

CAPÍTULO 2

O ATENDIMENTO DE IRACI

Data de aceite: 02/05/2024

Anna Beatriz de Jezus

Acadêmica do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

Bruna Altvater Saturnino

Acadêmica do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

Bruna Kelsch Saádi

Acadêmica do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

Carolina Machado

Médica de Família e Comunidade
Mestre em Gestão de Tecnologia e
Inovação em Saúde
Professora do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

Gabriela Spengler Gomes

Acadêmica do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

Guilherme Ribeiro

Acadêmico do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí
Membro da gestão da Liga Acadêmica de
Medicina da Família e Comunidade da
Universidade do Vale do Itajaí

Natália de Oliveira Barbosa dos Santos

Acadêmica do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

Wellington Sanchez Abdou

Médico de Família e Comunidade
Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho
Professor do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO TRADICIONAL

Dona Iraci, uma senhora viúva, de 62 anos, vai à consulta na UBS queixando-se de dores no “corpo todo”.

- Bom dia, dona Iraci, tudo bem? - disse Dr. João Paulo, seu médico.
- Ah, doutor, bem não estou, ando com muita dor no corpo que está se arrastando há mais de 3 anos. Não aguento mais, cada dia que passa parece que vai piorando!
Eu também tenho me sentido muito triste. E essa tristeza que a gente sente vai impedindo de realizar minhas atividades que eu tanto gosto, como... [1]

O Dr. João Paulo interrompe Dona Iraci questionando:

- Sim eu entendo, mas sobre a dor no corpo da senhora, onde está localizada? Como ela evoluiu? Tem algo que alivia ou piora? [2]
- Assim doutor é uma dor no corpo todo que eu sempre tive, mas piorou nos últimos três anos.

Dona Iraci demonstra um pouco de dúvida em sua expressão facial então o médico repete:

- E tem algum fator de melhora ou piora da dor?
- Doutor, melhorava um pouco com remédio pra dor né, mas agora não tem nada que ajude nisso. E tudo o que eu faço piora essa dor! Não posso me movimentar muito que dói.
- Entendi, e comentou que piorou nos últimos anos, lembra de ter caído ou se machucado nessa época? [3]
- Não que eu lembre doutor.
- Alguém da família da senhora tem as mesmas dores?
- Sim doutor, minha tia tem reumatismo no sangue, tenho medo de acontecer a mesma coisa comigo.
- Então, Dona Iraci, recapitulando: temos uma dor no corpo todo, sem lesão ou trauma associado, que esteve presente durante muito tempo, mas piorou nos últimos três anos e a senhora tem também história familiar de artrite reumatoide, certo?

1 e 2 - Perceba que o médico interrompe a pessoa atendida com inúmeras perguntas, a fim de preencher informações pré-estabelecidas do decálogo da dor, invalidando um sentimento trazido e dificultando a resposta de Iraci.

3 - Veja que o médico direcionou a pergunta a traumas físicos, limitando a memória da pessoa atendida.

- Certo.
- Então vou pedir para a senhora me acompanhar à maca, por favor.

Ao exame físico, além de uma leve palidez mucocutânea, o médico identifica a presença de *tender points* positivos, em ombros, coxas, lombar, cervical e durante a palpação de membros. Ambos se sentam novamente e o médico diz:

- Pela história que a senhora me contou e levando em conta o exame que realizei, a senhora tem fibromialgia, que é uma doença não articular e não inflamatória, que se manifesta com dor generalizada, principalmente nos músculos. É muito comum em mulheres de idade mais avançada. Essa doença tem um caráter benigno, mas crônico, portanto, a senhora terá que cuidar para a vida toda [4]. Essa doença é acompanhada de problemas de sono, ansiedade e depressão... Você comentou sobre uma tristeza não é mesmo?
- É sim doutor, ando triste de um tempo para cá.
- Você percebeu uma mudança nos hábitos alimentares, no sono e no humor ultimamente?

Um pouco impactada sobre todas as informações recebidas e perguntas realizadas, Dona Iraci responde:

- Agora que o senhor falou, acredito que sim. [5]
- Entendo... como imaginei, a senhora está em um estado depressivo, mas nada para se preocupar é algo muito comum ultimamente. Irei pedir para fazer alongamentos pela manhã e à noite, de preferência com um profissional na academia, irei receitar dois antidepressivos, um com função analgésica para você tomar à noite e um com função de regulação do humor para tomar pela manhã, juntos irão acalmar a senhora também, tudo bem? [6]
- Tudo sim doutor, obrigada

O médico explica a receita e entrega as orientações que devem ser entregues ao educador físico da academia. Ambos se despedem e o médico transcreve as informações para o prontuário.

4 - Note que o médico se apropria de termos técnicos e impessoais para explicar para dona Iraci sua condição e não leva em consideração os seus sentimentos, ideias, funcionamento ou contexto para facilitar uma comunicação adequada e explorar outros aspectos além do biológico. Ademais, o médico coloca toda a responsabilidade do tratamento no indivíduo atendido e não em ambos, como seria com o MCCP.

5 - Observe como o médico induz a resposta para preencher os requisitos da doença. Não oportuniza espaço para falar dos sentimentos, entender as possíveis causas da depressão e como isso impacta a vida de dona Iraci.

6 - Atente-se que a pessoa agiu de forma passiva quanto ao tratamento, aceitando as imposições médicas. Ao não entender o seu contexto, o médico não sabe a condição dela de pagar uma academia, o interesse dela nisso, sua relação com os medicamentos prescritos, fatores que podem levar a uma menor adesão ao tratamento.

ABORDAGEM PELO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Dona Iraci, uma senhora viúva, 62 anos, vai à consulta na UBS queixando-se de dores no “corpo todo”.

- Bom dia, dona Iraci, seja bem-vinda! Entre por favor.

O Dr. Marco Aurélio recepciona Dona Iraci na porta, já analisando informações sobre postura, marcha, tônus, fâcies e estado nutricional. Após ambos se sentarem o médico destaca:

- Com o que posso te ajudar hoje Dona Iraci? **[1]** - disse Dr. Marco Aurélio
- Ah, doutor, eu estou com muita dor no corpo e isso já está se arrastando há mais de 3 anos. Não aguento mais, cada dia que passa parece que vai piorando.

Dr. Marco Aurélio, seu Médico de Família e Comunidade, acena com a cabeça, indicando que deseja ouvir mais sobre isso **[2]**.

- Eu também tenho me sentido muito triste. É dessas tristezas que a gente sente e vai impedindo de realizar as atividades que eu tanto gosto, como ir à Igreja, visitar as amigas e participar do grupo de caminhada ali na pracinha. Durante o dia fico muito cansada e no período da noite tenho problemas para dormir.
- Sim eu entendo....
- De uns tempos pra cá não consigo ser eu mesma.
- Conte-me mais sobre isso **[3]**.
- Eu sempre tive dores no corpo, sabe? Minha família toda tem problema de reumatismo no sangue. Me preocupo muito com isso, pois tenho uma tia que ficou com as mãos e os braços deformados pela doença **[4]**.
- Como você relaciona essa doença familiar com seus sintomas?
- Ah doutor, relaciono com a idade e minhas dores, a gente vai ficando velha e percebe algumas coisas, sabe?

O médico acena com a cabeça, tentando entender um pouco mais sobre as preocupações de Dona Iraci acerca da artrite reumatoide familiar **[2]**.

1 - Note que nesse trecho o médico inicia com uma pergunta aberta abrindo oportunidade para no “golden minute” a pessoa se expressar, apresentar suas queixas e sua experiência vivida acerca disso.

2 - Perceba a importância da linguagem não verbal. O médico ao acenar com a cabeça, inclinar-se e por meio de suas expressões mostra interesse na pessoa que está sendo atendida, deixando-a mais confortável para se expressar e facilitando a abordagem integral do indivíduo.

3 - Esse tipo de frase estimula que a pessoa fale livremente sobre seus sentimentos, ideias, funções e expectativas.

4 - Dona Iraci expõe sua experiência com a doença, uma vez que acompanhou outras pessoas da família ficarem com deformidades por conta da patologia, e ele tem receio de ter a mesma doença.

- Minha tia sempre reclamou de muita dor... ela foi “encarangando” e atrofiando as mãos e pés... Esse é o meu medo! Se isso acontecer, eu que sou sozinha, como vou dar conta das coisas da casa? [5]
- Claro Dona Iraci, entendo que está preocupada com as suas dores pois acredita que pode ser a mesma doença de sua tia, certo? [6]
- Sim doutor.
- Sendo assim, eu gostaria de entender mais sobre essa dor. Consegue relacionar com algo próximo ao início dela?
- Agora refletindo e conversando com o senhor, estou pensando aqui que as dores ficaram mais marcantes após a morte do meu falecido marido, Jair.
- Me fala mais sobre isso, quero entender melhor essa situação [7].
- Então doutor...sempre tive uma vida muito sofrida, trabalhei desde pequena na roça. Ainda quando menina, já sentia dores depois do trabalho. Me casei e continuei dando conta da casa, dos filhos... isso judia muito do corpo, e com a idade tudo piora! Tenho sentido dor mesmo, todos os dias, há uns 6 ou 7 anos, mas como lhe disse, piorou há uns 3 anos, época em que o meu marido Jair faleceu por câncer. Não têm lugar do corpo que eu não sinta dor Dr. Marco Aurélio e isso afeta muito a minha rotina [8].
- E como a senhora espera que eu possa lhe ajudar hoje Dona Iraci?
- Ah doutor, eu só quero que o senhor ajude a aliviar esta dor [9].
- Juntos iremos manejar essa queixa. Tirando a tristeza, os problemas de sono e as dores no corpo, posso ajudar em algo mais nesse momento? [10]
- Não doutor, que eu me lembre é isso que mais me incomoda mesmo...

5 - Veja que a pessoa relaciona seus sintomas com uma doença familiar e expõe seu medo e experiência para com esta doença. Nesse momento, o médico explora o componente 1 do M CCP.

6 - Observamos o (S)IFE do Componente 1 - Sentimento e Ideia do indivíduo acerca da doença.

7 - Novamente o médico utiliza uma frase (técnica de comunicação), que permite que dona Iraci se expresse livremente

8 e 9 - Ainda explorando o componente 1, o médico identifica o Funcionamento da doença para a pessoa (8) e as Expectativas dela no médico (9), compreendendo, assim, completamente o SIFE.

10 - Note que o médico alinha o que foi dito anteriormente e questiona se há algo mais que deva ser analisado antes de fazer o exame físico, assim, otimiza tempo e abre espaço para que Iraci exponha alguma outra eventual queixa, e assim evite demandas aditivas.

Por fim, antes de realizar o exame físico, o médico questiona sobre os demais aparelhos e sistemas e acerca do contexto pessoal, familiar, próximo e amplo. Identifica que é viúva há três anos, possui apenas uma filha, esta que mora em outro estado e que detêm pouco contato. Possui uma vida financeira estável, aposentada com dois salários mínimos sem auxílio-doença, seu lazer gira em torno da convivência com sua rede de apoio, isto é, amigas, indivíduos da igreja e grupo de caminhada [11].

- Então vou pedir para a senhora me acompanhar até a maca para eu dar uma olhadinha em você.

Ao exame físico, além de uma leve palidez mucocutânea é identificada a presença de *tender points* positivos, em ombros, coxas, lombar, cervical e durante a palpação de membros.

Ambos sentam-se novamente e o médico questiona:

- Dona Iraci, a senhora já ouviu falar sobre fibromialgia?
- A Marta da rua de baixo comentou que a mãe dela tem isso, mas não sei ao certo o que é não - responde Iraci com uma expressão de dúvida.
- Fibromialgia é uma doença não articular, portanto diferente da que sua tia possui. Se manifesta com dor no corpo todo, principalmente nos músculos. É um problema de saúde muito comum Dona Iraci, principalmente em mulheres da sua idade. Essa doença tem um caráter benigno e crônico, isto é, cuidaremos a vida toda. As pessoas que têm fibromialgia apresentam uma sensibilidade maior à dor, é como se tivesse um botão de volume desregulado e qualquer coisa que “ataque os nervos” faz essa dor piorar [12].
- Conseguiu entender ou prefere que eu explique de outra forma?
- Entendi sim doutor.
- É muito comum que a fibromialgia apareça depois de eventos graves na vida de uma pessoa, como um trauma físico ou psicológico, como foi com você após a morte de seu marido.

11 - Desse modo, o médico buscou explorar o segundo componente do MCCP.

12 - Veja que o médico utiliza uma linguagem acessível e recursos linguísticos para facilitar a compreensão sobre a doença.

Dona Iraci suspira...

- Fico contente que entendeu, estou aqui para esclarecer qualquer dúvida. Nenhuma pergunta é boba, ok?
- Não sabe o quanto eu fico aliviada em ouvir isso. Só de saber o que eu tenho já tira um monte de preocupações da cabeça. E doutor, como que trata essa tal de fibromialgia?
- Então Dona Iraci, temos alguns pontos importantes no tratamento, iremos estabelecer algumas metas para mim e algumas para você, em duas semanas, conforme sua disponibilidade, você retorna e juntos analisamos o que funcionou e o que iremos adaptar, pode ser? **[13]**
- Pode ser sim.
- Primeiro eu gostaria de parabenizar a senhora por estar participando do grupo de caminhada, ele vai ser de extrema importância no tratamento da fibromialgia, eu gostaria apenas de adicionar uns 15 minutos de alongamento antes e depois do exercício, acha que conseguiria? **[14]**
- Acredito que sim doutor.
- Que bom! Além disso teremos que monitorar o estresse, pois esse tem uma relação muito próxima com a fibromialgia, para isso pensei em prescrever Sertralina de 50 mg no período da manhã e Amitriptilina 25 mg no período da noite. Irão ajudar a senhora com o sono e com as dores. Você conhece essas medicações? Estaria disposta a tomar?
- Conheço sim Dr. uma das minhas amigas faz uso da Amitriptilina também.
- Perfeito! então acredito que com os exercícios, alongamento, regulação do sono e monitoramento do estresse poderemos ter uma melhora no tratamento. Em caso de dores intensas, compressas quentes e massagem no local podem aliviar a dor também. O que achou do tratamento, acha que será possível realizar essas medidas? **[15]**
- Acho que sim Dr., só de pensar que essas dores podem aliviar já fico contente.
- A senhora ficou com alguma dúvida?
- Não, seria isso mesmo, muito obrigada.

O médico entrega a receita dos medicamentos com algumas orientações do que foi combinado e ambos se despedem. Posteriormente transcreve todas as informações para o prontuário.

13 - Nessa etapa da consulta percebemos o terceiro pilar do MCCP, onde médico e a pessoa elaboram juntos um plano de manejo dos problemas apresentados durante a consulta.

14 e 15 - Perceba que o tratamento foi uma construção da pessoa atendida e do médico de forma conjunta, levando em consideração os contextos e alinhando-nos com as orientações médicas, questionando sempre se o tratamento agrada e se ele se encaixa na rotina do indivíduo. Por fim, é realizado um fechamento com todas as orientações, abrindo novamente para questionamentos ou explicações para o caso de dúvida. Deste modo o médico contempla o último componente do MCCP, já iniciado no começo da consulta e construído ao longo dela, que se baseia na intensificação da relação pessoa-profissional.

AS POTENCIALIDADES DO MCCP FRENTE AO MODELO TRADICIONAL

Ao entender melhor os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), torna-se evidente que diferentes abordagens podem levar a resultados distintos em um mesmo caso clínico, envolvendo uma mesma pessoa atendida.

O Método Clínico tradicional, ou centrado no profissional, tem suas raízes fincadas no final do século XIX, conforme descrito por Francis G. Crookshank¹, um epidemiologista britânico. Este período foi marcado pelo distanciamento entre a medicina e a filosofia, resultando na transformação da medicina em uma ciência fundamentada em fatos observáveis. De acordo com Stewart e col.², a ampla adoção desse método e seu sucesso monumental fizeram dele a principal abordagem médica na sociedade ocidental por um longo período. No entanto, ao longo do tempo, sua eficácia diminuiu à medida que suas abstrações se afastam cada vez mais da experiência vivida.

No primeiro caso, o enfoque está na busca por sinais, sintomas e evidências clínicas que sustentem um diagnóstico hipotético, que pode ou não ser o motivo real da consulta. O médico, seguindo uma abordagem biologicista, tenta catalogar a dor referida através de perguntas embasadas no decálogo da dor. Por outro lado, no segundo caso, o médico que adota o MCCP permite que a pessoa se sinta à vontade para expressar suas verdadeiras preocupações no “golden minute”, seja relacionado a uma patologia ou a um incômodo, demonstrando interesse através de afirmações verbais ou ações não verbais.

A escuta ativa e a observação atenta estreitam a relação médico-pessoa, facilitando a manifestação de temas sensíveis durante o atendimento. De acordo com Moira Stewart e col.², “ser centrado na pessoa significa ser aberto aos sentimentos dela. Significa envolver-se de uma forma que se tornou difícil por causa do antigo método.” (p. 31). Isso fica evidente na diferença de abordagem entre os dois casos, em que o primeiro médico na tentativa de afunilar diagnósticos prováveis, induz perguntas já nos primeiros minutos, relacionadas à causa das dores e atrelando-as à contusão ou trauma. Em contrapartida, temos outro profissional que objetiva o oposto, deseja ampliar sua visão para compreender o máximo da pessoa observada. Essa última atitude permitiu que Dona Iraci pudesse expor seu medo, esse embasado na ideia do que acha que a doença é. Ademais, possibilitou que fosse compreendido um fator familiar e psicológico, o falecimento do marido Jair, como um fato associado à intensificação da dor, não referido na consulta biomédica.

Nesse prisma, entendemos que com o MCCP temos uma troca de especialistas, o médico especialista no processo de saúde e o indivíduo especialista na experiência da doença, uma vez que o processo de adoecer é único. Portanto, segundo Stewart e col.² o médico interpreta a experiência do adoecer no aspecto fisiopatológico: o nome da doença, as causas, os sintomas, as apresentações e o tratamento recomendado, por outro lado a pessoa a interpreta em termos de experiência: como é ter essa doença, suas crenças sobre a natureza da doença e suas expectativas quanto ao tratamento. Em uma troca de

informações, faz-se possível compreender que não é possível que nenhuma das partes realizasse uma decisão de forma unilateral. Todas as decisões e observações acerca não somente da doença, mas da experiência desta para com essa pessoa única, deve levar em consideração as visões de ambos os especialistas. Assim, é possível ir além do biológico e permite cuidar não apenas da doença diagnosticada, mas sim de uma pessoa com expectativas, medos e singularidades.

Dando continuidade à consulta, observamos que o médico Marco Aurélio, no segundo caso, objetiva o entendimento da pessoa no maior espectro possível, e dessa forma, procura entender o que saúde e doença significam para o indivíduo e, para isso, contemplar no atendimento seus comportamentos, convicções e sentimentos, por vezes inconscientes.

Nem sempre os elementos de uma consulta são aparentes de imediato, tornando a escuta qualificada o caminho para entender quais estratégias se fazem necessárias para atingir os objetivos da clínica. Kasuya e Sakai³ sugerem que o médico deve ter a consciência e um olhar sensível para o impacto que a idade, orientação sexual, espiritualidade, nível socioeconômico, costumes culturais, relações familiares e ocupacionais podem ter sobre o processo da doença, o diagnóstico e o tratamento de cada um de seus pacientes e que contribuem para o aparecimento, desenvolvimento e continuidade das doenças⁴.

Através do caso descrito, conduzido pelo M CCP, observa-se que as dores de Iraci estão intrinsecamente relacionadas a um contexto próximo, em virtude da relação com o fato de seus familiares possuírem artrite reumatoide, o que lhe causa medo. Além disso, identifica-se um significativo sofrimento decorrente da incapacidade de realizar suas atividades diárias, devido à tristeza que a acomete. No entanto, destaca-se a capacidade do médico em discernir o momento em que as dores iniciaram e a influência que o contexto possui em suas queixas, viabilizado pela escuta qualificada durante o atendimento, revelando então que as dores de Iraci se intensificaram após o falecimento do marido.

Este caso ilustra a importância da abordagem holística na compreensão das manifestações clínicas e na identificação dos fatores desencadeantes, ressaltando a necessidade de uma atenção sensível e uma compreensão o mais abrangente possível acerca do indivíduo e da complexibilidade atrelada à ele, fator o qual não foi observado no médico do primeiro caso, que utiliza da abordagem tradicional (biomédica), uma vez que nem ao menos ouviu durante a consulta acerca do falecimento do marido de Iraci.

Ugarte e col.⁵ referem que a autonomia do indivíduo está intrinsecamente relacionada à sua compreensão, portanto, o fato de Iraci receber o diagnóstico garante a possibilidade do exercício do direito de autonomia durante seu próprio processo de adoecimento e recuperação. Maeyama e col.⁶, ressaltam que o tratamento eficaz não depende apenas de orientações médicas, mas também da capacidade do indivíduo de retomar sua vida, perdida com a evolução dos problemas de saúde. Assim, no caso de Dona Iraci, a satisfação em compreender a causa de suas dores e enfrentar o medo da doença familiar demonstra

como a abordagem centrada na pessoa pode impactar positivamente a experiência do indivíduo.

Destacar a pessoa como protagonista de sua própria saúde é dever do médico, que deve o fazer através de sua prática e conduta frente ao caso. Uma vez que o indivíduo atendido se enxerga como agente ativo no seu processo doença-saúde e sente autonomia frente às situações envolvidas, ele tem espaço para contar sua história, suas queixas e determinar como se sente nesse contexto e como gostaria de agir a partir de determinado ponto.

Nesse prisma, observe que durante o exame físico ambos os médicos percebem os *tender points*, isto é, pontos de intensa sensibilidade nos tecidos moles. Esse sinal, associado à história clínica, levou ambos à hipótese de fibromialgia. Porém, o médico que se baseia no MCCP utiliza dessa oportunidade para entender um pouco mais sobre o contexto em que a pessoa vive, sua questão financeira, preferências, hábitos de vida, redes de apoio, dentre outros aspectos importantes que possam facilitar na construção do cuidado com a pessoa.

As relações em geral envolvem poder, cuidado, sentimentos, confiança e objetivos. O objetivo neste tipo de relação, médico-pessoa, deve ser obviamente compartilhado por ambos e não pode ser outro que o de conseguir o maior grau de saúde para a pessoa atendida. Uma boa relação terapêutica deve fundamentar-se em atributos tais como a empatia, congruência, respeito, atitude positiva, cuidado e interesse pelo outro, confiança mútua e a facilidade de aceitar as diferenças quando se compartilha um objetivo⁷. Dessa maneira, no quarto componente, Stewart e col.² ressaltam a importância de se fortalecer a relação médico-pessoa, um processo que deve ser construído durante toda a consulta e ser aprimorado em todos os encontros em uma assistência longitudinal⁴.

Nesse contexto, torna-se evidente, por meio do segundo exemplo, a importância vital da presença, da escuta atenta, da sensibilidade e do interesse como elementos fundamentais na construção de um vínculo de qualidade. Este, por sua vez, contribui significativamente para um tratamento mais eficaz ao indivíduo sob cuidado, uma vez que todas as decisões são tomadas em conjunto. Assim, ao fomentar uma relação baseada na empatia e no respeito mútuo, possibilita-se a aplicação contínua do cuidado, estabelecendo-se um sólido elo de confiança entre médico e indivíduo. Contudo, é crucial estar ciente da transferência e contratransferência durante esse processo, pois tais fatores podem influenciar substancialmente a conexão estabelecida². Em contraste, quando comparado ao cenário do método clínico centrado exclusivamente no profissional, observa-se uma relação superficial, focada unicamente na patologia, o que não favorece a longitudinalidade e a criação de um ambiente acolhedor, de vínculo e confiança.

Em resumo, podemos concluir que o Método Clínico Centrado na Pessoa permitiu ao médico não apenas observar sinais, sintomas e evidências clínicas acerca da condição de dona Iraci, mas também permitiu que fosse compreendido a pessoa por trás da doença,

reconhecendo a experiência, as emoções e os desejos inter relacionado a ela. Porém, Stewart e col². alertam que por mais que haja recomendações de uma abordagem ideal e padrão, os componentes e as etapas são apenas um alicerce guia, uma vez que a abordagem deve ser individualizada para cada cenário, cada indivíduo e cada consulta. Desse modo, a abordagem holística é essencial para uma prática médica que promova saúde e bem-estar de forma integral, individualizada e personalizada não somente para cada indivíduo, mas para cada consulta.

REFERÊNCIAS

1. Crookshank FG. The theory of diagnosis. British Medical Journal [Internet]. 20 nov 1926 [citado 25 abr 2024];2(3437):955.
2. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017. 508 p.
3. Kasuya RT, Sakai DH. Patient-centered medical education: has an educational paradigm finally found a name? Hawai'i Journal of Medicine & Public Health : A Journal of Asia Pacific Medicine & Public Health [Internet]. 1 fev 2023;72(2):63.
4. Barbosa MS. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde [manuscrito]: aplicação e dificuldades na utilização por estudantes de medicina [Dissertação de mestrado na Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2017. 75 p.
5. Ugarte ON, Acioly MA. The principle of autonomy in Brazil: one needs to discuss it Rev Col Bras Cir [Internet]. 2014 Sep; 41(5):374–7.
6. Maeyama MA, de Souza GG, de Carvalho TNN, de Oliveira LAEL, Munaro CA, Kuhnen Élcio R. Organização da atenção à saúde da pessoa idosa - relato de experiência a partir da técnica do arco de Maguerez. Arq. Ciênc. Saúde Unipar [Internet]. 20º de março de 2024; 28(1):1-23.
7. Ruben R, Oliveira ACD, Savassi LCM, Souza LC de, Dias RB. Abordagem centrada nas pessoas. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 17º de novembro de 2009; 4(16):245-59.