

Cristiane Ribeiro Maués
Fabíola de Arruda Bastos
José Pedro da Silva Sousa
José Wilker Gomes de Castro Júnior
Mariana Cayres Vallinoto
Marina Rodrigues Pinheiro do Nascimento

ORGANIZADORES

Anamnese e
Prescrição

CLÍNICA MÉDICA:

Manual do Estudante
de Medicina


Atena
Editora
Ano 2023


CESUPA
Centro Universitário do Estado do Pará

Cristiane Ribeiro Maués
Fabíola de Arruda Bastos
José Pedro da Silva Sousa
José Wilker Gomes de Castro Júnior
Mariana Cayres Vallinoto
Marina Rodrigues Pinheiro do Nascimento
ORGANIZADORES

**Anamnese e
Prescrição**

CLÍNICA MÉDICA:

**Manual do Estudante
de Medicina**

**Atena**
Editora
Ano 2023

**CESUPA**
Centro Universitário do Estado do Pará

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremona

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Prof^ª Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
 Prof^ª Dr^a Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
 Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
 Prof^ª Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof^ª Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
 Prof^ª Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
 Prof^ª Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
 Prof^ª Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Prof^ª Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof^ª Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
 Prof^ª Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
 Prof^ª Dr^a Lara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDP
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Prof^ª Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Prof^ª Dr^a Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
 Prof^ª Dr^a Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
 Prof^ª Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof^ª Dr^a Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
 Prof^ª Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Prof^ª Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
 Prof^ª Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
 Prof^ª Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof^ª Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
 Prof^ª Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
 Prof^ª Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
 Prof^ª Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
 Prof^ª Dr^a Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof^ª Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
 Prof^ª Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^ª Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof^ª Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Clínica médica: manual do estudante de medicina - Anamnese e Prescrição

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadores: Cristiane Ribeiro Maués
 Fabíola de Arruda Bastos
 José Pedro da Silva Sousa
 José Wilker Gomes de Castro Júnior
 Mariana Cayres Vallinoto
 Marina Rodrigues Pinheiro do Nascimento

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
C641	Clínica médica: manual do estudante de medicina - Anamnese e Prescrição / Organizadores Cristiane Ribeiro Maués, Fabíola de Arruda Bastos, José Pedro da Silva Sousa, et al. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023. Outros organizadores José Wilker Gomes de Castro Júnior Mariana Cayres Vallinoto Marina Rodrigues Pinheiro do Nascimento Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-1311-0 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.110230905 1. Clínica médica. 2. Medicina - Prática. I. Maués, Cristiane Ribeiro (Organizadora). II. Bastos, Fabíola de Arruda (Organizadora). III. Sousa, José Pedro da Silva (Organizador). IV. Título. CDD 616.07
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná – Brasil
 Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Este livro é dedicado à memória e ao legado do médico e fundador do Centro Universitário do Estado do Pará, professor João Paulo do Valle Mendes que, desde os tempos da graduação, já demonstrava enorme apreço pela educação.

Os autores

Os autores desse livro são gratos a diversas pessoas que contribuíram de várias formas para a elaboração deste livro.

Primeiramente, agradecemos aos nossos autores colaboradores por trabalharem com tanta dedicação e seriedade. Muitos destes são professores brilhantes que, durante a graduação, se tornaram amigos queridos. Dentre eles temos Cássio Antônio Bezerra de Oliveira, Cybelle Cristina Pereira Rodrigues e Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque. Outros são alunos dedicados que em breve se formarão excelentes médicos. Todos são reconhecidos na seção de colaboradores deste livro.

Gostaríamos de agradecer também ao Centro Universitário de Estado do Pará (CESUPA) por nos ter fornecido todas as ferramentas e apoio necessários para a produção deste livro.

Agradecemos também o auxílio do médico Victor Menezes da Cunha, sem o qual não seria possível publicar este livro.

Por fim, agradecemos às nossas famílias por todo a paciência, amor e apoio a essa iniciativa.

Os autores

O exame clínico é a base para o atendimento médico. Um bom entendimento dos fundamentos da anamnese clínica se faz essencial para o estudante de medicina. Este livro destina-se a estudantes de medicina que, independente do semestre atual, visam aprender ou lapidar seus conhecimentos acerca da anamnese clínica.

Este livro é dividido em quatro capítulos: Anamnese geral, anamnese de retorno, caracterização de sintomas e prescrição médica. Os três primeiros abordam a elaboração da anamnese completa e objetivam ensinar o acadêmico a como coletar a história do paciente, bem como caracterizar o sintoma de forma adequada, englobando todos os principais pontos relevantes da queixa.

Por outro lado, o quarto capítulo deste livro aborda a elaboração das prescrições médicas. O estudante de medicina irá aprender sobre os itens fundamentais que devem estar presentes em uma receita, bem como sobre as diversas formas de apresentação dos medicamentos.

Espero que este livro ajude na sua formação médica.

Os autores

CAPÍTULO 1 1**ANAMNESE GERAL**

Cybelle Cristina Pereira Rodrigues

José Pedro da Silva Sousa

José Wilker Gomes de Castro Júnior

Mariana Cayres Vallinoto

Marina Rodrigues Pinheiro do Nascimento

Matheus Vinícius Mourão Parente

Tarquinio Leão de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1102309051>**CAPÍTULO 2 13****ANAMNESE DE RETORNO**

Fabiola de Arruda Bastos

José Pedro da Silva Sousa

José Wilker Gomes de Castro Júnior

Mariana Cayres Vallinoto

Marina Rodrigues Pinheiro do Nascimento

Yasmin Maria Rocha Calderaro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1102309052>**CAPÍTULO 3 17****CARACTERIZAÇÃO DE SINTOMAS**

Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque

Beatriz Cavalcanti Dória

Débora Costa Negrão

José Pedro da Silva Sousa

José Wilker Gomes de Castro Júnior

Mariana Cayres Vallinoto

Marina Rodrigues Pinheiro do Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1102309053>**CAPÍTULO 4 35****PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Cássio Antônio Bezerra de Oliveira

Giulia Luz da Fonseca

José Pedro da Silva Sousa

José Wilker Gomes de Castro Júnior

Júlia Pereira Pinto Marques

Lucas Sales Oliveira

Mariana Cayres Vallinoto

Marina Rodrigues Pinheiro do Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1102309054>**SOBRE OS COLABORADORES 63**

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 bateadeira”). 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 “peniquinho”. 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	• 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)	• Motivo que levou o paciente a procurar o médico (nas expressões utilizadas pelo paciente).
História da doença atual (HDA)	• 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/SHS/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	• Doenças familiares (em parentes de primeiro e/ou segundo grau).
Hábitos de vida	• Alimentação; • Atividades físicas diárias e regulares; • Consumo de bebida alcoólica; • Tabagismo; • Uso de drogas ilícitas.
Condições socioeconômicas e culturais	• 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/>

ANAMNESE DE RETORNO

Data de aceite: 17/04/2023

Fabíola de Arruda Bastos

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

Yasmin Maria Rocha Calderaro

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

tópicos como resultados de exames e novas queixas, e excluindo outros como antecedentes pessoais e familiares. É de extrema importância no prontuário para quem está realizando o atendimento como para o paciente, tendo em vista acompanhar sua evolução.¹

IDENTIFICAÇÃO

Apenas o nome completo e a idade atual devem constar nesta etapa, visto que os dados completos já estão presentes no prontuário em consultas anteriores.

DIAGNÓSTICOS PRÉVIOS

Todos os diagnósticos confirmados que o paciente já teve em consultas anteriores precisam aparecer nesta etapa.²

INTRODUÇÃO

A anamnese de retorno se constitui, basicamente, da mesma forma da anamnese inicial, incluindo novos

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

No primeiro momento, faz-se a descrição da evolução da queixa do paciente

na última consulta. Caso existam novas queixas, adiciona-se outro item no prontuário para fazer uma nova HDA.²

MEDICAMENTOS EM USO

Indicar todos os medicamentos, dosagem e posologia feitos pelo paciente no momento da consulta, inclusive os usados ocasionalmente.²

INTERROGATÓRIO SOBRE DIVERSOS APARELHOS (ISDA)

Nesse tópico, as demais queixas do paciente são indagadas pelo entrevistador.²

EXAME FÍSICO

Geral

São técnicas e exames clínicos tem como objetivo principal a avaliação do estado geral do paciente, independente de sistemas ou segmentos anatômicos. São divididos em:

- Qualitativo: estado geral, estado nutricional, avaliação de mucosas (hidratação e coloração), presença ou ausência de cianose e/ou icterícia.²
- Quantitativo: pressão arterial (PA), altura, peso, índice de massa corporal (IMC), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), temperatura (T).²

Específico

Os exames realizados nesta etapa dependerão das necessidades do paciente, variando conforme queixas e quadro clínico. Estes exames serão vistos de maneira mais aprofundada nos capítulos seguintes, porém, de forma geral, estão divididos em:

- Cabeça e pescoço: linfonodos, tireoide, pulsos carotídeos e cavidade oral;
- Pulmonar: padrão respiratório, amplitude, frêmito tóraco-vocal, percussão e ausculta respiratória;
- Cardíaco: avaliação de veias jugulares, localização do ictus, palpação de pulsos, ausculta cardíaca;
- Abdômen: inspeção, ausculta, percussão, palpação superficial e profunda;
- Membros: deformidades, cicatrizes, varizes e edema.²

EXAMES COMPLEMENTARES

O examinador deve transcrever todos os resultados de exames complementares solicitados em consulta anterior.²

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (HD)

Todos os diagnósticos prévios devem constar no prontuário, adicionando novos se necessário.²

CONDUTA (CD)

Etapa final da anamnese, contendo orientações, exames solicitados e medicamentos prescritos.²

Roteiro para a elaboração da anamnese de retorno	
Etapa	Deve constar
Identificação	• Nome • Idade atual
Diagnósticos prévios	
História da Doença Atual (HDA)	• Evolução da queixa • Novas queixas
Medicamentos em uso	• Medicamento • Dosagem • Posologia
Interrogatório Sobre Diversos Aparelhos (ISDA)	
Exame físico geral	• Qualitativo • Quantitativo
Exame físico específico	• Cabeça e pescoço • Pulmonar • Cardíaco • Abdômen • Membros
Exames complementares	
Hipótese diagnóstica	• Diagnósticos prévios • Novos diagnósticos
Conduta	• Orientações • Exames solicitados • Medicamentos prescritos

REFERÊNCIAS

[1] ROCCO, J.R. **Semiologia Médica**. 1ªed. [S.l.] Elsevier;2010.

[2] **Ficha Modelo: Retorno** [publicação na web]; acesso em 16 de outubro de 2020. Disponível em www2.fm.usp.br/gdc/docs/ema_59_ficha_de_retorno.pdf

CARACTERIZAÇÃO DE SINTOMAS

Data de aceite: 17/04/2023

Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque

Docente do Centro Universitário do Estado do Pará

Beatriz Cavalcanti Dória

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

Débora Costa Negrão

Discente 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

INTRODUÇÃO

Para fazer uma anamnese completa e elucidar as possíveis causas do adoecimento do paciente, deve-se possuir o conhecimento necessário para questionar e caracterizar acerca dos principais sintomas gerais. Isso deve ser feito, por sua vez, obedecendo os critérios básicos de planimetria, isto é, no sentido céfalo-podálico.¹ Assim, de maneira objetiva e organizada, teremos um parecer geral sobre possíveis sintomas gerais que fazem parte do quadro clínico de determinada doença.

SINTOMAS GERAIS

Determinados sintomas são relacionados à diversas doenças e contribuem para raciocínios clínicos amplos, sendo, então, considerados sintomas gerais.² São eles:

- Febre;
- Astenia;

- Fadiga;
- Alterações de peso;
- Sudorese;
- Calafrios;
- Prurido.

CARACTERIZAÇÃO DA DOR

O sintoma da dor é o mais frequente em consultas médicas, sendo associado como sintoma padrão de diversas doenças. Sendo assim, o paciente deve ser avaliado de forma sistêmica, considerando as características semiológicas do sintoma, são elas: localização, duração, qualidade da dor, tipo de dor, irradiação, intensidade, evolução, relação com funções orgânicas, fatores agravantes, fatores atenuantes, manifestações concomitantes e momento atual do sintoma.¹

Duração

Inicialmente, o examinador deverá investigar quanto ao tempo da dor, questionando há quanto tempo ocorre, qual a duração, se é constante ou intermitente – neste caso, perguntar quanto tempo dura a crise e com que frequência (diária ou mensal) – e em qual período do dia é mais intensa a dor.

Localização

Em seguida, deve-se questionar quanto a localização, a qual deve ser bem descrita anatomicamente e se o paciente sente de forma difusa ou localizada.

Qualidade

A qualidade da dor demonstra a percepção do paciente sobre a dor, a qual pode ser descrita como em pontada, em aperto, em queimação, em choque, em cólica, latejante ou como formigamento; quando o paciente consegue descrever, a qualidade é considerada espontânea, por outro lado, quando é necessário desencadear a dor por meio de manobras feitas pelo examinador, é considerada evocada.

Tipo de dor

O examinador também deve perguntar sobre o tipo da dor, o que auxiliará a definir se esta é somática superficial – dor referida pelo paciente como bem localizada e sentida na pele; ou somática profunda – dor em músculo, fáscias, tendões e articulações, sendo

mais difusa que o tipo anterior; ou visceral – dor profunda e difusa, de difícil descrição da localização.

Irradiação

É necessário investigar se há irradiação, ou seja, quando a dor posteriormente é sentida em outros locais diferentes do inicial.²

Intensidade

A intensidade da dor deve ser pesquisada por meio da Escala da Dor de zero a dez, sendo zero sem dor e 10 a pior dor possível (subjetivo para cada paciente). Quanto à evolução, deve-se perguntar se a dor se instalou de forma súbita ou insidiosa, se foi desencadeada por algum fator específico, se piorou ou melhorou ao longo do tempo e se houve alguma mudança na sua qualidade.

Relação com funções orgânicas

Além disso, é importante avaliar se a dor tem relação com as funções orgânicas do paciente, investigando os locais – órgãos e estruturas – próximos ao local do sintoma.

Fatores agravantes

Outro fator que deve ser associado na História da Doença Atual (HDA) são os fatores que agravam ou atenuam a dor, podendo ser posição, horário, medicamento em uso, alimentos, esforço físico, mudanças climáticas, emoção e estresse, entre outros.

Manifestações concomitantes

Manifestações concomitantes podem ocorrer junto com a dor, podendo ser qualquer sinal ou sintoma, sendo esta uma pergunta que depende do raciocínio clínico do examinador.

Momento atual da consulta

Ao final da HDA, deve ser perguntado quanto ao estado da dor no momento atual da consulta, se essa está presente e com qual intensidade.²

Exemplo de HDA de dor

Paciente vem a consulta queixando-se de cefaleia em região frontal, há 2 semanas. Relata que o sintoma iniciou após um jogo de basquete com seus pais, evoluindo de forma gradativa, iniciando com 3/10 na escala de dor e evoluindo para 8/10 no momento da consulta. Ao ser indagado, descreve a dor como “em pontada”, sem irradiação, com melhora ao fechar os olhos e piora ao fazer atividade física. Nega febre, náuseas e vômito associados. Fez uso de Paracetamol, 500 mg de 6 em 6 horas, por 5 dias, com visível melhora, reduzindo a dor para 3/10. No momento da consulta não refere dor.

CARACTERIZAÇÃO DA TONTURA

A tontura é uma queixa frequente em todas as faixas etárias e possui inúmeras causas, sendo importante, então, ser bem caracterizada para iniciar o raciocínio clínico. O sintoma de tontura pode ser associado a sensações como desmaio, desequilíbrio, vertigem ou “sensação de cabeça vazia”, as quais possuem causas e doenças diferentes como hipótese diagnóstica.³

Associada à sensação de desmaio

Quando associada à sensação de desmaio, a tontura é acompanhada de escurecimento visual e transpiração, com melhora em decúbito. Na maioria das vezes, é causada por redução do fluxo sanguíneo cerebral ou queda da pressão arterial ao levantar-se rapidamente (hipotensão postural).

Associada à sensação de desequilíbrio

Por outro lado, quando associada à sensação de desequilíbrio, ocorre em deambulação e melhora quando paciente senta ou deita.

Associada a vertigem

Na tontura associada a vertigem, o paciente sente o ambiente girando em torno de si ou vice-versa. Pode estar associada a palidez, sudorese profusa, náusea, vômito, hipoacusia ou presença de zumbidos. Independe da posição estática do paciente, mas, geralmente, piora durante a mudança de posição.²

Portanto, algumas perguntas devem ser sempre feitas em queixa de tontura, investigando se a visão escurece ou se o ambiente gira ao redor do paciente, se este transpira ou fica pálido, se há desequilíbrio e alteração da marcha, se acompanha náuseas e vômitos.²

CARACTERIZAÇÃO DA TOSSE

Deve ser questionado ao paciente quanto ao tipo da tosse, se seca ou produtiva. Se produtiva, qual a quantidade, o aspecto (cor, transparência e consistência), o odor da expectoração e se possui sangue ou pus. Ademais, sinais e sintomas como sibilo ou estridor, dor torácica e dispneia devem ser pesquisados; além de fatores associados como ingestão de alimentos ou líquidos e se piora à noite ou ao acordar.¹

CARACTERIZAÇÃO DE DISPNEIA

A dispneia é o sintoma caracterizado pela dificuldade de respirar em que o paciente refere desconforto ou incapacidade respiratória, podendo ser em forma de aperto torácico ou sufocamento.³

O examinador deve questionar de que forma ocorre a sensação: se “falta de ar”, ou se “sufocamento” ou se “dor torácica”). Além disso, deve-se pesquisar o horário mais acometido; se o paciente acorda durante a noite com sensação de sufocamento; se existe fator de piora associado a esforços, classificando estes em pequeno, médio ou grande, além da presença do sintoma em repouso. Caso o paciente alegue presença do sintoma em decúbito, questionar se é ventral, dorsal ou lateral.²

CARACTERIZAÇÃO DA PERDA DE PESO

É importante ter ideia de quantos quilos perdeu e em quanto tempo isso ocorreu, tendo em vista que o paciente pode apresentar a Síndrome Consumptiva, ou seja, perda de 10% do peso, de forma não intencional, em um período de 3 a 6 meses.¹

CARACTERIZAÇÃO DO PRURIDO

Deve ser questionado quanto ao local em que ocorre o prurido; se houve algum fator desencadeante; a duração das crises e em qual horário surge ou piora; se existe fator de piora ou melhora, como uso de medicamentos, alimentos, clima, contato prévio com água, entre outros; qual sua intensidade – se pequena, média ou grande; e se há manifestações concomitantes, como ardência, alteração de sensibilidade, parestesia.²

CARACTERIZAÇÃO DA CIANOSE

A cianose é identificada como a coloração azulada da pele e mucosas, a qual ocorre em razão do aumento da hemoglobina desoxigenada no sangue capilar, ultrapassando 5g por 100 ml.³

O examinador deve diferenciar qual o tipo de cianose, se generalizada (quando presente no corpo todo), periférica (restringe-se a extremidades, como a ponta dos dedos) ou mista (os dois tipos associados). Além disso, determinar a intensidade: leve, moderada e grave; procurar sinais de baqueteamento digital (sugestivo de cardiopatia e doenças pulmonares).¹

CARACTERIZAÇÃO DO EDEMA

O edema é o sintoma resultante de aumento do líquido intersticial, proveniente do plasma sanguíneo.³ É necessário pesquisar o local e qual proporção corporal está sendo afetada, se mais em MMII, ou se face, ou se corpo todo de forma generalizada. Ademais, buscar sinais flogísticos e pesquisar o sinal do Cacifo.¹

SINTOMAS POR ÓRGÃOS E SISTEMAS

Pele e anexos

Alguns dos principais sinais e sintomas que acometem a pele são dor, prurido, febre, palidez, vermelhidão. Além disso, podem ocorrer alterações na umidade, na elasticidade, na mobilidade, na textura, na temperatura, na coloração e na sensibilidade, sinais estes que devem ser pesquisados pelo examinador posteriormente durante o exame físico. Ademais, a presença de lesões elementares e secundárias é comum, são elas: pápulas, vesículas, manchas, nódulos, bolhas, pústulas, edema, atrofia, hematomas, fissuras, entre outras.²

Olhos

Dentre os diversos sinais e sintomas que acometem a região ocular, os principais são dor, sensação de corpo estranho ou ardência, prurido, ardência, lacrimejamento ou xerofthalmia, alteração da acuidade visual e fotofobia. Ademais, pode estar associado a cefaleia e tontura.²

Ouvidos

O examinador deve pesquisar por dor, prurido, otorreia (caracterizar o aspecto da secreção), otorragia, disacusias, *tinnitus*. Sintomas associados são: cefaleia, tontura e vertigem.²

Nariz e cavidade paranasal

É fundamental questionar para o paciente se sente algum tipo de dor em nariz ou cavidade paranasal (geralmente o paciente refere como dor na face, que pode irradiar para ouvidos, presente principalmente em processos inflamatórios agudos das cavidades sinusais e neoplasias), esternutações (espirros) devem ser questionados, os quais, se acompanhados de prurido, constitui o selo para diagnóstico de alergia respiratória.¹

As alterações do olfato também são relevantes na investigação e incluem a diminuição (hiposmia) ou a abolição (anosmia), que podem decorrer de causas no interior das narinas, atrofia da mucosa e lesões em terminações nervosas olfatórias (neurite gripal); Tal como o aumento do olfato (hiperosmia) que pode surgir na gravidez, hipertireoidismo e em pacientes acometidos por doenças psiquiátricas. É válido mencionar também acerca da cacosmia, que é a sensação de mau cheiro, sendo objetiva se apenas o paciente perceber e subjetiva se o paciente e outras pessoas próximas perceberem, e a parosmia, que consiste na interpretação errônea de sensação olfatória.¹

Acerca de obstruções nasais, vale lembrar que estas estão presentes em quase todas as enfermidades de fossas nasais, como rinite, alergia respiratória, pólipos e etc. Comum na prática médica, a rinorreia, isto é, o corrimento nasal, inclui vários tipos de secreção: serosa, purulenta, sanguinolenta, etc. A epistaxe ou hemorragia nasal, constitui a mais frequente das hemorragias, sendo de pequena quantidade, originando-se na porção mais anterior da fossa nasal e cede espontaneamente.¹

Caso o paciente relate dispneia (sensação de falta de ar), esta queixa deve ser explicada no prontuário, tendo como objetivo buscar a causa da mesma, isso deve ser feito, pois, a dispneia pode ser um sintoma de doenças importantes, como a insuficiência cardíaca. Por fim, as alterações da fonação incluem à voz anasalada ou rinolalia, etc.¹

Faringe

Se faz fundamental caracterizar a dor de garganta, que pode ser espontânea ou piorar à deglutição, estando presente em quase todas as enfermidades da faringe. A dispneia é um sintoma pouco comum nas doenças da faringe, sendo observada em

doenças como a hipertrofia exagerada das amígdalas palatinas. Já a disfagia, é entendida pela dificuldade de deglutir.¹

A tosse é um sintoma comum, podendo ser desencadeada por processos irritativos da faringe ou por secreções amigdalíanas. Vale mencionar, também, acerca da halitose, que é explicada pelo acúmulo de detritos alimentares e produtos de descamação epitelial, resultando nas “massas caseosas” que se localizam nas amígdalas.¹

A surdez pode vir a ser um sintoma marcante de afecções faríngeas, sendo classificada como surdez de condução e suas causas são neoplasias e adenóides hipertrofiadas. O ronco é uma queixa comum, condição mais grave se o mesmo estiver associado à apnéia do sono.¹

Laringe

Seus principais sintomas são: dor, dispnéia, alterações de voz, tosse, disfagia e pigarro.¹

A dor pode surgir de forma espontânea ou associada a deglutição, já a dispnéia, é um sintoma frequente nas laringopatias, tal como as alterações da voz (disfonias), que pode variar desde uma pequena rouquidão até uma ausência total de voz, que é chamada na linguagem médica de afonia.¹

A tosse é uma queixa comum, estando frequentemente associada a laringites, com a tosse rouca sempre indicando comprometimento de cordas vocais. Indo para a disfagia, tem-se que este é um sintoma comum dos processos neoplásicos da laringe, contudo do vestíbulo laríngeo. O pigarro, por sua vez, decorre da hipersecreção de muco, que se acumula na parede posterior da faringe, sendo comum em pacientes tabagistas.

Traqueia, brônquios, pulmões e pleuras

Seus principais sintomas são: dor torácica, tosse, expectoração, vômito, hemoptise, dispnéia, sibilância, cornagem, estridor e tiragem.¹

A dor torácica é uma queixa importante, suas causas podem estar na própria parede do tórax, traqueia, brônquios, pleuras, pulmões, coração, pericárdio, etc. Para definir a causa da dor torácica, é fundamental realizar a investigação semiológica da dor.¹

Tal como em outras regiões, nesta seção a tosse também merece atenção, devendo ser investigada enquanto sua: frequência, intensidade, tonalidade, presença ou não de expectoração, relação com o decúbito, período em que predomina. Com isso, pode-se definir o tipo da tosse, se é seca, produtiva, rouca, metálica (“tosse de cachorro”), tosse

bitonal, tosse crônica (se > 3 meses). A expectoração pode ser consequência da tosse, sendo fundamental avaliar o volume, cor, odor e transparência da mesma.¹

A vômitica, por sua vez, consiste na eliminação pela glote de líquido mucoide ou seroso. Já a hemoptise é a eliminação, com a tosse, de sangue proveniente de fonte abaixo das cordas vocais. Acerca da dispneia, admite-se que a mesma tem causas múltiplas, sendo necessário fazer sua caracterização.¹

Asibilância é um ruído predominante na fase expiratória, quase sempre acompanhado de dispneia e resulta da redução do calibre da árvore brônquica. Entende-se por cornagem a dificuldade inspiratória por redução do calibre de vias aéreas superiores. O estridor, por sua vez, é uma respiração ruidosa, similar à cornagem. Por fim, a tiragem deve ser observada, entendendo-se como um aumento na retração entre os espaços intercostais.¹

Diafragma e mediastino

Possuem manifestações similares das dos pulmões, esôfago e grandes vasos.¹

Ao se tratar do diafragma, deve-se questionar a dor (pleurite diafragmática), o soluço (contração espasmódica de uma ou de ambas as hemicúpulas diafragmáticas) e a dispneia (levando em consideração que afecções podem comprometer a atividade deste músculo).¹

Vasos e linfonodos

Sintomas como dor e edema devem ser questionados. O primeiro surge somente na linfangite aguda e nas adenomegalias de crescimento rápido, o segundo, por sua vez, pode ser chamado de linfedema e pode ser ocasionado por bloqueio ganglionar.¹

Mamas

Os principais sinais e sintomas de doenças mamárias são: dor, nódulos, secreção papilar (secreção saindo das mamas) e galactorreia (secreção do tipo leitosa).¹

A dor deve ser explorada enquanto seu caráter cíclico, relação da dor com movimentos respiratórios e alterações no revestimento cutâneo (rubor, calor, etc). Os nódulos devem ser caracterizados durante sua lateralidade, dor, mobilidade, tamanho e localização na(s) mama(s) referida(s).¹

Vale ressaltar acerca da secreção papilar, cuja qual deve ser apurada enquanto ser espontânea, recorrente ou intermitente, uni ou bilateral, se está relacionada com o ciclo menstrual, se surgiu na vigência de gestação, aborto ou lactação recente, tal como seu aspecto. Por fim, a galactorreia é a produção de leite fora do período puerperal, podendo ocorrer no sexo masculino.¹

Sistema respiratório

O examinador deve pesquisar a presença de chiados, cianose, dispneia, dor torácica (caracterizar a dor de acordo com a semiologia da dor), expectoração (especificar coloração, aspecto), hemoptise (sangue na secreção), hemoptóicos (raios de sangue na secreção), tosse, vômica.¹

Sistema cardiovascular

Doenças do coração se manifestam por vários sinais e sintomas, sendo os principais: dor, palpitações (aumento da frequência cardíaca), dispneia, intolerância a esforços, tosse, sibilância, expectoração hemoptóica (sanguinolenta) e síncope (desmaio).¹

No que se diz a respeito da dor, tem-se que a dor precordial pode ter origem no coração e/ou em diversas outras áreas. Deve ser devidamente caracterizada enquanto sua irradiação, duração, localização, etc.¹

As palpitações são o aumento da percepção incômoda dos batimentos cardíacos, pacientes relatam como “tremor no coração” e/ou “batedeira no peito”. A dispneia de origem cardíaca recebe designação de “cansaço”, “falta de ar”, “fadiga”. Esta, por sua vez, pode ocorrer junta da intolerância aos esforços.¹

A tosse deve ser caracterizada, a fim de estabelecer se a mesma tem origem cardíaca (seca, intensa à noite) da pulmonar (que pode ter expectoração variada). Outros sintomas que devem ser questionados: sibilância, expectoração hemoptoica (pode ter causas pulmonares ou cardíacas), síncope, alterações de sono, cianose (coloração azulada da pele e mucosas), edema, astenia ou fraqueza.¹

Sistema digestório

Acerca do sistema digestório, deve-se questionar o paciente sobre alterações do apetite, se ocorreu aumento, diminuição ou perversão (desejo de comer terra, objetos de casa).¹

No que se diz a respeito da cavidade bucal, deve-se procurar por dor (realizar toda a caracterização), halitose e sangramento gengival. Indo para o esôfago, deve-se abordar a disfagia (dificuldade de engolir), odinofagia (dor ao engolir), regurgitação, eructação, soluço, sialose (aumento da salivação) e hematêmese.¹

Ao partir para o estômago, tem-se que os principais sintomas são: dor, dispepsia (conjunto de sintomas relacionados a parte alta do abdome), náuseas, vômitos e pirose (sensação de queimação retroesternal).¹

Já nos intestinos, acerca do delgado, sintomas que caracterizam as principais afecções são diarreia, dor, distensão abdominal, flatulência, dispepsia, hemorragia digestiva e esteatorreia (aumento da quantidade de gorduras excretadas nas fezes). Indo para o cólon, os principais sintomas são dor, diarreia, constipação intestinal (fezes retidas por mais de 48h), sangramento anal, prurido anal, distensão abdominal, náuseas, vômitos e anemia com emagrecimento. ¹

Os principais sintomas do fígado, vesícula e vias biliares são dor (geralmente localizada no quadrante superior direito do abdome), icterícia (coloração amarelada da pele e das mucosas, devida à impregnação dos tecidos por pigmentos biliares), náuseas e vômitos. No que concerne ao pâncreas, os principais sintomas característicos de doenças pancreáticas são: dor, náuseas e vômitos, icterícia, diarreia e esteatorreia.

Sistema urinário

O paciente pode referir variados sintomas, os quais são relacionados com grupos de alterações específicas, como: alteração miccional, de volume, de ritmo urinário, de cor e/ou de odor da urina. Além disso, sintomas como dor, febre, calafrio, edema e lombalgia são frequentemente relatados. ²

O examinador deve os seguintes sintomas: hesitação ou urgência urinária, incontinência urinária, alterações de jato, disúria, oligúria, poliúria, polaciúria, noctúria, hematúria, colúria (identificando o aspecto da coloração). ²

Sistema genital

No sistema genital masculino, é importante buscar por sinais e sintomas como: dor e sua localização, corrimento (descrevendo as características de cor, consistência e odor), disfunção sexual, infertilidade, diminuição da libido, ejaculação precoce ou tardia, fimose e hemoespermia. ¹

Já no sistema genital feminino, deve-se pesquisar se há a presença de dor, corrimento e suas características, prurido, disfunção sexual e diminuição da libido, infertilidade, metrorragia, alterações menstruais – como polimenorreia, oligomenorreia, amenorreia, hipermenorreia, hipomenorreia, dismenorreia. Além disso, sempre perguntar sobre o período pré-menstrual e possíveis associações com sintomas e fatores psicogênicos. ¹

Sistema hemolinfopoiético

Frequentemente, esse sistema está relacionado a sintomas gerais, como astenia, fadiga, febre, além de sinais e sintomas de variados sistemas, podendo apresentar dor,

hemorragia, lesões cutâneas, icterícia, dispneia, tosse, adenomegalia, manifestações neurológicas, entre outros.²

Sistema endócrino

Neste sistema, apesar de grande parte dos sintomas repercutirem no organismo de forma geral, em alguns casos, o raciocínio clínico pode ser facilitado pelos sintomas específicos da ação da glândula acometida.

Em acometimento de hipotálamo e hipófise, o paciente pode referir alterações no desenvolvimento (nanismo, gigantismo, acromegalia), alterações no desenvolvimento sexual (puberdade precoce ou tardia, relembrar o estadiamento de tanner), alterações de apetite e de peso, polidipsia, polúria e galactorréia. Já na tireóide, presença de bócio, dor, disfagia, rouquidão, exoftalmia, entre outros. Nas suprarrenais, os sinais e sintomas geralmente são anorexia, náusea, vômito, hirsutismo, sudorese excessiva, hipertensão arterial ou hipotensão, entre outros.²

Sistema osteoarticular

O examinador deve procurar por sinais e sintomas como atrofia muscular, câibras, fraqueza, mialgia, deformidades articulares e/ou ósseas, calor, dor, dor óssea, edema, espasmos musculares, limitação de movimento, rigidez articular (especificar em que momento do dia ocorre), rubor articular, sinais inflamatórios, crepitações.¹

Sistema nervoso

Os sintomas mais comuns a nível de sistema nervoso central são alterações da fala, alterações da marcha, anestésias, estado de consciência, convulsões, crise de ausência, distúrbios de aprendizagem, distúrbios da memória, incoordenação de movimentos, lipotimia, paralisias, paresias, parestesias, síncope, transtornos do sono, tremores.¹

Já no sistema nervoso periférico, o paciente pode apresentar dor neuropática (alodinia, hiperalgesia, acompanhado ou não de câimbras), déficit sensorial, alterações de sensibilidade (anestesia, parestesia, etc.).²

Exame psíquico e condições emocionais

O paciente pode apresentar depressão, ansiedade, alucinações visuais e auditivas, atos e/ou pensamentos obsessivos compulsivos, dificuldade de permanecer em ambientes fechados ou abertos, hábito de comer cabelos, hábito de roer unhas, alterações de consciência humor, de inteligência, de memória, de orientação, de pensamento (normal, alteração do curso ou conteúdo), sensação de medo constante, sensopercepção, tiques, vômitos induzidos.²

CHECKLIST DE CARACTERIZAÇÃO DOS SINTOMAS	
Dor	• Localização; • Duração; • Qualidade e tipo; • Irradiação; • Intensidade; • Evolução; • Relação com funções orgânicas; • Fatores agravantes; • Fatores atenuantes; • Manifestações associadas; • Momento atual.
Tontura	• Desmaio; • Desequilíbrio; • Vertigem.
Tosse	• Expectoração; • Sibilos; • Horário; • Dor.
Dispneia	• Horário; • Acorda à noite; • Relacionada a esforços; • Repouso; • Posição de piora.
Perda de peso	• Quanto?; • Período; • Intencional ou não?.
Prurido	• Localização; • Duração; • Intensidade; • Horário; • Fator agravante; • Fator de melhora; • Sintomas associados.
Cianose	Generalizada ou periférica; Intensidade; Baqueteamento digital.
Edema	Localização; Sinal do cacifo; Sinais flogísticos.

CHECKLIST DE SINTOMAS GERAIS	
Gerais	• Febre • Fadiga • Astenia • Alterações de peso • Sudorese • Calafrios • Prurido
Pele e Anexos	• Dor • Prurido • Febre • Palidez • Vermelhidão • Umidade • Cor • Mobilidade • Elasticidade • Sensibilidade • Lesões elementares
Olhos	• Dor • Prurido • Ardência • Lacrimejamento • Acuidade visual • Fotofobia • Secreção • Cefaleia
Ouvidos	• Dor • Secreção • Disacusia
Faringe	• Dor de garganta • Dispneia • Tosse • Disfagia • Halitose • Ronco
Laringe	• Disfonia • Tosse • Disfagia • Pigarro

Traqueia, Brônquios, Pulmões e Pleuras	• Dor torácica • Tosse • Expectoração • Vômito • Hemoptise • Dispneia • Tiragem • Alterações de sons
Diafragma e Mediastino	• Dor torácica • Solução • Dispneia
Vasos e Linfonodos	• Adenomegalia • Pulsação • Turgência jugular
Mamas	• Dor • Nódulos • Retrações • Secreção papilar
Sistema Respiratório	• Cianose • Dispneia • Dor torácica • Expectoração • Hemoptise • Hemoptícos • Tosse • Vômito
Sistema Cardiovascular	• Dor precordial • Palpitações • Dispneia (caracterizar tipo de dispneia) • Síncope • Sudorese fria

Sistema Digestório	• Hiporexia • Anorexia • Perversão • Compulsão alimentar • Sialorréia • Náuseas • Vômitos • Soluços • Disfagia • Odinofagia • Pirose • Dispepsia • Regurgitação • Distensão abdominal • Enterorragia • Dor abdominal • Eructação • Esteatorreia • Flatulência • Melena • Hematêmese • Incontinência fecal • Prurido anal • Sangramento anal • Tenesmo • Diarreia • Constipação
Sistema Urinário	• Anasarca • Anúria • Oligúria • Poliúria • Polaciúria • Disúria • Hesitação • Jato fraco • Jato lento • Jato afilado • Colúria • Hematúria • Retenção urinária • Edema • Estrangúria • Nictúria • Urgência miccional • Incontinência urinária • Dor lombar • Alterações de cheiro da urina

Sistema Genital Masculino	• Alterações de jato urinário • Corrimento uretral • Disfunções sexuais • Dor testicular • Fimose • Hematospermia • Priapismo
Sistema Genital Feminino	• Ciclo menstrual • Corrimento vaginal • Disfunções sexuais • Dismenorreia • Prurido vaginal • Tensão pré-menstrual • Uso de anticoncepcionais
Sistema Hemolinfopoético	• Astenia • Hemorragia • Febre • Adenomegalias • Dor • Icterícia • Manifestações cutâneas
Sistema Endócrino	• Alterações de pele e anexo • Nanismo • Gigantismo • Acromegalia
Sistema Osteoarticular	• Atrofia muscular • Cãibras • Astenia • Mialgia • Deformidades articulares • Deformidades ósseas • Calor • Dor • Edema • Espasmos musculares • Limitação de movimento • Rigidez articular • Sinais inflamatórios

Sistema Nervoso	• Alterações de fala • Alterações de marcha • Anestésias • Estado de consciência • Convulsões • Crise de ausência • Distúrbios de aprendizagem • Distúrbios de memória • Incoordenação de movimentos • Lipotímia • Paralisias • Paresias • Parestesias • Síncope • Transtornos do sono • Tremores
Exame Psíquico e Condições Emocionais	• Alucinações visuais • Alucinações auditivas • Angústia • Ansiedade • Distúrbios de atenção • Atos compulsivos • Consciência • Dificuldade de permanecer em ambientes fechados • Dificuldade de permanecer em ambientes abertos • Tricofagia • Hábito de roer unhas • Alterações de humor • Inteligência • Memória • Orientação • Alterações de pensamento • Sensação de medo • Alterações da sensopercepção • Tiques • Vômitos induzidos

REFERÊNCIAS

1. PORTO&PORTO, **Exame Clínico**. 7ªed. [S.I.] Grupo Editorial Nacional; 2012.
2. PORTO, Celmo Celso. **Exame Clínico** - Bases para a Prática Médica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2017.
3. JAMESON, J. L. et al. **Medicina interna de Harrison**. 20. ed. Porto Alegre: AMGH, 2020. 2 v.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data de aceite: 17/04/2023

Cássio Antônio Bezerra de Oliveira

Docente do Centro Universitário do Estado
do Pará

Giulia Luz da Fonseca

Discente 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

Júlia Pereira Pinto Marques

Discente do Centro Universitário do Estado
do Pará

Lucas Sales Oliveira

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

INTRODUÇÃO

A prescrição médica é um documento legal de responsabilidade dos profissionais da saúde pela qual são distribuídas e administradas as medicações e medidas terapêuticas. No Brasil, existem algumas leis que regem sobre tão tal tópico, dentre as quais se destacam: as Leis Federais 5.991/73 e 9.787/99, bem como a Resolução 357/2001, do Conselho Federal de Farmácia e a Resoluções 1.552 (de 20/08/99), 1.477 (de 11/7/97) e 1.885 (de 23/10/08) do Conselho Federal de Medicina. Estas regulamentam a forma como o profissional deve escrever as informações para que o paciente possa realizar seu esquema terapêutico corretamente.

Neste capítulo, discutiremos acerca destas normas e da correta disposição das informações no receituário simples, além de conhecer os diferentes tipos de receituários e formas de apresentação dos medicamentos.

DADOS DA PRESCRIÇÃO MÉDICA

Itens essenciais

Aqui se enquadram os **itens obrigatórios** para que um medicamento simples seja dispensado da farmácia para o paciente.

Cabeçalho

Geralmente encontra-se impresso no topo do receituário e inclui nome, endereço do profissional ou da instituição onde trabalha (clínica, unidade de saúde ou hospital), registro profissional e número de cadastro de pessoa física ou jurídica.

Dados do paciente

Constituída por nome e endereço do paciente, idade, especialmente se o paciente for menor de 18 anos.

Dica:

Ao prescrever medicamentos para crianças, escreva “administrar” ou “dar medicamento” pois o responsável pela criança será encarregado de administrar a medicação.

Via de aplicação

Maneira que medicamento será utilizado. De forma mais corriqueira utilizamos:

- Uso tópico: para medicamentos que devem ser **aplicados** sobre a pele, por exemplo, loções, pomadas, cremes etc.



Nome: _____
Endereço: _____

ENDEREÇO DO
PROFISSIONAL OU DA
INSTITUIÇÃO

USO TÓPICO

1- CETACONAZOL 20MG/G CREME-----1 TUBO
APLICAR EM REGIÃO 1 VEZ AO DIA ATÉ O
DESAPARECIMENTO DA LESÃO.

DATA: XX/XX/XXXX

Clínica Médica: Manual do Estudante de Medicina
Anamnese e Prescrição

Figura 1: Modelo de prescrição de medicamento de uso tópico

- Uso oftalmológico: para medicamentos que devem ser pingados nos olhos, por exemplo colírios.

Nome:
Endereço:

ENDEREÇO DO
PROFISSIONAL OU DA
INSTITUIÇÃO

USO OFTALMOLÓGICO

1- TACROLIMUS 0,03% COLÍRIO ----- 1 FRASCO
PINGAR 1 GOTA EM CADA OLHO ANTES DE DORMIR ATÉ
O RETORNO.

DATA: XX/XX/XXXX

Clínica Médica: Manual do Estudante de Medicina
Anamnese e Prescrição

Figura 2: Modelo de prescrição de medicamento de uso oftalmológico

- Uso nasal: para medicamentos que devem ser aplicados na mucosa nasal, por exemplo spray.



Nome: _____
Endereço: _____

ENDEREÇO DO
PROFISSIONAL OU DA
INSTITUIÇÃO

USO NASAL

1- BUSONID 50 MCG SPRAY ----- 6 ML
APLICAR 02 VEZES EM CADA NARINA 2 VEZES AO DIA
POR 30 DIAS.

DATA: XX/XX/XXXX

Clínica Médica: Manual do Estudante de Medicina
Anamnese e Prescrição

Figura 3: Modelo de prescrição de medicamento de uso nasal

- Uso otológico: para medicamentos que devem ser aplicados no conduto auditivo.

Nome:
Endereço:

ENDEREÇO DO
PROFISSIONAL OU DA
INSTITUIÇÃO

USO OTOLÓGICO

1- OTO-XILODASE SOLUÇÃO ----- 1 TUBO
APLICAR 05 GOTAS EM CADA OUVIDO 2 VEZES AO DIA
POR 7 DIAS.

DATA: XX/XX/XXXX

Clínica Médica: Manual do Estudante de Medicina
Anamnese e Prescrição

Figura 4: Modelo de prescrição de medicamento de uso otológico

- Uso inalatório: para medicações que devem ser **nebulizadas**, a exemplo de tratamentos para asma.

Nome:
Endereço:

ENDEREÇO DO
PROFISSIONAL OU DA
INSTITUIÇÃO

USO INALATÓRIO

1- SALBUTAMOL 100MCG/DOSE ————— 1 FRASCO
FAZER 05 JATOS OU PUFFS 3 VEZES COM INTERVALO DE 20MIN NA PRIMEIRA HORA

DATA: XX/XX/XXXX

Clínica Médica: Manual do Estudante de Medicina
Anamnese e Prescrição

Figura 5: Modelo de prescrição de medicamento de uso inalatório

- Uso sublingual: para medicamentos que devem ser colocados debaixo da língua. Geralmente, estes se dissolvem e por isso se recomenda que o paciente não ingira líquidos enquanto o remédio não se dissolva por completo.

Nome:
Endereço:

ENDEREÇO DO
PROFISSIONAL OU DA
INSTITUIÇÃO

USO SUBLINGUAL

1- TORAGESIC 10MG ----- 10 CAPSULAS
COLOCAR 01 COMPRIMIDO EMBAIXO DA LÍNGUA E
ESPERAR DISSOLVER, DE 12 EM 12 HORAS POR 5 DIAS.

DATA: XX/XX/XXXX

Clínica Médica: Manual do Estudante de Medicina
Anamnese e Prescrição

Figura 6: Modelo de prescrição de medicamento de uso sublingual

- Uso oral: para medicamentos que devem ser **tomados** com água, por exemplo, pílulas, drágeas, cápsulas, dentre outros.



Nome: _____
Endereço: _____

ENDEREÇO DO
PROFISSIONAL OU DA
INSTITUIÇÃO

USO ORAL

1- LOSARTANA 50MG ----- CONTÍNUO
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12 EM 12 HORAS
DIARIAMENTE

2- BUSCOPAM 20MG----- 30 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO, SE DOR.

DATA: XX/XX/XXXX

Clínica Médica: Manual do Estudante de Medicina
Anamnese e Prescrição

Figura 7: Modelo de prescrição de medicamento de uso oral

- Uso vaginal: para medicamentos que devem ser introduzidos no canal vaginal.



Nome:
Endereço:

ENDEREÇO DO
PROFISSIONAL OU DA
INSTITUIÇÃO

USO VAGINAL

1- METRONIDAZOL 100MG/G CREME VAGINAL -- 1 TUBO
APLICAR O1 BISNAGA CHEIA NO CANAL VAGINAL ANTES
DE DORMIR POR 7 DIAS.

DATA: XX/XX/XXXX

Clínica Médica: Manual do Estudante de Medicina
Anamnese e Prescrição

Figura 8: Modelo de prescrição de medicamento de uso vaginal

- Uso anal ou por via retal: para medicamentos que devem ser introduzidos no canal anal.



Nome:
Endereço:

ENDEREÇO DO
PROFISSIONAL OU DA
INSTITUIÇÃO

USO RETAL

1- MESALAZINA 500MG SUPOSITÓRIO----- 01 UNIDADE
APLICAR SUPOSITÓRIO, VIA RETAL, 01 VEZ AO DIA POR
05 DIAS.

DATA: XX/XX/XXXX

Clínica Médica: Manual do Estudante de Medicina
Anamnese e Prescrição

Figura 9: Modelo de prescrição de medicamento de uso retal

- Uso subcutâneo: para medicações injetáveis que devem ser realizadas em tecido subcutâneo.



Nome:
Endereço:

ENDEREÇO DO
PROFISSIONAL OU DA
INSTITUIÇÃO

USO SUBCUTÂNEO

1- INSULINA REGULAR 100 UI/ML ----- 1 FRASCO
APLICAR 06 UI VIA SUBCUTÂNEA 30-45 MIN ANTES DO
ALMOÇO.

DATA: XX/XX/XXXX

Clínica Médica: Manual do Estudante de Medicina
Anamnese e Prescrição

Figura 10: Modelo de prescrição de medicamento de uso subcutâneo

- Uso intramuscular: para medicações injetáveis que devem ser **aplicadas** em tecido muscular. Sempre especificar qual o tipo de músculo a ser puncionado, por exemplo tecido profundo como o glúteo ou superficial como o deltoide.

Nome:
Endereço:

ENDEREÇO DO
PROFISSIONAL OU DA
INSTITUIÇÃO

USO INTRAMUSCULAR

1- UNDECANOATO DE TESTOSTERONA 1000mg ----- 1 AMPOLA
FAZER UMA AMPOLA VIA INTRAMUSCULAR PROFUNDA (GLÚTEO) EM
12/12 SEMANAS.

DATA: XX/XX/XXXX

Clínica Médica: Manual do Estudante de Medicina
Anamnese e Prescrição

Figura 11: Modelo de prescrição de medicamento de uso intramuscular

- Uso endovenoso ou intravenoso: para medicamentos injetáveis que devem ser administrados em punção venosa superficial.

Nome:
Endereço:

ENDEREÇO DO
PROFISSIONAL OU DA
INSTITUIÇÃO

USO ENDOVENOSO

1- DAPIRONA 500MG/ML, INJETÁVEL----- 1 AMPOLA
INJETAR 2ML ENDOVENOSO, SE NECESSÁRIO .

DATA: XX/XX/XXXX

Clínica Médica: Manual do Estudante de Medicina
Anamnese e Prescrição

Figura 12: Modelo de prescrição de medicamento de uso endovenoso

Inscrição

Compreende o nome do fármaco, a forma farmacêutica e sua concentração. Devemos numerar de forma crescente os medicamentos e agrupar juntos os de mesma via de aplicação. Na mesma linha, devemos informar a quantidade que deverá ser fornecida ao paciente, por exemplo número de comprimidos, frascos, ampolas etc.

Adscrição

É composta pelas orientações do profissional para o paciente sobre como ele utilizará a medicação prescrita.

Por fim, é obrigatório datar toda e qualquer receita fornecida, além de assinar e registrar o nome completo e número de registro ao conselho regional de medicina (CRM) do médico prescritor. Não devemos deixar espaço em branco na página, sempre passar um traço após escrever a orientação do último medicamento.

Itens facultativos

O verso do receituário pode ser utilizado para registrar as orientações de repouso, dietas, possíveis reações adversas ou outras informações referentes ao tratamento.

Vale ressaltar que a receita deve ser escrita pensando no paciente, o qual deve entender plenamente o seu conteúdo para ser capaz de executar de forma correta a terapia proposta. Logo, devemos descrever da melhor maneira possível como a medicação deve ser utilizada de maneira a não deixar dúvidas.

MODELOS DE RECEITA

No Brasil, possuímos diferentes tipos de receituários médicos para algumas medicações. A tabela a seguir resume os grupos medicamentosos que cada tipo de receituário pode dispensar:

LISTA	DENOMINAÇÃO
A1	Lista das substâncias entorpecentes
A2	Lista das substâncias entorpecentes de uso permitido somente em concentrações especiais
A3	Lista das substâncias psicotrópicas
B1	Lista das substâncias psicotrópicas
B2	Lista das substâncias psicotrópicas anorexígenas
C1	Lista das outras substâncias sujeitas a controle especial
C2	Lista das substâncias retinoicas
C3	Lista das substâncias imunossupressoras
C5	Lista das substâncias anabolizantes
D1	Lista das substâncias precursoras de entorpecentes e/ou psicotrópicos

D2	Lista de insumos químicos utilizados para fabricação e síntese de entorpecentes e/ou psicotrópicos
E	Lista de plantas proscritas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas
Lista F – Lista das substâncias de uso proscrito no Brasil	
F1	Substâncias entorpecentes
F2	Substâncias psicotrópicas
F3	Substâncias precursoras
F4	Outras substâncias

Tabela 1: Lista dos grupos medicamentosos que cada tipo de receituário pode dispensar.

Fonte: Portaria SVS/MS nº344/1998

Cada receituário, também, tem um prazo de validade que varia a depender do tipo de receita e do medicamento prescrito. A tabela a seguir resume as diferenças entre cada tipo de receita:

Listas	Cor da notificação/receita	Receita controle especial ou comum	Quantidade de comprimidos	Quantidade de ampolas	Validade da notificação/receita
A1	Amarela	-	p/ 30 dias	5	30 dias
A2	Amarela	-	p/ 30 dias	5	30 dias
A3	Amarela	-	p/ 30 dias	5	30 dias
B1	Azul	-	p/ 60 dias	5	30 dias
B2	Azul	-	p/ 30 dias	5	30 dias
C1	-	Sim	p/ 60 dias	5	30 dias
C2	Branca	s/retenção	p/ 30 dias	5	30 dias
C3	Branca	-	p/ 30 dias	-	15 dias
C4	-	Sim	-	-	30 dias
C5	-	Sim	p/ 60 dias	5	30 dias
D1	-	s/retenção	-	-	-

Tabela 2: Diferenças entre cada tipo de receita

Receita simples

Também chamada de branca, utilizamos para a prescrição de medicamentos sintomáticos e de tarja vermelha, com os dizeres “venda sob prescrição médica”.

Não são necessárias duas vias para esse tipo de receituário.

Receita de controle especial

Também chamada de receituário do tipo C, utilizamos para a prescrição de medicamentos de tarja vermelha, com os dizeres “venda sob prescrição médica – só pode ser vendido com retenção da receita”, como substâncias sujeitas a controle especial, retinoicas de uso tópico, imunossupressoras e antirretrovirais, anabolizantes, antidepressivos etc. – listas “C”.

São necessárias duas vias, pois uma delas ficará retida na farmácia.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="text-align: center; padding: 2px;">IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</th></tr></thead><tbody><tr><td style="padding: 2px;">Nome: _____</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">CRM: _____ UF: _____</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">Endereço: _____</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">Cidade: _____ UF: _____</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">Fone: _____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Nome: _____	CRM: _____ UF: _____	Endereço: _____	Cidade: _____ UF: _____	Fone: _____	1ª Via - Farmácia 2ª Via - Paciente Paciente: _____ Endereço: _____ Prescrição: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Data: ____/____/____		
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE									
Nome: _____									
CRM: _____ UF: _____									
Endereço: _____									
Cidade: _____ UF: _____									
Fone: _____									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="text-align: center; padding: 2px;">IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th></tr></thead><tbody><tr><td style="padding: 2px;">Nome: _____</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">Ident.: _____ Órg. Emissor: _____</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">Endereço: _____</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">Cidade: _____ UF: _____</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">Fone: _____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	Nome: _____	Ident.: _____ Órg. Emissor: _____	Endereço: _____	Cidade: _____ UF: _____	Fone: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="text-align: center; padding: 2px;">IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</th></tr></thead><tbody><tr><td style="height: 100px; vertical-align: bottom; padding: 2px;">Data: ____/____/____ Assinatura do Farmacêutico</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	Data: ____/____/____ Assinatura do Farmacêutico
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR									
Nome: _____									
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____									
Endereço: _____									
Cidade: _____ UF: _____									
Fone: _____									
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR									
Data: ____/____/____ Assinatura do Farmacêutico									

Figura 13: Modelo de receita de controle especial

Receita azul

Também chamada de receita B é um impresso, padronizado na cor azul, utilizado para a prescrição de medicamentos que contenham substâncias psicotrópicas, no caso do tipo B1, ou anorexígenas, tipo B2.

Seu preenchimento deve ser feito segundo o exemplo a seguir:

Sequência numérica fornecida pela Autoridade Sanitária competente dos Estados, Municípios e Distrito Federal.

Nome do medicamento ou da substância: prescritos sob a forma de DCB, dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF **NÚMERO** **B**

Data ____ de ____ de ____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome do profissional com sua inscrição no Conselho Regional com a sigla da respectiva UF; ou nome da instituição, endereço completo e telefone

Paciente _____

Endereço _____

Assinatura do Emissor _____

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

Endereço _____

Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CNPJ

Numeração desta impressão: de ____ a ____

Se os dados do profissional estiverem impressos no campo do emissor, este poderá apenas assinar a Notificação de Receita. No caso de o profissional pertencer a uma instituição ou estabelecimento hospitalar, deverá identificar a assinatura com carimbo, constando a inscrição no Conselho Regional, ou manualmente, de forma legível.

No caso de uso veterinário, nome e endereço completo do proprietário e identificação do animal.

Identificação da gráfica no rodapé do talonário e numeração inicial e final do talonário.

Dados para preenchimento exclusivo do farmacêutico.

Nome e endereço completo, nome do responsável pela dispensação e data do atendimento.

Figura 14: Exemplo de como deve ser feito o preenchimento da receita azul

A seguir estão os medicamentos que só são vendidos com esta receita:

Lista -B1 (lista das substâncias psicotrópica)

1. Alobarbitol
2. Alprazolam
3. Amineptina
4. Amobarbital

5. Aprobarbital
6. Armodafinila
7. Barbexaclona
8. Barbital
9. Bromazepam
10. Bromazolam
11. Brotizolam
12. Butabarbital
13. Butalbital
14. Camazepam
15. Cetamina
16. Cetazolam
17. Ciclobarbital
18. Clobazam
19. Clonazepam
20. Clonazolam
21. Clorazepam
22. Clorazepato
23. Clordiazepóxido
24. Cloreto de etila
25. Cloreto de metileno
26. Clotiazepam
27. Cloxazolam
28. Delorazepam
29. Diazepam
30. Diclazepam
31. Escetamina
32. Estazolam

33. Etclorvinol
34. Etilanfetamina
35. Etinamato
36. Etizolam
37. Fenazepam
38. Fenobarbital
39. Flualprazolam
40. Flubromazolam
41. Fludiazepam
42. Flunitrazepam
43. Flurazepam
44. GHB (ácido gama -hidroxibutírico)
45. Glutetimida
46. Halazepam
47. Haloxazolam
48. Lefetamina
49. Loflazepato de etila
50. Loprazolam
51. Lorazepam
52. Lormetazepam
53. Medazepam
54. Meprobamato
55. Mesocarbo
56. Metilfenobarbital
57. Metiprilona
58. Midazolam
59. Modafinila
60. Nimetazepam

61. Nitrazepam
62. Norcanfano
63. Nordazepam
64. Oxazepam
65. Oxazolam
66. Pemolina
67. Pentazocina
68. Pentobarbital
69. Perampanel
70. Pinazepam
71. Pipradrol
72. Pirovalerona
73. Prazepam
74. Prolintano
75. Propilexedrina
76. Secbutabarbital
77. Secobarbital
78. Temazepam
79. Tetrazepam
80. Tiamilal
81. Tiopental
82. Triazolam
83. Tricloroetileno
84. Triexifenidil
85. Vinilbital
86. Zaleplona
87. Zolpidem
88. Zopiclona

Lista -B2 (lista das substâncias psicotrópicas anorexígenas)

1. Aminorex
2. Anfepiramona
3. Femproporex
4. Fendimetrazina
5. Fentermina
6. Mazindol
7. Mefenorex
8. Sibutramina

Receita amarela

Também chamada de receita A é um impresso, padronizado na cor amarela, utilizado para a prescrição dos medicamentos das listas “A1”, “A2” (entorpecentes) e “A3” (psicotrópicos). Somente pode conter um produto farmacêutico.

Seu preenchimento deve ser realizado segundo o exemplo a seguir:

Sequência numérica fornecida pela Autoridade Sanitária competente dos Estados, Municípios e Distrito Federal.

Nome do medicamento ou da substância: prescrito sob a forma de DCB, dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF _____ NÚMERO _____ **A**

Data ____ de ____ de ____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome do profissional com sua inscrição no Conselho Regional com a sigla da respectiva UF, ou nome da instituição, endereço completo e telefone

Paciente _____

Endereço _____

Assinatura do Emissor _____

ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA

Nome _____

Quantidade e Apresentação _____

Forma Farm. Concent. / Unid. Posologia _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

Endereço _____

Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome _____

Data ____/____/____

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CNPJ

Se os dados do profissional estiverem impressos no campo do emissor, este poderá apenas assinar a Notificação de Receita. No caso de o profissional pertencer a uma instituição ou estabelecimento hospitalar, deverá identificar a assinatura com carimbo, constando a inscrição no Conselho Regional, ou manualmente, de forma legível.

No caso de uso veterinário, nome e endereço completo do proprietário e identificação do animal.

Dados para preenchimento exclusivo do farmacêutico.

Nome e endereço completo, nome do responsável pela dispensação e data do atendimento.

Figura 15: Exemplo de como deve ser feito o preenchimento da receita amarela

A seguir, a lista das medicações desta categoria:

Lista -A1 (lista das substâncias entorpecentes)

1. AcetilmetadoL
2. AlfacetilmetadoL
3. Alfameprodina
4. Alfametadol
5. Alfaprodina
6. Alfentanila
7. Alilprodina
8. Anileridina
9. Bezitramida
10. Benzetidina
11. Benzilmorfina
12. Benzoilmorfina
13. Betacetilmetadol
14. Betameprodina
15. BetametadoL
16. Betaprodina
17. Buprenorfina
18. Butorfanol
19. Clonitazeno
20. Codoxima
21. Concentrado de palha de dormideira
22. Dextromoramida
23. Diampromida
24. Dietiltiambuteno
25. Difenoxilato
26. Difenoxina
27. Diidromorfina
28. Dimefeptanol (metadol)

29. Dimenoxadol
30. Dimetiltiambuteno
31. Dioxafetila
32. Dipipanona
33. Drotebanol
34. Etilmetiltiambuteno
35. Etonitazeno
36. Etoxidina
37. Fenadoxona
38. Fenampromida
39. Fenazocina
40. Fenomorfan
41. Fenoperidina
42. Fentanila
43. Furetidina
44. Hidrocodona
45. Hidromorfinol
46. Hidromorfona
47. Hidroxipetidina
48. Intermediário da metadona (4-ciano-2-dimetilamina-4,4-difenilbutano)
49. Intermediário da moramida (ácido 2-metil-3-morfolina-1,1-difenilpropano carboxílico)
50. Intermediário "a" da petidina (4-ciano-1-metil-4-fenilpiperidina)
51. Intermediário "b" da petidina (éster etílico do ácido 4-fenilpiperidina-4-carboxílico)
52. Intermediário "c" da petidina (ácido-1-metil-4-fenilpiperidina-4-carboxílico)
53. Isometadona
54. Levofenacilmorfan
55. Levometorfan
56. Levomoramida
57. Levorfanol
58. Metadona

59. Metazocina
60. Metildesorfina
61. Metildiidromorfina
62. Metopona
63. Mirofina
64. Morferidina
65. Morfina
66. Morinamida
67. Nicomorfina
68. Noracimetadol
69. Norlevorfanol
70. Normetadona
71. Normorfina
72. Norpipanona
73. N-oxicodeina
74. N-oximorfina
75. Ópio
76. Oripavina
77. Oxiconona
78. Oximorfona
79. Petidina
80. Piminodina
81. Piritrāmida
82. Proeptazina
83. Properidina
84. Racemetorfano
85. Racemoramida
86. Racemorfano
87. Remifentanila
88. Sufentanila
89. Tapentadol

90. Tebacona
91. Tebaína
92. Tilidina
93. Trimeperidina

Lista - A2 (lista das substâncias entorpecentes de uso permitido somente em concentrações especiais)

1. Acetildiidrocodeína
2. Codeína
3. Dextropropoxifeno
4. Diidrocodeína
5. Etilmorfina
6. Folcodina
7. Nalbufina
8. Nalorfina
9. Nicocodina
10. Nicodicodina
11. Norcodeína
12. Propiram
13. Tramadol

Lista -a3 (lista das substâncias psicotrópicas)

1. Anfetamina
2. Atomoxetina
3. Catina
4. Clorfentermina
5. Dexanfetamina
6. Dronabinol
7. Femetrazina

8. Fenciclidina
9. Fenetilina
10. Levamfetamina
11. Levometanfetamina
12. Lisdexanfetamina
13. Metilfenidato
14. Metilsinefrina
15. Tanfetamina

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei no. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1973; 21 de dez.
2. BRASIL. Lei Federal 9.787 de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999, 11 de fev.
3. BRASIL. Portaria SNVS/MS no. 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Republicada no Diário Oficial da União 1999; 10 de fev.
4. BRASIL. Resolução – RDC MS/ANVISA n.o 44 de 26 de outubro de 2010. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências. Diário Oficial da União 2010; 28 de out.
5. BRASIL. Resolução – RDC MS/ANVISA n.o 249 de 05 de setembro de 2002. Dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS n.o 344, de 12 de maio de 1998. Diário Oficial da União 2002; 6 de set.
6. BRASIL. Resolução - RDC MS/ANVISA no 138 de 29 de maio de 2003. Dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos. Diário Oficial da União 2003; 2 de junho. [Acessada em 12/02/2023].
7. BRASIL. Resolução - RDC MS/ANVISA no 25 de 30 de junho de 2010. Altera a RDC no 58, de 5 de setembro de 2007, que dispõe sobre o aperfeiçoamento do controle e fiscalização de substâncias psicotrópicas anorexígenas e dá outras providências. Diário Oficial da União 2010; 10 de julho. [Acessada em 18/02/2023].
8. BRASIL. Resolução – RE MS/ANVISA no 4.142 de 07 de novembro de 2008. Alterar a Categoria de destinação do medicamento Bextra IM/IV (parecoxibe sódico) de “comercial” para “Restrito a Hospital”. Diário Oficial da União 2008, 10 de Nov. [Acessada em 18/02/2023].
9. BRASIL. Resolução - RDC MS/ANVISA no 58 de 05 de setembro de 2007. Dispõe sobre o aperfeiçoamento do controle e fiscalização de substâncias psicotrópicas anorexígenas e dá outras providências. Diário Oficial da União 2007; 6 de set. [Acessada em 18/02/2023].

10. BRASIL. Resolução – RDC MS/ANVISA no 63 de 27 de setembro de 2007. Publicar a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS no. 344, de 12 de maio de 1998, republicada no Diário Oficial da União de 10 de fevereiro de 1999, Diário Oficial da União 2007; 28 de set. [Acessada em 18/02/2023].
11. BRASIL. Resolução - RDC MS/ANVISA n.º 32, de 09 de março de 2001. Dispõe sobre os medicamentos indicados pela ANVISA como medicamentos de referência que foram registrados pelo Ministério da Saúde e estão sendo comercializados pela substância base ou pela denominação genérica da substância ativa empregando a Denominação Comum Brasileira - DCB ou a Denominação Comum Internacional - DCI , ou ainda a denominação descrita no Chemical Abstract Substance (CAS). Diário Oficial da União 2001; 12 de março.[Acessada em 18/02/2023].
12. BRASIL. Resolução – RDC MS/ANVISA no 47 de 28 de março de 2001. Dispõe sobre os medicamentos genéricos, de acordo com a Lei nº9.787, de 1999 e Resolução ANVISA RDC 10 de 2001, registrados ou que vierem a ser registrados junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária devem ter, para facilitar a sua distinção, em suas embalagens externas, o logotipo que identifica o medicamento genérico, impresso dentro de uma faixa amarela PANTONE 116C com largura igual a um quinto da maior face total, cobrindo a face principal e as laterais da embalagem. Fica permitida a impressão de textos legais nas laterais, caso necessário. Republicada no Diário Oficial da União 2001; 5 de abril. [Acessada em 18/02/2023].
13. Conselho Federal de Farmácia. Código de Ética Farmacêutico. http://www.crf.org.br/legisla/regul_cod_etica.htm [Acessada em 18/02/2023].
14. Conselho Federal de Farmácia. Resolução 357, de 27 de abril de 2001. In: Conselho Federal de Farmácia. A Organização Jurídica da Profissão Farmacêutica. 3 ed. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2001: 342.
15. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médico. <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/index.asp>. [Acessada em 18/02/2023].
16. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.477 de 11 de julho de 1997. Disponível em: <http://www.cfm.org.br/codetic.htm> [Acessada em 18/02/2023].
17. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.552 de 20 de agosto de 1999. Disponível em: <http://www.cfm.org.br/codetic.htm> [Acessada em 18/02/2023].
18. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.885 de 23 de outubro de 2008. Disponível em: <http://www.cfm.org.br/codetic.htm> [Acessada em 18/02/2023].

BEATRIZ CAVALCANTI DÓRIA - Acadêmica do 12º semestre do curso de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

CÁSSIO ANTÔNIO BEZERRA DE OLIVEIRA - Graduado em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) - campus Belém. Mestrando em Diabetes pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Título de Especialista em Clínica Médica pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM). Residências em Clínica Médica pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) e em Endocrinologia e Metabologia pelo Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Professor de Medicina Interna do Internato do Curso de Medicina do CESUPA. Preceptor do Serviço de Ginecologia Endócrina do Programa de Residência Médica do CESUPA. Endocrinologista da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana (FHCGV). Oficial de carreira (Capitão-Tenente) do Corpo de Saúde da Marinha do Brasil.

CRISTIANE RIBEIRO MAUÉS - Possui graduação em medicina pela Universidade do Estado do Pará (2003), residência em Clínica Médica no Hospital Ophir Loyola, Belém-PA (2007) e especialização em Geriatria no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2009). Título de especialista em Geriatria pela AMB/SBG (2009). Mestre em Ensino em Saúde pela Universidade do Estado do Pará (UEPA), Professora do Curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), onde coordena o Internato na área de Saúde mental e do idoso. Médica Assistente da Equipe de Cuidados Paliativos do Hospital Ophir Loyola.

CYBELLE CRISTINA PEREIRA RODRIGUES - Formada em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Médica de Família e Comunidade. Docente do curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA) desde 2010 e da Universidade Federal do Estado do Pará (UFPA) desde 2012. Mestre em Educação Médica. Tutora do Programa Mais Médicos para o Brasil desde 2015. Membro da Comissão Estadual de Residência Médica do Pará, desde 2020.

DÉBORA COSTA NEGRÃO - Acadêmica do 12º semestre do curso de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

FABÍOLA DE ARRUDA BASTOS - Formada em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Residência Médica em Clínica Médica no Hospital Universitário João de Barros Barretos – HUJBB. Residência Médica em Endocrinologia e no Hospital Universitário João de Barros Barretos – HUJBB. Professora do Curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Preceptora da Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

GIULIA LUZ DA FONSECA - Acadêmica do 12º semestre do curso de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

JOSÉ PEDRO DA SILVA SOUSA - Acadêmico do 12º semestre do curso de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Autor do livro *Pediatria: Manual do Estudante de Medicina*.

JOSÉ WILKER GOMES DE CASTRO JÚNIOR - Acadêmico do 12º semestre do curso de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Autor do Dicionário Médico de Termos Populares Paraenses. Autor do livro *Pediatria: Manual do Estudante de Medicina*.

JÚLIA PEREIRA PINTO MARQUES - Acadêmica do 12º semestre do curso de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

LUCAS SALES OLIVEIRA - Acadêmico do 3º semestre do curso de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

MARIANA CAYRES VALLINOTO - Acadêmica do 7º semestre do curso de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

MARINA RODRIGUES PINHEIRO DO NASCIMENTO - Acadêmica do 9º semestre do curso de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Autora do livro *Pediatria: Manual do Estudante de Medicina*.

MÁRIO ROBERTO TAVARES CARDOSO DE ALBUQUERQUE - Membro Titular da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Vice-Presidente da Associação Paraense de Medicina de Família e Comunidade (APAMFC). Graduado em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialista em Medicina da Família e Comunidade pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UnA-SUS/UFCSPA. Pós-graduado em Geriatria pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Doutorando em Ensino em Saúde na Amazônia pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) Professor das Disciplinas Módulo de Interação em Saúde da Comunidade (MISC) e Humanidades Médicas do curso de Medicina do Centro Universitário do Pará (CESUPA). Tutor do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal do Pará (UFPA). Médico do Serviço de Atenção Primária a Saúde da UNIMED Belém. Revisor da Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM), da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) e da Interdisciplinary Journal Of Health Education (IJHE).

MATHEUS VINÍCIUS MOURÃO PARENTE - Acadêmico do 11º semestre do curso de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

TARQUINIO LEÃO DE OLIVEIRA - Acadêmico do 12º semestre do curso de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

YASMIN MARIA ROCHA CALDERARO - Acadêmica do 11º semestre do curso de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Anamnese e
Prescrição

CLÍNICA MÉDICA:

Manual do Estudante
de Medicina


Ano 2023


Centro Universitário do Estado do Pará

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Anamnese e
Prescrição

CLÍNICA MÉDICA:

Manual do Estudante
de Medicina


Ano 2023


Centro Universitário do Estado do Pará