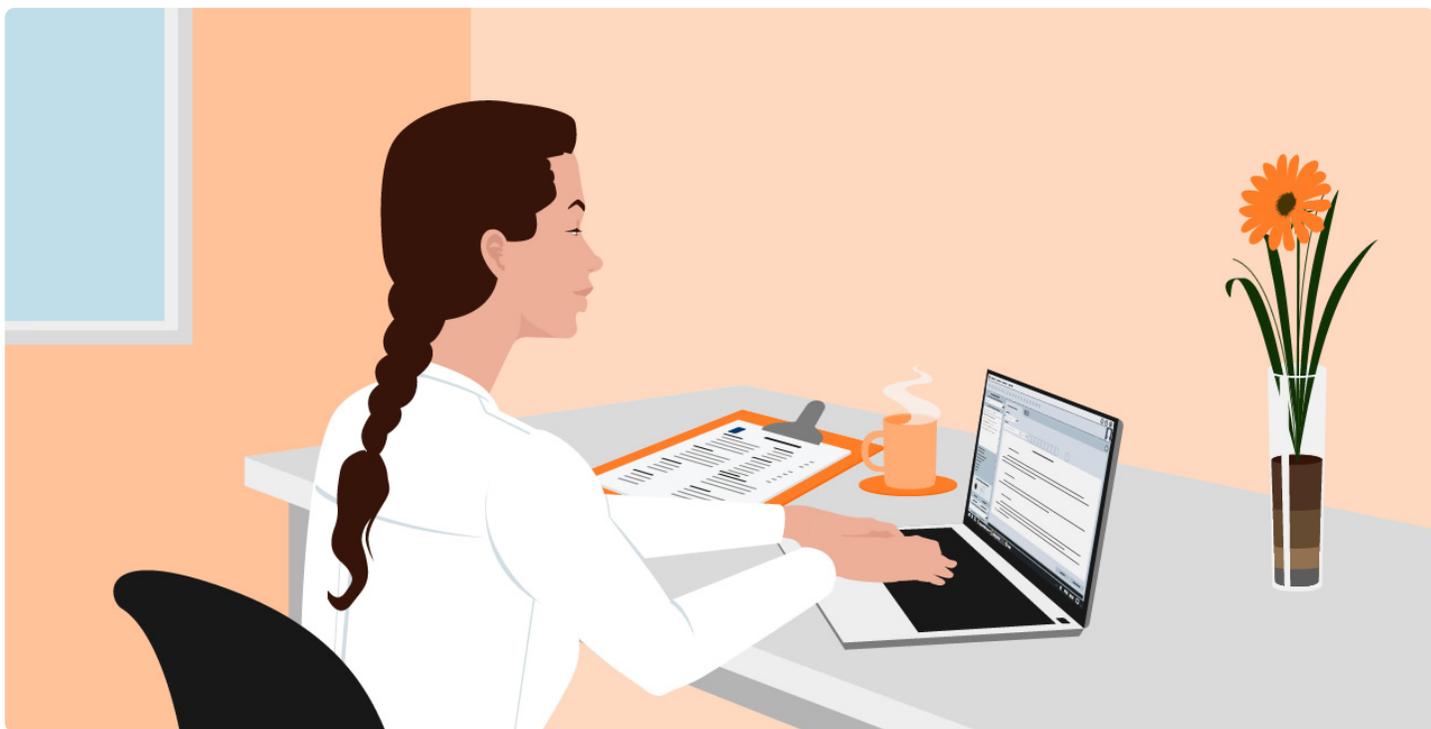


# Anamnese: o que é, como fazer e como a tecnologia pode ajudar

“Anamnese” é um termo comum na medicina e se refere a uma prática indispensável em basicamente qualquer atendimento médico realizado, já que é através dela que se chega a um diagnóstico.

Com certeza todos os médicos sabem o que é uma anamnese, bem como têm esse processo como parte da prática médica diária, mas você já se perguntou de onde vem o termo e o conceito por trás dele? Já conhece as diferentes técnicas que podem ser usadas para executar uma anamnese e as etapas que ela deve seguir?

Neste texto você entende a fundo sobre essa importante parte da consulta médica e descobre como pode aproveitar a tecnologia para realizar anamneses mais completas, de forma mais prática.



## O que é anamnese?

O termo anamnese vem da palavra grega *anamnēsis* e significa “lembrança” (*ana* = “trazer de novo” + *mnesis* = “memória”). Na Medicina, isso significa fazer com que o paciente se lembre do que está sentindo e relate para o médico. Para tanto, o profissional realiza uma entrevista com o paciente,

que tem a intenção de ser um ponto inicial no diagnóstico de uma doença.

Como em qualquer outro tipo de entrevista, existem formas ou técnicas corretas de serem aplicadas e etapas a serem seguidas. Isso permite que se aproveite ao máximo o **tempo disponível para o atendimento médico**, que muitas vezes é limitado, e produz um diagnóstico seguro.

Estudos já apontaram que a anamnese, quando bem conduzida, é responsável por 85% do diagnóstico na clínica médica, deixando 10% para o exame físico e apenas 5% para os exames laboratoriais ou complementares.

## Quais são as etapas da anamnese?

A anamnese pode ser separada em etapas, de forma a organizar e padronizar o relatório final. Veja a seguir as etapas que a anamnese deve seguir:

- **Identificação:** aqui é onde o médico conhece o paciente, coletando dados como nome completo, endereço, idade, estado civil, gênero ou sexo, profissão, raça ou etnia e procedência. Essas informações básicas já podem ser fatores importantes para o diagnóstico, considerando que muitas doenças se manifestam de forma diferente e com maior ou menor incidência em diferentes idades, sexos, etnias, regiões geográficas, etc.
- **Queixa principal (QP):** em poucas palavras o profissional registra a principal queixa do paciente, ou seja, o motivo que o levou a procurar ajuda médica. Quando a consulta foi simplesmente para acompanhamento de rotina, sem que haja queixas específicas, essa informação deve ser anotada.
- **História da doença atual (HDA):** nesse histórico é registrado tudo que se relaciona à queixa que o paciente apresentou, incluindo os sintomas, a data de início, a forma como evoluiu. É muito usada a tríade clássica “quando, como e onde isso começou” para guiar essa caracterização da queixa apresentada. Quando houver relato de dor, essa etapa deve incluir também uma caracterização completa da dor.
- **História médica do paciente (HMP):** aqui são coletadas informações sobre todos os antecedentes de saúde do paciente, o que inclui doenças que já teve ao longo da vida, medicamentos utilizados, procedimentos pelos quais já passou, etc. É importante coletar o máximo de dados, mesmo das condições que não estejam aparentemente relacionadas com a doença atual.

- **Histórico familiar (HF):** nessa etapa busca-se compreender o estado de saúde dos familiares próximos ao paciente, como pais, avós, irmãos, cônjuge e filhos. Com isso pode-se buscar eventuais comorbidades herdadas, fatores de risco advindos da família ou condições que podem ter surgido em decorrência do contato com outras pessoas.
- **História pessoal e social (HPS) ou hábitos de vida:** os hábitos do paciente impactam diretamente em sua saúde, por isso a importância de listar os principais hábitos que fazem ou já fizeram parte da vida dele. Isso inclui, por exemplo, tabagismo, consumo de álcool, uso de drogas, viagens recentes, animais de estimação que possui, atividades recreativas comuns, uso de medicamentos (inclusive aqueles da medicina alternativa), informações relevantes sobre sua ocupação e sua moradia, etc.
- **Revisão de sistemas (RS) ou Anamnese especial (AE):** esta revisão, também conhecida como interrogatório sintomatológico, consiste em um interrogatório sobre todos os sistemas do paciente, buscando identificar outros sintomas que o paciente possa apresentar, não relacionados diretamente com seu problema principal, mas que ele ainda não relatou. Esse interrogatório deve passar pelos diversos aparelhos do corpo, incluindo sintomas gerais, da cabeça e pescoço, dos aparelhos respiratório, circulatório, gastrointestinal e geniturinário, dos sistemas nervoso e locomotor e também sintomas psicológicos.

## Quais as técnicas que podem ser utilizadas?

Cada profissional tem sua própria maneira de executar a anamnese, mas existem duas técnicas principais que o profissional pode empregar para obter as informações necessárias.

A primeira delas é a técnica do interrogatório cruzado, que consiste no médico conduzindo as perguntas ao paciente durante a consulta e recebendo assim respostas mais diretas.

A segunda é a técnica de escuta, na qual, no momento da fala do paciente, o médico cria um espaço confortável para que o paciente compartilhe mais livremente sobre o que sente, relatando com suas próprias palavras seus sintomas, preocupações e angústias.

Essas técnicas, na maioria dos casos, são complementares e se sobrepõem uma à outra durante a entrevista. Seu uso em conjunto pode facilitar que se chegue ao diagnóstico correto do paciente.

Outro ponto importante de atentar aqui é a interpretação não apenas verbal do paciente, mas também a não verbal. Nem sempre o paciente é capaz de expressar tudo que está sentindo, e pode omitir alguns sintomas e dados – seja propositalmente ou não. Com a observação atenta da linguagem corporal, postura e sinais físicos, como sudorese, tremores, ferimentos, evitação de contato visual, confusão mental, etc., o médico é capaz de **ir mais fundo na sua avaliação** e identificar informações importantes que não foram relatadas verbalmente pelo paciente.

## Como elaborar uma anamnese?

A anamnese, como um documento médico que integra o [prontuário do paciente](#), deve ser registrada por escrito, seja à mão, utilizando papel e caneta, ou digitalmente, utilizando um prontuário eletrônico.

É importante que ela seja estruturada em diferentes tópicos, correspondentes às etapas da entrevista que apresentamos acima. Isso permite que o documento fique organizado e padronizado.

Também a forma como os dados são escritos deve receber atenção, para que o texto fique claro e compreensível a qualquer profissional que venha a ter acesso ao documento.

## Como a tecnologia pode ajudar?

Quando o médico possui um sistema de prontuário eletrônico, o registro dos dados se torna muito mais ágil, o que permite dar maior atenção ao paciente e ter mais tempo para a entrevista, já que não se perde vários minutos extras com a anotação à mão de cada informação. Além da maior velocidade de registro alcançada com a digitação, a agilidade também é alcançada pelo uso de uma ficha já padronizada para a anamnese, muito mais prática de ser preenchida.

O médico pode criar seu próprio [modelo de anamnese](#), com base na sua forma específica de realizá-la, e defini-lo como o texto padrão da ficha de anamnese do prontuário eletrônico. Assim os dados fixos já estarão presentes e o preenchimento com as informações do paciente será rápido e organizado.

Há ainda a possibilidade de criar e importar [formulários personalizados](#) para a anamnese, que incluam elementos próprios da especialidade médica em questão e ferramentas que facilitem a inserção de dados, como questionários pré-definidos com checkbox para assinalar sintomas pertinentes, campo de calculadora, tabelas para geração automática de gráficos a partir dos dados inclusos, etc.

Para além das vantagens advindas da ficha de anamnese digitalizada em si, a integração da anamnese com todas as demais ferramentas de um prontuário eletrônico é outra enorme vantagem do uso da tecnologia. Um [prontuário completo e integrado](#) permite anexar imagens, emitir documentos, registrar resultados de exames, tudo com muita praticidade, otimizando o tempo da consulta ao mesmo tempo em que garante um prontuário completo do paciente, essencial para o correto diagnóstico e a boa condução de todos os casos.

À primeira vista, pode-se imaginar a anamnese como algo simples e corriqueiro, sem tanta importância. Isso se prova falso quando entendemos esse recurso a fundo e percebemos como ela é bem estruturada e **peça fundamental para o diagnóstico e tratamento do paciente**. Na prática, sua realização pode durar apenas alguns minutos, mas a dinâmica dessa interação entre médico e paciente, com foco nos detalhes, faz toda diferença na prestação de cuidados de saúde.

Com o auxílio da tecnologia, essa parte tão importante da consulta médica pode ser otimizada, e o HiDoctor® é a solução ideal para o médico que busca um prontuário eletrônico prático, organizado e completo.

O HiDoctor® é a única plataforma médica completa para seu consultório e o software mais utilizado por médicos e clínicas no Brasil. A Centralx® conta com mais de 30 anos de experiência no desenvolvimento de tecnologias para a área médica.



Conheça o HiDoctor®:  
software médico completo  
para todas as plataformas

Quero conhecer

0800 979 0400

Centralx®

**Artigo original disponível em:**

**"Anamnese: o que é, como fazer e como a tecnologia pode ajudar" - HiDoctor® Blog**

**Centralx®**