Bruna Carvalho
Bárbara de Rezende Attab
Beatriz de Morais Theodoro da Silva
Giovana Ribeiro de Melo Afonso
Helena Maria Sartori Zilio
Julia Garcia Tozato
Mariane Isadora Camargo

GUIA DE UTILIZAÇÃO DO PEC

E ATENDIMENTO CLÍNICO PARA ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

científica digital

EDITORA CIENTÍFICA DIGITAL LTDA
Guarujá - São Paulo - Brasil
www.editoracientifica.com.br - contato@editoracientifica.com.br

Diagramação e Arte
Equipe Editorial
Imagens da Capa
Adobe Stock - 2025

Edição © 2025 Editora Científica Digital
Texto © 2025 Os Autores
1ª Edição - 2025
Acesso Livre - Open Access

© COPYRIGHT DIREITOS RESERVADOS. A editora detém os direitos autorais pela edição e projeto gráfico. Os autores detêm os direitos autorais dos seus respectivos textos. Esta obra foi licenciada com uma Licença de Atribuição Creative Commons – Atribuição 4.0 Internacional, permitindo o download e compartilhamento integral ou em partes, desde que seja citada a fonte, com os créditos atribuídos aos autores e obrigatoriamente no formato Acesso Livre (Open Access) e sem a possibilidade de alteração de nenhuma forma. É proibida a catalogação em plataformas com acesso restrito e/ou com fins comerciais.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G943 Guia de utilização do PEC e atendimento clínico para estudantes da área da saúde / Bruna Carvalho, Bárbara de Rezende Attab, Beatriz de Morais Theodoro da Silva, et al. – Guarujá-SP: Científica Digital, 2025.

Outras autoras: Giovana Ribeiro de Melo Afonso, Helena Maria Sartori Zilio, Julia Garcia Tozato, Mariane Isadora Camargo.
Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui Bibliografia
ISBN 978-65-5360-959-4
DOI 10.37885/978-65-5360-959-4

1. Educação em saúde. I. Carvalho, Bruna. II. Attab, Bárbara de Rezende. III. Silva, Beatriz de Morais Theodoro da. IV. Título.

CDD 613.07

Elaborado por Janaína Ramos – CRB-8/9166

Índice para catálogo sistemático:
I. Educação em saúde

E-BOOK
ACESSO LIVRE ON LINE - IMPRESSÃO PROIBIDA
2025

Bruna Carvalho
Bárbara de Rezende Attab
Beatriz de Morais Theodoro da Silva
Giovana Ribeiro de Melo Afonso
Helena Maria Sartori Zilio
Julia Garcia Tozato
Mariane Isadora Camargo

Guia de Utilização do PEC e Atendimento Clínico para Estudantes da Área da Saúde

1ª EDIÇÃO

científica digital

2025 - GUARUJÁ - SP

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. André Cutrim Carvalho
Prof. Dr. Antônio Marcos Mota Miranda
Profª. Ma. Auristela Correa Castro
Prof. Dr. Carlos Alberto Martins Cordeiro
Prof. Dr. Carlos Alexandre Oelke
Profª. Dra. Caroline Nóbrega de Almeida
Profª. Dra. Clara Mockdece Neves
Profª. Dra. Claudia Maria Rinhel-Silva
Profª. Dra. Clecia Simone Gonçalves Rosa Pacheco
Prof. Dr. Cristiano Marins
Profª. Dra. Cristina Berger Fadel
Prof. Dr. Daniel Luciano Gevehr
Prof. Dr. Diogo da Silva Cardoso
Prof. Dr. Ernane Rosa Martins
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes
Prof. Dr. Fabricio Gomes Gonçalves
Profª. Dra. Fernanda Rezende
Prof. Dr. Flávio Aparecido de Almeida
Profª. Dra. Francine Náthalie Ferraresi Queluz
Profª. Dra. Geuciane Felipe Guerim Fernandes
Prof. Dr. Humberto Costa
Prof. Dr. Joachin Melo Azevedo Neto
Prof. Dr. Jónata Ferreira de Moura
Prof. Dr. José Aderval Aragão
Prof. Me. Julianno Pizzano Ayoub
Prof. Dr. Leonardo Augusto Couto Finelli
Prof. Dr. Luiz Gonzaga Lapa Junior
Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva
Profª. Dra. Maria Cristina Zago
Profª. Dra. Maria Otília Zangão
Prof. Dr. Mário Henrique Gomes
Prof. Dr. Nelson J. Almeida
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes
Prof. Dr. Pedro Afonso Cortez
Prof. Dr. Reinaldo Pacheco dos Santos
Prof. Dr. Rogério de Melo Grillo
Profª. Dra. Rosenery Pimentel Nascimento
Prof. Dr. Rossano Sartori Dal Molin
Prof. Me. Silvio Almeida Junior
Profª. Dra. Thays Zigante Furlan Ribeiro
Prof. Dr. Wescley Viana Evangelista
Prof. Dr. Willian Carboni Viana
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme

Acesse a lista completa dos Membros do Conselho Editorial em www.editoracientifica.com.br/conselho

Parecer e revisão por pares
Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial e Revisados por Pares Externos (Peer Review), sendo indicados para publicação.

Nota: Esta é uma produção independente, tornando-se uma obra com reservas de direitos autorais para os autores. Alguns textos podem ser derivados de outros trabalhos já apresentados ou defendidos, todavia, os autores foram instruídos ao cuidado com o autoplágio. A responsabilidade pelo conteúdo é exclusiva dos autores, não representando, necessariamente, a opinião da editora, tampouco dos organizadores, revisores e membros do Conselho Editorial.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

SOBRE O PEC 6
- O que é? 6
- Como cadastrar 6
- Versão do sistema usado neste manual 7
- Como usar o Pec 9

CAPÍTULO 2

PEC E-SUS – COMO PREENCHER 17

CAPÍTULO 3

REGISTRO DA ANAMNESE NO E-SUS 22
- Primeiro atendimento 22
- Identificação (ID): 23
- Queixa principal (QP) 23
- História da moléstia atual (HMA) 24
- Antecedentes pessoais fisiológicos 26
- Desenvolvimento sexual 27
- História patológica pregressa (HPP): 28
- Antecedentes Familiares: 28
- Hábitos de vida: 28
- Condições socioeconômicas e culturais 29
- Interrogatório Sobre os Diversos Aparelhos (ISDA): 29
- Consulta de retorno 30
- Identificação (ID) 30
- Queixa Principal (QP) 30
- História da Moléstia Atual (HMA) 30
- Medicamentos em uso (MU) 31
- Diagnósticos Prévios (DP) 31
- Interrogatório Sobre Diversos Aparelhos (ISDA) 31
- Guia estruturado de anamnese do adulto: 31

CAPÍTULO 4

REGISTRO DO EXAME FÍSICO 36
- Sinais Vitais 36
- Exame Físico Geral ou Ectoscopia 36
- Exame de Linfonodos 38
- Exame dos Pulsos 39
- Exame de Cabeça e Pescoço 39
- Exame do Tórax 40
- Exame do Abdome: 41
- Exame dos Membros e Musculoesquelético: 42

REFERÊNCIAS 43

CAPÍTULO 1

SOBRE O PEC

O que é?

O e-SUS é um sistema de informação do Ministério da Saúde (MS) do Brasil desenvolvido para unificar e informatizar o registro das ações e serviços prestados na Atenção Primária à Saúde (APS).

Essa estratégia refere-se ao processo de informatização do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à criação de um SUS digital (e-SUS) e tem como objetivo otimizar a coleta, análise e gestão dos dados de saúde da população, permitindo um acompanhamento eficiente dos pacientes e proporcionando avanço de políticas públicas.

O funcionamento do e-SUS ocorre por meio de dois principais sistemas:

1. Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC): Permite o registro digital das informações dos pacientes, incluindo histórico clínico, consultas, exames e prescrições, facilitando a continuidade do cuidado.
2. Coleta de Dados Simplificada (CDS): Utilizado em locais sem informatização completa, onde os profissionais registram as informações manualmente e as enviam posteriormente ao sistema central.

Como cadastrar

O acesso ao e-SUS APS por profissionais de saúde exige um processo formal de cadastramento e habilitação, garantindo a segurança e a integridade das informações registradas no sistema. Para que um profissional de saúde possa utilizar o PEC e demais funcionalidades do sistema, é necessário seguir alguns passos essenciais.

Inicialmente, o profissional deve estar vinculado a um estabelecimento de saúde devidamente registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O CNES é o sistema responsável por armazenar e gerenciar os dados de todas as unidades de saúde do país, sendo a porta de entrada para

que os profissionais possam atuar oficialmente em sistemas informatizados do MS. Esse cadastro deve ser realizado pelo gestor municipal de saúde ou pelo responsável técnico da unidade de saúde.

Após a inclusão no CNES, o gestor da unidade deve solicitar o acesso do profissional ao e-SUS APS, cadastrando-o no sistema e concedendo as permissões adequadas para a utilização do PEC. Esse processo permite que médicos, enfermeiros, dentistas e demais profissionais da equipe de saúde possam registrar atendimentos, prescrições, solicitar exames e atualizar os prontuários dos pacientes de forma informatizada, contribuindo para eficiência e integralização do cuidado.

Uma vez autorizado, o profissional pode acessar o PEC por meio do site do Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) (https://sisab.saude.gov.br/), utilizando as credenciais fornecidas pela unidade de saúde. Em municípios que utilizam sistemas próprios integrados ao e-SUS, os profissionais devem seguir as diretrizes estabelecidas pela gestão local para garantir o correto acesso à plataforma.

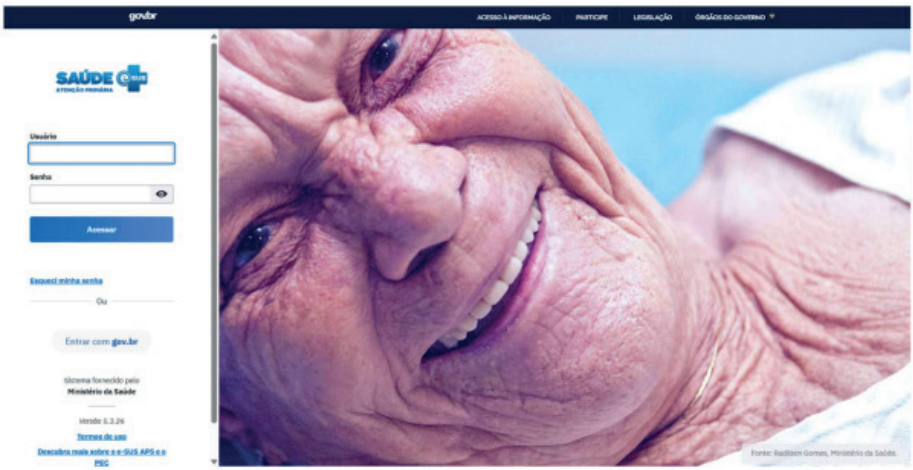
Esse processo visa assegurar que apenas profissionais devidamente autorizados possam utilizar o e-SUS APS, garantindo a confidencialidade dos dados dos pacientes e a qualidade do atendimento prestado na APS.

Versão do sistema usado neste manual

Este manual foi elaborado usando como referência o Sistema PEC da cidade de Assis-SP, em sua versão 5.3.26. O acesso é realizado através do link: https://esus.assis.sp.gov.br/

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

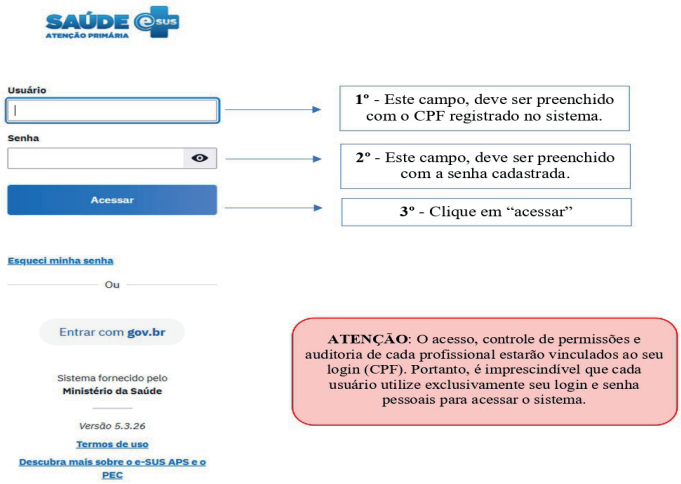
Figura 1 - Página de acesso à plataforma.



Fonte: autoria própria.

O acesso será controlado pelo sistema, utilizando o CPF do profissional cadastrado no PEC ou obtido do CNES. O login é pessoal e intransferível, assegurando que os registros no sistema sejam vinculados ao número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do profissional.

Figura 2 - Sessão direcionada ao login.



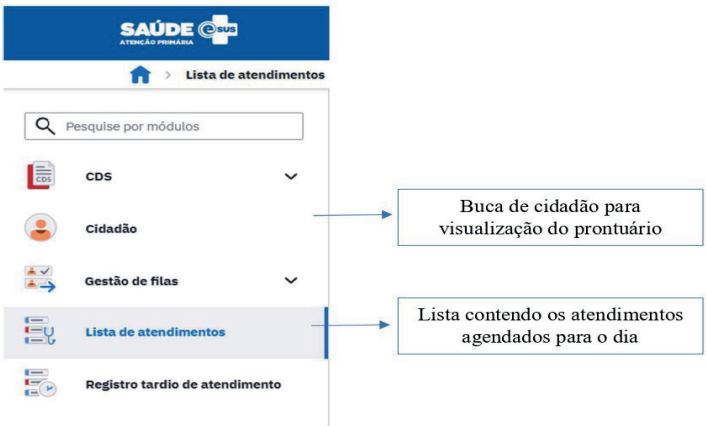
Fonte: autoria própria.

Como usar o Pec

Neste eBook, abordaremos o uso do sistema pelos acadêmicos, destacando suas funcionalidades principais e orientações específicas para garantir uma utilização eficiente e correta durante o atendimento ao paciente.

Na página inicial do sistema, no canto superior esquerdo, posicione o mouse sobre o ícone da lupa. Uma janela será exibida para selecionar a ação que você deseja realizar.

Figura 3 – Página inicial do sistema.

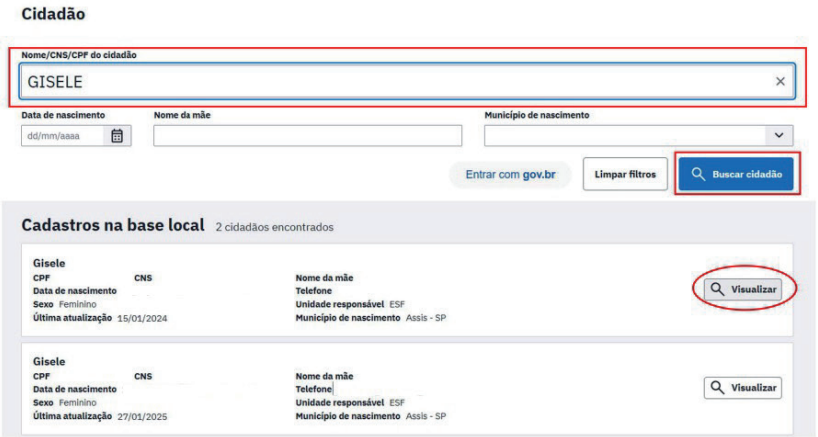


Fonte: autoria própria.

Na seção "Cidadão", insira o nome, CNS ou CPF do cidadão e clique em "Buscar Cidadão". Será exibida uma lista com os cadastros encontrados na base local da região. Para visualizar o prontuário, clique em "Visualizar".

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

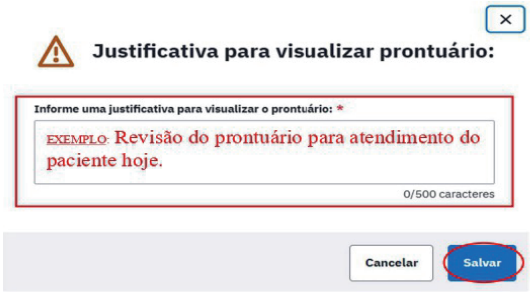
Figura 4 - Busca por cidadão.



Fonte: autoria própria.

Para permitir o acesso ao prontuário, é necessário inserir uma justificativa explicando o motivo pelo qual é necessário acessar os dados daquele paciente. Em seguida, clique em "salvar".

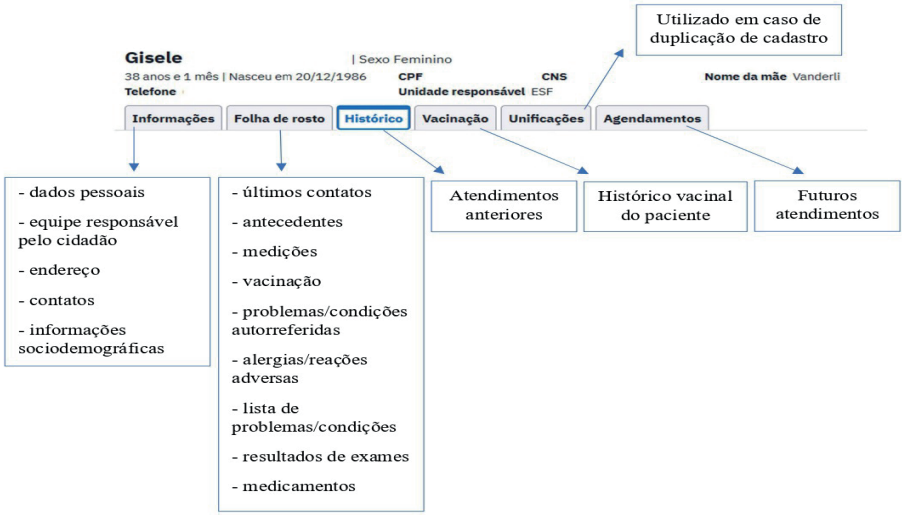
Figura 5 – Justificativa para visualização do prontuário.



Fonte: autoria própria.

Após a validação da justificativa, será aberta a página inicial do prontuário do paciente. Nela, será possível acessar os itens desejados para visualização.

Figura 6 - Itens disponíveis no prontuário do paciente.

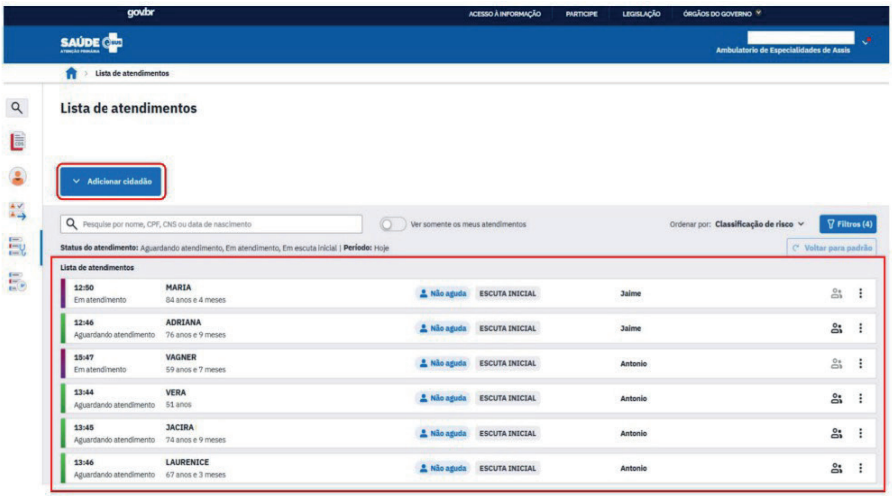


Fonte: autoria própria.

Na sessão "Lista de atendimentos" (Figura 3), cada entrada incluirá informações essenciais, como o horário do agendamento, o nome completo do paciente, sua idade, o tipo de atendimento a ser realizado e o profissional de saúde responsável pelo atendimento. Esse layout visa proporcionar uma visão clara e organizada dos atendimentos programados, facilitando o acompanhamento e a gestão eficiente das consultas e procedimentos.

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

Figura 7 – Lista de atendimentos.



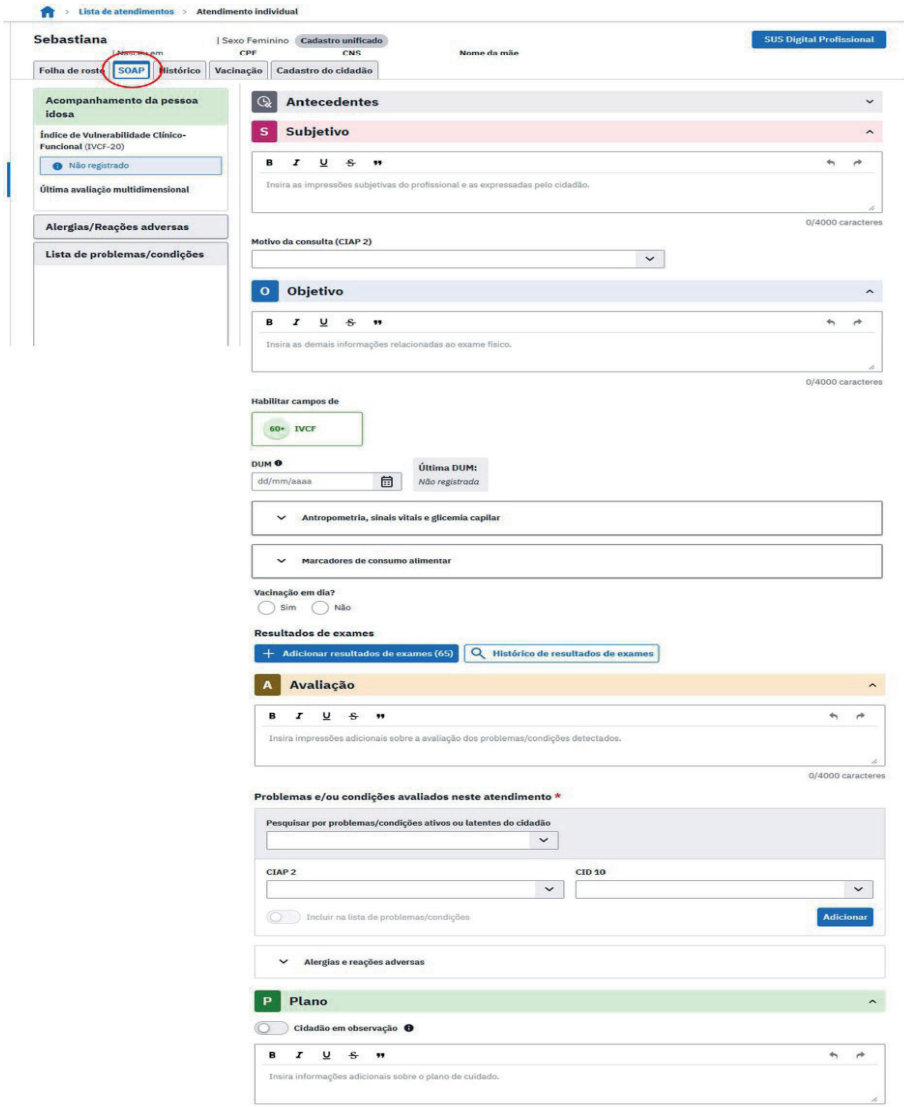
Fonte: autoria própria

Para iniciar o atendimento, clique em "Atender". Em seguida, você será redirecionado para uma página onde deverá registrar as informações da consulta, utilizando o modelo SOAP, que será detalhado no Capítulo 2.

Figura 8 – Iniciar o atendimento.

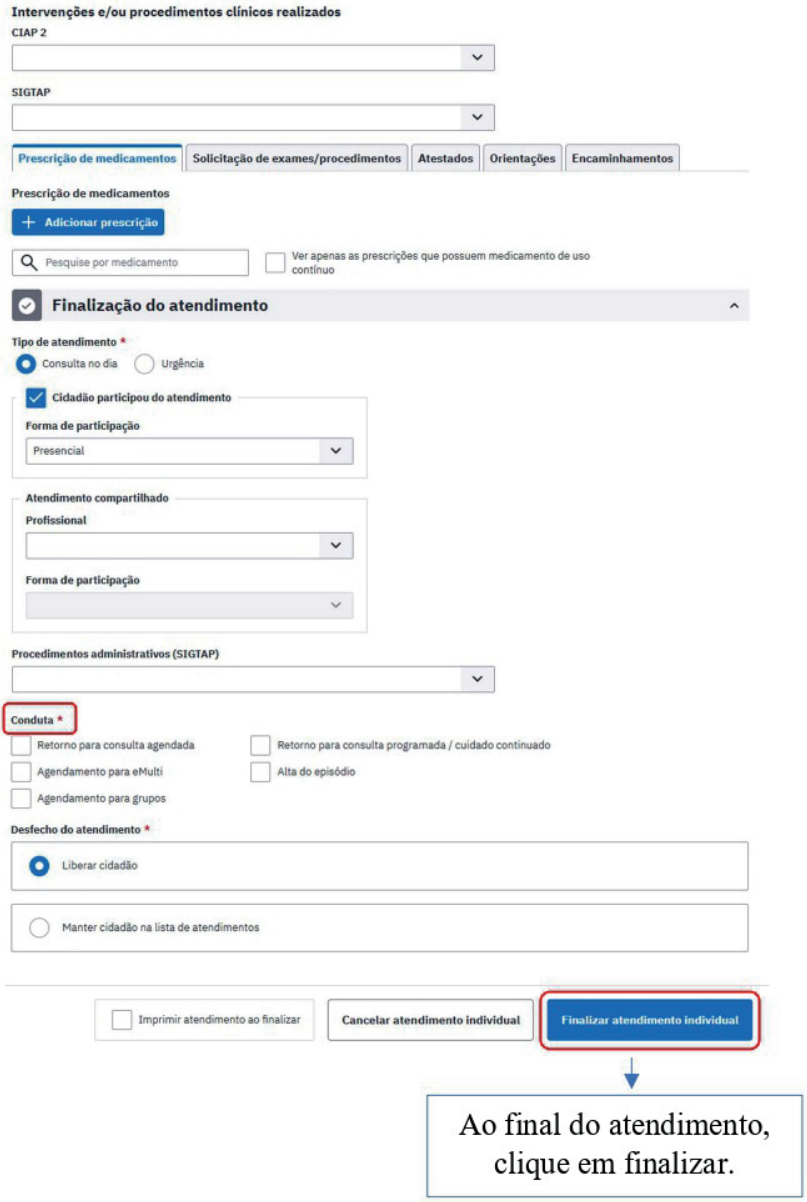
Fonte: autoria própria.

Figura 9 – Página para registro em prontuário (SOAP).



Fonte: autoria própria.

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025



Fonte: autoria própria.

No ícone dos três pontinhos, estarão disponíveis outras opções relacionadas ao paciente, como:

- "Cidadão não aguardou", indica que o paciente deixou o local antes de ser atendido;
- "Gerar declaração de comparecimento", um documento formal que atesta que o paciente esteve presente naquele determinado local, na data específica, mas sem a realização de um atendimento efetivo, por motivos diversos, como ausência do profissional ou desistência do paciente.
- "Visualizar prontuário", serve para consultar o histórico médico do paciente, incluindo dados sobre atendimentos anteriores, diagnósticos, tratamentos realizados, exames e outras informações de saúde relevantes.
- "Visualizar atendimento do dia", serve para acessar as informações específicas sobre o agendamento daquele paciente. Essa funcionalidade permite ao profissional acompanhar o status do atendimento do paciente, verificar detalhes importantes sobre o tipo de procedimento ou consulta agendada e o médico responsável.
- "Editar"

Figura 10 - Opções adicionais no atendimento do paciente.

Fonte: autoria própria.

Caso o paciente não esteja presente na lista de atendimentos, para incluí-lo, é necessário clicar na opção "Adicionar Cidadão", presente na página inicial (Figura 7).

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

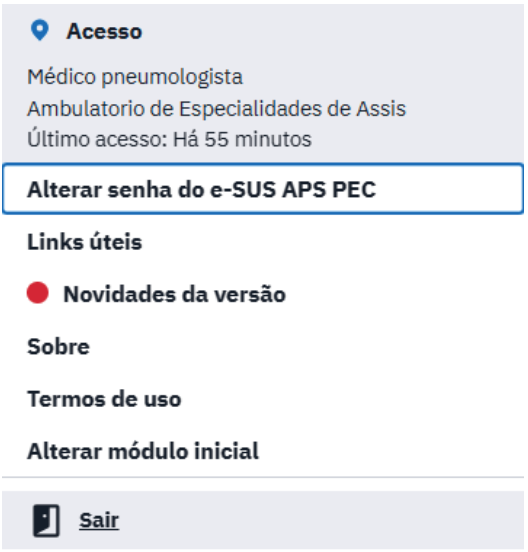
Em seguida, deverá ser inserido o CPF, CNS, nome completo ou data de nascimento do paciente. Após inserir os dados, clique na opção "Adicionar" para concluir o processo de inclusão do paciente na lista de atendimentos.

Figura 11 – Adicionar paciente para realizar atendimento.

Fonte: autoria própria.

Após a finalização de todos os atendimentos, para encerrar sua sessão e garantir a segurança do sistema, clique na opção "Sair". Isso irá desconectá-lo do sistema, encerrando seu acesso e protegendo suas informações pessoais e os dados do paciente. Certifique-se de que todas as tarefas foram concluídas antes de realizar o logout.

Figura 12 - Sair do sistema.



Fonte: autoria própria.

CAPÍTULO 2

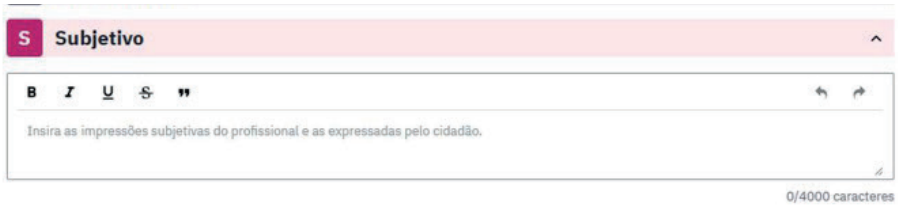
PEC E-SUS – COMO PREENCHER

Conforme dito anteriormente, o PEC e-SUS, comumente utilizado na prática médica, é um software gratuito que permite o armazenamento e compartilhamento de registros médicos de pacientes, facilitando o atendimento multiprofissional.

Para que o sistema seja bem utilizado, é necessário que cada profissional registre seu atendimento de forma correta, inserindo as informações coletadas durante a anamnese e o exame físico nos campos correspondentes do sistema, que divide o prontuário segundo o método "SOAP", que abrange os itens, subjetivo, objetivo, avaliação e plano:

Subjetivo – o primeiro campo a ser preenchido corresponde ao registro das queixas e sentimentos do paciente, ou seja, a anamnese.

Figura 13 - Subjetivo do método "SOAP".



Fonte: GOV.BR (2025).

Objetivo – os dados do exame físico e exames complementares devem ser feitos de forma objetiva informando o estado de saúde do paciente e devem ser registrados no campo "objetivo".

Figura 14 - Objetivo do método "SOAP".

Fonte: GOV.BR (2025).

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

Avaliação - é composta pelos problemas ativos do paciente e aqueles detectados pelo profissional de saúde durante o atendimento vigente, destacando as principais conclusões e considerações clínicas. Também deve-se adicionar o CID 10 (Classificação Internacional de Doenças), o qual é obrigatório, e o CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária), nestes itens deve-se selecionar a opção que melhor enquadra-se ao caso do paciente.

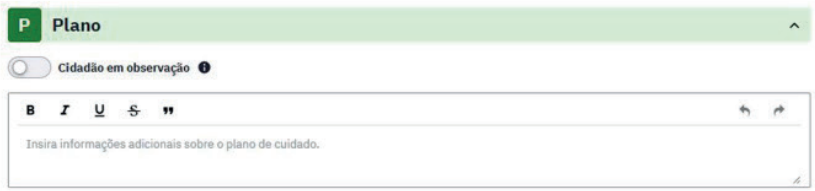
Exemplo: P*aciente possui anemia ferropriva carencial, evidenciado pelo hemograma, dosagem de ferritina e a baixa ingesta alimentar de ferro relatada na anamnese. Porém a anemia não justifica o estado confusional, então solicito uma Ressonância Magnética de Crânio para excluir a hipótese de demência vascular.*

Figura 15 - Avaliação do método "SOAP".

Fonte: GOV.BR (2025).

Plano - é o local que deve conter a conduta (intervenção-procedimento) definida pelo profissional de saúde, contempla o plano de cuidados e procedimentos a fim de diagnosticar e tratar os problemas encontrados na avaliação.

Figura 16 - Plano do método "SOAP".



Fonte: GOV.BR (2025).

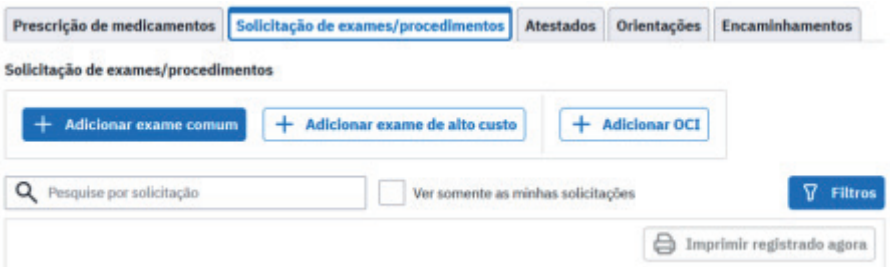
Outros campos presentes no PEC que podem ser preenchidos, caso necessário, são vacinações, resultados de exames, receituários, solicitação de exames, atestado médicos e encaminhamentos.

Vacinação - é um campo objetivo, com as opções de "sim" ou "não". Deve ser preenchida com "sim", se o paciente comprova a regularidade das vacinações com a carteira de vacinação e "não" se não há comprovação.

Resultados de exames – devem ser registrados com a data da realização do mesmo, médico que solicitou, o motivo de sua realização e seus resultados com valores de referência, se necessário.

Solicitação de exames - a solicitação de exames solicitados são divididas em exames comuns e exames de alto custo, e devem acompanhar o CID do paciente, também pode-se adicionar observações quanto ao caso ou alguma especificidade do exame.

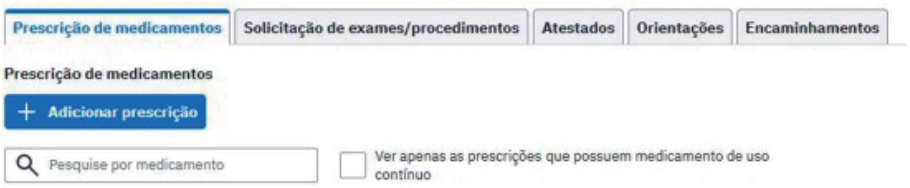
Figura 17 - Solicitação de exames no PEC e-Sus



Fonte: GOV.BR (2025).

Receituário médico - destaca os medicamentos que devem ser utilizados, suas doses, via de administração, tempo de uso e frequência. Todos os receituários devem ser assinados pelo médico.

Figura 18 - Prescrição de medicamentos no PEC e-Sus.

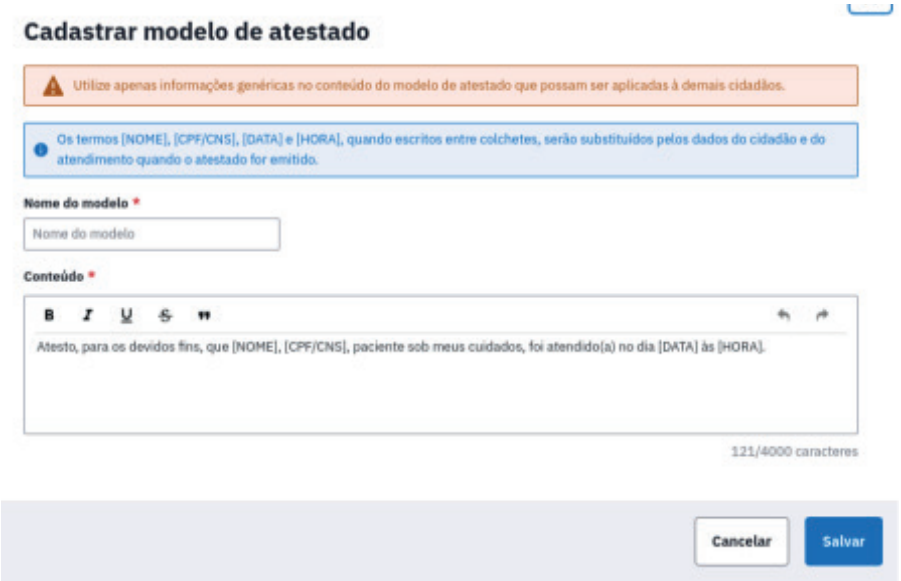


Fonte: GOV.BR (2025).

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

Atestados médicos - os atestados são preenchidos de acordo com a data, tempo de permanência no local e CID.

Figura 19 - Cadastro de modelo de atestado no PEC e-Sus.



Fonte: GOV.BR (2025).

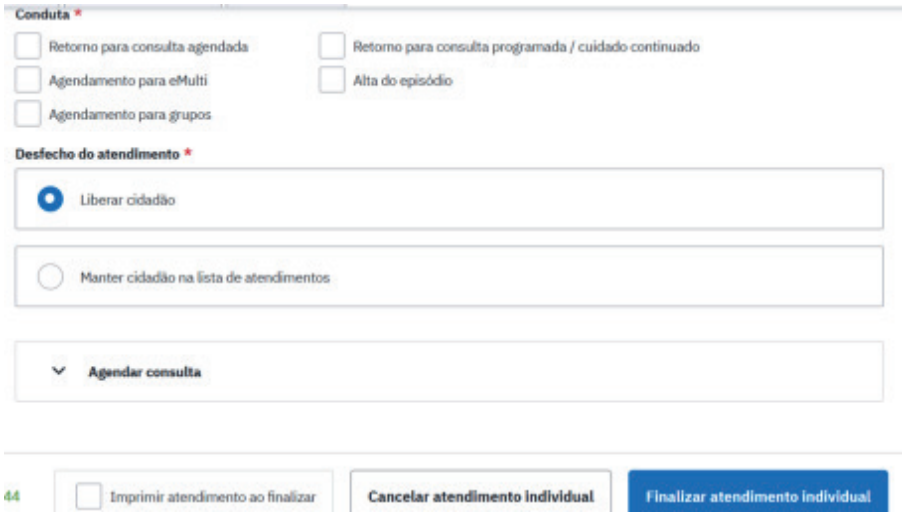
Encaminhamentos - se necessários, são destinados a outras especialidades, pensando no cuidado multidisciplinar do paciente e devem incluir um resumo do caso e o motivo do encaminhamento para a especialidade.

Figura 20 - Solicitação de encaminhamentos no PEC e-Sus.

Fonte: GOV.BR (2025).

O último passo do preenchimento no PEC e-SUS seria o encaminhamento interno, com opções de: retorno para consulta agendada, agendamento para eMulti, agendamento para grupos, retorno para consulta programada/cuidado continuado e alta do episódio.

Figura 21 - Conduta e desfecho do atendimento no PEC e-Sus.



Fonte: GOV.BR (2025).

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

CAPÍTULO 3

REGISTRO DA ANAMNESE NO E-SUS

Na semiologia, o registro da anamnese é considerado informação subjetiva, enquanto o exame físico e os resultados de exames complementares são informações objetivas. O mesmo vale para os campos de preenchimento do e-sus.

O principal objetivo ao registrar o atendimento subjetivo no "SOAP" do sistema, é que ele seja um documento claro, sucinto, completo e que registre as informações mais relevantes e transmita sua avaliação de maneira concisa para médicos, consultores e outros integrantes da equipe de saúde que possam vir a tratar esse paciente no futuro.

Primeiro atendimento

Vale ressaltar, que esse e-book visa auxiliar no registro de prontuários de atendimentos **ambulatoriais**. Em geral, um primeiro atendimento ambulatorial necessita de uma avaliação abrangente, que contém os elementos da anamnese e do exame físico completos. Nesse sentido, essa avaliação deve ser flexível, focada ou orientada para o problema, porém sem deixar de lado demais elementos da história da saúde do paciente como um todo.

Figura 22 - Avaliação do paciente: abrangente ou focada?

Avaliação abrangente do paciente	Avaliação focada do paciente
■ É apropriada para novos pacientes no consultório ou hospital ■ Fornece conhecimento fundamental e personalizado sobre o paciente ■ Fortalece a relação médico-paciente ■ Ajuda a identificar ou descartar causas físicas relacionadas às preocupações do paciente ■ Fornece uma linha de base para avaliações futuras ■ Cria uma plataforma para a promoção da saúde por meio de educação e aconselhamento ■ Desenvolve proficiência nas habilidades essenciais do exame físico	■ É apropriada para pacientes estabelecidos, especialmente durante consultas de rotina ou de atendimento urgente ■ Aborda preocupações ou sintomas específicos ■ Avalia sintomas restritos a um sistema corporal específico ■ Aplicar métodos de exame relevantes para avaliar a preocupação ou problema da forma mais completa e cuidadosa possível

Fonte: Bickley *et al*. 2022.

OBS: Ao passar para o prontuário, escreva em forma de texto, não tópico, registrando apenas as respostas.

Ex: Nome da paciente, 47 anos, casada, data de nascimento 14/05/1977 etc.

Identificação (ID):

- Data do atendimento
- Nome
- Idade
- Estado civil
- Data de nascimento
- Naturalidade/residência
- Profissão/ocupação
- Escolaridade
- Religião
- Nome da mãe
- Plano de saúde
- Procedência (se fez alguma viagem recente)

Queixa principal (QP)

É o termo utilizado para descrever o problema ou condição primária que levou o paciente a buscar assistência médica (motivo da consulta). A QP deve ser registrada utilizando as palavras do paciente, principalmente quando forem descritivas, incomuns ou específicas. Além do motivo da consulta, é necessário registrar há quanto tempo essa queixa se apresenta.

Escrever exatamente como dito pelo paciente, sem termos técnicos. Ex: Dor no pé há 5 dias

Caso haja mais de 2 queixas, geralmente a maioria apresenta caráter crônico, questione "o que fez o sr. ou sra. procurar o atendimento hoje, e não anteriormente?"

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

História da moléstia atual (HMA)

Objetiva detalhar a queixa principal, apresentando a sequência cronológica dos eventos e a evolução dos sintomas, contempla os pensamentos e sentimentos do paciente em relação à sua condição de saúde e inclui informações relevantes da revisão de sistemas, destacando os aspectos positivos e negativos pertinentes.

Modelos de HMA de acordo com Bickley *et al.* 2022:

Básico – uma queixa principal:

- Afirmação da queixa principal à luz do contexto clínico do paciente
- Descrever a queixa principal
- Sintomas que acompanham a queixa
- Sintomas que não acompanham a queixa
- História patológica pregressa (HPP) pertinente, história familiar ou história social
- Como o paciente chegou ao local de atendimento (como está no momento)

Quando a queixa principal representa um sintoma de exacerbação da doença crônica do paciente:

- Queixa principal à luz do contexto clínico do paciente
- Descrever a condição e o controle dos sintomas da doença crônica
- Diagnóstico prévio ou sintoma
- Quando foi diagnosticada
- Complicações apresentadas
- Tratamentos realizados ou não
- Controle de sintomas recentes antes dessa exacerbação (como e por quanto tempo)
- Elaboração da descrição da queixa principal
- Sintomas que acompanham a queixa

- Sintomas que não acompanham a queixa
- História patológica pregressa (HPP) pertinente, história familiar ou história social
- Como o paciente chegou ao local de atendimento (como está no momento)Sem queixa principal (ex: fazer um check-up)
- Declaração de abertura: nas palavras do paciente (ex: veio pedir exames)
- Histórico das condições/doenças crônicas do paciente
- Sintomas pertinentes – presentes e ausentes
- Tratamentos realizados ou não e resposta atuais
- Exames laboratoriais/complementares relevantes anteriores
- Como a paciente chegou ao local de atendimento

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

Figura 23 - Esquema para análise de um sintoma, tomando como modelo a dor.

Início	Deve ser caracterizado com relação à época de aparecimento. Se foi de início súbito ou gradativo, se teve fator desencadeante ou não	Médico: Quando a dor surgiu? Paciente: Há 3 dias. Médico: Como ela começou? Paciente: De repente, depois que peguei um saco de cimento.
Características do sintoma	Definir localização, duração, intensidade, frequência, tipo, ou seja, características próprias a depender do sintoma	Médico: Onde dói? Paciente: A dor é no peito, do lado direito, na frente. Médico: A dor irradia? Ela "anda"? Paciente: A dor vai para as costas. Médico: Quanto tempo dura? Paciente: O tempo todo, não para. Médico: Como é essa dor? Paciente: É uma dor forte, em pontada
Fatores de melhora ou piora	Definir quais fatores melhoram e pioram o sintoma, como, por exemplo, fatores ambientais, posição, atividade física ou repouso, alimentos ou uso de medicamentos	Médico: O que melhora a dor? Paciente: Melhora quando eu deito do lado direito. Médico: O que piora a dor? Paciente: A dor piora quando faço esforço físico e à noite quando esfria o tempo.
Relação com outras queixas	Registrar se existe alguma manifestação ou queixa que acompanha o sintoma, geralmente relacionado com o segmento anatômico ou funcional acometido pelo sintoma	Médico: Você está tossindo? Paciente: Não. Médico: Você tem falta de ar? Paciente: Eu sinto um pouco de falta de ar sim.
Evolução	Registrar o comportamento do sintoma ao longo do tempo, relatando modificações das características e influência de tratamentos efetuados	Médico: Essa dor se modificou nestes 3 dias? Paciente: Ontem eu tomei um analgésico e a dor melhorou, mas é só o efeito do remédio acabar que a dor volta.
Situação atual	Registrar como o sintoma está no momento da anamnese também é importante	Médico: Como está a dor agora? Paciente: Agora a dor está muito forte e está dificultando minha respiração. Nada mais melhora. Preciso de ajuda.

Fonte: Porto, 2019.

Antecedentes pessoais fisiológicos

Inclui os seguintes itens: gestação e nascimento, desenvolvimento psicomotor e neural e desenvolvimento sexual.

Gestação e nascimento (principalmente investigado em crianças ou caso hipótese clínica tenha relação com esse período).

- Como transcorreu a gestação
- Uso de fármacos, substâncias lícitas ou ilícitas ou radiações sofridas pela genitora
- Viroses durante a gestação
- Quais foram as condições de parto (normal, fórceps, cesariana)

- Estado da criança ao nascer
- Ordem do nascimento (se é primogênito, segundo filho etc.)
- Número de irmãos.

Desenvolvimento psicomotor e neural (principalmente investigado em crianças ou caso hipótese clínica tenha relação com esse período):

- Dentição: Registrar informações sobre a primeira e segunda dentições, incluindo a época de erupção do primeiro dente.
- Engatinhar e andar: Anotar a idade em que o paciente começou a engatinhar e a andar.
- Fala: Indicar quando surgiram as primeiras palavras.
- Desenvolvimento físico: Documentar peso e comprimento ao nascer, além das medidas posteriores. Comparar o desenvolvimento com o dos irmãos, se possível.
- Controle dos esfíncteres: Verificar a idade em que ocorreu o controle.
- Desempenho escolar: Avaliar o aproveitamento escolar.

Desenvolvimento sexual

- Puberdade: registrar época de seu início (principalmente investigado em crianças e adolescentes ou caso hipótese clínica tenha relação com esse período)
- Menarca: registrar idade da 1a menstruação (principalmente investigado em crianças e adolescentes ou caso hipótese clínica tenha relação com esse período)
- Data da última menstruação
- **Sexarca**: registrar idade da 1a relação sexual (principalmente investigado em crianças e adolescentes ou caso hipótese clínica tenha relação com esse período)
- Se é sexualmente ativo
- Se faz uso de contraceptivos e preservativos
- Se já realizou teste e/ou tratamento para IST (infecções sexualmente

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

transmissíveis)

- Menopausa (última menstruação): registrar época do seu aparecimento
- Orientação sexual
- Se múltiplos parceiros

História patológica pregressa (HPP):

Listas de doenças de adultos com datas de eventos

- Doenças de base
- Cirurgias
- Traumas
- Medicações de uso contínuo
- Uso de hormônios e/ou suplementos
- Alergias
- Vacinas
- Internações
- Transfusões sanguíneas
- Uso de drogas/tabaco/álcool (o que usa? há quanto tempo? quantidade? quantas vezes na semana?)

Antecedentes Familiares:

Registra a presença ou ausência de doenças familiares específicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus ou tipos de câncer.

Inclui esquemas ou diagramas indicando a idade e o estado de saúde, ou a idade e a causa da morte, de familiares de primeiro grau, como irmãos, pais e avós.

Hábitos de vida:

- Alimentação (detalhar por refeição caso se relacione à hipótese diagnóstica)

- Ingestão de água (quantos mililitros ou litros)
- Atividade física (qual? quanto tempo? quantas vezes na semana?)
- Atividades de lazer
- Hábito intestinal
- Hábito urinário

Condições socioeconômicas e culturais

- Apoio familiar (caso precise de ajuda, tem com quem contar?)
- Condições de moradia (zona rural ou urbana? coleta de lixo? água encanada? tratamento de esgoto?)
- Situação financeira (há dependência financeira? é suficiente para a sobrevivência? conseguiria pagar por um eventual tratamento?)

Interrogatório Sobre os Diversos Aparelhos (ISDA):

Registra a existência ou não de sintomas comuns relacionados aos principais sistemas do corpo

Sistematização proposta por Porto, 2019:

- Sintomas gerais (febre, perda/ganho de peso, sudorese, calafrios)
- Pele e fâneros
- Cabeça e pescoço
- Cardiopulmonar
- Gastrointestinal
- Sistemas urinário e genital
- Sistema hematopoético
- Sistema linfático
- Sistema endócrino
- Osteomuscular
- Artérias, veias e microcirculação

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

- Sistema nervoso central e periférico
- Exame psíquico e avaliação das condições emocionais.

Consulta de retorno

Realize uma leitura do atendimento anterior antes que o paciente entre na sala.É completamente desaconselhável que se conduza o atendimento de retorno como se fosse a primeira vez, por isso, é importante que todas as informações registradas sejam aproveitadas e rigorosamente revisadas.

Identificação (ID)

É importante registrar a data e título da especialidade e/ou local de atendimento.

Apenas o nome completo, a idade atual e se o paciente encontra-se acompanhado (e de quem) devem constar nesta etapa, já que os dados completos já estão presentes no prontuário em consultas anteriores.

Queixa Principal (QP)

Geralmente o paciente informará o motivo do retorno (ex: trazer exames; reavaliar tal doença etc.)

História da Moléstia Atual (HMA)

Inicialmente, realiza-se a descrição breve do atendimento anterior (incluindo condutas tomadas) e investiga-se o progresso da queixa apresentada pelo paciente na última consulta. É importante lembrar de revisar as orientações dadas na consulta anterior. Se surgirem novos sintomas, deve-se incluir um novo item no prontuário para registrar uma nova história clínica.

Medicamentos em uso (MU)

Indicar todos os medicamentos, dosagem e posologia feitos pelo paciente no momento da consulta, inclusive os usados ocasionalmente. Descrever se o uso é feito de forma correta ou irregular.

Diagnósticos Prévios (DP)

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

Interrogatório Sobre Diversos Aparelhos (ISDA)

Nesse tópico, as demais queixas do paciente são indagadas pelo profissional, assim como realizado na primeira consulta.

Guia estruturado de anamnese do adulto:

Primeira consulta:
Identificação:

- Data do atendimento
- Nome
- Idade
- Estado civil
- Data de nascimento
- Naturalidade/residência
- Profissão/ocupação
- Escolaridade
- Religião
- Nome da mãe
- Plano de saúde

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

- Procedência (se fez alguma viagem recente)

Queixa principal: motivo da consulta + há quanto tempo
História da moléstia atual:

- Início (quando? como? início súbito ou gradativo? fator desencadeante?)
- Características do sintoma (localização, duração, intensidade, frequência, tipo)
- Fatores de melhora ou piora
- Relação com outras queixas/sintomas associados (alguma outra manifestação ou queixa que acompanha o sintoma)
- Evolução (comportamento do sintoma ao longo do tempo)
- Situação atual (como está nesse momento?)

Antecedentes fisiológicos:

- Gestação e nascimento
- Desenvolvimento psicomotor e neural
- Desenvolvimento sexual.
    - Data da última menstruação
    - e é sexualmente ativo
    - Orientação sexual
    - Se múltiplos parceiros
    - e faz uso de contraceptivos e preservativos
    - Se já realizou teste e/ou tratamento para IST (infecções sexualmente transmissíveis)
    - Menopausa (última menstruação): registrar época do seu aparecimento

História patológica pregressa

- Doenças de base

- Cirurgias
- Traumas
- Medicações de uso contínuo
- Uso de hormônios e/ou suplementos
- Alergias
- Vacinas
- Transfusões sanguíneas
- Uso de drogas/tabaco/álcool (o que usa? há quanto tempo? quantidade? quantas vezes na semana?)

Antecedentes familiares

- Doenças de base e causa/idade de mortes de parentes de primeiro grau
- Hábitos de vida
- Alimentação (detalhar por refeição caso se relacione à hipótese diagnóstica)
- Ingestão de água
- Atividade física
- Atividades de lazer
- Hábito intestinal
- Hábito urinário

Condições socioeconômicas e culturais

- Apoio familiar
- Condições de moradia
- Situação financeira

Interrogatório Sobre os Diversos Aparelhos (ISDA):

- Sintomas gerais
- Pele e fâneros

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

- Cabeça e pescoço
- Tórax
- Abdome
- Sistemas urinário e genital
- Sistema hematopoiético e linfopoiético
- Sistema endócrino
- Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades
- Músculos
- Artérias, veias, linfáticos e microcirculação
- Sistema nervoso
- Exame psíquico e avaliação das condições emocionais

Exemplo de anamnese de retorno:

Ambulatório de Endocrinologia – 31/10/2024 → Data e título da especialidade e/ou local de atendimento.

ID: M. T. B., 65 anos, acompanhada do marido, L.C. → Nome, idade, acompanhante

QP: Retorno para acompanhamento → Queixa Principal

HMA: Paciente com histórico de diabetes mellitus há 10 anos. → Diagnóstico prévio que tem relação com a queixa anterior

Primeira consulta no ambulatório de endocrinologia em agosto de 2024. Na última consulta referia todas as glicemias muito elevadas acima de 400 mg/dL. Na última consulta estava com sintomas de depressão. Foi prescrito duloxetina e iniciado tratamento com insulinoterapia. → Descrição breve do atendimento anterior

Paciente refere estar se sentindo melhor, principalmente da depressão. Relata estar fazendo uso dos novos medicamentos prescritos: insulina de manhã antes do café, insulina antes do almoço, e a noite às 19h. Sentiu melhora do controle glicêmico desde a última consulta. Fez medidas diárias por um tempo e como não fez efeito no começo, parou de medir/desistiu. Quando começou com a insulinoterapia as primeiras glicemias estavam ainda elevadas. Hoje em jejum a glicemia estava 140mg/dL. → Progresso da queixa apresentada pelo paciente na última consulta.

MU: má adesão→ Uso de medicamentos com dosagem e posologia
Duloxetina 30mg 1cp manhã
Insulina NPH:

- 20 UI antes do café,
- 20 antes do almoço
- 20 UI às 19h

Tramal 50mg + dipirona 500mg, quando tem dor (aproximadamnte duas vezes na semana)

Ciclobenzaprina 5mg 4cp + Nimesulida 50mg 2cp de manhã

Metformina 500mg 2cp manhã e 2cp a noite

Hidroclorotiazida 25mg 1cp manhã e 1cp a noite; Losartana 50mg 2cp de 12/12h; Clonazepam 2mg 1cp a noite

Amitriptilina 25mg 1cp a noite

DP: sem demais comorbidades → Diagnósticos confirmados que o paciente já teve em consultas anteriores

ISDA: Nega febre, perda/ganho de peso, sudorese, calafrios; nega perda de cabelo, alterações de pele e unhas. Nega cefaléia, e alterações na região cervical anterior e posterior, nega alterações e dores no tórax, abdome, sistema urinário genital e sistema endócrino. nega dores em articulações, ossos e músculos; nega problemas de coagulação, varizes, dores vasculares, edema. Nega alterações de sistema nervoso. Afirma melhora da depressão, sem demais alterações psíquicas. → Demais queixas do paciente são indagadas pelo entrevistador

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

CAPÍTULO 4

REGISTRO DO EXAME FÍSICO

O exame físico pode ser dividido em duas etapas, a primeira é designada exame físico geral ou ectoscopia, por meio do qual são obtidos dados gerais, independentemente de vários sistemas orgânicos, o que permite uma visão do paciente como um todo; a segunda etapa é relacionada ao exame dos diferentes sistemas ou segmentos corporais. O registro do exame físico deve ser registrado durante o atendimento no campo OBJETIVO presente no portal do ESUS.

Sinais Vitais

Importante registrar os dados da:

- Peso
- Frequência cardíaca
- Temperatura
- Frequência respiratória
- Pressão arterial
- Dor

Exemplo da descrição:

PA 130/90 mmHg braço direito, decúbito dorsal; 140/90 mmHg em braço esquerdo, decúbito dorsal; com braçadeira do esfigmomanômetro grande. Frequência cardíaca (FC) = 70 bpm e regular. Frequência respiratória (FR) = 12 ipm. Temperatura (oral) = 37,5°C, sem dor.

Exame Físico Geral ou Ectoscopia

Essa etapa inclui a avaliação:

- Estado geral (bom, regular ou ruim)

- Nível de consciência (vigília, obnubilação, sonolência, confusão, torpor, coma)
- Fala e linguagem (disfonia, disfasia, dislalia, disartria)
- Estado de hidratação (alteração do peso, da pele em relação à umidade, turgor e elasticidade, das mucosas, das fontanelas no caso de crianças)
- Altura e medidas antropométricas (peso, circunferências e índice de massa corporal)
- Fácies (normal ou atípica, renal, leonina, hipocrática, adenoidiana, parkinsoniana, mixedematosa, acromegálica, mongoloide, cushingoide ou de lua cheia, depressão, pseudobulbar, paralisia facial periférica, miastênica, etílica, esclerodérmica)
- Estado nutricional
- Atitude e decúbito preferido no leito (voluntárias-ortopneia, genupeitoral, cócoras, parkinsoniana, decúbito lateral, dorsal ou ventral e involuntária-atitude passiva, ortótono, opistótono, torcicolo e mão pêndula da paralisia radial)
- Mucosas (umidade, coloração-cianose, icterícia, descoradas ou hipercoradas; presença de lesões, em caso de mucosas descoradas é possível realizar uma avaliação quantitativa usando-se a escala de 1 a 4 cruzes +, ++, +++, ++++)
- Pele e fâneros (pele: coloração, continuidade ou integridade, umidade, textura, espessura, temperatura, elasticidade e mobilidade, turgor, sensibilidade e lesões elementares que se classificam em alterações de cor, elevações edematosas, formações sólidas, coleções líquidas, alterações de espessura, perda e reparações teciduais; fâneros: cabelo- tipo de implantação, quantidade, distribuição, coloração e outras características como o brilho, a espessura e a consistência; unhas- forma ou configuração, espessura, consistência, superfície, brilho, coloração e tipo de implantação)
- Tecido celular subcutâneo e panículo adiposo
- Musculatura (Troficidade: normal, hipertrófica ou hipotrófica e Tonicidade: normal, hipertonicidade, espástica ou rigidez e hipotonicidade ou flacidez)
- Movimentos involuntários (tremores, tiques, mioclonias, mioquinias, asterix\flapping, movimentos coreicos e atetósicos, pseudoatetose,

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

convulsões, tetania, fasciculações, bradicinesia, distonias, hemibalismo, discinesias orofaciais)

- Enfisema subcutâneo
- Veias superficiais e circulação colateral (localização-tipo braquicefálica, cava superior, porta ou cava inferior; presença de frêmito e\ou sopro e direção do fluxo sanguíneo: fluxo venoso abdomen-tórax, ombro-tórax ou pelve-abdomen)
- Edema (localização e distribuição, intensidade em cruzes (+, ++,+++, ++++), consistência (mole ou duro), elasticidade (elástico ou inelástico), temperatura (normal, quente ou fria), sensibilidade e outras alterações da pele circunjacente)
- Temperatura corporal (se febre é necessário descrever: início, intensidade, duração, modo de evolução e término
- Postura e marcha (postura: boa, má, sofrível e alterações como a cifose, e lordose e a escoliose; marcha normal ou anormal como a ceifante ou hemiplégica, anserina, parkinsoniana, claudicante,
- Biotipo ou tipo morfológico (brevilíneo, mediolíneo, longilíneo)

Exame de Linfonodos

Inclui a avaliação dos linfonodos dos seguintes grupos ganglionares:

- Cabeça e Pescoço: occipital, pré-auricular, retroauricular, parotídea e faciais\bucais, cervicais altos e baixos.
- Membros Superiores: axilares, epitrocleares, supraclaviculares e infraclaviculares
- Membros Inferiores: inguinais, poplíteos

Descrição das características semiológicas: em condições normais os linfonodos são indolores, móveis, individualizados e consistência fibroelástica. Em caso de alteração é importante descrever a localização, tamanho ou volume, coalescência, consistência, mobilidade, sensibilidade.

Exame dos Pulsos

Avaliação das pulsações arteriais, venosas e capilares:

- Pulsos (carotídeo, temporal superficial, subclávio, axilar, braquial, cubital, radial, aórtico abdominal, ilíaco, femoral, poplíteo, pedioso ou dorsal do pé e tibial posterior

Descrição das características semiológicas: frequência (taquicardia ou bradicardia); ritmo (regular ou irregular); tipos de onda (normal, em martelo d'água, pequeno ou parvus, filiforme, alternante), paradoxal; tensão; amplitude ou magnitude-amplo, mediano ou pequeno; comparação com o lado homólogo; presença de frêmito, ingurgitamento jugular ou sopro.

Exame de Cabeça e Pescoço

1. Exame da cabeça: tamanho e forma do crânio, superfície e couro cabeludo, posição e movimentos, face, nariz, região bucomaxilofacial, olhos e supercílios, otorrinolaringológico.

2. Exame do pescoço: inspeção (pele, forma e volume, posição, mobilidade, turgência ou ingurgitamento das jugulares e batimentos arteriais e venosos), palpação e ausculta.

Exemplo de descrição:

Pescoço flexível. Traqueia na posição mediana. Istmo da tireóide palpável com dificuldade, os lobos da tireóide não foram palpados, ausência de sopros ou frêmitos.

3. Exame da Tireóide: volume (normal ou aumentada, difuso ou segmentar), consistência (normal, firme, endurecida ou pétrea), mobilidade (normal ou imóvel), superfície (lisa, nodular ou irregular), sensibilidade (dolorosa ou indolor), temperatura da pele (normal ou quente), frêmito e sopro (presente ou ausente).

Exemplo de descrição:

tireóide palpável, elástica, lisa, indolor, móvel, temperatura da pele normal e ausência de sopro e frêmito.

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

Exame do Tórax

1. Exame das mamas: pele (coloração, retrações, edema, erosões, crostas e descamações); tamanho; forma e simetria; protuberâncias (quando houver massas é importante identificar e descrever a localização em quadrantes), tamanho, forma e contorno, consistência, mobilidade e sensibilidade; posição dos mamilos; secreção espontânea ou provocada anotando-se as características; sensibilidade (descrevendo se a dor é espontânea ou presente durante a palpação), contextura e consistência (firme e lóbulos glandulares), alterações do parênquima mamário (áreas de condensação e nódulos).

Exemplo de descrição:

Mamas pendulares simétricas, sem massas e mamilos centrados sem secreção, ausência de nódulos.

2. Exame dos pulmões: é importante descrever as características encontradas durante a inspeção (estática e dinâmica), a palpação, a percussão e a ausculta. Em relação a inspeção estática é necessário relatar a forma do tórax (chato, em tonel ou em barril, infundibuliforme, cariniforme, sino ou piriforme, cifótico, escoliótico, cifoescoliótico) e a presença de depressões e abaulamentos. Na inspeção dinâmica são relevantes o tipo respiratório (costalsuperior e toracoabdominal), o ritmo (normal, dispneica, platipneia, ortopneia, trepopneia, respiração de cheyne-stokes, de Biot, de Kussmal ou suspirosa), a frequência da respiração, a amplitude dos movimentos respiratórios, a presença ou não de tiragem e a expansibilidade dos pulmões.

Exemplo de descrição:

tórax atípico, expansibilidade simétrica bilateralmente, som claro pulmonar à percussão e frêmito toracovocal presente, ausculta com murmúrios vesiculares fisiologicamente distribuídos sem ruídos adventícios.

3. Exame cardiovascular: nessa etapa é relevante descrever os achados encontrados durante a inspeção (pressão venosa jugular, ictus), percussão, palpação, ausculta (focos cardíacos)

Exemplo de descrição:

pressão venosa jugular (PVJ) 2 cm acima do ângulo esternal, com a cabeceira da mesa levantada a 30°. Onda de ascensão carotídea sem sopros e rápida. Impulso apical palpável no 5o intercostal esquerdo. B1 e B2 normofonéticas; ausência de B3 ou B4.

Exame do Abdome:

Relevante descrever as características encontradas durante a:

1. Inspeção: forma e volume (atípico ou normal, globoso ou protuberante, em ventre de batráquio, pendular ou ptótico, de avental e escavado), cicatriz umbilical (plana ou levemente retraída), abaulamentos ou retrações localizadas, veias superficiais, cicatrizes da parede abdominal (importante referir a localização ou nome do procedimento realizado); movimentos (respiratórios, pulsações, peristálticos), lesões, circulação venosa colateral, coloração da pele, presença de estrias, manchas hemorrágicas e distribuição de pelos.
2. Palpação: descrever alterações encontradas durante a palpação superficial, profunda, do fígado, do baço e rins, além de manobras especiais.
3. Percussão: relatar se os sons encontrados são timpanismo, hipertimpanismo, submacicez e macicez.
4. Ausculta: descrever se os ruídos hidroaéreos se encontram em hiperatividade ou hipoatividade

Exemplo de descrição:

Abdome plano, simétrico e com distribuição uniforme de pelos, sem lesões de pele, cicatriz em quadrante inferior direito. Sem abaulamentos, circulação colateral ou herniações. Pulsações e peristalse não visíveis à inspeção. Ruídos hidroaéreos presentes normoativos e ausência de sopro em foco aórtico abdominal. Espaço de traube livre e abdome hipertimpânico à percussão. Ausência de massas e indolor à palpação superficial e profunda, fígado palpável há 1 cm do rebordo costal na linha hemiclavicular direita; com bordos lisos. Baço não palpável.

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

Exame dos Membros e Musculoesquelético:

Avaliar e descrever os achados da:

1. inspeção (articulações, tecidos circundantes, alterações na pele, nódulos subcutâneos, atrofia muscular)
2. palpação (edema, dor, crepitação)
3. amplitude de movimento
4. tônus e força muscular
5. Reflexos osteotendíneos e cutâneos

Exemplo de descrição:

Membros: quentes e sem edema, panturrilhas indolores à palpação. Vascular periférica: sem varicosidades nos MMII, ausência de pigmentação de estase ou úlceras. Pulsos arteriais palpáveis e simétricos.

Musculoesquelético: inspeção e palpação sem deformidades articulares ou edema. Boa amplitude de movimento nas mãos, pulsos, cotovelos, ombros, coluna, quadris, joelhos, tornozelos, ausência de dor a movimentação, força muscular grau 5 nos quatro membros, reflexos osteotendíneos presentes e tônus sem alterações.

REFERÊNCIAS

BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G.; HOFFMAN, Richard M. **Bates - propedêutica médica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. E-book. p. 67. ISBN 9788527738484. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527738484/.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-SUS Atenção Básica**: manual de uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC (versão 3.1). Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-SUS Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/esus/. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lançada versão 5.3 do Prontuário Eletrônico do Cidadão, software disponibilizado pela Saúde. 8 nov. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/novembro/lancada-versao-5-3-do-prontuario-eletronico-do-cidadao-software-disponibilizado-pela-saude. **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**. Manual de propedêutica médica. [S.l: s.n.]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Bruno-Lopes-Santos-Lobato/publication/385592891_Manual_de_Propedeutica_Medica/links/672c0c012326b47637cc87e1/Manual-de-Propedeutica-Medica.pdf#page=31.

ENFERMEIRO, Perfil. **Manual de utilização do sistema E-SUS AB**: E-SUS Atenção Básica: manual de utilização do sistema Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC. 2014.

PARANÁ. **Governo do Estado**. Estratégia E-SUS. Secretaria da Saúde do Estado do Paraná, 2 set. 2021. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Estrategia-e-SUS.

PORTO, Celmo C. **Semiologia médica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. E-book. p. 76. ISBN 9788527734998. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527734998/.

RIVIERE, Richard. **Método SOAP para clínicas**: o que é e como fazer? Versatilis, 24 fev. 2024. Disponível em: https://mail.versatilis.com.br/metodo-soap-para-clinicas/.

ISBN: 978-65-5360-959-4 - Ano 2025

científica digital

ISBN 978-655360959-4

VENDA PROIBIDA - ACESSO LIVRE - OPEN ACCESS

www.cientificadigital.org | contato@cientificadigital.org