

Roteiro de entrevista clínica voltado para atenção primária: uma abordagem tridimensional

Clinical interview guide aimed at primary care: a three-dimensional approach

Ricardo Alexandre de Souza¹ 

anaflaviaoliveira26@outlook.com

Ana Flávia Alves de Oliveira¹ 

carlosmtigre@gmail.com

Carlos Eduardo Moraes Tigre¹ 

eduardhabarrosomed@gmail.com

Eduardha Santos Temponi Barroso¹ 

ric.alex@gmail.com

RESUMO

Introdução: O ensino de competências que capacitem entrevistadores para integrar e executar eficientemente uma consulta é essencial na formação médica. No entanto, sem orientação adequada, os alunos dos anos iniciais da graduação em Medicina enfrentam desafios para produzir um registro clínico qualificado. Para aprimorar o cuidado oferecido, foi desenvolvido um roteiro de orientação para a coleta de dados durante as consultas médicas. Esse roteiro é baseado no método clínico centrado na pessoa, na consulta em sete passos e no registro clínico orientado por problemas, visando padronizar o registro e integrar o usuário ao Prontuário Eletrônico do Cidadão.

Relato de experiência: Foi realizada uma pesquisa extensa nas bases de dados PubMed, SciELO e BVS com os descritores “registro clínico”, “educação médica”, “anamnese” e “anamnese de saúde familiar”. Além disso, utilizaram-se livros especializados como arcabouço teórico. O roteiro inicial foi analisado por especialistas em educação médica e prática clínica, e discutido com estudantes da graduação.

Discussão: O roteiro combina três abordagens metodológicas distintas e complementares, de modo a ampliar o escopo de aprendizagem e sistematizar a consulta em etapas definidas. Inicialmente, são descritas etapas preparatórias e de primeiros minutos, focadas na organização e no acolhimento do paciente. Em seguida há a fase subjetivo, em que se colhe a demanda e se exploram tópicos relevantes à compreensão integral do paciente, como contexto sociocultural, histórico patológico pregresso e familiar, e aspectos de prevenção de doença e promoção da saúde. Na fase objetivo, são registrados os dados observados pelo entrevistador, incluindo resultados de exames físicos e complementares. Na avaliação, define-se a lista de problemas para a elaboração dos planos diagnósticos, terapêuticos, de seguimento e de educação em saúde, que são registrados no plano. Finalmente, são verificadas as dúvidas e dadas as últimas orientações. Após a consulta, sugere-se um momento de autoavaliação e relaxamento mental para o entrevistador.

Conclusão: Com a utilização desse roteiro, pretende-se aprimorar as habilidades de comunicação dos entrevistadores, de modo a tornar a coleta de informações mais eficaz e oferecer suporte aos estudantes na gestão da consulta. Esse roteiro também funciona como uma ferramenta de humanização da relação entre entrevistador e entrevistado e do vínculo paciente-profissional de saúde.

Palavras-chave: Registros Médicos; Educação de Graduação em Medicina; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Teaching skills for interviewers to effectively integrate and conduct a medical consultation is essential in medical education. However, early-year medical students face challenges in producing high-quality clinical records without proper guidance. Thus, an interview guideline was developed to collect information during medical consultations and improve care. This guideline is based on the patient-centered clinical method, seven-step framework for consultation, and problem-oriented medical record to standardize documentation and integrate patients into the electronic health record.

Experience report: An extensive literature review was conducted using PubMed, SciELO, and Virtual Health Library databases with the descriptors “clinical record”, “medical education”, “anamnesis”, and “family health history.” Also, specialized books were used for the theoretical framework. The initial interview guideline was reviewed by experts in medical education and clinical practice and discussed with undergraduate students.

Discussion: The interview guideline combined three distinct and complementary methodological approaches, expanding the learning scope and systematizing the medical consultation into defined stages. The guideline initially describes Preparation and First minutes steps, focused on organization and welcoming the patient. In the Subjective step, the demand and relevant topics for a comprehensive understanding of the patient are explored, including sociocultural context, previous and family medical history, and health promotion and disease prevention. In the Objective step, the interviewer records the observed data, including physical and complementary test results. The Assessment step involves defining a list of problems to develop diagnostic, therapeutic, follow-up, and health education plans, which are recorded in the Plan. Finally, any remaining questions are addressed, and final instructions are provided. After the consultation, a moment for self-reflection and mental rest is suggested for the interviewer.

Conclusion: The use of this interview guideline aims to enhance the communication skills of interviewers for effective data collection, supporting students in managing the consultation. Also, this guideline may be a tool for humanizing and strengthening patient-professional relationships.

Keywords: Medical Records; Education; Medical; Undergraduate; Primary Health Care.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.

Editora associada: Andrea Tenorio Correia da Silva.

Recebido em 05/06/24; Aceito em 05/06/25.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

A medicina de família e comunidade (MFC) destaca-se no cenário da educação médica global pela sua abordagem integral e centrada no paciente. No Brasil, a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014¹ realçou a importância de formar médicos com competências para oferecer cuidados que se estendem para além do indivíduo, alcançando sua família e comunidade. Esse foco requer uma reorientação curricular que enfatize habilidades clínicas e comunicativas adaptadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, o método clínico centrado na pessoa (MCCP) se estabelece como um paradigma de abordagem ao paciente capaz de promover um cuidado em saúde de alta qualidade²⁻⁴, com reflexos no processo educacional adotado por diversas instituições acadêmicas do mundo, incluindo Europa, América Latina, América do Norte e Ásia^{5,6,7}. Com vistas a ajustá-lo para se alinhar às nuances do sistema de saúde brasileiro, a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) têm desempenhado um papel crucial na promoção de diretrizes que apoiam o desenvolvimento de projetos político-pedagógicos que incorporem esses conceitos, enfatizando a inserção precoce dos estudantes em ambientes de prática clínica supervisionada⁸.

A educação médica centrada na família e comunidade enfrenta desafios significativos⁹, particularmente no que tange à integração dos estudantes em unidades de saúde da família, onde eles podem vivenciar a realidade da saúde pública brasileira^{10,11}. A experiência nesses espaços é fundamental para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia, embora frequentemente seja marcada por desafios, como desorganização das unidades, falta e heterogeneidade de preceptoria e dificuldades em visitas domiciliares. Esses fatores podem impactar negativamente a percepção dos estudantes sobre o sistema de saúde e diminuir a satisfação geral com o processo educacional¹⁰⁻¹³.

Além disso, o estresse associado ao aprendizado de técnicas de entrevista sem o suporte adequado de um modelo teórico-prático robusto e mais diretivo é uma barreira considerável. A complexidade de entrevistar e ao mesmo tempo exercer um cuidado centrado na pessoa exige que o estudante desenvolva a capacidade de gerenciar a anamnese de forma eficiente, considerando as necessidades individuais do paciente enquanto navega por um ambiente clínico muitas vezes imprevisível¹⁴⁻¹⁶.

Paralelo a esses desafios, o Prontuário Eletrônico do Cidadão da Estratégia e-SUS Atenção Básica foi implementado para alimentar um sistema unificado de informatização, com os objetivos de melhorar a integração de dados e otimizar a

gestão do cuidado¹⁷. Dentro dessa estratégia, o registro clínico orientado por problemas (RCOP, proposto originalmente por Lawrence L. Weed na década de 1960¹⁸, tem sido adaptado para melhorar a comunicação e a organização dos registros clínicos dentro do SUS, promovendo uma prática médica em que cada dado do paciente é vinculado a um problema específico, melhorando assim a continuidade e a colaboração entre especialidades¹⁷.

Já a consulta em sete passos (C7P), proposta pelo médico português Vítor Ramos, oferece uma estrutura que pode ser particularmente útil para entrevistadores inexperientes. Esse modelo não só ajuda a orientar o atendimento clínico, como também reforça a importância de uma abordagem integral que valoriza o contexto sociocultural do paciente¹⁹, embora ainda não haja estudos relativos à eficácia da sua aplicabilidade nos contextos clínico e educacional.

Ainda há uma lacuna significativa no ensino de técnicas para a elaboração de prontuários médicos e na condução de entrevistas clínicas que verdadeiramente reflitam a complexidade dos cenários de atenção primária brasileiros. As traduções e validações de instrumentos como a McGill Entrevista Narrativa de Adoecimento (*McGill Illness Narrative Interview* – MINI), os guias de comunicação Calgary-Cambridge e outros têm sido passos importantes nesse sentido¹⁹⁻²⁷. Contudo, é preciso desenvolver e adaptar mais recursos que atendam especificamente às necessidades locais, visando à sua melhor aplicabilidade em nosso contexto^{4,20}.

Em resposta a essas necessidades, o artigo traz a experiência e o resultado do desenvolvimento de um modelo de registros clínicos que integra o MCCP, o RCOP e a C7P, adaptado para a realidade brasileira de ensino e prática clínica. Esse modelo não só visa promover a criação de prontuários médicos dinâmicos e qualificados, como também propõe ser um roteiro de entrevista clínica adaptado para estudantes em práticas supervisionadas na atenção primária. Tal iniciativa está alinhada com a sistemática dos registros no e-SUS Atenção Básica e pautada no princípio de integralidade da atenção primária à saúde no Brasil, representando um avanço significativo na formação médica centrada no paciente, em sua família e na comunidade.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Para criar esse modelo, empregou-se uma abordagem metodológica qualitativa e exploratória, fundamentada na análise de literatura especializada, com o objetivo de desenvolver um roteiro inovador para entrevistas clínicas na formação médica. Para tanto, contou-se com o embasamento teórico em livros dedicados aos temas de MCCP²⁷, habilidades de comunicação em saúde²⁸⁻³¹, RCOP³² e roteiros de anamnese¹⁹,

em conjunto com 25 artigos selecionados nas bases de dados PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde utilizando os descritores “registro clínico”, “educação médica”, “anamnese” e “anamnese de saúde familiar”, de acordo com o escopo pretendido, em línguas portuguesa e inglesa, nos últimos 15 anos, mas com uma perspectiva que utilizasse o MCCP ou o RCOP ou a C7P. A análise dos textos selecionados foi realizada de maneira crítica e reflexiva pelos autores, buscando identificar elementos que pudessem ser adaptados ou aprimorados para a construção de um roteiro efetivo, finalizando com oito artigos¹⁹⁻²⁶. Com base na revisão da literatura, desenvolveu-se um roteiro preliminar, que foi submetido à avaliação de especialistas na área de educação médica e prática clínica. Nesse primeiro momento, quatro especialistas foram escolhidos por lecionarem em faculdade de Medicina e por terem em média mais de dez anos de prática na área de atenção primária em saúde, especificamente em MFC. Esses especialistas fizeram comentários sobre o roteiro que, após discussão com os autores, foram ou não incorporados na forma de alterações. No segundo momento, discutiram-se com estudantes de graduação em Medicina, por meio de um projeto de extensão, o roteiro e sua aplicação, já que o discente era o usuário final pretendido do roteiro, inicialmente. Nesse segundo momento, aplicou-se o questionário que buscava receber dos alunos o retorno sobre o uso, as vantagens e os desafios em seu uso. Ambos os momentos tiveram como objetivo refinar o roteiro, incorporando *feedbacks* e sugestões que pudessem enriquecer sua aplicabilidade e eficácia pedagógica. Os critérios utilizados em ambos os casos foram facilidade de uso, coerência com a prática da MFC e adequabilidade do uso do roteiro no ensino de graduação. Esse roteiro vem sendo aplicado, há dois anos, na única disciplina com foco em MFC do curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e uma pesquisa está em andamento para documentar os avanços dessa experiência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os três pilares desse roteiro – MCCP, C7P e RCOP – permitem uma robusta orientação para o aprendizado e a qualidade da consulta^{6,7,33-36}. Essa combinação metodológica amplia o escopo da aprendizagem ao prever a abordagem baseada em problemas (RCOP), promover a humanização do cuidado por ser centrado no paciente (MCCP) e oferecer etapas claras, bem definidas e sequenciadas que auxiliam os estudantes na aquisição de conhecimento (C7P). Entende-se que a fusão dos três métodos potencializa a entrevista e a forma de apoio visual facilita o ensino e o aprendizado, permitindo como foco principal a humanização no processo da obtenção de informações para o cuidado em saúde.

Foram pensadas perguntas que auxiliassem no diagnóstico sintômico ou probabilístico a partir da fala inicial do paciente, ao mesmo tempo que se destacaram as orientações para o estabelecimento de uma relação médico-paciente saudável e centrada na pessoa. Essas perguntas, contudo, não são estanques nem autossuficientes, devendo o aluno ter a autonomia de pensar novas ou semelhantes, conforme se sentir pronto a ter sua própria forma de coletar as informações. Considerando que a grande maioria dos diagnósticos médicos, estimados entre 70% e 90%, baseiam-se exclusivamente na história clínica do paciente, a habilidade de coletar essas informações de forma objetiva e organizada é essencial para um diagnóstico assertivo³⁷.

O *design* do roteiro incorpora três componentes principais: um quadro-resumo, um roteiro visual e um roteiro descritivo. Cada componente foi elaborado para atender às necessidades educacionais dos estudantes de forma integrada e complementar. Cada componente foi desenvolvido tendo em vista as necessidades específicas do graduando.

O primeiro componente, o quadro-resumo, oferece uma visão geral e concisa das etapas envolvidas na entrevista médica, servindo como uma referência rápida para os estudantes em contexto clínico. O segundo, o roteiro visual, emprega elementos gráficos para guiar os alunos na sequência e nos aspectos focais de cada etapa, facilitando uma assimilação mais intuitiva do procedimento. E o terceiro componente, o roteiro descritivo, apresenta uma explanação detalhada de cada etapa, orientando sobre as questões a serem abordadas, os temas a serem explorados e a fundamentação para cada parte do processo.

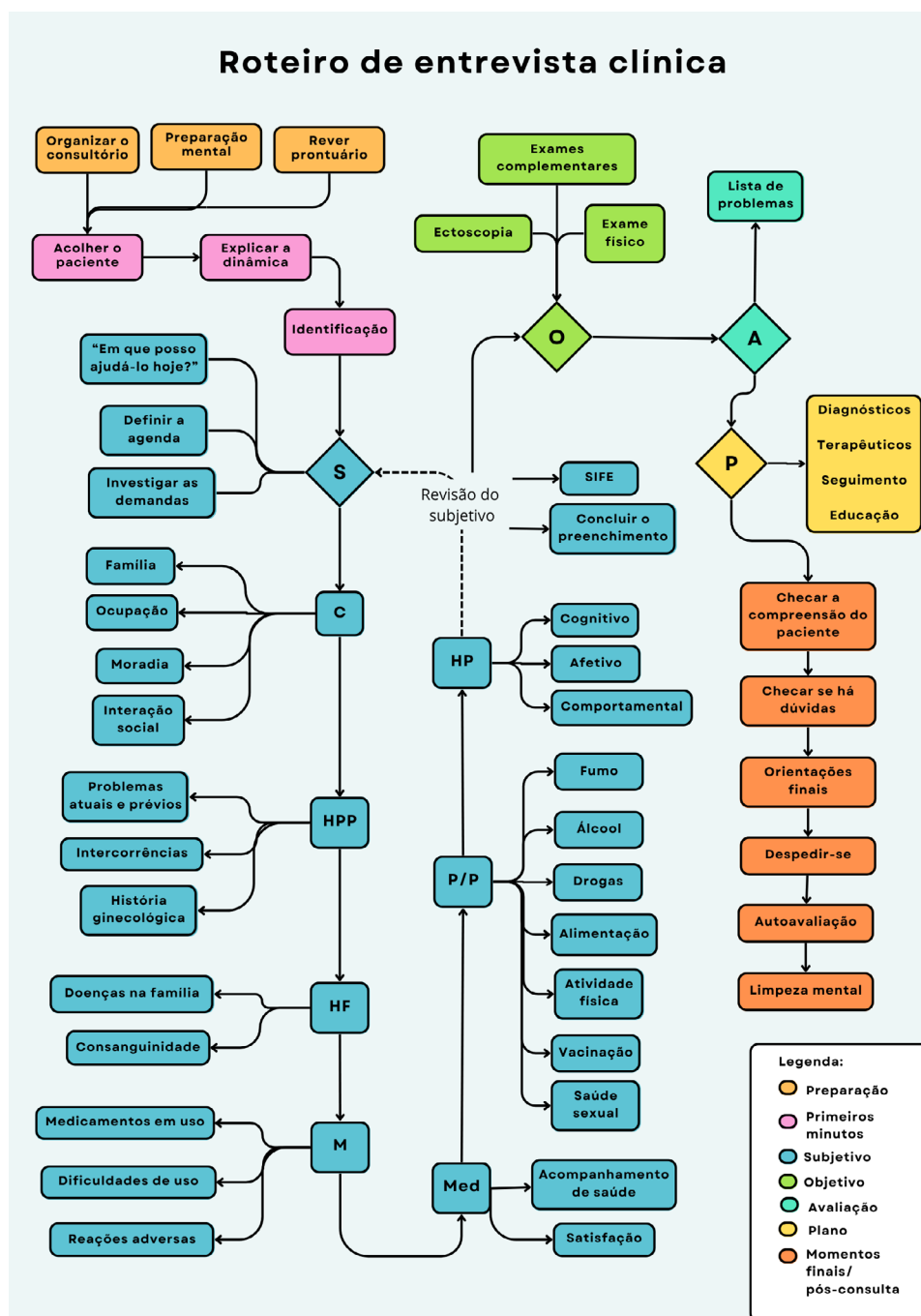
Para manter a concisão deste artigo, optamos por incluir o roteiro visual dentro do corpo do texto, permitindo ao leitor refletir sobre a complexidade e a estruturação desse inovador roteiro de entrevista clínica. O roteiro visual, esquematizado na Figura 1, explicita as etapas que o integram e a sua progressão sequencial. Adicionalmente, destacamos na Figura 2 a dinâmica cíclica e não hierarquizada da exploração do subjetivo. Por fim, mostram-se os temas e perguntas a serem abordados nos tópicos contexto (C) e prevenção/promoção (P/P), respectivamente nas Figuras 3 e 4, devido à sua maior riqueza e complexidade.

O roteiro propõe que a consulta se inicie apenas quando o entrevistador estiver preparado, de modo a favorecer o estabelecimento do *rapport* e a criação de um vínculo de confiança com o paciente. A entrevista se organiza inicialmente pela escuta das demandas subjetivas (S), que abrem caminho para a exploração da história de vida, incluindo aspectos do contexto sociocultural (C), antecedentes patológicos (HPP), história familiar (HF), uso de medicações (M), acompanhamento

por outros profissionais (Med) e práticas de prevenção de doença e promoção da saúde (P/P), além de temas específicos conforme a queixa, como saúde psíquica (HP) ou ginecológica (HG). Um componente central do processo é o retorno ao conteúdo subjetivo inicial (Figura 2), que se torna novamente acessível à luz de uma compreensão ampliada do paciente e de seu contexto. Por essa razão, recomenda-se que a abordagem inicial das demandas subjetivas seja breve, de modo a favorecer a escuta integral do sujeito. Esse conteúdo é retomado ao final do ciclo de anamnese — momento em que cerca de 80% das informações já foram exploradas —

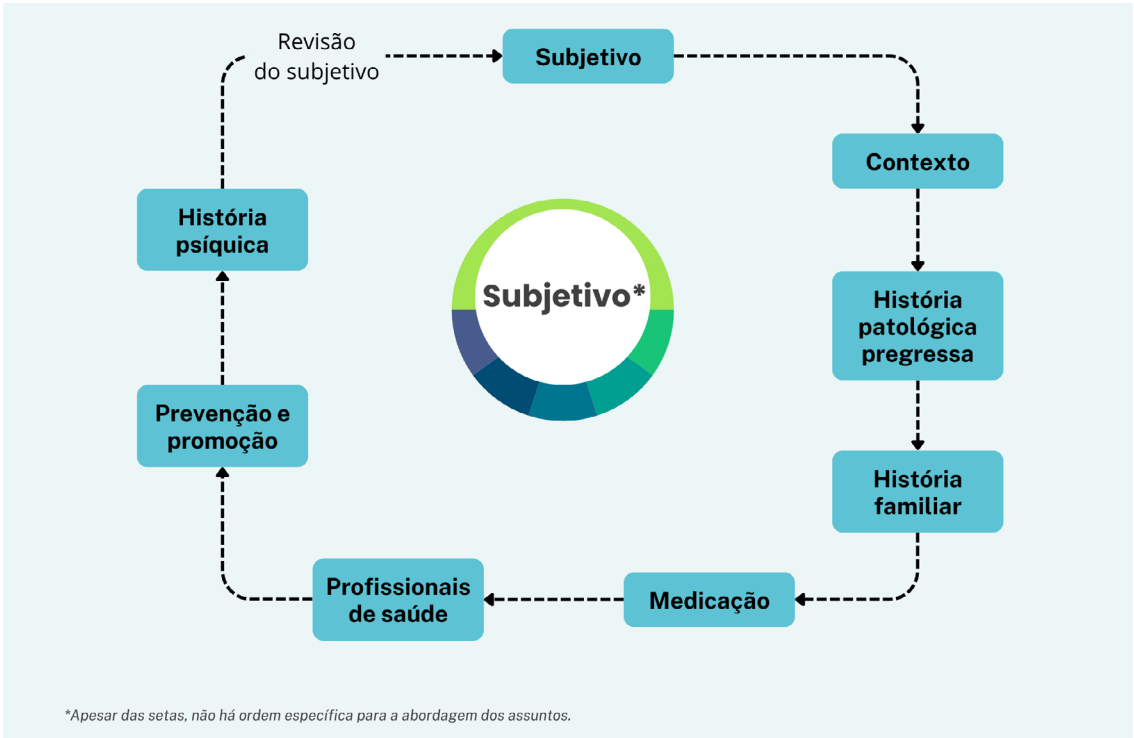
permitindo a complementação do quadro clínico com maior precisão e a aplicação adequada do raciocínio sindrômico. Esse movimento cíclico qualifica a escuta e amplia o entendimento da condição vivida para além das queixas imediatas. Esse movimento cíclico permite a abordagem inicial da(s) demanda(s) e não de uma “queixa principal, iniciando gradualmente em um primeiro momento e complementando uma grande parte em um segundo momento do ciclo, depois que há um *rapport*. Em consultas de retorno, os tópicos já abordados podem ser retomados ou aprofundados conforme necessário (longitudinalidade).

Figura 1. Esquema ilustrativo do roteiro (roteiro visual).



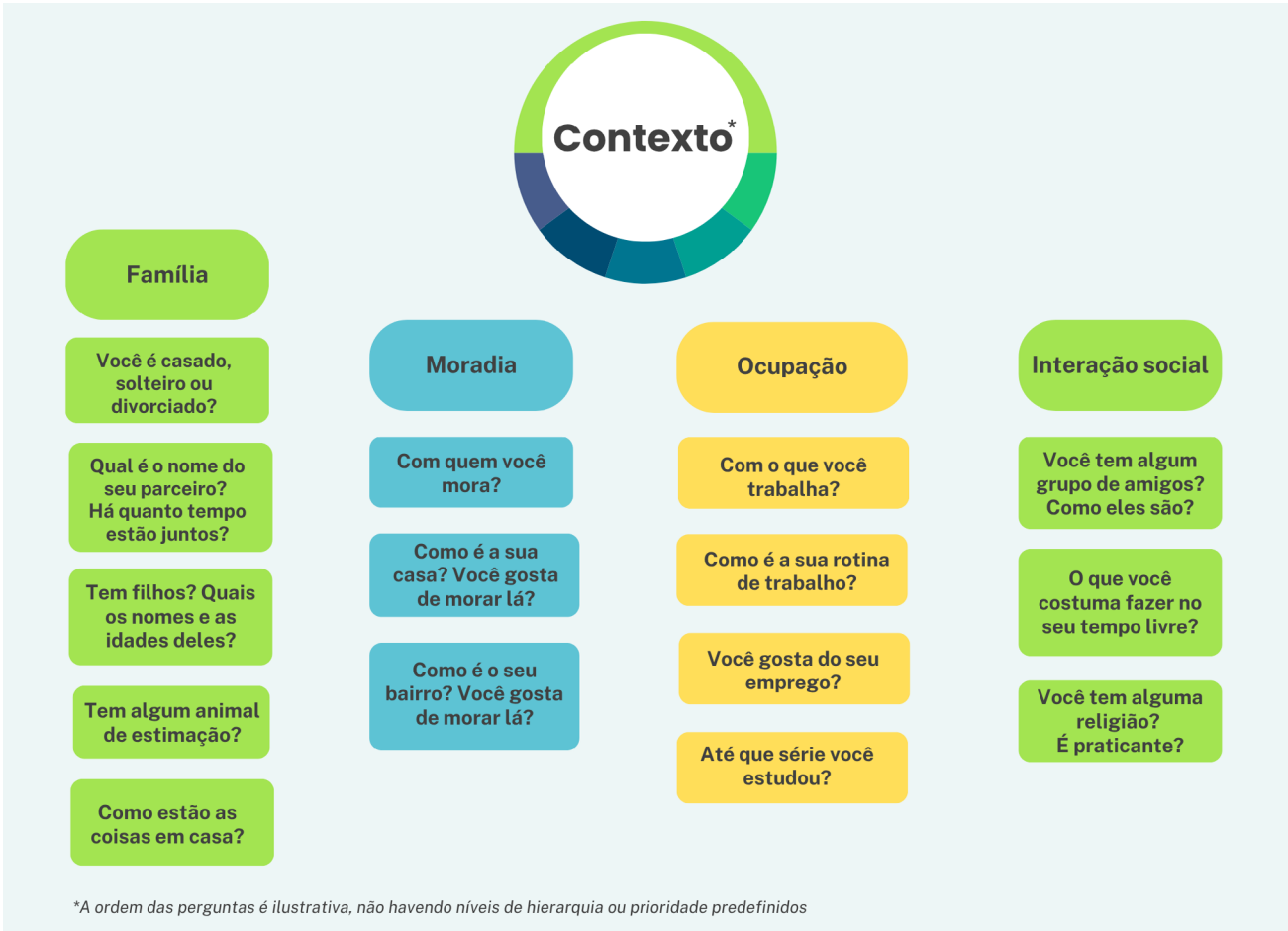
Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 2. Esquema ilustrativo da dinâmica de exploração da etapa de subjetivo.

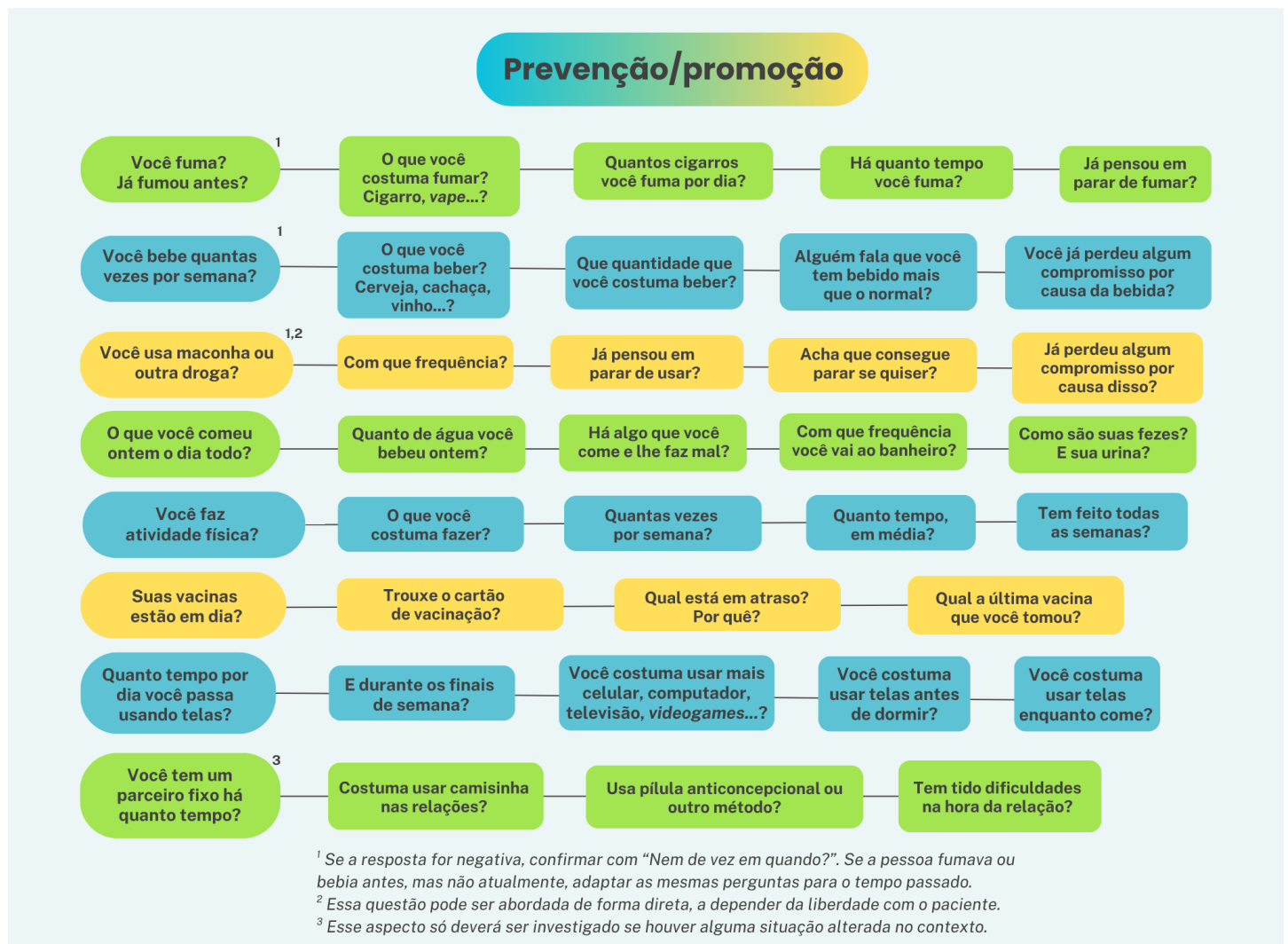


Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 3. Esquema ilustrativo dos temas a serem explorados no tópico contexto, com perguntas auxiliares.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 4. Esquema ilustrativo dos temas a serem explorados no tópico prevenção/promoção (P/P), com perguntas auxiliares.

Fonte: Elaborada pelos autores.

À dimensão subjetiva somam-se os dados objetivos (O), obtidos por meio da ectoscopia, do exame físico e de exames complementares, permitindo uma avaliação (A) abrangente da condição clínica, com construção de uma lista de problemas. A partir dessa avaliação, estruturam-se planos (P) de cuidado, contemplando diagnóstico, tratamento, acompanhamento e ações educativas. A participação ativa do paciente é estimulada por meio da comunicação dos achados e da construção compartilhada das decisões clínicas, de modo a fortalecer o vínculo e garantir maior aderência às condutas propostas.

A finalização da consulta também segue um fluxo estruturado, contemplando o esclarecimento de dúvidas, o reforço de condutas positivas e a oferta de orientações finais. Recomenda-se que o entrevistador solicite *feedback* sobre a experiência do paciente e reserve um momento para autorreflexão e descanso mental, promovendo práticas de cuidado consigo entre os atendimentos. Uma síntese visual desse percurso encontra-se no Quadro 1, que resume as etapas

da consulta, as perguntas facilitadoras e as recomendações práticas associadas.

Para obter sucesso na construção da história clínica, o estudante é incentivado a desenvolver suas habilidades de gestão do tempo da consulta, flexibilidade e adaptação a cada paciente na abordagem das perguntas, registro adequado das informações e manutenção do contato visual ao longo do atendimento. Também é valorizada a longitudinalidade do cuidado, de modo que as consultas de seguimento têm papel especial, por serem ocasiões para o entrevistador revisar e complementar os registros clínicos e a lista de problemas, ao mesmo tempo que se consolida a relação paciente-profissional de saúde. Assim, destaca-se ao entrevistador que não é necessário tomar todas as informações no primeiro encontro com o paciente, podendo a história ser construída ao longo das próximas consultas, ao mesmo tempo que se confere abertura para a exploração de outros tópicos inicialmente pouco acessíveis.

Quadro 1. Quadro-resumo do roteiro (versão simplificada).

• Preparação Preparar o consultório. Rever o prontuário. Verificar o estado mental e as necessidades do entrevistador antes do início: resolver o que for possível no tempo disponível
• Primeiros minutos Acolher o paciente. Apresentar-se, os colegas e o preceptor (se for o caso). Explicar a dinâmica do atendimento. Pedir autorização para que eles possam estar presentes. Registrar o nome do paciente, o nome social e a idade, e identificar o(s) acompanhante(s).
• Subjetivo √ Subjetivo (S): “No que posso ajudá-lo hoje?” ou “O que o traz aqui hoje?”. Contato visual e escuta ativa. Sumarizar e definir a agenda da consulta. Investigar as queixas/demandas de maneira breve, já que se propõe o retorno a esse ponto posteriormente. √ Contexto (C): “Agora vou fazer umas perguntas para conhecer você um pouco melhor. Tudo bem para você?”. Família. Moradia. Ocupação. Interação social. √ História patológica pregressa (HPP): Problemas de saúde atuais e prévios. Cirurgias, internações, alergias, acidentes, transfusões. História ginecológica (HG), se oportuno. √ História familiar (HF): “Seu pai ou sua mãe tem alguma doença ou problema de saúde? E os seus filhos? E os seus irmãos?”. √ Medicamentos (M): “Toma alguma medicação todos os dias? Em que horário e quantos comprimidos por dia?”, “Tem sentido dificuldade para tomar os medicamentos? Quais?”. √ Profissionais de saúde (Med): “Onde você faz o acompanhamento da sua saúde?”, “Quem são os médicos que o atendem? Algum outro profissional?”, “Gosta de lá?”. √ Prevenção e promoção (P/P): Fumo. Bebidas alcoólicas. Drogas ilícitas. Alimentação. Atividade física. Vacinação. Saúde sexual (se isso for justificado/oportuno), uso de tela. √ História psíquica (HP): Apenas se isso for justificado/oportuno. Examinar os domínios cognitivo, afetivo e comportamental. História atual e prévia de adoecimento mental. √ Revisão do subjetivo: “Agora que já conheço um pouco mais sobre você, eu gostaria de saber como está se sentindo com esse problema de saúde”. Explorar o SIFE (sentimentos, ideias, funcionalidade e expectativa) do paciente quanto à queixa/demanda. Complementar informações no tópico S, realizando uma investigação mais aprofundada da(s) demanda(s) trazidas.
• Objetivo (O) Registrar resultados dos exames físico e complementares. Pedir licença ao examinar e comunicar os achados ao paciente.
• Avaliação (A) Realizar a lista de problemas (LP) em conjunto com o paciente. Comunicar as informações com clareza e cuidado, e verificar o entendimento. Mostrar-se acessível.
• Planos (P) Incentivar a decisão compartilhada. Explicar detalhadamente como realizar os planos e verificar o entendimento (“Pode repetir para mim o que decidimos, por favor?”). Registrar no esquema: solicito... prescrevo... oriento... encaminhamento para... retorno em...
• Momentos finais “Há algo mais que gostaria de falar? Alguma dúvida? Ajudo em mais alguma coisa?” Fazer as recomendações, os elogios e as orientações finais. Pedir um <i>feedback</i> da consulta. Despedir-se.
• Pós-consulta Realizar uma autoavaliação. Estabelecer assuntos para estudar e estratégias para melhorar. Relaxar e preparar-se para a próxima consulta.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Assim, esse roteiro visa promover uma abordagem mais humanizada na interação com o paciente, garantindo uma progressão empática e lógica por meio das diversas fases da entrevista médica. Ao integrar modalidades descritivas, sumárias e visuais, o roteiro facilita o desenvolvimento e a aplicação efetivos das competências de entrevista clínica pelos estudantes de Medicina, mirando uma comunicação eficaz e um entendimento profundo das necessidades do paciente. O propósito é preparar os futuros médicos com as competências essenciais para que possam realizar entrevistas médicas que não somente coletem informações pertinentes, mas que também fomentem uma relação de confiança e empatia com os pacientes.

Este trabalho apresenta uma proposta pedagógica voltada ao ensino da entrevista clínica, por meio de um roteiro estruturado que pode ser incorporado a diferentes contextos de formação médica. Observa-se que sua utilização favorece a autonomia do estudante na condução da consulta, promovendo o desenvolvimento de competências relacionadas à comunicação clínica, à organização do raciocínio diagnóstico e à humanização do cuidado. A estrutura do roteiro, fundamentada nos referenciais MCCP, C7P e RCOP, contribui para uma abordagem mais sistemática e empática, com potencial para qualificar a construção do prontuário e fortalecer a relação entre o profissional de saúde e o paciente. Recomenda-se fortemente que sejam usadas as figuras,

especialmente a 1, como recordatório, para evitar que o aluno fique lendo o roteiro e perca o contato visual com o principal sujeito da consulta.

Além de oferecer suporte prático à condução da entrevista, o instrumento propicia um espaço formativo no qual o estudante exercita habilidades essenciais à prática médica, como escuta ativa, percepção de sinais não verbais, contato visual adequado e gestão do tempo clínico. Dessa forma, contribui para o aprimoramento técnico e ético dos futuros profissionais, alinhando-se às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos princípios da integralidade e da longitudinalidade do cuidado.

Reconhece-se, contudo, a necessidade de aprofundar a avaliação da eficácia dessa proposta. Nesse sentido, está em desenvolvimento uma investigação com estudantes de graduação que utilizará métodos quantitativos e qualitativos para analisar a aplicabilidade do roteiro e sua contribuição percebida na melhoria da qualidade do atendimento prestado.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ana Flávia Alves de Oliveira e Eduardha Santos Temponi Barroso participaram da aquisição, análise e interpretação dos dados, e da redação e revisão crítica da versão preliminar do manuscrito. Carlos Eduardo Moraes Tigre participou da aquisição, análise e interpretação dos dados, da redação e revisão crítica da versão preliminar do manuscrito, e do *design* das figuras e do quadro. Ricardo Alexandre de Souza coordenou as atividades e participou da concepção e do delineamento da experiência e do estudo, e da redação e revisão crítica e de todas as versões do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados de pesquisa estão disponíveis no corpo do documento. *Research data is available in the body of the document.*

REFERÊNCIAS

- Brasil. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun 2014. Seção 1, p. 8-11 [acesso em 18 fev 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rce003_14.pdf/view.
- Yu C, Xian Y, Jing T, Bai M, Li X, Li J, et al. More patient-centered care, better healthcare: the association between patient-centered care and healthcare outcomes in inpatients. *Front Public Health*. 2023;11:1148277. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1148277>.
- Giusti A, Pukrittayakamee P, Alarja G, Farrant L, Hunter J, Mzimkulu O, et al. Developing a global practice-based framework of person-centered care from primary data: a cross-national qualitative study with patients, caregivers and healthcare professionals. *BMJ Glob Health*. 2022 Jul;7(7):e008843. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008843>.
- Guanais F, Doubova SV, Leslie HH, Perez-Cuevas R, Garcia-Elorrio E, Kruk ME. Patient-centered primary care and self-rated health in 6 Latin American and Caribbean countries: analysis of a public opinion cross-sectional survey. *PLoS Med*. 2018;15(10):e1002673. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002673>.
- Barbosa MS, Ribeiro MMF. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. *Rev Med Minas Gerais*. 2016;26(8):S216-S222 [acesso em 19 fev 2025]. Disponível em: <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2152>.
- Ratanawongsa N, Federowicz MA, Christmas C, Hanyok LA, Record JD, Hellmann DB, et al. Effects of a focused patient-centered care curriculum on the experiences of internal medicine residents and their patients. *J Gen Intern Med*. 2012;27:473-7. doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1881-8>.
- Shah S, Andrades M, Basir F, Jaleel A, Azam I, Islam M, et al. Has the inclusion of a longitudinally integrated communication skills program improved consultation skills in medical students? A pilot study. *J Family Med Prim Care*. 2016;5(1): 45-50. doi: <https://doi.org/10.4103/2249-4863.184622>.
- Demarzo MMP, Almeida RCC de, Marins JJN, Trindade TGD da, Anderson MIP, Stein AT, et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1):143-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100020>.
- Bansal A, Greenley S, Mitchell C, Park S, Shearn K, Reeve J. Optimising planned medical education strategies to develop learners' person-centredness: a realist review. *Med Educ*. 2022;56(5):489-503. doi: <https://doi.org/10.1111/medu.14707>.
- Oliveira SF, Cunha AJLA, Trajman A, Teixeira C, Gomes MK, Halfoun V. Percepção sobre o internato de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro pelos preceptores do serviço na atenção básica: um estudo de caso. *Rev Bras Educ Med*. 2017;41(1):79-85. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1RB20160031>.
- Neumann CR, Miranda CZ. Ensino de atenção primária à saúde na graduação: fatores que influenciam a satisfação do aluno. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36:42-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000300007>.
- Castro RCLD, Knauth DR. Papel dos atributos dos profissionais médicos na produção da abordagem centrada na pessoa em atenção primária à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2022;27(2):803-12. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.00392021>.
- Castro RCLD, Knauth DR. Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção primária à saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2702. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2702](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2702).
- Costa GPO, Herculano TB, Gama ALH, Cabral RP, Campos DB, Oliveira DNSD. Enfrentamentos do estudante na iniciação da semiologia médica. *Rev Bras Educ Med*. 2018;42(2):79-88. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170070>.
- Balduino PM, Palis FP, Paranaíba VF, Almeida HO, Trindade EMV. A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o olhar do estudante. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(3):335-42. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000500007>.
- Soares MOM, Higa EFR, Passos AHR, Ikuno MRM, Bonifácio LA, Mestieri CP, et al. Reflexões contemporâneas sobre anamnese na visão do estudante de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38:314-22. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000300005>.
- Brasil. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – versão 5.2. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 20 fev 2025]. Disponível em: https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/docs/PEC.
- Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med*. 1968 Mar 14;278(11):593-600. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJM196803142781105>.

19. Ramos V. A consulta em 7 passos. Execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2009;25(2):208-20. doi: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i2.10609>.
20. Constand MK, MacDermid JC, Dal Bello-Haas V, Law M. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:271. Doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>.
21. Leal EM, Souza AND, Serpa Júnior ODD, Oliveira ICD, Dahl CM, Figueiredo AC, et al. McGill Entrevista Narrativa de Adoecimento – MINI: tradução e adaptação transcultural para o português. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(8):2393-402. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.08612015>.
22. Campos CFC, Rios IC. Qual guia de comunicação na consulta médica é o mais adequado para o ensino de habilidades comunicacionais na atenção primária à saúde brasileira? *Rev Bras Educ Med*. 2018;42(3):108-18. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170138>.
23. Abud CC, Zimmermann VB, Lucchese AC, Marco MAD. Metodologia de ensino em psicologia médica e atenção integral ao paciente. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(3):436-41. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000500020>.
24. Wenceslau LD, Fonseca VKT da, Dutra L de A, Caldeira LG. Um roteiro de entrevista clínica centrada na pessoa para a graduação médica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2154. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2154](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2154).
25. Donnelly W. Patient-centered medical care requires a patient-centered medical record. *Acad Med*. 2005;80:33-8. doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-200501000-00009>.
26. França BCC, Figueiredo-Soares TD, Toledo Júnior AC, Souza NM, Faria RMDD. Validação de instrumento de registro do atendimento clínico centrado na pessoa. *Rev Bras Educ Med*. 2015;39(2):233-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e00862014>.
27. Fortin AH, Dwamena FC, Frankel RM, Smith RC. Smith's patient centered interviewing: an evidence-based method. 4th ed. United States- New Haven, Connecticut: McGraw Hill LLC; 2018.
28. Carrió FB. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2012. 346 p.
29. Smith M. The medical interview: the three-function approach. *Yale J Biol Med*. 1991;64(5):546-7 [acesso em 20 fev 2025]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2589485/>.
30. Ho Tam K. Learning communication skills in general practice: from self-directed, transformative learning to develop personal style. In: Çakmur H, organizer. *Primary care medicine: theory and practice*. Macau SAR, China: IntechOpen; 2023 [cited 2025 Feb 20]. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/1150430>.
31. Fine M. The Inner Consultation – how to develop an effective and intuitive consulting style (2e). *Health Expect*. 2005;8(4):362-3 [acesso em 20 fev 2025]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5060308/>.
32. Maldonado DC, Zúñiga C. SOAP for family medicine. Philadelphia, PA, USA: Blackwell; 2005.
33. Mehta R, Radhakrishnan NS, Warring CD, Jain A, Fuentes J, Dolganiuc A, et al. The use of evidence-based, problem oriented templates as a clinical decision support in an inpatient electronic health record system. *Appl Clin Inform*. 2016;7(1):15–27. doi: <https://doi.org/10.4338/ACI-2015-11-RA-0164>.
34. Margolis CZ, Mendelssohn I, Barak N, Beinart T, Goldsmith JR. Increase in relevant data after introduction of a problem-oriented record system in primary pediatric care. *Am J Public Health*. 1984;74:1410-2. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.74.12.1410>.
35. Sales ICB, Barros Filho EM, Oliveira CMC. Registro clínico baseado em problemas como instrumento para desenvolver competências em programa de residência médica. *Rev Bras Educ Med*. 2021;45(2):e052. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200289>.
36. Simons SMJ, Cillessen FHJM, Hazelzet JA. Determinants of a successful problem list to support the implementation of the problem-oriented medical record according to recent literature. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2016;16:102. doi: <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0341-0>.
37. Benseñor IM. Anamnese, exame clínico e exames complementares como testes diagnósticos. *Rev Med (São Paulo)*. 2013;92(4):236. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v92i4p236-241>.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.