

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

TRINDADE JOANA DA SILVEIRA IGREJAS LOPES

**ODONTOSEMIO – FERRAMENTA ELETRÔNICA PARA O ENSINO
DE SEMIOLOGIA ODONTOLÓGICA.**

VOLTA REDONDA

2013

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

ODONTOSEMIO – FERRAMENTA ELETRÔNICA PARA O ENSINO
DE SEMIOLOGIA ODONTOLÓGICA.

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Aluna:

Trindade Joana da Silveira Igrejas Lopes

Orientadora:

Profa. Dra. Valéria Silva Vieira

VOLTA REDONDA

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tação Wagner - CRB 7/RJ 4316

T864o Lopes, Trindade Joana da Silveira Igrejas.
Odontosemio-ferramenta eletrônica para o ensino de semiologia
odontológica. / Trindade Joana da Silveira Igrejas Lopes. – Volta
Redonda: UniFOA, 2013.

117 p. : II

Orientadora: Valéria Silva Vieira
Dissertação (Mestrado) – UniFOA / Mestrado em ensino em ciências
da saúde e do meio ambiente, 2013.

1. Semiologia odontológica - dissertação. 2. Prontuário eletrônico.
3. Odontologia. I. Vieira, Valéria Silva. II. Centro Universitário de
Volta Redonda. III. Título.

CDD – 617.607

FOLHA DE APROVAÇÃO

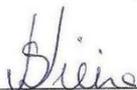
Aluna: Trindade Joana da Silveira Igrejas Lopes

**ODONTOSEMIO: FERRAMENTA PARA O ENSINO DE SEMIOLOGIA
ODONTOLÓGICA**

Orientadora:

Profa. Dra. Valéria da Silva Vieira

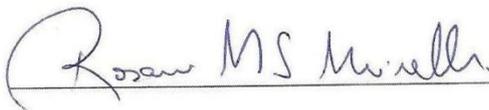
Banca Examinadora



Profa. Dra. Valéria da Silva Vieira



Prof. Dr. Jairo Conde Jogaib



Profa. Dra. Rosane Moreira Silva de Meirelles

Dedico este trabalho a Deus, a inteligência suprema, causa primária de todas as coisas, o princípio e fim de tudo, o Alfa e Ômega.

Aos meus pais amantíssimos, Sebastião Tavares da Silveira e Adelina das Chagas Silveira.

Ao meu esposo e amigo, Fernando Augusto Mello Igrejas Lopes, o amor da minha vida.

Aos meus professores.

Aos meus alunos.

AGRADECIMENTOS

Gratidão eterna ao Prof. Dr. Jairo Conde Jogaib, meu mestre e amigo, na Vida e na Escola de Odontologia de Volta Redonda.

A Profa. Dra. Valéria Silva Vieira, minha eterna gratidão pelo rigor científico e paciência, mas principalmente pela amizade e carinho sempre presentes em nossos encontros de orientação, que se iniciou como um filete de água vencendo os obstáculos do caminho fortalecendo e se avolumando até tornar-se também oceano assim como esta tese no meio científico.

Ao Prof. Dr. Marcelo da Silva Genestra *in memoriam* o meu primeiro orientador.

Aos demais orientadores: Prof. Dr. Adilson da Costa Filho e Profa. Dra. Márcia Ribeiro Braz.

Agradeço a todos os professores deste Mestrado.

RESUMO

O desafio do educador em odontologia é promover o desenvolvimento de habilidades elementares de diagnóstico para as atividades clínicas iniciais do estudante e, então, gradualmente, prepará-lo para uma demanda maior de problemas suscitados. O prontuário odontológico é de grande necessidade para o cirurgião dentista, pois registra a anamnese, a história passada das doenças orais, a necessidade de tratamento, assim como os procedimentos realizados. Desta forma, o objetivo geral deste trabalho foi de discutir a melhoria do processo ensino-aprendizagem da Disciplina de Diagnóstico Clínico/Semiologia do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, por meio da construção de um software educacional, um prontuário odontológico eletrônico, "OdontoSemio". A metodologia de desenvolvimento se baseou em modelos de literatura onde se delimitou quatro fases distintas: definição do escopo, planejamento, produção e posterior avaliação. Ao analisarmos o produto final deste trabalho, percebe-se que a construção de tal ferramenta, além de poder agilizar e facilitar o correto preenchimento do prontuário odontológico do paciente deverá ser principalmente, um facilitador do aprendizado de semiologia.

Palavras chave: Prontuário eletrônico; ensino em odontologia; semiologia odontológica

ABSTRACT

The challenge of a Dentistry professor is promoting the development of elementary abilities of diagnosis for students' initial clinic activities and then, gradually, get them prepared for a greater demand of arisen problems. The dental record is greatly necessary for the dental surgeon since it registers the anamnesis, the past oral sicknesses, the necessity of treatment and the previous procedures. The purpose of this paper is to discuss the improvement in the learning-teaching process of the discipline Clinic Diagnosis/Semiology of the dental major at Centro Universitário de Volta Redonda, through the development of an educational software, an electronic health record called OdontoSemio. The methodology was based on literature models in which four distinct phases were set: scope definition, planning, production and post-evaluation. When analyzing the final product of this work, it was noticed that the construction of that tool, besides being able to speed up and ease the accuracy of the electronic health record filling up, it must be mainly a tool to ease the Semiology learning.

Key-words: Electronic health record, dentistry teaching, dental semiology

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	12
2 INTRODUÇÃO	14
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
3.1. Semiologia e o Ensino em Odontologia	18
3.2. Exame Clínico e Anamnese	31
3.3. Prontuário Odontológico	39
3.4. Tecnologia no Ensino e o Preenchimento do Prontuário.....	47
4 OBJETIVOS	60
4.1. Objetivo Geral	60
4.2. Objetivos Específicos	60
5 METODOLOGIA	61
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
7 CONCLUSÃO	103
8 REFERÊNCIAS	105

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.....	66
FIGURA 2.....	67
FIGURA 3.....	68
FIGURA 4.....	70
FIGURA 5.....	71
FIGURA 6.....	72
FIGURA 7.....	73
FIGURA 8.....	74
FIGURA 9.....	75
FIGURA 10.....	76
FIGURA 11.....	77
FIGURA 12.....	78
FIGURA 13	79
FIGURA 14.....	80
FIGURA 15	81
FIGURA 16	82
FIGURA 17	83
FIGURA 18	84
FIGURA 19	85
FIGURA 20	85
FIGURA 21	86

FIGURA 22	86
FIGURA 23	87
FIGURA 24	88
FIGURA 25	88
FIGURA 26	89
FIGURA 27	90
FIGURA 28	91
FIGURA 29	92
FIGURA 30	92
FIGURA 31	93
FIGURA 32	94
FIGURA 33	94
FIGURA 34	95
FIGURA 35	96
FIGURA 36	97
FIGURA 37	98
FIGURA 38	99
FIGURA 39	100
FIGURA 40	101
FIGURA 41	102

LISTA DE SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

ATM - Articulação Temporomandibular

BPM - Batimento por minuto

CBPR - Computer-Based Patient Record

CES - Câmara de Educação Superior

CDC - Código de Defesa do Consumidor

CFM - Conselho Federal de Medicina

CFO - Conselho Federal de Odontologia

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

EMRS - Electronic Medical Record Systems

EX - Exemplo

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FIG - Figura

FOA - Fundação Oswaldo Aranha

IOM - Institute of Medicine

MB - Megabyte

MEC - Ministério da Educação e Cultura

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

TE - Tecnologia Educacional

POMR - Problem-Oriented Medical Record

PROINFO - Programa de Informática na Escola

RAM - Random Access Memory

RMRS - Regenstrief Medical Record System

SIC - Segundo Informação do Cliente

STOR - Time Oriented Record

TMR - The Medical Record Summary

UNIFOA - Centro Universitário de Volta Redonda

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi muito importante para mim enquanto pessoa e profissional, pois reafirmou o que sempre norteou a minha prática docente: que por maior seja o desenvolvimento da ciência, o instrumento diagnóstico, e muitas vezes terapêutico mais poderoso de que dispomos - e os estudos têm confirmado essa ideia - é a capacidade de pensar, perguntar, ouvir, sentir, olhar, tocar, examinar o paciente. Corroborando a necessidade do auto-aperfeiçoamento constante.

Passados trinta e seis anos de docência, ainda sou tomada de grande emoção ao observar o instante “quase mágico” quando a nova informação a ser decodificada pelo aluno se conecta com um conceito relevante já existente ou conhecido durante as aulas por nós ministradas. É o que representa para mim o aprendizado concretizado: o meu aprendizado sempre renovado, e o aprendizado do aluno nestes instantes, é iniciado. É a exteriorização da realização e contentamento em nós do aprendizado clínico.

Somos tomados por suave taquicardia, a nossa fisionomia resplandece diante da nova realidade do saber apreendido: o meu e o do aluno. Resplandecemos ao constatarmos que sem dúvida o que influenciou o aprendizado foi tudo aquilo que ele e eu já sabíamos. E nos tornamos células do incomparável corpo do saber apreendido, vivenciado e redescoberto em cada encontro clínico.

A experiência vivenciada ao longo de todos esses anos de docência no ensino de Odontologia nos tem sugerido que a teoria vem a rebote da prática. Sem dúvida, este trabalho contribuiu de maneira geral para meu enriquecimento cultural, a partir de pesquisas em biblioteca, no contato com profissionais que atuam na área de Semiologia e Informática, no encontro com historiadores e autores, as opiniões e sugestões colhidas em diálogo com alunos e professores.

Desta forma, os resultados obtidos com minha pesquisa ao longo do mestrado proporcionou um crescimento profissional que otimizou meu trabalho no ensino de Semiologia na instituição onde atuo como docente. Os itens pesquisados foram o histórico e o conteúdo dos prontuários, e a evolução do conteúdo

programático na disciplina Semiologia como também, os modelos de prontuários existentes, junto aos profissionais de Odontologia de outras instituições.

Reportando-me aos momentos de indecisão sobre qual o tema a ser abordado na conclusão deste mestrado, o meu objetivo principal foi traduzir em uma prática facilitada o idioma da ciência grafada ou impressa.

Assim, o resultado da pesquisa gerou uma ferramenta, que visa proporcionar um melhoramento das disciplinas que abordam o ensino de Semiologia em cursos de Odontologia, atuando diretamente no aperfeiçoamento deste Ensino e na implementação de aulas e roteiro sistematizado para futuras práticas profissionais.

Esta ferramenta buscou unir a tecnologia à teoria, tornando o aprendizado mais significativo. Seu conteúdo teórico compactado oferece maior eficiência de informação em menor tempo, otimizando o conteúdo prático necessário para o início do atendimento clínico pelo paciente. Desta forma, esta ferramenta consequentemente, agilizará o processo ensino-aprendizagem.

2 INTRODUÇÃO

A teoria da Disciplina Diagnóstico Clínico/Semiologia se baseia em dados do prontuário odontológico, que envolve os aspectos de saúde geral e bucal assim como dados referentes à vida pessoal do paciente, pregressa e atual, para que desta forma, seja possível diagnosticar e prevenir possíveis lesões. Estes dados do prontuário são colhidos na prática do exame clínico do paciente, que servirão de base juntamente com o apoio de referências bibliográficas pertinentes à temática, na literatura médica e odontológica, para que o profissional de Odontologia possa realizar com segurança e eficácia o seu atendimento clínico. Ressaltamos que todas essas etapas são ministradas para os alunos do 4º período da Disciplina Diagnóstico Clínico/Semiologia, para que estes, junto aos seus pacientes, realizem orientações sobre prevenção e manutenção da saúde bucal, e, em caso de necessidade observada no exame clínico, o paciente será encaminhado para o devido atendimento Odontológico.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, do Conselho Nacional de Educação - Câmara de Educação Superior, resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002, a Semiologia está inserida no item III do art. 6º, em Ciências Odontológicas onde incluem-se os conteúdos teóricos e práticos de propedêutica clínica. Nestes conteúdos serão ministrados conhecimentos de Patologia Bucal, Semiologia e Radiologia. Os conteúdos essenciais são relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional.

De acordo com Grispan (1975), a Semiologia é a arte e a ciência do diagnóstico e tudo o que seja útil a tal fim deverá ser analisado, inclusive investigações de laboratório que são absolutamente necessárias para ratificar ou retificar um diagnóstico clínico. Seu aprendizado se constitui no estudo dos métodos de exame clínico que permite o reconhecimento e coleta dos sinais e sintomas objetivos das alterações encontradas no campo bucomaxilofacial.

Ao mesmo tempo, o estudo da Semiologia deve conduzir o examinador à obtenção das informações gerais da saúde do paciente, além da correta anotação

destes dados do paciente no prontuário odontológico. Ramos Jr. (1971) afirma que os objetivos da observação clínica são o diagnóstico e o prognóstico para a consecução adequada do planejamento terapêutico, assim, não pudemos encontrar melhor definição de Semiologia que a proposta por Vieira Romeiro (1983):

“conceitua Semiologia como sendo “o tratado ou estudo dos métodos de exame clínico. Perquire os sinais e sintomas da doença, discute seu mecanismo e valor, coordena e sistematiza todos os elementos para construir o diagnóstico e como consequência deduzir o prognóstico”. É composta de três partes: Semiotécnica, a técnica de pesquisar os sinais e sintomas e se resolve na arte de explorar. A Propedêutica clínica que absorve os dados colhidos pela Semiotécnica, os quais, após analisados e criticados no seu valor intrínseco, servem para especificar o diagnóstico, presumir o prognóstico e tratamento. E Semiogênese que estuda os mecanismos formadores dos sinais e sintomas em seus mínimos detalhes (etiofisiopatogenia).”

Tommasi (1977) comenta que a prática de atendimento clínico, de elaboração do diagnóstico com base na observação clínica e dados laboratoriais, tem sido o objetivo primeiro da Semiologia. Relata também que a finalidade e objetivo da Semiologia é obter detalhadas informações e, executar minucioso preenchimento do prontuário, para elaboração do diagnóstico, do prognóstico e o correto planejamento terapêutico. Portanto, é fundamental que o aluno de odontologia saiba colher, interpretar adequadamente e registrar os dados semiológicos que integram o prontuário do paciente. Tal documento, além de ser uma radiografia de cada paciente, poderá funcionar, também, em casos futuros, de respaldo legal para o profissional cirurgião dentista, para a Instituição de ensino e para o próprio paciente.

O Prontuário em papel usado desde a antiguidade segundo GINNEKEN (1995) e BEMMEL (1997), desde o século V. De acordo com a literatura (GINNEKEN,1995; BEMMEL,1997; MÜLLER, 2008) foi Hipócrates que estimulou os médicos a fazerem seus registros por escrito, essas anotações, ao longo do tempo, sofreram diversas transformações, principalmente no último século, quando foi sistematizado. Com a evolução da Informática nos hospitais, nasceu o Prontuário Eletrônico do Paciente, com o objetivo de melhorar a eficiência e organização do armazenamento dos dados.

A informatização dos dados surgiu com a promessa de não só substituir o prontuário em papel, mas também elevar a qualidade da assistência à saúde através de novos recursos e aplicações (MCDONALD e BARNETT, 1990; DEGOULET e FIESCHI, 1997; VAN GINNEKEN e MOORMAN, 1997).

Dentro da Clínica de Odontologia do UniFOA, existe um formulário próprio para o registro de dados clínicos dos pacientes atendidos. Este formulário existe desde o ano de 1975 e, sua primeira atualização foi no ano de 2001, para adequar-se aos parâmetros curriculares. Em face da heterogeneidade do exercício da Odontologia no Brasil e dos constantes avanços científico-tecnológicos nesta área, percebemos a necessidade de nova atualização deste instrumento. Na Disciplina Diagnóstico Clínico/Semiologia, do curso de Odontologia do UniFOA, percebeu-se as dificuldades do graduando em colher, analisar e criticar os dados coletados na prática do exame clínico odontológico. Este fato, a dificuldade na coleta de dados, poderá acarretar a fragmentação e a desvalorização de informações importantes neste contexto.

Ao encontro dessas necessidades, propomos como **objetivo geral** deste trabalho discutir a melhoria do processo ensino-aprendizagem da Disciplina de Diagnóstico Clínico/Semiologia do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, por meio da construção de um software educacional, um prontuário odontológico eletrônico, “OdontoSemio”.

A **metodologia** utilizada para este trabalho foi uma revisão teórica da literatura, e, revisão de documentos, baseados nesta literatura, de prontuários sistematizados, como o do Conselho Federal de Odontologia (2004). Com base nesses documentos, alicerçados no prontuário existente no UniFOA, utilizado no ensino de Semiologia e na Clínica de Odontologia da mesma instituição, propõe-se um protótipo de prontuário eletrônico para o ensino de Semiologia (OdontoSemio).

Para tanto, o **produto** final desta dissertação, o software educacional (prontuário odontológico eletrônico) com suas informações compactadas, se mostra como uma eficiente Ferramenta Eletrônica para o Ensino de Semiologia Odontológica, agiliza e facilita o correto preenchimento do prontuário odontológico

do paciente. Desta forma, poderá ser um facilitador do aprendizado de semiologia e dos objetivos da Disciplina de Diagnóstico Clínica/Semiologia, que preconiza:

“o aprendizado dos fundamentos básicos e da evolução no conceito de exame e diagnóstico do paciente como um todo, das técnicas de exploração clínica e laboratorial possibilitando prevenção e diagnóstico precoce e compreensão dos componentes curriculares para organização de autoaprendizagem de forma individual.” (ementa da Disciplina Clínica/Semiologia do curso de Odontologia do UniFOA).”

Tommasi (1977) conclui que “para Skinner, aprender é mudar o comportamento e, em nosso caso, é assumir uma atitude favorável para com os problemas da Semiologia e Estomatologia Clínica. É examinar o paciente como um complexo bio-psico-social; é estudar e procurar seu próprio aperfeiçoamento; é sedimentar uma filosofia preventiva, é diagnosticar para depois tratar e é, finalmente, sentir o quão importante é saber dizer não sei”.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Semiologia e o Ensino de Odontologia

De acordo com Vieira Romeiro (1983) e Grispan (1975), a Semiologia é a ciência e arte do diagnóstico, é o tratado ou o estudo dos métodos de exame clínico; pesquisa os sintomas e sinais da doença, discute seus mecanismos e valores, coordena e sistematiza todos os elementos para construir o diagnóstico e deduzir o prognóstico.

No relato sobre o histórico da origem dos sinais, dos sintomas, e das doenças, autores como Porto (2008), Camargo & Oliveira (2007) relembram que na época áurea da civilização grega, Hipócrates (Hipócrates de Cós, médico grego, que viveu no período de 460^a. 375^a a.C.), baseado nos escritos egípcios e babilônicos e em sua larga experiência, descreveu muitas doenças, seus sinais e sintomas, bem como a melhor forma de tratá-las. Hipócrates achava que a doença era consequência de fatores naturais, como o clima e os alimentos. Portanto, o tratamento deixava de ser por magia, encantamentos e orações, segundo o pensamento vigente nesta época. Cerca de 400 anos mais tarde, Celsus (Aulus Cornelius Celsus, escritor romano, 30 a.C – 38 d.C) divulgou, em latim, os conhecimentos da época sobre a doença. Ele descreveu os quatro sinais cardinais da inflamação: dor, rubor, tumor e calor. Galeno (Claudius Galenus de Pérgamo, médico grego estabelecido em Roma, 131 d.C. 201 d.C.) sistematizou, de forma completa e autorizada, os conhecimentos médicos de então. Seus conceitos difundiram-se pelo Império Romano e “cristalizaram” os conhecimentos sobre as doenças. Assumia-se que a verdade estava em Galeno e que todo o resto deveria ser abolido e esquecido, e por foi isso que, por cerca de mil anos, os conhecimentos médicos estacionaram. Mas foram os anatomistas que, dissecando cadáveres, encontraram as alterações que correlacionaram com os sintomas das doenças.

Camargo & Oliveira (2007) citam a importância da publicação em 1878 de Louis Pasteur, (microbiologista francês, 1822-1895) intitulada “A teoria dos germes e

sua aplicação à medicina e cirurgia”; e as descobertas de Koch (Heinrich Herrmann Robert Koch), médico e microbiologista alemão, 1843-1910), demonstrando que muitas doenças eram causadas pela invasão no corpo de microorganismos. Além disso, a demonstração de que agentes microbianos produzem doenças no homem e podem ser transmitidas a animais permitiu a realização de experimentos sobre doenças infecciosas.

Manço (2004) cita que Foucault defende que a história do conhecimento é descontínua e as mudanças do que ele denomina a épistémé (episteme) não se sucedem de maneira contínua, mas por rupturas, e sugere uma análise não convencional das mudanças do conhecimento humano e do modo de pensar que influenciaram o modelo de clínica médica e do exame clínico, que de certa forma, chegou aos nossos dias.

Relembrando Hipócrates, é importante ressaltar que há cerca de 2500 anos ele examinava seus pacientes, utilizando-se da Anamnese e do Exame Clínico, quase que exclusivamente pela inspeção e palpação do corpo humano. Segundo Porto (2008), coube a Hipócrates sistematizar o método clínico, dando à Anamnese e ao Exame físico - este basicamente apoiado na inspeção e na palpação - uma estruturação que pouco difere da que se emprega hoje. Manço (2004) diz que no exame clínico dos dias atuais, pelo menos quando executado no ambiente de uma escola médica, também são empregadas as técnicas da Anamnese e do Exame Físico.

Sobre o histórico da Odontologia, Mc Colhum in Genovese (1992, p. 19), cita que “a Odontologia nasceu escrava, uma escrava de seus procedimentos mecânicos”. A habilidade mecânica e destreza digital dominaram por muito tempo o campo do pensamento e a atividade do cirurgião dentista. Tommasi (1977) relembra que no passado a competência técnica do profissional e sua capacidade artesanal dirigiam o ensino da Odontologia.

Bevilacqua (2000) reconsidera com veemência a importância do passado da Semiologia, utilizando a seguinte analogia:

“A época em que o presente ocupava seu tempo para avançar para o futuro apoiando-se no passado, na fidelidade às tradições constituídas da cultura e

da vida social. A história se desenvolvia no ritmo lento de uma inteligibilidade imanente do devir. Esta continuidade não existe mais, a aceleração do desenvolvimento técnico, cultural e social é um sinal dos tempos que vivemos. As coisas mudam tão depressa que nem mesmo temos tempo de tomar consciência da passagem das transformações verificadas. E que Percurso semelhante tem sido destinado à Semiologia nos últimos 20 anos. Agraciada, ainda hoje, com designações de carinhosa importância, tais como a "princesa da arte de examinar", nem sempre lhe tem cabido destaque devido nas propostas curriculares. Poucos negam sua proeminência na formação médica quando o tema é tratado em colóquios, conferências e congressos; quando, por outro lado, conferimos a grade curricular dos cursos médicos, a surpresa contraditória é espelhada nos seguintes fatos: a) o nome Semiologia (ou Clínica Propedêutica Médica) ou inexistente ou é de aparecimento pálido; b) o conteúdo da Semiologia acha-se incorporado a outras disciplinas com nomenclaturas mais "modernas"-Clínica Médica I, Introdução à Clínica Médica, Introdução ao Exame Clínico, etc. - retirando-lhe a personalidade (você, Professor, imagine-se chamado por "psiu" em sala de aula); c) diminuição gradativa e sistemática do tempo destinado ao aprendizado da Semiologia. Some-se ao exposto a persistente transferência da docência semiológica para professores jovens, pouco experientes, vez que os mais velhos e qualificados estão mais interessados na pós-graduação ou em suas linhas de pesquisa. Como o ensino da Semiologia exige desenvoltura no relacionamento médico-paciente, nada substitui a experiência do exercício médico como transmissora de mudanças comportamentais dos alunos. Trava-se aqui o conhecido conflito conhecido como "a teoria na prática é outra", onde o discurso técnico, se confrontado com o exercício profissional, transforma-se em falácia pedagógica".

Contudo, Tommasi (1977) comenta que apesar do despertar científico da Odontologia, conseqüente a era da infecção focal, e da imensa responsabilidade do cirurgião dentista no contexto das profissões da saúde, especialmente em nosso meio, a Odontologia se arrastou sob a filosofia artesanal durante muito tempo. E, assim, a Semiologia porta-se como uma disciplina nova no contexto da Odontologia no Brasil. A Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo foi criada em 1934, em 1957 instituía-se a Disciplina de Propedêutica Clínica, em 1963 a Disciplina de Diagnóstico Bucal, e somente em 1970, a atual Disciplina de Semiologia.

Fundamentados na conceituação de Semiologia, proposta por Vieira Romeiro (1983), nos limites extremamente amplos citados por Burket (1973), no qual não se constituem em barreiras de atuação profissional, mas em metas a ser atingidas por uma profissão, Tommasi (1977), estabelece os objetivos do ensino de Semiologia. Estes são estruturados sob a forma de conhecimento que o aluno deve adquirir habilidades que deve desenvolver e atitudes que deve assumir. Para o autor antes de qualquer experiência didática, o professor deve responder aos seguintes quesitos:

1. O que devo ensinar?
2. Como e quando saber se realmente ensinei?
3. Quais os recursos e procedimentos mais adequados para ensinar o que desejo?

Pensando sobre o primeiro tópico, o ensino da Semiologia Odontológica, na literatura, se constitui no estudo dos métodos de exame clínico que permite o reconhecimento e coleta dos sinais e sintomas objetivos das alterações encontradas no campo bucomaxilofacial. Ao mesmo tempo, a Semiologia deve conduzir o examinador à obtenção das informações gerais da saúde do paciente além da correta anotação destes dados do paciente no prontuário odontológico, com a finalidade de elaborar o diagnóstico, o prognóstico e o correto planejamento terapêutico (BORAKS,1999).

Segundo Secco & Pereira (2003) a análise dos processos de mudança no ensino de Odontologia, ao longo do século XX, permite constatar que estes não ultrapassaram as preocupações técnicas de uma prática profissional altamente sofisticada e elitista. A necessidade da qualificação docente, não chegou a gerar desafios no contexto acadêmico da área, marcado pelo ideário do professor como profissional liberal bem-sucedido – condição, até recentemente, suficiente para legitimar a competência didático-pedagógica do professor de Odontologia.

Segundo Chaves (1986), a educação odontológica é um processo contínuo que objetiva produzir profissionais capazes de manter ou restaurar o estado de saúde da cavidade bucal. Esta educação necessita produzir eficientemente um

número suficiente de profissionais, qualificados, capazes de prestar serviços odontológicos dentro de um perfil adequado de custo-benefício (CHAVES 1986).

Portanto, o educador em odontologia tem o desafio de promover o desenvolvimento de habilidades elementares de diagnóstico para as atividades clínicas iniciais do estudante e, assim, prepará-lo para uma demanda maior de problemas suscitados. No entanto, o estudante tem um dilema, a excessiva carga de conhecimentos a serem integrados e aplicados para avaliação geral de cada paciente e seu padrão de saúde bucal. Mas se este consegue solucionar tal dilema, permite-se planejar o tratamento apropriado (COLEMAN, 1996).

Segundo Secco & Pereira (2004) a análise dos processos de mudança no ensino de odontologia, ao longo do século XX, permite constatar que estes não ultrapassaram as preocupações técnicas de uma prática profissional altamente sofisticada e elitista. A necessidade da qualificação docente, não chegou a gerar desafios no contexto acadêmico da área, marcado pelo ideário do professor como profissional liberal bem-sucedido – condição, até recentemente, suficiente para legitimar a competência didático-pedagógica do professor de Odontologia.

Secco & Pereira (*apud* PERRI DE CARVALHO, 2001) relatam que somente no início dos anos 70, com a implementação dos cursos de pós-graduação e as exigências de titulação para a carreira universitária, obtidas em tais cursos e em concursos públicos, começa a se questionar a formação docente daqueles que comumente não receberam o mínimo de formação pedagógica e, como decorrência, apresentam dificuldades no exercício desta atividade que requer uma abordagem múltipla e complexa do processo ensino-aprendizagem. Comentam ainda que pressionados pelas Diretrizes Curriculares, desde o final de 2001, e pelo debate sobre qualidade e avaliação que se colocam em âmbito internacional, os cursos de odontologia começam a buscar caminhos que respondam a esses desafios: construção do Projeto Pedagógico do curso, mudanças curriculares e profissionalização do trabalho docente.

Tal literatura encontra-se apoiada em termos legais, em conformidade com o Conselho Nacional de Educação, temos o art. 6º que ressalta (CNE/CES 3/2002):

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Odontologia.

II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.

III - Ciências Odontológicas – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de:

a) propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia;

b) clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais; e

c) odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.

No entanto, segundo Tommasi (1977), uma tentativa de responder aos outros dois questionamentos nossos objetivos se frustraria principalmente no que diz respeito a conhecimentos e habilidades.

No passado, a competência técnica do profissional e sua capacidade artesanal dirigiam o ensino da Odontologia que só pôde ser aceita no contexto universitário quando as fases diagnóstica, preventiva e terapêutica da profissão se tornaram biologicamente orientadas (Tommasi, 1977). Corroborando com a necessidade desta contextualização, Marcucci (2005) cita que a Odontologia, no passado, era técnica e artesanal, mas, em 1920, após a conceituação de infecção

focal, iniciou-se o despertar científico. Apesar dos desastres terapêuticos que promoveu, chamou a atenção da Medicina e, especialmente da Odontologia, para as inter-relações entre doenças buco-dentais e sistêmicas.

A esse respeito, comenta Genovese (1992), que Burket (1958), posiciona a “era da infecção focal”, considerando-a o marco inicial do desenvolvimento da Odontologia como verdadeiro serviço de saúde. Afirma que a região anatômica, sob a responsabilidade da Odontologia, não costuma ser abarcada pelo médico nem estudada por nenhuma especialidade dedicada às doenças das estruturas situadas nas vizinhanças da boca. Acredita então, ser de responsabilidade do cirurgião dentista o estudo, diagnóstico, prevenção e, freqüentemente, o tratamento dos seguintes itens:

1. Doenças dos tecidos mineralizados e não mineralizados dos dentes.
2. Doenças dos tecidos de suporte e proteção dos dentes.
3. Doenças limitadas aos lábios, língua, mucosa bucal e glândulas salivares.
4. Lesões bucais e dos órgãos contidos na boca como parte dos estados mórbidos generalizados.

Por outro lado, o especialista deve proporcionar ao paciente a melhor atenção, conhecendo as doenças de todo o organismo que possam modificar ou constituir uma contra-indicação para certas formas de tratamento odontológico mesmo que tais processos não originem lesões bucais características.

Garrafa & Rosa (1974) citam que a prática na observação clínica e dados laboratoriais, tem sido o objetivo primeiro da Semiologia. Assim, posicionando um campo de ação, tornam-se extremamente oportunas as palavras de Fonseca (1974):

“O cirurgião dentista como membro de uma Profissão de Saúde, tem a responsabilidade ética de fundamentar a sua atuação profissional em conhecimentos sempre atualizados, os quais lhe permitam cada vez melhor interpretação dos aspectos patológicos com que se defronta, bem como cada vez mais eficaz prevenção e adequado equacionamento terapêutico dos mesmos. Para tanto, faz-se mister contínua reavaliação das condutas que vem adotando e, conseqüentemente, freqüentes modificações em tais

condutas, consubstanciadas na adoção de novas técnicas, de novos equipamentos e materiais, além da incorporação de novas drogas ao seu arsenal terapêutico, bem como a judiciosa utilização das mesmas”.

Marcucci (2005) e Vieira Romeiro (1983) acordam em que a Semiologia é composta de três partes: Semiotécnica, a técnica de pesquisar os sinais e sintomas e se resolve na arte de explorar; a Propedêutica Clínica que absorve os dados colhidos pela Semiotécnica, os quais, após analisados e criticados no seu valor intrínseco, servem para especificar o diagnóstico, presumir o prognóstico e tratamento; e, a Semiogênese que estuda os mecanismos formadores dos sinais e sintomas em seus mínimos detalhes (etiofisiopatogenia).

Tommasi (1977) concordando com as afirmações de Marcucci (2005) e, de Vieira Romeiro(1983), complementa que Semiotécnica é a parte da Semiologia que estuda as técnicas de obtenção dos sinais e sintomas das doenças. O sinal constitui-se em elementos clínicos que o profissional pode perceber por meio de seus sentidos naturais. Se os sentidos são utilizados na sua obtenção, os métodos serão: inspeção, palpação e auscultação. O paladar e o olfato raramente são usados na clínica, apesar de que em certas doenças o hálito do paciente pode apresentar odor característico, como no caso do cetônico do diabético descompensado. Em outras doenças, o próprio exala um odor particular, decorrente da decomposição tecidual nas lesões que apresenta. É o “cheiro de ninho de rato” do paciente com pênfigo foliáceo (Vieira Romeiro, 1983). Observa-se aqui que pênfigo foliáceo, na literatura, é conceituado como uma doença dermatológica autoimune, uma forma superficial e menos grave do pênfigo, que geralmente se desenvolve em pessoas de meia idade, começando como áreas localizadas de eritema com evolução eventual para descamação, crostas e, ocasionalmente bolhas que coçam ou queimam no couro cabeludo, face, porção superior do tronco e costas. Contudo, as lesões orais são vistas apenas raramente. (Regezi e Sciuba, 2000).

Em muitas ocasiões, o profissional utiliza meios físicos ou químicos para ampliar a percepção dos sinais. Com essa finalidade se aplica o estetoscópio, o estomatoscópio, lupas, luz (transiluminação), corantes químicos como o azul de toluidina, os evidenciadores de placa bacteriana e outros.

Vieira Romeiro (1983) relata que os sinais são, portanto, dados clínicos objetivos. Os sintomas, ao contrário, são subjetivos: não podem ser percebidos pelos sentidos naturais do profissional e deverão ser relatados pelo paciente, e em casos especiais, pelo seu responsável. Contudo, caberão ao cirurgião dentista a avaliação e valorização clínica dos sintomas relatados. A dor, por exemplo, é o mais clássico dos sintomas; no entanto, terá que ser quantificada e qualificada pelo profissional para ter valor clínico. Com essa finalidade se estudam: intensidade da dor, se constante ou intermitente, duração, fenômenos que desencadeiam e amainam localização, irradiação, quando se manifestou pela primeira vez e outros dados. Essa avaliação profunda e sistemática dos sinais e sintomas justifica a crítica que muitos fazem aos questionários impressos em ficha clínica que, freqüentemente, levam o profissional menos avisado a anotar apenas o sim ou não da resposta sem a exploração necessária de cada uma.

Tommasi (1977) comenta a definição de Vieira Romeiro que é ampla e se aplica de maneira notável a qualquer curso de Semiologia. Contudo, particularidades próprias do currículo odontológico podem modificar alguns propósitos da Semiologia. Como toda escola da área de saúde, o currículo odontológico fundamenta-se em um ciclo básico, um pré-clínico e outro clínico. Podemos afirmar que o ciclo básico se destina ao conhecimento do indivíduo normal sob o ponto de vista anatômico e funcional, objetivando o conhecimento patológico. Portanto, o fulcro do ciclo básico destina-se ao conhecimento geral da patologia humana e ao específico da patologia buco-dental.

O ciclo pré-clínico, períodos iniciais da graduação, no entanto, definirão o profissional que a escola pretende formar. O ensino, para esses períodos, deve ser direcionado com o desenvolvimento cultural, econômico e técnico-científico de acordo com o entorno que a escola está inserida, ou seja, visando atender, principalmente, as necessidades sanitárias dessa comunidade e de comunidades vizinhas. Novamente a literatura se encontra em conformidade com o Conselho Nacional de Educação, como é explicitado no Art. 5º (CNE, 2002):

“A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe.

CNE. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 04 de março de 2002. Seção 1, p. 10.”

Então, além do conhecimento do organismo como um todo, ele (o profissional formado em Odontologia) deverá conhecer o meio social onde o indivíduo (seu paciente) está inserido.

Extrapolando as palavras de Ramos Jr. (1971): “o cirurgião dentista deve estudar Odontologia no sentido do conhecimento integral do corpo e da alma”. Deve entender o indivíduo como um complexo bio-psico-social e trabalhar no sentido mais amplo da conceituação de saúde que corresponde exatamente ao bem estar físico, psíquico, e social. No entanto, a própria distribuição pedagógico-didática do currículo odontológico, predominantemente tecnológica, falha na consecução de seus objetivos mais amplos. A Odontologia por si, já é uma especialidade dentro da Medicina e muitas disciplinas ainda se julgam escolas dentro de uma especialidade.

Além dessa imensa responsabilidade, no entanto, a Odontologia ainda apresenta um conteúdo programático específico que corresponde ao estudo das lesões da boca, complexo maxilomandibular e órgãos anexos como parte de estados mórbidos generalizados e das doenças que possam modificar ou constituir uma contraindicação aos recursos terapêuticos, mesmo que tais processos não originem lesões bucais características. Não é sem razão que os norte-americanos usam a denominação de Medicina Bucal e que entre os cirurgiões dentistas de todo o Brasil, apesar de esporádicos, movimentos têm sido realizados visando apagar a falida noção de Odontologia artesanal, cosmética. (TOMMASI,1977).

O cirurgião dentista tem orgulho e profundo respeito por seu título, e não será sua substituição por qualquer outro que irá modificar seu prestígio na comunidade ou a qualidade dos serviços que poderá prestar, mas sim o reconhecimento de que todos os ensinamentos ministrados correspondem aos conhecimentos da atualidade, sendo, portanto mutáveis e de que a investigação científica e o próprio aperfeiçoamento são os únicos caminhos ao engrandecimento da profissão. (TOMMASI,1977).

Corroborando com a ideia da importância do profissional de Odontologia, Tommasi (1977) e Burket (1973) acreditam que a compreensão de médicos e

dentistas com relação às limitações e habilidades de ambos seja o caminho no qual respeito e compreensão mútua poderão oferecer ao paciente um serviço de saúde do mais alto nível.

Bevilacqua (2000) lembra que no passado, os mestres fundadores da Semiologia, eram atentos observadores, porque contavam apenas com seus próprios sentidos para a elaboração diagnóstica, por isso eram mais bem treinados para ver, escutar, palpar e até mesmo cheirar. Este primitivo instrumental serviu como fundação do edifício semiológico que se desenvolveria ao longo dos tempos. Os médicos dessa época formavam-se tal quais artesões saídos de oficinas onde, ao lado dos mestres, lhes seguiam os passos e observavam, atentos, a arte da prática médica, o que representa, até hoje, o mais recomendável processo ensino-aprendizado. Não é difícil imaginar, retroagindo-se no tempo, que o Exame Clínico de então haveria de ser minucioso e acurado. (BEVILACQUA, 2000).

Ramos Jr. (1971) cita que os objetivos da observação clínica são o diagnóstico e o prognóstico para a consecução adequada do planejamento terapêutico. Pensando nesses sinais da observação clínica, Tommasi (1977), alega que os mesmos constituem-se em elementos clínicos que o profissional pode perceber por meio de seus sentidos naturais, são dados clínicos objetivos, e, os sintomas, são subjetivos. Contudo, caberão ao cirurgião dentista a avaliação e valorização clínica dos sintomas relatados.

Para Genovesi (1985), emprega-se o termo sintoma, de forma ampla e generalizada, para se caracterizar qualquer manifestação mórbida, estes são percebidos apenas pela pessoa doente, como dor, ansiedade, mal-estar, alucinação, sensação de vertigem, e outros. É sentido pelo doente sem que o profissional perceba ou comprove, sendo revelado na Anamnese ou interrogatório. Já as manifestações objetivas das doenças são observadas pelo profissional ou por ele provocadas, como tosse, alterações de cor da mucosa, cárie, ruídos anormais.

Prabhu (2004) reafirma que uma compreensão das doenças orofaciais é essencial para o processo de tratamento efetivo da saúde oral. Portanto, os alunos de graduação em Odontologia necessitam de informações relevantes como uma base sobre a qual possa construir tal entendimento. Zegarelli et al. (1982) citam que

a análise do significado da palavra diagnóstico e a pormenorização dos vários métodos e procedimentos usados no esforço de estabelecer a identificação final de uma doença ou anormalidade são importantes, especialmente para os estudantes. Afirmando que o diagnóstico não é apenas a capacidade do clínico de detectar ou notar a presença de uma anormalidade, pois a simples verificação de um desvio do normal não revela conhecimento ou capacidade de identificar o processo patológico que o causou.

Sonis, Fazio e Fang (1996) opinam que o estabelecimento do diagnóstico oral, com frequência, não é difícil, particularmente quando a patologia envolve doença dentária crônica ou doença periodontal, flagrantemente reconhecível. Contudo, a complexidade da patologia oral básica, obriga o dentista a abordar com cautela o diagnóstico de condições menos evidentes como as lesões orais que requerem identificação e frequentemente, não são primárias nem limitadas à boca. Sendo que algumas vezes, representam manifestações locais de doenças sistêmicas. Como é impreciso, faz-se necessária a avaliação completa do paciente para o diagnóstico correto. Deve-se compreender que os diagnósticos mais difíceis, seja na região orofacial ou em qualquer outra parte, não resultam de lampejos de inteligência, mas sim da assimilação meticulosa e sistemática de um conjunto complexo de informações do paciente.

Zegarelli et al. (1982) elege o diagnóstico clínico um dos mais simples e mais comumente usado dentre o inúmeros métodos e procedimentos utilizados na feitura de um diagnóstico correto, pois é a identificação de uma doença baseada apenas na observação e avaliação dos sinais e sintomas da entidade mórbida, pela inspeção ou palpação, sem recorrer a qualquer outro dado ou informação. Assim, o estudante e o clínico precisam compreender que sua utilização deve limitar-se à identificação daquelas doenças cujas características são específicas, nas quais os sinais são patognomônicos (por si só, pelas suas características levam ao diagnóstico) ou os casos em que o processo patológico tenha pouca ou nenhuma semelhança com qualquer outro.

Genovese (1992) considera que o diagnóstico é deduzido associando a análise dos sinais e sintomas obtidos no exame clínico aos subsídios fornecidos pelos exames complementares, que permitem julgar estes sinais e sintomas,

valendo-se de uma coordenação e sistematização, pode-se chegar a uma definição de Diagnóstico como a arte de reconhecer ou identificar as doenças através de seus sinais e sintomas. Segundo Sonis, Fazio & Fang (1996), que mesmo que a avaliação cuidadosa não revele o diagnóstico preciso de uma lesão, oferece geralmente indicação para estudos complementares, tais como: exame bacteriológico, exames de laboratório, biopsias ou consultas a outros profissionais.

Sonis, Fazio & Fang (1996) fazem considerações no intuito de ajudar a amenizar a sensação de ansiedade e inadequação que todos os dentistas sentiram ao lidar com o diagnóstico:

“o número de doenças que afetam a boca é limitado, e a maioria das lesões pertence a um número reduzido de categorias diagnósticas, tais como: lesões brancas, ulcerações, vesículas, tumores ou lesões pigmentadas. As demais são raras e desafiam até mesmo o mais hábil especialista em diagnóstico. Segundo, quase todas as lesões orais podem ser diagnosticadas pelo exame histopatológico: a biópsia provavelmente é o exame de laboratório mais eficaz para o diagnóstico. Terceiro, errar não é pecado. Os únicos indivíduos que nunca cometem erros de diagnóstico são aqueles que jamais vêem lesões bucais.”

Assim, se reconhece a importância da Semiologia e seu ensino no curso de odontologia, ele está diretamente relacionado à importância do exame clínico, posto que a Semiologia é o estudo dos métodos para a realização do exame clínico, que pesquisa os sintomas e os sinais da doença através da observação clínica. E os objetivos da observação clínica são o diagnóstico e o prognóstico, necessários para a consecução adequada do planejamento terapêutico.

Com a evolução da biotecnologia, muitas "verdades" semiológicas transformaram-se em imperfeições hoje inaceitáveis. Paralelamente, e especialmente no terreno da imaginologia e das endoscopias, manobras e técnicas de exame clínico entraram em declínio ou mesmo desapareceram, porque sabidamente superadas em precisão pelas primeiras.

Neste ponto abre-se outro e desafiante conflito. Aos professores cabe insistir, junto aos alunos, sobre a importância da Semiologia, que em muitos casos (a

maioria, quem sabe) pode orientar o tratamento à luz de diagnóstico efetuado, fundamentalmente, por procedimentos simples e baratos.

Ainda como orientação didático-pedagógica, faz-se necessário que os professores de semiologia não supervalorizem os exames complementares, sem, contudo, rebaixá-los a níveis insuportáveis frente aos avanços reconhecidos da tecnologia.

3.2 Exame clínico e Anamnese.

“A anamnese, o procedimento clínico mais sofisticado da Medicina, é uma técnica de investigação extraordinária; em pouquíssimas outras formas de pesquisa científica o objeto observado fala. Alvan Feinstein, em Clinical Judgment. (MARCUCCI, 2005).”

No curso de odontologia do UniFOA o aprendizado do exame clínico do paciente é realizado na disciplina Diagnóstico Clínico/Semiologia. Desta forma, corrobora-se com a literatura, que expõe que durante a Anamnese, são identificadas as alterações de saúde geral e avaliadas as interferências que estas alterações podem ter com o tratamento odontológico em geral (Genovese,1992; Tommasi, 1977; Porto, 2008; Neville, 2009; Marcucci, 2005).

Anamnese etimologicamente do grego “anamneses”, significa reminiscência, recordação e indica tudo o que se refere à memorização dos sintomas da doença, desde suas manifestações prodrômicas, que ocorrem antes da doença se manifestar clinicamente. (Tommasi 1992). Esta conceituação é exemplificada por Neville (2009), quando descreve a infecção pelo vírus herpes simples, esclarecendo que os sinais e sintomas prodromais como dor, ardência, prurido, pontadas, calor localizado ou eritema no epitélio envolvido, aparecem de seis a 24 horas antes do desenvolvimento das lesões. Em importante citação de Porto (2008) ele:

“enumera algumas dificuldades a serem superadas pelos estudantes na realização da Anamnese, comparando o raciocínio diagnóstico à interpretação de uma linguagem cifrada, sendo na verdade, os sinais e os

sintomas a linguagem, dos órgãos, que se torna cifrada ou simbólica ao ser interpretada pelo paciente, que nos transmite suas sensações pela linguagem verbal, com base em sua cultura e suas vivências, complementando-a por linguagem não-verbal, que inclui gestos e expressões fisionômicas. A falta de conhecimentos básicos sobre os sinais e os sintomas das doenças, que só adquirem ao longo do curso, pois para o aprendizado do método clínico é indispensável dispor-se de um conjunto de informações sobre a “linguagem” das doenças, não sendo necessários conhecimentos profundos e detalhados, pois nem haveria tempo para adquiri-los nesta fase do aprendizado.”

Segundo alguns autores (Genovese,1992; Tommasi, 1977; Marcucci, 2005) o Exame Clínico se divide em uma fase subjetiva, chamada Anamnese, na qual o paciente relatará sobretudo sua percepção dos sintomas e descreverá sua visão dos sinais, e uma fase objetiva, conhecida como Exame Físico, em que o profissional procurará descrever, apurada e detalhadamente, os sinais e pesquisará alguns sintomas que poderão ser relatados com os recursos semiotécnicos.

Bevilacqua (2000) lembra que a Anamnese tradicional compreende a identificação e a história clínica e pela Anamnese o médico estabelece contato inicial e importante com o doente, e deve ser fiel e clara, pois em certas circunstâncias ela é o único elemento com que contamos para o diagnóstico. Quando de boa qualidade, a Anamnese é no mínimo, metade do caminho a ser percorrido para o diagnóstico.

Pensando na importância da entrevista dentro da Anamnese, autores como Swartz (1989) consideram a comunicação a chave para uma entrevista bem-sucedida, sendo o principal objetivo do entrevistador, reunir todas as informações básicas pertinentes à doença do paciente, e como este se adapta a ela. Ele deve estar ciente também da influência dos fatores sociais, econômicos e culturais na formação da natureza dos problemas do paciente e a partir daí avaliar a condição do paciente.

Porto (2008) alerta que é pela Anamnese que se estabelece a relação médico-paciente. Além do componente técnico pelo qual se investigam os sintomas do paciente, seus antecedentes, hábitos de vida e condições sócio-econômicas e

culturais, inclui outro componente – os aspectos psicológicos – que forma a base da relação médico-paciente.

Bevilacqua (2000) cita que naturalmente é da maior importância a capacidade do médico em relacionar-se bem com seu paciente. Conquistando-lhe a confiança e levando-o a ver que está interessado verdadeiramente em compreendê-lo e ajudá-lo, assim, o médico conseguirá a "aliança terapêutica" com o paciente, o que, por si só, já preconiza a possibilidade de um tratamento mais eficaz e que realmente beneficie o doente.

Para Tommasi (1977) as diversas fases do interrogatório da Anamnese se constituem de identificação, queixa principal, história da doença atual, história odontoestomatológica, história médica, antecedentes familiares e hábitos. Para Marcucci (2005) existem as seguintes fases: Identificação do paciente queixa principal ou estímulo iatrotópico (o motivo pelo qual o paciente procurou o profissional), história da doença atual, história odontoestomatológica, história médica pregressa, antecedentes hereditários, hábitos e observação do estado psicológico.

Coleman & Nelson (1996), Zegarelli, et al (1982) e outros também, subdividem a Anamnese em algumas fases. Para Swartz (1992) o formato da história do paciente é a fonte de confiabilidade, além da queixa principal, doença atual (HDA), história patológica pregressa (HPP), história biográfica, história familiar, história psicossocial e revisão de sistemas.

Dentro da Anamnese, segundo Tommasi (1977) a identificação é a Anamnese dirigida, onde os principais dados do paciente são assinalados: nome, endereço, idade, estado civil, sexo, cor, profissão e procedência. Além disso, para (Marcucci 2005) a identificação sumária do paciente compreende o nome, estado civil, sexo, raça ou etnia, idade, data de nascimento, profissão, nacionalidade (país), naturalidade (cidade/estado), procedência, endereços (comercial e residencial), telefones (comercial e residencial), e-mail, fonte de encaminhamento (quem indicou - prefere-se que sejam feitos por escrito) é a única parte que pode ser feita pelo pessoal auxiliar. Pode ser escrita do próprio punho do paciente, evitando-se assim erros de grafia. Nesse caso o profissional deve ler esses dados para se situar e começar a saudar o paciente pelo seu nome e forma de tratamento compatível com

o seu estado civil e faixa etária, seguindo-se a sua própria apresentação e cumprimento dando-lhe a mão.

Portanto, a queixa principal é a Anamnese espontânea, é a sintomatologia expressa pelo paciente, desde o início da doença até a consulta. Representa a razão primordial da consulta e deve ser registrada com as próprias palavras do paciente. As expressões que contenham significado importante e referidas pelo paciente deverão ser colocadas entre aspas ou seguida do termo latino SIC, colocado entre parênteses. (TOMMASI 1977).

Corroborando com a importância da identificação, Marcucci (2005) enfatiza a identificação expandida ou biografia, nem sempre questionada na primeira consulta, mas necessária, ao menos, se for observada no decurso do tratamento, se quisermos tratar o paciente como um todo. Compreende a religião (crenças), número de filhos e irmãos, relações familiares (coesão, interdependência), tipo de habitação, hábitos nutricionais, vizinhança, relações sociais, filosofia de vida, grau de autoestima, estado psicológico, preocupações, medos, aversões e fobias, relações pregressas com outros dentistas, expectativas quanto ao futuro tratamento, interesses, preferências políticas, história e filosofia de vida, nível cultural, satisfação e segurança profissional, renda, história dos empregos, preferências e tempo dedicado ao lazer, preferências sexuais e padrões de sono.

O mesmo autor (op cit.,) comenta ainda que a queixa principal ou estímulo iatrotópico (iatro: profissional; tropos: direcionamento), é o motivo pelo qual o paciente procurou o profissional, e nem sempre coincide com o problema mais importante que o paciente possui. Ele poderá vir tratar de uma cárie e descobrir uma neoplasia maligna que ignorava. Trata-se de uma notação sucinta e escrita nas palavras do paciente, quando prolongamos, estamos entrando na história da doença atual.

A história da doença atual segundo Genovese (1992) é a parte mais importante da Anamnese e a etapa mais difícil da propedêutica (ciência preliminar preparatória, introdução à ciência, o que devemos conhecer antes de iniciar uma investigação científica ou filosófica). Resulta no histórico completo e detalhado da

queixa principal, em toda sua evolução, desde o seu estado prodrômico (que ocorrem antes da doença se manifestar clinicamente) até o momento do exame.

Para Marcucci (2005) a história da doença atual é uma narrativa cronológica e clara sobre a queixa principal, o paciente deve ser sutilmente levado a relatar cronologicamente os acontecimentos, apesar de haver uma tentativa de ele começar a contar o estado atual do seu problema. A história reflete o modo de pensar do paciente sobre o seu problema. O entrevistador poderá usar alguns artifícios para conseguir o seu intento, como a facilitação, reflexão, esclarecimento, empatia, confrontação e interpretação. A conclusão da Anamnese poderá ser feita com frases do tipo: "Você gostaria de falar mais alguma coisa?" ou "Acha que nos esquecemos de alguma coisa?". Na história da doença atual devemos clarificar alguns problemas fundamentais relacionados com a sintomatologia.

O mesmo autor (op cit.,) comenta ainda que a história odontoestomatológica é muito mais que a história dental presente em vários prontuários. Trata-se de conhecermos todas as experiências que o paciente teve com seu sistema odontoestomatognático e com as visitas anteriores que fez a outros cirurgiões dentistas.

As informações devem ser analisadas com muita atenção, pois pacientes que não estão satisfeitos com tratamentos anteriores, distorcem a história, levando o examinador a concluir terem sido vítimas de mal profissional. É importante determinar a frequência de visitas ao dentista, tratamentos dentais profiláticos, experiências passadas durante e após anestesia local e exodontias, tratamentos periodontal, ortodôntico, protéticos, endodônticos, cirurgias menores (natureza dos tecidos removidos, técnicas cirúrgicas empregadas e recidivas), a história dental familiar, informações sobre a higiene bucal, hábitos destrutivos, e dores na articulação temporomandibular (GENOVESE, 1992).

O tratamento médico atual informará as doenças presentes, suas durações, descrições detalhadas do tratamento e consequências dos tratamentos e das doenças. Um paciente com história de artrite reumatóide poderá se apresentar a nós com queixa de disfunção da ATM (articulação temporomandibular), que é parte do processo sistêmico.

Na história médica pregressa, o questionamento contém perguntas que podem provocar graus variáveis de constrangimento; entretanto, são necessárias, pois podem ser inerentes às queixas apresentadas pelo paciente. Alguns pacientes são dependentes químicos de algumas drogas lícitas e não acreditam que o seja. As perguntas sobre vício das drogas, álcool, e tranqüilizantes podem seguir as perguntas sobre o tabagismo. Pergunta-se sobre o tipo, a quantidade diária, assiduidade e forma de aplicação. (MARCUCCI, 2005).

A história Médica contém informações acerca do estado geral do paciente, presente e passado, visa também um relato breve e sucinto das condições de todos os órgãos e sistemas, buscando alterações, muitas vezes ignoradas pelo próprio paciente. Assegura que o tratamento dental não prejudique o estado geral do paciente e nem seu bem estar; averigua alguma doença de ordem geral do paciente, ou fato de estar tomando algum medicamento que poderá prejudicar o correto atendimento odontológico; auxilia no diagnóstico de uma doença ignorada que exija tratamento especial, conserva documento legal que pode ser útil em casos de reclamação judicial por incompetência profissional. (GENOVESE, 1992).

Como várias doenças têm transmissão genética, é de grande importância o questionamento sobre antecedentes hereditários. Pesquisamos as doenças e causa mortis dos avós, pais, irmãos, tios, primos, cônjuges e filhos. (MARCUCCI, 2005).

Nos antecedentes familiares abordados por Genovese (1992), inclui a história familiar visando obter informações acerca de parentes próximos do paciente (pais, irmãos, avós, esposa e filhos), investigando sobre a idade, estado de saúde e causa da morte, na busca de eventual doença herdada ou com tendência familiar. Para Bevilacqua et al. (2000), a história familiar se refere às pessoas e a outros seres que convivem com o doente, podendo ser da mesma árvore genealógica ou não. E a história familiar é relativa aos ascendentes e descendentes.

Além disso, deve-se analisar os hábitos, os vícios, hábitos do paciente relativos à atividade física, regimes e dietas alimentares, hábitos de higiene e preferências sexuais. Quanto a observação do estado psicológico, há interesse em fazer uma avaliação sumária e referendar o paciente para os profissionais mais habilitados, se for o caso (MARCUCCI,2005).

Colhida e anotada a Anamnese, segue-se o Exame Físico. Esta segunda etapa é o ponto culminante do exercício profissional na área de saúde. Torna-se necessário examinar o seu doente respeitosa e cordialmente, evitando assim os prejuízos da tensão emocional e da inibição. Todo indivíduo é capaz de distinguir um exame apressado e superficial daquele interessado e cuidadoso. O paciente cuja sensação foi a de um exame acurado e atencioso cria, em relação ao médico, o respeito e a confiança, indispensáveis para o tratamento de seu problema. (BEVILACQUA, 2000).

Genovese (1992) considera que o Exame Físico ou objetivo tem por finalidade a obtenção dos principais sinais presentes na doença referida pelo paciente. Em contraposição a Anamnese fornece evidências objetivas e passíveis de confirmação pelo mesmo ou por outros observadores. A técnica básica do Exame Físico fundamenta-se no uso dos sentidos naturais: visão, audição, tato e olfato, através das manobras clássicas de inspeção, palpação, percussão e auscultação. Marcucci (2005) acrescenta também a olfação.

Tommasi (1977) classifica a inspeção em geral e locorregional. Na inspeção geral observa-se a postura do paciente, seu "fácies", biótipo, sistema tegumentar, alterações da marcha, segurança e atitude ao se apresentar, aspecto geral, e todo e qualquer sinal físico passível de revelar indício de anormalidade. Na inspeção intraoral os lábios e vestibulo bucal, assoalho da boca e face interna da mandíbula, língua, mucosas jugais, palatos, rebordos alveolares, úvula, pilares tonsilares, tonsilas e orofaringe, dentes e tecidos periodontais.

Marcucci (2005) considera que melhor do que ditar normas sobre uma sequência rígida do exame físico aconselha a cada um procurar a ordem que lhe parecer mais racional e, então, praticá-la sistematicamente da mesma forma, sempre que for examinar alguém. Isso evitará lapsos durante os exames. A ordem aqui descrita é da preferência do autor e poderá ou não ser seguida.

O Exame Físico ou exame objetivo sucede a Anamnese e consiste, sobretudo, na pesquisa de sinais presentes que, somados aos sintomas obtidos, compõem o quadro clínico necessário à elaboração do diagnóstico diferencial ou

hipótese diagnóstica, sendo indispensável a realização de exames complementares para a consecução desse objetivo. (TOMMASI, 1977).

Marcucci (2005) e Tommasi (1977) dividem o Exame Físico em geral e loco regional. E esse último em extra oral e intraoral. Na fase geral, o examinador se voltará para a observação possível de todas as regiões do corpo, excetuando a cabeça e a região cervical. Na fase loco regional extraoral, examinará essas duas regiões a cabeça e a região cervical: observando fácies, seios paranasais, olhos, músculos faciais e glândula parótida; articulação temporomandibular, palpação da glândula tireóide e cadeias ganglionares crânios-cervicais. E, na fase loco regional intraoral e orofaringe, a cavidade bucal: lábios e vestibulo bucal, assoalho da boca e face interna da mandíbula, língua, mucosa jugal, palatos, rebordos alveolares, úvula, pilares tonsilares, tonsilas, e orofaringe, dentes e tecidos periodontais.

Coleman (1996) define o exame físico geral ou avaliação geral do paciente, a avaliação do seu modo de andar, a sua postura, o modo de falar, e observações correlatas, referindo-se à impressão do paciente que pode ser observada em uma situação não clínica. As medidas dos sinais vitais, que consistem na aferição do pulso, respiração, temperatura e pressão sanguínea do paciente, é parte da avaliação geral, embora sua determinação exija técnicas além da simples observação.

Enquanto na Anamnese, podemos escrever os sintomas com as palavras do paciente, no exame físico ou objetivo que é realizado pelo profissional, sua semiografia, ou escrita deve ser feita em termos técnicos precisos, e a leitura de uma dessas descrições dá uma idéia muito aproximada do grau de detalhamento e conhecimento que ele possui. (MARCUCCI, 2005).

Coleman (1996) lembra que o Exame Físico fornece informações diagnósticas sobre o paciente, que o clínico constata sem o uso de técnicas auxiliares complexas, limitando-se às sensações primárias e a poucos instrumentos diagnósticos simples. E está dividido em avaliação geral do paciente, exame extraoral e exame intraoral. O exame extraoral consiste na avaliação dos achados físicos que podem ser percebidos sem um exame da cavidade bucal, e concentra-se especialmente na

cabeça e pescoço. O exame intraoral inclui achados físicos dentro da cavidade bucal.

Segundo Silverman, Eversole & Truelove (2004), é no Exame Físico que se obtém uma abordagem eficiente do paciente que necessita de tratamento odontológico envolvendo as seguintes etapas: estabelecimento da comunicação, verificação da queixa principal, registro da história da doença atual, história médica, e um exame físico completo.

Marcucci (2005) considera que após estas etapas a limitação qualitativa e quantitativa do examinador é necessariamente feita após um refletido diagnóstico diferencial, sem o que sua solicitação se torna aleatória, trabalhosa, dispendiosa e inútil. Nenhum exame que não sirva para elucidar um diagnóstico e, a partir daí, tratar o paciente deve ser solicitado. Após o diagnóstico final encontrado graças ao conhecimento do profissional sobre o tipo da doença, o dano anatômico e funcional, efetividade dos recursos terapêuticos disponíveis, estado geral do paciente e das condições psicológicas do paciente, será elaborado o prognóstico, o tratamento e o acompanhamento que todo tratamento deve sofrer para vigiar seus resultados.

3.3 Prontuário Odontológico

O Conselho Federal de Odontologia (CFO) sugeriu a denominação prontuário odontológico em substituição à designação simples de ficha clínica, conforme o entendimento de Genovese, (1992).

“O prontuário odontológico é o meio pelo qual o cirurgião-dentista registra todos os procedimentos realizados em seus pacientes. A digitalização dos prontuários facilita o registro, o armazenamento e a busca de informações necessárias para a atividade diária no âmbito odontológico. Para tanto, é imperativo que, ainda no meio acadêmico e sob a orientação e supervisão do professor bem preparado, o educando adquira e torne rotineiro o hábito de elaborar adequadamente o prontuário odontológico de seu paciente, o que permitirá que o futuro cirurgião-dentista tenha condições de defender-se

na eventualidade de uma ação judicial impetrada por seu paciente. (CFO. 1994).”

Para elucidar a diferença de prontuário, ficha, e dado ou mesmo arquivo, é necessário que se faça uma revisão desses conceitos. Toma-se por base aqui o que é colocado no Dicionário de Língua Portuguesa (Aurélio):

*“**Prontuário:** I - é o lugar onde se guardam ou depositam coisas das quais se pode necessitar a qualquer instante. II - Ficha (médica, policial, etc.) com os dados referentes a uma pessoa.*

***Ficha** – Folha solta ou cartão com anotações para ulterior classificação ou pesquisa; informações, em caráter confidencial, sobre alguém ou alguma coisa.*

***Dado** – elemento ou base para a formação de um juízo; princípio em que se assenta uma discussão.*

***Arquivo** – conjunto de documentos manuscritos, gráficos, fotográficos, etc... Recebidos ou produzidos oficialmente por uma entidade, por seus funcionários e destinados a permanecer sob a custódia dessa entidade ou funcionários; lugar onde se recolhem, guardam esses documentos.”*

Segundo Ginneken (1995) e Bemmél (1997), o prontuário de papel vem sendo usado há vários anos desde o século V, quando Hipócrates estimulou os médicos a fazerem seus registros por escrito. Relata Slee; Slee; Schmidt (2000) que o prontuário foi desenvolvido por médicos e enfermeiros para garantir que se lembrasse de forma sistemática dos fatos e eventos clínicos sobre cada indivíduo de forma que todos os demais profissionais envolvidos no processo de atenção de saúde poderiam também ter as mesmas informações.

A precursora da enfermagem moderna, Florence Nightingale (1820-1910) durante a Guerra da Criméia (1853-1856), já descrevia que a documentação das informações relativas aos doentes era de fundamental importância para a continuidade dos cuidados ao paciente. A partir de então, os dados passam a ser observações descritas pelos médicos, e não mais apenas os sintomas relatados pelo paciente. (NIGHTINGALE, 1946).

Informa Ginneken (1995) que em 1907 Plummer introduziu o registro por paciente, assim como em 1920, os médicos se preocuparam com a metodologia do registro e com a padronização para as observações.

Segundo Massad, Marin, Azevedo Neto (2003) foi em 1969 que Lawrence Weed introduz a idéia de prontuário orientado pelo problema, onde se identificam os problemas de saúde do paciente e as anotações são registradas e seguidas de acordo com uma estrutura sistemática de registro de dados.

Relata Tommasi (1989) que se encontra também na literatura específica uma dualidade conceitual quanto ao termo prontuário, senão vejam-se as citações a seguir: “... é necessário um exame sistemático, ordenado e completo, através de um prontuário bem elaborado, [...] cada profissional ou instituição utiliza um prontuário ou ficha clínica que julgar conveniente, não sendo obrigatória uma padronização...”.

Genovese (1992) faz a seguinte citação: “... o prontuário odontológico faz parte hoje, de forma irrefutável, do arsenal diagnóstico dos dentistas, enfatizando que fotografias, modelos, radiografias e outros elementos, também devem compor esse prontuário.”

Na portaria do CFO 174/92 de 07 de dezembro de 1992, foi formada uma comissão de cirurgiões dentistas com a missão de elaborar uma resolução estabelecendo algumas normas para confecção de fichas clínicas, a fim de padronizá-las nacionalmente, e o período de guarda pelos profissionais, tanto no serviço público como do particular (SALIBA et al.,1997). O manual normativo resultante dessa resolução aponta que o conteúdo mínimo do prontuário deve constar da identificação do paciente, da história clínica, do exame clínico, do plano de tratamento, da evolução do tratamento ou tratamento propriamente dito e dos exames complementares.

As definições de Almeida (1984) alicerçaram o artigo intitulado “O Prontuário Odontológico e seus aspectos éticos e legais”, publicado pelo Sindicato dos Cirurgiões-Dentistas do Estado do Rio de Janeiro em 1997, no qual faz as seguintes considerações: “Em meio à atribulada rotina clínica a que são submetidos os cirurgiões-dentistas, a manutenção de toda documentação referente ao atendimento executado nos pacientes reveste-se de aspectos éticos e legais, cujo conhecimento

é obrigatório por todos os que exercem a Odontologia e cuja importância vem sendo de longa data destacada por inúmeros autores como Morache, que já em 1913 publicou, no periódico L'Odontologie, um artigo especificamente dedicado ao tema.”

Na atualidade o número de processos envolvendo questões de responsabilidade profissional tem aumentado e há um grande interesse por parte dos cirurgiões-dentistas em buscar informações sobre que cuidados devem ser observados no que diz respeito à documentação odontológica. No passado a documentação odontológica baseava-se somente em uma ficha clínica, que era constituída basicamente pelo nome do paciente e o que deveria ser realizado de tratamento odontológico. Entretanto, os pacientes ficaram mais esclarecidos principalmente com relação ao Código de Defesa do Consumidor, e quando algum procedimento não atinge os seus anseios, processos são iniciados, podendo trazer muitos problemas ao profissional. Por isso hoje em dia não se usa mais a antiga ficha clínica e sim um prontuário odontológico (SERRA e MIRANDA; PERES et al., 2001).

O prontuário possui informações valiosas para o profissional, para o paciente, para a instituição que o atende, assim como para a pesquisa, o ensino e os serviços de saúde pública servindo também como instrumento de defesa legal (GUIMARÃES et al., 1994).

De acordo com CFO (1994), o prontuário Odontológico é o conjunto de documentos ordenados, sistematizados e concisos que permitem ao Cirurgião-Dentista, quando devidamente produzido, comprovar, em qualquer época, que o diagnóstico e tratamento prestados ao paciente foram realizados dentro de padrões técnicos aceitos e recomendados.

Uma Comissão especial, criada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO, 1994), reuniu-se inicialmente em Porto Alegre e decidiu ouvir os vários segmentos representativos da categoria para construir o “Prontuário Odontológico - Uma orientação para o cumprimento da exigência contida no inciso VIII do art. 5º do Código de Ética Odontológica”. Desta forma, teve como objetivo tornar o instrumento final o mais próximo possível das diversas realidades encontradas no país. A comissão recebeu sugestões de professores das áreas de Ética Profissional,

Odontologia Legal, Estomatologia, Diagnóstico ou Semiologia, Coordenadores de Cursos de Graduação e Especialização, bem como às Entidades representativas da classe odontológica. De posse do material recebido foi concluído o referido documento. (CFO. 1994).

Autores na literatura, como Friedenthal (1955), acreditam que a ficha clínica deve preencher os seguintes requisitos: ser fácil de manusear e de conservar, ter espaço suficiente para o registro dos dados necessários à identificação, bem como para as anotações correspondentes ao futuro atendimento do mesmo paciente, ou seja, ser sintética, clara e adequada às necessidades do profissional.

Contudo, para Leal; Zimmermann (2000) a Ficha Clínica é o documento onde o Cirurgião-Dentista anota os dados referente identificação do paciente (nome, endereço, estado civil, identidade, etc.), sua história médica e odontológica (atuais e pregressas), as informações colhidas no exame clínico que nortearão seu diagnóstico e plano de tratamento, e finalmente a descrição da seqüência minuciosa dos procedimentos clínicos cirúrgicos realizados.

Segundo Guimarães; Cariello; Almeida (1994) para a correta identificação do paciente os seguintes dados devem ser anotados: nome completo, naturalidade, estado civil, sexo, local e data do nascimento, profissão, endereço residencial e profissional completos, ressaltando ainda que se o paciente for menor ou incapaz, deverão constar também os dados do responsável.

Schuwz; Ner (1982) acreditam que para ser útil a ficha clínica deve ser completa, precisa e legível, [...] para ter validade legal, todas as anotações, inclusive os acréscimos subsequentes, devem ser escritos à tinta e datados. Ensinam ainda que enquanto as leis não forem bem definidas, devem-se conservar todas as fichas, ainda que unicamente para proteção pessoal.

Saliba et al. (1997) afirmam que os Cirurgiões-Dentistas não desconhecem a existência de diversos modelos de fichas clínicas odontológicas, pois, desde a faculdade, preenchem fichas em várias disciplinas. Comentam ainda que mesmo em atendimentos ocasionais de pessoas da família ou amigas não se pode dispensar o uso da ficha, pois ela é um documento clínico, cirúrgico, odontolegal e de saúde pública que contém registros sobre as condições bucais encontradas, planejamento

das atividades, tratamentos realizados, entre outras informações, portanto, um instrumento imprescindível para a prática odontológica.

Tendo em vista as implicações civis e criminais da ficha clínica, Calvielli; Silva (1988) recomendam que ela deve conter o estado bucal do paciente antes do início do tratamento e as anotações completas dos trabalhos realizados. Acrescentam que mesmo para os especialistas as anotações devem ser realizadas para resguardá-los de eventuais problemas, e ensinam que as mesmas devem conter a assinatura do paciente concordando com o plano de tratamento proposto e as condições para sua realização.

Silva (1997) ressalta a importância da identificação humana pelo dentista em casos onde os meios convencionais, como a datiloscopia, não são possíveis de serem empregados. Nestes casos esclarece que os registros das condições dentárias do paciente, anotados adequadamente na ficha odontológica, são fundamentais.

De acordo com Silva (1999) deve-se adotar um questionário que será preenchido pelo paciente e, tais informações deverão ser assinadas pelo mesmo, desta forma o Cirurgião-Dentista se resguardará de problemas quanto à veracidade das informações.

Fazendo parte do prontuário, o odontograma, definido por Rubira; Rodrigues (1988) é um diagrama gráfico onde estão representados os dentes permanentes e decíduos, possuindo um código de preenchimento pré-estabelecido, seguindo um tipo de notação dental. Para esses autores o odontograma foi idealizado para atender as necessidades dos profissionais da Odontologia, tanto no sentido de facilitar a anotação, como também para melhor visualização do plano de tratamento e sua evolução.

Ao tratar-se o odontograma como recurso utilizado para a identificação de pessoas, afirma-se que a ficha dentária é a representação gráfica e detalhada das características anatômicas normais, de particularidades patológicas, protéticas, anomalias profissionais, hábitos e trabalhos realizados pelo profissional para restaurar as perdas dentárias, o que, em última análise, facilita a identificação de um indivíduo em relação a outro.(BRIÑO,1982).

Bullen C., Sierra (1997) demonstram que com as modificações conceituais da Odontologia preventiva e conservadora, surge a necessidade de aprimoramento das representações gráficas quanto ao registro de lesões incipientes e suas variações morfológicas, e defendem que tais registros sejam compreendidos universalmente. Defendem ser o odontograma um recurso insubstituível no registro das condições existentes na cavidade bucal dos pacientes. Todavia, ressaltam que no momento de se registrar uma cárie oclusal, por exemplo, pintando toda a superfície perde-se valiosa informação auxiliar para a eleição de um tratamento preventivo, podendo dificultar a escolha por uma restauração convencional ou um selante invasivo.

Almeida (1984), em artigo intitulado O Prontuário Odontológico e seus aspectos éticos e legais, publicado pelo Sindicato dos Cirurgiões-Dentistas do Estado do Rio de Janeiro em 1997, indica que seja utilizado o modelo de odontograma proposto pela INTERPOL, por apresentar as cinco faces coronárias e permitir, segundo o autor, a visualização integral das restaurações. Recomenda que no seu preenchimento deverão ser anotadas, e sempre que possível registradas no odontograma, as patologias existentes, ausência de elementos dentários, próteses, tratamentos endodônticos, tipos de oclusão e outros dados a critério do Cirurgião-Dentista, sendo adotado para a identificação dos elementos dentários o sistema decimal da Federação Dentária Internacional.

Machen (1989) informa que um registro do tratamento (histórico clínico) bem elaborado e detalhado, além de permitir que se avalie o progresso do caso clínico, evidencia que o profissional é cuidadoso e organizado.

Para Gomes; Candelária; Silva (1997) todos os planos de tratamento devem ser apresentados ao paciente para que este escolha o que melhor lhe convier, acrescentando ser importante à guarda do prontuário, que deve conter ainda as cópias carbonadas das receitas e atestados cedidos ao paciente.

Barros (1998) assevera que o plano de tratamento deve ser feito em linguagem simples, evitando-se termos científicos desnecessários. Enfatiza que o paciente deve escolher entre todas as opções de tratamento possíveis aquela que lhe for mais conveniente após a minuciosa explicação das vantagens e

desvantagens, ressaltando, por derradeiro, que a assinatura do paciente é necessária.

Galvão (1999) informa que a posse do prontuário é do paciente e sua guarda deve ficar a cargo do profissional, sendo este último o encarregado de produzir tais documentos. Ele registra também que para atender aos aspectos administrativos, clínicos e legais a documentação deve ser completa, incluindo radiografias, modelos, fotografias, atestados, prescrições, pedidos de pareceres, encaminhamentos, entre outros, deve conter ainda a identificação do paciente e, quanto ao profissional, conforme preconizado no Código de Ética Odontológica; deve ser manuscrita, datilografada ou digitada e sempre assinada pelo paciente. [...] Recomenda, ainda, que o plano de tratamento, onde surgem as maiores dúvidas e os piores litígios, deve ser detalhado, com a opção recomendada e eventualmente alternativa(s), seguindo integralmente o que preconiza o Código de Defesa do Consumidor.

Jerge; Orłowski (1985) afirmam que o material do paciente deve ser estruturado de forma a permitir, a qualquer tempo, avaliar o diagnóstico, o plano de tratamento, as etapas seguintes dos tratamentos, efetivamente, realizadas.

Guerra (1997) informa que as radiografias devem ser arquivadas junto ao prontuário do paciente, pois caso os trabalhos executados no paciente sejam refeitos por outro profissional, as películas permitirão o esclarecimento da questão. E ressalta ainda a importância de que estes exames mantenham uma boa qualidade para que sirvam ao fim exemplificado.

Zimmermann et al (1998) constataram em pesquisa realizada na cidade de Recife, que os Cirurgiões-Dentistas desta cidade arquivam seus prontuários por cinco anos. Verificaram também que os profissionais não solicitam aos seus pacientes que assinem aquele documento, ressaltando que o tempo de formado não influencia significativamente na realização do registro da evolução do tratamento com as respectivas faltas ao mesmo e registro dos planos de tratamento com o necessário consentimento do paciente.

Galvão (1999) relata que a prescrição medicamentosa deve ser clara, conter o nome genérico da droga, bem como a sua apresentação, dose e posologia. Além

de estar dentro da técnica propedêutica correta, para que a receita tenha valor legal, deve possuir o nome completo do paciente, a data, assinatura do profissional, não esquecendo que todo o espaço em branco deve ser anulado para evitar alterações.

Não encontramos um consenso na literatura sobre o prontuário ideal, aquele que pode contribuir para, e não prejudicar, a boa dinâmica da consulta e maior precisão nos diagnósticos formulados. Para Massad, Marin, Azevedo Neto (2003) será apenas um elemento acessório e consequente nesse processo, que depende fundamentalmente do compromisso com a qualidade da atenção ao paciente e a competência profissional, tanto para o generalista quanto para o especialista.

Contudo, torna-se necessária a otimização do preenchimento de tal documento para que seja viável a consulta odontológica tanto para o paciente quanto para o profissional cirurgião-dentista. Além disso, em clínicas escolas, onde estes profissionais estão sendo formados, é importante que seja atrativo aos estudantes o ensino desse preenchimento, e, nada mais atual que a intersecção da tecnologia educacional nesse processo. Para tanto, propõe-se uma associação do preenchimento do protocolo aos recursos tecnológicos existentes por meio da criação de um prontuário eletrônico.

3.4 Tecnologia no Ensino e o Preenchimento do Prontuário

Luckesi (1986) define Tecnologia Educacional como: "... a forma sistemática de planejar, implementar e avaliar o processo total da aprendizagem e da instrução em termos de objetivos específicos, baseados nas pesquisas de aprendizagem humana e comunicação e materiais, de maneira a tornar a instrução mais efetiva." (p.56).

Ainda de acordo com o autor supracitado o conceito acima é limitado, restrito e eficientista e afirma o autor, que (TE) Tecnologia da Educação é a própria educação, enquanto incorpora, inteligente e politicamente, os artefatos humanos chamados de ponta ou fronteira no processo de avançar na apropriação dos

conhecimentos, na formalização da mente, no preparo do educando para lutar por uma vida social mais digna e mais justa.

Segundo Simões (2002) por volta dos anos 50 e 60 do século XX, a Tecnologia Educacional era vista como o estudo dos meios geradores de aprendizagens. No Brasil, só a partir dos anos 60 iniciou-se uma discussão mais sistematizada sobre o assunto no interior das instituições educacionais e sua utilização, naquele momento era fundada no tecnicismo.

A palavra Tecnologia é de origem grega, o prefixo “techne” significa "ofício" e o sufixo “logia” corresponde a "que diz". Tecnologia é um termo bastante abrangente que envolve entre outros, o conhecimento técnico / científico e as ferramentas, processos e materiais criados e/ou utilizados a partir de tal conhecimento.

A história da tecnologia é quase tão velha quanto à história da humanidade, e se segue desde quando os seres humanos começaram a usar ferramentas de caça e de proteção. As tecnologias mais antigas converteram recursos naturais em ferramentas simples. A descoberta e o conseqüente uso do fogo foi um ponto chave na evolução tecnológica do homem, permitindo um melhor aproveitamento dos alimentos e o aproveitamento dos recursos naturais que necessitam do calor para serem úteis. A madeira e o carvão de lenha estão entre os primeiros materiais usados como combustível.

Procurando entender, definir e produzir conhecimento a respeito desta sociedade tecnológica, a partir da década de 60, muitos teóricos das ciências humanas, como Marcuse (1967), Ferkiss (1972), Morais (1978), Fromm (1984), Silva (1992), utilizaram termos como “transição” e “revolução tecnológica” para definir este momento histórico, buscando entender e interpretar esse fenômeno.

De acordo com Lalande (1999), a tecnologia é o estudo dos procedimentos técnicos, naquilo que eles têm de geral e nas suas relações com o desenvolvimento da civilização.

Kawamura (1990) defende que a tecnologia consiste no saber (conhecimentos científicos aplicados à produção) historicamente acumulado através da apropriação sistemática dos conhecimentos intrínsecos à própria prática do

trabalho. As classes dominantes obtêm o controle do saber, sistematizados nos padrões científicos e tecnológicos, mediante a pesquisa e a elaboração científica do conhecimento inserido nessa prática.

Historicamente, tanto a tecnologia quanto a educação estão fundamentadas na separação entre o saber e o poder, na divisão social do trabalho. Nas relações capitalistas, os proprietários dos meios de produção, ao reservarem para si e para seus assessores a função da concepção, da organização e do mando no processo produtivo, passam a controlar o saber. As tarefas de execução (manuais) são atribuídas aos trabalhadores (operários). Isso define concretamente a separação entre a teoria e a prática, a concepção e a operação, entre o saber e o fazer. (KAWAMURA, 1990).

Segundo Silva (1992) as tecnologias representam transformações qualitativas na relação homem-máquina, interferindo no campo da força humana mental podendo multiplicá-la e até mesmo substituí-la em funções antes exclusivas do homem. Parece ser uma postura mais otimista em relação às modificações imprimidas pelas tecnologias.

Destaca Parente (1993) que as tecnologias são produtoras e produtos da subjetividade humana.

Lévy (2004) acredita ser possível afirmar que a técnica é hoje uma categoria de extremo interesse de estudo, pois é uma das responsáveis por transformações no mundo humano. Caracteriza a atualidade como uma “época limítrofe”, ou seja, uma transição entre a civilização baseada na escrita e na lógica por ela fundadas e desenvolvidas, e a civilização informática.

Ferkiss (1972) destaca que o homem é um animal tecnológico assim sendo a mudança tecnológica é um fator fundamental na evolução humana. E o autor conclui que esta é simplesmente uma nova forma de dizer que o homem é um animal cultural, porque só o homem evoluiu culturalmente, a ponto de, conscientemente, poder alterar radicalmente seu meio ambiente físico e a sua própria forma biológica e natural.

Entretanto entende Ferkiss (1972) que ao afirmar que a mudança tecnológica seja o fator central que define a existência humana não é dizer que a tecnologia seja a única variável independente na civilização humana. As tecnologias são criadas e utilizadas pelo homem. Estão completamente equivocados os que afirmam que estamos nos tornando uma sociedade tecnológica, definida pelo fato de que a tecnologia passou a ser um objetivo em si mesmo sem controles externos. Temos à nossa disposição o conhecimento tecnológico e científico a fim de eliminar a pior pobreza, de prevenir o envenenamento do nosso meio ambiente e de tornar o mundo, de modo geral, um lugar bem melhor em que possamos viver. Todavia não procedemos. As novas forças que o homem possui são capazes de várias utilizações.

O autor supracitado afirma que algumas dessas utilizações se opõem a outras: a pesquisa biológica e médica podem ser usadas para a produção da guerra bacteriológica ou para a cura das doenças. E algumas dessas utilizações, na prática pelo menos, excluem outras utilizações. Os recursos destinados à corrida espacial não podem ser utilizados com o fim de criar-se uma sociedade melhor, ou um melhor meio ambiente físico (FERKISS, 1972, p.24 e 25).

Segundo Kawamura (1990) tanto a produção científica e tecnológica, quanto os demais conhecimentos estão organizados e difundidos basicamente por instituições educativas e de pesquisa, tais como escolas, centros culturais, meios de comunicação de massa, e outras. Nelas, concentra-se o saber separado do trabalho manual, consolidando-se a divisão entre a teoria e a prática.

Assim, de acordo com Oliveira (1997) apud Simões (2002) a realidade tem mostrado cada vez mais a necessidade de a escola rever o seu projeto pedagógico, reconhecendo de forma crítica e adequada a presença das novas tecnologias na vivência do aluno fora do contexto escolar.

Comenta Bruno (1999) que a utilização de tecnologias educacionais no contexto escolar está inserida em uma realidade econômica, onde se manifesta um processo de reestruturação capitalista a nível mundial.

Destaca Berino (1994) que a inserção do Brasil neste processo de tecnologias educacionais, se deu após a abertura do mercado promovida pelos governos Collor

(1990-91), Itamar Franco (1992-94), tendo continuidade no governo FHC (1995-2002). Destaca que esta maior “dinamização” do sistema capitalista, que se associa às profundas modificações tecnológicas, vem promovendo transformações no trabalho de todas as categorias profissionais, através de novas posturas do trabalhador frente ao seu trabalho, exigências de um “saber ser” e maior “criatividade”, auto-aprendizagem etc. É necessário lembrar que este maior desenvolvimento das potencialidades humanas nesta realidade tecnológica visa a um maior controle do ritmo de produção, não a um “desenvolvimento integral do sujeito”.

Para Frigotto (1984), a visão tecnicista da educação responde à ótica economicista do ensino veiculada pela teoria do capital humano e constitui-se numa das formas de desqualificação do processo educativo escolar.

Em relação a essa questão Saviani (1985) destaca que a perspectiva tecnicista da educação emerge como mecanismo de recomposição dos interesses burgueses na educação. O tecnicismo se articula com o parcelamento do trabalho pedagógico, decorrente da divisão social e técnica do trabalho no interior do capitalismo.

A partir dos anos 70, do século XX a TE foi redirecionada para o estudo do ensino como processo tecnológico, passando a ter duas versões: restrita (limitando-se à utilização dos equipamentos) e ampla (conjunto de procedimentos, princípios e lógicas para atender os problemas da educação) (TAJRA, 2000). Assim, o surgimento da área da Tecnologia Educacional (TE) acontece para o atendimento das exigências da racionalidade e eficiência. (MAZZI, 1981).

No início dos anos 80 no campo da TE começou a surgir, influenciado pelo clima de exigência de abertura política e democracia, uma visão também mais crítica e mais ampla da utilização das tecnologias e das técnicas de planejamento e avaliação no ensino.

Com a introdução dos recursos tecnológicos na área educacional, houve uma tendência a imaginar que as tecnologias iriam solucionar os problemas educacionais, podendo chegar, inclusive a substituir os próprios professores. No entanto, com o passar do tempo, percebeu-se a possibilidade de utilizar esses

instrumentos para sistematizar os processos e a organização educacional e uma reestruturação do papel do professor. (TAJRA, 2000).

Desta forma, torna-se importante cuidar para que não corramos o risco de utilizar as novas tecnologias apenas para passar informações, ensinando os alunos de forma passiva e impessoal, estimulando o individualismo e a competição. É importante que os professores considerem que a incorporação de novas tecnologias da informação e da comunicação, no campo do educacional, pode simplesmente reforçar as velhas e questionáveis teorias de aprendizagem e/ou produzir conseqüências práticas nas relações docentes, bem como, revolucionar os processos de ensino-aprendizagem. (ORTH,1999).

Pensando nessas ferramentas que compõem a TE, LEVY (1997) define o computador e a rede de informações (Internet) como um terceiro processo de desenvolvimento das “tecnologias intelectuais”. Sendo o primeiro a passagem da oralidade para a utilização da escrita e o segundo momento o advento da imprensa, dinamizando enormemente a disseminação do conhecimento através da impressão de livros. Estes momentos denotam modificações históricas nas formas de apreensão e construção do conhecimento, devido à utilização de processos cognitivos distintos (linguagem oral, escrita e “simulação” por computador).

Corroborando com essa ideia da TE em prol do processo cognitivo, para Mabilde (2004), elas estabelecem um constante desafio, interatividade e interação, tanto com o computador quanto com os colegas, desencadeando uma série de indagações. Segundo o autor, remete a criança a “estabelecer relações, pensar, levantar e confrontar hipóteses”.

No caso específico do trabalho docente, destaca-se iniciativas como a do MEC, que apresentou à sociedade o PROINFO (Programa de Informática na Escola) onde prevê investimentos de somas consideráveis (100 milhões só no 1º ano – 1997) em equipamentos de informática para utilização nas salas de aula. Iniciativa reforçada pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) (1998), nos quais é proposto que o uso de recursos tecnológicos no processo de ensino aprendizagem demonstra que a reestruturação capitalista também está se tornando presente no cotidiano profissional do docente.

Contudo, para autores como Anderson (1995), a instituição escolar vem assistindo ao movimento de inserção de tecnologias em seu ambiente sem, de fato, compreender as implicações destas tecnologias no trabalho de seus profissionais e na própria formação de seus alunos.

Para tanto, no caso específico deste trabalho, busca-se associar a Tecnologia Educacional na rotina da referida disciplina. Pelo melhoramento da técnica de preenchimento do prontuário, modificando-o de prontuário em papel para eletrônico, pretende-se estimular o processo ensino-aprendizagem por aperfeiçoamento do conteúdo e, viabilizando uma maior aproximação dos estudantes com a disciplina.

O prontuário do paciente é o conjunto de documentos, padronizados e ordenados, armazenados em papel ou meio eletrônico, destinado ao registro dos cuidados profissionais prestados durante todo atendimento médico ao paciente pelos serviços de saúde públicos ou privados. Sua finalidade é prover as informações necessárias para garantir a continuidade da assistência ao paciente, apoiar o ensino e a pesquisa ou oferecer suporte a qualquer demanda legal. O prontuário interessa ao paciente e a todos os funcionários, médicos e eventuais alunos envolvidos com a assistência ao paciente (CFM Nº 1.331/1989).

Van Ginneken e Moorman (1997) destacam as finalidades de um prontuário:

- suporte à assistência ao paciente: como fonte para avaliação e tomada de decisão e como fonte de informação a ser compartilhada entre os profissionais de saúde;
- um documento legal dos atos médicos;
- suporte à pesquisa: pesquisa clínica, estudos epidemiológicos, avaliação da qualidade do atendimento e ensaios clínicos;
- apoio ao ensino para os profissionais de saúde;
- gerenciamento e serviços: faturamento, autorização de procedimentos, administração, custos, etc.

O prontuário em papel apresenta diversas limitações, tanto práticas como lógicas, sendo ineficiente para o armazenamento e organização de grande número

de dados de tipos diferentes; apresentando diversas desvantagens em relação ao prontuário eletrônico (Sabbatini, 1982; VanGinneken e Moorman, 1997). Entre as desvantagens temos como citar: o prontuário pode estar somente num único lugar ao mesmo tempo, ilegibilidade, ambigüidade, perda freqüente da informação, multiplicidade de pastas, dificuldade de pesquisa coletiva, falta de padronização, dificuldade de acesso e fragilidade do papel.

Para tanto, muitos autores justificam a utilização do Prontuário Eletrônico, como que destaca que nos últimos anos viu-se um crescimento exponencial de aplicações de informática na área de saúde devido ao rápido crescimento do parque computacional mundial, motivado pelo surgimento dos microcomputadores pessoais, sistema operacional Windows e a Internet. Constituindo e firmando um novo campo da ciência: a Informática Médica, definida por Blois e Shortliffe (1990) como "um campo de rápido desenvolvimento científico que lida com armazenamento, recuperação e uso da informação, dados e conhecimentos biomédicos para a resolução de problemas e tomada de decisão". Com essa evolução, os antigos registros médicos ou prontuários baseados em papel, passaram a ser informatizados, criando-se o conceito do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que além de registrar as informações em meio eletrônico, introduziu também novos conceitos, permitindo que novos recursos fossem introduzidos e oferecidos aos profissionais de saúde no momento do registro dessas informações.

Recordando um pouco do histórico do Prontuário Eletrônico do Paciente, de acordo com Costa (2001a), na década de 60, começaram a aparecer os primeiros sistemas de informação hospitalar, inicialmente com a finalidade de comunicação entre as diversas funções do hospital, tais como prescrição médica, faturamento, controle de estoque, entre outros. No entanto, não havia ainda uma finalidade clínica real. Mas, logo em seguida, esses sistemas evoluíram e passaram a armazenar algumas partes do prontuário. Em 1968, Lawrence Weed descreveu o chamado Registro Médico Orientado ao Problema (Problem-Oriented Medical Record, POMR), no qual sugeria que todos os registros no prontuário ficassem organizados de modo a serem indexados por cada problema médico do paciente. Em 1972, o National Center for Health Services Research and Development e o National Center for Health Statistics dos Estados Unidos patrocinaram um congresso com o objetivo de estabelecer uma estrutura para os registros médicos ambulatoriais. Logo em

seguida, começaram a aparecer os primeiros sistemas de PEP: COSTAR, Regenstrief Medical Record System (RMRS), The Medical Record (TMR), Summary Time Oriented Record (STOR) e ELIAS (VAN GINNEKEN e MOORMAN, 1997; MCDONALD e BARNETT, 1990). Devido à crescente importância do PEP, o Institute of Medicine dos Estados Unidos encomendou, em 1991, um estudo a um comitê de especialistas com o intuito de definir o PEP, bem como propor medidas para a sua melhoria, em resposta à expansão da demanda por informações, levando em consideração as novas tecnologias. Isso resultou num relatório que também foi publicado como livro: "The Computer-based Patient Record – Na Essential Technology for Health Care", um marco na história do PEP, trazendo novos conceitos e organizando toda a informação a respeito do assunto, além de direcionar ações e definir metas para a melhoria dos sistemas de PEP. Esse mesmo livro foi revisado e reeditado em 1997, com novas discussões e uma atualização tecnológica (DICK, STEEN e DETMER, 1997).

Desta forma, o PEP é o mais importante veículo de comunicação entre os membros de uma equipe de saúde responsável pelo atendimento. Foi criado para que médicos e enfermeiros recordassem de forma sistemática dos fatos e eventos clínicos ocorridos em um indivíduo, de forma que os demais profissionais da saúde envolvidos no processo de atenção pudessem ter acesso a estas informações. (MASSAD, 2003).

O Prontuário Eletrônico do Paciente pode ser definido como um registro clínico e administrativo informatizado da saúde e doença do paciente desde seu nascimento até sua morte, dentro de um sistema utilizado para apoiar os usuários, disponibilizando acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas e sistemas de apoio à decisão. Deve conter informações como: dados pessoais, histórico familiar, doenças anteriores, hábitos de vida, alergias, imunizações, medicamentos que faz uso, dentre outros. (COSTA, 2001; MASSAD, 2003; SANTIAGO apud COSTA, 2003).

Segundo os fatores clínicos que impulsionaram a implementação de um PEP foram: possibilidade de compartilhar informações, melhoria da qualidade da assistência, aumento da eficiência de processos clínicos e redução de erros médicos.

Na literatura há outras definições para o PEP, duas se destacam por serem consideradas mais clássicas, a 1ª é definição do Institute of Medicine (IOM): é “O registro computadorizado de paciente , e “um registro eletrônico de paciente que reside em um sistema especificamente projetado para dar apoio aos usuários através da disponibilidade de dados completos e corretos, lembretes e alertas aos médicos, sistemas de apoio à decisão, links para bases de conhecimento médico, e outros auxílios”. E a segunda é definição do Computer-based Patient Record Institute: “Um registro computadorizado de paciente é uma informação mantida eletronicamente sobre o status e cuidados de saúde de um indivíduo durante toda a sua vida”.Dentre todas as definições da literatura, a de Murphy, Hanken e Waters (1999) é considerada a mais concisa: “Um registro eletrônico de saúde é qualquer informação relacionada com o passado,presente ou futuro da saúde física e mental, ou condição de um indivíduo, que reside num sistema eletrônico usado para capturar, transmitir, receber, armazenar, disponibilizar, ligar e manipular dados multimídia com o propósito primário de um serviço de saúde.”No entanto, todas destacam o uso da informática como forma de organizar e armazenar a informação contida no prontuário em papel, bem como enfatizam que o PEP também possui outros recursos. Além de várias definições, o PEP também possui várias denominações. O termo Prontuário Eletrônico do Paciente é o mais comum e quase único usado em português mas nos países de língua inglesa, o PEP também é conhecido como: Computer-Based Patient Record (CBPR), Electronic Medical Record Systems (EMRS), Electronic Patient Record e Electronic Health Record. Apesar de, em geral, esses termos definirem o mesmo tipo de sistema, algumas distinções podem ser feitas. Lazoff (1998) distingue Computerized Records de Electronic Record, estando o primeiro contido num ambiente desktop ou numa intranet enquanto que o segundo possui que além de registrar as informações em meio eletrônico, introduziu também novos conceitos, permitindo que novos recursos fossem introduzidos e oferecidos aos profissionais de saúde no momento do registro dessas informações.

Analisando-se sobre as vantagens e desvantagens do PEP pode-se afirmar que são inúmeras as vantagens advindas da utilização do Prontuário Eletrônico ao baseado em papel. Estas vão desde questões ligadas ao melhor acesso e mais velozes; flexibilidade do layout dos dados; uso simultâneo; legibilidade absoluta;

eliminação da redundância de dados e pedidos de exames; fim da redigitação de informações; integração com outros sistemas de informação; processamento contínuo dos dados; possível redução de custos, com otimização dos recursos, até maior segurança entre outros. A estruturação mais padronizada permite uma visão múltipla dos dados, com sumarização, planilha de resultados, análise agregada, etc. É possível também, através do uso do PEP, minimizar a desatenção a detalhes importantes, e ainda permitir a busca coletiva, a pesquisa e as análises estatísticas. (COSTA, 2001b; ALVES, 2004).

Além disso, o paciente, através da utilização do Prontuário Eletrônico, “também passa a assumir uma forte posição, mais responsável, frente a sua saúde, uma vez que ele passa a ser atuante no processo de decisão sobre as condutas a serem tomadas e também na pesquisa de informações sobre a sua doença”. (Bibliomed, 2004).

No entanto, alguns autores citam para o PEP algumas desvantagens, como: necessidade de grandes investimentos de hardware, softwares e treinamento; resistência dos profissionais da saúde ao uso de sistemas informatizados; demora para se obter reais resultados da implantação do PEP; sujeito a falhas de hardwares, redes e software, deixando o sistema inoperante (COSTA, 2003); seu uso e acesso indevidos podem colocar a questão da confiabilidade e segurança das informações do paciente em risco.

Contudo, questões ligadas ao melhor acesso, até maior segurança e, principalmente, oferta de novos recursos, são impossíveis de existir no prontuário em papel. É possível também, através do PEP, obter-se uma melhoria na qualidade da assistência à saúde do paciente, melhor gerenciamento dos recursos, melhoria de processos administrativos e financeiros e, ainda, a possibilidade para avaliação da qualidade (SABBATINI, 1982; MCDONALD e BARNETT, 1990; VAN GINNEKEN e MOORMAN, 1997).

Para autores como Dick, Steen e Detmer (1997), o PEP necessita atender aos seguintes requisitos:

Conteúdo do Registro: Dados Uniformes, formatos e sistemas de codificação padronizados, dicionário comum de dados, informações sobre resultados do atendimento e status, e é funcional.

Formato do Registro: Lista de Problemas na página inicial, capacidade de navegar pelo prontuário, integrado entre as especialidades e pontos de Atendimento.

Desempenho do Sistema: Rapidez na resposta, acesso 24 h por dia, Disponível nos lugares onde é necessário e fácil entrada de dados.

Integração: Integrado com outros sistemas de informação (e.g., radiologia, laboratório, etc.), transferência de informação entre as especialidades e, sistemas Links para literatura científica, integração com outras instituições, link para os prontuários dos familiares, transferência eletrônica de faturamento.

Inteligência: Suporte à decisão, lembretes aos médicos, sistemas de alertas personalizáveis.

Relatórios: "Documentos Derivativos" (ex: formulários de seguradoras, etc.), formatos e interface facilmente personalizáveis, relatórios clínicos padrões (sumário de alta, etc.), relatórios personalizáveis para fins específicos, e gráficos.

Controle e Acesso: Fácil acesso para pacientes, mecanismos para preservar a confidencialidade.

Treinamento e implementação: Necessidade mínima de treinamento para os usuários utilizarem o sistema, possibilidade de implantação gradual.

É possível, com o Prontuário Eletrônico, fazer a verificação automática de dados, permitindo verificar, por exemplo: campos de preenchimento obrigatório (ex.: idade), faixas permitidas (ex.: níveis de sódio), consistência numérica (ex.: total de 100%), consistência lógica (ex.: homem grávido), consistência temporal (ex.: etapas da cirurgia), deltas (ex.: aumento de peso), erros de ortografia (ex.: "cezariana"). (Sabbatini, 1982).

Entretanto, para que um sistema de PEP atinja todas essas vantagens é necessário, basicamente, que os seguintes fatores estejam presentes, (Mc Donald e Barnett, 1990):

1. **Escopo das informações:** todas as informações sobre os pacientes devem estar armazenadas. Não se deve, portanto, restringir o registro dos dados aos pacientes internados.
2. **Tempo de Armazenamento:** os dados devem ser armazenados indefinidamente, estando as informações dos últimos anos disponíveis e não somente da última visita.
3. **Representação dos dados:** dados não estruturados (texto-livre) dificultam ou inviabilizam uma eficaz recuperação das informações. Dessa forma, os dados devem ser armazenados de forma estruturada e codificados num vocabulário comum (padronização), permitindo assim a ação de sistemas de apoio à decisão e à pesquisa.
4. **Terminais de acesso:** deve haver número suficiente de terminais para acesso ao sistema, distribuídos em todos os locais de atendimento da instituição.

Desta forma, o PEP torna-se, quando bem executado, um importante registro de todos os dados coletados a respeito do paciente no exame clínico, com a vantagem que, por serem digitais, as alterações, quando necessárias de serem executadas, são mais acessíveis a todos os envolvidos.

Além disso, o PEP dentro de uma instituição de ensino estimula o processo ensino-aprendizagem por estar mais próximo ao aluno devido seu caráter tecnológico, instigando-o para o aprendizado de conteúdos científicos e, conseqüentemente, melhorando a relação docente-discente-paciente.

O ensino de Semiologia, com extenso conteúdo curricular necessário para a compreensão da disciplina, precisa ser agilizado. Assim, com a utilização dessa ferramenta digital, a teoria pode ser compactada, ganhando-se mais tempo para o ensino de atividades práticas.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Discutir a melhoria no processo ensino-aprendizagem em Semiologia nos cursos de Odontologia.

4.2 Objetivos Específicos

- Levantar aspectos teóricos e históricos que abrangem a Disciplina Semiologia para cursos de Odontologia, bem como, os modelos de prontuários existentes;
- Analisar documentos que compõem o referido curso, como as diretrizes curriculares e a legislação do Conselho Federal de Odontologia;
- Elaborar um software educacional, sendo este um prontuário odontológico eletrônico completo, para implementação nas aulas e roteiro sistematizado para futuras práticas profissionais.

5 METODOLOGIA

O prontuário odontológico utilizado atualmente na Disciplina de Diagnóstico Clínico/Semiologia é um produto compilado e modificado de documentos existentes na literatura, devidamente adequado às necessidades didáticas e clínicas locais, não deixando, portanto, de atender as exigências do MEC para a graduação em Odontologia. No atendimento Odontológico no UniFOA, os paciente são recebidos, examinados para reconhecimento de suas necessidades, e, assim, encaminhados para tratamento específico na Clínica Multidisciplinar do UniFOA, nas diferentes especialidades odontológicas. Para tanto, esses pacientes se encaminham juntamente com o prontuário já devidamente preenchido pela disciplina de Diagnóstico/Semiologia.

Para a construção desse novo modelo, Prontuário Eletrônico do Paciente, foi realizado levantamento na literatura de conceitos importantes e análise na revisão de documentos, baseados nesta literatura, de prontuários sistematizados, como o do Conselho Federal de Odontologia (2004).

Com base nesses documentos, alicerçados no prontuário existente do curso de Odontologia do Centro Universitário Oswaldo Aranha, RJ (UniFOA), que é utilizado no ensino de Semiologia e na clínica de Odontologia da mesma instituição, construiu-se um protótipo de prontuário eletrônico para o ensino de Semiologia (OdontoSemio).

Para a construção do software foi utilizado o programa Microsoft Access, desenvolvido para funcionar em plataforma Microsoft Windows na versão "XP" 2003. O sistema dá possibilidade de utilização em rede e, o equipamento mínimo necessário é microcomputador da linha PC-AT 286 ou superior, com monitor (monocromático ou colorido), possuindo no mínimo 640 Kb de memória RAM, com Winchester de 30 Mb ou mais de capacidade, dependendo do volume de dados de interesse da instituição usuária, sendo que 1,8 Mb serão ocupados pelo sistema.

A metodologia de desenvolvimento se baseou no modelo proposto por Bernardo (1996). Sobre as fases do desenvolvimento do software foram: (1) definição do escopo; (2) planejamento; (3) produção.

Na fase 1 - de definição do escopo - Compreendeu a pesquisa e “*brainstorming*”. Teve o objetivo de organizar as idéias iniciais e identificar as principais necessidades. Para tanto, um estudo preliminar foi realizado sendo definidos os seguintes objetivos e informações a serem fornecidas, a mensagem a ser transmitida e o público-alvo. Pesquisas em bases de dados literários foram realizadas para atender a esse propósito. A seguir, passou-se à etapa de definição do conteúdo e do escopo do software. As informações foram divididas em módulos e armazenadas, em pastas ou arquivos, para posterior utilização. A etapa seguinte desta fase foi dedicada à avaliação dos recursos de software disponíveis: textos, imagens e ilustrações. De posse desses recursos, passou-se para a elaboração da interface, reunindo as mídias necessárias e verificando os direitos legais de uso do material.

A fase 2 – de planejamento - compreendeu a organização do conteúdo. Nesta etapa todas as informações selecionadas anteriormente foram devidamente organizadas, sendo esboçados os módulos de acordo com o roteiro de conteúdo do projeto. Para compor o software foi planejado o desenvolvimento de quatro módulos, a saber: I – Exame Clínico, compreendendo a anamnese, queixa principal, história da doença atual (histórico), história médica, estado geral de saúde (revisão dos sistemas); II – Exame físico, compreendendo o exame físico extra-oral (geral e locorregional) e o exame físico intra-oral; III – Exames complementares e encaminhamento às clínicas. Para a realização da presente ferramenta didático-pedagógica traduzida em um prontuário odontológico, utilizou-se o relatório final apresentado ao Conselho Federal de Odontologia pela Comissão Especial instituída pela Portaria CFO-SEC-26 (24 de julho de 2002), que determina o conteúdo mínimo obrigatório do prontuário odontológico. Para representar as ligações entre os vários níveis de informação foi construído um fluxograma com a finalidade de organizar de forma lógica os dados constantes. Em seguida, a interface foi projetada, com telas gráficas e com elementos de “design” apropriados. Estes esboços resultaram nos “layouts” de tela apresentados. O planejamento estratégico teve como objetivo estabelecer o tempo gasto em cada em cada fase de desenvolvimento e definir os procedimentos a serem realizados. No final da fase de planejamento foi feita a prototipação do software. Ao término desta fase fez-se uma avaliação do projeto com o objetivo de aprovar o trabalho até então realizado.

A fase 3 - constou da produção. Nesta fase, a seqüência das figuras foi definida, juntamente com esta seqüência, definiu-se a parte teórica com conceitos e inserção de ícones com de texto de Ajuda.

Desta forma, a construção do prontuário odontológico eletrônico, denominado OdontoSemio, está completa e pronta para ser inserida em computadores de docentes e/ou discentes.

A fase 4 – Avaliação e/ou implementação. Esta fase está em processo de execução. Pretende-se realizar, ao longo dos semestres, a avaliação do produto por especialistas das áreas de Odontologia e Informática. Além disso, será concomitante a implementação junto aos discentes, que analisarão a qualidade do produto.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entendemos que a importância da elaboração do produto em questão surgiu a partir de nossa experiência docente, quando constatamos as dificuldades na aprendizagem básica da semiologia odontológica, fundamental para a formação do Cirurgião Dentista, que consiste em colher, analisar e criticar os dados coletados na prática do exame clínico odontológico.

A Disciplina de Semiologia Odontológica pode atuar como fator importante na transição entre o ciclo básico e o ciclo clínico. Desta forma, estaria sendo amenizado uma possível fragmentação e não valorização de alguns dados importantes que ocorrem neste contexto.

Percebemos também o dilema do estudante no que tange a excessiva carga de conhecimentos a serem integrados e aplicados para avaliação geral de cada paciente e seu padrão de saúde bucal, fator que, uma vez resolvido, permite planejar o tratamento apropriado.

O presente instrumento apresenta a compactação das informações colhidas durante o Exame Clínico, necessárias para o ensino de Semiologia Odontológica que são coletados no Exame Clínico e anotados no Prontuário Odontológico.

Os itens abordados na seqüência das figuras seguintes são:

- A Anamnese cujos dados colhidos são a Identificação do Paciente, a Queixa Principal, a História da Doença Atual ou Histórico;

- A História Médica, na qual colhemos as informações do estado geral de saúde, o Tratamento Médico Atual, História Médica Progressiva, Antecedentes Hereditários, Hábitos, Observação do Estado Psicológico, a Revisão dos Sistemas e também os Hábitos Nocivos.

- O Exame Físico Extra Oral, onde procedemos ao registro de anormalidades extra-oral como o aspecto físico, a pele, fossas nasais, a fonação, os nódulos

linfáticos, o aspecto facial e os sinais vitais: respiração, temperatura, pressão arterial e pulso radial e ATM (Articulação Temporomandibular).

O Exame Físico Intra Oral, no qual registramos as alterações da história odontoestomatológica, do exame dos dentes, dos arcos dentários, e da higiene bucal. A prevenção é feita através do ensino da profilaxia e higiene bucal, técnica de escovação e uso do fio dental. O paciente usuário de prótese total ou parcial é informado sobre a técnica de higienização e conservação da mesma. Após a conclusão do Exame Físico Extra e Intraoral e registro dos dados pertinentes ao paciente, são solicitados os Exames Complementares quando necessários. É feito o encaminhado do paciente para tratamento nas especialidades clínicas necessárias. O paciente ou o seu responsável legal deverá assinar o documento de Autorização para Diagnóstico e/ou execução do tratamento.

Desta forma, o produto aqui proposto, resultado final de uma dissertação de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, é um software educacional - prontuário odontológico eletrônico.

O Prontuário Odontológico Eletrônico (Apresentação nas FIG. 1 e 2), denominado OdontoSemio, possui informações compactadas, buscando ser uma eficiente ferramenta eletrônica que pretende atuar diretamente na otimização do processo ensino-aprendizagem de Semiologia Odontológica.

Tal idéia corrobora com o que é proposto por Luckesi (1986) quanto a importância da tecnologia educacional para a aprendizagem, visto que, a partir do momento que o aluno interage e processa outra linguagem próxima a sua, como é o caso das tecnologias digitais, o aprendizado se torna mais atraente.

Contudo, ao analisarmos o produto final deste trabalho, percebe-se que a construção de tal ferramenta, além de poder agilizar e facilitar o correto preenchimento do prontuário odontológico do paciente deverá ser principalmente, um facilitador do aprendizado de semiologia e dos objetivos da disciplina de Diagnóstico Clínica/Semiologia, que preconiza:

“o aprendizado dos fundamentos básicos e da evolução no conceito de exame e diagnóstico do paciente como um todo, das técnicas de exploração clínica e laboratorial possibilitando prevenção e diagnóstico precoce e

compreensão dos componentes curriculares para organização de autoaprendizagem de forma individual.” (ementa da Disciplina Clínica/Semiologia do curso de Odontologia do UniFOA).”

A figura (FIG.1) representa a tela de boas vindas para o preenchimento deste software.

Figura 1 - TELA DE BOAS VINDAS



Figur

a 1. Tela de boas vindas.

A figura (FIG.2) é a tela de acesso para o preenchimento deste software.

Figura 2– Tela de acesso do software

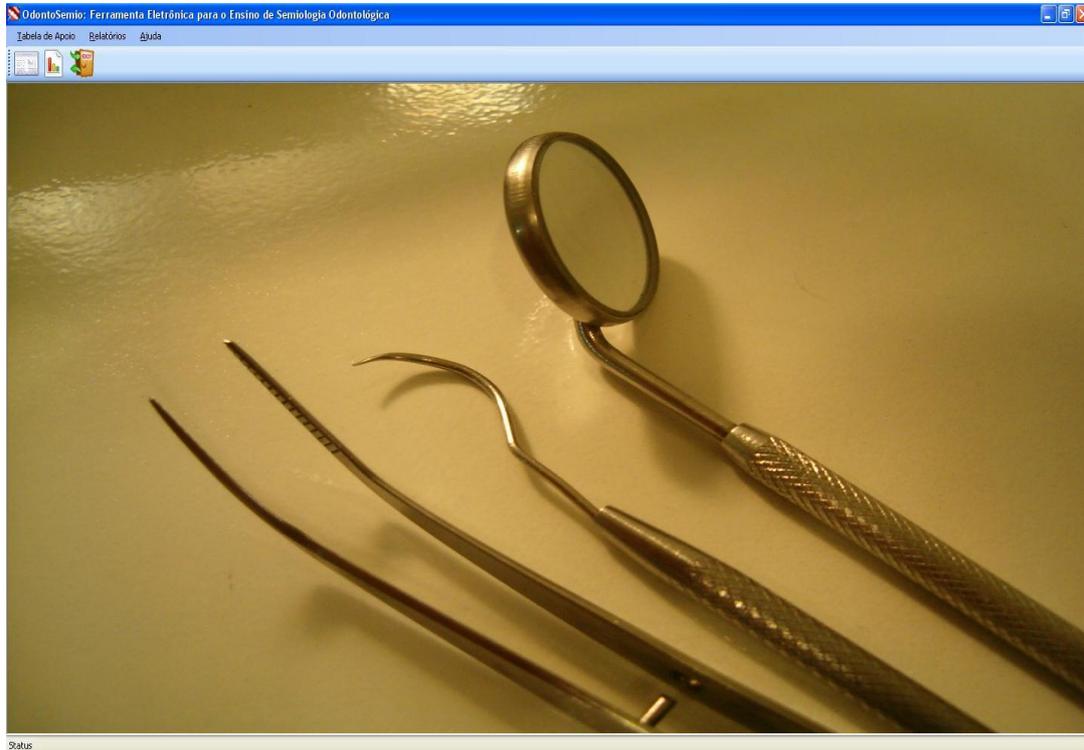


Figura 2. Tela de acesso do software. Tela de acesso do software.

Esta tela (Fig.2) apresenta os tópicos: Tabela de apoio, Relatórios, Ajuda e EXIT. É necessário acessar o ícone **“tabela de apoio”** e em seguida a **“ficha cadastral”** e abrir-se-á a próxima tela intitulada **“1 – ANAMNESE”** com o subtítulo **“1.1 IDENTIFICAÇÃO”**.

É a partir da próxima figura (FIG. 3), que se inicia a Identificação no exame clínico realizado na Anamnese.

Figura 3 - ANAMNESE – IDENTIFICAÇÃO. Primeira tela para preenchimento.

The screenshot shows a software window titled "EXAME CLÍNICO - ANAMNESE" with a sub-header "1.1 IDENTIFICAÇÃO". The form includes the following fields and options:

- Prontuário nº: [text box] Data: [text box]
- Nome: [text box] Data de Nascimento: [text box]
- Cor:
 - Melanoderma (negro)
 - Xantoderma (amarelo)
 - Leucoderma (branco)
 - Feoderma (mulato)
- Sexo: [dropdown menu] Naturalidade: [text box] Nacionalidade: [text box]
- RG: [text box] Órgão Expedidor: [text box] CPF: [text box]
- Grau Instrução: [text box] Profissão: [text box] Não tem Peso: [text box] Altura: [text box]
- Estado Civil: [dropdown menu] Cônjuge: [text box]
- Religião: [text box] Não tem Alcunha (apelido): [text box] Não tem
- Nome do Pai: [text box]
- Nome da Mãe: [text box]
- Residência: [text box] Bairro: [text box]
- Cidade: [text box] Estado: [dropdown menu] CEP: [text box]
- Última Procedência: [text box] Local de Trabalho: [text box] Não tem
- E-mail: [text box] Não tem Celular: [text box] Não tem
- Telefone Residencial: [text box] Não tem Telefone Comercial: [text box] Não tem

At the bottom of the form, there are five icons: a question mark (help), a document (save/print), a right arrow (next), a red X (cancel/delete), and an 'EXIT' button (exit).

Figura 3. Tela de identificação do Programa.

Esta figura (FIG. 3) é importante para dar acesso ao início do preenchimento deste prontuário eletrônico através de uma chave inicial. Primeira tela para preenchimento dos dados que deverão ser coletados durante o exame do paciente, com cinco ícones assim narrados: a tela se abre quando o ícone “**lupa**” é acionado. A “**lupa**” é utilizada também na busca de pacientes já cadastrados. O ícone “**?**” (interrogação) leva à tela de “**ajuda**”. A função do ícone “**X**” desta tela é a exclusão de cadastro, e o último ícone da direita “**EXIT**”, é para sair da tela.

Para dar continuidade ao preenchimento dos demais dados deste software é necessário inserir a “**chave inicial** para a liberação: “**nome, data de nascimento, cor e sexo**” do paciente.

Esta é a única parte da Anamnese que pode ser feita pelo pessoal auxiliar ou ser escrita do próprio punho do paciente, evitando-se assim erros de grafia.

Observamos na clínica a veracidade do relato de Marcucci (2005) em que o profissional quando colhe esses dados inicia a relação de confiança ao saudar o paciente pelo seu nome e reconhece qual a forma de tratamento compatível com o seu estado civil e faixa etária, conduzindo a sua própria apresentação e cumprimento dando-lhe a mão, facilitando a relação de confiança e colaboração. A nacionalidade (país), naturalidade (cidade/estado), procedência, endereços (comercial e residencial), telefones (comercial e residencial), e-mail e fonte de encaminhamento, são alguns dados abordados nesta tela, assim como também quem o indicou.

As próximas figuras (FIG.4 e FIG.5) relatam, também, sobre Anamnese e Identificação do paciente, sendo que a figura 4 trata de definições importantes para melhor compreensão da Anamnese e Identificação.

Figura 4: Tela Ajuda de ANAMNESE – IDENTIFICAÇÃO

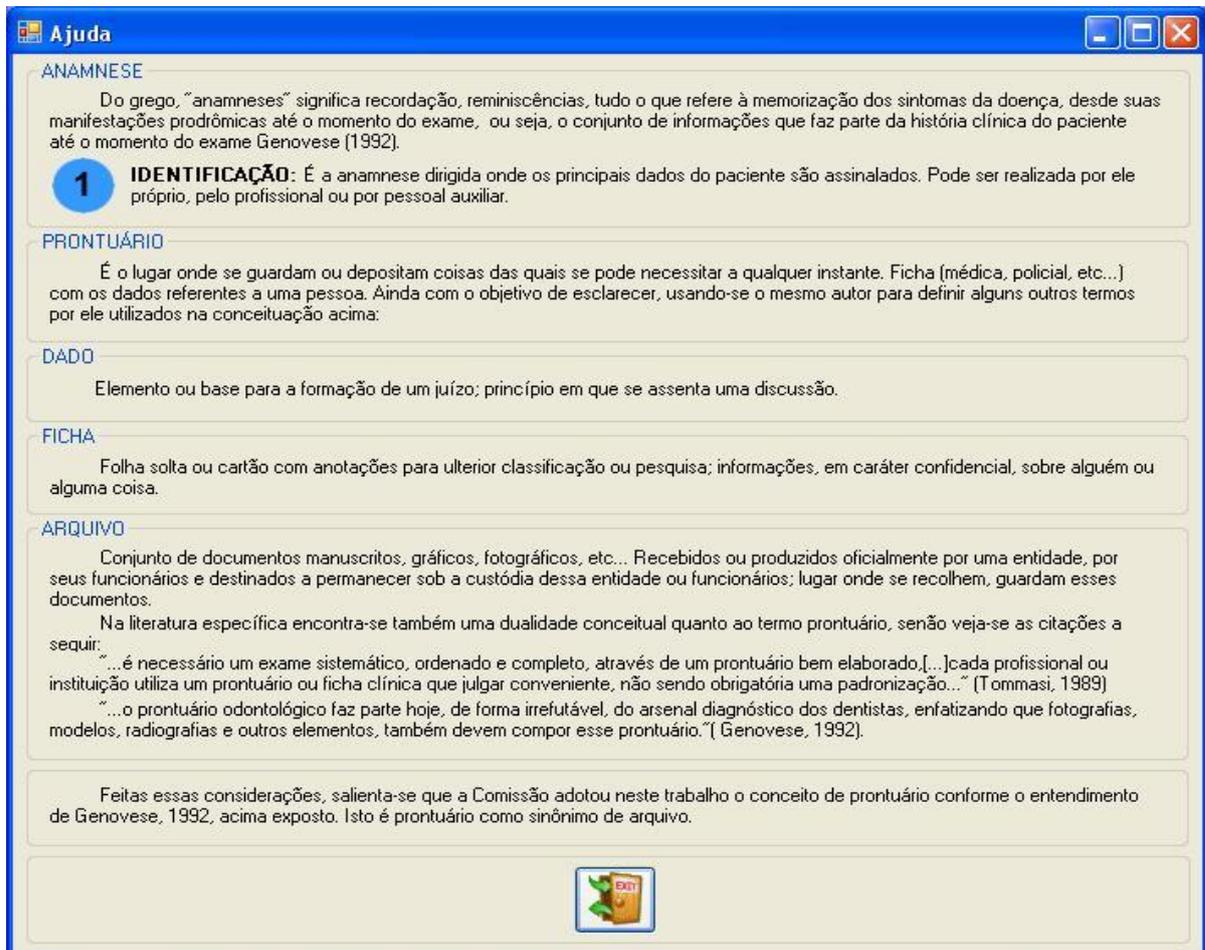


Figura 4. Fonte: Genovese (1992).

O autor supracitado ressalta a importância de conceitos importantes sobre Anamnese e Identificação apresentados nesta figura. Por esse motivo foi considerado importante abordar na tela os itens de ajuda, buscando melhorar a compreensão da teoria durante a realização do exame clínico.

A partir disso, os dados do responsável e o encaminhamento do paciente são abordados na figura (FIG. 5).

Figura 5: ANAMNESE – IDENTIFICAÇÃO

1 - ANAMNESE

1.1 IDENTIFICAÇÃO

Responsável:

RG: Órgão Expedidor: CPF:

Residência: Bairro:

Cidade: Estado: CEP:

E-mail: Não tem Celular: Não tem

Telefone Residencial: Não tem Telefone Comercial: Não tem

Encaminhado por:

Nome do profissional anterior:

Local: Há quanto tempo?

Figura 5. Tela de ANAMNESE e IDENTIFICAÇÃO.

A importância da responsabilidade do informante sobre os dados do paciente examinado é relatada na figura (FIG. 5).

5. Sobre tal questão Almeida (1984) informa que se o paciente for menor de 18 anos ou quando for incapaz absoluto, nesta situação são registrados os dados relativos ao responsável legal e seu cônjuge.

Buscou-se abordar na próxima figura (FIG. 6) o histórico da doença atual juntamente com sua queixa principal.

Figura 6: ANAMNESE: QUEIXA PRINCIPAL / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HISTÓRICO) / HISTÓRIA MÉDICA

1 - ANAMNESE

1.2 QUEIXA PRINCIPAL (" " OU SIC)

1.3 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HISTÓRICO)

[Hipertensão, diabetes, alergia medicamentosa, odontalgia (etiologia física, química, mecânica), data e descrição dos 1ºs sinais e sintomas, caracterização da sintomatologia, periodontopatias, descrição de próteses, entidades patológicas].

1.4 HISTÓRIA MÉDICA

Sofre de alguma doença? Sim Não Qual(is):

Está em tratamento médico atualmente? Sim Não Qual(is):

Está usando medicação? Sim Não Qual(is):

Já foi internado em hospital? Sim Não Não Sei Quando? Por quê?

Doenças Infantis? Não Não Sei
[Sarampo - Catapora - Poliomelite - Coqueluche - Caxumba - Rubéola - Outras]

?

← → 🔍 EXIT

Figura 6. Tela contendo: Queixa Principal / História Da Doença Atual (Histórico) / História Médica

Esta figura contém os dados primordiais que auxiliam na elaboração do correto diagnóstico, prognóstico e tratamento e a forma correta de anotá-los. As expressões que contenham significado importante e referidas pelo paciente deverão ser colocadas entre aspas ou seguida do termo latino SIC, colocado entre parênteses (TOMMASI 1977).

De igual importância é a informação de que a queixa principal é uma narrativa cronológica e clara sobre a queixa principal e nem sempre coincide com o problema mais importante que o paciente possui. Quando prolongamos sua descrição, estaremos em entrando outra etapa, na história da doença atual que é o motivo da consulta e deve ser sucinta e escrita nas palavras do paciente, pois é a partir de seu

conteúdo mais os dados da história médica registrada no prontuário odontológico, que será feito o histórico. A história Médica fornece informação sobre o estado geral presente e passado do paciente e visa também um relato breve e sucinto das condições de todos os órgãos e sistemas, buscando alterações, muitas vezes ignoradas pelo próprio paciente. Os dados coletados quando bem elaborados e detalhados, além de permitir que se avalie o progresso do caso clínico, evidencia que o profissional é cuidadoso e organizado.

As próximas figuras (FIG. 7 e FIG. 8), também abordam os temas Queixa Principal, História da Doença Atual e História Médica, sendo que a figura (FIG. 7) é específica de queixa principal ou motivo da doença ou consulta atual, e, a figura (FIG. 8) é a sua tela de ajuda.

Figura 7: Tela Ajuda de QUEIXA PRINCIPAL

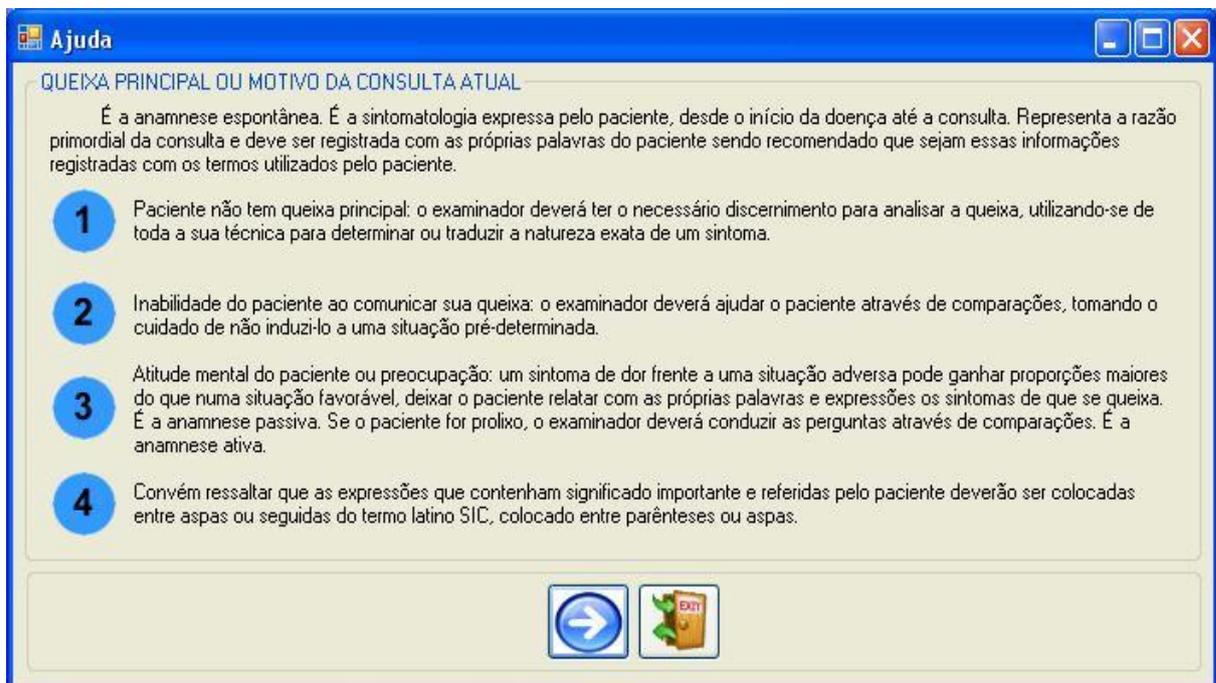


Figura 7. Fonte: Genovese (1992).

O autor supracitado define na figura (FIG. 7) a queixa principal como a Anamnese espontânea, onde o paciente expressa a sua sintomatologia desde o início da doença até o momento da consulta. E enumera possibilidades de questionamentos diante da coleta deste dado.

Figura 8: Tela Ajuda de QUEIXA PRINCIPAL

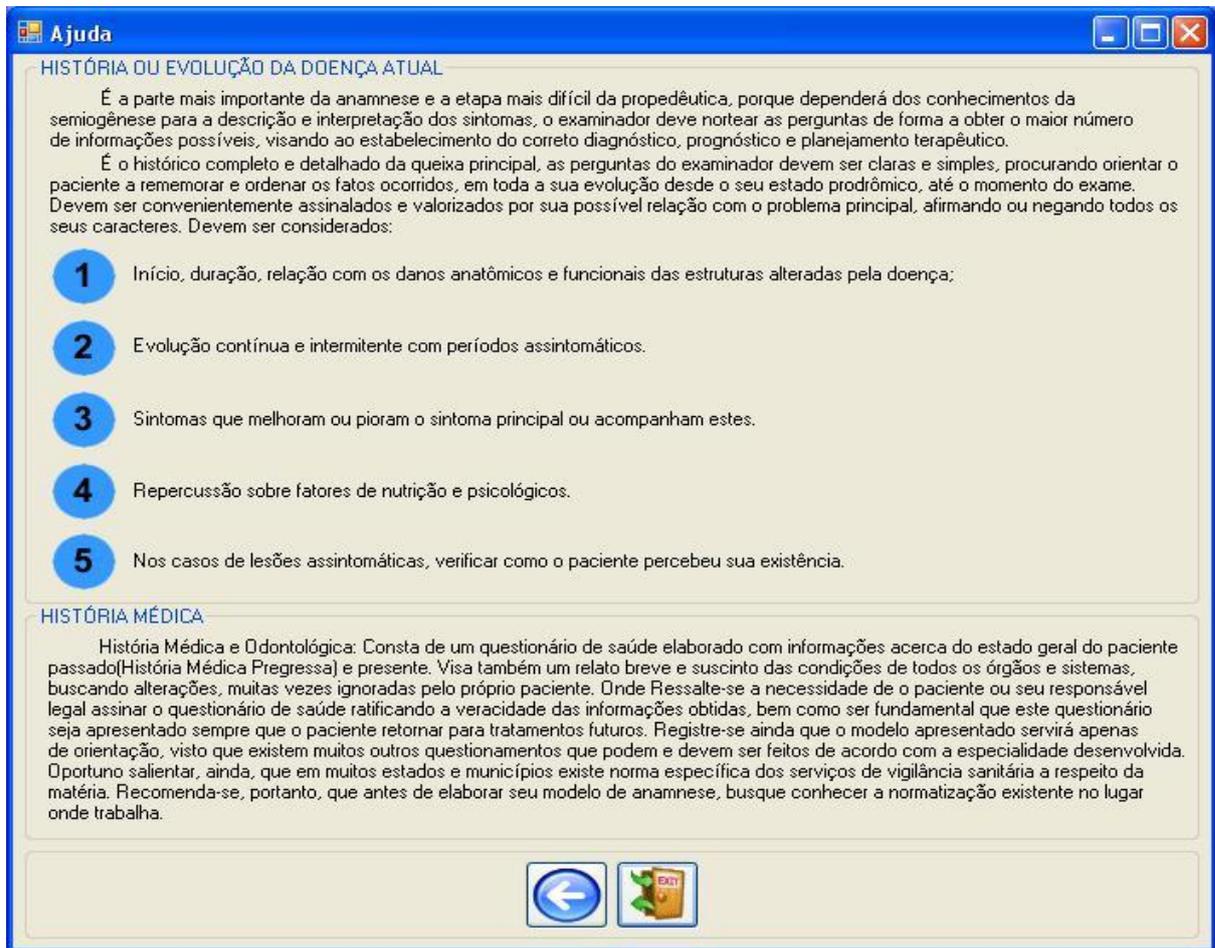


Figura 8. Fonte: Genovese (1992).

O referido autor (FIG. 8) disponibiliza informações relevantes acerca da história ou evolução da doença atual e história médica. A importância dessa figura são os conceitos que auxiliam na elaboração de um histórico mais completo visando o diagnóstico, prognóstico e tratamento eficaz.

As figuras (FIG. 9, 10 e 11) retratam o estado geral de saúde ou revisão dos sistemas. O conteúdo a ser investigado e registrado na história médica como o estado geral de saúde ou revisão dos sistemas é abordado na figura (FIG. 9).

Figura 9: Tela ESTADO GERAL DE SAÚDE (REVISÃO DOS SISTEMAS)

1 - ANAMNESE

ESTADO GERAL DE SAÚDE: (REVISÃO DOS SISTEMAS)

Diabetes: Sim Não Não Sei

Alergia: Sim Não Não Sei A quê?

Teve problema com o uso de anestésico? Local Geral Sim Não Não Sei

Tem algum problema associado ao ciclo menstrual? Sim Não Não Sei

Está Grávida? Sim Não Não Sei Tempo gestacional:

Sente a boca seca com frequência? Sim Não Não Sei

Tem mau hálito? Sim Não Não Sei

Doença do aparelho urinário (renal) Não Não Sei
(Hematúria - Piúria - Nictúria - Cálculos renais - Algias - Nefrite - Albuminúria - Poliúria - Tumores - Glicosúria - Disúria - Anúria - Malformação - Cistite - Oligúria - Acetonúria - Uretrite - Ureterite - Uretralgia - Uremia - Urólito - Uromelanina - Uroluteína - Uroporfirina - Nefrose - Nefrectasia - Nefroma - Glomerulonefrite - Agenesia - Uroquesia - Uraturia - Outras.)

Já teve alguma doença sexualmente transmissível? Não Não Sei
(Cancro duro - Cancro mole - Candidíase - Herpes simples Genital - Gonorréia - Condiloma - Acuminado/HPV - Linfogranuloma venéreo - Granuloma inguinal - Pediculose do Púbis - Hepatite B - AIDS - Clamídia - Trichomonas - Ureaplasma - Gardnerella - Molusco contagioso - Outras.)

Doença do aparelho Gastrointestinal? Não Não Sei
(Diarréia - Gastrite - Úlcera péptica - Hérnia de hiato - Esofagite - Divertículos - Apendicite - Colite - Hemorróidas - Anorexia - Náuseas - Diarréias - Vômitos - Constipação - Verminose - Melena - Outras.)

Doença Hematológica? Não Não Sei
(Anemia - Leucemia - Hemofilia - Trombocitopenia - Trombocitose - Linfoma - Eosinofilia - Leucocitose - Leucopenia - Deficiência de vitamina K - Outras.)

Doença do Aparelho Auditivo? Não Não Sei
(Surdez - Perda de audição - Otolgia - Labirintite - Zumbido - Otite média - Otite dos nadadores - Outras.)

Icons: File, Back, Forward, Search, Exit

Figura 9. Tela contendo: ESTADO GERAL DE SAÚDE (REVISÃO DOS SISTEMAS)

A importância da figura (FIG. 9) de acordo com a literatura é o levantamento da história pregressa do paciente através de um questionário de saúde, onde as alterações mais frequentes podem ser encontradas na revisão dos sistemas, facilitando a contextualização dos dados colhidos e analisados no exame clínico, oferecendo a possibilidade maior de diagnóstico, prognóstico e tratamento correto.

A continuação das informações sobre o estado geral de saúde ou revisão dos sistemas é relatado na figura (FIG. 10).

**Figura 10: Tela ESTADO GERAL DE SAÚDE (REVISÃO DOS SISTEMAS) –
Continuação**

1 - ANAMNESE

ESTADO GERAL DE SAÚDE: (REVISÃO DOS SISTEMAS)

Doença do Aparelho Respiratório? Não Não Sei
(Asma - Bronquite - Pneumonia - Epistaxe - Laringite - Faringite - Amigdalite - Sinusite - Rinite - Enfisema pulmonar - Câncer de Pulmão - Embolia pulmonar - Outras.)

Doença do Aparelho Cardiovascular? Não Não Sei
(Angina - Infarto - Aneurisma - Hipertensão arterial - Arritmia - Parada cardíaca - Miocardite - Edema agudo de pulmão - Endocardite bacteriana - Varizes dos membros inferiores - Estenose valvular - Insuficiência cardíaca congestiva - Outras.)

Doença Hepática? Não Não Sei
(Hepatite - Cirrose - Insuficiência Hepática - Icterícia - Hepatomegalia - Colecistólitase - Outras.)

Doença Neurológica? Não Não Sei
(Epilepsia - Coma - Convulsão - Vertigem - Acidente Vascular Cerebral - Traumatismo Crânioencefálico - Meningite - Encefalite - Doença de Parkinson - Insônia - Enxaqueca - Paralisia Facial - Outras.)

Distúrbio Psiquiátrico? Não Não Sei
(Depressão - Esquizofrenia - Síndrome do Pânico - Transtorno compulsivo obsessivo - Transtorno bipolar - Distímia - Psicose maníaco Depressiva - Insônia - Apatia - Sonambulismo - Epilepsia - Outras.)

Doença Reumática e Colagenoses? Não Não Sei
(Febre Reumática - Artrite Reumatóide - Lúpus eritematoso Sistêmico - Bursite - Osteoartrite - Gota - Síndrome do túnel Carpiano - Lumbago - Ciática - Artralgias - Artrose - Outras.)

Doenças Infeciosas virais? Não Não Sei
(HIV - Herpes simples - Herpes Zoster - Mononucleose infecciosa - Varicela - Sarampo - Rubéola - Sarampo - Papiloma vírus - Herpangina - Citomegalovírus - Dengue - Febre Amarela - Outras.)

Doenças Infeciosas Bacterianas? Não Não Sei
(Tuberculose - Hanseníase - Sífilis - Impetigo - Erisipela - Gonorréia - Noma - Actinomicose - Outras.)

Doenças Fúngicas e Protozoárias? Não Não Sei
(Candidíase - Histoplasmoze - Blastomicose - Toxoplasmose - Paracoccidiodomicose - Coccidiodomicose - Criptococose - Aspergilose - Malária - Outras.)

Icons: File, Back, Forward, Search, Exit

Figura 10. Tela contendo: ESTADO GERAL DE SAÚDE (REVISÃO DOS SISTEMAS) - Continuação.

Na literatura é ressaltada a importância de em uma Anamnese existir interrogações que enumerem as alterações mais frequentes que podem ser encontradas na revisão dos sistemas, facilitando a contextualização dos dados colhidos, analisados no exame clínico, para o diagnóstico e tratamento correto.

A continuação dessas informações, estado geral de saúde ou revisão dos sistemas é relatado na figura (FIG.11).

Figura 11: Tela ESTADO GERAL DE SAÚDE (REVISÃO DOS SISTEMAS) – Continuação.

1 - ANAMNESE

ESTADO GERAL DE SAÚDE: (REVISÃO DOS SISTEMAS)

Fez Transusão de sangue? Sim Não Não Sei Quando? Por quê?

Foi-lhe diagnosticado HIV positivo ou tem AIDS? Sim Não Não Sei

Submeteu-se a alguma cirurgia? Sim Não Não Sei Quando? Qual(is)?

Tem história de Câncer? Sim Não Qual(is)?

Há história de Câncer na família? Avós Pais Irmãos Tios Filhos Não

Fez tratamento de radioterapia ou quimioterapia? Sim Não Quando?

Tem alguma enfermidade, condição ou problema não mencionado aqui? Sim Não Explique:

Tem algo que devemos saber sobre sua saúde e que não tenhamos perguntado nesse formulário? O quê? Não

Gostaria de falar confidencialmente com o dentista sobre algum problema? Sim Não O quê?

Figura 11. Tela contendo: ESTADO GERAL DE SAÚDE (REVISÃO DOS SISTEMAS) - Continuação.

O questionário de saúde desta figura (FIG. 11) buscou enumerar as alterações mais frequentes que podem ser encontradas na revisão dos sistemas e também permite a oportunidade de revisar o que pode ter passado despercebido pelo examinador. Assim sendo a conclusão dessa fase Anamnese poderá ser feita com frases do tipo: "Você gostaria de falar mais alguma coisa?" ou "Acha que nos esquecemos de alguma coisa?".

Na figura (FIG. 12) buscou-se a importância de mostrar que nos questionamentos os hábitos viciosos também deverão ser abordados.

Figura 12: Tela HÁBITOS NOCIVOS

The screenshot shows a software window titled "1 - ANAMNESE" with a sub-section "HÁBITOS NOCIVOS". The interface includes the following elements:

- Four columns of checkboxes for habits:
 - Respirar pela boca
 - Ranger os dentes dia/à noite
 - Morder Bochecha
 - Chupar bico/dedo
 - Rouer unhas
 - Álcool
 - Morder caneta/ lápis
 - Outros
 - Morder lábios
 - Tomar chimarrão
 - Morder Língua
- A text input field labeled "Qual(is)".
- Two rows of questions with radio buttons and text input fields:
 - "Fuma?" with options "Sim" and "Não", followed by "O quê?" and "Por quanto tempo?".
 - "Fumou?" with options "Sim" and "Não", followed by "O quê?" and "Por quanto tempo?".
- "Dorme bem?" with options "Sim" and "Não".
- "Ronca?" with options "Sim", "Não", and "Não Sei".
- "Faz ou fez uso de drogas ilícitas?" with options "Sim" and "Não", followed by a "Qual(is)" text input field.
- "Posicionamento incorreto da mandíbula?" with options "Sim", "Não", and "Não Sei".
- An "Outros:" text input field.
- A bottom toolbar with icons for a document, back, forward, search, and exit.

Figura 12. Tela contendo HÁBITOS NOCIVOS.

De acordo com a literatura é de grande importância o conteúdo da figura (FIG.12) ao questionar o paciente sobre os hábitos e os vícios como os relativos à atividade física, regimes e dietas alimentares, hábitos de higiene e preferências sexuais na contextualização das alterações percebidas no exame clínico do paciente.

Anormalidades detectadas no exame físico extraoral são relacionadas na figura (FIG. 13).

Figura 13: EXAME FÍSICO EXTRAORAL – ANORMALIDADES

2 - EXAME FÍSICO

2.1 EXAME FÍSICO EXTRA-ORAL

ANORMALIDADES

Aspecto físico geral Sim Não Qual(is)

Pele Sim Não Qual(is)

Fossas nasais Sim Não Qual(is)

Fonação Sim Não Qual(is)

Nódulos linfáticos Sim Não Qual(is)

Aspecto facial Sim Não Qual(is)

Respiração: rpm Mista Nasal Bucal Temperatura: °C

Pressão Arterial: mmHg/ mmHg Pulso Radial: bpm

? ← → 🔍 EXIT

Figura 13. Tela contendo EXAME FÍSICO EXTRAORAL – ANORMALIDADES

A literatura corrobora nesta figura quando ressalta a importância da fase loco regional extra-oral do exame físico, e preconiza que se examinem as regiões da cabeça e a região cervical: observando fácies, seios paranasais, olhos, músculos faciais e glândula parótida; articulação temporomandibular, palpação da glândula tireóide e cadeias ganglionares crânio cervicais.

Definições dos autores sobre o exame físico extraoral e a pressão arterial são relacionadas na figura (FIG. 14).

Figura 14: Tela Ajuda EXAME FÍSICO EXTRAORAL- PRESSÃO ARTERIAL

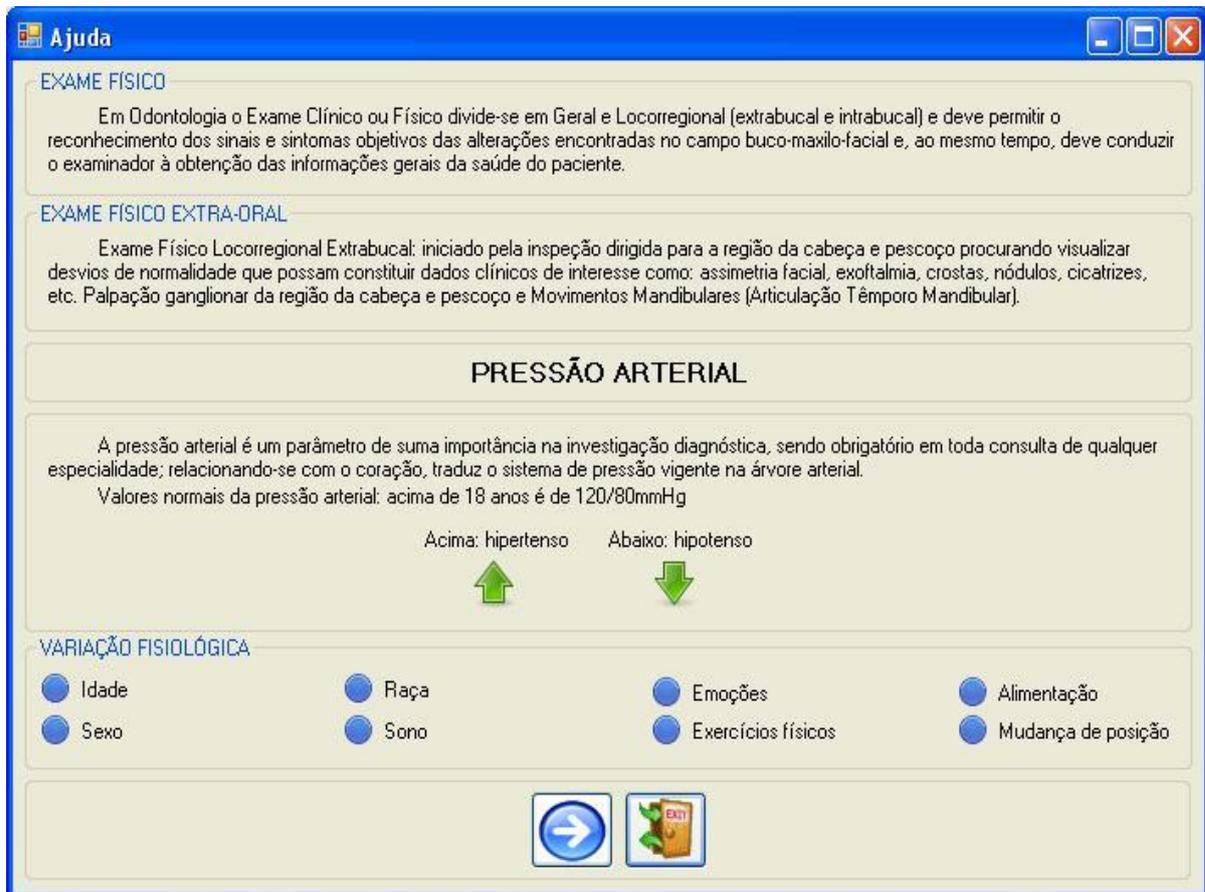


Figura 14. Fonte: Genovese (1992).

O exame físico extra-oral e a pressão arterial são abordados na figura 14, de acordo com o autor supracitado. No exame físico extraoral é feita a avaliação do geral do paciente, do seu modo de andar, a sua postura, o modo de falar, e observações correlatas. É feita a aferição das medidas dos sinais vitais, que consistem na aferição do pulso, respiração, temperatura e pressão sanguínea do paciente que é parte da avaliação geral, embora sua determinação exija técnicas além da simples observação.

As figuras (FIG.15 e FIG.16) dão continuidade no assunto história médica e o estado geral de saúde (revisão dos sistemas). Onde os sinais vitais, temperatura e respiração, bem como definição e suas possíveis alterações são descritos na figura 15.

Figura 15: Tela Ajuda EXAME FISICO EXTRAORAL- TEMPERATURA - RESPIRAÇÃO

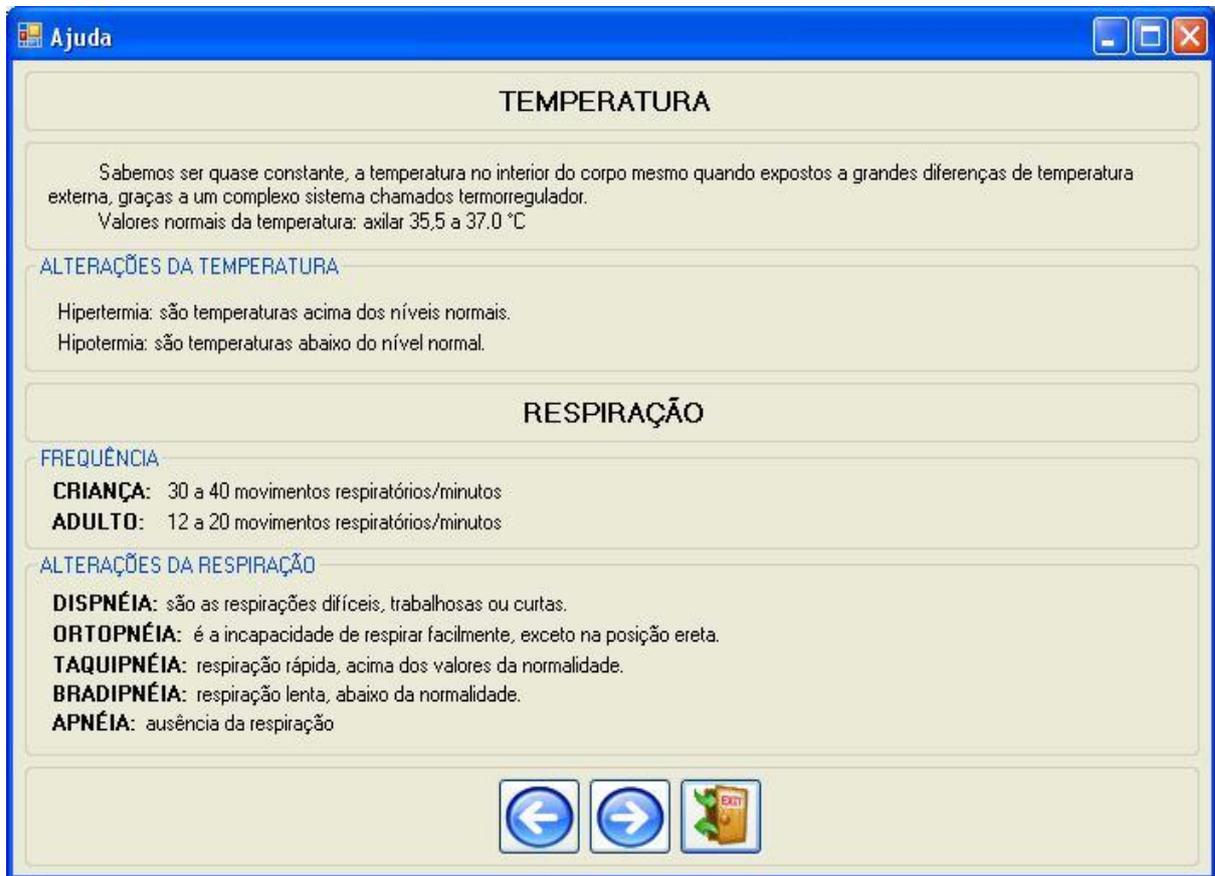


Figura 15. Fonte: Genovese (1992).

Os sinais vitais temperatura e respiração, aferidos no exame físico extraoral são definidos pelos autores na figura. O sistema termorregulador, mantém a temperatura no interior do corpo constante, mesmo quando exposto a grandes diferenças de temperatura. A hipertermia é a denominação de temperaturas acima dos níveis normais (axilar 35,5 a 37,0 °C) e a hipotermia é quando as temperaturas estão abaixo dos níveis normais. Quanto à respiração, na criança os movimentos respiratórios são mais rápidos que no adulto.

Já o sinal vital denominado pulso e as suas alterações são descritos na figura 16.

Figura 16: Tela Ajuda EXAME FISICO EXTRAORAL- PULSO

Figura 16. Fonte: Genovese (1992).

O pulso é o sinal vital descrito na figura e sua palpação é um dos procedimentos clínicos mais antigos da prática médica, é também um gesto simbólico, pois é um dos primeiros contatos físicos entre médico e o paciente. Segundo informação dos autores os valores normais de pulso variam de 60 a 90 bpm. Na taquicardia estes valores estão acima dos valores normais e na bradicardia, abaixo dos valores normais de pulso.

A figura (FIG. 17), tela de ajuda, apresenta definições da estrutura e função do sistema linfático.

**Figura 17: Tela Ajuda ESTRUTURA E FUNÇÃO DO SISTEMA LINFÁTICO-
GÂNGLIOS LINFÁTICOS (LINFONODOS)**

Ajuda

ESTRUTURA E FUNÇÃO DO SISTEMA LINFÁTICO

O sistema linfático drena o espaço intersticial, facilita a apresentação do antígeno, produz anticorpos e fagócitos. Ele é formado pelos ductos linfáticos, linfonodos, baço, amígdalas(tonsilas), adenóides e glândula timo.

Uma rede de ductos linfáticos acompanha os vasos sanguíneos; estes linfáticos transportam a linfa dos tecidos intersticiais para os linfonodos. A linfa é um líquido opalescente derivado do líquido rico em proteínas, enriquecido pelos linfócitos que banham o espaço intersticial.

A linfadenopatia será causada pela proliferação de células em resposta ao desafio de um antígeno.

Os linfonodos da cabeça e pescoço estão agrupados em uma disposição circular e vertical. O círculo de linfonodos drena as estruturas superficiais da cabeça e do pescoço.

GÂNGLIOS LINFÁTICOS (LINFONODOS)

Existem cerca de 600 G.L. no corpo humano, de dimensões extremamente variáveis. Poucos são palpáveis (os inguinais são os mais acessíveis no indivíduo normal).

Quando palpáveis, devemos estudar as seguintes características:

- Localização do gânglio
- Tamanho do gânglio
- Consistência do gânglio - flutuação
- Fixação à pele e aos planos profundos
- Comprometimento de outros gânglios ou cadeias ganglionares
- Sensibilidade à palpação
- Rapidez do aumento ganglionar
- Alterações da pele: rubor, temperatura, fístulas, cicatrizes

Clique na Imagem para Ampliar

Genovese, 1992 Genovese, 1992

← → EXIT

Figura 17. Fonte: Genovese (1992).

Genovese (1992) comenta a estrutura e função do sistema linfático, na figura a sua importância é para proporcionar ao aluno o aprendizado quanto à localização dos gânglios linfáticos ou linfonodos, a técnica de palpação e a significação clínica das cadeias ganglionares crânio-cervicais.

As próximas figuras (FIG. 18 a 26) falam sobre estrutura e função do sistema linfático que é formado por ductos linfáticos, linfonodo, baço, amígdalas (tonsilas), adenóide e glândula timo. Estas telas mostram desde definições importantes como a localização, tamanho, forma, consistência e sensibilidade, até as técnicas de palpação ganglionar e a significação clínica das alterações detectadas.

A tela de ajuda, figura (FIG. 18) fornece informações indispensáveis sobre palpação ganglionar, a estrutura e função do sistema linfático, e os principais linfonodos da cabeça e pescoço mais facilmente palpáveis.

Figura 18: Tela Ajuda PALPAÇÃO GANGLIONAR

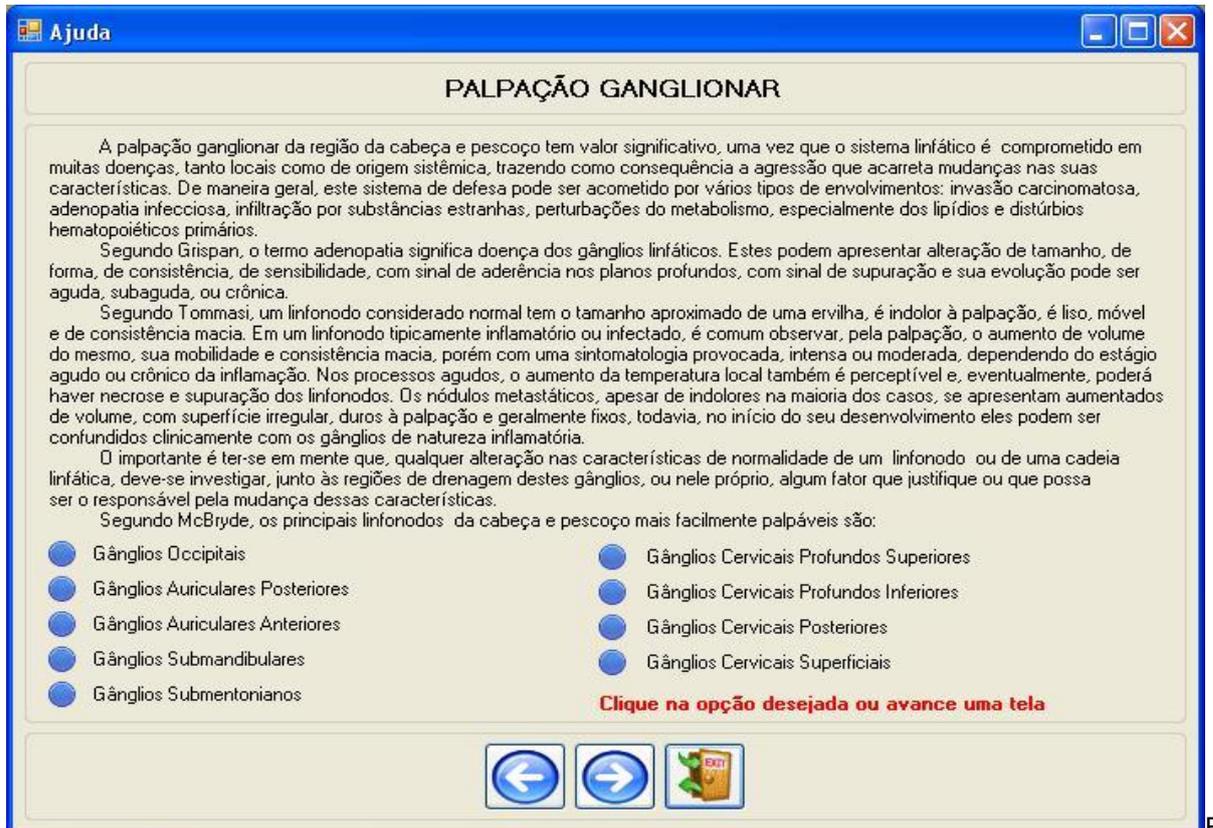


Figura 18. Fonte: Genovese (1992).

O autor supracitado fala na figura (FIG. 18) sobre palpação ganglionar, a estrutura e função do sistema linfático, e os principais linfonodos da cabeça e pescoço mais facilmente palpáveis, e a técnica de palpação informando também o significado clínico.

Outras informações indispensáveis, como sobre os gânglios occipitais, gânglios auriculares posteriores, gânglios auriculares anteriores, gânglios submandibulares, estão descritas nas figuras 19, 20, 21 respectivamente.

Figura 19: Tela Ajuda GÂNGLIOS OCCIPTAIS



Figura 19. Fonte: Genovese (1992).

A figura (FIG. 19) relata a revisão anatômica, significação clínica e técnica de palpação dos gânglios occipitais.

Figura 20: Tela Ajuda GÂNGLIOS AURICULARES POSTERIORES



Figura 20. Fonte: Genovese (1992).

Figura 21: Tela Ajuda GÂNGLIOS AURICULARES ANTERIORES



Figura 21. Fonte: Genovese (1992).

Figura 22: Tela Ajuda GÂNGLIOS SUBMANDIBULARES

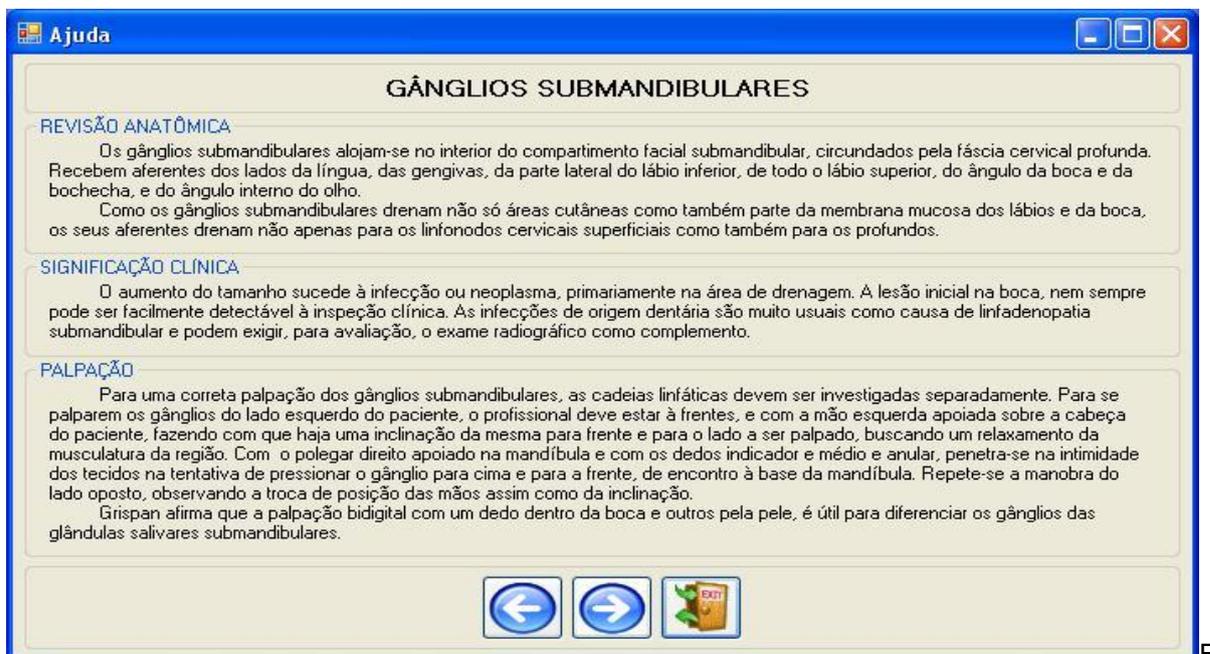


Figura 22. Fonte: Genovese (1992).

A figura (FIG. 22) descreve a revisão anatômica, significação clínica e técnica de palpação dos gânglios submandibulares.

Os gânglios cervicais profundos superiores são abordados na figura (FIG. 23), que descreve a revisão anatômica, significação clínica e técnica de palpação dos gânglios cervicais profundos superiores.

Figura 23: Tela Ajuda GÂNGLIOS CERVICAIS PROFUNDOS SUPERIORES

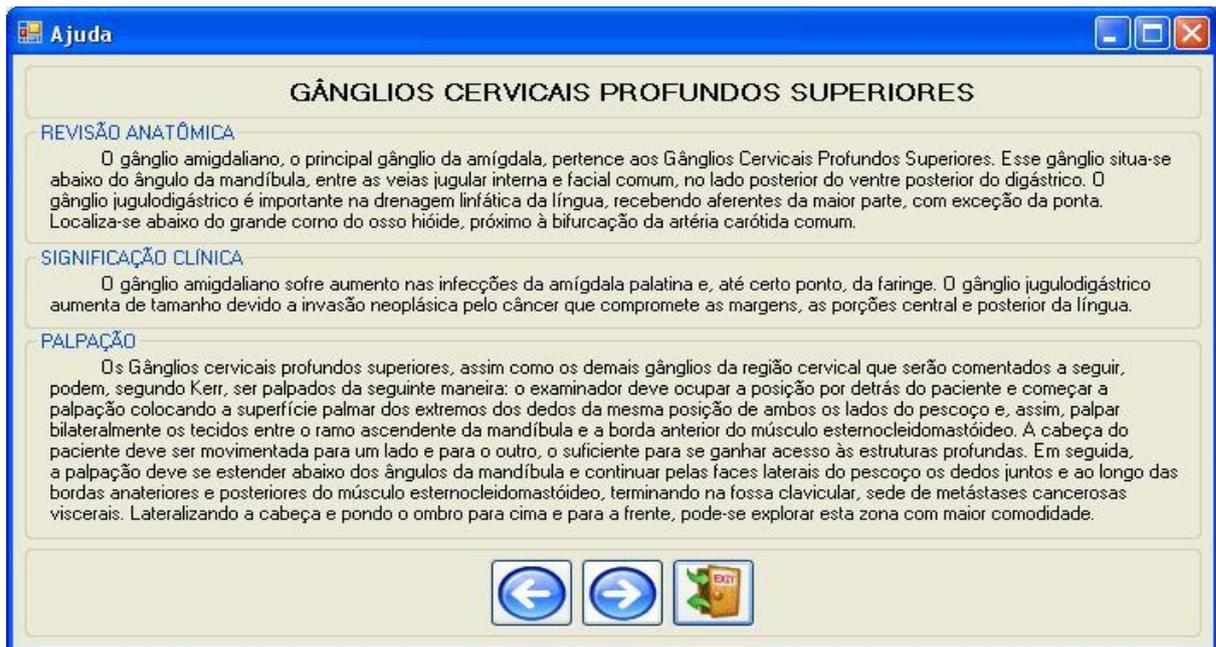
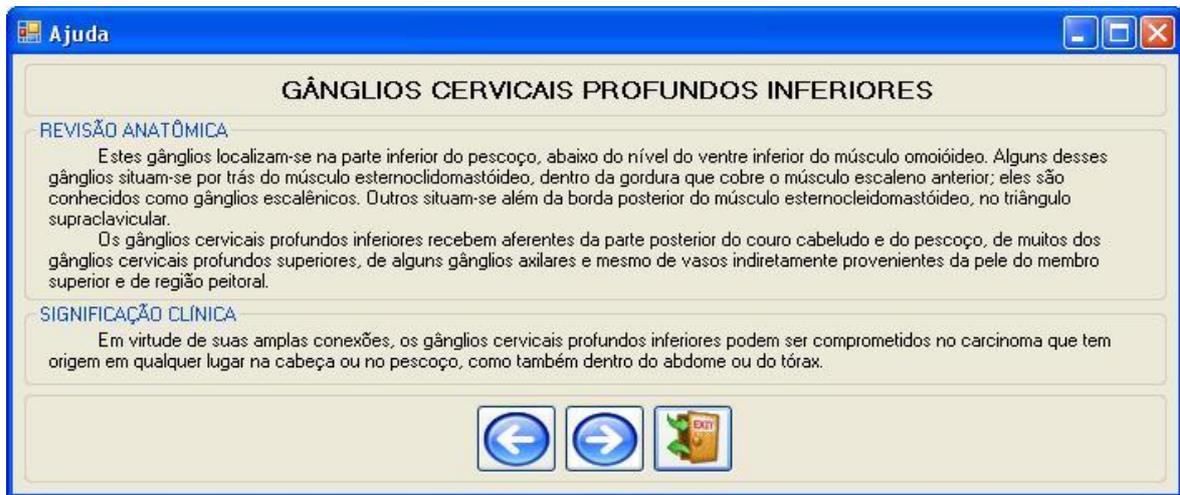


Figura 23. Fonte: Genovese (1992).

Os gânglios cervicais profundos inferiores são abordados na figura (FIG. 24), com sua revisão anatômica e significação clínica desses gânglios cervicais.

Figura 24: Tela Ajuda GÂNGLIOS CERVICAIS PROFUNDOS INFERIORES



Fig

ura 24. Fonte: Genovese (1992).

A figura (FIG. 25) fala de revisão anatômica e significação clínica dos gânglios cervicais posteriores, e dos gânglios cervicais superficiais está retratada na figura (FIG. 26).

Figura 25: Tela Ajuda GÂNGLIOS CERVICAIS POSTERIORES



F

igura 25. Fonte: Genovese (1992).

Figura 26: Tela Ajuda GÂNGLIOS CERVICAIS SUPERFICIAIS

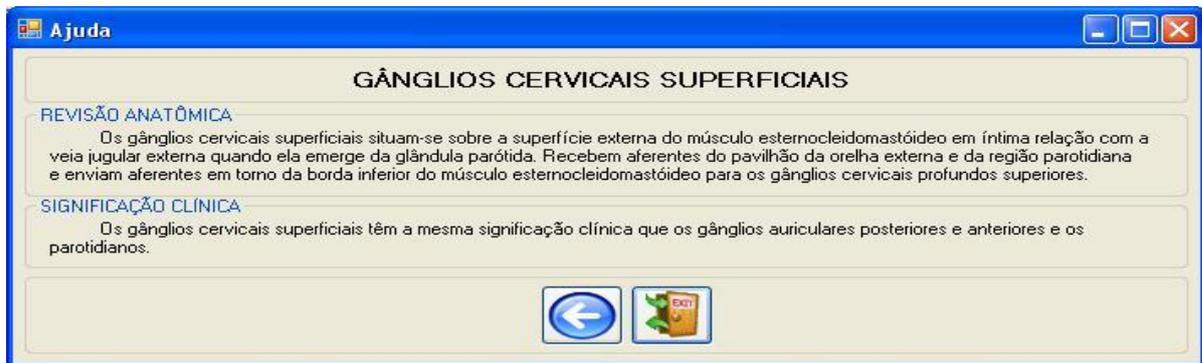


Figura 26. Fonte: Genovese (1992).

A descrição minuciosa da palpação ganglionar da região da cabeça e pescoço e o seu valor significativo são relatados nas figuras (FIG.18 a 26). Tommasi (1989) faz importantes considerações acerca do sistema linfático, comprometido em muitas doenças, tanto locais como de origem sistêmica, trazendo como consequência a agressão que acarreta mudanças nas suas características. De maneira geral, este sistema de defesa pode ser acometido por vários tipos de envolvimento como invasão carcinomatosa, adenopatia infecciosa, infiltração por substâncias estranhas, perturbações do metabolismo, especialmente dos lipídios e distúrbios hematopoiéticos primários.

O termo *adenopatia* significa doença dos gânglios linfáticos, de acordo com Grispan (1975), podem apresentar alteração de tamanho, de forma, de consistência, de sensibilidade, com sinal de aderência nos planos profundos, com sinal de supuração e sua evolução pode ser aguda, subaguda, ou crônica.

É fundamental o diagnóstico diferencial feito através das características clínicas. O linfonodo considerado normal que tem o tamanho aproximado de uma ervilha, é indolor à palpação, é liso, móvel e de consistência macia. Em um linfonodo tipicamente inflamatório ou infectado, é comum observar, pela palpação, o aumento de volume do mesmo, sua mobilidade e consistência macia, porém com uma sintomatologia provocada, intensa ou moderada, dependendo do estágio agudo ou crônico da inflamação. Nos processos agudos, o aumento da temperatura local também é perceptível e, eventualmente, poderá haver necrose e supuração dos linfonodos. Os nódulos metastáticos, apesar de indolores na maioria dos casos, se apresentam aumentados de volume, com superfície irregular, duros à palpação e

geralmente fixos; todavia, no início do seu desenvolvimento eles podem ser confundidos clinicamente com gânglios de natureza inflamatória.

O importante é ter-se em mente que, qualquer alteração nas características de normalidade de um linfonodo ou de uma cadeia linfática, deve-se investigar, junto às regiões de drenagem destes gânglios, ou nele próprio, algum fator que justifique ou que possa ser o responsável pela mudança dessas características.

A figura (FIG. 27) busca enfatizar a importância do exame da articulação temporomandibular (ATM).

Figura 27: Tela EXAME FÍSICO – 2.1.1. EXAME DA ATM

Figura 27. Tela contendo EXAME DA ATM.

Tal figura vem destacar o exame da ATM, a palpação, surdez ao deglutir, abertura da boca, e desvio da mandíbula. O exame da ATM faz parte do exame físico extraoral. Um paciente com história de artrite reumatóide poderá se apresentar ao cirurgião dentista com queixa de disfunção da ATM, que é parte do processo sistêmico.

O relato de anormalidades encontradas no exame da articulação temporomandibular (ATM) é descrito na tela de ajuda figura (FIG. 28).

Figura 28: Tela AJUDA ANAMNESE - 2.1.1. EXAME DA ATM

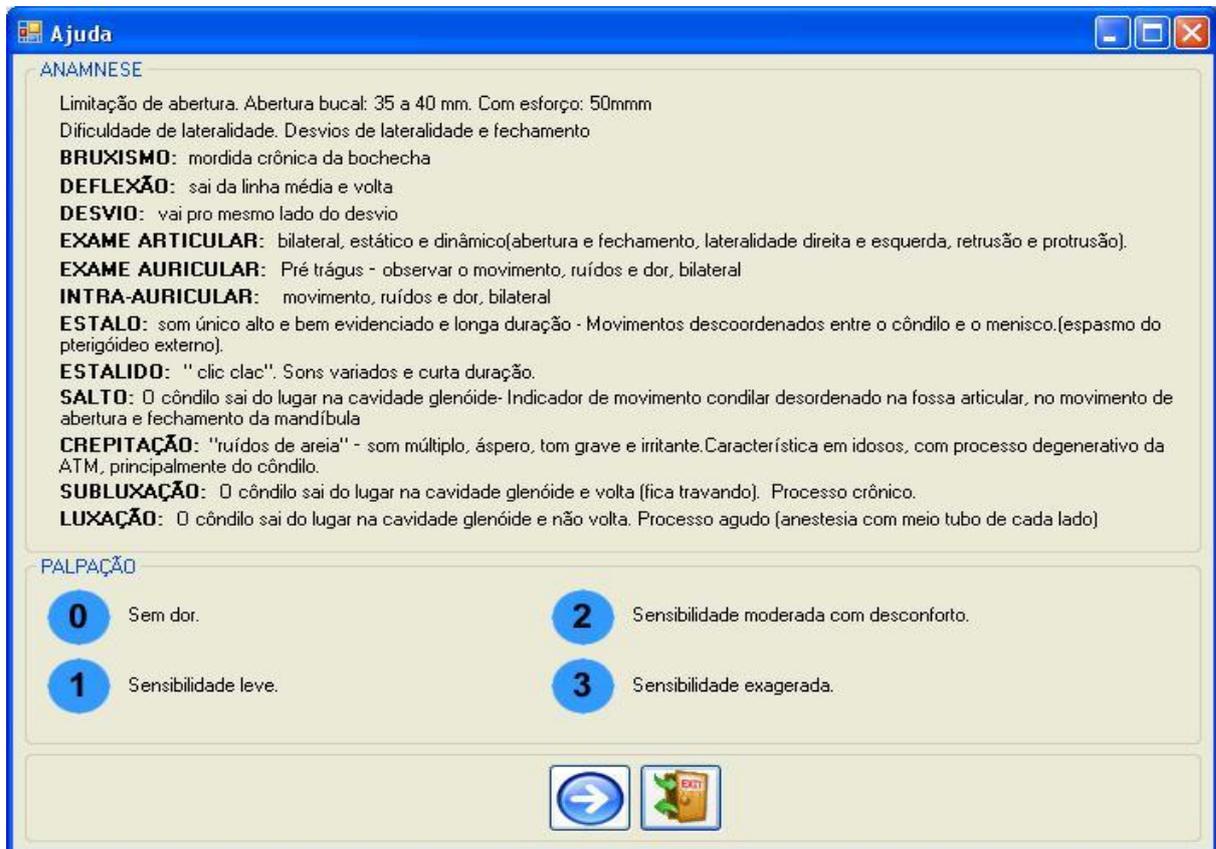


Figura 28. Definição dos autores: Marcucci (2005), Tommasi (1977), Genovese (1992).

De acordo com os autores supracitados, a figura acima fala sobre anormalidades encontradas no exame da articulação temporomandibular (ATM).

A abordagem sobre as anormalidades encontradas no exame da articulação temporomandibular (ATM) continua nas definições das figuras (FIG. 29 e FIG. 30).

Figura 29: Tela AJUDA EXAME CLÍNICO - 2.1.1. EXAME DA ATM

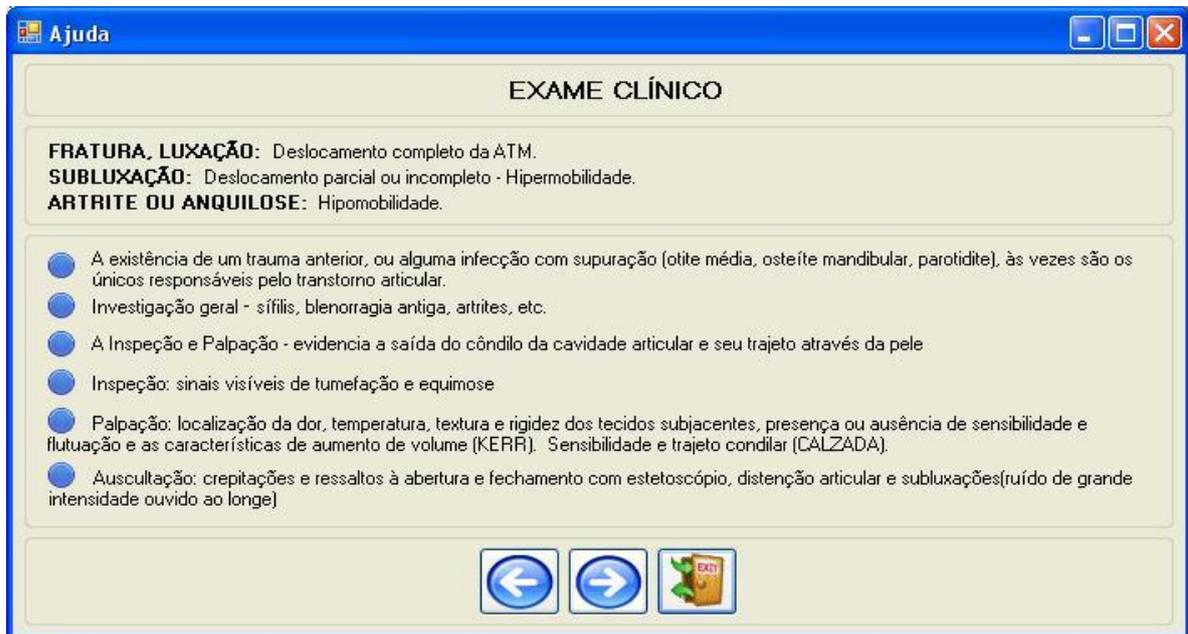


Figura 29. Definição dos autores: Marcucci (2005), Tommasi (1977), Genovese (1992).

Figura 30: Tela AJUDA - 2.1.1. EXAME DA ATM - CONTINUAÇÃO

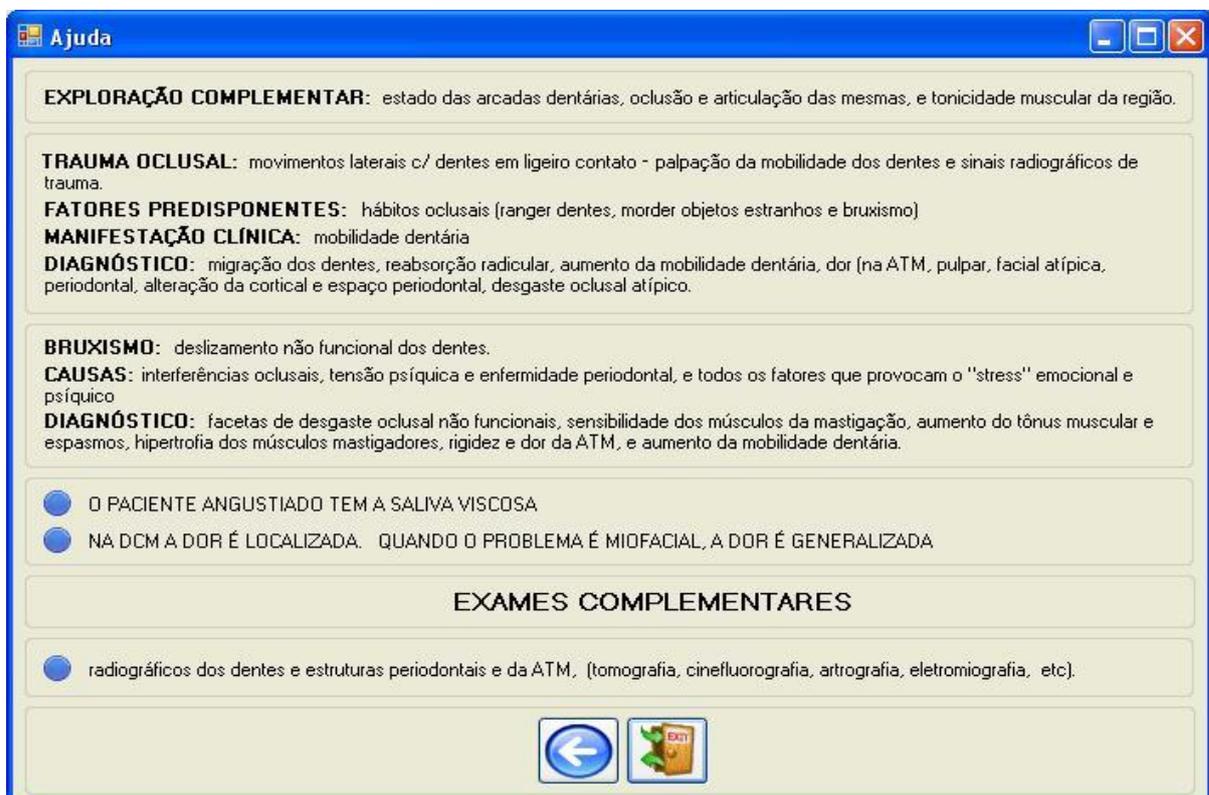


Figura 30. Definição dos autores: Marcucci (2005), Tommasi (1977).

A próxima figura (FIG. 31) aponta etapas importantes do exame estomatológico e indica quais as estruturas que devem ser examinadas na busca de alterações.

Figura 31: Tela 2.2 EXAME FÍSICO INTRAORAL - 2.2.1. EXAME ESTOMATOLÓGICO – ALTERAÇÕES

The screenshot shows a software window titled "2.2 EXAME FÍSICO INTRA-ORAL". Inside, the main heading is "2.2.1 EXAME ESTOMATOLÓGICO" with a subtitle "(Tipo, Duração, Coloração, Textura, Consistência, Forma, Sensibilidade)". Below this is a section titled "ALTERAÇÕES". There are eight rows, each representing a different anatomical area: Orofaringe, Nasofaringe, Glândulas, Lábios, Mucosa jugal, Gengiva, Freios, and Vestíbulos. Each row contains two radio buttons labeled "Sim" and "Não", followed by a text input field labeled "Qual(is)". At the bottom of the window is a toolbar with icons for help (question mark), file operations (document, left arrow, right arrow), search (magnifying glass), and exit (EXIT button).

Figura 31. Tela contendo EXAME FÍSICO INTRAORAL / EXAME ESTOMATOLÓGICO/ ALTERAÇÕES.

Encontramos na literatura que no exame estomatológico deve-se observar as alterações encontradas na cavidade bucal abrangendo os lábios e vestíbulo bucal, assoalho da boca e face interna da mandíbula, língua, mucosas jugais, palatos, rebordos alveolares, úvula, pilares tonsilares, tonsilas, e orofaringe, dentes e tecidos periodontais.

As figuras (FIG. 32 e FIG. 33) dão continuidade do exame estomatológico.

Figura 32: Tela 2.2 EXAME FÍSICO INTRAORAL - 2.2.1. EXAME ESTOMATOLÓGICO – ALTERAÇÕES – CONTINUAÇÃO



Figura 32. Tela contendo continuação de EXAME FÍSICO INTRAORAL/ EXAME STOMATOLÓGICO/ ALTERAÇÕES

Figura 33: Tela AJUDA 2.2 EXAME FÍSICO INTRAORAL - 2.2.1. EXAME ESTOMATOLÓGICO

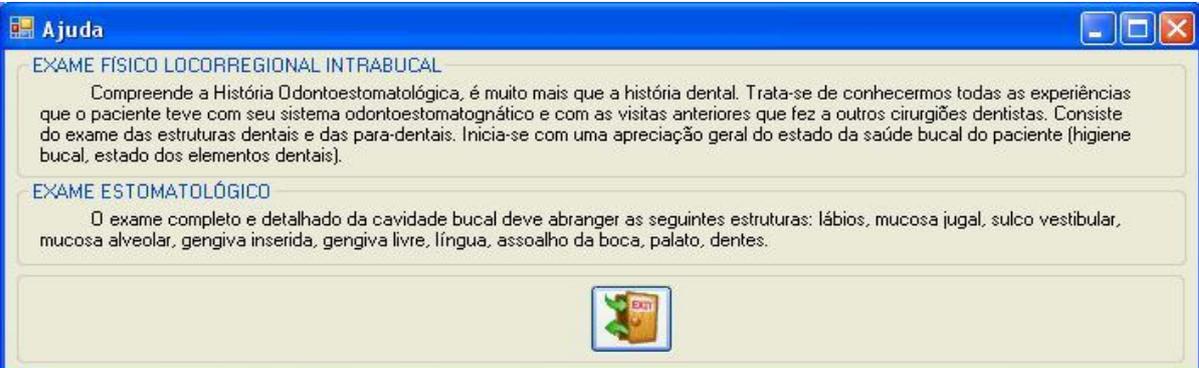


Figura 33: Definição dos autores: Marcucci (2005), Tommasi (1977).

Os autores supracitados definem o exame físico locorregional intraoral e exame estomatológico na figura (FIG. 33).

O exame dos dentes e arcos dentários está descrito na figura (FIG. 34).

Figura 34: Tela 2.2 EXAME FÍSICO INTRAORAL - 2.2.2. EXAME DOS DENTES E ARCOS DENTÁRIOS

The screenshot shows a software window with a blue title bar and a light beige background. The title bar contains the text '2.2 EXAME FÍSICO INTRA-ORAL' and standard window control buttons. The main content area is titled '2.2.2 EXAME DOS DENTES E ARCOS DENTÁRIOS' and contains the following fields and options:

- Dentição:** Radio buttons for Decídua, Mista, and Permanente.
- Nº de dentes permanentes:** A text input field.
- Nº de dentes Temporários:** A text input field.
- Diastema:** Radio buttons for Sim and Não.
- Tarumatismo dentário:** Radio buttons for Sim and Não.
- Alteração de cor:** Radio buttons for Sim and Não.
- Extranumerário:** Radio buttons for Sim and Não.
- Alteração na morfologia:** Radio buttons for Sim and Não.
- Hipoplasia:** Radio buttons for Sim and Não.
- Cálculo supra gengival:** Radio buttons for Sim and Não.
- Mobilidade:** Radio buttons for Sim and Não.
- Cálculo sub-gengival:** Radio buttons for Sim and Não.
- Dor à percussão:** Radio buttons for Sim and Não.
- Edêntulo parcial:** Radio buttons for Sim and Não.
- Edêntulo total:** Radio buttons for Sim and Não.
- Mordida:** Radio buttons for Trespasse Horizontal, Trespasse Vertical, and Topo à topo.
- Cruzada:** Radio buttons for Anterior, Posterior, Direita, and Esquerda.
- Aberta:** Radio buttons for Anterior, Posterior, Direita, and Esquerda.
- Faz uso de prótese total?:** Radio buttons for Sim, Não, Adequada, and Inadequada.
- Faz uso de prótese parcial?:** Radio buttons for Sim, Não, Adequada, and Inadequada.

At the bottom of the window, there is a toolbar with icons for help (question mark), file operations (document, left arrow, right arrow, magnifying glass, folder), and a print icon.

Figura 34. Fonte: Marcucci (2005), Tommasi (1977).

Também as figuras (FIG. 35 e FIG. 36), ressaltam definições sobre o exame dos dentes e arcos dentários, sendo que, o odontograma ou diagrama das arcadas é apresentado na figura (FIG. 36).

Figura 35: Tela AJUDA 2.2 EXAME FÍSICO INTRAORAL - 2.2.2. EXAME DOS DENTES E ARCOS DENTÁRIOS

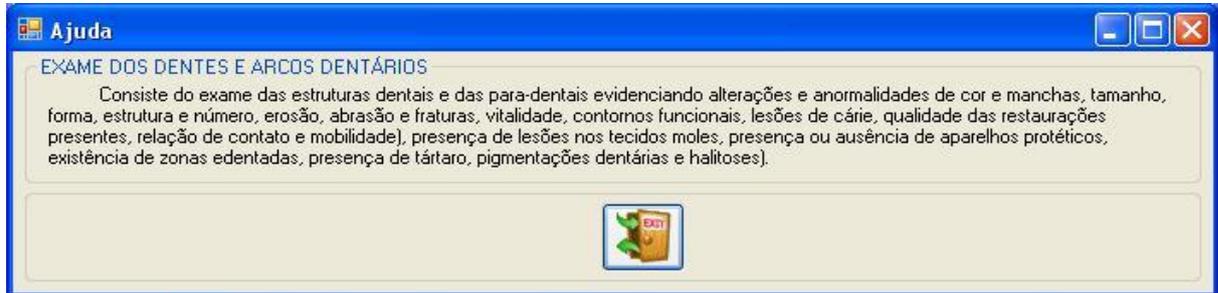


Figura 35. Definição dos autores: Marcucci (2005), Tommasi (1977).

Figura 36: Tela 2.2 EXAME FÍSICO INTRAORAL - 2.2.2. EXAME DOS DENTES E ARCOS DENTÁRIOS ODONTOGRAMA

FORMULA DENTAL

	V	IV	III	II	I	S	I	II	III	IV	V							
E	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	E
	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V								

DIAGRAMA DAS ARCADAS

PERMANENTES

D E

TEMPORÁRIOS

D E

CÓDIGOS

Alteração de Cor _____ Ac Abscesso _____ Ab Cárie _____ Ca Exposição pulpar _____ Ep Coroa Jaqueta _____ Cj Coroa protética _____ Cp Destruição coronária _____ Da Dente impactado _____ Di Dente extranumerário _____ De Dente ausente _____ X Diastema _____ Di Fístula _____ Fi	Freio anormal _____ Fa Má posição dental _____ Md Prótese fixa _____ Pf Prótese removível _____ Pr Prótese total muco-suportada _____ Pt Pericemite _____ Pe Pulpite _____ Pu Restauração _____ Re Restauração ouro _____ Au Retração gengival _____ Rg Raízes _____ Rz Tumefação _____ Tu
---	---

Figura 36: Tela adaptada da ficha utilizada na clínica do UniFOA, contendo EXAME DOS DENTES E ARCOS DENTÁRIOS- ODONTOGRAMA

A figura (FIG. 36) apresenta o diagrama gráfico onde estão representados os dentes permanentes e decíduos, possuindo um código de preenchimento pré-estabelecido, seguindo um tipo de notação dental conforme preconizado por Rubira; Rodrigues (1988). Para esses autores o odontograma foi idealizado para atender as

necessidades dos profissionais da Odontologia, tanto no sentido de facilitar a anotação, como também para melhor visualização do plano de tratamento e sua evolução.

As informações sobre a qualidade e manutenção da higiene oral deverão ser colhidas como representado na figura (FIG. 37).

Figura 37: Tela 2.2 EXAME FÍSICO INTRAORAL - 2.2.3. HIGIENE BUCAL

Figura 37: Tela contendo EXAME FÍSICO INTRAORAL e HIGIENE ORAL

A figura (FIG. 37) faz considerações sobre a higiene oral numa avaliação na escala de excelente a má. Apresenta um questionário sobre o uso correto do creme, da escova e fio dental e o uso de itens como o palito. A literatura mostra que, além disso, deve-se analisar os hábitos, os vícios, hábitos do paciente relativos a atividade física, regimes e dietas alimentares, hábitos de higiene e preferências sexuais.

A figura (FIG. 38) aborda a necessidade de exames complementares para o encaminhamento do paciente.

Figura 38: Tela EXAMES COMPLEMENTARES E ENCAMINHAMENTO

II - EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOGRÁFICO

Elemento dental ou região:

Técnica:

Justificativa:

EXAME DE LABORATÓRIO

Exame: Data do pedido: Data da entrega:
(Sangue - Urina - Fezes - Bioquímicos - Outros)

Hipótese diagnóstica:

Citologia esfoliativa: Data do pedido: Data da entrega:

Tipo de biópsia: Data do pedido: Data da entrega:
(Incisional - Excisional - Aspiração - Punção - Esfregaço)

ENCAMINHAMENTO ÀS CLÍNICAS

Dentística III: (Amálgama)	em	<input type="text"/>	Dentística IV: (Resina)	em	<input type="text"/>
Cirurgia II: (Exodontia)	em	<input type="text"/>	Cirurgia III: (Cirurgia maior)	em	<input type="text"/>
Endodontia II: (Dentes anteriores)	em	<input type="text"/>	Clínica Integrada:	em	<input type="text"/>
Prótese IV: (Fixa)	em	<input type="text"/>	Prótese II: (Total e removível)	em	<input type="text"/>
Periodontia II:	em	<input type="text"/>	Outros:	em	<input type="text"/>

PACIENTE EXAMINADO POR

Examinador: Matrícula:

Assistente: Matrícula:

Auxiliar: Matrícula:

Icons:

Figura 38: Tela contendo EXAMES COMPLEMENTARES E ENCAMINHAMENTO

A figura (FIG. 38) reporta ao final do exame clínico quando as suas etapas já foram concluídas. A literatura mostra que nenhum exame que não sirva para elucidar um diagnóstico deve ser solicitado. O diagnóstico final depende do conhecimento do profissional sobre o tipo da doença, o dano anatômico e funcional, a efetividade dos recursos terapêuticos disponíveis, o estado geral do paciente e da sua condição psicológica. Depois de encontrado o diagnóstico faz-se o encaminhamento para o tratamento necessário nas clínicas de especialidades, quando será elaborado o prognóstico, o tratamento e o acompanhamento que todo tratamento deve sofrer para vigiar seus resultados.

O relatório do prontuário é apresentado na figura (FIG 39).

Figura 39: Tela RELATÓRIO DO PRONTUÁRIO

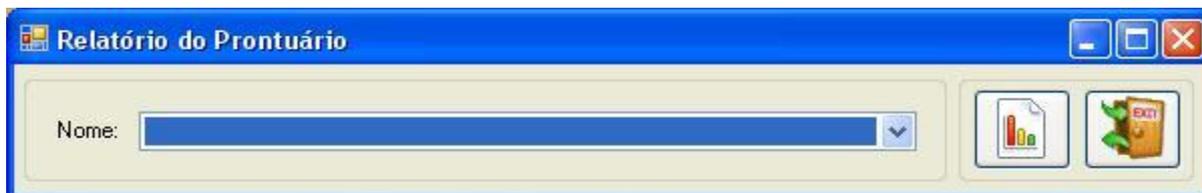


Figura 39. Tela de acesso ao Relatório do Prontuário do paciente.

A figura (FIG. 39), relatório do prontuário do paciente, apresenta opção de busca do prontuário pelo nome do paciente.

O relatório no formato para impressão é mostrado na figura (FIG. 40), e, a relação de pacientes cadastrados está na figura (FIG. 41).

Figura 40: Tela RELATÓRIO DO PRONTUÁRIO

I - EXAME CLÍNICO

1 - ANAMNESE

1.1 - IDENTIFICAÇÃO

Prontuário:	2	Data:	19/3/2012	
Nome:	FFFF	Data de Nascimento:	01/01/1950	
Cor:	XANTODERMA (AMARELO)	Naturalidade:		
Sexo:	FEMININO	Nacionalidade:		
RG nº:		Órgão Expedidor:	CPF nº:	
Grau Instrução:		Profissão:	Peso:	Altura:
Estado Civil:		Cônjuge:		
Religião:		Alcunha: (apelido)		
Nome do Pai:				
Nome da Mãe:				
Residência:		Bairro:		
Cidade:		Estado:	CEP:	
Última Procedência:		Local de Trabalho:		
E-mail:		Celular:		
Telefone Residencial:		Comercial:		
Responsável:				
RG nº:		Órgão Expedidor:	CPF nº:	
Endereço:		Bairro:		
Cidade:		Estado:	CEP:	
E-mail:		Celular:		
Telefone Residencial:		Comercial:		
Encaminhado por:				
Nome do Profissional anterior:				
Local:		Há quanto tempo?		

1.2 - QUEIXA PRINCIPAL (" " OU SIC):

1.3 - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HISTÓRICO):

F

Figura 40: Tela contendo o RELATÓRIO DO PRONTUÁRIO do paciente cadastrado.

A figura (FIG.40) contém o relatório final com todos os dados que foram colhidos e registrados no prontuário do paciente.

Figura 41: Tela RELAÇÃO DE PACIENTES

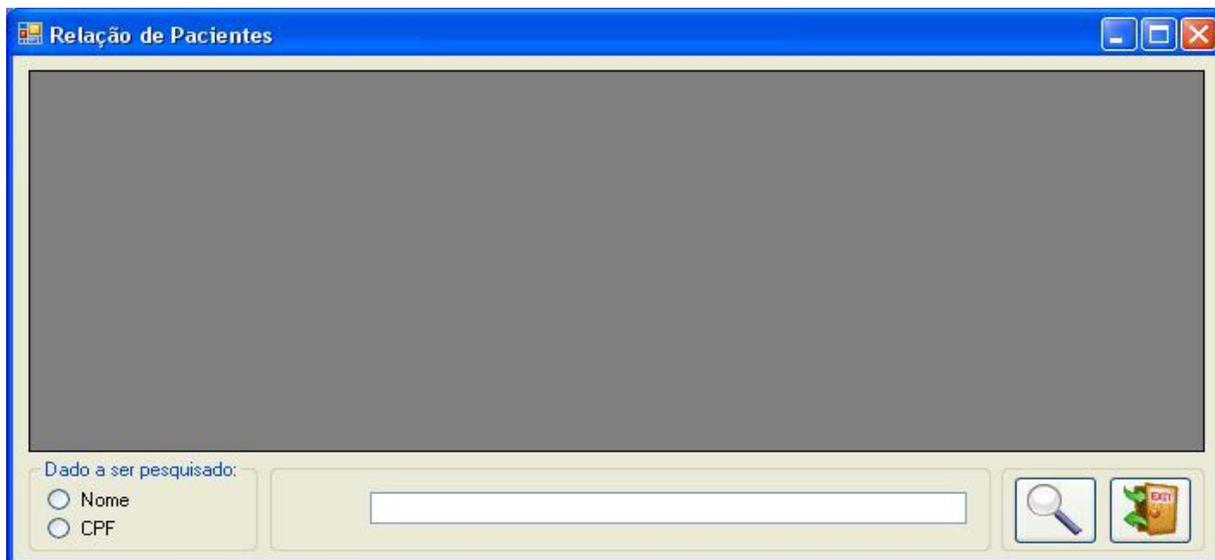


Figura 41. Tela contendo a relação de pacientes cadastrados com opções de procura pelo nome ou CPF do paciente.

Esta tela é um elemento de busca pelo Nome ou CPF, de prontuários dos pacientes examinados e cadastrados, e o fim das telas do OdontoSemio.

7 CONCLUSÃO

A disciplina de Diagnóstico Clínico/Semiologia, trabalhada no curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA), busca proporcionar um aprendizado da coleta de dados clínicos do paciente, de um efetivo preenchimento do prontuário odontológico com um correto diagnóstico e um eficaz tratamento.

Contudo, os alunos necessitam, para tal aprendizado, de um grande conteúdo teórico e prático. Tal fato, por muitas vezes, é difícil de ser administrado no tempo disponível para as aulas.

No intuito de aperfeiçoar esses conteúdos que necessitam ser ministrados, como docente responsável por esta disciplina, busquei sistematizar essas aulas sintetizando-as em uma ferramenta educacional.

Para tal objetivo, foi necessário um árduo levantamento dos aspectos teóricos e históricos que compunham tal disciplina, no âmbito dos cursos de Odontologia. Além disso, se tornou importante a análise de diversos prontuários existentes, bem como, a especulação sobre a viabilidade de se trabalhar com prontuários eletrônicos.

Para que nosso estudo fosse ainda mais respaldado, afinal a parte científica já estava sendo cuidada com todo o levantamento teórico, foram, também, analisados diferentes documentos pertinentes ao conteúdo que estávamos trabalhando, como as diretrizes curriculares e a legislação do Conselho Federal de Odontologia.

Além disso, foi de suma importância a apresentação deste trabalho em diferentes encontros e congressos, pois, a troca entre nossos pares tornou possível um aperfeiçoamento deste com uma maior abrangência do estudo.

Assim, de posse de todos esses dados, a ferramenta educacional foi tomando a forma de um software, um prontuário odontológico eletrônico completo, o OdontoSemio. Esta ferramenta já está sendo testada para futuramente ser implementada nas aulas da referida instituição. O roteiro, por nós elaborado, procura apresentar de forma sintética as práticas profissionais dos nossos alunos de Odontologia.

O OdontoSemio é composto de diferentes telas, que além de propiciar uma rápida visualização dos conteúdos, em formato de teia de conhecimentos, próprios dos softwares com seus hiperlinks, também, favorece a coleta e o armazenamento de todos os dados do exame clínico.

Desta forma, pretendeu-se contribuir não somente com a disciplina proposta para a implementação do software, mas, com o processo de ensino-aprendizagem desses alunos. Assim, a dissertação será um instrumento de pesquisa, no qual fornecerá dados para a construção de futuros objetos de aprendizagem, concretizando a união da tecnologia educacional e do ensino de ciências.

8 REFERÊNCIAS

ANDERSON, Perry. **Balanço do neoliberalismo**. In: SADER, Emir, GENTILI, Pablo (orgs.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado-Democrático*. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

ALMEIDA, CAP. **O Prontuário Odontológico e Seus Aspectos Éticos e Legais**. CRO-NOTÍCIAS. p. 3. mar.1984.

ALVES, E. ; SALVADOR, V. F. M – **Vantagens e Desvantagens do Prontuário Eletrônico do Paciente, anais da VIII Jornada Científica**, Centro Universitário São Camilo. São Paulo, outubro de 2004.

BARROS, O.B. **Como o Cirurgião Dentista deve organizar-se para evitar processos**. São Paulo: Raízes, 1998.

BERNARDO V. **Metodologia para desenvolvimento de projeto multimídia aplicado ao ensino da medicina**. (dissertação) São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 1996.

BEMMEL, J; VANBEMMEL, V; MUSEN, M. A. **Handbook of Medical Informatics**, 1st edition: Springer Verlag, 1997.

BERINO, Aristóteles. **Elementos para uma teoria da subjetividade em Marx**. Niterói: UFF, 1994. (Dissertação de Mestrado).

BEVILACQUA, Bensoussan, Jansen, Spinola - **Manual do Exame clínico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 2000. 378p.

BIBLIOMED. **Há um futuro promissor na história clínica eletrônica**, <http://corporativo.bibliomed.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=177&ReturnCatID=9>. Acessado em 25/10/2004 .

Blois, M.S., Shortliffe, E.H. **The Computer Meets Medicine: Emergence of a Discipline**. In: Shortliffe, E.H., Perreault, L.E. (eds). *Medical Informatics: Computer Applications in Health Care*. New York: Addison-Wesley Publishing, 1990. p. 3-36.15.
Boehm, B.W. *Software Engineering Economics*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

BORAKS, Silvio. **Diagnóstico bucal**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. 417p.

BULLEN C, M. E. ; SIERRA, E. **Odontogram para tratamentos preventivos y conservadores en restauradora dental**. Rev. Fola/Oral. Ano III, n.10, Out/1997.

BURKET, L. W. – **Medicina bucal: diagnóstico, tratamento**. 6. ed. México: Interamericana, 1973.

BRIÑO, E.N. **Odontologia Legal y Práctica Forense**. Buenos Aires: ed. Purinzon S.A.1982. Cap. 9, p. 261-272: La ficha dentaria como médio de identificacion.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 3/2002.

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia pela Comissão Especial instituída pela Portaria CFO-SEC-26, de 24 de julho de 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Resolução CNE/CES 3 de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CEB, n. 01/2000. Brasília, 05 de julho de 2000.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei 9.394, de 20/12/96. 1998.

CALVIELLI, I. ; SILVA, M da. **Aspectos Éticos e Legais do Exercício da Odontologia**. In: PAIVA, J.G.de; ANTONIAZZI, J.H. Endodontia: Bases para a prática clínica. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1988. Cap. 16, p.365-376.

COLEMAN, C. Gary; NELSON, F. John. – **Princípios de Diagnóstico Bucal**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996.

COSTA, C. G. A. da. **Prontuário Eletrônico do Paciente: Legislação, Auditoria e Conectividade**, 8º Congresso Latino Americano de Serviços de Saúde, 2003. URL = <http://www.medsolution.com.br/claudio/dissertacao/>.

COSTA a, C. G. A da. **Desenvolvimento de Avaliação Tecnológica de um Sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente, Baseado nos Paradigmas da World Web e da engenharia de Software**. 2001. 288f. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, 2001.

COSTA b, C. G. A da. (2001). **Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente baseado nos paradigmas da world wide web e da engenharia de software**. Master's thesis, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

CAMARGO, J. L. Viana; OLIVEIRA, D. E. – **PATOLOGIA GERAL: abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CHAVES, Mario. M.. **Odontologia Social**. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES 3/2002**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002>>. Acesso em 05/04/2013.

CFO 1994: GUIMARÃES, E. et al. **Prontuário Odontológico: uma orientação para cumprimento da exigência contida no inciso VI do art. 4º do Código de Ética Odontológica**. Conselho Federal de Odontologia. Rio de Janeiro.1994, 20p.

COX, J. **Enhancing Student Interactions with the Instructor and Content Using Pen-based Technology, YouTube Videos, and Virtual Conferencing**. *Biochemistry and Molecular Biology Education* . Vol. 39, No. 1, p. 4–9, 2011.

DEGOULET, P., FIESCHI, M. **Introduction to Clinical Informatics**. New York: Springer-Verlag, 1997.

Dick, R.S., Steen, E.B., Detmer, D.E. (eds.). **The Computer-based Patient Record: An Essential Technology for Health Care**. Washington, DC: National Academy Press, 1997.

FERKISS, Victor C. **O homem tecnológico: mito e realidade**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1972.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo dicionário de Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1986. 183 p.

FOA- UniFOA. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA. ESCOLA DE ODONTOLOGIA. **Projeto Pedagógico do curso de Odontologia; 2013**. Disponível em www.unifoa.org.br. Acesso em 12/04/13 às 10h56m.

FONSECA, J. B. – **Editorial**. ARS CVRANDI em Odont. 1 (1): 5 abr./mai.1974.

FROMM, Erich. **A Revolução da Esperança: por uma tecnologia humanizada**. 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984.

FRIEDENTHAL, M. **Economia Dental Buenos Aires**: Progental. 1955. Cap.12, p18-195: Fichaje del paciente.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **A Produtividade da escola improdutiva**. São Paulo: Ed. Cortez e Autores Associados, 1984.

GALVÃO, M. **Prontuário Odontológico: Consultoria responsabilidade odontológica**. 1999. Disponível em: <http://www.cro.com.br/prontuario/default.htm>. Acesso em 24 de maio de 2013.

GENOVESE, W. J. **Exame clínico em Odontologia** (Princípios básicos). Panamed Ed. São Paulo. 1992.

GENOVESE, W. J. **Metodologia do Exame Clínico em Odontologia**. São Paulo: Pancast. 1992.

GINNEKEN, A. M. Van. **"The sctructure of data in medical records"**. Yearbook of Medical Informatics. Van Bemmell e McCray eds. IMIA / Schattauer, 1995: 61-70.

GINNEKEN, A. M. Van, STAM H, MOORMAN, PW. **A multi-strategy approach for medical records of specialists**. In: Van Bemmell JH, McCray AT, eds. Yearbook of Medical Informatics. Computing and Collaborative Care. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag, p. 203-8, 1997.

GINNEKEN, A. M. Van, Moorman, P.W. **The Patient Record**. In: van Bemmell, J.H., Musen, M.A. (eds.). Handbook of Medical Informatics. Houten, the Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997. p. 99-115.

GOMES, M. A.; CANDELÁRIA, L. F. de A.; SILVA, M. da. **Aspectos Legais da Prevenção das Doenças Bucais em Relação à Documentação Profissional.** Revista Paulista de Odontologia. n.1, p18-28, jan/fev.1997.

GUERRA, R. C. **Importância da Documentação Odontolegal na Prática Clínica.** CRONOTÍCIAS, Rio de Janeiro, 1997.

GUIMARÃES, E; CARIELLO, A.; ALMEIDA, C. A. P. de. **Prontuário Odontológico: uma orientação para cumprimento da exigência contida no inciso VI do art. 4º do Código de Ética Odontológica.** Conselho Federal de Odontologia. Rio de Janeiro, 1994,20p.

GRISPAN, D. – **Enfermidades de la boca. Argentina.** Mundi, 1975. Tomo I.

JERGE, C. R.; ORLOWSKY, R. M. **Quality Assurance and the Dental Record. Symposium of Quality Assurance.** Dent. Clin. North Amer. V.29, n.3, p.483-496, 1985.

KAWAMURA, L.K. **Novas Tecnologias e educação.** São Paulo: Ática, 1990.

LALANDE, André. **Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia.** 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

Lazoff , M. **Medical Records Projects. Medical Computing Today.** Fevereiro de 1998. Capturado em 20/08/2000. Online. Disponível na Internet :<http://www.medicalcomputingtoday.com/0nvemrproj.html>.

LEAL, M. C. C.; ZIMMERMANN, R. D.; **Processos Odontológicos de Identificação**. In: Campos, M. S. et al. *Compêndio de Medicina Legal Aplicada*. Recife - PE, 1.ed. EDUPE, 2000, Cap.2. p.54-68.

LÉVY, Pierre. **As Tecnologias das Inteligências: o futuro do pensamento na era da informática**. 13.ed. São Paulo: Editora 34, 2004.

LOPES, Antônio Carlos. **Tratado de clínica médica**. 2.ed. São Paulo: Roca, 2009.

LUCKESI, C. Carlos. **Independência e inovação em Tecnologia Educacional: ação-reflexão**. *Tecnologia Educacional*. Rio de Janeiro, v.15, n71/72, p.55-64, jul./out.1986.

MABILDE; Arlette, LIMA, Cristiano Lopes. **Alfabetização, Aprendizagem e Informática**. Disponível em: http://www.cinted.ufrgs.br/renote/mar2004/artigos/26-alfabetizacao_aprendizagem.pdf. Acessado em 25/09/2008.

MACHEN, D. E. **Current Concepts in Orthodontic Informed Consent**. *Am. J. Orthod.Dento-fac. Orthop. St. Louis*, v.96, n.1, p88-89, jul/1989.

McDONALD, C.J.; BARNETT, G.O. **Medical-Record Systems**. In: Shortliffe, E.H., Perreault, L.E. (eds). *Medical Informatics: Computer Applications in Health Care*. New York: Addison-Wesley Publishing, p.181-218, 1990.

MANÇO, J. C. – **Exame clínico – Um ensaio a partir de Foucault**. *Medicina, Ribeirão Preto*, 37: 117-134, jan./jun. 2004.

MARCUCCI, Gilberto. – **Fundamentos de Odontologia – ESTOMATOLOGIA**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MARCUSE, Hebert. **Ideologia da sociedade industrial**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MASSAD, E. ; MARIN, H. F.; AZEVEDO NETO, R. S. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. 2003, 213p.

MAZZI, Ângela P. R. **Tecnologia Educacional**: pressupostos de uma abordagem crítica. *Tecnologia Educacional*. Rio de Janeiro, v.10, n.39, p. 25-29. Mar/abr.1981.

MORAIS, João Francisco R. de. **Ciência e Tecnologia**. 2.ed. São Paulo: Cortez Moraes Editora, 1978.

MÜLLER, M. P. **A busca do prontuário ideal**. Disponível em <http://www.portaleducacao.com.br/odontologia/artigos/2875/a-busca-do-prontuario-ideal>. Acesso em 26/11/2008.

Murphy, G.F., Hanken, M.A., Waters, K.A. **Electronic Health Records: Changing the Vision**. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1999.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing. What it is and what it is not**. Norwalk, C. T.: Appleton-Century-Crofts. 1946.

ORTH, Miguel. **Porque usar as novas tecnologias em sala de aula? Educação e Cidadania**. Porto Alegre: v.2, n.2, 1999, p. 44.

PARENTE, André (org). **Imagem-máquina: a era da tecnologia e do virtual**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993.

PERES, A.S et al. **Prontuário odontológico: o meio mais adequado para o cirurgião-dentista armazenar as informações dos seus pacientes**. Rev Odontol UNICID. 2001; 13(3): 215-20.

PERRI DE CARVALHO, AC.. **Ensino de odontologia em tempos de LDB**. Canoas: Ed. Ulbra. 2001.

PORTO, Celmo Celso – **Exame clínico: bases para a prática médica** – 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PRABHU, S. R.. **Medicina oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

RAMOS JR., S. **Semiotécnica da observação clínica**. V.1 São Paulo. Sarvier, 1971.

REGEZI, J.A., **Patologia Bucal. Correlações Clinicopatológicas**. 3. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2000.

RAMOS JR., S. **Semiotécnica da observação clínica**. V.1. São Paulo: Sarvier, 1971.

ROSA, L.N. & GARRAFA, V. – **Câncer da Boca: No Brasil, um problema de Saúde Pública**. Ver. Ass. Paul. Cirurg. Dent. 28 (3): 156-8, maio/junho 1974.

SABBATINI, R.M.E. **Introdução à microinformática para usuário em saúde**. São Paulo: Academia de Ciências de São Paulo, 1982.

SALIBA, CA et al. **A utilização de fichas clínicas e sua importância na clínica odontológica**. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent., v. 51, p. 440-5, 1997.

SANTIAGO, F., CARDOSO, J.C., ARAÚJO, M.R. **Prontuário Eletrônico Odontológico**. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/privapoi.html>. Acesso em: 08/08/04).

SECCO, Luciane Gabeira; PEREIRA, Maria Lúcia Toralles. **Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 9, n.1, p.113-120. 2004.

SCHUWZ, J.; NER, H. S. **Fichas e Responsabilidades**. In: COHEN, S; BURNS, R.C. **Caminhos da Polpa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. Cap. 9, p.187-195.

SERRA, M. C.; MIRANDA, A F. **Documentação odontológica e atendimento de pacientes HIV +: que medidas estão sendo tomadas?** Rev. CROMG, v. 5. n. 3 set./dez. 1999.

SILVA, Jefferson I. da. **A educação e a revolução científica e técnica Contemporânea.** Revista ANDE. São Paulo, v.11, n. 18, p. 5-13, 1992.

SILVA, Moacyr. **Um alerta aos profissionais: os dez mandamentos da documentação.** APCD Jornal, São Paulo, novembro de 1999, p.34-35.

SILVA, M. da. **Compêndio de Odontologia Legal.** 1ed. Rio de Janeiro: Medsi, c.20, 1997, p.327-344: Documentação Odontológica.

_____._____. **Documentação em Odontologia e sua Importância Jurídica. Odontologia e Sociedade.** São Paulo, v.1/2, p.1-4, 1999.

SILVERMAN, Sol; EVERSOLE L. Roy; TRUELOVE, Edmond L. **Fundamentos de Medicina Oral.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384p.

SIMÕES, Viviane Augusta Pires. **Utilização de novas tecnologias educacionais nas escolas da rede estadual da cidade de Umuarama – PR.** Dissertação de Mestrado em Educação. UFU, 2002.

SLEE, V.N., SLEE, D. A., SCHMIDT, H.J. **The Endangered Medical Record: Ensuring Its Integrity in the Age of Informatics.** Tringa Press; 2000.

SONIS, Stephen T; FAZIO, Robert C; FANG, Leslie. **Princípios e prática de medicina oral**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 491p.

SWARTZ, M. H. – **Semiologia – Anamnese e Exame Físico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1989.

TAJRA, Sanmya Feitosa. **Informática na Educação: novas ferramentas para o professor da atualidade**. 2.ed. São Paulo: Érica, 2000.

TOMMASI, A. F. – **Diagnóstico bucal**. São Paulo: Medisa, 1977.

TOMMASI, A. F. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. 2. ed. São Paulo: Pancast, 1989. Cap. 3, p. 15-33: Exame Clínico.

VIEIRA ROMEIRO, J. – **Semiologia Médica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983.

ZEGARELLI, E.V et al. **Diagnóstico das Doenças da Boca e dos Maxilares**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.1982.

ZIMMERMANN, R. D. et al . **A importância do Prontuário Odontológico**. Revista do CRO/PE. Recife, n.1, v.1, p.7-12, abr/1998.