

## DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA: ASPECTOS CLÍNICOS LEGAIS DAS FICHAS PERIODONTAIS UTILIZADAS EM FACULDADES DE ODONTOLOGIA BRASILEIRAS

### Sinopse

\* MOTTA, Ana Carolina Fragoso

\*\* LACERDA, Suzie Aparecida de

### Abstract

\*\* KOMESU, Marilena Chinali

---

## SINOPSE

As autoras analisaram os aspectos clínicos e legais das fichas utilizadas em disciplinas de Periodontia de dez Faculdades de Odontologia do Brasil, tendo como base as necessidades desta especialidade e os critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO). Os resultados demonstraram que as fichas avaliadas não apresentam padronização para as informações obtidas, inviabilizando assim, uma coleta de informações confiável tanto do ponto de vista clínico quanto legal.

**UNITERMOS:** Prontuário Odontológico; Ficha clínica; Odontologia Legal; Periodontia.

## INTRODUÇÃO

A utilização de fichas clínicas tem recebido especial atenção visto a sua importância administrativa, clínica e legal<sup>12</sup>. A ficha clínica é um instrumento utilizado para a coleta de dados de um paciente sendo, portanto, um grande auxílio na prática odontológica<sup>18</sup>. Deve apresentar todas as ocorrências verificadas ao longo do atendimento bem como as providências tomadas, o que a torna apta a respaldar o profissional em eventuais processos<sup>8, 12</sup>.

Diante desta relevância ética e legal, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) adota a obrigatoriedade da elaboração de fichas clínicas através do artigo 4º, VI (Res-CFO-179/91)<sup>7,10</sup> e, de acordo com a Portaria CFO 174/92<sup>7</sup>, propõe a denominação Prontuário Odontológico em substituição à Ficha Clínica, pois a primeira contém os requisitos básicos para o registro de dados na Odontologia.

O Prontuário Odontológico corresponde a um conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinado ao registro dos cuidados odontológicos prestados ao paciente<sup>1</sup>. Esta denominação é o resultado da criação

de normas que visam padronizar, nacionalmente, a estrutura assim como, o período de guarda deste documento, o qual deve ser *ad eternum*, pelos profissionais, tanto no serviço público quanto particular<sup>5, 6, 7, 12, 22</sup>.

Um Prontuário Odontológico que preencha os requisitos odonto-legais e a necessidade geral e particular de cada especialidade deve apresentar o conteúdo mínimo recomendado pelo CFO e, somando-se a estes, os campos necessários à exigência específica da área<sup>12, 14, 25</sup>.

Na Periodontia, existe uma grande dificuldade em estabelecer um modelo de ficha periodontal, visto à variedade de dados coletados que devem ser convertidos sistematicamente em um plano de tratamento escrito e compreensivo<sup>11</sup>. Quando se avalia a questão didática, esta dificuldade é acentuada já que é necessária uma ficha que seja de fácil entendimento, prático e que preencha os requisitos do exame periodontal.

Diante da escassez de estudos relacionados a fichas periodontais, é objetivo deste trabalho analisar fichas periodontais de diferentes Faculdades de Odontologia do país, tendo por base a real necessidade da Periodontia como especialidade e as normas estabelecidas pelo Conselho Federal de Odontologia.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foram avaliadas fichas clínicas utilizadas nas disciplinas de Periodontia de dez Faculdades de Odontologia reconhecidas do Brasil, levando-se em consideração a presença dos seguintes itens: Identificação do paciente, História Clínica, Exame clínico, Plano de Tratamento, Evolução do tratamento ou Tratamento Propriamente Dito e Exames complementares, buscando a qualidade das mesmas do ponto de vista didático e dos padrões clínico-legais.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise das fichas foram comparados os dados das mesmas com os itens recomendados pelo CFO assim como, os itens considerados pertinentes para um adequado exame periodontal.

### 1. Identificação do paciente

Este item deve conter o nome completo, naturalidade, estado civil, sexo, local e data de nascimento, profissão, endereço residencial e profissional completo. Quando se tratar de paciente menor ou incapaz deverá constar também os dados do seu responsável e nome dos profissionais que atenderam o paciente com dados sobre a época e local do atendimento. Nenhuma das fichas analisadas seguem as recomendações acima.

## **2. História clínica**

Este item, também denominado de anamnese, corresponde à coleta de sintomas, além de ser o momento em que inicia-se a relação paciente-profissional.

### **Queixa Principal**

Corresponde à queixa atual do paciente, transcrita com as palavras do paciente e de forma sucinta. É a referência ao sintoma mais importante desde o seu início até o momento atual<sup>4</sup>. Das fichas analisadas apenas duas (20%) apresentavam este item.

### **História da Doença Atual**

Esta é a descrição cronológica da queixa principal através das perguntas: onde, quando, como, porquê e fatores associados à queixa, utilizando a nomenclatura científica e destacando os aspectos de interesse para a elucidação do quadro clínico<sup>4</sup>. Nenhuma das fichas analisadas apresentou este item.

### **História médica**

A história médica reflete uma perspectiva mais ampla da assistência total ao paciente<sup>18</sup> e, portanto, deve ser a mais completa possível, uma vez que uma história médica inadequada pode levar a grandes riscos tanto para o paciente quanto para o profissional. Este item deve ser atualizado a cada visita do paciente ao dentista, não através de nova pesquisa, mas sim questionando se houve alguma mudança<sup>02, 15, 16</sup>. Desta forma, é importante que cada ficha tenha um conteúdo mínimo necessário para a sua interpretação. Das fichas analisadas apenas quatro (40%) apresentavam o item sobre a história médica. Uma apenas (10%) apresentava-se adequada.

### **História familiar**

Deve-se solicitar informações a respeito de doenças de ocorrência familiar dos antecedentes e descendentes pesquisando-se, desta forma, distúrbios hereditários. Nenhuma das fichas analisadas apresentou este item.

### **Antecedentes pessoais**

Neste item devem ser pesquisadas doenças, distúrbios fisiológicos, intervenções de ordem geral ou regional que podem ter originado a lesão ou que de alguma forma dificultem ou modifiquem o tratamento. Nenhuma das fichas apresentou o item "antecedentes pessoais".

### **Hábitos/Vícios**

Os hábitos são atitudes rotineiras e repetitivas que não necessariamente causam danos ao paciente. Já os vícios, são hábitos nocivos. Devemos considerar a higiene geral e bucal, tabagismo, etilismo, atividades sexuais, uso de tóxicos, entre outros<sup>25</sup>. Seis fichas (60%) apresentaram espaço para o registro de hábitos/vícios, entretanto, não houve, em nenhuma delas, distinção entre os itens.

## **História odontológica**

Apesar de não ser recomendação do CFO, o item história odontológica foi incluído neste trabalho por ser um parâmetro de grande importância na avaliação do paciente com a doença periodontal. Das fichas analisadas quatro (40%) apresentaram o item história odontológica, também denominada por algumas fichas como história buco-dental.

## **3. Exame Clínico**

O registro de saúde oral de um paciente permite uma monitorização adequada e atualização periódica dos dados<sup>14</sup>. O exame clínico é parte integrante do prontuário odontológico e, portanto, não se admite que contenha apenas condições bucais representativas do "orçamento apresentado ao paciente" <sup>23</sup>. Deve incluir o exame físico geral, exame extrabucal e intrabucal. Este último deve, ainda, ser subdividido em exame de partes moles, exame do periodonto, exame de dentes e exame de oclusão. Das fichas analisadas apenas uma (10%) apresentava todos os itens descritos acima.

### **Exame geral**

Esta etapa avalia os aspectos físicos, emocionais e culturais úteis no exame clínico e no diagnóstico. Apenas uma (10%) das fichas analisadas apresentou este item.

### **Exame loco-regional/extrabucal**

Este item deve iniciar quando o paciente entra na clínica, devendo-se observá-lo como um todo direcionando, posteriormente, para a região de cabeça e pescoço com o objetivo de visualizar alterações de normalidade<sup>21</sup>. O exame loco-regional/extrabucal foi encontrado em uma (10%) ficha.

### **Exame de partes moles**

Diante do conceito da influência das condições e doenças sistêmicas sobre as doenças periodontais, assim como o inverso desta relação, não se admite hoje, que o exame periodontal restrinja-se à avaliação apenas do periodonto de proteção e inserção. A influência de doenças sistêmicas como *diabetes mellitus*, síndrome da imunodeficiência adquirida, doenças imunológicas, além de determinadas

condições como o uso de medicamentos, fumo, fatores psicossomáticos e alterações em nível de hormônios sexuais<sup>2, 24</sup> pode provocar lesões e reações teciduais multiformes na mucosa bucal o que impõe um exame minucioso de toda a cavidade da boca. Apenas uma (10%) das fichas analisadas apresentava espaço para a realização deste exame.

## **Exame do periodonto**

Todas as fichas analisadas apresentavam campos para o exame do periodonto, como era esperado já que se tratam de fichas periodontais. A maior parte das fichas analisadas (80%) faz uso de periodontograma para o exame do periodonto de proteção e inserção. Três fichas apresentavam o mesmo sistema de registro, e em vista de não existir um modelo universal, o cirurgião-dentista pode utilizar qualquer que seja o modelo, contanto que seja de uma forma clara, simples e precisa e, inclua o registro dos parâmetros profundidade de sondagem, nível de inserção, envolvimento de furca e mobilidade dentária.

Das fichas analisadas, oito (80%) apresentavam algum espaço destinado ao registro do controle de biofilme dentário. É importante fornecer ao paciente, detalhes sobre o seu estado de saúde bucal e a localização das áreas que apresentam doença, visando motivá-lo a cooperar com o tratamento<sup>19</sup>. Uma das formas de realizar esta motivação é a demonstração do percentual de biofilme que ele apresenta, o qual é registrado em diagramas específicos. Assim, o paciente acompanha, em números, a sua condição bucal, familiariza-se com o seu quadro clínico e avalia a sua evolução durante o tratamento.

Em relação ao índice de sangramento gengival, cinco (50%) fichas apresentavam algum campo para esta finalidade. Sabe-se da pobre relação entre os parâmetros clínicos e a progressão da doença periodontal<sup>3</sup>, tornando-se necessária a associação destes dados com outros parâmetros para maior confiabilidade no resultado final. Entretanto, o sangramento à sondagem, na base do sulco gengival/ bolsa periodontal, está relacionado com a presença de um infiltrado inflamatório sendo, portanto, um importante indicador da doença periodontal. Independente do índice utilizado, é essencial o registro do sangramento gengival no exame do paciente periodontal.

## **Exame de dentes**

Em duas (20%) das fichas examinadas havia espaço para o exame físico dos dentes, sendo que era utilizado o mesmo espaço destinado ao esboço da perda de inserção e profundidade de sondagem. A descrição era feita através de códigos representando alterações de forma, estrutura, posição e número. As outras fichas apresentavam campos para a descrição de fatores retentivos, mas não propriamente alterações em dentes. A utilização de um único diagrama para a descrição do exame do periodonto e dos dentes é satisfatório, principalmente em relação à praticidade. Todavia, os campos devem permitir o esboço adequado de

cada estrutura para evitar erros durante o exame e interpretação.

## **Exame de oclusão**

Em cinco (50%) das fichas analisadas, havia espaço para o exame da oclusão. É importante ressaltar que uma força oclusal excessiva associada à inflamação dos tecidos periodontais, pode acelerar a reabsorção do osso alveolar, acarretando aumento da mobilidade dentária. Frente a dentes com doença periodontal, este trauma pode favorecer a progressão da doença associada ao biofilme dentário, atuando como um co-fator do processo destrutivo<sup>17</sup>.

## **4. Diagnóstico**

O diagnóstico corresponde à interpretação dos dados clínicos obtidos na semiotécnica, compondo um quadro clínico semelhante a alguma doença, constituindo assim o diagnóstico clínico ou hipótese de diagnóstico. Através de exames complementares obtém-se o diagnóstico conclusivo<sup>4</sup>.

Na Periodontia, o conhecimento dos mecanismos de progressão da doença periodontal é extremamente importante para o entendimento de sua biologia, diagnóstico e tratamento. A previsibilidade de sua progressão é essencial, pelo fato de não ser o estado atual clínico, mas sim a sua progressão, que determinará o prognóstico da doença. O uso de novos métodos de exame físico e exames complementares tem buscado auxiliar na previsibilidade da progressão da doença periodontal, já que tem fornecido medidas mais precisas e sensíveis da progressão da doença<sup>9,24</sup>. Entretanto, o diagnóstico rotineiro, ainda está fortemente associado aos métodos do exame clínico e, portanto, deve estar presente no prontuário e seccionado em diagnóstico clínico e final. Nas fichas analisadas, cinco (70%) apresentavam o item diagnóstico não o diferenciando em diagnóstico provisório e diagnóstico final.

## **5. Prognóstico**

O prognóstico é a previsão do curso futuro da doença periodontal a partir do início ou após o paciente ter sido submetido ao tratamento. Este item também não é recomendação do CFO, contudo, visto a sua importância no contexto da doença periodontal, é conveniente e necessário inseri-lo no trabalho. Apenas três (30%) fichas examinadas apresentavam o item prognóstico.

## **6. Exames complementares**

Os exames complementares são exames subsidiários que complementam os achados clínicos<sup>4</sup>. Diante da necessidade da associação dos dados clínicos com outros parâmetros para maior confiabilidade da avaliação da doença periodontal, é fundamental a realização de exames complementares. Um aspecto importante é anexação dos exames complementares devidamente rotulados e identificados, já

que podem constituir elementos de prova judicial. Alerta-se para a adoção do sistema de duplicação dos mesmos, para evitar eventuais problemas.

Das fichas analisadas três (30%) apresentaram campos para exame complementar, não havendo, entretanto uma padronização das fichas para este registro. Duas das fichas apresentaram campos apenas para o exame radiográfico. Apenas uma (10%) das fichas apresentou campo para exames complementares: radiográfico, de laboratório e outros.

## **7. Plano de Tratamento**

O grau de sucesso do tratamento da doença periodontal associado à causa é desconhecido e esta é a base para a terapia corretiva. Desta forma, só após avaliar o resultado da fase associada à causa (reexame ou reavaliação), se estabelece um plano de tratamento definitivo<sup>18</sup>. Das fichas examinadas cinco (50%) apresentavam o item plano de tratamento, sendo que duas delas apresentaram o item plano de tratamento inicial e final.

## **Atestados odontológicos e receitas**

As receitas e atestados odontológicos constituem documento odontolegal, assim sendo, cópias dos mesmos devem ser anexadas ao prontuário. Atenção deve ser dirigida à elaboração e redação dos documentos de acordo com as suas respectivas recomendações, para que constituam realmente documentos legais.

## **8. Evolução do tratamento ou tratamento propriamente dito**

Este item deve conter os atos realizados, com descrição precisa dos elementos dentários e regiões envolvidas, materiais utilizados e data do exame. É conveniente a utilização de um odontograma para um registro preciso do tratamento. Além disso, deve-se detalhar as ocorrências como ausências, falta de colaboração, condições de higienização e outras que de alguma forma, possam interferir no resultado esperado pelo paciente e profissional<sup>23</sup>.

Seis (60%) fichas apresentaram o campo para tratamento executado que constava em todos de data, região, procedimento, aluno e visto do professor. Destas, três (30%) apresentavam um odontograma para o registro da evolução do tratamento.

## **9. Autorização**

O profissional não pode se responsabilizar por fatos omitidos, não revelados ou deturpados. Por este motivo, é que os questionários de saúde devem ser realizados por escrito e assinado pelo paciente e/ou seu representante legal<sup>22</sup>. Como é necessária a assinatura do paciente como declaração da veracidade do que foi revelado assim como, para uma autorização do trabalho, é conveniente a

realização de duas assinaturas, uma após a anamnese, a declaração, e outra após o plano de tratamento, denominada autorização. Apenas uma (10%) das fichas apresentava o item declaração.

## CONCLUSÕES

A partir deste trabalho, foi possível observar que as fichas odontológicas das disciplinas de Periodontia das Universidades brasileiras avaliadas não preenchem os requisitos mínimos propostos pelo CFO para um Prontuário Odontológico. Seria desejável, portanto, que as Faculdades de Odontologia padronizassem a sua documentação odontológica, procurando satisfazer as necessidades da especialidade do ponto de vista didático e obter precisão da coleta de informações, assim como alcançar os requisitos odontolegis da documentação.

## ABSTRACT

The authors evaluated the clinical and legal aspects of dental records, obtained from Departments of Periodontics of ten Brazillian dental schools, based on the real need of this specialty and the compliance with legal regulations. The results showed that the clinical records of the schools evaluated do not present standardized information, thus preventing a reliable data collection both from a clinical and legal view point.

**UNITERMS:** Forensic odontology; Odontological records; Clinical records; Periodontology

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, C.A.P. O prontuário odontológico e seus aspectos éticos e legais. CRO notícias, p. 3, mar. 1997.
2. AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Parameters on comprehensive periodontal examination. J. Periodontol., v. 71, n. 5, p. 847-848, May. 2000. Supplement.
3. BADERSTEN, A.; NILVEUS, R.; EGELBERG, J. Scores of plaque, bleeding, suppuration and probing depth to predict probing attachment loss. J. Clin. Periodontol., v. 17, n. 2, p.102-7, Feb. 1990.
4. BORAKS, S. Diagnóstico bucal. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. 417p.
5. BRASIL. Leis etc. Artigo 177, Código Civil Brasileiro. São Paulo: Saraiva, 1984.
6. BRASIL, Leis etc. Lei nº8078 de 11 de setembro de 1990. Código de defesa do consumidor. 3.ed. São Paulo: Editora Atlas, 1993. v. 33, p. 19.

7. BRASIL. Ministério do Trabalho. Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro, 1998.
8. CALVIELLI, I.T.P.; ROMANO, A.R.; COSTA, L.R.R.S.; RIBEIRO, R.A. Análise sob o aspecto clínico e legal de fichas clínicas odontopediátricas utilizadas em faculdades de odontologia brasileiras. R.P.G., v. 2, n. 4, p. 210-216, out/nov/dez. 1995.
9. CAMPOS JR., A.; LOURENÇO, E.J.V.; TABA Jr., M.; ARAGONES, L.C.A. Diagnóstico clínico das doenças periodontais. In: TUNES, U. R. Atualização em periodontia e implantodontia. São Paulo: Artes Médicas, 1999. Cap. 6, p. 83-117.
10. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Prontuário odontológico: orientação para cumprimento da exigência contida no inciso VI do artigo 4º do Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro, CFO, 1994. 20p.
11. FEDI JR., P.; VERNINO, A. The periodontic syllabus. 3.ed. Baltimore: Williams, 1995. 231p.
12. GALVÃO, M. Prontuário odontológico. [on line]. Instituto Brasileiro de Ensino e Pesquisa em Medicina e Odontologia Legal. Disponível em: <<http://www.ibemol.com.br/prontuario/default.asp>>. Acesso em: 12/09/01.
13. GOMES, M.A.; CANDELÁRIA, L.F.A.; SILVA, M. Aspectos legais da prevenção das doenças bucais em relação à documentação profissional. Rev. Paul. Odontol., v. 19, n. 1, p. 18-28, jan/fev. 1997.
14. JERGE, C.R.; ORLOWSKI, R.M. Quality assurance and the dental record. Dent. Clin. North Am., v. 29, n. 3, p. 483-496, Jul. 1985.
15. LAWNEY, M. For the record. Understanding patient recordkeeping. NYSDJ., v. 61, n. 6, p. 40-48, Jun/Jul. 1995.
16. LAWNEY, M. For the record. Understanding patient recordkeeping. NYSDJ., v. 64, n. 5, p. 34-43, May. 1998.
17. LINDHE, J. et al. Trauma de oclusão. In: LINDHE, J. Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. Cap. 8, p. 193-206.
18. OBERBRECKLING, P.J. The components of quality dental records. Dent. Econ., v. 83, n. 5, p. 29-34, 1993.
19. RYLANDER, H.G.; LINDHE, J. Terapia periodontal associada à causa. In: LINDHE, J. Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1999. Cap. 15, p. 314-331.

20. SALIBA, C.A.; MOMIAS, S.A.S.; SALIBA, N.A.; SOARES, A.A. A utilização de fichas clínicas e sua importância na clínica odontológica. Rev. APCD., v. 51, n. 5, p. 440-445, set/out. 1997.

21. SAMARTINI, R.; LOPES, A. A importância do exame da face na metodologia do exame clínico. Rev. Paul. Odontol., v. 21, n. 2, p. 16-26, março/abril. 1999.

21. SERRA, M. C. Documentação Odontológica: guarda "*ad eternum*". [on line]. Consultoria Responsabilidade Odontológica. Disponível em: <[http://www.ibemol.com.br/artigos/doc\\_odt\\_ad\\_eternum.asp](http://www.ibemol.com.br/artigos/doc_odt_ad_eternum.asp)>. Acesso em: 12/09/01.

22. SILVA, M. Documentação em periodontia e implantodontia e sua importância jurídica: como evitar processos. In: TUNES, U. R. Atualização em periodontia e implantodontia. São Paulo: Artes Médicas, 1999. Cap. 17, p. 372-375.

23. TOLEDO, B. E. C.; ROSSA JR., C. Influências das condições sistêmicas sobre as doenças periodontais e das doenças periodontais sobre as condições sistêmicas. In: TUNES, U. R. Atualização em periodontia e implantodontia. São Paulo: Artes Médicas, 1999. Cap. 3, p. 29-60.

23. TOMMASI, A.F. Diagnóstico em patologia bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1988. 575p.

---

\* Doutoranda em Odontologia - Área: Diagnóstico Bucal pela Faculdade de odontologia - USP

\*\* Professora Associada da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP

