



ANAMNESE EM REUMATOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO: nome completo, sem abreviação, idade e data de nascimento, data e hora da consulta, endereço completo com CEP, ocupação, benefício previdenciário se for o caso, estado civil.

1 - QUEIXA PRINCIPAL: motivo que traz o paciente à consulta, nas palavras dele. Curto e sintético.

2 - HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL:

A queixa é dor:

2.1 Localização: especificar quais articulações doem, por exemplo, as interfalângicas proximais (não os dedos da mão) e descrevê-las pelos seus nomes médicos, por exemplo, punho (não pulso). Pedir ao paciente que mostre as articulações dolorosas e relacionar todas as articulações afetadas.

Dica: para o raciocínio clínico a classificação pelo número de articulações pode ajudar:

- ✓ Monoarticular: uma articulação - Gota, artrite séptica
- ✓ Oligoarticular: até quatro articulações - Lúpus eritematoso sistêmico, espondilite anquilosante, osteoartrite.
- ✓ Poliarticular: cinco ou mais articulações - Artrite reumatoide, lupus eritematoso sistêmico, osteoartrite.

2.2 Pesquisar se além da dor (artralgia) estão presentes sinais flogísticos (inflamação): calor, rubor, edema, e limitação funcional. Caso algum desses estejam presentes o acometimento passa a ser chamado de artrite e não mais artralgia.

2.3 Características da dor: pontada, pressão, queimação, profunda, aguda, aperto, etc...

2.4 Modo de início:

- ✓ Insidioso – ao longo de semanas ou meses: artrite reumatoide, osteoartrite, lúpus eritematoso sistêmico, espondilite anquilosante, artrite tuberculosa, etc..
- ✓ Agudo – súbito ou dias: gota, febre reumática, bursite aguda, artrite séptica, etc..

2.5 Intensidade: utilizar a escala visual analógica (VAS) de zero a 10. Interrogar sobre a necessidade de medicação analgésica, qual frequência, dose.

- ✓ Leve – de 0 a 3: osteoartrite primária.



- ✓ Moderada – de 4 a 7: artrite reumatoide, osteoartrite, lúpus eritematoso sistêmico, espondilite anquilosante.
- ✓ Intensa: - de 8 a 10 febre reumática, gota, bursite aguda, artrite séptica.

2.6 Duração:

- ✓ Intermitente: períodos de dor intercalado com melhora
- ✓ Contínua: sem intervalo de alívio.

Atenção: episódios de dor podem ser episódicos, aparecendo uma vez a cada intervalo de tempo, mas quando ocorrem tem caráter contínuo, ou seja, a dor é constatada durante todo o episódio.

2.7 Ritmo: pode ser perguntado ao paciente se há algum horário do dia em que a dor é pior.

- ✓ Inflamatório: pior pela manhã e à noite. Ocorrem na artrite reumatoide, espondilite anquilosante, lúpus eritematoso sistêmico. Na espondilite anquilosante a dor lombar inflamatória piora com o repouso prolongado. Na artrite reumatoide há rigidez matinal ou pós-repouso prolongada (mais de 60 minutos).
- ✓ Mecânico ou Degenerativo: pior ao final da tarde e melhora com o repouso. Atenção: dor protodinâmica é aquela que aparece ou piora do início do movimento, melhora com o decorrer exercício, mas piora com esforço prolongado – é frequente queixa da osteoartrite.

2.8 Simetria:

- ✓ Simétrica: acometimento da mesma articulação do lado direito e esquerdo, tipicamente na artrite reumatoide e osteoartrite primária.
- ✓ Assimétrica: osteoartrite secundária, gota.

2.9 Irradiação: por compressão de raiz nervosa – a queixa é de parestesia. O acometimento das coxo-femorais pode dar irradiação da dor para as nádegas ou coxas. Da coluna cervical para os ombros e membros superiores.

Atenção: dor referida ocorre quando manifestam-se em estruturas pertencentes ao mesmo segmento neurológico que a estrutura lesada. Dor lombar pode ser decorrente de doença em coxo-femorais. Dor nos joelhos pode ser referida de uma patologia das coxo-femorais. Da mesma forma pode ocorrer com

