



C A P Í T U L O 4

ANAMNESE TRADICIONAL BIOMÉDICA

Emillia Conceição Gonçalves dos Santos

O termo *anamnese*, de origem grega, remete semanticamente à ideia de “recordar o passado”, referindo-se, nesse contexto, ao histórico de saúde e doença do paciente (Porto, 2025).

De acordo com Barros (2021), a anamnese constitui uma etapa essencial da coleta de dados no Processo de Enfermagem. Trata-se de um procedimento sistematizado destinado à obtenção de informações subjetivas que permitam compreender a condição de saúde do indivíduo, fornecendo subsídios para o raciocínio clínico e para a formulação dos diagnósticos de Enfermagem. Nessa perspectiva, a anamnese não se limita à simples obtenção de relatos, mas integra a construção estruturada de um banco de dados clínicos que fundamenta todas as etapas subsequentes do cuidado profissional.

A maioria das enfermeiras não possui o hábito de realizar a história clínica focada para os cuidados de Enfermagem, o que compromete a qualidade do processo de cuidar, bem como a visibilidade da ação da enfermeira e a identidade profissional. De modo geral, observa-se que a própria política institucional tende a desvalorizar o Processo de Enfermagem (PE), transformando-o num modelo impresso ou digital, muitas vezes copiado e colado pelo excesso de atividades do enfermeiro, desconectado do raciocínio clínico e crítico. Apesar da existência de legislação específica sobre o PE, a enfermeira é frequentemente direcionada para atividades voltadas à operacionalização das ações de outros profissionais e gestão da unidade, em detrimento da execução plena e clínica do PE.

A anamnese é um modelo tradicionalmente associado ao paradigma biomédico, voltado predominantemente para a investigação de aspectos patológicos. Por essa razão, constitui o formato de coleta de dados mais frequentemente registrado nos prontuários, uma vez que é o procedimento rotineiramente realizado pelos médicos

durante a admissão do paciente hospitalar. Consequentemente, a anamnese não abrange todos os aspectos necessários para o adequado delineamento dos cuidados de Enfermagem, uma vez que o objeto de trabalho da Enfermagem é o cuidado — e não exclusivamente a doença. Nessa perspectiva, a enfermeira atua no manejo das respostas humanas aos problemas de saúde, expressas por meio dos diagnósticos de Enfermagem, ampliando o olhar para além da condição patológica em si.

A anamnese pode ser empregada em emergências, no acolhimento, na triagem, momentos em que a enfermeira necessita realizar um diagnóstico sintomático. Nesses cenários, pode não ser adequado ou viável coletar dados segundo o modelo das Necessidades Humanas Básicas — adaptado para a Enfermagem por Wanda de Aguiar Horta — ou pelos Padrões Funcionais de Saúde, desenvolvidos por Marjorie Gordon. Esses referenciais são aprofundados nos capítulos seguintes. Todavia, cada uma dessas estruturas de coleta de dados subjetivos pode ser adotada conforme a preferência profissional considerando-se a área de atuação.

Dessa forma, a anamnese permanece sendo um método voltado principalmente à investigação da patologia, razão pela qual é mais frequentemente utilizada por médicos. Entretanto, pode ser aplicada por enfermeiros, desde que estes mantenham claramente em mente suas especificidades e limitações.

As etapas da anamnese são:

I. Identificação

II. Queixa Principal (QP)

III. História da Doença Atual (HDA)

IV. História Patológica Progressiva (HPP)

V. História Fisiológica (HFis)

VI. História Familiar / História Familiar (HFam / HFal)

VII. História Social (HSoc)

I. Identificação

A identificação constitui a primeira etapa da coleta de dados. Nela, a enfermeira deve registrar informações que permitem situar o paciente em seu contexto biológico, social, ocupacional e epidemiológico. Bevilacqua et al. (2003) afirmam que devem ser coletados os seguintes dados:

Nome – corresponde à identificação básica do paciente.

Sexo – a prevalência de diversas doenças varia conforme o sexo, havendo enfermidades mais frequentes em homens ou em mulheres.

Idade – Porto (2025) destaca que muitas doenças apresentam distribuição distinta entre as diferentes faixas etárias. Em crianças, eram mais frequentes enfermidades como sarampo, rubéola, parotidite, varicela e coqueluche. Já entre adultos e idosos, predominam condições como infarto agudo do miocárdio (IAM), angina, hipertensão arterial sistêmica (HAS), insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral (AVC), enfisema, bronquite, pneumonia, infecção urinária, osteoporose e diabetes mellitus (DM).

Estado civil – pode influenciar o perfil epidemiológico. Por exemplo, a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) costuma ser maior entre pessoas solteiras, devido à maior rotatividade de parceiros.

Naturalidade e nacionalidade – permitem identificar exposições relacionadas à região de origem. Exemplo: Manaus concentra doenças tropicais; nos rios do Amazonas não existe o caramujo transmissor da esquistossomose. Em São Paulo, predominam enfermidades de caráter respiratório, no mediterrâneo há maior incidência de talassemias e outros distúrbios hematológicos.

Profissão – fornece indícios de riscos ocupacionais que podem estar relacionados ao adoecimento, como exposição química, atividades repetitivas, longas jornadas, excesso de esforço físico ou permanência em pé por longos períodos. Exemplo: professores e enfermeiros podem desenvolver insuficiência venosa devido à ortostatismo prolongado.

Residência atual – importante para identificar exposição a áreas endêmicas.

Residências anteriores – auxilia na detecção de exposições epidemiológicas prévias, especialmente em regiões com endemias específicas.

II. Queixa Principal

A Queixa Principal corresponde ao relato espontâneo do paciente, registrado exatamente conforme suas próprias palavras. Por exemplo, se o paciente afirma estar com “dor de barriga”, a enfermeira deve registrar dor de barriga como QP. É importante evitar construções como “o paciente falou”, pois não fazem parte da redação técnica. Recomenda-se utilizar a forma verbal como **relata**, **refere** ou **informa**, que expressam de maneira mais precisa e profissional o relato do paciente.

Após o registro da QP, a enfermeira dá continuidade ao processo de coleta de dados por meio da História da Doença Atual (HDA), na qual investiga de forma

sistematizada as características, evolução e fatores relacionados ao processo mórbido em desenvolvimento.

III. História da Doença Atual

A HDA constitui uma etapa fundamental da avaliação, pois permite compreender a evolução do quadro clínico e, a partir dela, estabelecer o diagnóstico médico ou, no âmbito da Enfermagem, identificar problemas de saúde, respostas humanas e necessidades que demandem intervenções do enfermeiro.

Bickley *et al.* (2023) descrevem que a HDA deve ser redigida utilizando linguagem técnica, de forma minuciosa, específica e detalhada, contemplando todos os aspectos relevantes do processo patológico.

Nesse sentido, é necessário salientar que habilidade técnica de registro e documentação só se adquire e desenvolve com muita leitura acadêmica e atividades redigidas a mão. É absolutamente fundamental desenvolver um vernáculo compatível com o nível de formação e com as responsabilidades inerentes ao profissional de curso superior que é o enfermeiro. O domínio da linguagem técnico-científica e de uma comunicação formal, precisa e coerente constitui não apenas um requisito acadêmico, mas também um elemento essencial para o exercício qualificado da prática profissional, para a produção e a difusão do conhecimento científico e para a atuação ética e responsável nos diferentes contextos de cuidado em saúde.

A competência linguística adequada permite ao enfermeiro expressar raciocínios clínicos de forma clara, registrar informações de maneira fidedigna, elaborar relatórios, pareceres e documentos oficiais, bem como dialogar de modo eficaz com equipes multiprofissionais, gestores, pesquisadores e instâncias institucionais. Além disso, o uso apropriado do vernáculo contribui para a valorização social da profissão, reforça sua identidade científica e fortalece sua legitimidade no campo acadêmico e assistencial.

Nesse sentido, a formação em Enfermagem deve contemplar, de maneira sistemática, o desenvolvimento da comunicação escrita e oral em nível formal, incentivando a leitura crítica, a produção textual acadêmica e o uso rigoroso da terminologia própria da área. Tal investimento repercute diretamente na qualidade do cuidado prestado, na segurança do paciente e na consolidação da Enfermagem como uma ciência e uma profissão fundamentada em evidências, reflexão crítica e excelência técnica.

Na HDA, o enfermeiro explora os sinais e sintomas descritos na QP, bem como sintomas associados, investigando características, progressão e condições que influenciam o quadro. Entre as informações que devem ser investigadas e registradas, incluem-se:

- Tempo de evolução: há quanto tempo o paciente está doente.
- Início do quadro: quando os sintomas começaram registrando-se o ano e, sempre que possível, o mês de início.
- Forma de início: como surgiram os primeiros sinais e sintomas.
- Evolução: descrição da progressão do quadro até o momento da avaliação.
- Estado atual: o que o paciente sente no presente momento.
- Tratamentos prévios: terapias realizadas anteriormente, incluindo internações e respectivas datas.
- Fatores modificadores: elementos que agravam ou aliviam o quadro (ex.: posição, medicamentos, esforço, alimentação, repouso).

É uma etapa importante porque por meio dela é fechado o diagnóstico da doença. No caso da Enfermagem, por esta etapa serão levantados problemas de saúde os quais podem necessitar de intervenções da Enfermeira.

QP “Dor de barriga”

(Registrar sempre entre aspas, exatamente como o paciente expressou.)

A dor constitui um sinal semiológico fundamental e, por isso, deve ser investigada de forma minuciosa. É imprescindível explorar todos os seus aspectos, buscando obter o máximo de detalhes possíveis, a fim de caracterizá-la e especificá-la adequadamente (Porto, 2025).

Para uma avaliação completa, o enfermeiro deve abordar questões essenciais, tais como:

- Quando começou a dor?
- Há quanto tempo está com dor?
- Qual é o tipo da dor? (pontada, aperto, queimação, cólica...)
- O que desencadeou essa dor?
- Como evoluiu essa dor ao longo do tempo?
- A dor é acompanhada de outros sinais ou sintomas? Como diarreia, cefaleia, icterícia, dispneia, náuseas, febre ou outros.
- Qual o vocabulário utilizado pelo paciente? É importante adaptar a comunicação, utilizando linguagem clara, adequada ao nível de compreensão da pessoa assistida.
- Onde a dor está localizada?

- Há irradiação da dor? (se permanece em um ponto ou se se estende a outras regiões).
- A dor é contínua ou intermitente? (se permanece todo o tempo ou se vai e volta).

Esses elementos permitem ao enfermeiro uma avaliação detalhada que contribui para o raciocínio clínico e para a formulação de diagnósticos de Enfermagem mais precisos, além da gestão eficiente de sinais e sintomas.

Exemplo de redação técnica:

HDA Paciente relata dor abdominal há aproximadamente ____ dias. Início súbito/insidioso (especificar). Refere localização em _____, com irradiação para _____. Caracteriza a dor como _____ (ex.: em cólica, em queimação, pressão). Evolução _____ dias/semanas/meses. Atualmente, apresenta _____. Nega/Refere sintomas associados, como náuseas, vômitos, diarreia, febre, constipação, inapetência(especificar). Já realizou/Não realizou tratamento prévio. Refere que a dor melhora com _____ e piora com _____.

Suponha-se que o paciente relate “dor de barriga, falta de ar e inchaço nos pés”. Essas informações constituem a Queixa Principal (QP), que sempre deve ser registrada com as palavras exatas do paciente. É importante lembrar que alguns indivíduos são considerados “*poli-queixosos*”, ou seja, apresentam muitas queixas simultaneamente. Nessas situações, o enfermeiro deve priorizar até três queixas, selecionando aquelas que o paciente identifica como mais incômodas ou relevantes. Se o paciente mencionar dez queixas, por exemplo, cabe ao profissional perguntar quais são as que mais o afligem.

Após essa etapa, o enfermeiro converte as queixas para a HDA, utilizando linguagem técnica, mais específica e detalhada. Assim, a transcrição adequada seria:

- **QP** “Dor de barriga, falta de ar e inchaço nos pés”.
- **HDA** Dor abdominal acompanhada de dispneia e edema nos pés.

Portanto, enquanto a **QP** deve refletir fielmente o modo como o paciente verbaliza sua condição, a **HDA** deve ser registrada em linguagem técnica, clara e descritiva, acrescentando precisão clínica ao dado obtido na entrevista.

Segundo Junqueira e Martinez (2020), ao redigir essas informações na anamnese, é fundamental atentar para os comentários que auxiliam na correta compreensão dos dados. A primeira informação que deve ser investigada na HDA é como e quando a dor ou o sintoma inicial começou.

Exemplo de registro técnico:

Início do quadro clínico há seis meses, com dispneia aos esforços, especialmente ao subir escadas. **(A)**

Em outras palavras, o paciente não apresentava dispneia em repouso; contudo, ao realizar esforço físico — como caminhar rápido, subir escadas ou levantar-se da cama — manifestava dispneia.

É imprescindível caracterizar detalhadamente o tipo de dispneia, investigando em quais situações ela ocorre:

- Apenas com esforços leves?
- Ao caminhar?
- Ao subir escadas?
- Ao deitar-se?
- Em repouso?

Quanto mais específica e contextualizada for a descrição, maior será a precisão clínica do registro e melhor será o raciocínio diagnóstico subsequente.

- Dois meses após, passou a apresentar dispneia de repouso sem expectoração¹ ou hemoptise². **(B)**
- Foi medicado com diuréticos e digitálicos³ melhorando acentuadamente e permanecendo assintomático por dois meses. **(B)**
- Há 15 dias, após uma semana sem a medicação, voltou a apresentar dispnéia em repouso, bem como oligúria e edema dos membros inferiores até os joelhos. **(C)**
- Então, o paciente ficou uma semana sem a medicação, voltou a apresentar dispneia, e além da dispneia, apresentou oligúria⁴, ou seja, começou a reter líquido, começou a ter redução da diurese, e em consequência da retenção de líquido apareceu o edema⁵. Nota-se que o paciente piorou
- Ao lado disso, surgiu dor no hipocôndrio⁶ direito e expectorações sanguíneas (hemoptises) eventuais. **(C)**
- Atualmente, suas queixas são as mesmas de 15 dias atrás. **(D)**

1. **Expectoração**: escarro, secreção oriunda do trato respiratório inferior.

2. **Hemoptise**: escarro com sangue.

3. Os **digitálicos** constituem uma classe de fármacos que atuam no músculo cardíaco aumentando a força de contração — efeito inotrópico positivo — e, simultaneamente, reduzindo a frequência cardíaca, caracterizando um efeito cronotrópico negativo. Já os diuréticos são medicamentos destinados a promover a eliminação de líquidos do organismo, principalmente por meio do aumento da excreção urinária.

4. **Oligúria**: diminuição do volume de urina, comumente relacionado a retenção hídrica.

5. **Edema**: inchaço.

6. **Hipocôndrio**: localiza-se no abdome logo abaixo do peito direito (hemitórax direito), na posição atribuída ao fígado.

As informações devem ser redigidas seguindo a ordem recomendada (Camargo, 2019):

(A) Época e início do quadro clínico — descrição do surgimento da doença, sinais e sintomas iniciais.

(B) Modo de evolução e tratamentos realizados — mudanças no curso clínico, respostas terapêuticas e intervenções realizadas.

(C) Intercorrências e outros achados relevantes — eventos associados, complicações ou novos sintomas.

(D) Queixas atuais — manifestações clínicas presentes no momento da avaliação.

Concluída essa etapa, o próximo passo consiste em coletar dados referentes aos antecedentes mórbidos do paciente.

IV. História Patológica Progressiva (HPP) – Passado do Paciente

a) Doenças Comuns da Infância (DCI): incluem sarampo, coqueluche, varicela, parotidite, difteria, febre tifóide⁷, febre reumática⁸ e amigdalites de repetição⁹. Existe importante relação entre amigdalite de repetição e febre reumática.

b) Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST): incluir investigação sobre sífilis¹⁰, gonorreia (blenorragia)¹¹, clamídiase¹², cancro mole¹³, linfogranuloma venéreo¹⁴ e leucorreias¹⁵ (corrimentos). Esses dados são especialmente relevantes quando a enfermeira realiza abordagem sindrômica no contexto da Atenção Primária à Saúde.

7. Agente etiológico da **febre tifóide**: *Salmonella enterica* subsp. *enterica* sorovar Typhi – um dos sinais é a diarreia.

8. A **Febre Reumática** é uma complicação tardia e não supurativa, de caráter autoimune, desencadeada de uma a três semanas após episódio de faringoamigdalite atribuída ao *Streptococcus* β-hemolítico do grupo A de Lancefield, em hospedeiro geneticamente suscetível com tendência a recorrência. Afeta frequentemente as articulações, embora as complicações graves mais frequentes sejam cardíacas (cardite) e, em menor frequência, neurológicas (coreia) e dermatológicas (eritema marginado e nódulos subcutâneos) (Benjamin; Jameson; Loscalzo, 2016).

9. A cavidade orofaríngea na qual se incluem as amígdalas não é estéril, é colonizada por muitos microrganismos, bactérias que fazem parte do ambiente (flora) normal. Por exemplo, a fadiga, as mudanças bruscas de temperatura ou o uso inapropriado de antibióticos pode levar à proliferação de qualquer um dos microrganismos existentes na orofaringe, ou a invasão de vírus e bactérias do meio exterior, pode levar a um desequilíbrio da flora local e desencadear uma infecção. A maioria dos casos de amigdalite são provocados por vírus, sendo os restantes de origem bacteriana, especialmente *Streptococcus* β-hemolítico do grupo A, o qual é responsável por cerca de 15% dos casos (Benjamin; Jameson; Loscalzo, 2016).

10. **Sífilis**: IST causada pela bactéria *Treponema pallidum*, espiroqueta Gram-negativa, transmitida predominantemente por contato sexual e, verticalmente, da gestante para o feto (Veronesi; Focaccia, 2020).

11. **Gonorreia**: IST causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, um diplococo Gram-negativo, transmitido principalmente por contato sexual desprotegido e, eventualmente, por transmissão vertical durante o parto, é uma das IST mais frequentes (Veronesi; Focaccia, 2020).

12. A **clamídiase** ou **clamidiose** (sorotipos D a K da bactéria *Chlamydia trachomatis*, constitui uma infecção sexualmente transmissível frequentemente assintomática, associada a uretrite, cervicite e doença inflamatória pélvica.) IST de alta prevalência e apresenta manifestações semelhantes às da gonorreia (Veronesi; Focaccia, 2020).

13. **Cancro mole**: IST, agente etiológico é o cocobacilo *Haemophilus ducrey* (Veronesi; Focaccia, 2020).

14. O **linfogranuloma venéreo** (LGV) é causado por *Chlamydia trachomatis* (sorotipos L1, L2 e L3) (Veronesi; Focaccia, 2020).

15. **Leucorreias** não são obrigatoriamente associadas a ISTs. A vaginose bacteriana (ou vaginite não específica) é, na verdade, a causa mais comum de corrimento vaginal. Ela resulta de uma alteração da flora vaginal, marcada pela redução dos lactobacilos — bactérias protetoras — e pelo predomínio de micror-

c) Doenças Alérgicas (Atopias): explorar antecedentes de asma, rinite alérgica e dermatites.

d) Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (Doenças Crônico-Degenerativas) considerar histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e aterosclerose.

e) Procedimentos e Condições Patológicas Anteriores: investigar cirurgias prévias, traumatismos, hemotransfusões, história de câncer (CA), tumores (TU), acidentes e helmintíases (verminoses).

Em continuidade, a enfermeira deve também investigar a história fisiológica, o que é particularmente relevante na prática de enfermeiros pediatras e obstetras.

V. História Fisiológica (HFis)

A avaliação das condições de nascimento inclui informações fundamentais acerca do tipo de parto, como a ocorrência de parto transvaginal¹⁶ ou cesáreo, bem como a presença de dificuldades durante o processo, caracterizadas como distócias¹⁷. Também deve ser registrada a idade gestacional no momento do nascimento, de modo a determinar caso tenha se tratado de um parto a termo¹⁸ — aquele que ocorre entre 37 e 41 semanas — ou se houve antecipação ou prolongamento do período gestacional. É relevante identificar se o parto ocorreu em ambiente hospitalar ou domiciliar, pois esse dado pode influenciar o risco perinatal e o acompanhamento subsequente.

No que se refere às condições de desenvolvimento, investigam-se aspectos do desenvolvimento psicomotor¹⁹ (DPM), amamentação, aquisição da marcha, desenvolvimento da fala e cronologia da dentição.

ganismos como a *Gardnerella vaginali*, **não é classificada como IST**, embora esteja associada a fatores comportamentais e sexuais (Veronesi; Focaccia, 2020).

16. **Parto transvaginal** é aquele em que o nascimento ocorre pela vagina, termo que se refere exclusivamente à via de parto. Assim, qualquer parto que utilize o canal vaginal, independentemente de como evolua, é transvaginal. Isso inclui desde o parto normal espontâneo até partos em que há intervenções, como o uso de fórceps. O **parto eutócico** é um conceito que descreve como o parto se desenvolve, e não a via utilizada. Um parto é considerado eutócico quando evolui de maneira natural, fisiológica e sem complicações, com início espontâneo do trabalho de parto, progressão adequada e ausência de intervenções instrumentais. Nesse tipo de parto, o bebê nasce pela via vaginal, com boa vitalidade, e a mãe não apresenta distócias ou necessidade de recursos cirúrgicos ou mecânicos. Assim, o parto eutócico é sempre um parto transvaginal, pois ocorre pela via vaginal; contudo, nem todo parto transvaginal é eutócico, já que alguns podem necessitar de intervenções ou apresentar complicações que descaracterizam sua evolução fisiológica (Zugaib, 2023).

17. **Distócia** é o termo obstétrico que define qualquer dificuldade, anormalidade ou impedimento no processo de parto que dificulta a progressão natural do nascimento, podendo comprometer a mãe, o feto ou ambos (Zugaib, 2023).

18. **Parto a termo** significa que o nascimento ocorreu dentro da idade gestacional considerada ideal, ou seja, entre 37 semanas completas e 41 semanas e 6 dias de gestação. Se refere ao período em que o bebê está biologicamente pronto para nascer, com menor risco de complicações associadas à prematuridade ou ao pós-termo. Pré-termo: < 37 semanas. Pós-termo: ≥ 42 semanas (Neme, 2006).

19. **DPM:** Os marcos globais do desenvolvimento infantil podem ser sintetizados de forma progressiva ao longo dos primeiros dois anos de vida. Por volta dos **três meses**, a criança passa a sustentar a cabeça, demonstrando maior controle cervical. Aos **seis meses**, é esperado que consiga sentar-se com apoio e

Para adolescentes do sexo feminino, inclui-se ainda a idade da adrenarca²⁰, drenarca²¹ e menarca²², bem como a caracterização dos ciclos menstruais seguintes, considerando duração, intervalo entre períodos catameniais posteriores e regularidade. A descrição dos ciclos costuma seguir um padrão como “28/3”, indicando que a menstruação ocorre a cada 28 dias, com duração de três dias. Também deve ser avaliada a intensidade do fluxo menstrual, classificada como pequeno, médio ou intenso.

A avaliação da saúde do adolescente ou adulto envolve, adicionalmente, a investigação das etapas do desenvolvimento puberal, incluindo telarca²³, pubarca²⁴, axilarca²⁵ e sexarca²⁶. A história sexual deve contemplar informações sobre uso de métodos contraceptivos, utilização de preservativo, número de parceiros e possíveis exposições de risco. Entre adolescentes e mulheres em idade reprodutiva, registra-se também o histórico obstétrico, representado por G, P e A²⁷ (gestações, partos e abortos), além de complicações e tempo gestacional em cada evento.

Enfermeiros especialistas em saúde da família, enfermeiros pediatras e enfermeiros obstetras atuam diretamente nos cuidados à criança e ao adolescente, utilizando esses dados clínicos para planejar e implementar o processo de cuidado. Essas informações subsidiam consultas de puericultura, atendimentos de saúde do adolescente (Brasil, 2009), acompanhamento pré-natal (Brasil, 2012) e consultas ginecológicas (Brasil, 2013), permitindo uma abordagem integral, contínua e baseada em parâmetros clínicos consolidados.

transferir objetos entre as mãos, indicando avanço na motricidade grossa e fina. Aos **nove meses**, geralmente inicia o engatinhar e responde ao próprio nome, evidenciando evolução motora e cognitiva. Próximo aos **doze meses**, a criança costuma dar os primeiros passos e produzir de uma a três palavras com significado, marcando importantes conquistas na marcha e na linguagem inicial. Por volta dos **dezoito meses**, já é capaz de correr, empilhar alguns cubos e utilizar cerca de dez palavras, demonstrando maior coordenação e expansão do vocabulário. Finalmente, aos **vinte e quatro meses**, costuma formar frases simples de duas palavras e subir escadas, consolidando avanços significativos no desenvolvimento motor, cognitivo e linguístico (Lima, 2010).

20. **Adrenarca** é o início da produção aumentada de andrógenos pelas glândulas adrenais, marcando o aparecimento de pelos e odor corporal na puberdade (Lima, 2010).

21. **Drenarca** é o termo que se refere ao início da produção e secreção de secreções vaginais (fluido vaginal) durante a puberdade feminina.

22. **Menarca** é a primeira menstruação, indicando que o eixo hormonal reprodutivo se tornou funcional e que o organismo alcançou uma etapa importante da puberdade. **Catamênios posteriores** (períodos catameniais posteriores) são as menstruações seguintes à menarca, avaliadas quanto à regularidade, duração e quantidade do fluxo, pois refletem a maturidade e o equilíbrio do ciclo menstrual ao longo do tempo (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2025).

23. **Telarca** é o início do desenvolvimento das mamas, sendo o primeiro sinal clínico da puberdade na maioria das meninas (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2025).

24. **Pubarca** é o início do crescimento dos pelos pubianos, representando um dos marcos do desenvolvimento puberal (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2025).

25. **Axilarca** é o aparecimento dos pelos nas axilas, marcando uma etapa do desenvolvimento puberal (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2025).

26. **Sexarca** é o termo utilizado para indicar o início da vida sexual, ou seja, a primeira relação sexual de uma pessoa (Bastos, 1998).

27. Exemplo: histórico obstétrico de G3 P2 A1 significa três gestações, dois partos a termo e um aborto espontâneo. Histórico G2 P0 A2, duas gestações anteriores, ambas evoluindo para abortamento, sem partos prévios.

VI. História Familiar / História Familiar (HFam.)

Embora na prática clínica contemporânea os termos História Familiar e História Familiar sejam empregados como sinônimos, alguns autores clássicos da semiologia brasileira e europeia estabeleciam distinções conceituais entre ambos. Em compêndios tradicionais influenciados pela literatura franco-alemã — como as edições antigas de *Semiologia Médica* de Pappenheim; (1982) — e também em obras clássicas amplamente utilizadas no Brasil nas décadas de 1970 e 1980, como *Semiologia Médica* de José Vieira Romeiro (1980) e o *Manual do Exame Clínico* de Bevilacqua e colaboradores (2003), o termo “história familiar” era empregado em sentido estrito, limitado às condições de saúde presentes entre parentes consanguíneos (pai, mãe, avós, irmãos, filhos), especialmente aquelas de padrão hereditário ou agregação familiar. Já “história familiar” apresentava um escopo mais abrangente, incluindo fatores ambientais, culturais, comportamentais (por ex., marido e esposa) e socioeconômicos que caracterizam o contexto de vida da família e influenciam o processo saúde-doença. Apesar dessa distinção histórica, os principais autores contemporâneos de semiologia e propedêutica — como Porto & Porto (2025), Rezende (2015), Bates (2021) e DeGowin (2014) — não mantêm tal diferenciação, adotando preferencialmente o uso unificado do termo História Familiar.

Com esses aspectos epistemológicos esclarecidos, deve-se proceder a investigação dos antecedentes familiares, que inclui o levantamento sistemático das condições de saúde de pais, mães, avós, irmãos (colaterais), cônjuge e descendentes, bem como a identificação de doenças hereditárias ou de agregação familiar.

Devem ser registradas as condições de saúde e as causas de morte dos parentes diretos — por exemplo: “De que faleceram o pai, a mãe e os avós?” ou, caso estejam vivos, “Como está o estado de saúde atual?”. Essa investigação é fundamental porque determinadas doenças apresentam componente genético relevante. Assim, se o pai possui diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica, existe maior probabilidade de o filho desenvolver essas condições ao longo da vida.

VII. História Social (HSoc.)

A investigação da História Social contempla aspectos da vida ocupacional, hábitos cotidianos e condições de moradia, pois esses elementos interferem diretamente no processo saúde-doença.

a) Profissão: inclui-se a descrição do tipo de trabalho desempenhado, considerando exposição a estressores, permanência prolongada em posição sentada ou em ortostatismo, riscos ocupacionais diversos, contato com poeira (associada ao desenvolvimento de pneumoconioses²⁸), gases, metais, possibilidade de acidentes, carga horária e utilização adequada de equipamentos de proteção individual (EPI).

28. **Pneumoconioses:** grupo de doenças pulmonares não neoplásicas causadas pela inalação e deposição de poeiras no local de trabalho (Kumar; Abbas; Aster, 2025).

b) Hábitos: abrange a avaliação do padrão alimentar (verificando se é qualitativamente adequado e se contempla proteínas, lipídeos, carboidratos, vitaminas, minerais, fibras e ingestão hídrica), rotina de repouso (horas de sono, lazer e férias), prática de exercícios, etilismo (uso de álcool e frequência do consumo), tabagismo, uso de medicamentos — sobretudo aqueles com potencial de dependência, como barbitúricos — e utilização de drogas ilícitas (como maconha, cocaína, crack, heroína).

c) Condições domésticas: compreendem a análise da situação econômica, das condições de habitação (aspectos higiênico-sanitários, disponibilidade de água encanada, rede de esgoto e saneamento básico) e da coabitação com doentes ou animais. A convivência com animais é particularmente relevante, uma vez que podem ser vetores de zoonoses, como no caso do gato na transmissão da toxoplasmose²⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem é uma ciência dinâmica e, por isso, encontra-se em constante expansão quanto à sua amplitude de atuação. Embora o modelo em questão apresente fundamentos de natureza biomédica, nem todos os profissionais conseguem reconhecê-los de forma explícita. Ademais, trata-se de um modelo amplamente difundido, ensinado e aplicado, uma vez que o Processo de Enfermagem pode ser operacionalizado por meio de diferentes abordagens, desde que o enfermeiro mantenha postura crítica e reflexiva diante das limitações desse e de outros modelos descritos na literatura e observados na prática clínica. Para selecionar o modelo de coleta de dados mais adequado às necessidades do cuidado, é fundamental que acadêmicos de Enfermagem e enfermeiros estejam familiarizados com as distintas propostas teóricas e suas estruturas específicas, de modo a realizar uma escolha consciente e satisfatória, alinhada à sua realidade assistencial.

O Processo de Enfermagem é complexo, e sua execução deve ser, ao mesmo tempo, significativa e gratificante tanto para o profissional quanto para a pessoa que recebe o cuidado. Para que esse objetivo seja alcançado, diretrizes podem ser oferecidas, mas cabe a cada enfermeiro conduzir seus próprios passos no desenvolvimento de sua prática.

29. **Toxoplasmose** é uma infecção causada pelo protozoário intracelular obrigatório *Toxoplasma gondii*, caracterizada por invasão tecidual amplamente disseminada, formação de cistos teciduais com bradizóitos e resposta inflamatória variável, dependendo do estado imune do hospedeiro (Kumar; Abbas; Aster, 2025).

O *Post Scriptum – Correlações Clínicas* tem por objetivo ilustrar como dados colhidos na anamnese, quando adequadamente interpretados, permitem estabelecer nexos fisiopatológicos e diagnósticos fundamentais para a condução clínica. A abordagem sintética de algumas condições — como infecções de orofaringe, doenças reumáticas e infecções sexualmente transmissíveis — evidencia que sintomas aparentemente comuns, quando inseridos em um raciocínio clínico estruturado, podem antecipar complicações e definir condutas oportunas.

Assim, este complemento tem por finalidade apresentar e contextualizar alguns agravos sistêmicos que, em geral, ainda não fazem parte da vivência do acadêmico de Enfermagem nas disciplinas iniciais de Semiologia, Semiotécnica ou Fundamentos de Enfermagem. A intenção é favorecer a integração entre teoria e prática, ampliando gradualmente o repertório clínico que será aprofundado ao longo do curso, especialmente nas áreas de Enfermagem Clínica ou Enfermagem em Saúde do Adulto, de acordo com a matriz curricular. Desse modo, reforça-se a relevância da anamnese como eixo estruturante do processo diagnóstico — tanto sob a perspectiva nosológica quanto no âmbito do Processo de Enfermagem —, considerando a coleta subjetiva de dados como elemento central para a identificação precoce de agravos sistêmicos.

Nessa esteira de pensamento, Benjamin, Jameson e Loscalzo (2016) descrevem que a **Febre Reumática** é uma complicação tardia e não supurativa, de caráter autoimune, desencadeada de uma a três semanas após episódio de faringoamigdalite atribuída ao *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A de *Lancefield*, em hospedeiro geneticamente suscetível com tendência a recorrência. Afeta frequentemente as articulações, daí sua inclusão para estudo entre as doenças reumáticas, embora as complicações graves mais frequentes sejam cardíacas (cardite) e, em menor frequência, neurológicas (coréia) e dermatológicas (eritema marginado e nódulos subcutâneos).

A doença cardíaca de origem reumática refere-se, genericamente, às alterações funcionais e estruturais das válvulas cardíacas e miocárdio nos doentes por Febre Reumática, sendo que as lesões cardíacas são a única causa de morte ou de sequelas permanentes nestes pacientes, medindo-se a severidade da doença pela extensão do comprometimento cardíaco e frequência dos surtos recorrentes. A pancardite de origem reumática pode acometer endocárdio, manifestando-se em surtos agudos como insuficiência de válvula mitral e aórtica e, ao longo da evolução da doença durante anos, em estenose. Os sinais clínicos são taquicardia, presença de sopros, e disfunções funcionais mesmo discretas podem ser evidenciadas ao

ecodopplercardiograma. A insuficiência cardíaca grave, geralmente associada a extensão da lesão para o músculo cardíaco, manifesta por cardiomegalia, congestão pulmonar, e que pode ser de instalação aguda ou insidiosa, geralmente ocorre em crianças pequenas ou naquelas em que recidivas da doença sobrepõe-se a lesões prévias significativas (Benjamin; Jameson; Loscalzo, 2016).

Amigdalites de repetição. A cavidade orofaríngea na qual se incluem as amígdalas não é estéril, é colonizada por muitos microrganismos, bactérias que fazem parte do ambiente (flora) normal. Benjamin, Jameson e Loscalzo (2016) evidenciam que a fadiga, as mudanças bruscas de temperatura ou o uso inapropriado de antibióticos pode levar à proliferação de qualquer um dos microrganismos existentes na orofaringe, ou a invasão de vírus e bactérias do meio exterior, pode levar a um desequilíbrio da flora local e desencadear uma infecção. A maioria dos casos de amigdalite são provocados por vírus, sendo os restantes de origem bacteriana, especialmente estreptococos beta-hemolítico do grupo A, o qual é responsável por cerca de 15% dos casos. Outras doenças podem manifestar-se com uma infecção das amígdalas: a mononucleose infecciosa, uma doença causada pelo vírus Epstein Barr, que habitualmente se manifesta por uma amigdalite. A amigdalite aguda manifesta-se por garganta inflamada - hiperemia e edema, associada quase sempre a faringite, disfagia. Pode queixar-se de otite (dor refletida da orofaringe), halitose e febre. Se a amigdalite for de causa viral, pode ocorrer rinorreia (corrimento pelo nariz) tosse e espirros; e as amígdalas apresentam-se hipertrofiadas e avermelhadas. As amigdalites bacterianas são caracterizadas pelo início súbito de dor de garganta, linfadenomegalia submentoniana dolorosa, cefaleia e febre (acima de 38°C). Nas crianças as amigdalites de causa bacteriana podem manifestar-se por dor abdominal, náuseas e vômitos. A origem bacteriana, é sugestiva quando se observa amígdalas hipertrofiadas, de cor avermelhada viva, que podem estar cobertas por uma secreção amarelada ou branca-acinzentada (exsudado purulento). O abscesso periamigdalino e a febre reumática são as complicações mais frequentes das amigdalites. Outras complicações menos frequentes são a glomerulonefrite aguda e os abscessos intra-amigdalino, para-faríngeo e retro-faríngeo (Benjamin; Jameson; Loscalzo, 2016).

Sífilis — IST causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Após o contágio, ocorre um período de incubação que varia de 10 a 90 dias (média de 21 dias), durante o qual não há manifestações clínicas. A infecção evolui em fases, alternando períodos de atividade e latência — este último caracteriza-se pela ausência de sinais e sintomas, embora o indivíduo permaneça infectado. No que se refere a sífilis primária, a primeira manifestação é o cancro, uma lesão ulcerada, única, de bordas elevadas, vermelho-viva e indolor, localizada no ponto de entrada da bactéria (geralmente região genital, mas também pode surgir em boca, ânus ou outras áreas). Por ser indolor, pode passar despercebido. O cancro cicatriza espontaneamente entre 4 e

8 semanas, mesmo sem tratamento. Já a sífilis secundária caso não haja tratamento adequado, entre 3 semanas e 3 meses após a fase primária surgem manifestações sistêmicas. A característica mais comum são manchas vermelhas disseminadas pelo corpo, frequentemente associadas a sintomas semelhantes aos da gripe. As lesões podem ser discretas, descamativas ou acastanhadas, afetando qualquer região, mas são particularmente comuns em palmas das mãos e plantas dos pés. Podem ocorrer ainda queda de cabelo em tufos, placas mucosas e *condiloma latum* — lesões papulosas, úmidas e acinzentadas em áreas intertriginosas (são regiões de pregas cutâneas: região inguinal, região inguino-crural, axilas, região inframamária). Nesta fase, também é possível comprometimento de órgãos internos: fígado, rins, sistema nervoso central, articulações e olhos. Pode haver progressão para sífilis terciária quando não tratada, surgir anos após a infecção inicial. Caracteriza-se por grave comprometimento sistêmico, envolvendo coração, sistema nervoso, ossos e pele. São típicas as gomas - lesões granulomatosas que podem ocorrer na pele, mucosas, ossos longos e órgãos internos. As lesões ósseas causam dor intensa, pior à noite. Já a condição designada como neurosífilis pode se manifestar com cefaleia, vertigem, alterações visuais, distúrbios cognitivos, paralisias e demência. O comprometimento da medula espinhal pode causar dificuldade de marcha, incontinência ou retenção urinária, impotência, perda progressiva da sensibilidade e lesões articulares graves, como as artropatias de Charcot (Veronesi; Focaccia, 2020). A sífilis congênita é prevenível quando a gestante recebe tratamento adequado, o qual deve ser finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, conforme estabelecem as políticas de saúde vigentes (Brasil, 2024). A Nota Técnica n.º 14/2023 – DATHI/SVSA/MS, ainda em vigor, recomenda que o tratamento seja preferencialmente iniciado até a 28ª semana de gestação; contudo, seu foco principal é a atualização do intervalo entre as doses de penicilina, não a alteração do critério referente ao limite gestacional para início do tratamento. Pode ocorrer abortamento espontâneo ou natimorto.

Nos recém-nascidos, especialmente nas primeiras semanas de vida, as manifestações lembram as da sífilis secundária: bolhas, eritema, descamação, placas mucosas e *condiloma latum* (altamente contagioso). São comuns secreção nasal espessa, inflamação óssea, hepatomegalia, linfadenopatia, anemia, trombocitopenia e leucocitose.

Sinais clássicos tardios incluem dentes malformados, fácies típica e tibia em sabre (Veronesi; Focaccia, 2020).

A **gonorreia**, causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, é uma das IST mais frequentes. Veronesi e Focaccia (2020) destacam que recebe denominações populares como blenorragia, pingadeira ou esquentamento.

Nas mulheres, a infecção acomete principalmente o colo do útero. Entre 2 e 8 dias após uma relação sexual desprotegida, surgem sintomas como disúria e estrangúria. Observa-se um corrimento amarelado ou esverdeado, por vezes sanguinolento, que se exterioriza pelo canal uretral nos homens e pela vagina nas mulheres.

A clamidíase (sorotipos D a K) é outra IST de alta prevalência e apresenta manifestações semelhantes às da gonorreia e Veronesi e Focaccia (2020) mencionam disúria, dor pélvica e corrimento mucoso, de aspecto semelhante ao de clara de ovo, no canal uretra. Incubação de 7 a 30 dias. Muitas mulheres infectadas por *Chlamydia trachomatis* permanecem assintomáticas; contudo, a bactéria pode ascender ao útero e às trompas, causando infecções graves. Nessas situações, podem ocorrer dor durante a relação sexual (dispareunia), gravidez ectópica, parto prematuro e até infertilidade.

Veronesi e Focaccia (2020) apresentam **o cancro mole** como cancro venéreo, conhecido popularmente como “cavalo”, manifesta-se por feridas dolorosas de base mole. O agente etiológico é o cocobacilo *Haemophilus ducreyi*. Os primeiros sintomas surgem entre dois e cinco dias após a relação sexual desprotegida com pessoa infectada, podendo o período de incubação estender-se até duas semanas. Inicialmente, aparecem uma ou mais lesões pequenas com pus. Com o passar do tempo, formam-se feridas úmidas, bastante dolorosas, que se expandem, aprofundam e aumentam de tamanho. Outras lesões podem surgir ao redor das primeiras. Cerca de duas semanas após o início do quadro, pode haver linfadenomegalia inguinal dolorosa e avermelhada, que causa dificuldade para caminhar. O abscesso pode romper-se e liberar pus espesso, esverdeado e, por vezes, sanguinolento. Nos homens, as feridas costumam localizar-se na glande; nas mulheres, predominam na vulva e no ânus, aparecendo mais raramente na vagina — quando internas, podem não ser visíveis, mas causam dispareunia e tenesmo. Podem ocorrer ainda cefaleia, febre e adinamia.

O linfogranuloma venéreo (LGV), segundo Veronesi e Focaccia (2020) é causado por *Chlamydia trachomatis* (sorotipos L1, L2 e L3) e caracteriza-se inicialmente pelo aparecimento de uma lesão genital transitória, que dura de três a cinco dias. Essa lesão pode se apresentar como uma pequena ferida ou como uma discreta elevação da pele. Por ser pouco dolorosa e de curta duração, muitas vezes passa despercebida pelo paciente. Após a cicatrização espontânea da lesão primária — geralmente entre duas a seis semanas — ocorre aumento dos linfonodos inguinais, quadro conhecido como bubão. Se não tratado adequadamente, esse edema pode evoluir para rompimento espontâneo, levando à formação de úlceras purulentas.

Leucorreias não são obrigatoriamente associadas a ISTs.

A **vaginose bacteriana** (ou vaginite não específica) é, na verdade, a causa mais comum de corrimento vaginal, conforme destacam Veronesi e Focaccia (2020). Ela resulta de uma alteração da flora vaginal, marcada pela redução dos lactobacilos — bactérias protetoras — e pelo predomínio de microrganismos como a *Gardnerella vaginalis*. Por ter causa orgânica e relacionar-se ao desequilíbrio da microbiota, não é considerada uma IST. Clinicamente, manifesta-se com corrimento branco, amarelo ou acinzentado; odor desagradável, frequentemente descrito como “cheiro de peixe”, especialmente após a relação sexual ou durante a menstruação; possível disúria e/ou prurido vulvar, embora muitas mulheres possam ser assintomáticas. A vaginose ocorre quando há uma mudança no ambiente vaginal que favorece a proliferação de bactérias prejudiciais e reduz as bactérias protetoras.

Segundo Kumar, Abbas e Aster (2025), as **pneumoconioses** são definidas como um grupo de doenças pulmonares não neoplásicas causadas pela inalação e deposição de poeiras no local de trabalho. O texto explica que o termo originalmente se referia a poeiras minerais, mas hoje abrange também partículas orgânicas, fumos e vapores químicos que induzem reações inflamatórias ou fibrogênicas no pulmão. O desenvolvimento das pneumoconioses depende de vários fatores, incluindo a quantidade de poeira retida nos pulmões, o tamanho, a forma e a reatividade físico-química das partículas, a solubilidade dessas partículas e a presença de outros irritantes, como o tabagismo.

A **toxoplasmose** é uma infecção causada pelo protozoário intracelular obrigatório *Toxoplasma gondii*, um parasita capaz de infectar praticamente todos os tecidos nucleados do hospedeiro. Segundo Kumar, Abbas e Aster (2025), após a infecção inicial, os taquizoítos disseminam-se pela corrente sanguínea e linfática, invadindo múltiplos órgãos. Com o controle imunológico, ocorre a formação de cistos teciduais contendo bradizoítos, que podem permanecer viáveis por toda a vida. A resposta inflamatória e o dano tecidual variam de acordo com o estado imunológico do hospedeiro. Em indivíduos imunocompetentes, a infecção costuma ser assintomática ou apresentar quadro leve, semelhante ao de uma mononucleose. Em contrapartida, pacientes imunossuprimidos podem evoluir com reativação dos cistos e desenvolver **lesões necrosantes**, sobretudo no sistema nervoso central, quadro denominado **neurotoxoplasmose**, caracterizado por múltiplas áreas de necrose, inflamação e gliose (Kumar; Abbas; Aster, 2025).

Os autores descrevem a **toxoplasmose congênita**, que ocorre quando a mãe adquire a infecção primária durante a gestação. Nesses casos, o parasita atravessa a placenta, podendo causar aborto, natimortalidade ou graves sequelas fetais, como coriorretinite, calcificações cerebrais e hidrocefalia. Os autores reforçam que

a toxoplasmose é uma doença cujo impacto patológico depende fortemente da interação entre o parasita e o sistema imune do hospedeiro, podendo variar de uma condição benigna a quadros graves e disseminados (Kumar; Abbas; Aster, 2025).

REFERÊNCIAS

BARROS, Alba Lúcia Bottura Leite de (org.). **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de Enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

BASTOS, Álvaro da Cunha. **Ginecologia**. São Paulo: Atheneu, 1998.

BENJAMIN, Ivor; JAMESON, J. Larry; LOSCALZO, Joseph. **Andreoli e Carpenter: princípios de medicina interna**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

BEVILACQUA, Fernando; BENSOUSSAN, Eddy; JANSEN, José Manoel; SPÍNOLA E CASTRO, José; ARAÚJO, Denizar Vianna. **Manual do exame clínico**. 13. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2003. 475 p. ISBN 978-8570062925.

BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G.; HOFFMAN, Richard M.; SORIANO, Rainier P. **Bates' Guide to Physical Examination and History Taking**. 13. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2023. ISBN 978-1-9752-1053-3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica, n. 33. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. ISBN 978-85-334-1970-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMARGO, José de Jesus. **Semiologia médica**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

CANGUILHEM, Georges. **Ideologia e racionalidade nas ciências da vida**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

FILHO, José Luiz *et al.* **Semiologia clínica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2017.

JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchôa; MARTINEZ, José Carlos Prata. **Semiologia clínica**. 6. ed. Barueri: Manole, 2020.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. **Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease**. 11. ed. Philadelphia: Elsevier, 2025.

POLANCZYK, Jacques *et al.* **Semiologia médica**: bases para o exame clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. **Semiologia médica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2025. ISBN 978-8527740685.

ROMEIRO, José Vieira. **Semiologia médica**. 12. ed. Atualizada por Affonso Berardinelli Tarantino. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980. 2 v.

SÁ, Luiz Carlos de *et al.* **Propedêutica médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de orientação para a saúde reprodutiva na adolescência. São Paulo: SBP, 2025.

SWARTZ, Mark H. **Semiologia médica**: a arte e a ciência da avaliação clínica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto (org.). **Tratado de infectologia**. 6. ed. São Paulo: Atheneu, 2020. 2 v.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib obstetrícia**. 5. ed. Barueri, SP: Manole, 2023.