

ANAMNESE GERAL

Data de aceite: 17/04/2023

Cybelle Cristina Pereira Rodrigues

Docente do Centro Universitário do Estado do Pará

José Pedro da Silva Sousa

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

José Wilker Gomes de Castro Júnior

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

Mariana Cayres Vallinoto

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

Marina Rodrigues Pinheiro do Nascimento

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

Matheus Vinícius Mourão Parente

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

Tarquinio Leão de Oliveira

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

INTRODUÇÃO

A anamnese é a parte mais importante da medicina, ela é o contato inicial do paciente com o médico, sendo o pilar da relação médico-paciente. Uma anamnese feita corretamente abre as portas para decisões diagnósticas, terapêuticas e condutas adequadas nas quais não podem ser substituídas por qualquer exame complementar, aqui a clínica se faz soberana, pois quanto mais aumentarmos a carga de exames, aumentam-se os custos, perde-se tempo. A anamnese se apoia no fruto do raciocínio crítico, no qual lapidamos ao longo da carreira médica.¹

ASPECTOS GERAIS

A anamnese pode ser conduzida de diversas maneiras:

- Deixar o paciente fazer livre relato de suas queixas sem nenhuma interferência, limitando-se a ouvir.

- Entrevistá-lo de forma objetiva, técnica e dirigindo a anamnese, tendo um esquema básico em mente. Atentando-se para não enviesar para ideias pré-concebidas.
- O paciente fica em um primeiro momento livre para narrar suas queixas e posteriormente o médico conduz a entrevista objetivamente.

Independentemente da técnica empregada, os dados coletados devem ser analisados de forma crítica, tomando cuidado com as próprias interpretações dos pacientes acerca de seus sintomas e tratamentos.¹

Construindo uma boa anamnese

Aqui dar-se o primeiro contato, deve-se cumprimentar adequadamente o paciente, de forma a estabelecer uma boa relação médico-paciente. Pergunte-lhe o nome e diga o seu. Demonstre atenção e procure identificar sentimentos – dor, sono, ansiedade, irritação, tristeza – para encontrar a maneira mais conveniente de conduzir a entrevista clínica. O examinador deve reconhecer e compreender as condições socioculturais para conhecer a doença e o paciente dentro de suas especificidades, não induzir as respostas do paciente e deve sempre explicar ao paciente o que está fazendo.

O ideal é que não haja pressa, usando o tempo necessário para uma boa entrevista clínica que abranja os objetivos dispostos a problemática.¹

Objetivo da anamnese

Os principais objetivos da anamnese estarão listados abaixo:

- Estabelecer a relação médico-paciente.
- Identificar os determinantes epidemiológicos que influenciam o processo saúde-doença do paciente.
- Fazer a história clínica registrando, detalhada e cronologicamente, o problema atual de saúde do paciente.
- Avaliar os sintomas de cada sistema corporal detalhadamente.
- Avaliar o estado de saúde passado e presente do paciente, conhecendo os fatores pessoais, familiares e ambiente que influenciam seu processo saúde-doença.
- Conhecer os hábitos de vida, condições socioeconômicas e culturais do paciente.¹

PASSOS DA ANAMNESE

Identificação

Permite a interpretação de dados individuais e dos aspectos relacionados, servindo não só para a catalogação do paciente, mas é onde se inicia a relação médico paciente, pois saber o nome é indispensável para a comunicação afetiva e efetiva.¹

Em uma anamnese, é de suma importância de que a data nunca seja esquecida, bem como todos pontos obrigatórios da identificação:

- Nome: completo, sem abreviações ou caracterizações;
- Nome da mãe;
- Nome do responsável, cuidador e/ou acompanhante;
- Idade: em dias ou meses, no caso de crianças abaixo de 1 ano e em anos, em indivíduos a partir de 1 ano de idade. Cada faixa etária tem doenças próprias, isso se inclui no raciocínio diagnóstico;
- Data de nascimento;
- Sexo/gênero (somente se pergunta em caso de dúvida): masculino ou feminino;
- Cor/etnia (não deve ser perguntado ao paciente): cor branca, cor parda, cor preta, etnia indígena, etnia asiática, podendo-se usar também a escala de Fitzpatrick;
- Estado civil: casado(a), solteiro (a), divorciado (a), viúvo (a), separado (a) – sem homologação de divórcio ou companheiro (a) – união estável;
- Profissão: atividade exercida de forma profissional e habilitada por órgão competente. Exemplo: médico;
- Ocupação atual/local de trabalho: o que o paciente exerce, atribuições do dia a dia. Exemplo: cardiologista. Também se pode registrar situações especiais onde o paciente não está exercendo atividade devido a licença ou aposentadoria, por exemplo;
- Naturalidade: local onde nasceu;
- Procedência: residência anterior em outro país? Paciente viajou nos últimos tempos? Aqui se registra a última localidade do paciente anteriormente a atual;
- Residência: endereço (rua, número, bairro, perímetro);
- Religião: fator determinante no processo saúde-doença, na adesão do trata-

mento, além de existirem restrições específicas de determinadas religiões e crenças.

Alguns critérios não são obrigatórios, porém, podem vir a ser úteis caso o paciente os forneça, são eles:

- E-mail;
- Telefone;
- Plano de saúde: facilita o encaminhamento para exames complementares, outros especialistas, hospitais e afins.

Queixa principal

Razão pela qual o paciente decidiu procurar um médico, sendo descrita da forma com que o paciente a expressou, seja de forma coloquial ou formal, em expressões vulgares, regionalidades e/ou não corriqueiras, usar aspas nas palavras, mas sem alterar ou amenizar a palavra citada (Ex: “coração em batadeira”). Perguntas como “Qual o motivo que lhe trouxe aqui hoje?”, “O que você está sentindo?” podem ser úteis para iniciar a pesquisa. Pode haver vários motivos, mas se deve enumerar o que mais incomoda no momento, que será a base da História da Doença Atual (HDA).¹

História da Doença Atual (HDA)

Registro cronológico e detalhado do motivo pelo qual o paciente procurou assistência médica. Aqui não se pode mais usar a linguagem do paciente e as aspas, deve-se usar os termos médicos adequadamente. Não se deve induzir respostas, apenas ajudar o paciente a chegar no objetivo da descrição adequada do que sente.

Dica: Palavras para ajudar na HDA

- Refere
- Informa
- Relata
- Alega

O prontuário nunca deve ser rasurado, se escrever algo fora de ordem, que surgiu posteriormente na história clínica ou se você fez a descrição incorretamente é indicado haver a sinalização – escrever do lado “atempo...” “Digo...”.¹

Início

O examinador precisa investigar quando começou (em dias ou aproximadamente), como começou (de forma súbita, gradativa) e se houve algum fator desencadeante, como por exemplo “paciente relata palpitações há cerca de duas semanas, com início súbito após exercício físico”.

Características do sintoma

Precisa conter localização, duração, intensidade (em uma escala de 0 a 10), frequência, forma (pontada, aperto, queimação) e irradiação, como por exemplo: na região do tórax, não sabe dizer em qual parte especificamente, com intensidade 9 em uma escala de 10, em forma de pontada ao caminhar, na qual irradia para o braço direito.

Fatores de melhora ou piora

Alguns fatores como medicamentos, posição, atividade física, fatores climáticos e alimentação podem influenciar na intensidade dos sintomas e devem ser descritos, como por exemplo “melhora com o uso de Toragesic 10 mg sublingual e piora ao decúbito dorsal”.

Relação com outras queixas

Outras alterações fisiológicas que acompanhem a queixa principal também devem ser pesquisadas e descritas, como por exemplo “acompanhada de dispneia e tosse seca”.

Evolução

O examinador deve descrever como o sintoma está ao longo do tempo até o momento da consulta, como por exemplo “após uma semana a dor evoluiu com melhora, numa escala de 0 a 10 diminuiu para 5”.

Situação atual

O examinador deve investigar como está o sintoma no momento da consulta, como por exemplo “no momento da consulta o paciente não sente dor”.

Interrogatório Sintomatológico sobre os Diversos Aparelhos (ISDA)

Complemento da HDA, permite levantar maiores possibilidades de diagnósticos e promover o rastreio de sintomatologias não propriamente relacionadas com a queixa

principal, mas ainda sim de interesse médico. Registra-se os sintomas presentes e negados (ver capítulo 3).¹ Os sintomas avaliados são divididos entre os diversos aparelhos:

- Sintomas gerais
- Pele e fâneros
- Cabeça e pescoço
- Tórax
- Abdome
- Sistema geniturinário
- Sistema hemolinfopoético
- Sistema endócrino
- Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades
- Músculos
- Artérias, veias, linfáticos e microcirculação
- Sistema nervoso
- Exame psíquico e avaliação das condições emocionais

Dica:

Antes de iniciar a ISDA, explicar ao paciente que fará questionamentos sobre todos os sistemas corporais, mesmo que não tenham relação aparente com a queixa principal, de forma que isso possa auxiliar no diagnóstico.¹

Antecedentes pessoais

Leva-se em consideração a avaliação do estado de saúde do paciente em seu passado e seu presente, conhecendo fatores pessoais e familiares que influenciem o binômio saúde-doença. Abrange os antecedentes fisiológicos, patológicos e familiares.¹

Antecedentes pessoais fisiológicos

Inclui gestação e nascimento, desenvolvimento psicomotor e neural e desenvolvimento sexual.¹

- Gestação (sem alterações patológicas), parto (vaginal ou cesariana), nascimento (pré-termo, atermo ou pós-termo); uso de medicações; viroses contraídas durante a gestação; estado da criança ao nascer.

- Desenvolvimento psicomotor e neural: dentição: quando apareceu o primeiro dente, quando trocou os dentes de leite); fala, engatinhar, andar; desenvolvimento físico: peso e tamanho; controle do esfíncter: quando deixou de usar fralda e conseguiu fazer as fezes e a urina no banheiro); aproveitamento escolar. Aqui precisamos saber a idade em que determinadas atividades tiveram início para verificar se foram de aparecimento precoce, tardio ou normal. Por exemplo, a partir dos 6 meses de idade, surge o primeiro dente; a partir dos 6 meses também a criança começa a engatinhar e com 1 ano de idade ela anda. A fala desenvolve-se entre 1 e 3 anos de idade, e o controle dos esfíncteres acontece entre 2 e 4 anos de idade.
- Desenvolvimento sexual: puberdade, menarca, sexarca, menopausa: estabelecer início; ciclo menstrual regular ou irregular. Nos homens observar quando engrossou a voz, quando apareceu os primeiros pelos pubianos, barba; orientação sexual: HSM, HSM, HSMH, MSH, MSM, MSHM (H – homem, M – mulher e S – faz sexo com).

Antecedentes pessoais patológicos

Devem ser interrogadas todas as condições sofridas previamente pelo paciente:

- Doenças sofridas pelo paciente: começando pelas doenças típicas da Infância (sarampo, varicela, coqueluche, caxumba, moléstia reumática, amigdalites) até as doenças típicas da vida adulta (pneumonia, hepatite, malária, pleurite, tuberculose, hipertensão arterial, diabetes, artrose, osteoporose, litíase renal, gota).
- Alergia: pesquisar se o paciente sofre afecções de fundo alérgico (eczema, urticária, asma). Deve-se buscar por alergias tanto na infância quanto na vida adulta.
- Cirurgias: quais foram as intervenções e o motivo (tendo-se a possibilidade, pode-se registrar a data, o tipo de cirurgia, o diagnóstico e o nome do hospital).
- Traumatismo: se houve, descrever o acidente e as consequências dele (esse item é importante para a medicina trabalhista).
- Transfusão sanguíneas: anota-se o número, quando, onde e o porquê.
- História obstétrica: (G) número de gestações; (P) número de partos; (A) número de abortos; (C) número de cesarianas. Ex: G2P1A1C1 – 2 gestações, 1 parto, 1 aborto e 1 cesariana.
- Paternidade: em pacientes do sexo masculino, pergunta-se o número de filhos.

- Vacinação (BCG, febre amarela, poliomielite...); na infância e na vida adulta.

Vacinações recomendadas pelo Ministério da Saúde de acordo com a faixa etária

- Crianças: BCG, difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, poliomielite, meningite por Influenza B, meningocócica C, pneumocócica 10, sarampo, rubéola, caxumba, varicela, rotavírus, febre amarela.
- Adolescentes: difteria, tétano, hepatite B, sarampo, caxumba, rubéola, febre amarela, HPV.
- Adultos e idosos: difteria, tétano, sarampo, caxumba, rubéola, febre amarela. Para mais de 60 anos: influenza ou gripe, pneumonia por pneumococo.

Fonte: Portal do Ministério da Saúde (www.portal.saude.gov.br).

Antecedentes familiares

Dica:

Perguntas sobre a sexualidade devem ser feitas após já se ter conversado bastante com o paciente, assim ele fica mais descontraído e o estudante não se sente tão constrangido. Deve-se começar perguntando sobre o desenvolvimento psicosssexual – quando parou de mamar, se foi amamentado ao seio ou não, quando foi ensinado a usar o “penquinho”. Em seguida, pode-se perguntar como foi sua adolescência e, de forma tranquila, pergunta-se com que idade teve sua primeira relação sexual. Após a informação da sexarca, o estudante, ainda de maneira tranquila, pode perguntar se o paciente mora com familiares ou sozinho, acrescentando a seguinte indagação: “O senhor mora sozinho? Mora com algum companheiro ou companheira?”

De modo a deixar o paciente livre para demonstrar sua orientação sexual

Em seguida, pode-se questionar se o paciente pratica sexo seguro ou não (se usa preservativo, se tem outros parceiros etc.). Lembre-se sempre que o que é perguntado de maneira adequada, sem demonstrar preconceito, é respondido também com tranquilidade. Mostre-se sempre tranquilo, sem sinais de discriminação, seja qual for a informação do paciente.¹

Pergunta-se o estado de saúde dos pais e irmãos do paciente, enquanto vivos. Se o paciente for casado ou tiver filhos, estes também são referidos. Também avós, tios e primos paternos e maternos. Se houver doentes na família, descrever o diagnóstico. Em caso de falecimento de algum dos parentes referidos acima, descrever o motivo e, se possível, a idade em que ocorreu. Procura-se doenças crônicas, infecciosas, alérgicas, doenças autoimunes, doença arterial coronariana, câncer, acidente vascular cerebral, cânceres,

úlceras, varizes – doenças de caráter familiar que sejam mais comuns. No caso de doenças de caráter hereditário, como hemofilia, anemia falciforme e afins, é imprescindível um levantamento genealógico mais rigoroso, podendo inclusive recorrer a técnicas de investigação genética.¹

Hábitos de vida

A pesquisa inclui critérios importantes que não devem ser esquecidos:

- **Alimentação:** discrimina-se a alimentação habitual, especificando, quando possível, o tipo e a quantidade dos alimentos ingeridos, detalhando-as uma a uma. Chama-se anamnese alimentar.
- **Atividades físicas:** qual tipo de exercício realiza? Qual a frequência? Durante quanto tempo? Uma sugestão de classificação seria: pessoas sedentárias; pessoas que exercem atividades físicas moderadas; pessoas que exercem atividades físicas intensas e constantes; pessoas que exercem atividades físicas ocasionais.
- **Tabagismo:** registra-se o tipo (cigarro, cachimbo, charuto, porronca...), quantidade, frequência, duração do vício (descrever há quanto tempo fuma e se parou descrever há quanto tempo fez essa parada), abstinência (se já tentou parar de fumar).
- **Etilismo:** registra-se o tipo (cerveja, vinho, vodca, cachaça, gin...), quantidade, frequência, duração do vício (descrever há quanto tempo bebe e se parou descrever há quanto tempo fez essa parada), abstinência (se já tentou parar de beber).
- **Drogas ilícitas:** registra-se o tipo, quantidade, frequência, duração do vício (descrever há quanto tempo e se parou descrever há quanto tempo fez essa parada), abstinência (se já tentou parar).¹

Cálculo da Carga Tabágica (anos/maço)

- Número de dia/anos multiplicado pelo número de anos de tabagismo.

- 1 maço tem 20 cigarros.

Ex: Se fuma 2 maços por 10 anos. Fuma 40 cigarros/dia – 20 cigarros: 2 dia/maços. 2 x 10 anos = 20 anos/maço.²

Condições socioeconômicas – culturais

Avaliam a situação financeira, vínculos afetivos familiares, filiações religiosas e crenças, assim como a condição de moradia e o grau de escolaridade do paciente.¹

- **Habitação:** ambiente urbano ou rural? Tem acesso a saneamento básico, energia elétrica, coleta de lixo e água potável? Mora em casa ou apartamento? Casa de alvenaria, barro, madeira? Quantos cômodos tem na casa? Quantas pessoas coabitam nessa residência? Possui animais domésticos e quantos?
- **Condições socioeconômicas:** rendimento mensal da família? Situação profissional atual? Há dependência econômica de parentes ou instituições?
- **Condições culturais:** não se restringem a escolaridade, mas abrange também a religiosidade, as tradições, crenças, mitos, prática de medicina popular e afins. Deve-se respeitar seu contexto.
- **Vida conjugal e relacionamento familiar:** investiga-se o relacionamento entre pais e filhos, entre irmãos e entre cônjuges.

Roteiro para a elaboração da anamnese geral	
Etapa	Deve conter
Identificação do paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Nome; • Idade; • Sexo/gênero; • Cor/etnia; • Estado civil; • Procedência; • Residência; • Nome da mãe; • Nome do responsável/cuidador/acompanhante; • Profissão; • Local de trabalho; • Religião; • Plano de saúde.
Queixa Principal (QP)	<ul style="list-style-type: none"> • Motivo que levou o paciente a procurar o médico (nas expressões utilizadas pelo paciente).
História da doença atual (HDA)	<ul style="list-style-type: none"> • Sintoma e suas características; • Ordem cronológica; • Evolução, exames e tratamentos já realizados.

Interrogatório Sintomatológico sobre os Diversos Aparelhos (ISDA)

- Sintomas gerais;
- Pele e fâneros;
- Cabeça e pescoço;
- Tórax;
- Abdome;
- Sistema geniturinário;
- Sistema hemolinfopoético;
- Sistema endócrino;
- Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades;
- Músculos;
- Artérias, veias, linfáticos e microcirculação;
- Sistema nervoso;
- Exame psíquico e avaliação das condições emocionais.

Antecedentes pessoais (fisiológicos)

- Gestação e nascimento;
- Condições de parto (normal domiciliar/normal hospitalar/cesariano/gemelar/uso de fórceps);
- Gestação (normal/complicações);
- Ordem de nascimento;
- Quantidade de irmãos;
- Desenvolvimento psicomotor e neural;
- Aproveitamento escolar;
- Desenvolvimento físico;
- Idade em que se iniciaram a dentição, o andar, o engatinhar, o falar e o controle de esfíncteres;
- Desenvolvimento sexual;
- Menarca (idade);
- Menopausa (idade);
- Orientação sexual (HSM/HSH/HSHM/MSH/MSM/MSHM);
- Puberdade (normal/precoce/tardia);
- Sexarca (idade).

Antecedentes pessoais (patológicos)

- Doenças da infância;
- Traumatismos e acidentes;
- Doenças graves e/ou crônicas;
- Cirurgias;
- Transfusões sanguíneas (quantidade/quando/onde/motivo);
- História obstétrica;
- Vacinas;
- Alergias;
- Medicamentos em uso (com posologia).

Antecedentes familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças familiares (em parentes de primeiro e/ou segundo grau).
Hábitos de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação; • Atividades físicas diárias e regulares; • Consumo de bebida alcoólica; • Tabagismo; • Uso de drogas ilícitas.
Condições socioeconômicas e culturais	<ul style="list-style-type: none"> • Condições culturais; • Condições de moradia, saneamento básico e coleta de lixo; • Condições econômicas; • Vida conjugal.

REFERÊNCIAS

[1] PORTO&PORTO, **Exame Clínico**. 7ªed. [S.l] Grupo Editorial Nacional; 2012.

[2] Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro [homepage na internet]. Cálculo do Fumo [Acesso em 02 de novembro de 2020]. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/calculo-do-fumo/>

[3] PORTO&PORTO, **Exame Clínico - Roteiros**. 7ªed. [S.l] Grupo Editorial Nacional; 2012. Disponível em: <http://gen-io.grupogen.com.br/gen-io/>