

História da doença atual na anamnese médica: guia prático para coleta de informações

A História da Doença Atual (HDA) é uma parte fundamental da anamnese, na qual o paciente descreve sua condição.

Ao preencher a ficha de anamnese, essa investigação deve vir logo após a descrição da **queixa principal do paciente**, pois se trata do detalhamento dessa queixa que levou o paciente a buscar assistência médica, incluindo sua duração, evolução e características associadas.

É crucial, portanto, prestar atenção a cada palavra dita pelo paciente, para que se obtenha informações completas capazes de auxiliar no diagnóstico, entendendo as possíveis causas e complicações.

Para melhor compreender essa importante etapa da anamnese, neste texto você confere os seguintes tópicos:

1. Coletando os dados da História da Doença Atual (HDA)
2. Técnicas para melhorar a qualidade da coleta de informações na anamnese
3. Utilizando as informações da HDA para tomada de decisão clínica



Coletando os dados da História da Doença Atual (HDA)

A HDA deve ser apresentada em ordem cronológica, iniciando pela data em que a doença se manifestou, que pode ter ocorrido há um mês ou até mesmo há cinco anos. Assim, o paciente pode estar convivendo com essa enfermidade há muito tempo e procura assistência médica para abordá-la, ou pode se tratar de uma doença recente que o levou a buscar auxílio profissional.

Após mencionar o momento de início, **é importante descrever a própria doença em detalhes, buscando a maior caracterização possível.** Isso significa que não se deve apenas mencionar que o paciente relata dor no flanco direito, dor precordial ou diarreia, por exemplo. É necessário caracterizar e explicar o quadro relatado.

Dessa forma, diante de um quadro doloroso, por exemplo, é preciso descrever:

- A localização da dor e o seu tipo (pontada, aperto, queimação, peso, contínua, cólica, pulsátil);
- A intensidade da dor em uma escala de 1 a 10, questionando o paciente sobre como ele classifica sua dor (embora seja subjetivo);
- A existência de irradiação (sabendo onde a dor se localiza, perguntar se ela se estende para áreas próximas);
- Fatores que aliviam a dor (“o que você faz para aliviar a dor?” - a resposta pode incluir repouso, medicamentos ou posições específicas);
- Fatores que agravam a dor (situações que desencadeiam ou pioram a dor, como esforço físico ou ingestão de certos alimentos);
- Sintomas associados à dor principal (ou seja, quais sintomas acompanham essa dor, como náuseas, vômitos, diarreia).

Após descrever minuciosamente a doença relatada pelo paciente, a HDA continua seguindo a ordem cronológica, mencionando o período que se passou desde o primeiro episódio até o momento atual. Caso nenhum evento tenha ocorrido nesse intervalo, isso também deve ser registrado.

Por fim, conclui-se a HDA descrevendo o estado atual do paciente em relação a essa moléstia.

Técnicas para melhorar a qualidade da coleta de informações na anamnese

Algumas técnicas podem ser empregadas pelo médico para melhorar a qualidade da coleta de informações durante o **preenchimento da anamnese**, principalmente na etapa da HDA, que é essencial para se estabelecer o diagnóstico e, conseqüentemente, o plano de tratamento.

1. Estabelecer uma relação de confiança

Criar um ambiente acolhedor e empático é essencial para que o paciente se sinta à vontade para compartilhar informações. Demonstre interesse genuíno e escute ativamente, mostrando empatia e respeito.

2. Utilizar perguntas abertas

Perguntas abertas permitem que o paciente dê respostas mais detalhadas e expressivas. Evite perguntas fechadas, que podem levar a respostas simples de “sim” ou “não”. Encoraje o paciente a descrever os sintomas, a evolução da doença e outros aspectos relevantes.

3. Utilizar uma abordagem cronológica

Solicite ao paciente que relate a sequência de eventos desde o início dos sintomas até o momento atual. Isso ajuda a estabelecer uma linha do tempo e identificar possíveis gatilhos ou eventos associados à doença.

4. Escutar ativamente

Preste atenção total ao que o paciente está dizendo, evitando interrupções. Faça anotações adequadas para não perder detalhes importantes. Demonstrar interesse e fazer perguntas de acompanhamento quando necessário pode ajudar a obter informações mais completas.

5. Utilizar técnicas de esclarecimento

Se alguma informação fornecida pelo paciente estiver confusa ou vaga, utilize técnicas de esclarecimento para obter mais clareza. Isso pode incluir pedir exemplos, solicitar mais detalhes ou repetir a informação para confirmar a compreensão. Isso ajuda a evitar mal-entendidos e confusões.

6. Utilizar linguagem clara e simples

Evite jargões médicos complexos ao **se comunicar com o paciente**. Explique os termos técnicos de forma compreensível e verifique se o paciente entendeu adequadamente.

7. Registrar informações de forma organizada

Faça anotações claras e concisas durante a entrevista para garantir que as informações sejam registradas de forma organizada. Isso ajudará na revisão posterior e na elaboração do diagnóstico.

Lembrando que cada paciente é único, e **as técnicas podem ser adaptadas de acordo com a situação e as necessidades individuais**. O objetivo é garantir uma coleta de informações precisa e completa, contribuindo para um diagnóstico mais preciso e um plano de tratamento adequado.

Utilizando as informações da História da Doença Atual para tomada de decisão clínica

As informações coletadas na História da Doença Atual (HDA) são fundamentais para a tomada de decisão clínica pelo médico. Esses dados fornecem uma base importante para a compreensão da condição do paciente e auxiliam na formulação de um diagnóstico e um plano de tratamento adequado.

Claro, esta não é a última etapa de uma **ficha de anamnese**, e antes de partir para o diagnóstico e tratamento, o médico deverá concluir as etapas seguintes e realizar o exame físico, que contribuirão ainda mais informações para a tomada de decisão clínica.

Porém, estando diretamente atrelada à queixa principal do paciente, **a HDA tem papel de destaque na decisão do médico**, podendo-se utilizar as informações coletadas nessa etapa das seguintes maneiras:

Identificação de padrões e características específicas

A HDA permite ao médico identificar padrões sintomáticos, como a sequência de eventos, a duração dos sintomas, a gravidade e a frequência. Esses detalhes podem ajudar a estabelecer um perfil mais preciso da doença do paciente.

Formulação de hipóteses diagnósticas

Com base nas informações da HDA, o médico pode formular hipóteses diagnósticas iniciais. Ao correlacionar os sintomas descritos pelo paciente com o conhecimento médico, é possível identificar possíveis condições ou doenças subjacentes que podem estar causando os sintomas.

Realização de exames complementares

A HDA orienta o médico na solicitação de exames complementares apropriados. As informações coletadas ajudam a direcionar quais exames devem ser realizados para confirmar ou descartar hipóteses diagnósticas, fornecendo informações objetivas que complementam a história do paciente.

Avaliação do impacto na qualidade de vida

A HDA não se limita apenas aos sintomas físicos, mas também aborda os impactos emocionais e sociais da doença na vida do paciente. Essas informações auxiliam o médico a compreender o impacto global da doença na qualidade de vida do paciente e a planejar um tratamento abrangente e individualizado.

Definição de planos de tratamento

Com base nas informações coletadas na HDA, o médico pode desenvolver um [plano de tratamento personalizado](#). Isso pode incluir prescrição de medicamentos, recomendações de estilo de vida, encaminhamentos para especialistas ou outras intervenções terapêuticas específicas para atender às necessidades do paciente.

Acompanhamento e monitoramento

A HDA serve como uma linha de base para monitorar a evolução da doença ao longo do tempo. Comparar os dados da HDA com as informações obtidas em consultas subsequentes permite ao médico avaliar a eficácia do tratamento e fazer ajustes necessários.



A História da Doença Atual na ficha de anamnese fornece um quadro abrangente e individualizado da condição do paciente, permitindo que o médico tome decisões clínicas embasadas e direcionadas. Essas informações são essenciais para fornecer um cuidado de saúde eficaz e personalizado.

Para um preenchimento prático e organizado da História da Doença Atual, abordando todos os aspectos necessários, o médico pode aproveitar as facilidades de um prontuário eletrônico. Utilizando um sistema completo e personalizado, como o HiDoctor®, é possível criar seu próprio modelo de ficha de anamnese, que atenda às suas necessidades específicas, simplificando o registro de dados para que o foco de sua atenção permaneça no paciente.

O [HiDoctor®](#) é o único sistema multiplataforma para consultórios 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.

Experimente e conheça clicando abaixo!

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

Quero conhecer

0800 979 0400



Centralx®

Artigo original disponível em:

"História da doença atual na anamnese médica: guia prático para coleta de informações " -
HiDoctor® News

Centralx®