

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FAULDADE DE ODONTOLOGIA

GREGÓRIO OLIVA TAVARES

PADRÃO DE REGISTRO DE PROCEDIMENTOS ENDODÔNTICOS EM PRONTUÁRIOS DA CLÍNICA  
ODONTOLÓGICA DE GRADUAÇÃO – ESTUDO RETROSPECTIVO

Porto Alegre  
2015

GREGÓRIO OLIVA TAVARES

PADRÃO DE REGISTRO DE PROCEDIMENTOS ENDODÔNTICOS EM PRONTUÁRIOS DA CLÍNICA  
ODONTOLÓGICA DE GRADUAÇÃO – ESTUDO RETROSPECTIVO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Montagner  
Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Beatriz Cardoso  
Ferreira

Porto Alegre  
2015

### CIP - Catalogação na Publicação

Tavares, Gregório Oliva

Padrão de registro de procedimentos endodônticos em prontuários da clínica odontológica de graduação - estudo retrospectivo / Gregório Oliva Tavares. -- 2015.

40 f.

Orientador: Francisco Montagner.

Coorientadora: Maria Beatriz Cardoso Ferreira.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Odontologia. 2. Registro. 3. Prontuário. 4. Endodontia. 5. Graduação. I. Montagner, Francisco, orient. II. Ferreira, Maria Beatriz Cardoso, coorient. III. Título.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda minha família por me repassar os valores pelos quais prezo. À minha Mãe, Máriam Georges Oliva, por sua incansável dedicação e por me ensinar que a praticidade leva à resolutividade. Ao meu pai, Giancarlo Tavares, por, além de instigar o conhecimento e o raciocínio, demonstrar que, ao desenvolver as habilidades necessárias, se pode superar qualquer obstáculo. À minha irmã, Cauana Oliva Tavares, pela sua alegria e espontaneidade, sempre dando incentivo às minhas realizações; por ser um exemplo na vida profissional, acadêmica e pessoal.

Agradeço a todos os ótimos professores da Faculdade de Odontologia da UFRGS, com os quais tive a honra de conviver. Ao meu principal orientador, o estimado Prof. Dr. Francisco Montagner, pelas suas valiosas horas de dedicação e por me depositar sua confiança. Aos excelentes professores que participaram desse trabalho, Profa. Dra. Maria Beatriz Cardoso Ferreira, Prof. Dr. Regis Burmeister dos Santos e Profa. Dra. Simone Bonato Luisi.

Agradeço aos meus amigos e colegas, pelo apoio e companheirismo a qualquer momento; pela descontração aliada ao sentimento de união.

Agradeço a Deus por me dar a oportunidade de conviver e aprender com as pessoas extraordinárias que fizeram parte da minha formação.

## RESUMO

TAVARES, G. O. **Padrão de registro de procedimentos endodônticos em prontuários da clínica odontológica de graduação**: estudo retrospectivo. Monografia (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

O adequado registro de informações relacionadas ao paciente é crucial para uma boa atuação em saúde. O prontuário odontológico tem papel fundamental na atuação do cirurgião dentista, tornando-se imperativo o preenchimento dos dados de forma correta, autêntica e precisa. O objetivo desse trabalho é realizar levantamento sobre o padrão de registro das informações relativas à realização de tratamento endodôntico por alunos de graduação, em prontuários de pacientes vinculados a serviço universitário. Foi analisada uma amostra de 223 prontuários que continham registros de tratamentos endodônticos eletivos concluídos no período do ano de 2014. Os aspectos investigados foram divididos em categorias de dados correspondentes: dados que são obtidos previamente ao tratamento; dados referentes à descrição do tratamento endodôntico; dados referentes ao registro de prescrição medicamentosa; dados referentes ao registro da ocorrência de acidentes ou complicações; dados referentes à análise de radiografias. Ao final do levantamento, todos os prontuários analisados continham o histórico médico e a identificação pessoal do paciente. O histórico odontológico e o registro dos exames iniciais estavam presentes em 88% dos prontuários, enquanto o plano de tratamento foi localizado em apenas em 49% deles. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) estava assinado em 79% dos prontuários. A descrição do tratamento endodôntico foi considerada boa em 77,58% dos casos, regular em 28,18% e insuficiente em 2,24%. Três por cento das descrições de tratamento continham informação sobre prescrição medicamentosa, sendo, dentre estes, 33% completas e 67% incompletas. Três por cento relatavam a ocorrência de um acidente ou de uma complicação. A radiografia endodôntica inicial foi encontrada em 37% dos casos, sendo que, das encontradas, 57% não tinham identificação e 11% foram classificadas como não apropriadas para diagnóstico. Houve um número alto de TCLEs sem assinatura, de radiografias faltantes e sem identificação, e de ausência de planos de tratamento anexados ao prontuário. Apesar disso, a amostra, de modo geral, apresentou registros adequados de descrição do tratamento endodôntico.

Palavras-chave: Odontologia. Registro. Prontuário. Endodontia. Graduação.

## ABSTRACT

TAVARES, G. O. **Registry pattern of endodontic procedures in undergraduate dentistry clinic records**: retrospective study. Porto Alegre. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

The appropriate registry of patient related information is crucial for a good health care. The dental record has a fundamental role in the dentists' performance, making it necessary to record data correctly, authentically and accurately. The objective of this work is to make a survey about the registry pattern on information relative to endodontic treatment made by undergraduate students, in records of patients treated at the university dental clinic. It was analysed a sample of 223 records which had registered completed elective endodontic treatment in the year of 2014. The searched aspects were divided into the corresponding data categories: data that is gathered previously to the treatment; data referring to the endodontic treatment description; data referring to drug prescription; data referring to accidents or complications; data referring to radiographic analysis. At the end of the survey, all records contained the medical history and the patient's personal identification. The dental history and the dental initial exams were found in 88% of the patient records. The treatment plan was found in 49% of them, and the Informed Consent was signed in 79%. The endodontic treatment description was considered good in 77,58% of the records, regular in 28,18% and insufficient in 2,24%. Three percent of the treatment descriptions had information about drug prescription, being, among these, 33% complete and 67% incomplete. Three percent contained the occurrence of an accident or complication. The radiographic exam was encountered in 37% of the records, and in these cases, 57% had no identification and 11% were classified as not appropriate for diagnosis. There was a high number of Informed Consents without signing, of missing and non-identified radiographs, and of missing treatment plans. Despite that, the sample, in a general manner, showed proper endodontic records.

Keywords: Dentistry. Records. Endodontics. Undergraduate.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número estimado de pacientes atendidos por semestre nas disciplinas de Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da UFRGS .....	17
Tabela 2 - Escores e critérios para determinação da qualidade das radiografias periapicais .....	21

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Frequência de registro de itens relacionados a dados obtidos previamente ao tratamento .....	23
Gráfico 2 - Frequência de registro de itens presentes na descrição do tratamento endodôntico por sessão .....	24
Gráfico 3 - Frequência de registro de itens quando identificada a ocorrência de acidente ou complicação.....	25
Gráfico 4 - Distribuição da qualidade das radiografias encontradas.....	26



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ADA - American Dental Association

CNS - Conselho Nacional de Saúde

EUA - Estados Unidos da América

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	15
2.1	OBJETIVO GERAL.....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO</b> .....	16
3.1	DELINEAMENTO EXPERIMENTAL .....	16
3.2	AMOSTRA .....	16
3.3	PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS .....	16
3.4	TAMANHO DA AMOSTRA .....	16
3.5	FICHA DE COLETA DE DADOS.....	17
3.6	VARIÁVEIS DE INTERESSE E FORMA DE CATEGORIZAÇÃO .....	18
3.7	ANÁLISE DAS RADIOGRAFIAS .....	21
3.8	ANÁLISE DE QUALIDADE DO REGISTRO DOS PROCEDIMENTOS ENDODÔNTICOS POR SESSÃO NO PRONTUÁRIO.....	22
3.9	PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	23
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	24
4.1	GRUPO DE DADOS OBTIDOS PREVIAMENTE AO TRATAMENTO.....	24
4.2	DADOS REFERENTES À DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO .....	24
4.3	DADOS REFERENTES AO REGISTRO DE PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA.....	25
4.4	OCORRÊNCIA DE ACIDENTES OU COMPLICAÇÕES .....	25
4.5	QUALIDADE DAS RADIOGRAFIAS .....	25
4.6	ESCORE DE QUALIDADE DO REGISTRO ENDODÔNTICO POR SESSÃO.....	26

5	DISCUSSÃO .....	28
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	32
	REFERÊNCIAS.....	32
	ANEXO A - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ARQUIVOS, REGISTROS E SIMILARES.....	35
	ANEXO B - FORMULÁRIO PARA COLETA DOS DADOS.....	36
	ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES .....	39
	ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES .....	40

## 1 INTRODUÇÃO

O adequado registro de informações relacionadas ao paciente é crucial para a ação em saúde (CRAWFORD et al., 2001). Dessa forma, o prontuário odontológico tem papel fundamental na atuação do cirurgião dentista (LAWNEY, 1998). Constituindo-se de uma série de documentos relacionados com a história de doenças presentes e pregressas, exames clínicos, diagnósticos, tratamentos executados, prognóstico, termo de consentimento informado, entre outros, o prontuário é item básico da organização do atendimento odontológico. Com as funções de auxiliar na conduta clínica, agilizar o acesso à informação e compilar documentos legais, o registro no prontuário não deve ser menosprezado (CHARANGOWDA, 2010).

A importância primária do registro no prontuário está relacionada a uma boa coleta de dados para fins de um atendimento integral do paciente. Evidencia-se a influência de uma redação detalhada e adequada, neste tipo de documento, em diversas situações do cotidiano clínico. Um exemplo é a continuidade de um atendimento por uma equipe multiprofissional, ou seja, é necessária a comunicação clara entre os profissionais para evitar repetição de procedimentos e facilitar a elaboração de corretos diagnósticos e prognósticos. Outro exemplo é quando o paciente retorna para revisão ou preservação de um caso específico, sendo necessário o acesso aos seus histórico médico e odontológico (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, 2007).

Além das questões que dizem respeito diretamente à coleta e manutenção de dados clínicos sobre o paciente, o prontuário também possui um papel crucial como registro legal. Atualmente, com a disseminação de informações sobre aspectos legais envolvendo o sistema de saúde, este preenchimento se torna crítico nos casos de processos jurídicos que alegam má qualidade do tratamento. Outra utilidade legal do prontuário é para propósitos forenses, promovendo informações sobre o indivíduo e ajudando na identificação pós-morte ou desaparecimentos (LAWNEY, 1998; DEVADIGA, 2014).

O custo de realizar um bom registro de informações é muito pequeno, se comparado àquele de se defender judicialmente de um processo. Um bom registro de informações por meio de um correto preenchimento do prontuário pode dar uma base sólida para se defender de processos judiciais ou prevenir acusação sem fundamento (SPEIDEL; JERROLD, 2004).

A universidade, como local de ensino e exemplo, deve estimular o correto preenchimento e a padronização de um prontuário o mais completo possível. Dessa forma, registros completos e adequadamente preenchidos abrem espaço para outra importante utilidade: as investigações de cunho científico, tais como as diversas pesquisas observacionais ou os relatos de casos clínicos. Uma ampla

gama de conhecimento científico pode ser obtida com um acervo rico em informações, sendo evidenciado em diversos trabalhos da literatura odontológica (NG et al., 2011; YU et al., 2012; VIERPELISSER et al., 2014).

Dentro deste contexto, torna-se imperativo o correto preenchimento dos dados e, para tanto, a literatura indica diversas formas e conteúdos a serem registrados no prontuário. De acordo com a Associação Americana de Odontologia (ADA), de uma maneira geral, os prontuários devem conter: dados de identificação pessoal do paciente (nome, idade, endereço, contatos); endereço do local de trabalho; históricos médico e odontológico; sinais e sintomas do paciente; plano de tratamento; documentos de diagnóstico; prescrição de medicamentos; evolução do tratamento; ordens de trabalhos laboratoriais; documentação de encaminhamento para outros profissionais, laudos e termo de consentimento informado. Radiografias e exames complementares devem ser anexados a fim de permitir acompanhamentos de curto e longo prazos (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, 2007). Também é importante que a recusa ao tratamento ou o cancelamento de consultas sejam redigidos e anexados ao prontuário (CHARANGOWDA, 2010).

Por outro lado, existem informações que não devem ser anexadas à ficha clínica do paciente, tais como dados financeiros, tabelas de pagamentos e seguros saúde. Estes devem ser armazenados organizadamente, mas em local próprio para este fim (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, 2007; JERROLD, 2000). Também não devem pertencer aos registros armazenados no prontuário as opiniões ou críticas do profissional quanto ao indivíduo. Aferições subjetivas feitas pelo cirurgião-dentista sobre a personalidade de certo paciente não devem se confundir com os documentos que fazem parte de um prontuário clínico (PARANHOS et al., 2007).

Registros odontológicos devem conter dados autênticos e precisos. Informações neles contidas devem ser apresentadas de maneira legível e objetiva. Uma série de recomendações para a redação da ficha clínica é apontada pela ADA. As principais dizem respeito à clareza de ideias, organização e detalhamento do procedimento. Atualmente está aumentando o número de profissionais que utilizam prontuários digitais. No entanto, a maioria ainda utiliza este documento na forma de papel escrito à mão (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, 2007). Para estes, a recomendação é a de que todas as entradas no prontuário devem ser datadas, rubricadas e realizadas à tinta de caneta ou impressas, não sendo recomendado o uso de lápis por proporcionar a possibilidade de alteração da redação (JERROLD, 2000). O uso de abreviações e acrônimos também deve ser evitado, bem como deixar linhas em branco no meio do texto. Cabe ressaltar que não há uma uniformidade quanto às abreviaturas e siglas utilizadas. Algumas instituições, como o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, elaboraram e disponibilizaram a seus profissionais listagem específica, a ser utilizada no seu ambiente

de trabalho. As informações prestadas ao paciente pelo cirurgião-dentista devem ser claras, para que futuros problemas jurídicos sejam evitados (PARANHOS et al., 2007).

Prontuários digitais podem ser utilizados como um método de registro e manutenção de dados sobre pacientes em odontologia. Esses ocupam uma ínfima fração do espaço físico ocupado por prontuários tradicionais, podem facilitar o acesso à informação e mantêm a integridade a longo prazo. Com um dispositivo de assinatura digital, o cirurgião-dentista pode validar seus exames, radiografias e fotos digitais, tornando-os documentos com validade legal semelhante àqueles feitos em papel. Quanto aos documentos que precisam de assinatura do paciente, um procedimento viável é a impressão desses, para que o paciente assine e, posteriormente, seja realizado o escaneamento para indexação (ATKINSON, 2002; CERVEIRA, 2008).

Seja no prontuário convencional ou digital, o termo de consentimento informado é um documento indispensável para o início do tratamento odontológico. O termo inclui as informações necessárias sobre o plano de tratamento proposto, apontando os riscos associados a este plano, bem como as propostas alternativas com seus riscos e benefícios. Para o Conselho Federal de Odontologia brasileiro, conforme explícito no Código de Ética Odontológica, considera-se uma infração ética o ato de “iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência” (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012).

Porém, este documento é variável conforme o local e o tipo de tratamento. Segundo a *Australian Dental Association*, já existe implícito o consentimento do paciente para realização de exames odontológicos pelo próprio ato de ir à consulta. Da mesma forma, ocorre com os pacientes regulares que requerem apenas procedimentos menores de manutenção. No entanto, nenhum outro procedimento odontológico deve ser realizado sem o consentimento explícito (AUSTRALIAN DENTAL ASSOCIATION INC., 2005). Algumas considerações especiais para o termo de consentimento são requeridas quando o indivíduo em questão é uma criança ou um paciente com necessidades especiais (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, 2007).

Dentro desse contexto, estudos vêm sendo realizados para aferir a qualidade do recolhimento de dados feito por cirurgiões-dentistas e por alunos de odontologia. Ainda em 1984, um estudo foi realizado no estado de Nova York, EUA, avaliando a qualidade dos registros odontológicos de 13 instalações de atendimento odontológico. Prontuários foram analisados e a qualidade de elementos das categorias de dados demográficos, exames radiográficos, plano de tratamento e evolução do paciente foi aferida. Uma primeira análise foi efetuada considerando disponíveis e completos 85,4% dos prontuários. Após essa primeira fase, um plano para corrigir as

deficiências foi enviado e uma nova análise de prontuários foi executada. Dessa vez, 97,8% dos registros estavam disponíveis e completos (HAND; REYNOLDS, 1984).

Crawford, Beresford e Lafferty publicaram, em 2001, o protocolo CRABEL, um importante escore para aferir a qualidade dos prontuários referentes a pacientes em geral. Utilizado no *Royal College of Surgeons of England*, o método consiste em analisar os dados utilizando uma pontuação inicial de 100, que deve ter deduções de acordo com a falta de critérios que foram previamente definidos. Se, nos registros, não estão corretamente evidenciados dados, tais como diagnóstico, assinatura do clínico, medicamentos e riscos e complicações do tratamento, pontos são subtraídos do índice total. Esse escore analisa informações referentes à ficha inicial, notas subsequentes, consentimento escrito do paciente, e ficha de alta.

Um outro estudo, realizado na Nigéria, por Dosumu e colaboradores, em 2012, o qual utilizou uma modificação do índice CRABEL, avaliou o preenchimento de registros odontológicos de pacientes por estudantes de graduação em Odontologia. Trezentos e dezoito prontuários foram analisados de maneira retrospectiva. Conseguiu-se observar que, na população estudada, o item com menos registros corretamente preenchidos foi o consentimento esclarecido escrito e o segundo menos devidamente registrado foi o procedimento realizado (DOSUMU et al., 2012).

A fim de melhorar o recolhimento de dados feito por clínicos gerais na França, foi conduzida uma pesquisa com a aplicação de questionários em dois momentos distintos. Os dois questionários eram iguais, contendo perguntas sobre quais itens eram incluídos nos registros dos pacientes. Após o primeiro questionário, todos participantes foram informados de suas notas no teste e receberam recomendações padronizadas sobre registro de pacientes. O segundo questionário foi aplicado seis meses após o primeiro. Como resultado, pode-se concluir que houve melhora dos registros no segundo momento de aplicação do teste (BRAMI; DOUMENC, 2002).

No Brasil, para elucidar o nível de conhecimento que cirurgiões-dentistas têm sobre a qualidade dos prontuários odontológicos em casos que há necessidade de identificação humana pós-morte, um estudo, em forma de questionário, foi conduzido com profissionais associados ao Conselho Regional de Odontologia de Cuiabá, no Mato Grosso. Esse trabalho demonstrou que, apesar de possuírem conhecimento sobre elaboração, manutenção e importância do prontuário para estabelecer a identificação pós-morte de um paciente, há dentistas que não fazem o correto preenchimento dos documentos, fazendo com que o valor legal se perca (SILVA et al., 2010).

Já no âmbito acadêmico, estudo, realizado com discentes brasileiros de odontologia, constituído de um questionário com perguntas referentes ao preenchimento de prontuários e à manutenção de registros, mostrou que a maioria dos alunos sabe quais documentos devem compor o

prontuário de um paciente. Apesar disso, a maioria desconhece a necessidade de assinatura do plano de tratamento e da evolução do plano de tratamento (OLIVEIRA; YARID, 2014).

Sendo assim, essa pesquisa propõe-se a avaliar o atual padrão de preenchimento de prontuários odontológicos de pacientes submetidos a tratamento endodôntico por alunos de graduação, no serviço universitário.



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Essa pesquisa teve como objetivo realizar levantamento sobre o padrão de registro das informações relativas à realização de tratamento endodôntico por alunos de graduação, em prontuários de pacientes vinculados a serviço universitário.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) identificar a presença e a legibilidade de dados: (a) que são obtidos previamente ao tratamento, (b) referentes à descrição do tratamento endodôntico, (c) ao registro de prescrição medicamentosa e (d) ao registro da ocorrência de acidentes ou complicações;
- b) identificar se, em cada atendimento, o nome e a assinatura do professor responsável estavam registrados no prontuário do paciente;
- c) identificar a presença de termo de consentimento informado devidamente assinado por paciente, aluno de graduação e professor responsável;
- d) identificar a presença e o número de abreviaturas/siglas utilizadas;

### 3 MATERIAL E MÉTODO

Essa pesquisa seguiu as condições estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi submetido à aprovação pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (número do CAAE 44529315.7.0000.5347).

#### 3.1 DELINEAMENTO EXPERIMENTAL

Foi realizado estudo observacional transversal, de natureza retrospectiva.

#### 3.2 AMOSTRA

A amostra foi obtida por conveniência, em amostragem consecutiva, sendo incluídos prontuários clínicos de pacientes atendidos na Faculdade de Odontologia da UFRGS. O prontuário foi excluído da amostra caso pertencesse a paciente com idade inferior a 18 anos ou não apresentasse os dados relativos ao objeto de questionamento (tratamento endodôntico).

#### 3.3 PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS

Foram obtidos, no arquivo de Prontuários Odontológicos da Faculdade de Odontologia da UFRGS, os prontuários dos pacientes que procuraram atendimento no período de março de 2014 a dezembro de 2014. Foi solicitada, ao responsável pelo setor, uma declaração para acesso e utilização dos arquivos/registros, com a finalidade de realização da pesquisa (ANEXO A).

A avaliação dos prontuários foi realizada pela equipe de pesquisa, sob a supervisão do pesquisador coordenador. Uma planilha contendo as questões pertinentes ao estudo foi preenchida, correspondendo a cada um dos prontuários avaliados.

#### 3.4 TAMANHO DA AMOSTRA

Para cálculo do tamanho da amostra, tomou-se como base uma estimativa retrospectiva do número de pacientes atendidos em disciplinas de Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da UFRGS, semestralmente, conforme Tabela 1. Obteve-se uma população amostral total estimada de 2.112 pacientes.

Tabela 1 - Número estimado de pacientes atendidos por semestre nas disciplinas de Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da UFRGS

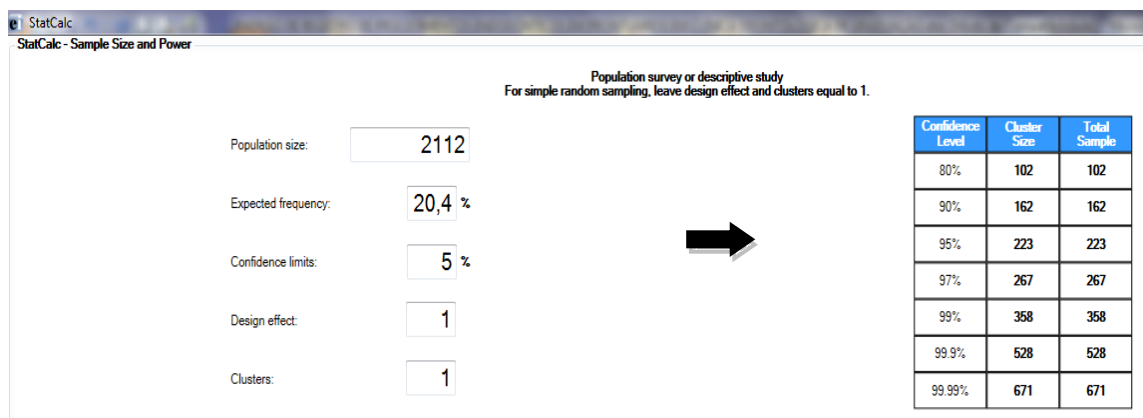
	Nº de vagas disponibilizadas no ano de 2014	Nº de turnos de atendimento	Pacientes atendidos por turno, por aluno	População estimada
CO I	43	5	1	215
CO II	45	5	1	225
CO III	66	4	2	528
CO IV	44	2	1	88
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>1.056</b>

Obteve-se tamanho de amostra considerando-se:

- população amostral total estimada de 2.112 pacientes, correspondendo a dois semestres letivos (de março a dezembro de 2014);
- prevalência de registro nos prontuários do tratamento realizado, obtida no estudo de Dosumu et al. (2012), igual a 20,4%;
- limites de confiança de 5%;
- nível  $\alpha$  de confiança de 95%.

Foi obtido tamanho de amostra de 223 prontuários em Programa Epi Info 7.1.4.0® (software de domínio público disponibilizado por *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC) (Figura 1).

Figura 1 - Cálculo amostral para o presente estudo (Programa Epi Info 7.1.4.0®).



Fonte: do autor, 2015.

### 3.5 FICHA DE COLETA DE DADOS

Para a compilação dos dados, foi usada uma ficha de coleta especificamente elaborada para a pesquisa (ANEXO B). Nas fichas, os aspectos investigados foram dispostos em quatro grupos,

conforme descrito a seguir:

- a) dados obtidos previamente ao tratamento, tais como identificação pessoal do paciente, histórico médico/odontológico, registro dos exames iniciais, descrição do plano de tratamento, presença e assinatura do termo de consentimento para tratamento;
- b) dados referentes à descrição do tratamento endodôntico, tais como data do procedimento, dente que está recebendo o tratamento, aspectos relacionados ao detalhamento dos procedimentos, letra legível, presença de informações descritas de forma abreviada, presença das assinaturas de aluno, paciente e professor;
- c) dados referentes ao registro de prescrição medicamentosa: ausência ou presença de registro de prescrição e detalhamento desta prescrição (se completa ou incompleta); cabe salientar que a prescrição foi considerada completa quando continha todos os seguintes itens: nome do medicamento, dose, intervalo entre as doses e duração de tratamento;
- d) dados referentes ao registro da ocorrência de acidentes ou complicações, tais como relato ou não, assinatura de paciente, aluno e professor, envolvidos na ocorrência, e previsão da possibilidade de ocorrência do acidente antes do início do tratamento (Por exemplo: quando da remoção de pino intracanal, há possibilidade de fratura ou perfuração da raiz, o que deve ser informado ao paciente previamente).

### 3.6 VARIÁVEIS DE INTERESSE E FORMA DE CATEGORIZAÇÃO

Nesse projeto de pesquisa, foram avaliadas as variáveis relacionadas a seguir:

- a) Grupo 1 - Dados obtidos previamente ao tratamento:
  - registros de dados de identificação pessoal do paciente – foram considerados “adequados” quando estavam indicados o nome do paciente, idade, endereço (rua, número e cidade) e um ou mais contatos telefônicos;
  - registro do histórico médico – foi considerada a opção “sim” quando houve algum registro, mesmo que fosse especificando a ausência de doenças prévias ou o uso de medicamentos; foi considerada a opção “não” quando o espaço destinado estava em branco;
  - registro do histórico odontológico – foi considerada a opção “sim” quando houve algum registro e foi considerada “não” quando o espaço destinado a esse item estava em branco;

- registro dos exames iniciais – foi considerado “sim” quando estavam preenchidos o odontograma, o índice de placa gengival, índice de sangramento gengival e exame de tecidos moles; foi considerado “não” quando não estava registrado ao menos um destes exames;
- plano de tratamento – foram consideradas as opções “presente” ou “ausente”;
- formulário de consentimento para tratamento – foi considerado “presente” se estava anexado ao prontuário;
- Assinatura do Termo de Consentimento – foi considerada “presente” se constatada a assinatura do paciente;

b) GRUPO 2 - Dados referentes à descrição do tratamento endodôntico:

- data de realização do procedimento – foi considerada “presente” quando estava registrada no campo apropriado do prontuário;
- dente que estava recebendo o tratamento endodôntico - foi considerada a opção “presente” quando houve registro deste item no campo apropriado do prontuário;
- indicação de realização de abertura coronária ou remoção do selamento coronário ou outro procedimento equivalente - foi considerada a opção “presente” quando um dos itens estava registrado no campo apropriado do prontuário, na forma abreviada ou por extenso, ou com grupo de palavras que tinham o mesmo significado;
- indicação da realização de isolamento absoluto ou outro procedimento equivalente a esta etapa - foi considerada a opção “presente” quando um dos itens estava registrado no campo apropriado do prontuário, na forma abreviada ou por extenso, ou com grupo de palavras que tinham o mesmo significado;
- indicação da localização dos canais/exploração, sanificação, odontometria, remoção da medicação intracanal, preparo químico-mecânico ou outra expressão que indique etapa equivalente - foi considerada a opção “presente” quando um dos itens esteve registrado no campo apropriado do prontuário, na forma abreviada ou por extenso, ou com grupo de palavras que tenham o mesmo significado;
- aplicação de medicação intracanal ou obturação - foi considerada a opção “presente” quando um dos itens estava registrado no campo apropriado do prontuário, na forma abreviada ou por extenso, ou com grupo de palavras que tinham o mesmo significado;

- realização de selamento coronário - foi considerada a opção “presente” quando um dos itens estava registrado no campo apropriado do prontuário, na forma abreviada ou por extenso, ou com grupo de palavras que tinham o mesmo significado;
- registro das informações com letra legível – foi considerada “letra legível” quando um dos pesquisadores foi capaz de identificar as informações descritas. Em caso de dúvida, o primeiro pesquisador a avaliar solicitou auxílio de um segundo pesquisador, e em caso de dificuldade, foi solicitado o auxílio de um terceiro pesquisador. A opção foi registrada – legível ou ilegível – a partir de consenso entre os pesquisadores;
- presença de abreviaturas na descrição do procedimento – foi considerada a opção “presença de abreviatura”, quando foram utilizados acrônimos para indicar uma etapa do procedimento que foi realizado. Exemplo: “isol. absol.” em substituição a isolamento absoluto do campo operatório;
- presença de assinatura de aluno, paciente e professor – foi considerada a opção “sim” quando as três assinaturas estavam presentes no prontuário, no espaço apropriado, relativo ao procedimento realizado, e foi assinalada a opção “não” quando não havia uma ou mais assinaturas;

c) GRUPO 3 - Dados referentes ao registro de prescrição medicamentosa:

- registro de prescrição medicamentosa pós-operatória – foi determinado o seu registro ou não no prontuário. Quando presente, foi considerado “completo” quando estava indicado o nome do medicamento, dose, intervalo entre as doses e duração de tratamento. Pôde, ainda, ser considerado “incompleto” ou “ausente”;

d) GRUPO 4 - Dados referentes ao registro da ocorrência de acidentes ou complicações:

- registro de ocorrência de acidentes ou complicações – foram considerados, como acidentes ou complicações do tratamento endodôntico, perfuração coronária/radicular, fratura de instrumentos endodônticos, extravasamento de solução irrigadora na região apical, extrusão de material obturador do tipo sólido, etc. Quando não houve registro, foi atribuída a opção “não”. Quando houve registro, foi considerada “sim”. Em caso de indicação de acidente/complicação, foi verificado o registro de comunicação do evento ao paciente, instruções e advertências específicas prévias à realização do tratamento, assinatura do termo

de consentimento, assinatura dos envolvidos na condução do tratamento. Quando presentes todos estes itens, foi considerada a opção “completo”. Pôde, ainda, ser considerado “incompleto” ou “ausente”.

### 3.7 ANÁLISE DAS RADIOGRAFIAS

De acordo com Whaites (2010), a radiografia periapical ideal ou excelente:

- a) não apresenta distorção ou esfumaçamento;
- b) exibe definição adequada;
- c) abrange toda a área a ser estudada, com os ápices dos dentes investigados cercados por pelo menos 3-4 mm de osso alveolar;
- d) não apresenta sobreposição de superfícies aproximais;
- e) demonstra contraste e densidade adequados;
- f) não apresenta áreas colimadas.

Foram obtidas e analisadas as radiografias iniciais referentes aos tratamentos endodônticos realizados. A análise da qualidade das radiografias foi realizada de acordo com as diretrizes de “*National Radiological Protection Board*” (NRPB, 1994; NRPB/DH, 2001), conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 - Escores e critérios para determinação da qualidade das radiografias periapicais

Escore	Qualidade	Critérios
1	Excelente	Sem erros decorrentes do preparo do paciente, exposição, posicionamento, processamento ou manuseio do filme.
2	Apropriada para diagnóstico	Alguns erros do preparo do paciente, exposição, posicionamento, processamento ou manuseio do filme, que não comprometem a utilização da radiografia para diagnóstico.
3	Não apropriada	Erros decorrentes do preparo do paciente, exposição, posicionamento, processamento ou manuseio do filme, que impedem a utilização da radiografia para diagnóstico.

### 3.8 ANÁLISE DE QUALIDADE DO REGISTRO DOS PROCEDIMENTOS ENDODÔNTICOS POR SESSÃO NO PRONTUÁRIO

Foi realizada análise da qualidade do registro em prontuário por meio de instrumento específico a ser testado nessa pesquisa. Inicialmente, foi organizada uma proposta de listagem de itens e suas respectivas pontuações, procurando identificar os principais aspectos que deveriam estar presentes na descrição do atendimento de paciente submetido a tratamento endodôntico (ANEXO B). Tal proposta teve por base escala descrita por Streiner e Norman (1996).

Os itens inicialmente considerados indispensáveis para o adequado registro de informações relativas ao tratamento endodôntico no prontuário foram inseridos na escala. Os itens 2.1 a 2.6 representam informações relacionadas à evolução dos eventos realizados durante a sessão de tratamento endodôntico (peso 0,83 cada). Os itens 2.7 a 2.10 receberam maior peso porque estão relacionados aos aspectos de formatação do registro das informações no prontuário (peso 1) e de ciência do paciente, do aluno e do professor sobre o tratamento realizado (peso 2). O escore de qualidade do registro em prontuário foi obtido somando-se os pontos obtidos, considerando os pesos previamente estabelecidos, de acordo com a fórmula:

$$\text{Escore} = [(q2.1 + q2.2 + q2.3 + q2.4 + q2.5 + q2.6) \times 0,83] + [(q2.7 + q2.8 + q2.9) \times 1] + [q2.10 \times 2]$$

O registro, em prontuário odontológico, das informações pertinentes ao atendimento endodôntico do paciente foi classificado em uma das situações a seguir:

- a) 8 pontos ou maior – bom – o profissional que acessar o prontuário tem condições de avaliar adequadamente todas as etapas do atendimento do paciente, de modo que possa dar prosseguimento ao mesmo com segurança;
- b) maior que 6 e menor que 8 pontos – regular – o profissional que acessar o prontuário tem condições de avaliar adequadamente algumas etapas do atendimento do paciente, de modo que possa dar prosseguimento ao mesmo, mas não tem informações completas, o que pode acarretar menor segurança;
- c) menor que 6 pontos – insuficiente – o profissional que acessar o prontuário não tem condições de avaliar adequadamente como e o que foi feito durante o atendimento do paciente.



### 3.9 PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram reunidos e codificados em banco de dados, por meio do Programa Epi-Data, versão 1.5. A análise estatística desses dados será realizada com o auxílio do Software SPSS for Windows, versão 18.0.

Foi feita análise descritiva. Os dados foram expressos como frequência absoluta ou relativa, média  $\pm$  desvio padrão ou mediana e percentis 25 e 75, para os dados dos Grupos 1 a 6.

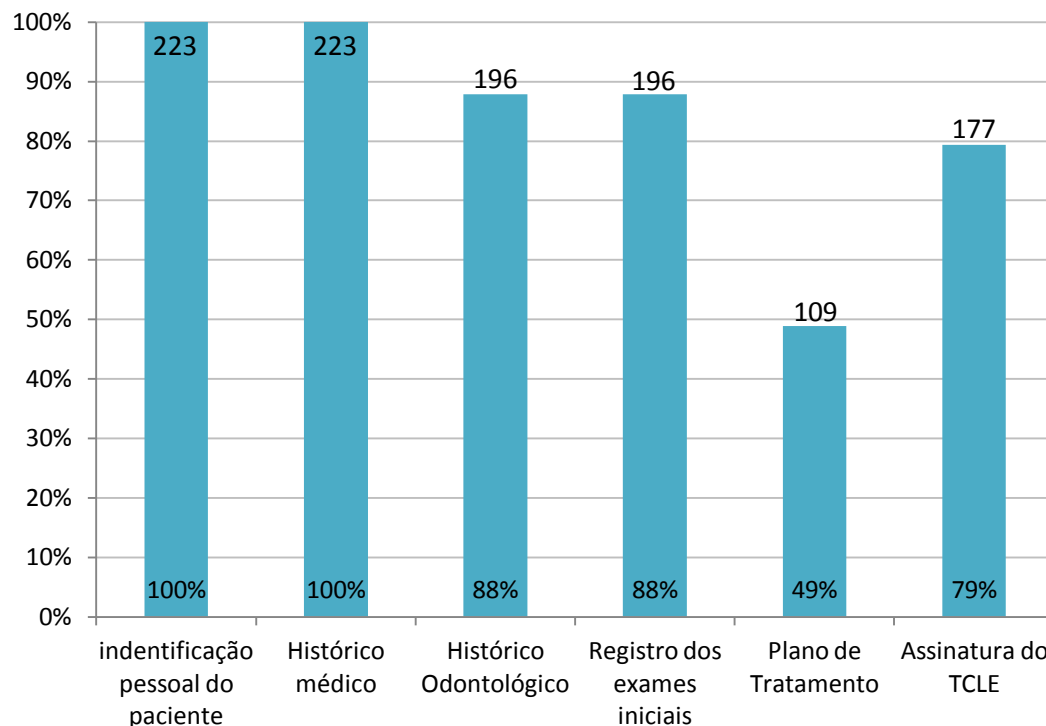
## 4 RESULTADOS

Foram analisados 223 prontuários que continham registros de trabalhos de endodontia do ano de 2014. Os resultados foram agrupados em quatro grupos: dados obtidos previamente ao tratamento; dados referentes à descrição do tratamento endodôntico; dados referentes ao registro de prescrição medicamentosa; registro da ocorrência de acidentes ou complicações; qualidade das radiografias.

### 4.1 GRUPO DE DADOS OBTIDOS PREVIAMENTE AO TRATAMENTO

Os resultados referentes à presença ou não das informações que devem ser registradas em um momento prévio ao tratamento, assim como à assinatura ou não do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente estão apresentados no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Frequência de registro de itens relacionados a dados obtidos previamente ao tratamento



Fonte: do autor, 2015.

Todos os prontuários analisados continham o histórico médico e a identificação pessoal do paciente (nome do paciente, idade, endereço e contato telefônico). Tanto o histórico odontológico

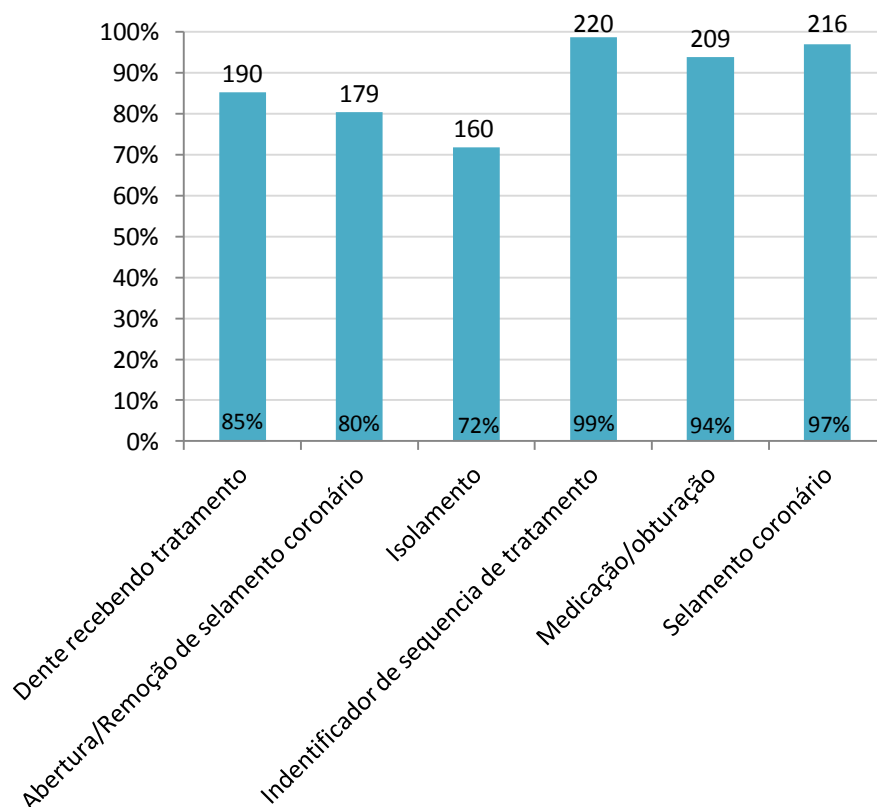
quanto o registro dos exames iniciais estavam presentes em 88% da amostra (196/223). Em apenas 49% dos prontuários (109/223), conseguiu-se localizar o plano de tratamento.

Em 1% dos prontuários (3/223) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não estava presente. Dos prontuários que continham o termo, 80% (117/220) estavam assinados pelo paciente no campo correspondente, enquanto 20% (43/220) não apresentavam a assinatura do paciente.

#### 4.2 DADOS REFERENTES À DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO

Os dados referentes à descrição do tratamento endodôntico foram compilados no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Frequência de registro de itens na descrição do tratamento endodôntico por sessão



Fonte: do autor, 2015.

Cerca de 90% dos prontuários (203/223) continham informações escritas de forma abreviada. Apenas 9% (20/223) não continham qualquer abreviatura.

Em 10% das descrições analisadas (23/223) não foi encontrada a assinatura de pelo menos um dos três sujeitos envolvidos no tratamento: paciente, aluno e professor. Nos outros 90% (200/223), as entradas continham todas as assinaturas necessárias estavam presentes.

Um dos prontuários continha, no campo reservado à descrição do tratamento, letra considerada ilegível pelos pesquisadores. Devido a isso, todos os dados sobre a descrição do tratamento nesse caso foram contabilizados como ausentes.

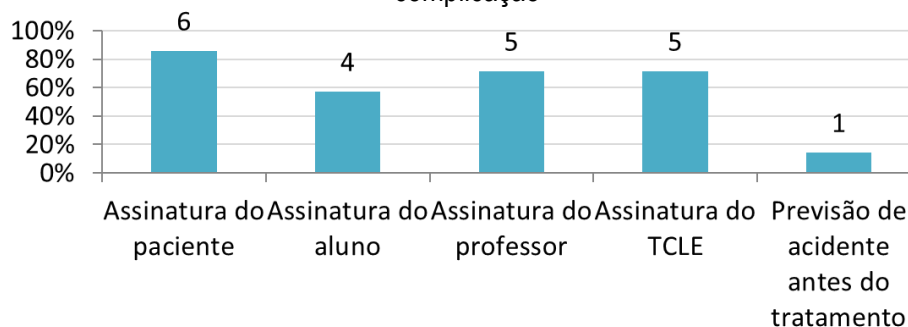
#### 4.3 DADOS REFERENTES AO REGISTRO DE PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA

Apenas 3% das descrições de tratamento analisadas (6/223) continham informação sobre prescrição medicamentosa. Dentre estas, 33% (2/6) apresentavam todos dados referentes a essa prescrição, sendo consideradas completas, e 67% (4/223) foram consideradas incompletas.

#### 4.4 OCORRÊNCIA DE ACIDENTES OU COMPLICAÇÕES

Sete dos registros de descrição de tratamento (3%) possuíam documentada a ocorrência de um acidente ou uma complicação. O Gráfico 3 demonstra os registros associados a este fato.

Gráfico 3 - Frequência de registro de itens quando identificada a ocorrência de acidente ou complicação

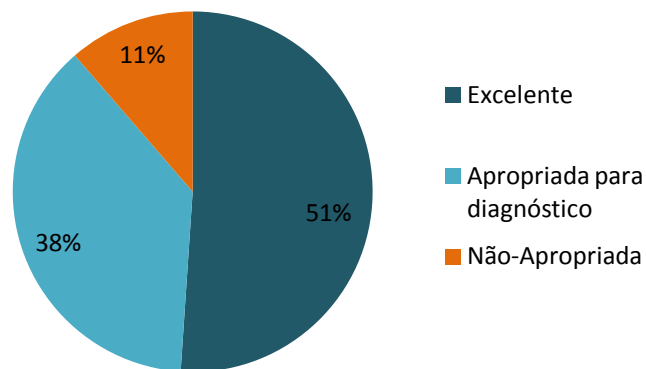


Fonte: do autor, 2015.

#### 4.5 QUALIDADE DAS RADIOGRAFIAS

Em 82 dos casos analisados (37%), a radiografia inicial para o tratamento endodôntico do dente em questão não foi encontrada no prontuário. Dos prontuários que continham essa radiografia, apenas 43% estavam identificadas com data ou alguma referência a determinado procedimento.

Gráfico 4 - Distribuição da qualidade das radiografias encontradas.



Fonte: do autor, 2015.

#### 4.6 ESCORE DE QUALIDADE DO REGISTRO ENDODÔNTICO POR SESSÃO

O escore proposto por esse trabalho foi aplicado a todos os 223 prontuários analisados. A mediana do cálculo de toda a amostra foi 8,15 (bom). O preenchimento foi considerado bom para 77,58% (173/223) dos prontuários, regular para 28,18% (45/223) e insuficiente para 2,24% (5/223).

## 5 DISCUSSÃO

O registro dos dados do paciente, acompanhados de exames clínicos e radiográficos, em conjunto com a correta transcrição do tratamento realizado, facilitam o diagnóstico e aumentam a eficiência na endodontia (ZINMAN, 2011). Sendo assim, esse trabalho se propôs a realizar levantamento sobre o padrão de registro das informações relativas à realização de tratamento endodôntico por alunos de graduação foi realizado. Mostrou-se que os registros endodônticos obtidos são, em sua maioria, bons.

Os itens mais frequentemente registrados, foram a identificação pessoal do paciente e o histórico médico. Na FO-UFRGS, o setor de acolhimento faz o primeiro contato com o paciente antes de referenciá-lo a uma das clínicas da graduação, e é nesse setor que os dados de identificação pessoal e histórico médico do paciente são preenchidos por um cirurgião-dentista. Isso explica por que todos os prontuários analisados por esse estudo continham esses dados adequadamente preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não deve ser negligenciado pois representa o direito do paciente sobre seu próprio tratamento (MIRZA, 2012). Esse documento estava corretamente assinado pelo paciente em aproximadamente 79% do total de prontuários. Essa taxa de assinaturas poderia aumentar na medida em que os alunos são conscientizados da importância de dedicar maior quantidade de seu tempo clínico para a leitura e assinatura desse documento, a fim de que se respeite a autonomia do paciente (MALUF, et al. 2007). Os pesquisadores ainda observaram que muitos dos TCLEs, mesmo que assinados pelos pacientes, não eram corretamente preenchidos com os dados necessários, como o nome completo e o número de documentos oficiais de registro.

Os resultados desse estudo mostram que, tanto o histórico odontológico quanto os exames odontológicos iniciais, os quais abrangem análise intra e extraoral, estavam presentes em 88% dos registros. Dosumu et al. (2012) encontram registro de histórico odontológico e exame extraoral em 99% de sua amostra, mas apenas 79% dela continha exames odontológicos intraorais.

Com relação aos dados obtidos previamente ao tratamento, observou-se que o item mais frequentemente omitido do prontuário foi o plano de tratamento. Em outro trabalho brasileiro, o item mais omitido foi o departamento em que o paciente está (PESSIAN; BECKETT, 2004), enquanto, no presente estudo, optou-se por não incluir esse item devido à faculdade funcionar em um sistema de clínicas integradas, tornando a divisão em departamentos algo prescindível. Dosumu et. al. encontram, como item menos registrado, o Termo de Consentimento (DOSUMU et al., 2012).

O presente estudo mostra que em aproximadamente 98% dos casos os registros dos procedimentos executados durante a sessão de tratamento endodôntico foram classificados como bom

ou regular segundo os critérios estabelecidos. Esse resultado positivo se deve provavelmente à orientação dada pelos professores aos alunos, a respeito da importância de se preencher sempre, da forma mais detalhada possível, ao final de cada sessão clínica, o espaço do prontuário reservado à evolução do tratamento realizado.

Deve-se salientar que o escore de descrição do tratamento endodôntico por sessão, que é apresentado por esse trabalho, difere de outros como o CRABEL (CRAWFORD et al., 2001) em sua proposta. Enquanto o CRABEL avalia a qualidade do registro do conjunto de informações do paciente, o escore desse trabalho tem como objetivo avaliar a qualidade do registro das informações referentes ao tratamento endodôntico ao final da sessão clínica, no espaço destinado à evolução do paciente. Com isso, pode-se verificar como o aluno se comporta frente ao registro de procedimentos com um grande detalhamento, como é o tratamento endodôntico. Na literatura, não foram encontrados estudos similares de análise de registros endodônticos.

Pourasghar et al. (2008) apontam, como razões para o não preenchimento de campos do prontuário por médicos, que eles estão focados principalmente nas questões terapêuticas, parecendo prestar mais atenção naqueles dados que tenham relação direta com o tratamento, desconsiderando outros registros. Com os alunos da graduação em Odontologia, acredita-se que possa ocorrer comportamento similar, pois se observa que eles se preocupam em documentar os itens diretamente relevantes ao tratamento, mas parecem não repassar de maneira completa todas as outras informações.

Esse trabalho se preocupou em realizar a análise das radiografias correspondentes aos tratamentos endodônticos, pois a correta realização e o correto armazenamento das radiografias periapicais têm fundamental importância para a avaliação do sucesso do tratamento. Além disso, elas fornecem informações complementares necessárias ao diagnóstico, ao planejamento, à execução e ao acompanhamento longitudinal do caso (KREICH et al., 2002).

Lima et al. (2010), em seu estudo, buscaram a radiografia que demonstrava a conclusão do tratamento endodôntico final e a encontraram em apenas 51% dos prontuários da graduação, enquanto a radiografia endodôntica inicial foi encontrada no presente trabalho em 37% dos prontuários. Apesar de a radiografia inicial ser obrigatória para o início do tratamento endodôntico, facilmente se perde ou não consegue mais ser identificada. Por não apresentarem local específico para seu armazenamento, as radiografias periapicais muitas vezes são armazenadas soltas no prontuário pelos estudantes, o que causa o seu extravio.

No presente estudo, 57% das radiografias encontradas foram consideradas sem identificação segundo os critérios estabelecidos, enquanto em uma avaliação similar, mas em

radiografias finais, Lima et al. (2010) encontraram 35% sem identificação. O presente estudo verificou que 51% das radiografias estavam em estado excelente, enquanto Lima et al. (2010) encontraram muitas radiografias com falha de processamento radiográfico, principalmente pelo fato de os alunos não realizarem corretamente a lavagem final da radiografia. Estes últimos autores observam que apenas 30% das radiografias não apresentavam qualquer tipo de erro.

De acordo com Lopes et al. (2015), são considerados acidentes os acontecimentos imprevisíveis, casuais e dos quais resulta tanto dano que dificulta ou mesmo impede o tratamento endodôntico. Paralelamente, complicação é o ato ou efeito de dificultar a resolução de um tratamento endodôntico, que podem vir dos acidentes ou serem inerente aos dentes. As complicações inerentes aos dentes podem induzir acidentes. Em 2011, “*The National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death*”, no Reino Unido, recomendou, em documento específico, que a avaliação do risco de morbidade em um procedimento cirúrgico deve ser apresentada ao paciente e adequadamente relatada no formulário de consentimento para atendimento, e presente no prontuário do paciente. O Conselho Federal de Odontologia (2012), no Código de Ética Odontológica, em seu artigo 11, indica que o Cirurgião-dentista incorre em infração ética ao deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento aos pacientes.

No entanto, no presente trabalho, apenas um dos prontuários que apresentavam registro de acidentes ou complicações continha registro prévio de que uma complicação poderia ocorrer. Paralelamente, apenas sete ocorrências de acidentes ou complicações foram localizadas na amostra, o que pode se dever a uma adequada condução dos casos clínicos ou ainda, de forma mais preocupante, ao não registro dos casos. A literatura indica algumas razões para que esse registro não seja feito corretamente na área médica: falta de estímulo por parte do sistema universitário (LAWTON; PARKER, 2002), falta de *feedback* adequado e qualificado para os incidentes relatados (EVANS et al., 2006), e medo de que possa afetar a carreira ou a reputação do profissional (COYLE et al., 2005). Waring (2004) aponta que o registro de acidentes pode ser mais comum onde o profissional tem maior confiança na coleta e na aplicação dos dados, onde estes dados têm um significativo propósito na melhoria do serviço.

Como limitações desse estudo, podemos salientar alguns aspectos. As informações do grupo de dados obtidos previamente ao tratamento foram todas classificadas como presentes ou ausentes, sem que a data de inclusão ou de atualização desses dados fosse considerada. Tal abordagem pode trazer resultados menos precisos, pois desconsidera a se os dados foram atualizados no momento em que foi iniciado o tratamento endodôntico. Também não foi realizada nenhuma verificação da veracidade das informações presentes no prontuário. Quanto à análise de radiografias,



essa foi realizada apenas com as radiografias iniciais do tratamento endodôntico e, por isso, pode não representar a totalidade de radiografias endodônticas realizadas pelos alunos de graduação, uma vez que durante o tratamento, são realizadas mais de uma tomada radiográfica. Todas as tomadas constituem registro importante da condução do tratamento endodôntico.

Com base nos resultados apresentados, observou-se que os registros referentes ao tratamento endodôntico estão sendo adequadamente realizados na clínica integrada. Apesar disso, itens importantes como a assinatura do TCLE, o plano de tratamento e o correto armazenamento de radiografias ainda precisam ser melhor abordados.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo, foi possível fazer um levantamento da tomada e do armazenamento de registros em endodontia. Na amostra estudada, observam-se, de modo geral, bons registros dos tratamentos endodônticos realizados. Contudo, houve um número significativo de TCLEs sem assinatura, radiografias faltantes e sem identificação, e falta de planos de tratamento anexados ao prontuário.

A partir dos resultados encontrados, sugerem-se mudanças na tomada e no armazenamento de registros em prontuários, a serem adotados pela instituição, tais como:

- a) estimular o preenchimento e assinatura de consentimentos e termos informados. Sendo o TCLE um documento obrigatório para o atendimento na FO-UFRGS, cabe ao aluno de clínica integrada indicar especificidades do tratamento, reportá-las ao paciente e assegurar-se de que o termo contemple estas informações;
- b) elaborar formas de instituir um adequado espaço para armazenamento da documentação radiográfica, com cartelas plásticas para que se disponham os exames radiográficos, contendo data de realização;
- c) salientar a importância da realização de um plano de tratamento pelos alunos de clínica integrada e orientá-los a armazenar uma cópia desse plano dentro do prontuário do paciente;
- d) planejar e implementar de um sistema eletrônico de armazenamento de dados, que considere as peculiaridades das informações obtidas durante as consultas odontológicas.

## REFERÊNCIAS

- American Academy of Pediatric Dentistry. Council Clinical Affairs. Guideline on record-keeping. *Pediatr Dent*. 2012;34(5):181-8.
- American Dental Association. *Dental records*. Chicago; 2007.
- Atkinson JC, Zeller GG, Shah C. Electronic patient records for dental school clinics: more than paperless systems. *J Dent Educ*. 2002;66(5):634-42.
- Australian Dental Association Inc. *Guidelines for good practice on consent for care in dentistry*. St Leonards; 2005.
- Brami J, Doumenc M. J. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. *J Eval Clin Pract*. 2002;8(2):175-81.
- Cerveira JGV. A legalidade dos documentos digitais. *Odontol Clín Científ*. 2008;7(4):299-302.
- Charangowda BK. Dental records: an overview. *J Forensic Dent Sci*. 2010;2(1):5-10.
- Conselho Federal de Odontologia. *Código de ética odontológica*. Brasília; 2012.
- Coyle YM, Mercer SQ, Murphy-Cullen CL, Schneider GW, Hynan LS. Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:383-8.
- Crawford JR, Beresford TP, Lafferty KL. The CRABEL score - a method for auditing medical records. *Ann R Coll Surg Engl*. 2001;83(1):65-8.
- Devadiga A. What's the deal with dental records for practicing dentists? Importance in general and forensic dentistry. *J Forensic Dent Sci*. 2014;6(1):9-15.
- Dosumu EB, Dosumu OO, Lawal FB. Quality of record keeping by undergraduate dental students in Ibadan, Nigeria. *Ann Ibd Pg Med*. 2012;10(1):13-17.
- Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:39-43.
- Hand JS, Reynolds WE. Dental record documentation in selected ambulatory care facilities. *Public Health Rep*. 1984;99(6):583-90.
- Jerrold L. Dental records as evidence. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2000;118(2):241-2.
- Kreich EM, Queiroz MGS, Sloniak MC. Controle de qualidade em radiografias periapicais obtidas no curso de Odontologia da UEPG. *UEPG Ci Biol Saúde*. 2002;8:33-45.
- Lawney M. For the record. understanding patient recordkeeping. *N Y State Dent J*. 1998;64:34-43.

Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Qual Saf Health Care*. 2002;11:15–18.

Lima LR, Lima Júnior GTA, Machado Filho JA, Freitas SAP. Avaliação da qualidade e do arquivamento de radiografias periapicais na clínica de endodontia da Faculdade NOVAFAP. *Odontol Clín-Cient*. 2010;9(4):355-8.

Lopes HP, Siqueira Jr JF, Elias CN. Acidentes e complicações em Endodontia. In: Lopes HP, Siqueira Jr JF. *Endodontia: biologia e técnica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

Maluf F, Carvalho GP, Diniz Júnior JC, Bugarin Junior JG, Garrafa V. Consentimento livre e esclarecido em odontologia nos hospitais públicos do Distrito Federal. *Ciênc Saúde Colet*. 2007;12(6):1737-46.

Mirza AM. Importance of Informed Consent In Dentistry. *Int Dent J Stud Res*. 2012;1(2):13-6.

Ng Y-L, Mann V, Gulabivala K. A prospective study of the factors affecting outcomes of nonsurgical root canal treatment: part 1: periapical health. *Int Endod J*. 2011;44:583–609.

National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. Knowing the risk: a review of the peri-operative care of surgical patients. [Internet]. NCEPOD; 2011. [acesso em 2015 nov 2]. Disponível em: [http://www.ncepod.org.uk/2011report2/downloads/POC\\_fullreport.pdf](http://www.ncepod.org.uk/2011report2/downloads/POC_fullreport.pdf)

National Radiological Protection Board (Great Britain). Guidance notes for dental practitioners on the safe use of X-ray equipment. Chilton; 2001.

National Radiological Protection Board (Great Britain). Guidelines on radiology standards for primary dental care. Documents of the NRPB. 1994; 5(3)1-57.

Oliveira DL, Yarid SD. Prontuário odontológico sob a ótica de discentes de Odontologia. *Rev Odontol UNESP*. 2014;43(3):158-64.

Paranhos LR, Salazar M, Ramos AL, Siqueira DF. Orientações legais aos cirurgiões-dentistas. *Odonto*. 2007;15(30):55-62.

Pessian F, Beckett HA. Record keeping by undergraduate dental students: a clinical audit. *Br Dent J*. 2004;197(11):703-5.

Pourasghar F, Malekafzali H, Kazemi A, Ellenius J, Fors U. What they fill in today, may not be useful tomorrow: lessons learned from studying medical records at the women hospital in Tabriz, Iran. *BMC Public Health*. 2008;8:139-46.

Silva AALS, França DCC, Aguiar SMHCA, Spadácio C, Daruge-Júnior E. Nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre a qualidade dos prontuários odontológicos para fins de identificação humana. *Rev Odontol Bras Central*. 2010;19(51):340-6.

Speidel TM, Jerrold L. Record keeping to avoid or defend lawsuits: a defense attorney's perspective. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2004;125(6):754-6.

Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1996.

Vier-Pelisser FV, Morgental RD, Fritscher G, Ghisi AC, Borba MG, Scarparo RK. Management of type iii dens invaginatus in a mandibular premolar: a case report. *Braz Dent J.* 2014;25(1):73-8.

Waring JJ. A qualitative study of the intra-hospital variations in incident reporting. *Int J Qual Health Care.* 2004;16(5):347-52.

Whaites E. *Essentials of dental radiography and radiology.* 4th ed. London: Elsevier; 2010.

Yu VSH, Messer HH, Shen L, Yee R, Hsu CS. Lesion Progression in Post-treatment Persistent Endodontic Lesions. *J Endod.* 2012;38(10):1316-21.

Zinman EJ. *Registros e responsabilidades legais na endodontia.* In: Hargreaves KM, Cohen S. *Caminhos da polpa.* 10th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

**ANEXO A - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ARQUIVOS, REGISTROS E  
SIMILARES**

À Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS

Declaro que o acesso e o uso do arquivo e/ou registro de prontuários de pacientes que foram atendidos na Faculdade de Odontologia da UFRGS está autorizado aos pesquisadores Francisco Montagner, Maria Beatriz Cardoso Ferreira e Gregório Oliva Tavares, com a finalidade da realização da pesquisa intitulada "PADRÃO DE REGISTRO DE PROCEDIMENTOS ENDODÔNTICOS EM PRONTUÁRIOS EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE GRADUAÇÃO – ESTUDO RETROSPECTIVO".

De acordo e ciente,

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Responsável pelo arquivo e/ou registro (assinatura, nome e CPF).

**(O original encontra-se assinado e anexo ao projeto submetido à COMPESQ-ODO e CEP/UFRGS)**

**ANEXO B - FORMULÁRIO PARA COLETA DOS DADOS**

PRONTUÁRIO NÚMERO |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

PACIENTE NÚMERO |\_\_|\_\_|\_\_|

**GRUPO 1 - DADOS PRÉVIOS AO TRATAMENTO (máximo 5 pontos)**

- |     |                                   |                              |                              |
|-----|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1.1 | Identificação pessoal do paciente | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 1.2 | Histórico médico                  | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 1.3 | Histórico odontológico            | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 1.4 | Registro dos exames iniciais      | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 1.5 | Plano de tratamento               | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 1.6 | Presença do formulário do TCLE    | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 1.7 | Assinatura do TCLE                | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |

**GRUPO 2 - DADOS REFERENTES À DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO POR SESSÃO**

SESSÃO DE TRATAMENTO | | | | |

Item	Critério	Pontuação		Peso	Total 1	Total 2
		Não	Sim			
2.1	Dente que está recebendo tratamento endodôntico	0	1	0,83	<b>0,83</b>	5
2.2	Abertura coronária	0	1		<b>0,83</b>	
	Remoção do selamento coronário					
2.3	Isolamento do campo operatório	0	1		<b>0,83</b>	
2.4	Localização dos canais/exploração	0	1		<b>0,83</b>	
	Sanificação					
	Odontometria					
	Preparo químico-mecânico					
	Remoção da medicação intracanal					
	Outro que indique sequência de tratamento					
2.5	Medicação intracanal	0	1	<b>0,83</b>		
	Obturação					
2.6	Selamento coronário	0	1	<b>0,83</b>		
2.7	Letra legível	0	1	1	<b>1</b>	5
2.8	Data de realização do procedimento	0	1	1	<b>1</b>	
2.9	Abreviaturas na descrição do procedimento	1	0	1	<b>1</b>	
2.10	Assinatura do aluno, do paciente e do professor	0	1	2	<b>2</b>	
	<b>TOTAL DE PONTOS</b>					<b>10</b>



**GRUPO 3 - DADOS REFERENTES À PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA**

- 3.1 Prescrição medicamentosa  NÃO  
 SIM  Completa  
 Incompleta

**GRUPO 4 - DADOS REFERENTES À OCORRÊNCIA DE ACIDENTES/COMPLICAÇÕES**

- 4.1 Registro de acidente/complicação  
 NÃO  
 SIM  Assinatura do paciente  
 Assinatura do aluno  
 Assinatura do professor  
 Assinatura do termo de consentimento  
 Previsão de acidente antes do tratamento

**GRUPO 5 - DADOS REFERENTES À ANÁLISE DAS RADIOGRAFIAS**

Escore	Qualidade	Critérios
1	Excelente	Sem erros decorrentes do preparo do paciente, exposição, posicionamento, processamento ou manuseio do filme.
2	Apropriada para diagnóstico	Alguns erros do preparo do paciente, exposição, posicionamento, processamento ou manuseio do filme, que não comprometem a utilização da radiografia para diagnóstico.
3	Não-apropriada	Erros decorrentes do preparo do paciente, exposição, posicionamento, processamento ou manuseio do filme, que impedem a utilização da radiografia para diagnóstico.

**ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES**

“Declaramos que temos conhecimento da Resolução 466/12, normatizadora da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e assumimos o compromisso de cumprir suas determinações no desenvolvimento da pesquisa”.

Francisco Montagner

Maria Beatriz Cardoso Ferreira

Regis Burmeister dos Santos

Simone Bonato Luisi

Gregório Oliva Tavares

Porto Alegre, 15 de março de 2015.

**(O original encontra-se assinado e anexo ao projeto submetido à COMPESQ-ODO e CEP/UFRGS)**

**ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES*****Padrão de registro de procedimentos endodônticos em prontuários da Clínica Odontológica de Graduação – Estudo retrospectivo***

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes, cujos dados serão coletados diretamente de prontuários, nos locais de coleta estabelecidos. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 15 de março de 2015.

Francisco Montagner

Maria Beatriz Cardoso Ferreira

Regis Burmeister dos Santos

Simone Bonato Luisi

Gregório Oliva Tavares

**(O original encontra-se assinado e anexo ao projeto submetido à COMPESQ-ODO e CEP/UFRGS)**