



Prontuário eletrônico na clínica de dor crônica: Visualização gráfica da evolução do tratamento para o paciente e equipe assistente.

Cristina Clebis Martins  
MBA executivo em saúde  
Turma 1/15

Projeto de Trabalho de Conclusão de  
Curso para atender à exigência  
curricular do MBA Executivo em  
Saúde, da Fundação Getúlio Vargas.

Curitiba

Julho 2017

Prontuário eletrônico na clínica de dor crônica: Visualização gráfica da evolução do tratamento para o paciente e equipe assistente.

Por:

Cristina Clebis Martins

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso MBA Executivo em Saúde.  
Pós Graduação Lato Sensu, Nível de Especialização.  
Programa FGV *Management*, da Fundação Getúlio Vargas

Julho 2017

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
PROGRAMA FGV MANAGEMENT  
CURSO MBA EM EXECUTIVO EM SAÚDE

O Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso MBA Executivo em Saúde.  
Pós Graduação Lato Sensu, Nível de Especialização.

Elaborado por Cristina Clebis Martins

e aprovado pela Coordenação Acadêmica do curso MBA Executivo em Saúde,  
foi aceito como requisito parcial para obtenção do certificado do curso de Pós  
Graduação, nível de especialização, do Programa FGV Management.

Data:

---

Jamil Moysés Filho  
Coordenador Acadêmico

---

Declaração:

A empresa CINDOR representada nesse documento pela Sra. Cristina Clebis Martins, sócia proprietária da clínica em questão autoriza a divulgação de informações e dados coletados em sua organização, na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, sob o título: Prontuário Eletrônico na Clínica de Dor Crônica: Visualização Gráfica da Evolução do Tratamento para o Paciente e Equipe Assistente, realizada pela aluna Cristina Clebis Martins, do MBA Executivo em Saúde, turma 01/ 2015 do programa FGV *Management*, com objetivos de publicação e/ou divulgação em veículos acadêmicos.

Curitiba, 31 de agosto de 2017.

(Assinatura)

(Sócia- proprietária)

CINDOR- Centro interdisciplinar de tratamento da dor.

## Termo de Compromisso:

A aluna Cristina Clebis Martins abaixo assinado, do MBA Executivo em Saúde, do Programa FGV *Management*, realizado nas dependências da instituição credenciada ISAE, no período de agosto de 2015 a setembro de 2017 declara que o conteúdo do trabalho de conclusão de curso (TCC), sob o título: *Prontuário Eletrônico na Clínica de Dor Crônica: Visualização Gráfica da Evolução do Tratamento para o Paciente e Equipe Assistente*, é autêntico, original e de sua autoria exclusiva.

Curitiba, 25 de agosto de 2017.

Assinatura:

## RESUMO:

A dor crônica é um problema de saúde pública devido ao aumento da sua ocorrência na população e cada vez mais vêm demandando cuidados especializados para o seu tratamento. Nos últimos anos foram criados novos modelos de atendimento para esses pacientes como as clínicas multi e interdisciplinares especializadas no tratamento da dor .

A dor crônica pode ser considerada como uma doença complexa e os pacientes portadores dessa patologia são submetidos a um grande número de exames, tratamentos e procedimentos que se não registrados adequadamente podem se perder ao longo do tempo dificultando o acompanhamento na evolução do tratamento. Além disso, esse pacientes geram um grande volume de dados que se registrados adequadamente podem servir para inúmeros estudos acadêmicos sobre o tratamento da dor.

A dor crônica apresenta um grande grau de subjetividade de como o paciente vivencia e refere a sua dor. Desenvolver meios que transformam a avaliação da evolução da dor ao longo do tratamento em algo mais objetivo como uma representação gráfica pode ajudar ao paciente e a equipe a acompanhar e entender o processo do tratamento.

Desenvolver um prontuário eletrônico de fácil manuseio e baixo custo utilizando plataformas virtuais que possam ser facilmente acessadas como o Google Docs pode ser uma opção e é o que sugerimos nesse trabalho. Dentro do Google Docs criamos pastas com a evolução clínica, pasta de exames, pasta de medicamentos utilizados e ainda um questionário para acompanhamento da evolução da dor que acreditamos serem suficientes para gerenciar os dados do atendimento ao paciente com dor na clínica de dor.

Palavras-chave: prontuário eletrônico, dor crônica e clínica da dor

## ABSTRACT

Chronic pain is a public health problem due to the increase in its occurrence in the population and more and more come demanding specialized care for its treatment. In recent years, new models of care for these patients have been created, such as specialized multidisciplinary pain clinics.

Chronic pain can be considered as a complex disease and patients with this pathology undergo a large number of exams, treatments and procedures that, if not properly registered, may be lost over time, making it difficult to follow up the course of treatment. In addition, such patients generate a large volume of data that if properly recorded may serve numerous academic studies on pain management.

Chronic pain presents a great deal of subjectivity of how the patient experiences and refers to their pain. Developing means that transform the assessment of pain evolution throughout treatment into something more objective as a graphical representation can help the patient and staff to follow and understand the treatment process.

Developing an easy-to-use, low-cost electronic medical record using virtual platforms that can be easily accessed like Google Docs may be an option and we suggest this work. Within Google Docs we created folders with clinical evolution, exam folder, medication folder and a questionnaire to monitor the evolution of pain that we believe are sufficient to manage the patient care data with pain in the pain clinic.

Key words: electronic medical record, chronic pain and clinical pain

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IASP- International Association for the Study of Pain.

TCC- Trabalho de Conclusão de Curso.

CFM- Conselho Federal de Medicina.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Questionário de McGill para a língua portuguesa.....	19
Figura 2 Criação da conta no Google Docs .....	28
Figura 3 Pasta do paciente.....	29
Figura 4 Evolução clínica do paciente.....	29
Figura 5 Intensidade da dor .....	30
Figura 6 Questionário de bem estar.....	30
Figura 7 Exames laboratoriais.....	31
Figura 8 Exames de imagem.....	31
Figura 9 Medicações .....	32
Figura 10 Apresentação gráfica para o paciente e explicações sobre o tratamento e evolução.....	33

## SUMÁRIO:

1.INTRODUÇÃO .....	11
1.1 Contextualização e Relevância do Tema .....	11
1.2 Problema da Pesquisa .....	13
1.3 Objetivo Final do TCC .....	13
1.4 Delimitação do Estudo.....	14
1.5 Metodologia da Pesquisa .....	14
1.5.1 Organização do Estudo .....	14
2 PARTE I.....	15
3 PARTE II .....	16
4 PARTE III.....	18
5 PARTE IV.....	20
6 PARTE V.....	20
7 PARTE VI.....	21
8 PARTE VII.....	25
9 PARTE VIII.....	26
10 PARTE IX.....	28
11 ANÁLISE DE RESULTADOS .....	38
12 CONCLUSÃO.....	39
13 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
14 ANEXOS.....	41

## **1. INTRODUÇÃO:**

### **1.1 Contextualização e Relevância do tema:**

Segundo a IASP (1), “Dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a lesão potencial ou real dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através de suas experiências anteriores.”

A importância da questão da Dor no Brasil pode ser verificada pela frequência cada vez maior de artigos e reportagens, em jornais, revistas, rádio e televisão, sobre dor.

Em geral a palavra dor tem múltiplos sentidos, porém, sempre, relaciona a sofrimento. Dor é multidimensional. Nela encontram-se amalgamadas dimensões diversas, desde a sensitiva propriamente dita, passando pela afetiva sempre presente, e as vezes embaraçosa, indo à dimensão, neurovegetativa, chegando à social e, se é que se pode separar, a espiritual.

Podemos classificar a dor em aguda e crônica de acordo com o seu tempo de duração para fins de tratamento e estudos. Dor aguda é aquela com duração inferior a 3 meses e dor crônica aquela com duração superior a 3 meses, de acordo com a IASP (1).

A dor aguda é considerada com fisiológica e benéfica para o paciente. Ela alerta, avisa e leva o paciente à procura por tratamento. Geralmente é o sintoma que auxilia no diagnóstico da doença que a causa. A qual por sua vez receberá o tratamento. Costuma melhorar conforme a doença que a causou é tratada e curada. É a dor curável, na maioria das vezes, porém, há exceções.

A International Association for the Study of Pain (1), em 2010, publicou relatório em que enumerava uma série de condições e doenças que fazem parte do nosso cotidiano, e que causam dor aguda. São elas: cirurgias (de todos os tipos), traumatismos e acidentes, queimaduras, mucosite oral em radioterapia e quimioterapia, parto, dor de cabeça, cólica menstrual e dores de dente.

A dor crônica não tem utilidade biológica. É a dor persistente além do tempo esperado para a cura da doença que a iniciou. A dor crônica passa então a ser a própria doença. Dentre as causas para a dor crônica temos as dores pós operatórias persistentes, isto é, pacientes que não tiveram adequado tratamento da dor aguda no pós operatório e continuam com dor, as cefaleias crônicas, as dores disfuncionais como fibromialgia e síndrome do intestino irritável, as dores originadas por lesões nervosas como neuralgia pós herpética, dores na coluna e outras infinitas causas que podem ser buscadas na literatura. As três dores crônicas mais recorrentes são as lombalgias, as cefaleias e as dores relacionadas ao câncer (2).

A dor crônica, quando presente, tem seu grupo de sintomas, paradoxalmente, já que é um sintoma; comporta-se como se fora uma doença em si. Imobilidade, depressão, alterações do sono, problemas nutricionais, dependência de medicamentos, de profissionais da saúde, de cuidadores e de instituições, incapacidade para o trabalho, ansiedade, medo, amargura, frustração, depressão e suicídio são algumas das complicações que podem acompanhá-la.

Estima-se que até 30% da população mundial sofra de dor crônica. Atualmente é um problema de saúde pública. Pacientes com dor crônica usam os serviços de saúde cinco vezes mais do que o restante da população (1).

A cada dez pessoas no Brasil, quase quatro sofrem de alguma dor crônica. A maioria dessas pessoas, que compõem 37% da população, é formada por mulheres, vive nas regiões Sul e Sudeste, tem média de idade de 41 anos e sente uma dor forte o suficiente para atrapalhar as atividades cotidianas (2).

Existem, portanto, inúmeras razões para não menosprezar a questão da dor como queixa significativa de parte considerável da população mundial e brasileira. O Brasil avançou muito nos últimos anos. Aumentou o número de médicos e profissionais da saúde interessados e envolvidos pelo tema. A medicina criou áreas especializadas de atuação em dor em algumas de suas especialidades e o mesmo ocorre nas demais profissões da saúde (2).

Nesse contexto temos o surgimento das clínicas especializadas no tratamento de dor. Essas clínicas costumam ser multidisciplinares ou interdisciplinares para

englobar o maior número de aspectos que compõe o quadro complexo que é a dor crônica (5).

## **1.2 O problema da Pesquisa:**

Em um consultório de dor crônica temos grande dificuldade de acompanhar a resposta ao tratamento dos pacientes por a dor se caracterizar por uma condição subjetiva e específica para cada paciente, sendo a quantificação da dor dependente de fatores intrínsecos do paciente como o estado emocional e fatores sócio culturais.

Os pacientes com dor crônica costumam realizar diversas terapias e fazem uso de várias medicações ao longo do seu tratamento o que dificulta a quantificação da melhora da dor e a sua correlação com qual tratamento ou medicação está trazendo melhor resultado. O abandono de terapias e medicações também são frequentes e quando questionados ao longo do tempo fica difícil para o profissional de saúde e para o paciente lembrar dos fatores que levaram ao abandono dos mesmos.

O paciente de dor crônica em acompanhamento no ambulatório de dor gera uma grande quantidade de dados que merecem ter um armazenamento adequado e processamento para que essas informações se tornem úteis na tomada de decisões para a continuidade do tratamento.

A visualização gráfica da evolução do tratamento para o paciente e equipe assistente poderia melhorar o acompanhamento da resposta ao tratamento para ambos e orientar a continuidade do tratamento? O registro através de um prontuário eletrônico com acesso remoto poderia organizar o grande número de dados gerados pelo atendimento do paciente de dor crônica e facilitar a tomada de decisão da equipe assistente?

### **1.3 Objetivo Final do TCC:**

Nesse trabalho propomos a utilização de um prontuário eletrônico de baixo custo de implantação, facilmente acessível remotamente utilizando o *Google Docs* e algumas representações gráficas que possam ser utilizadas nas Clínicas de dor para registrar os tratamentos, acompanhar a evolução dos pacientes e facilitar o entendimento dos pacientes quanto a evolução da dor ao longo do tratamento.

### **1.4 Delimitação do estudo:**

O estudo será delimitado organizacionalmente para a clínica denominada CINDOR-Centro Interdisciplinar de Tratamento da Dor, de caráter privado, localizada na rua Teixeira Soares, 50, bairro Batel, cidade de Curitiba no estado do Paraná.

### **1.5 Metodologia da Pesquisa:**

A pesquisa desse TCC é uma pesquisa exploratória a respeito de quais meios podem ser utilizados para o registro eletrônico do prontuário do paciente em uma clínica de dor que sejam de fácil acesso e baixo custo e de forma qualitativa e propositiva baseada na observação dessa autora apresentar algumas formas de registro dos dados gerados no atendimento desses pacientes na prática clínica durante o tratamento e acompanhamento dos mesmos. Também apresentamos um questionário de bem estar e de escala de dor para acompanhar a evolução da dor dos pacientes ao longo do tratamento.

### **1.5.1 Organização do Estudo:**

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) está organizado da seguinte forma:

ü Parte I – A importância do tratamento da dor.

ü Parte II – A clínica de dor.

ü Parte III– Avaliando a evolução da dor.

ü Parte IV- Gerenciamento eletrônico de dados.

ü Parte V- Perfil de atendimento da clínica CINDOR.

ü Parte VI- O tratamento da dor crônica a clínica de dor crônica e a interdisciplinaridade.

ü Parte VII -Entendendo, acompanhando e a aderência ao tratamento pelo paciente com dor crônica.

ü Parte VIII- A importância da representação gráfica.

ü Parte IX -Desenvolvimento do prontuário eletrônico.

ü Análise de Resultados.

ü Conclusão.

## **2. Parte I - A importância do Tratamento da Dor:**

A dor continua sendo uma das grandes preocupações da Humanidade. Desde os primórdios do ser humano, conforme sugerem alguns registros gráficos da pré-história e os vários documentos escritos posteriormente, sempre se procurou esclarecer as razões que justificassem a ocorrência de dor e os procedimentos destinados a seu controle.

A expressão da dor varia não somente de um indivíduo para outro, mas também de acordo com as diferentes culturas (2).

A ocorrência de dor, especialmente crônica, é crescente, talvez em decorrência de:

- novos hábitos de vida;
- maior longevidade do indivíduo;
- prolongamento de sobrevivência dos doentes com afecções clínicas naturalmente fatais;
- modificações do ambiente em que vivemos; e provavelmente,
- do reconhecimento de novos quadros dolorosos e da aplicação de novos conceitos que traduzam seu significado.

Além de gerar estresses físicos e emocionais para os doentes e para os seus cuidadores, a dor é razão de fardo econômico e social para a sociedade (2).

A dor afeta pelo menos 30 % dos indivíduos durante algum momento da sua vida e, em 10 a 40% deles, tem duração superior a um dia. Constitui a causa principal de sofrimento, incapacitação para o trabalho e ocasiona graves conseqüências psicossociais e econômicas. Muitos dias de trabalho podem ser perdidos por aproximadamente 40% dos indivíduos. Não existem dados estatísticos oficiais sobre a dor no Brasil, mas a sua ocorrência tem aumentado substancialmente nos últimos anos (2).

A incidência da dor crônica no mundo oscila entre 7 e 40% da população e, como conseqüência da mesma, cerca de 50 a 60% dos que sofrem dela ficam parcial ou

totalmente incapacitados, de maneira transitória ou permanente, comprometendo de modo significativo a qualidade de vida (2).

Dor crônica é aquela dor que persiste por mais de 3 meses a despeito de tratamentos instituídos (1)

### **3. Parte II - A clínica de dor:**

Em um consultório de dor crônica temos grande dificuldade de acompanhar a resposta ao tratamento dos pacientes por a dor se caracterizar por uma condição subjetiva e específica para cada paciente, sendo a quantificação da dor dependente de fatores intrínsecos do paciente como o estado emocional e fatores sócio culturais.

Dispomos de instrumentos de avaliação para a intensidade de dor que tenta converter a sensação subjetiva que a é a dor em algo que possa ser quantificável para que o profissional de saúde e o paciente possam entender a intensidade da dor e avaliar a sua evolução no tempo. A escala mais utilizada é a escala numérica verbal de zero a dez, sendo zero para dor nenhuma e 10 para a pior dor sentida ou que possa ser imaginada.

Há também outros instrumentos de avaliação para quantificar o bem estar do paciente com dor como o questionário de bem estar e de qualidade de vida.

Os pacientes com dor crônica costumam realizar diversas terapias e fazem uso de várias medicações ao longo do seu tratamento o que dificulta a quantificação da melhora da dor e a sua correlação com qual tratamento ou medicação está trazendo melhor resultado. O abandono de terapias e medicações também são frequentes e quando questionados ao longo do tempo fica difícil para o profissional de saúde e para o paciente lembrar dos fatores que levaram ao abandono dos mesmos.

O paciente de dor crônica em acompanhamento no ambulatório de dor gera uma grande quantidade de dados que merecem ter um armazenamento adequado e

processamento para que essas informações se tornem úteis na tomada de decisões para a continuidade do tratamento.

O paciente com dor crônica tem muita dificuldade em quantificar a sua melhora durante a evolução do tratamento pois deseja acima de tudo ficar completamente sem dor e não consegue acompanhar a evolução gradual da melhora da dor com o tratamento. Isso gera angústia para os pacientes e cuidadores e leva com frequência ao abandono do tratamento.

A representação gráfica desses dados facilita a compreensão do tratamento, da sua evolução e da condição da dor do paciente por ele e pela equipe assistente. Cruzar as avaliações de intensidade da dor com o questionário de bem estar tira da subjetividade a dor e a trás para um dado quantificável e permite a ambos apreciarem o quanto o estado emocional está interferindo no tratamento. Essa representação gráfica pode ser pontual do dia da consulta e temporal evolutiva acompanhando todo o tratamento. Criar tabelas de tempo, tratamentos motivo de falhas e abandonos de terapia ajudam a não se repetir terapias que não foram úteis e se entender qual o estágio de tratamento atual do paciente de forma rápida e precisa sem que se precise fazer a revisão de prontuários a todo momento. A mesma idéia é válida para exames realizados e seus resultados evitando que sejam repetidos sem controle impactando no custo do tratamento.

A maior parte das clínicas de tratamento da dor ainda não dispõe de prontuários eletrônicos que poderiam gerar esses dados e representações gráficas dos mesmos. Porém a implantação de um sistema de compartilhamento de dados na nuvem ou mesmo a passagem desses dados para um computador têm baixo custo e fácil implantação. Esses dados podem ser posteriormente impressos e adicionados ao prontuário ou salvos na nuvem ou em sistema de armazenamento de dados de acordo com as resoluções de guarda e registro de dados médicos do CFM.

Esses dados podem ser fornecidos pelo paciente já direto no meio eletrônico como um tablet ou serem transcritos pelo profissional de saúde para os sistema. O paciente pode receber o *feed back* desses dados de forma impressa ou eletrônica por e-mail ou acessando a sua área restrita para pacientes no sistema da clínica.

#### **4. Parte III - Avaliando a evolução da dor:**

##### **Parte III. I O questionário de McGill na avaliação da dor crônica:**

O conceito de dor como um fenômeno diretamente relacionado a extensão da lesão tecidual foi preponderante até a década de 60. Foram elaboradas várias escalas para mensurar a intensidade da dor, mas poucas aferem aspectos sensitivos e afetivos da experiência dolorosa. Dentre as escalas unidimensionais, destacaram-se as numéricas, onde o doente gradua a dor em intervalos de 0 a 5 ou 0 a 10, onde 0 significa ausência de dor e 5 ou 10, respectivamente, significam a pior dor imaginável e a escala visual analógica, que consiste em uma reta de 10 cm onde nas extremidades constam as palavras âncoras: sem dor e pior dor imaginável. Após a publicação do trabalho de MELZACK: TORGERSON que enfatizou a importância das 3 dimensões da dor: a sensorial-discriminativa a motivacional-afetiva e a cognitiva avaliativa, sustentadas por sistemas fisiologicamente especializados no SNC, foi desenvolvida a primeira escala multidimensional de avaliação da dor. A partir da compreensão da necessidade de escalas que mensurassem as diferentes qualidades da dor, MELZACK desenvolveu o "Questionário para Dor McGill ". É o instrumento mais utilizado para se avaliar outras características da dor, além da intensidade. Foi elaborado para fornecer medidas quantitativas da dor, que pudessem ser tratadas estatisticamente e permitir comunicação das qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas do fenômeno doloroso. Tem índices de validade e confiabilidade estabelecidos e poder discriminativo entre os diversos componentes da dor.

A avaliação da dor visa a aferir qualidade, duração e impacto na esfera psico-afetiva, além de determinar sua intensidade. Tem a finalidade de auxiliar no diagnóstico, ajudar na escolha da terapia e quantificar a efetividade da terapêutica implementada.

Os sub-grupos de 1 a 10 representam respostas sensitivas à experiência dolorosa (tração, calor, torção, entre outros): os descritores dos sub-grupos de 11 a 15 são respostas de caráter afetivo (medo, punição, respostas neurovegetativas, etc.); o sub-grupo 16 é avaliativo (avaliação da experiência global) e os de 17 a 20 são miscelânea.

O grupo sensorial-discriminativo (subgrupos de 1 a 10) refere-se às propriedades mecânicas, térmicas, de vividez e espaciais da dor; o grupo afetivo-motivacional (subgrupos de 11 a 15) descreve a dimensão afetiva nos aspectos de tensão, medo e respostas neurovegetativas; os descritores do componente cognitivo-avaliativo (subgrupo 16) permitem, ao doente, expressar a avaliação global da experiência dolorosa. Os subgrupos de 17 a 20 compreendem itens de miscelânea. Cada subgrupo é composto por 2 a 6 descritores qualitativamente similares, mas com nuances que os tornam diferentes em termos de magnitude. Assim, para cada descritor corresponde um número que indica sua intensidade ( 3).

**QUADRO 2 - Proposta de adaptação do Questionário de dor de MCGILL para a língua portuguesa. São Paulo, 1995.**

**ALGUMAS PALAVRAS QUE EU VOU LER DESCREVEM A SUA DOR ATUAL. DIGA-ME QUAIS PALAVRAS MELHOR DESCREVEM A SUA DOR. NÃO ESCOLHA AQUELAS QUE NÃO SE APLICAM. ESCOLHA, SOMENTE UMA PALAVRA DE CADA GRUPO. A MAIS ADEQUADA PARA A DESCRIÇÃO DE SUA DOR.**

1	5	9	13	17
1-vibração	1-beliscão	1-mal localizada	1-amedrontadora	1-espalha
2 -tremor	2-aperto	2-dolorida	2-apavorante	2-irradia
3-pulsante	3-mordida	3-machucada	3-aterroizante	3-penetra
4-latejante	4-cólica	4-doída		4-atraversa
5-como batida	5-esmagamento	5-pesada	14	
6-como pancada			1-castigante	18
	6	10	2 -atormenta	1-aperta
2	1-fisgada	1-sensível	3-cruel	2-adormece
1-pontada	2-puxão	2-esticada	4-maldita	3-repuxa
2-choque	3-em torção	3-esfolante	5-mortal	4-espreme
3-tiro		4-rachando		5-rasga
	1-calor	11	15	
3	2-queima	1-cansativa	1-miserável	19
1-agulhada	3-fervente	2-exaustiva	2-enlouquecedora	1-fria
2 -perfurante	4-em brasa			2-gelada
3-facada		12	16	3-congelante
4-punhalada		1-enjoada	1-chata	
5-em lança	8	2-sufocante	2-que incomoda	20
	1-formigamento		3-desgastante	1-aborrecida
4	2-coceira		4-forte	2-dã náusea
1-fina	3-ardor		5-insuportável	3-agonizante
2-cortante	4-ferroada			4-pavorosa
3-estrapalha				5-torturante

Número de Descritores	Índice de Dor
Sensorial.....	Sensorial.....
Afetivo.....	Afetivo.....
Avaliativo.....	Avaliativo.....
Miscelânea.....	Miscelânea.....
TOTAL.....	TOTAL.....

Figura 1- Rev.Esc.Enf.USP , v.30. n.3, p. 473-83, dez. 1996 disponibilidade pública

A partir do questionário de McGill, pode-se chegar às seguintes medidas: número de descritores escolhidos e índice de dor. O número de descritores escolhidos corresponde s palavras que o doente escolheu para explicar a dor. O maior valor possível é 20, pois o doente só pode escolher, no máximo, uma palavra por subgrupo. O índice de dor é obtido através da somatória dos valores de intensidade dos descritores escolhidos. O valor máximo possível é 78. Estes índices podem ser obtidos no total e para cada 1 dos 4 componentes do questionário: padrão sensitivo, afetivo, avaliativo e subgrupo de miscelânea (3).

## **5. Parte IV - Gerenciamento eletrônico de dados:**

Hoje dispomos de uma grande quantidade de softwares de gerenciamento de prontuários para clínicas médicas. A sua implantação esbarra em custos de licenciamento, instalação, manutenção e treinamento de equipes. A confecção de dados no sistema Google Docs parece ser uma opção prática, de baixo custo e fácil gerenciamento, oferecendo uma gama de possibilidades de confecção de gráficos e planilhas para o gerenciamento de dados.

O Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução Número 1821/ 2007 que normatiza o uso de prontuários eletrônicos. De acordo com essa normativa o uso do Google Docs como prontuário eletrônico deve ser seguido da impressão, carimbo e assinatura dos dados para compor o prontuário do paciente em arquivo manual de papel normal; uma vez que o uso do Google Docs permite a alteração do dado de avaliações anteriores a qualquer tempo.

A normativa completa está disponível no anexo I.

## **6. Parte V - Perfil de atendimento da Clínica CINDOR:**

A clínica CINDOR- Centro Interdisciplinar de Tratamento da Dor nasceu em 2012 da necessidade verificada por um grupo de médicos, que atuavam no tratamento de dor crônica, em estabelecer o tratamento multidisciplinar para a dor, que de acordo com a literatura mundial é mais eficiente que o tratamento isolado da dor.

A dor crônica afeta não só fisicamente o paciente com psicologicamente, na qualidade das relações afetivas e do trabalho e também espiritualmente, um conceito definido com dor total. Para tratar todos esses aspectos da dor necessitamos de uma equipe interdisciplinar.

A clínica é composta por equipe de três médicos especialistas em dor: uma anestesista, um neurocirurgião funcional e uma geriatra, uma neurologista especialista em transtorno dos movimentos, um neurologista especialista em cefaléias, uma psiquiatra, um odontologista especialista em disfunções temporomandibulares e dor orofacial, dois psicólogas especialistas em pacientes com dor, uma nutricionista e quatro fisioterapeutas especialistas em dor.

O CINDOR recebe pacientes encaminhados por colegas médicos, por pacientes antigos e por anúncios no google ainda sem estatística definida sobre qual a porcentagem equivale cada grupo.

### **Parte V. I Perfil dos pacientes com dor crônica atendidos na clínica CINDOR:**

Os pacientes iniciam o tratamento na clínica através de algum dos profissionais médicos de livre escolha dos pacientes. Apresentam de 2 a 5 anos de dor até que sejam encaminhados ou descubram por busca ativa um centro especializado para o tratamento da dor. Isso reflete o desconhecimento por profissionais da saúde e pela população da existência do especialista em dor e de centros especializados. A formação desses centros ainda é bastante nova datando da década de 80 com os trabalhos do Dr Bonica, nos EUA com os feridos remanescentes da segunda guerra mundial (5).

Ainda não temos estatísticas definidas sobre outras características dos pacientes mas podemos afirmar que as patologias mais comuns são: fibromialgia, cefaléias, lombalgias, cervicalgias, neuralgia pós herpética, polineuropatias periféricas, dor pélvica crônica e dores músculos esqueléticas.

Recebemos pacientes do município de Curitiba e de cidades próximas, incluindo cidades do estado do Paraná e Santa Catarina.

A implantação de um sistema eletrônico de prontuário permitirá a análise estatística de todos esses dados.

## **7. Parte VI- O tratamento da dor crônica a clínica de dor crônica e a interdisciplinaridade:**

O controle da dor ou medicina da dor é a área da medicina dedicada ao alívio da dor e à melhora da qualidade de vida dos pacientes que convivem com a dor crônica. Embora a dor seja uma condição que todas as criaturas sofrem, a especialidade médica de controle da dor é surpreendentemente novo (5).

Possivelmente, a referência mais antiga ao intervencionismo da dor seja aquela encontrada na Bíblia, no livro de Gênese, quando Deus fez adormecer o Adão, mantendo-o em sono profundo para poder remover a costela que utilizaria como molde para criar a Eva.

As culturas antigas tinham bastante conhecimento das propriedades analgésicas das plantas; registros egípcios em papiros do século 3000 A.C. descreveram o uso da suco da papoula (ópio) no tratamento da dor. As culturas chinesas e outras culturas orientais identificaram os pontos de dor distribuídos pelo corpo todo e acabaram desenvolvendo a terapia de acupuntura. Os primeiros filósofos gregos como Platão reconheceram que o cérebro era o local de percepção da dor e mostraram sua ligação com o sistema nervoso periférico.

Em 1170, no primeiro livro de cirurgia ocidental, havia descrições de esponjas embebidas em ópio e seguradas próximo ao nariz do paciente para aliviar a dor cirúrgica. A morfina foi isolada em 1806, a agulha e seringa para injeções

hipodérmicas começaram a ser utilizadas em 1839 e em 1846 o éter foi usado pela primeira vez como anestésico durante uma cirurgia.

A cocaína, isolada das folhas de coca na América do Sul, foi identificada como um anestésico local em 1860 e logo depois foi utilizada em bloqueios nervosos. Durante a Guerra Civil, a primeira em que balas de alta velocidade foram usadas, os médicos notaram que lesões nervosas causavam dores fora de proporção com a lesão em si. Causalgia, da palavra grega que significa “ardência” foi descrito por Weir-Mitchell em 1864 (5).

Utilizando as novas agulhas hipodérmicas, a cocaína e subsequentemente o álcool absoluto foram injetadas nos nervos para proporcionar o alívio da dor em pacientes submetidos a cirurgias, pacientes com lesões e pacientes com câncer. Novocaína (procaína), que não teve os efeitos colaterais da cocaína de criar dependência, foi desenvolvida em 1904.

A Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) proveram ampla oportunidade para usar este novo conhecimento para tratar a dor produzido pelo trauma, congelamento, e dor fantasma, assim como a dor das síndromes simpáticas como causalgias, justamente na época em que anestésicos locais mais seguros estavam sendo desenvolvidos para substituir a cocaína (5).

Foi durante a Segunda Guerra Mundial que o Dr. John Bonica, médico anesthesiologista americano, de origem italiana, que aliviou a dor de milhares de soldados, começou uma abordagem multidisciplinar ao controle da dor dos veteranos com dor crônica, o que chamou atenção para o subtratamento da dor em geral e a dor crônica em especial. Ele é considerado o pai dos estudos modernos sobre a dor (5).

Sua abordagem intelectual e esforços médicos organizados, assim como a publicação em 1953 do seu primeiro livro, um tratado compreensivo sobre o controle da dor, “The Management of Pain,” (O Controle da Dor), o conduziram ao seu papel universalmente reconhecido de fundador do controle da dor moderno (5).

John Bonica trabalhou na Universidade de Washington em Seattle após a Segunda Guerra Mundial e seus esforços inspiraram a fundação da American Pain Society (Sociedade Americana de Dor), e da International Association for the Study of Pain (Associação Internacional para o Estudo da Dor). No fim dos anos 1980, já estava claro que a dor poderia ser tratada não somente por medicações orais, mas, também pela injeção de medicações específicas em estruturas específicas (5).

Quando se fala em equipe interdisciplinar hoje, imediatamente vem à mente a abordagem multidisciplinar adotada pelo Dr. John Bonica, médico anesthesiologista americano, de origem italiana, que aliviou a dor de milhares durante a Segunda Guerra Mundial. Ele é considerado o pai dos estudos modernos sobre a dor (5).

#### **Parte VI. I -Multidisciplinaridade:**

Num hospital de exército, ele trabalhava com energia e dedicação para aliviar a dor dos feridos, tanto física quanto psíquica, usando bloqueios regionais para o manejo da dor. Foi assim que ele iniciou a prática de ter reuniões com os vários especialistas que tratavam os pacientes para conseguir definir o melhor tratamento para cada um.

Ele teve esta ideia porque começou a ficar intrigado quando, ao encaminhar seus pacientes para os colegas ortopedistas, neurocirurgiões e psiquiatras na busca de melhores tratamento, constatou que sabiam menos que ele!

Surgiu então a ideia de reunir semanalmente com todos para traçar a melhor estratégia para o manejo da dor de cada paciente, já que nem um especialista sozinho tinha uma resposta terapêutica única.

Ao longo dos anos, diante do estresse e depressão causada pela dor dos pacientes, ele foi integrando psiquiatras e psicólogos à equipe. Havia sido observado que fatores ambientais e o fator comportamental tinham influência sobre os pacientes de dor crônica.

Nos anos 1950, Bonica publicou seu livro, “The Management of Pain”, onde reuniu tudo que se sabia sobre dor na época e, em 1969, ele fundou o primeiro centro multidisciplinar de dor na Universidade de Washington onde começaram a oferecer serviços ambulatoriais (5).

Tendo difundido esta nova abordagem do manejo da dor utilizando bloqueios de dor e equipes multidisciplinares, em 1973, Dr. Bonica fundou uma Associação Internacional para o Estudo da Dor – IASP, junto com vários colegas(1).

No final das contas, a multidisciplinaridade é como se fosse o encontro de múltiplas disciplinas para uma solução ou ação, no caso, o tratamento da dor, com cada um obedecendo aos rigores da sua disciplina.

Nesta abordagem, médicos de especialidades relacionadas com sua condição tratam independentemente o paciente e reúnem para compartilhar informações entre si enquanto o paciente é recipiente dos cuidados. O grau de integração entre disciplinas é restrito aos resultados.

## **Parte VI. II- Interdisciplinaridade:**

Na abordagem interdisciplinar, diferente da multidisciplinar, há trocas colaborativas mais estreitas e mais frequentes, entre os membros da equipe de múltiplos especialistas com relação ao paciente sendo tratado. A equipe procura um nível mais profundo de colaboração.

Uma equipe interdisciplinar junta seus conhecimentos e perspectivas e os integram com a finalidade de juntos completarem os níveis diferentes do cuidado planejado, resultando em trocas mais enriquecedoras (5).

## **8. Parte VII -Entendendo, acompanhando e a aderência ao tratamento pelo paciente com dor crônica:**

Aderir ao tratamento significa aceitar a terapêutica proposta e segui-la adequadamente. Vários fatores influenciam na adesão: características da terapia, peculiaridades do paciente, aspectos do relacionamento com a equipe multiprofissional e variáveis sócio-econômicas, entre outros .

Há estudos sobre a interferência desses fatores na adesão ao tratamento de diversas doenças, porém poucos referem-se à adesão à terapia farmacológica em indivíduos com dor crônica. Indivíduos com dores crônicas, em geral, possuem longa história de dor, acentuado sofrimento psíquico, comprometimento laborativo e físico e descrença com o tratamento, por experiências anteriores nas quais os resultados foram insatisfatórios. Tais condições podem favorecer a não adesão, prolongar a dor e o sofrimento, ocasionar prejuízos à funcionalidade física e psíquica e deteriorar a qualidade de vida (6).

A observação clínica sugere que o número de pacientes que não aderem ao tratamento medicamentoso da dor crônica é elevado, indicando a necessidade de estudos sobre o tema.

Como referido anteriormente o paciente com dor crônica leva em torno de 2 a 5 anos para iniciar o acompanhamento em um serviço especializado em tratamento da dor. Antes disso esses pacientes já passaram por diversas consultas médicas, com diferentes especialistas, já foram submetidos a diversos exames invasivos e não invasivos, e inúmeros tratamentos que se mostraram infrutíferos. Temos então pacientes cansados, desacreditados, esgotados fisicamente, psicologicamente e financeiramente.

Acolher, orientar, traçar estratégias e informar ao paciente como será o planejamento e a execução do seu tratamento aumenta a aderência pelo paciente, aumenta a confiança na equipe e torna os pacientes disponíveis para realizar o tratamento proposto.

A representação gráfica da evolução do tratamento reforça ao paciente o entendimento do seu tratamento, equilibra as expectativas de resultado do tratamento entre os pacientes e a equipe assistente.

## **9. Parte VIII- A importância da representação gráfica**

A representação gráfica pode ser definida como um artefato visível em uma superfície mais ou menos plana, criado com o objetivo de expressar informação. Importante ressaltar nesta definição seu propósito comunicacional, ou seja, descrever, explicar, informar ou instruir, sem ambiguidade, seu público alvo (7).

A cognição humana se torna mais eficaz com o apoio de representações, ou seja, a habilidade do ser humano em representar percepções, experiências e pensamentos, permite-nos simplificar a realidade, retirando aspectos irrelevantes e dar origem a novas experiências, insights e criações.

Ao invés de trabalhar com o fenômeno na situação original em que ocorre, podemos raciocinar utilizando representações que sejam mais adequadas à nossa forma de perceber e pensar. Representações gráficas podem facilitar uma série de processos cognitivos. A partir de revisão da literatura, o autor identificou benefícios relacionados à atenção, percepção, memória, compreensão e aprendizado para o uso de representações (7). Representações auxiliam dramaticamente a capacidade das pessoas em descrever eventos, além de permitir que as outras pessoas as compreendam melhor. Também facilitam a análise comparativa de ações alternativas ou diferentes cursos de ação.

Ainda necessitamos de mais estudos que validem essas representações gráficas e o impacto no desfecho no tratamento da dor crônica abrindo campo para teses de mestrado e doutorado.

## **Parte VIII. I - Sistemas de informação em saúde:**

Como em qualquer outra atividade, no setor saúde a informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e a execução de ações de que condicionem a realidade às transformações necessárias.

A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde -SIS como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação, e inclusive recomendações para a ação. No novo modelo de assistência à saúde, é preciso reverter a atual situação de centralização de dados, de limitação do uso dos mesmos, da demora com que são analisados e que retornam para o nível local, idealizando um novo sistema em que os dados passem a ser analisados no próprio município, gerando de forma oportuna subsídios para o planejamento e para as ações em saúde, bem como de ações para a melhoria da qualidade dos dados.

## **10. Parte IX -Desenvolvimento do prontuário eletrônico:**

I. Iniciar criação de conta no Google Docs de acordo com as instruções do site do Google.

II. Criar uma pasta para cada paciente.

III. Na pasta do paciente criar outros arquivos sendo:

III.I. Documento de word para avaliação de cada consulta com anamnese e exame físico.

III.II. Documento de Excel para intensidade da dor.

III.II.I Documento de Excel para o questionário de bem estar.

III.IV. Documento de Excel para exames laboratoriais.

III.V. Documento de Excel para exames de imagem.

III.VI. Documento de Excel para medicações.

## Parte IX. I - Criação da conta do Google Docs:

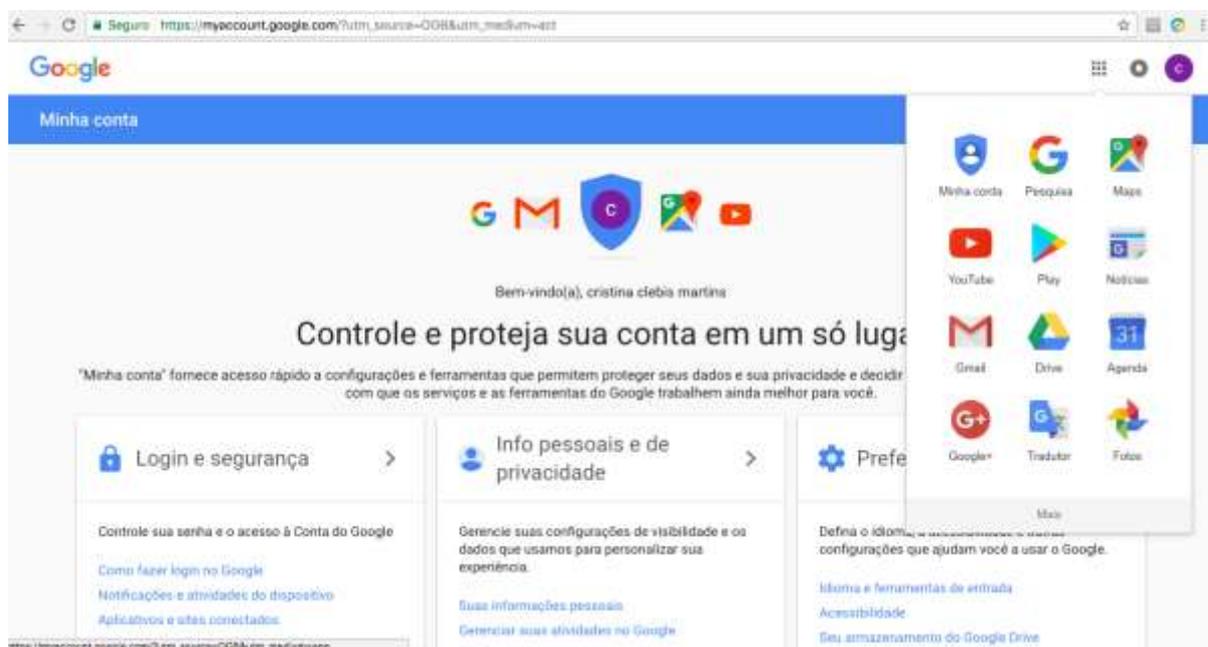


Figura 2- fonte própria autora do TCC.

## Parte IX. II- Pasta do paciente:

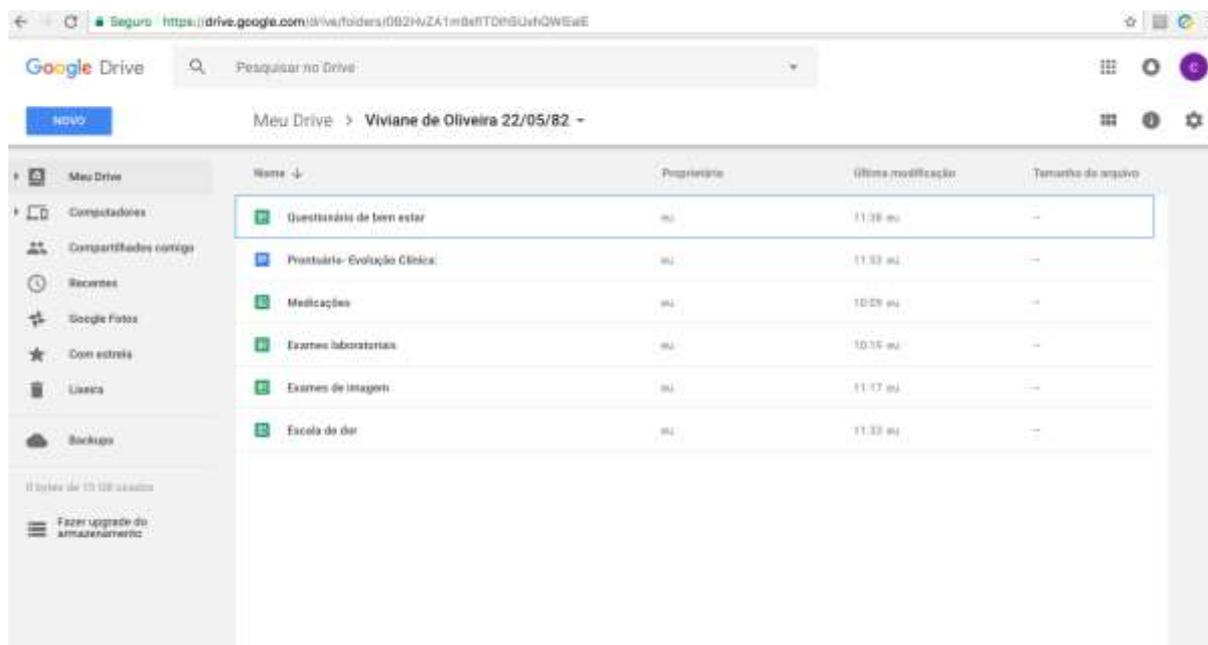
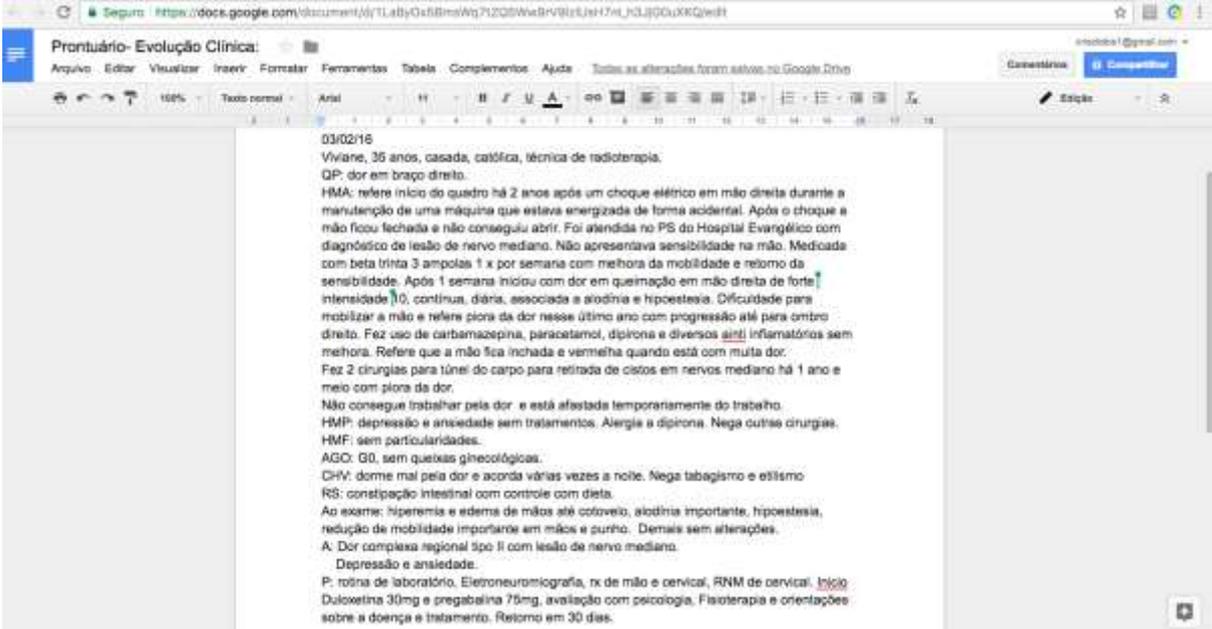


Figura 3- fonte própria autora do TCC.

## Parte IX. III- Arquivos:

### Parte IX. III. I - Evolução clínica:



03/02/16

Viviane, 36 anos, casada, católica, técnica de radioterapia.

QP: dor em braço direito.

HMA: refere início do quadro há 2 anos após um choque elétrico em mão direita durante a manutenção de uma máquina que estava energizada de forma acidental. Após o choque a mão ficou fechada e não conseguiu abrir. Foi atendida no PS do Hospital Evangélico com diagnóstico de lesão de nervo mediano. Não apresentava sensibilidade na mão. Medicação com beta trinta 3 ampolas 1 x por semana com melhora da mobilidade e retorno da sensibilidade. Após 1 semana iniciou com dor em queimação em mão direita de forte intensidade 10, contínua, diária, associada a alodinia e hipostesia. Dificuldade para mobilizar a mão e refere piora da dor nesse último ano com progressão até para ombro direito. Fez uso de carbamazepina, paracetamol, dipirona e diversos anti-inflamatórios sem melhora. Refere que a mão fica inchada e vermelha quando está com muita dor. Fez 2 cirurgias para túnel do carpo para retirada de cistos em nervos mediano há 1 ano e meio com piora da dor.

Não consegue trabalhar pela dor e está afastada temporariamente do trabalho.

HMP: depressão e ansiedade sem tratamentos. Alergia a dipirona. Nega outras cirurgias.

HMF: sem particularidades.

AGO: G0, sem queixas ginecológicas.

CHV: dorme mal pela dor e acorda várias vezes a noite. Nega tabagismo e etilismo.

RS: constipação intestinal com controle com dieta.

Ao exame: hiperemia e edema de mãos até cotovelo, alodinia importante, hipostesia, redução de mobilidade importante em mãos e punho. Demais sem alterações.

A: Dor complexa regional tipo II com lesão de nervo mediano.

Depressão e ansiedade.

P: rotina de laboratório, Eletroencefalografia, rx de mão e cervical, RNM de cervical. Início Dulowetina 30mg e pregabalina 75mg, avaliação com psicologia. Fisioterapia e orientações sobre a doença e tratamento. Retorno em 30 dias.

Figura 4- fonte própria autora do TCC.

### Parte IX. III. II- Intensidade da dor:

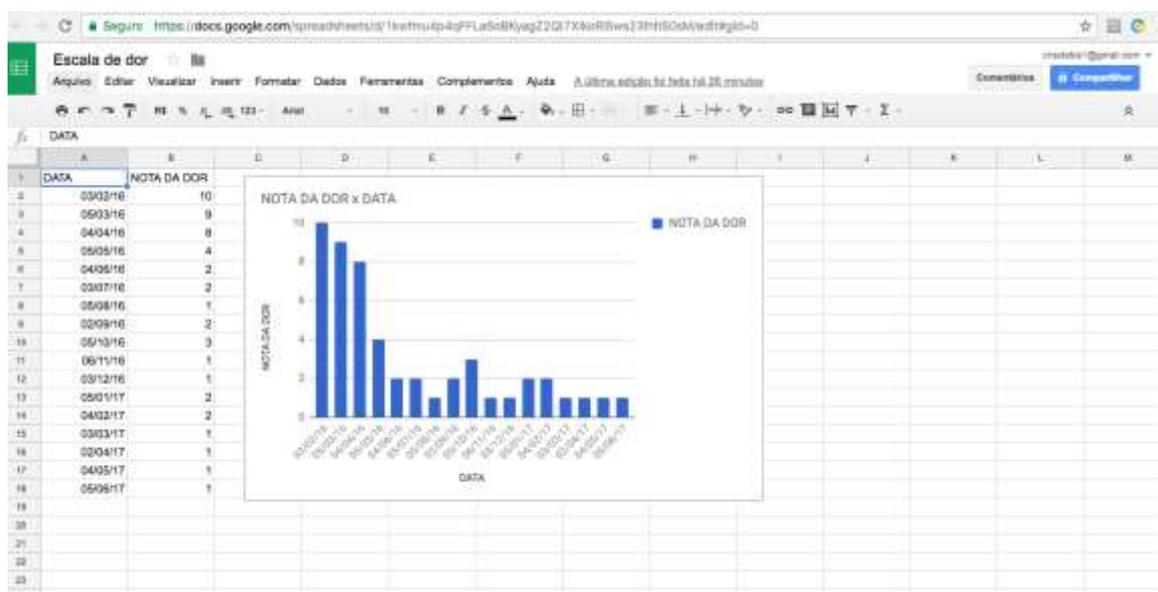


Figura 5- fonte própria autora do TCC.

### Parte IX. III. III - Questionário de bem estar:

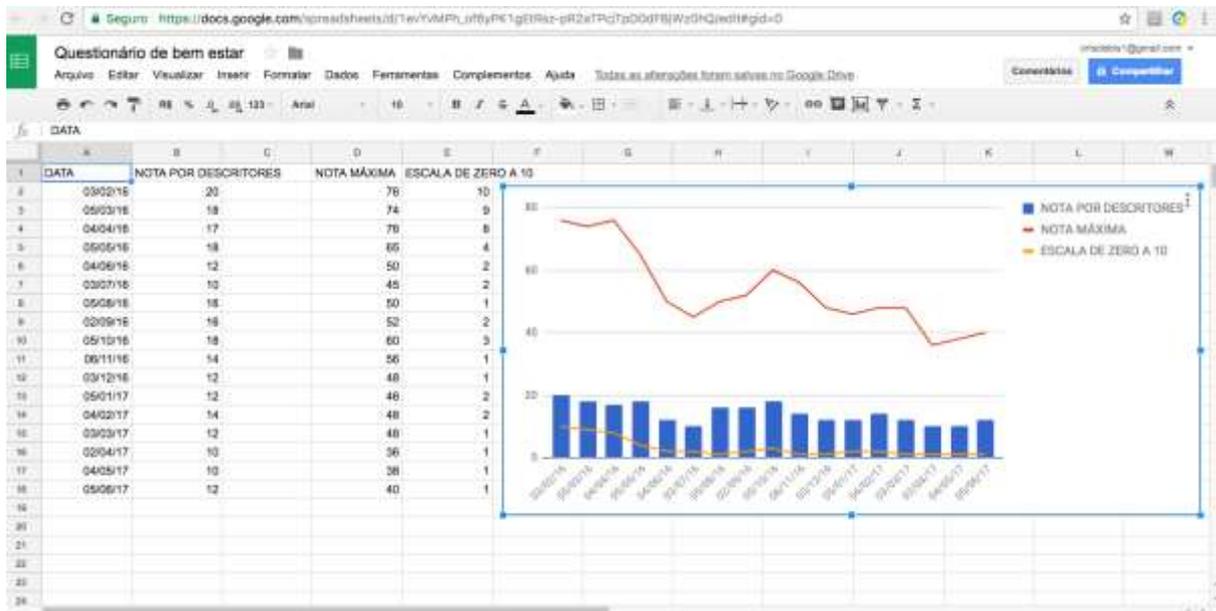
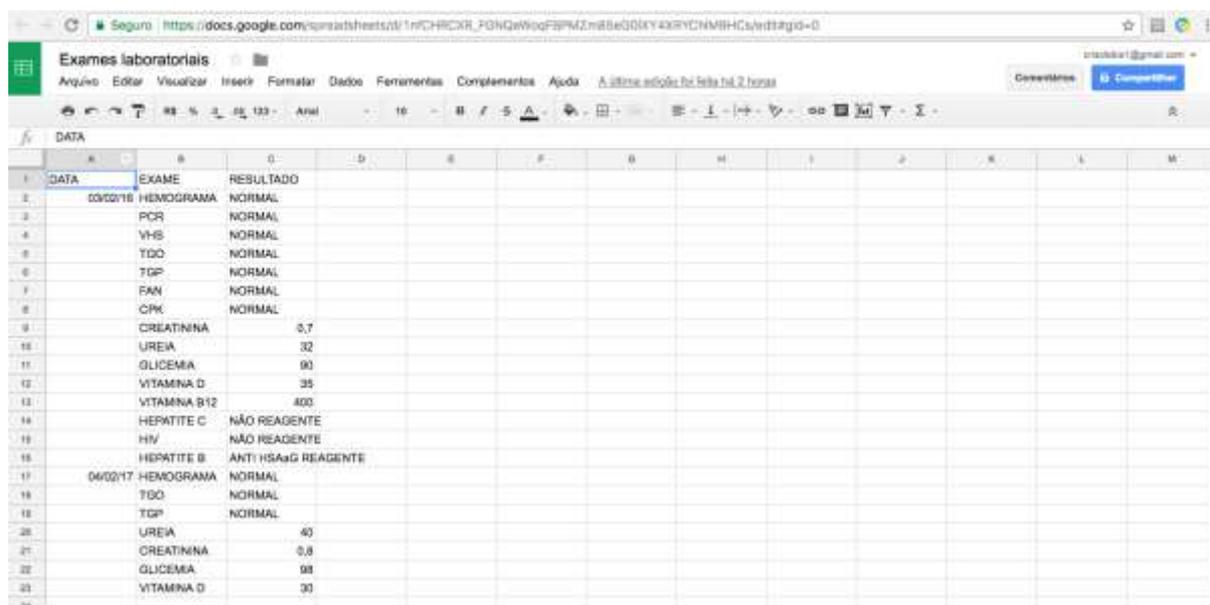


Figura 6- fonte própria autora do TCC.

### Parte IX. III. IV - Exames laboratoriais:

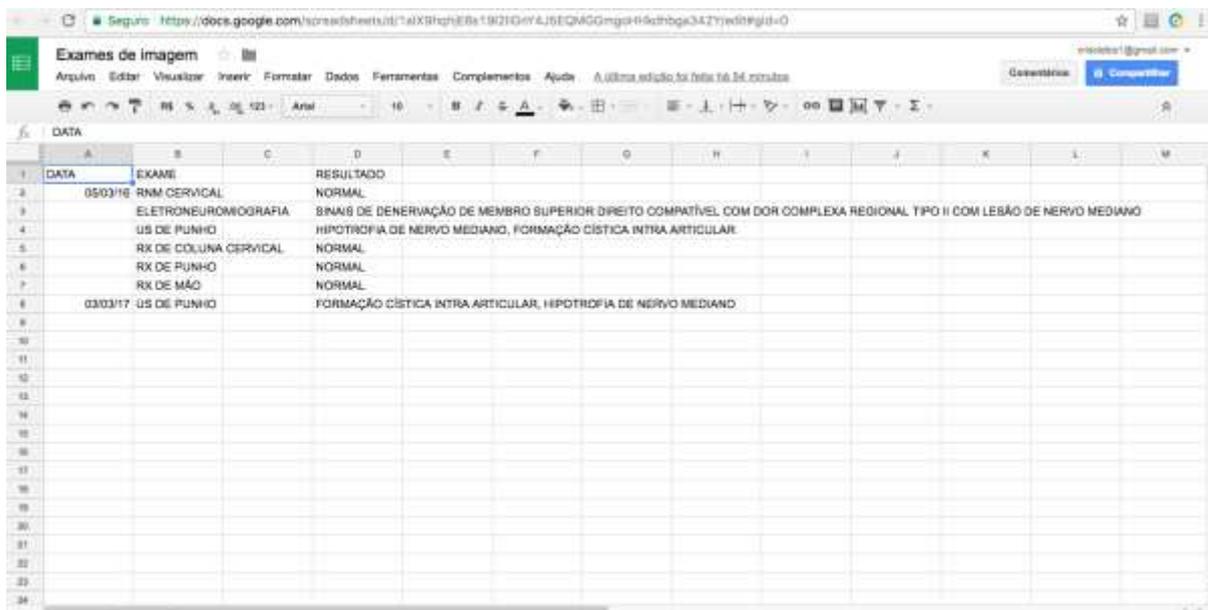


The image shows a Google Sheets spreadsheet with the following data:

DATA	EXAME	RESULTADO
03/02/16	HEMOGRAMA	NORMAL
	PCR	NORMAL
	VHS	NORMAL
	TGO	NORMAL
	TGP	NORMAL
	FAN	NORMAL
	CPK	NORMAL
	CREATININA	0,7
	UREIA	32
	GLICEMIA	90
	VITAMINA D	35
	VITAMINA B12	400
	HEPATITE C	NÃO REAGENTE
	HIV	NÃO REAGENTE
	HEPATITE B	ANTI HSAaG REAGENTE
06/02/17	HEMOGRAMA	NORMAL
	TGO	NORMAL
	TGP	NORMAL
	UREIA	40
	CREATININA	0,8
	GLICEMIA	98
	VITAMINA D	30

Figura 7- fonte própria autora do TCC.

### Parte IX. III.V- Exames de imagem:



The image shows a Google Sheets spreadsheet with the following data:

DATA	EXAME	RESULTADO
05/03/16	RNM CERVICAL	NORMAL
	ELETRONEURÓMIOGRAFIA	SINAIS DE DENERVAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO COMPATÍVEL COM DOR COMPLEXA REGIONAL TIPO II COM LESÃO DE NERVO MEDIANO
	US DE PUNHO	HIPOTROFIA DE NERVO MEDIANO, FORMAÇÃO CÍSTICA INTRA ARTICULAR
	RX DE COLUMNA CERVICAL	NORMAL
	RX DE PUNHO	NORMAL
	RX DE MÃO	NORMAL
03/03/17	US DE PUNHO	FORMAÇÃO CÍSTICA INTRA ARTICULAR, HIPOTROFIA DE NERVO MEDIANO

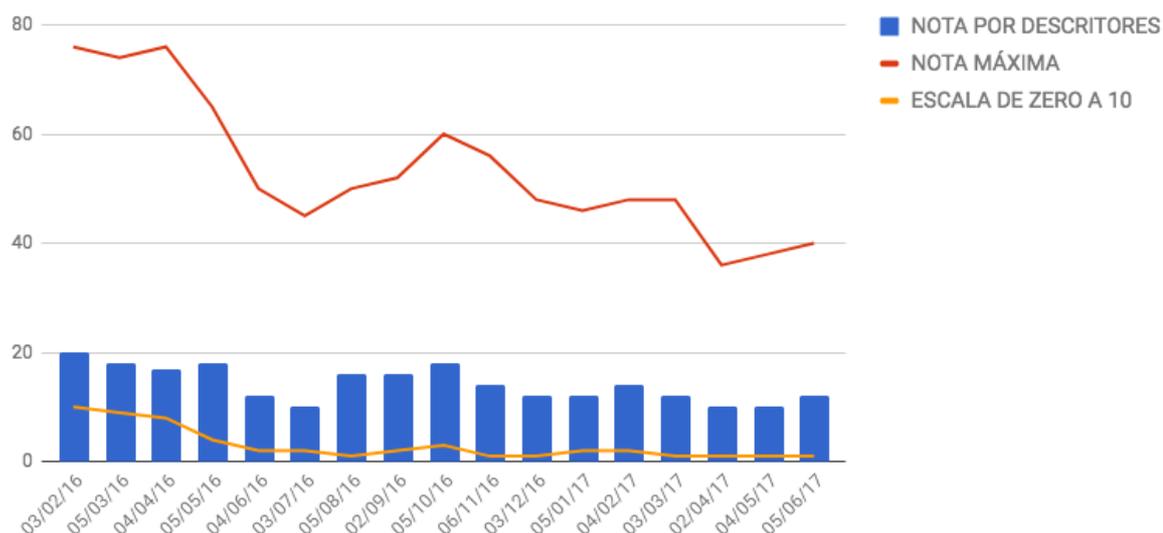
Figura 8- fonte própria autora do TCC.

### Parte IX. III. VI -Medicações:

DATA	MEDICAMENTO	INÍCIO	TÉRMINO	DOSE	EFEITOS ADVERSOS
03/02/18	DULOXETINA	03/02/18		30MG	
	PREGABALINA	03/02/18		75MG	SONOLÊNCIA
05/03/18	DULOXETINA			60MG	
	PREGABALINA			150MG	SONOLÊNCIA
04/04/18	DULOXETINA			120MG	
	PREGABALINA			75MG/ 150MG	
05/05/18	DULOXETINA			120MG	
	PREGABALINA			150/150MG	
04/06/17	DULOXETINA			60MG	NÃO HOUVE MELHORA COM AUMENTO DA DOSE
	PREGABALINA			150/150MG	
03/07/18	DULOXETINA			60MG	
	PREGABALINA			75/150MG	REDUZIDO DOSE PELO BOM CONTROLE DA DOR
05/08/18	DULOXETINA			60MG	
	PREGABALINA			75/150MG	
03/09/18	DULOXETINA			60MG	
	PREGABALINA			150MG	REDUZIDO PELO BOM CONTROLE DA DOR
05/10/18	DULOXETINA			60MG	
	PREGABALINA			150MG	
05/11/18	DULOXETINA			60MG	
	PREGABALINA			150MG	
03/12/18	DULOXETINA			60MG	
	PREGABALINA			150MG	
05/01/17	DULOXETINA			60MG	

Figura 9- fonte própria autora do TCC.

**Parte XI. III. VII- Apresentação gráfica para o paciente e explicações sobre o tratamento e evolução:**



**NOTA DA DOR x DATA**

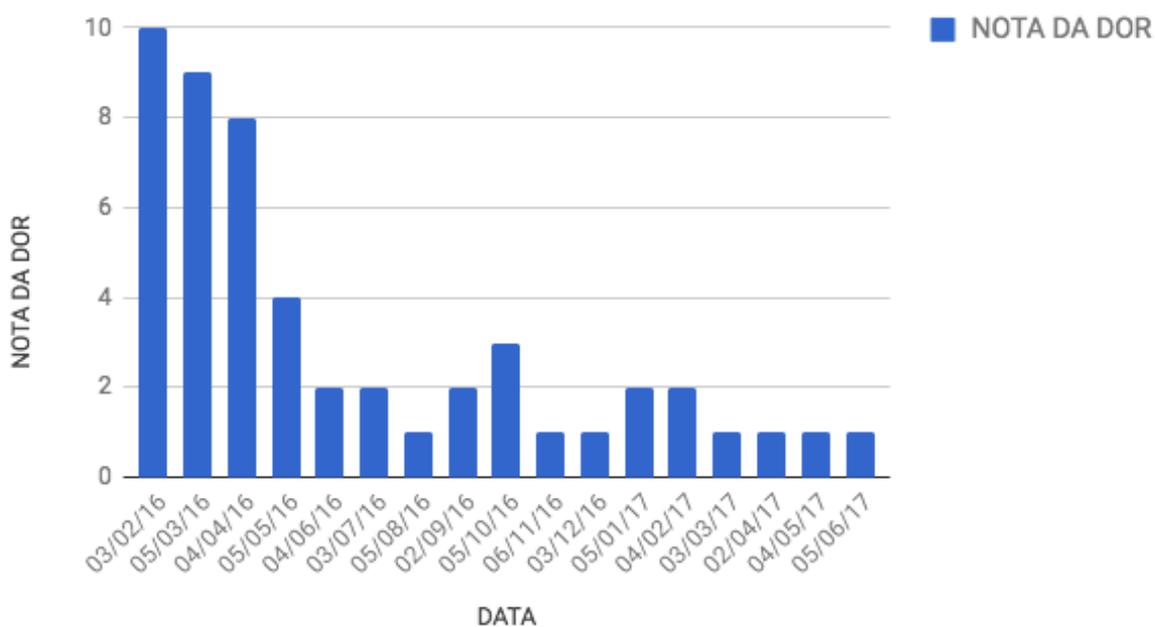


Figura 10- fonte própria autora do TCC.

Após cada consulta a sugestão é de que os gráficos de intensidade de dor e de bem estar sejam atualizados e impressos para que o paciente possa observar a sua evolução no tratamento, associando a nota da sua com a sua melhora de bem estar.

## 11. ANÁLISE DE RESULTADOS:

O registro adequado do tratamento e evolução do paciente ao longo do tratamento nas clínicas de dor pode facilitar as tomadas de decisões da equipe assistente do paciente assim como facilitar o entendimento dos pacientes quanto aos tratamentos propostos e acompanhar a melhora da dor. Devido a complexidade do tratamento da dor crônica esses pacientes são submetidos a inúmeros procedimentos, utilizam grande número de medicações e realizam diversos exames que se inadequadamente registrados podem se perder no tempo e dificultar o acompanhamento da evolução do paciente durante o tratamento. A dor crônica também apresenta uma esfera subjetiva bastante importante e tornar a sua evolução ao longo do tempo em algo mais objetivo como uma representação gráfica facilita o entendimento do paciente quando a sua evolução e melhora com o tratamento (6).

De acordo com as observações dessa autora a formulação do prontuário eletrônico na plataforma Google Docs foi bastante fácil, rápida e de baixo custo atendendo ao objetivo deste TCC como uma forma de prontuário eletrônico. As pastas criadas com os dados dos pacientes como, evolução clínica, exames de laboratório, exames de imagens e medicações evitaram que os dados dos atendimentos fossem perdidos com o tempo e estão facilmente organizados para trabalhos científicos futuros.

O questionário de bem estar e o gráfico de escala de dor trouxeram a objetividade deseja por essa autora para o acompanhamento da dor para a equipe assistente e para os pacientes, atendendo mais uma vez ao objetivo desse TCC. Essa forma de gerenciamento de dados já é hoje utilizada em alguns hospitais e será em breve implantado nos hospitais onde essa autora realiza os atendimentos aos pacientes com dor crônica.

## **12. CONCLUSÃO:**

A implantação de um prontuário eletrônico na clínica de dor crônica propiciando uma análise gráfica da evolução do tratamento para a equipe assistente como sugerido nesse trabalho é um método barato e de fácil aplicação que permite organizar e gerenciar a grande quantidade de dados gerados no atendimento ao paciente com dor crônica; permite ainda orientar a evolução e sobre a evolução do tratamento da dor tanto para os pacientes quanto para a equipe assistente, facilitando o entendimento do processo do tratamento da dor e a tomada de decisões da equipe assistente.

A representação gráfica é de mais fácil entendimento que apenas a explicação verbal e auxilia no acompanhamento do tratamento retirando da subjetividade as variáveis tempo, intensidade da dor e sua evolução que são facilmente esquecidos pela equipe assistente e principalmente para o paciente em tratamento de dor crônica.

As representações de tabelas e gráficos apresentados por essa autora são uma sugestão para esse trabalho no entanto cada equipe pode desenvolver os gráficos e tabelas de acordo com as suas necessidades específicas.

### 13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. [https://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement\\_Portuguese.pdf](https://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf)
2. [http://www.sbed.org.br/materias.php?cd\\_secao=76](http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=76)
3. PIMENTA, C. A de M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev.Esc.Enf.USP* , v.30. n.3, p. 473-83, dez. 1996.
4. [http://portal.cfm.org.br/crmdigital/Cartilha\\_SBIS\\_CFM\\_Prontuario\\_Eletronico\\_fev\\_2012.pdf](http://portal.cfm.org.br/crmdigital/Cartilha_SBIS_CFM_Prontuario_Eletronico_fev_2012.pdf)
5. <http://www.mundosemdor.com.br/vida-e-trabalho-dr-john-bonicaArq> Neuropsiquiatr 2003;61(2-B):416-425.
6. KURITA, Geana Paula and PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [online]. 2003, vol.61, n.2B, pp.416-425. ISSN 0004-282X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000300017>.
7. <http://www.educacaografica.inf.br/artigos/representacoes-graficas-de-sintese-artefatos-cognitivos-no-ensino-de-aspectos-teoricos-em-design-de-interface>.

## **14. ANEXO:**

### **14.I -Normativa do CFM quanto a prontuário eletrônico:**

RESOLUÇÃO CFM nº 1.639/2002

Revogada pela Resolução CFM n. 1821/2007

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes;

CONSIDERANDO o teor da Resolução CFM nº 1.605/2000, que dispõe sobre o fornecimento das informações do prontuário à autoridade judiciária requisitante;

CONSIDERANDO que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, seja eletrônico ou em papel;

CONSIDERANDO o volume de documentos armazenados pelos estabelecimentos de saúde e consultórios médicos em decorrência da necessidade de manutenção dos prontuários;

CONSIDERANDO os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e de transmissão de dados;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico e cria as Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", anexas à esta resolução, possibilitando a elaboração e o arquivamento do prontuário em meio eletrônico.

Art. 2º - Estabelecer a guarda permanente para os prontuários médicos arquivados eletronicamente em meio óptico ou magnético, e microfilmados.

Art. 3º - Recomendar a implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários médicos, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira (a Resolução CONARQ nº 7/97, a NBR nº10.519/88, da ABNT, e o Decreto nº 4.073/2002, que regulamenta a Lei de Arquivos – Lei nº 8.159/91).

Art. 4º - Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel.

Parágrafo único – Findo o prazo estabelecido no caput, e considerando o valor secundário dos prontuários, a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, após consulta à Comissão de Revisão de Prontuários, deverá elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social.

Art. 5º - Autorizar, no caso de emprego da microfilmagem, a eliminação do suporte de papel dos prontuários microfilmados, de acordo com os procedimentos previstos na legislação arquivística em vigor (Lei nº 5.433/68 e Decreto nº 1.799/96), após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 6º - Autorizar, no caso de digitalização dos prontuários, a eliminação do suporte de papel dos mesmos, desde que a forma de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça à norma específica de digitalização contida no anexo desta resolução e após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º - O Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão, quando solicitados, a certificação dos sistemas para guarda e manuseio de prontuários eletrônicos que estejam de acordo com as normas técnicas especificadas no anexo a esta resolução.

Art. 8º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º - Fica revogada a Resolução CFM nº 1.331/89 e demais disposições em contrário.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002

Presidente

Secretário-Geral

## NORMAS TÉCNICAS PARA O USO DE SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

I. Integridade da Informação e Qualidade do Serviço – O sistema de informações deverá manter a integridade da informação através do controle de vulnerabilidades, de métodos fortes de autenticação, do controle de acesso e métodos de processamento dos sistemas operacionais conforme a norma ISO/IEC 15408, para segurança dos processos de sistema.

II. Cópia de Segurança – Deverá ser feita cópia de segurança dos dados do prontuário pelo menos a cada 24 horas. Recomenda-se que o sistema de informação utilizado possua a funcionalidade de forçar a realização do processo de cópia de segurança diariamente. O procedimento de back-up deve seguir as recomendações da norma ISO/IEC 17799, através da adoção dos seguintes controles:

- a. Documentação do processo de backup/restore;
  - b. As cópias devem ser mantidas em local distante o suficiente para livrá-las de danos que possam ocorrer nas instalações principais;
  - c. Mínimo de três cópias para aplicações críticas;
  - d. Proteções físicas adequadas de modo a impedir acesso não autorizado;
  - e. Possibilitar a realização de testes periódicos de restauração.
- I. Bancos de Dados – Os dados do prontuário deverão ser armazenados em sistema que assegure, pelo menos, as seguintes características:
- a. Compartilhamento dos dados;
  - b. Independência entre dados e programas;
  - c. Mecanismos para garantir a integridade, controle de conformidade e validação dos dados;

- d. Controle da estrutura física e lógica;
  - e. Linguagem para a definição e manipulação de dados (SQL – Standard Query Language);
  - f. Funções de auditoria e recuperação dos dados.
- I.
- II. Privacidade e Confidencialidade – Com o objetivo de garantir a privacidade, confidencialidade dos dados do paciente e o sigilo profissional, faz-se necessário que o sistema de informações possua mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, de acordo com a sua função no processo assistencial:
- a. Recomenda-se que o profissional entre pessoalmente com os dados assistenciais do prontuário no sistema de informação;
  - b. A delegação da tarefa de digitação dos dados assistenciais coletados a um profissional administrativo não exime o médico, fornecedor das informações, da sua responsabilidade desde que o profissional administrativo esteja inserindo estes dados por intermédio de sua senha de acesso;
  - c. A senha de acesso será delegada e controlada pela senha do médico a quem o profissional administrativo está subordinado;
  - d. Deve constar da trilha de auditoria quem entrou com a informação;
  - e. Todos os funcionários de áreas administrativas e técnicas que, de alguma forma, tiverem acesso aos dados do prontuário deverão assinar um termo de confidencialidade e não-divulgação, em conformidade com a norma ISO/IEC 17799.
- I. Autenticação – O sistema de informação deverá ser capaz de identificar cada usuário através de algum método de autenticação. Em se tratando de sistemas de uso local, no qual não haverá transmissão da informação para outra instituição, é obrigatória a utilização de senhas. As senhas deverão ser de no mínimo 5 caracteres, compostos por letras e números. Trocas periódicas das senhas deverão ser exigidas pelo sistema no período máximo de 60 (sessenta) dias. Em hipótese alguma o profissional poderá fornecer a sua senha a outro usuário, conforme preconiza a norma ISO/IEC 17799. O sistema de informações deve possibilitar a criação de perfis de usuários que permita o controle de processos do sistema.

II. Auditoria – O sistema de informações deverá possuir registro (log) de eventos, conforme prevê a norma ISO/IEC 17799. Estes registros devem conter:

- a. A identificação dos usuários do sistema;
- b. Datas e horários de entrada (log-on) e saída (log-off) no sistema;
- c. Identidade do terminal e, quando possível, a sua localização;
- d. Registro das tentativas de acesso ao sistema, aceitas e rejeitadas;
- e. Registro das tentativas de acesso a outros recursos e dados, aceitas e rejeitadas.

f. Registro das exceções e de outros eventos de segurança relevantes devem ser mantidos por um período de tempo não inferior a 10 (dez) anos, para auxiliar em investigações futuras e na monitoração do controle de acesso.

I. Transmissão de Dados – Para a transmissão remota de dados identificados do prontuário, os sistemas deverão possuir um certificado digital de aplicação única emitido por uma AC (Autoridade Certificadora) credenciada pelo ITI responsável pela AC Raiz da estrutura do ICP-Brasil, a fim de garantir a identidade do sistema.

II. Certificação do software – A verificação do atendimento destas normas poderá ser feita através de processo de certificação do software junto ao CFM, conforme especificado a seguir.

III. Digitalização de prontuários - Os arquivos digitais oriundos da digitalização do prontuário médico deverão ser controlados por módulo do sistema especializado que possua as seguintes características.

- a. Mecanismo próprio de captura de imagem em preto e branco e colorida independente do equipamento scanner;
- b. Base de dados própria para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- c. Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa futura de maneira simples e eficiente;
- d. Mecanismo de pesquisa utilizando informações sobre os documentos, incluindo os campos de indexação e o texto contido nos documentos digitalizados, para encontrar imagens armazenadas na base de dados;
- e. Mecanismos de controle de acesso que garantam o acesso a documentos digitalizados somente por pessoas autorizadas.

## CERTIFICAÇÃO DOS SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

Todas as pessoas físicas, organizações ou empresas desenvolvedoras de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico que desejarem obter a certificação do CFM e da SBIS deverão cumprir os seguintes passos:

1. Responder e enviar, via Internet, o questionário básico, disponível na página do CFM: <http://www.cfm.org.br/certificacao>;
2. O questionário remetido será analisado pelo CFM/SBIS, que emitirá um parecer inicial aprovando ou não o sistema proposto. Este parecer será enviado, via Internet, ao postulante;
3. Caso aprovado, os sistemas de gestão de consultórios e pequenas clínicas (sistemas de menor complexidade) deverão ser encaminhados à sede do CFM para análise. Os sistemas de gestão hospitalar ou de redes de atenção à saúde (sistemas de maior complexidade) que não possam ser enviados serão analisados "in loco" (sob a responsabilidade do CFM/SBIS);
4. O processo de avaliação consistirá na análise do cumprimento das normas técnicas acima elencadas. A aprovação do sistema estará condicionada ao cumprimento de todas as normas estabelecidas;
5. Em caso de não-aprovação do sistema, serão especificados os motivos para que as reformulações necessárias sejam encaminhadas;
6. Uma vez aprovado o sistema na versão analisada, além do documento de certificação o CFM e a SBIS emitirão um selo digital de qualidade que poderá ser incorporado na tela de abertura do sistema;
7. A tabela de custos para o processo de certificação dos sistemas de informação de prontuário eletrônico encontra-se disponível no site <http://www.cfm.org.br/certificacao>;
8. A certificação deverá ser revalidada a cada nova versão do sistema, seguindo os mesmos trâmites anteriormente descritos (4).