da CIAP-2 nos campos Subjetivo e Avaliação do método SOAP.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
População inscrita na metade do ano	16.546	16.926	17.142	17.717	18.870	17.872
Número de códigos de sinais e sintomas no campo Subjetivo	78	168	339	365	527	455
Classificação ajustada à população no campo Subjetivo	0,013	0,031	0,065	0,056	0,077	0,070
% de diferentes códigos de Sinais e Sintomas do Capítulo Z da CIAP-2 em relação ao total de códigos em sinais e sintomas de Z	62,1	65,5	75,9	86,2	89,7	86,2
Número de códigos de sinais e sintomas no campo Avaliação	72	196	359	406	551	536
Classificação ajustada à população no campo Avaliação	0,013	0,036	0,070	0,074	0,096	0,100
% de diferentes Sinais e Sintomas do Capítulo Z da CIAP-2	55,2	82,8	75,9	86,2	89,7	86,2

População como a do ponto médio do período em observação.

Quadro 2. Tendência (Δ) de crescimento da população inscrita na metade do ano e número de códigos de sinais e sintomas, classificação ajustada à população e frequência relativa de diferentes sinais e sintomas do capítulo de Problemas Sociais da CIAP-2 nos campos Subjetivo e Avaliação do método SOAP.

Δ	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2006-2011
População inscrita na metade do ano	0,02	0,01	0,03	0,07	-0,05	0,08
Número de códigos de sinais e sintomas no campo Subjetivo	1,15	1,02	0,08	0,44	-0,14	4,83
Classificação ajustada à população no campo Subjetivo	1,42	1,09	-0,13	0,36	-0,09	4,40
% de diferentes Sinais e Sintomas do Capítulo Z da CIAP-2	0,06	0,16	0,14	0,04	-0,04	0,39
Número de códigos de sinais e sintomas no campo Avaliação	1,72	0,83	0,13	0,36	-0,03	6,44
Classificação ajustada à população no campo Avaliação	1,79	0,94	0,06	0,30	0,04	6,74
% de diferentes Sinais e Sintomas do Capítulo Z da CIAP-2	0,50	-0,08	0,14	0,04	-0,04	0,56

relativa de diferentes sinais e sintomas codificados. Verifica-se uma dinâmica de crescimento positiva ao longo do período estudado, com uma tendência negativa entre 2010 e 2011, exceto em classificação ajustada à população no campo Avaliação do método SOAP.

No Quadro 3 são mostrados a evolução, em números absolutos, dos seis códigos mais frequentes de Sinais e Sintomas do Capítulo Z quer no campo Subjetivo, quer em Avaliação, nos vários anos estudados. Deve ser notado que “Problemas com as condições de trabalho” aparece em 2007 e desde então passa a ter cada vez mais peso. Não se verificam diferenças evidentes nos tipos de códigos nos campos Subjetivo e Avaliação.

Quadro 3. Os seis códigos mais frequentes do componente Sinais e Sintomas do Capítulo de Problemas Sociais (Z) da CIAP-2 por ano, entre 2006 e 2011.

2006		2007		2008		2009		2010		2011	
(Z)S	(Z)A										
12	18	18	18	12	18	18	18	14	05	05	05
18	22	12	22	18	22	05	05	05	18	18	22
20	20	20	12	20	20	12	12	18	22	22	18
14	12	22	20	14	12	16	22	22	14	09	20
16	16	05	14	16	16	22	16	12	12	20	09
22	14	14	16	22	14	20	14	20	20	12	12

Z05 Problemas com as condições de trabalho; Z09 Problema legal; Z12 Problema relacional com o parceiro; Z14 Problema por doença do parceiro; Z16 Problema relacional com uma criança; Z18 Problema com criança doente; Z20 Problema relacional com familiares; Z22 Problema por doença de familiar.

Discussão

Neste trabalho foi estudada apenas a quantidade de classificação e não a sua qualidade ou assertividade quanto ao código que deveria ter sido registrado, bem como não foi estudada a informação registrada em termos de escrita livre pelo MF. O fato de terem ocorrido algumas ações de esclarecimento sobre a CIAP-2 na atividade formativa dos MF e dos residentes é uma das limitações de análise dos dados.

Quais os motivos pelos quais os pacientes procuram o seu MF? Muitos procuram alívio de sofrimento, visto que na maioria das vezes não sabem por que sofrem. Em muitas ocasiões queixam-se de sinais e sintomas vagos de depressão e ansiedade, dores abdominais, alterações dos hábitos intestinais, palpitações torácicas ou arritmias súbitas ou novas crises de cefaleia. Sinais e sintomas como esses devem ser codificados ou anotações clínicas devem ser feitas sobre eles. Um dos papéis do MF é fazer com que os pacientes reflitam sobre tais sinais e sintomas, expressando eventuais razões para essas queixas, razões essas que podem ser devidas a sofrimentos sociais relacionados ao trabalho, à sociedade, à família ou aos amigos e conhecidos. Em outras situações, os pacientes relatam imediatamente queixas acerca do seu contexto social, desde a carga de trabalho (física ou psíquica), à perda de trabalho, às notícias que os meios de comunicação de massa difundem (nas quais o critério jornalístico de publicação é gerar impacto), aos problemas domésticos ou de vizinhança, entre outros. Tal relato, ou mesmo a forma sentida como esses sentimentos se manifestam, devem ser bem percebidos pelo MF para auxiliar o paciente a melhor refletir sobre o seu problema e, desse modo, contribuir para a compreensão e eventual resolução de situações que podem não ser senão sintomas, ou mesmo doenças em diferentes estágios de evolução^{1,2}.

Neste estudo foi analisada a frequência de códigos do componente Sinais e Sintomas do Capítulo Z da CIAP-2 por um conjunto de MF, quer especialistas, quer residentes, ao longo de um período de 6 anos. Num estudo efetuado em Portugal e publicado em 2000, os componentes de Sinais e Sintomas no Capítulo Z aumentavam com a idade, atingindo uma frequência relativa de 2% entre os 45 anos e os 74 anos, como motivo de consulta¹¹. Não se buscou, no presente estudo, conhecer a frequência relativa comparada entre a classificação no Capítulo Z e o total codificado, mas sim procurou-se perceber como se desenvolvia o conhecimento de motivos de consulta e de avaliação de problemas sociais, com o intuito de propiciar melhor reflexão pelos MF e residentes.

O fato de serem diferentes os valores de classificação Z encontrados no presente estudo entre os campos Subjetivo e Avaliação pode significar que os pacientes tendem a pensar mais no corpo físico do que nas causas dos problemas, ou que os MF não reconheceram tais queixas como motivos de consulta no campo Subjetivo. Os MF deste estudo codificam mais frequentemente no campo Avaliação do que em Subjetivo e isso pode significar que não reconhecem o motivo de consulta

ou que o subclassificam. Não foram encontrados, até a data da revisão bibliográfica no Medline, outros artigos que versassem sobre a temática aqui abordada, o que impossibilita a discussão comparativa com outros ambientes, no entanto este estudo pode servir de referência para estudos futuros.

A tendência de crescimento ao longo do período estudado foi maior para a classificação no campo Avaliação do que no campo Subjetivo, significando que a classificação pode ainda melhorar quanto a “o que” e “como” codificar, em especial como motivo de consulta, ou seja, campo Subjetivo no modelo de coleta de informação SOAP. Apesar de terem sido realizadas algumas sessões informativas sobre o que é a CIAP-2 e sobre como codificar, é possível que os MF e os residentes, tal como os pacientes, tendam a concentrar-se mais nas questões biopsíquicas da consulta, relegando a segundo plano o aspecto social como causa dos problemas. Além do mais, a informação não escrita ou não codificada não será lembrada pelo MF e portanto será desconhecida por outros médicos que venham a prestar assistência ao paciente no futuro. O fato de o número de diferentes códigos de sinais e sintomas crescer no Capítulo Z da CIAP-2 entre 2006 e 2011 é muito importante, significando melhor classificação, em termos de qualidade, mesmo que a tendência tenha sido mais acentuada para a classificação no campo Avaliação do que no campo Subjetivo. Não foi possível explicar a tendência negativa observada entre 2010 e 2011.

À luz desses resultados seria importante perceber quantos contatos terão sido apenas codificados no Capítulo Psicológico da CIAP-2 (tanto no campo Subjetivo como no campo Avaliação), bem como o volume de classificação mista nos capítulos Psicológico e Social. Por fim, é importante que se consiga uma boa compreensão da agenda de problemas dos pacientes, com codificações e anotações adequadas, para que seja possível uma decisão compartilhada do plano terapêutico. O conhecimento da informação e registro de cada contato e, inerentemente, de cada paciente, é importante para o médico e a sua equipe, mesmo lembrando que, segundo a legislação portuguesa, o médico é o responsável pela manutenção da qualidade dos registros^{12,13}. Portanto, é necessário investimento em educação médica continuada e desenvolvimento profissional contínuo para que o conhecimento sobre o que ocorre em cada consulta possa ser apropriadamente registrado, evitando-se assim a falta de informação e melhorando-se a relação clínica na prática do MF¹⁴⁻¹⁶.

Conclusões

Entre 2006 e 2011 verificou-se uma dinâmica de crescimento positiva na classificação no Capítulo Z da CIAP-2, que foi mais importante no campo Avaliação e nos diferentes códigos do componente Sinais e Sintomas do Capítulo de Problemas Sociais. Desenvolvimento profissional e educação médica continuada são necessários para melhorar o desempenho na tarefa de classificar e registrar adequadamente, bem como no criterioso registro das anotações clínicas feitas na consulta, evitando-se a falta de informação.

Os autores reconhecem que: Este estudo não foi submetido a aprovação de Comissão de Ética devido à sua natureza ecológica, sem intervenção nem identificação de pacientes, sendo apenas o estudo, ético e deontológico, da atividade médica tendente à sua melhoria. Não houve qualquer subvenção financeira ou outra para a realização deste trabalho de autores.

Referências

1. European Academy of Teachers in General Practice. The European Definition Of General Practice / Family Medicine. Short Version Euract; 2005. [online] [acesso em 2012 Ago 25]. Disponível em: <http://www.euract.eu/official-documents/finish/3-official-documents/95-european-definition-of-general-practicefamily-medicine-2005-short-version>.
2. Sousa JC. Ups! Será que é MUPS? Rev Port Clin Geral. 2006; 22: 277-9.
3. Royal College of General Practitioners - RCGP. [online] [acesso em 2012 Ago 23]. Disponível em: http://www.rcgp.org.uk/PDF/MUS_Guidance_A4_4pp_6.pdf.
4. World Health Organization - WHO. Classifications of Diseases. [online] [acesso em 2012 Ago 25]. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/CIAP2/en/index.html>.
5. National Institute for Public Health and the Environment – RIVM. Manual for the Use of the ICPC2-ICD10 Thesaurus. [online] [acesso em 2012 Ago 25]. Disponível em: http://www.rivm.nl/whofic/cdromthesaurus/Manual%20Thesaurus%20bilingual_files/frame.htm.

6. Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med*. 1968 Mar 14; 278(11): 593-600. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM196803142781105>
7. Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med*. 1968 Mar 21; 278(12): 652-7. *concl.*
8. Botica MV, Zele I, Renar IP, Marković BB, Grgurević SS, Botica I. Structure of visits persons with diabetes in Croatian family practice: analysis of reasons for encounter and treatment procedures using the CIAP-2. *Coll Antropol*. 2006 Sep; 30(3): 495-9.
9. Witry MJ, Doucette WR, Daly JM, Levy BT, Chrischilles EA. Family physician perceptions of personal health records. *Perspect Health Inf Manag*. 2010 Jan 1; 7: 1d.
10. Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS. Sistema de Apoio ao Médico - SAM. [online]. Disponível em: <http://dis.dgs.pt/2010/10/01/sistema-de-apoio-ao-medico-sam/>.
11. Rodrigues JG. Why do patients consult their Family doctor? *Rev Port Clin Geral* 2000; 16: 442-52.
12. Ordem dos Médicos. Código Deontológico. [online] [acesso em 2012 Ago 25]. Disponível em: <https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=9c838d2e45b2ad1094d42f4ef36764f6>.
13. Portugal. Comissão Nacional de Protecção de Dados. Lei nº 12/2005, de 26 de janeiro de 2005. Informação genética pessoal e informação de saúde. *Diário da República de Portugal*, Lisboa, 26 jan. 2005. Série 1, n. 18. [online] [acesso em 2012 Ago 25]. Disponível em: <http://www.cnpd.pt/bin/legis/nacional/Lei12-2005.pdf>.
14. Braga R. Os registos clínicos e a classificação. *Rev Port Med Geral Fam*. 2012; 28: 155-6.
15. Lopes JMC. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: Lopes JMC, Gusso GDF, editores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. São Paulo: Artmed; 2012. p. 112-123.
16. Borrel Carrió F, Dohms M. Relação clínica na prática do médico de família. In: Lopes JMC, Gusso GDF, editores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. São Paulo: Artmed, 2012. p. 124-134.