

RAQUEL AGOSTINI SCORALICK

PERÍCIA ODONTOLÓGICA CIVIL: CRIAÇÃO DE SOFTWARE.

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção de Título de Mestre em Biologia Buco-Dental (Área de Concentração: Odontologia Legal).

Orientador: Prof. Dr. Francisco Haiter Neto

PIRACICABA

2009

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

Bibliotecária: Marilene Girello – CRB-8^a. / 6159

Sco44p	<p>Scoralick, Raquel Agostini. Perícia odontológica civil: criação de <i>software</i>. / Raquel Agostini Scoralick. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2009.</p> <p>Orientador: Francisco Haiter Neto. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p>1. Odontologia legal. 2. Programas para computador. 3. Prática profissional. I. Haiter Neto, Francisco. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título. (mg/fop)</p>
--------	--

Título em Inglês: Civil dental expertise: *software* development

Palavras-chave em Inglês (Keywords): 1. Forensic dentistry. 2. *Software*. 3. Professional practice

Área de Concentração: Odontologia Legal e Deontologia

Titulação: Mestre em Biologia Buco-Dental

Banca Examinadora: Francisco Haiter Neto, Eduardo Daruge, Suely Carvalho Mutti Naressi

Data da Defesa: 16-02-2009

Programa de Pós-Graduação em Biologia Buco-Dental



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, em sessão pública realizada em 16 de Fevereiro de 2009, considerou a candidata RAQUEL AGOSTINI SCORALICK aprovada.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping horizontal and vertical strokes, positioned above a horizontal line.

PROF. DR. FRANCISCO HAITER NETO

A handwritten signature in blue ink, featuring a large, circular flourish at the beginning, positioned above a horizontal line.

PROFa. DRa. SUELY CARVALHO MUTTI NARESSI

A handwritten signature in blue ink, with a large, sweeping flourish, positioned above a horizontal line.

PROF. DR. EDUARDO DARUGE

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Miguel e Izabel. Eles nunca mediram esforços para me ver feliz e serão sempre os grandes responsáveis pelo meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus irmãos Bruno, Lucas e Tiago, sempre tão companheiros e alegres, eles são fundamentais ao meu desenvolvimento. E ao Juarez, tenho certeza que mesmo de longe, ele sempre intercede em meu favor.

Ao meu marido Cleber, que, há muito, dispensa a mim o seu amor, seu apoio e sua compreensão, transformando longas estradas em curtos caminhos.

Dedico a Deus, que me guiou ao longo deste trabalho, me sustentou e abriu os horizontes, me permitindo superar tantas adversidades.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, onde tive a oportunidade de dar um importante passo para meu crescimento científico e profissional, aqui representada pelo Diretor Prof. Dr. Francisco Haiter Neto, pelo Diretor Associado Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim, pelo Coordenador dos Cursos de Pós-Graduação Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior e pelo Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Biologia Buco-Dental Prof. Dr. Fausto Bérzin.

Ao Prof. Dr. Eduardo Daruge e Prof. Dr. Eduardo Daruge Júnior, pela amizade, por toda disponibilidade e por tantos ensinamentos dispensados nesta trajetória.

Ao Prof. Dr. Luiz Francesquini Júnior, grande exemplo de profissional e pessoa, agradeço a confiança, a amizade, os momentos de descontração e de aprendizado.

Ao Prof. Rhonan Ferreira da Silva, sempre se esforçando em nos mostrar que a vitória não passa de uma consequência.

Ao Prof. Dr. Ronaldo Seichi Wada, sempre tão disposto a nos ajudar a trilhar os intrincados caminhos da Bioestatística.

Ao Prof. Dr. Sérgio Line, que de uma forma simples e objetiva nos transmitiu seus conhecimentos sobre Biologia Molecular. E aos colegas da turma de Biomol; formamos um grupo unido, ainda que efêmero.

À Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, onde a mim foi dada a grande oportunidade de ministrar os preceitos da Odontologia Legal. Meu agradecimento sincero à Prof. Dra. Suely Carvalho Mutti Naressi, por ter dividido comigo durante o ano de 2008 a responsabilidade do ensino e por ter mantido atitude tão amigável ao longo dos trabalhos; foi um período de enorme aprendizado. Agradeço também aos acadêmicos dos terceiros anos noturno e integral, que jamais entenderão o bem que me fizeram ao me tratarem por “Professora”.

Ao Departamento Médico Legal da Polícia Civil do Espírito Santo, onde tive a chance de entender a importância de se aliar o conhecimento teórico ao prático. Agradeço especialmente à Dra. Kátia Souza Carvalho, ávida pela pesquisa científica, não hesitou em me acolher na própria casa com o propósito de unir habilidades, e ao Prof. Dr. Luiz Renato da Silveira Costa, detentor de uma didática única e de uma capacidade intelectual admirável.

Ao meu marido Cleber, que neste trabalho foi bem mais do que simplesmente “profissional técnico colaborador”, foi o responsável por tornarem reais as minhas idéias. E como se não bastasse, ele, mais uma vez, comemorou comigo cada momento de felicidade e me mostrou que para os dias serem melhores, é preciso que eu acredite e trabalhe em função disso.

Aos meus pais, Miguel e Izabel, por me ajudarem tanto, mesmo conscientes de que dificilmente conseguirei retribuir tanta dedicação. Aos meus irmãos, Juarez (*in memorian*), Bruno, Lucas e Tiago, por torcerem tanto pela minha vitória e por acreditarem em mim. Às Tias Zélia e Maria, por se fazerem tão presentes. Ao Vovô Tunico (*in*

memorian), por ficar feliz com minhas conquistas mesmo não entendendo muito bem o significado de cada uma delas.

A todos os amigos pessoais, por me darem tanta força, por me mostrarem, quando eu mesma já não acreditava mais, que eu era forte. Em especial, à Fernanda, que participou ativamente da construção deste trabalho; ela virtualmente surgia, ouvia com calma minhas lamúrias, ia-se, e depois voltava, para oferecer o outro ombro.

A todos os amigos do mestrado, pelo apoio e pela alegria de estarmos juntos nesta jornada. Em especial à Ana Amélia, grande e eterna amiga, obrigada por tanta cumplicidade, força, confiança e compreensão, ao Léo, obrigada pela curta, porém proveitosa convivência em Piracicaba, e à Patrícia e Mariana agradeço a amizade, a confiança e a paciência. Tive muita sorte em fazer parte de um grupo tão seleta.

Aos colegas do Curso de Especialização em Odontologia Legal desta faculdade, pela convivência, amizade e contribuição singular na elaboração deste trabalho.

Ao colega Mário Marques Fernandes, que mesmo possuidor de tamanha experiência, sempre se mostrou aberto a novos conhecimentos, mesmo que estes procedessem de cabeças tão inexperientes.

A todas as pessoas, entre amigos e familiares, que participaram direta ou indiretamente da elaboração deste trabalho, inclusive Célia Regina Manesco, meu agradecimento.

*“Foi o tempo que você dedicou à sua
rosa que a fez tão importante”*

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

A Lei 5.081/66, que regula o exercício da Odontologia no país, traz a seguinte redação: “o cirurgião-dentista tem competência para proceder à perícia odontolegal em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa”. Considerando-se o aumento de situações que necessitam da investidura do cirurgião-dentista na função pericial, tais como lides envolvendo o exercício profissional e a necessidade de avaliação do dano em lesões maxilofaciais, entende-se porque a demanda de peritos da área odontológica só tende a crescer. Diante dessa realidade, e objetivando padronizar a coleta de dados uniformizando o laudo pericial, tornando-o mais seguro e mais ágil, este estudo propôs a criação de um *software* que reuniu os dados fundamentais para a realização de uma perícia odontológica em foro civil. O *software* foi criado na linguagem de programação *Visual Basic for Applications* por Cleber Scoralick Júnior, profissional qualificado. Após, realizou-se demonstração do funcionamento do aplicativo a 20 cirurgiões-dentistas habituados à realização de perícias odontológicas, com posterior preenchimento de questionário de avaliação pelos mesmos, cujos questionamentos continham escalas de 0 a 10. Obteve-se de cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O *software* criado recebeu o nome de *Investigation* e para operar é necessário que ao menos o *Microsoft Office 2000* esteja instalado no computador e de, no mínimo, 300 megabytes livres em disco rígido; ele também opera em *pen drives*. Na avaliação do item proteção dos dados, a nota média foi igual a 8,65 (desvio padrão de 1,3869) com intervalo de confiança de 95% para a média. Em relação aos dados presentes e a coerência organizacional dos mesmos, 90% dos participantes deram nota maior ou igual a 8. Apurou-se também que pelo menos 95% dos participantes acreditam que o *Investigation* tem potencial para tornar o processo pericial mais ágil, mais prático e padronizado. Dessa forma, concluiu-se que a ferramenta criada é capaz de padronizar o procedimento pericial em Odontologia, viabilizando o aumento da qualidade e da produtividade dos cirurgiões-dentistas envolvidos em perícias civis. Mesmo assim, faz-se necessário realizar a validação do aplicativo em pesquisas futuras.

Palavras-chave: Odontologia Legal, Programas para Computadores, Prática Profissional.

ABSTRACT

The practice of dentistry in Brazil is regulated by the law 5.081/66 which has the following wording: "dentists are competent to make forensic dental expertise in civil, criminal, labor and administrative areas". Considering the increase of situations that require dental expertise, such as a deal involving professional exercise and the need of maxillofacial injuries assessment, it is due to the tendency of Dentistry experts demand increase. To attend this reality and aiming to standardize data collection and uniform expert reports, making report generation safer and more agile, this study proposed the creation of a software that grouped key data for conducting a dental expertise in civil proceedings. The software was developed by Cleber Scoralick Júnior, a qualified professional using Visual Basic for Applications programming language. A software evaluation was realized with a demonstration for 20 dental expertise qualified dentists which completed a questionnaire with questions grading from 0 to 10. It was obtained from each participant a Term of Free and Informed Consent. The software was named Investigation and for it to operate it is necessary Microsoft Office 2000 or greater installed on your computer and at least 300 megabytes of free hard disk space. It also can operate from removable media (pen drives). In data protection subject assessment, the average score was equal to 8.65 (standard deviation of 1.3869) with a confidence interval of 95% from average. In data available and organizational coherence subject, 90% of the participants assigned grades greater than or equal to 8. It was found that at least 95% of participants believed that the software Investigation has potential to make dental expert process more agile, more practical and standardized. Thus, we concluded that the software is able to standardize dental expert procedure, while increasing the quality and productivity of dentists working on civil expertise. Nevertheless, it is necessary to perform validation of this tool in future researches.

Key Words: Forensic Dentistry, Software, Professional Practice.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	REVISÃO DA LITERATURA	5
3	PROPOSIÇÃO	29
4	MATERIAL E MÉTODOS	31
5	RESULTADOS	33
6	DISCUSSÃO	69
7	CONCLUSÃO	75
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICE 1	83
	APÊNDICE 2	85
	APÊNDICE 3	89
	APÊNDICE 4	103
	ANEXO 1	115

1 INTRODUÇÃO

Perícias, de um modo geral, “são operações destinadas a ministrar esclarecimentos técnicos à Justiça” (Arbenz, 1959) e para tal espera-se que o perito tenha conhecimento, espírito jurídico, senso crítico, experiência e autocensura. O documento resultante da atividade pericial é o Relatório, que em Direito, é considerado uma prova técnica (Silva, 1997).

O Relatório, documento formal e bastante minucioso, é importante por contribuir para a elucidação de fatos relacionados aos mais diversos ramos do conhecimento. Denomina-se Laudo quando escrito pelo próprio perito e Auto quando é ditado pelo perito ao escrivão. O Relatório deve conter, necessariamente, as seguintes partes: preâmbulo, histórico ou comemorativo, descrição, discussão, conclusão e resposta aos quesitos (Vanrell, 2002). Quando da execução de uma perícia, o perito deve-se cercar de cuidados, visto que, muitas vezes, das suas conclusões dependerá o resultado de um processo judicial (Arbenz, 1959).

Em Odontologia, a capacitação legal para investidura em função pericial é dada pela Lei 5081/66 e complementada pela Resolução 63/2005. De acordo com a Lei 5.081/66, que regula o exercício da Odontologia no Brasil, o cirurgião-dentista tem competência para “proceder à perícia odontolegal em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa”. A Resolução CFO-63/2005 (Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia) dispôs:

A atuação da odontologia legal está restrita à análise, perícia e avaliação de eventos que se relacionam com a área de competência do cirurgião-dentista, podendo, dependendo das circunstâncias, estender-se a outras áreas, se disso depender a busca da verdade, no estrito interesse da justiça e da administração. As áreas de competência do odontologista incluem identificação humana; perícia em foro civil, criminal e trabalhista; perícia em área administrativa; perícia, avaliação e planejamento em infortunistica; tanatologia forense; elaboração de autos, laudos, pareceres, relatórios e

atestados; traumatologia odontolegal; balística forense; perícia logística no vivo, no morto, íntegro ou em suas partes em fragmentos; perícias em vestígios correlatos, inclusive de manchas ou líquidos oriundos da cavidade bucal ou nela presentes; exames por imagem para fins periciais; deontologia odontológica; orientação odontolegal para o exercício profissional e exames por imagens para fins odontolegais.

O cirurgião-dentista investido na função pericial pode atuar no campo trabalhista realizando perícias de doenças profissionais com manifestação bucal, doenças profissionais do cirurgião-dentista e perícias de acidentes quando há comprometimento da face e da boca. Em sede administrativa o cirurgião-dentista pode colocar em prática as auditorias e exames determinados por comissões de sindicância. Em âmbito civil o cirurgião-dentista pode realizar perícias para ressarcimento de danos, arbitramento judicial de honorários profissionais, exclusão da paternidade, estimativa da idade e avaliação de equipamentos odontológicos. Para o ressarcimento de danos, o cirurgião-dentista poderá atuar nos casos de responsabilidade e/ou erro profissional e acidentes e/ou agressões que danifiquem o complexo maxilo-mandibular (Silva, 1997).

As perícias odontológicas, de acordo com Vanrell & Borborema (2007), se revestem de certas peculiaridades que ultrapassam a simples constatação anatômica da lesão, tais como as estimativas dos valores estético, fonético e mastigatório dos dentes. Para esses autores são três as áreas essenciais de atuação do odontologista, a saber:

(...) exame diagnóstico e terapêutico, bem como avaliação dos danos de maxila, mandíbula, dentes e tecidos moles da boca; identificação de indivíduos encontrados em investigações criminais e/ou em desastres de massa; identificação, exame e avaliação de mordeduras que aparecem, com frequência, em agressões sexuais, maus-tratos infantis e em situações de defesa pessoal.

O Código de Defesa do Consumidor (Lei 8078/90) estabeleceu normas de proteção e defesa ao consumidor, incluindo-se aí a regularização da relação firmada entre paciente e cirurgião-dentista, bem como suscitou na população a possibilidade de cobrar judicialmente por algo que acreditam não ter sido realizado da melhor forma, propiciando o

aumento de litígios judiciais entre cirurgião-dentista e paciente. Outro fator responsável por esse aumento é a perda da harmonia que se espera da relação entre profissional e paciente (Lucato, 2004).

Diante do exposto e objetivando padronizar a coleta de dados uniformizando o laudo pericial, tornando-o mais seguro e mais ágil, este estudo propôs a criação e avaliação de um aplicativo (*software*), que reuniu os dados fundamentais para a realização de uma perícia odontológica em foro civil.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Exame Clínico, Diagnóstico e Exame Pericial

Sonis *et al.* (1995) ensinaram que a hipertensão é a elevação anormal da pressão sanguínea arterial em repouso, sendo a sistólica acima de 140 mm Hg e diastólica acima de 90 mm Hg. É uma doença de causa idiopática em 90% dos casos e que afeta de 10 a 20% dos pacientes adultos, sendo assintomática na maioria deles, porém, ocasionalmente, pode causar cefaléia, turvação da visão ou alterações do estado mental. Doença vascular cerebral, doença renal e doença das artérias coronárias são seqüelas comuns da hipertensão prolongada sem tratamento. É altamente recomendável que o cirurgião-dentista verifique a pressão sanguínea no exame inicial e anualmente, em todos os pacientes, sendo que naqueles com valores iniciais acima de 140/90 mm Hg, a pressão deve ser verificada em todas as consultas. Antes dos procedimentos cirúrgicos, sejam eles simples ou complexos, a pressão sanguínea sempre deverá ser verificada em todos os pacientes, bem como durante os procedimentos dentários prolongados ou em pacientes suspeitos de serem hipertensos. Os autores salientaram que os cirurgiões-dentistas deveriam desempenhar um papel fundamental no controle da hipertensão, pois vêm os pacientes rotineiramente em várias consultas e em revisões semestrais.

Cada uma das partes que constam do Relatório foram explicadas por Vanrell (2002). Segundo este autor, o “preâmbulo” é uma introdução, onde se registra o local, data e hora da perícia, a autoridade requisitante, a identificação da pessoa a ser periciada, dentre outros dados que o perito julgar relevantes; no “histórico” procura-se redigir um relato sucinto, porém completo do fato justificador do pedido de perícia; a “descrição” contém detalhadamente todos os achados objetivos e subjetivos dos exames realizados; na “discussão”, confrontam-se hipóteses e controvérsias possíveis de cada caso; a “conclusão” é a dedução obtida com a análise dos dados pesquisados e hipóteses discutidas, sendo a parte que mais interessa ao requerente da perícia e, em “respostas aos quesitos” responde-se objetivamente aos quesitos formulados pelas partes, favorecendo a formação de juízos de valor.

Segundo Vasconcelos *et al.* (2002), os principais sintomas observados em pacientes com desordem temporomandibular (DTM) são: dor na região da articulação temporomandibular (ATM), dor de ouvido, dor muscular, dor de cabeça, sons na região pré-auricular, abertura limitada da boca e desvio da linha média. Para os autores, os principais instrumentos para obtenção do diagnóstico em DTM são: história clínica detalhada e exploração física minuciosa; entretanto, para o fechamento do diagnóstico e melhor elaboração do plano de tratamento, se faz necessário um exame complementar. Estes podem ser, entre outros:

- Tomadas Radiográficas:

- **Transcranianas:** para os casos de suspeita de desordem intra-articular ou para verificar a capacidade de translação condilar;

- **Panorâmicas:** sua principal vantagem é o fato de proporcionar ao profissional uma observação bilateral simultânea, no entanto se o objetivo for inspeção e interpretação funcional da ATM, é contraindicada, pois durante o exame o paciente morde um artefato em acrílico;

- **Tomografias Computadorizadas:** método radiográfico que permite obter a reprodução de uma parte do corpo humano em cortes ou secções, fornecendo imagens tridimensionais e livres de estruturas sobrepostas, sendo mais indicado para estruturas ósseas;

- **Artrografias:** consiste em injeção de contraste no espaço supra ou infra-discal da ATM, seguido de avaliação radiográfica ou tomográfica para visualização do contorno do disco e superfícies articulares, indica-se para pacientes com histórico de travamento, ruídos articulares e abertura de boca limitada sem causa conhecida; entre as desvantagens incluem-se possível desconforto no local alguns dias após o exame, impossibilidade de execução em presença de infecção aguda e em pacientes hipersensíveis ao contraste iodado;

- **Imagem por Ressonância Magnética:** tem a grande vantagem de possibilitar

a visualização de todos os tecidos, porém é absolutamente contra-indicada em pacientes portadores de clips vasculares ferromagnéticos intra-cerebrais, corpos estranhos ferromagnéticos intra-cerebrais e oculares, clips cardíacos e bombas implantadas; é de contra-indicação relativa em pessoas claustrofóbicas, em gestantes nos três primeiros meses e em pacientes com eletrodos implantados; lembrando que algumas ligas usadas em Odontologia podem causar artefatos neste tipo de exame;

- **Cintilografia Óssea:** consiste na aplicação de diferentes isótopos radioativos, que se fixarão onde houver maior atividade osteoblástica; a capacidade em detectar lesões muito antes das radiografias e o fato da quantidade da radiação ser muito menor em relação aos exames radiográficos convencionais, são as grandes vantagens deste método.

Okeson (2002) ensinou que o objetivo do exame muscular é avaliar a saúde e a função muscular. Presença de dor significa músculo comprometido, condição gerada, por exemplo, devido ao uso excessivo ou trauma físico. Quando a tonicidade muscular ou a hiperatividade estão aumentadas, há diminuição do fluxo sanguíneo regional, comprometendo a quantidade de nutrientes necessários para a função celular normal e proporcionando o acúmulo de restos de produtos metabólicos e outras substâncias, o que é considerado uma possível causa de dor muscular. O exame clínico do músculo pode ser feito por palpação muscular ou manipulação funcional. O autor indica, para a palpação, o uso da superfície palmar do dedo médio, com os dedos indicador e polegar testando as áreas adjacentes. Deve-se utilizar movimentos circulares, a pressão aplicada deve ser suave, porém firme, sendo que uma única pressão firme com duração de 1 a 2 segundos mostra-se mais eficiente que muitas pressões suaves. Segundo o autor, o grau de desconforto deve ser medido e anotado, apesar de ser uma tarefa difícil, dada a subjetividade da dor. A escala a ser utilizada quando da mensuração da dor é a seguinte:

- **Zero (0):** paciente não relata dor e nem desconforto durante a palpação;
- **Um (1):** paciente aponta desconforto durante a palpação (dolorimento, irritação, incômodo);

- **Dois (2):** paciente relata dor e desconforto bem definidos;
- **Três (3):** paciente mostra ação evasiva no momento da palpação, lacrimejamento, pede que a área não seja novamente palpada.

Deve-se identificar também os pontos algícos hipersensíveis, os quais agem como fontes de estímulo de dor profunda. Para localização desses pontos, deve-se palpar cada músculo por completo; normalmente não existe dor muscular generalizada num músculo com pontos algícos. Detectados os pontos algícos, aconselha-se a investigação de dor reflexa e para isso, deve ser aplicada uma pressão de 4 a 5 segundos no ponto algíco e perguntado ao paciente se ele sente a dor radiar para qualquer direção. Tudo deve ser registrado. A rotina de exame muscular inclui a palpação bilateral dos seguintes grupos de músculos: temporal, masseter, esternocleidomastóideo, cervicais posteriores, esplênio da cabeça e trapézio. A seguir, é descrita a técnica de palpação para cada músculo. Os músculos pterigóideo lateral e medial são avaliados por meio da manipulação funcional, também descrita abaixo. A localização desses músculos inviabiliza a palpação, e baseando-se no princípio de que o músculo fatigado e sintomático quando submetido à continuação da função causa mais dor, nos remete ao conceito da manipulação funcional.

- **Músculo temporal:** dividido em três áreas funcionais e cada uma deve ser palpada independentemente. A *região anterior* possui fibras que correm praticamente numa direção vertical e deve ser palpada acima do arco zigomático e anterior à ATM. A *região média* possui fibras que correm em direção oblíqua e deve ser palpada diretamente acima da ATM e superior ao arco zigomático. A *região posterior* possui fibras que correm essencialmente em direção horizontal e deve ser palpada acima e atrás do ouvido. Recomenda-se que o profissional se posicione atrás do paciente e utilize as duas mãos para uma palpação bilateral simultânea. Também é importante palpar o *tendão do temporal*, que se insere no processo coronóide da mandíbula, pois em algumas DTMs pode ocorrer uma tendinite do temporal, que por sua vez, pode causar dor no corpo do músculo e também dor reflexa atrás do olho adjacente (dor retrorbital). A palpação é feita colocando o dedo de uma mão intra-oralmente na

borda anterior do ramo da mandíbula, movendo-o para cima até o processo coronóide, e o dedo da outra mão extra-oralmente na mesma área, pedindo-se ao paciente para relatar qualquer dor ou desconforto;

- **Músculo masséter:** deve ser palpado posicionando-se os dedos em cada arco zigomático e deslizando-os para a porção do músculo inserida no arco zigomático, em frente à ATM (músculo masseter profundo). Após, os dedos deslizam para a inserção inferior, na borda inferior do ramo da mandíbula (masseter superficial);

- **Músculo esternocleidomastóideo:** não trabalha diretamente movimentando a mandíbula, mas torna-se sintomático com as DTMs. Palpa-se desde as proximidades de sua inserção, na superfície externa do processo mastóide, atrás do ouvido, passando-se por toda a extensão do músculo, até sua origem, próxima à clavícula. Os pontos álgicos nesse músculo frequentemente são fontes de dor reflexa nas áreas do temporal, da ATM e do ouvido;

- **Músculos cervicais posteriores:** também não afetam diretamente o movimento mandibular, porém tornam-se sintomáticos em certas DTMs e por isso devem ser palpados. Têm origem na área occipital posterior, se estendendo inferiormente, pela região cervicospinal. Por estarem justapostos, são difíceis de serem palpados individualmente. Para palpá-los, o profissional deve deslizar seus dedos (bilateralmente) atrás da cabeça do paciente, por toda a extensão da área cervical. O examinador deve ficar atento aos pontos álgicos, pois nestes músculos eles comumente provocam dor de cabeça frontal;

- **Músculo esplênio da cabeça:** se insere numa pequena depressão, posterior à inserção do esternocleidomastóideo; a palpação deverá ser iniciada nesse ponto e mover-se inferiormente, conforme ele se mistura aos outros músculos do pescoço;

- **Músculo trapézio:** músculo largo, que abrange as costas, o ombro e o pescoço e pode ser facilmente palpado. Assim como alguns dos anteriores, não afeta diretamente a função mandibular, porém é fonte comum de dor de cabeça.

Sua palpação deve ser voltada para a procura de pontos álgicos que podem estar causando dor reflexa. É comum pontos álgicos em trapézio que causem dor reflexa na face. Ele é palpado atrás do esternocleidomastóideo, ínfero-lateralmente ao ombro;

- **Pterigóideo lateral inferior:** assim como o pterigóideo lateral superior, localiza-se internamente no crânio, originando-se na asa lateral do osso esfenóide e na tuberosidade maxilar e inserindo-se no colo do côndilo mandibular e na cápsula da ATM. Para manipular funcionalmente este músculo, deve-se considerar que ele é o primeiro a contrair em um movimento de protrusão mandibular, assim deve-se pedir ao paciente que faça um movimento protrusivo com a mandíbula e aplicar uma resistência com os dedos contra o movimento, se este músculo for a origem da dor, esta atividade a fará aumentar. Deve-se levar em consideração também o estiramento. Este músculo estira quando os dentes estão em máxima intercuspidação, sendo assim, quando os dentes forem apertados entre si, a dor aumentará. Dessa forma, ao colocarmos um abaixador de língua entre os dentes posteriores, não se consegue a máxima intercuspidação, portanto o músculo não estira, o que se traduz em diminuição ou até mesmo eliminação da dor;

- **Pterigóideo lateral superior:** este músculo se contrai juntamente com os músculos elevadores (temporal, masseter e pterigóideo medial) durante o movimento de apertamento. Dessa forma, é fácil entender que o movimento de apertamento faz a dor no pterigóideo lateral superior aumentar; se um abaixador de língua for posicionado entre os dentes e o paciente orientado a mordê-lo, a dor também aumentará. Entretanto, não se sabe se a dor é no pterigóideo lateral superior ou nos músculos elevadores e esse problema pode ser resolvido induzindo os músculos elevadores ao estiramento, pois o pterigóideo lateral superior se contrai e se estira durante o mesmo movimento: o apertamento. O estiramento dos elevadores se dá com a abertura ampla da boca, porém este movimento não causa o estiramento do músculo em questão. Portanto, se o

paciente não acusa dor ao abrir amplamente a boca, a dor do apertamento é proveniente do pterigóideo lateral superior;

- **Pterigóideo medial:** tem origem semelhante à dos pterigóideos laterais, porém insere-se na superfície medial do ângulo da mandíbula. Como é um músculo elevador, se comporta da mesma forma que o pterigóideo lateral superior quando contraído (apertar dos dentes e morder num separador: aumento da dor); entretanto, se comporta contrariamente quando estirado, ou seja, numa abertura ampla de boca, se o paciente acusar dor, ela será proveniente do pterigóideo medial.

Araújo (2003) esclareceu que perícias são operações destinadas a fornecer esclarecimentos técnico-científicos à Justiça e o resultado destas é o Relatório, obtido mediante análise dos prontuários clínicos do indivíduo, dos exames complementares realizados e exame pericial propriamente dito. Salientou ser prudente a realização do exame pericial do indivíduo ordenadamente, em etapas, tais como anamnese, exame físico, e exames complementares, de forma que as diversas estruturas do sistema estomatognático sejam examinadas sem que nenhuma delas seja esquecida. Em seu estudo, o objetivo foi desenvolver um protocolo de exame clínico odontológico para ser empregado na rotina de exame, tanto para os clínicos gerais, como para o perito, ressaltando que o exame pericial é semelhante ao exame clínico.

Guimarães Júnior (2005) explicou que a anamnese é a fase subjetiva do exame clínico, em que o paciente relata sobre sua percepção dos sintomas e descreve sua visão dos sinais, e o exame físico é a fase objetiva, na qual o profissional procura descrever os sinais detalhadamente e pesquisa os sintomas, por meio de recursos semiotécnicos. Para este autor, o conceito de anamnese se resume na frase de Alvan Feinstein:

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.

Sobre as lesões fundamentais em boca, Marcucci & Silva (2005) classificaram-nas em: alterações de cor (mácula ou mancha); formações sólidas; coleções líquidas; e

perdas teciduais. As primeiras correspondem às alterações de cor sem elevação ou depressão, e podem ser pigmentações endógenas (vásculo-sangüíneas ou melânicas) ou pigmentações exógenas (causadas por pigmentos metálicos ou por razões medicamentosas). Nas formações sólidas incluem-se as pápulas, as placas, os nódulos (até 3 cm) e as nodosidades (quando ultrapassa 3 cm). Em coleções líquidas, incluem-se vesículas, bolhas, hematomas e abscessos. E entende-se por perdas teciduais a erosão, a úlcera (ou ulceração) a exulceração e a atrofia.

Brentegani *et al.* (2006) estudaram sobre as alterações regressivas dos dentes estabelecendo um diagnóstico diferencial para abfração, abrasão, atrição e erosão. A abfração é uma lesão cervical, semelhante a uma cunha, geralmente subgingival (região não atingida pela abrasão e erosão), não cariiosa, em face vestibular, mais freqüente em dentes inferiores cuja causa é o trauma oclusal. A terapia instituída é o ajuste oclusal, entretanto, é altamente recomendável que se capte os contatos prematuros por meio de inspeção clínica e montagem em articulador semi-ajustável; posteriormente recomenda-se a restauração das lesões, sendo material de eleição o ionômero de vidro. A abrasão é a perda de substância dental calcificada devido a processo mecânico anormal; pode estar associada ao tipo de escova dental e/ou uso incorreto da mesma, à utilização de técnica de escovação incorreta, ao uso incorreto do fio dental, ao uso excessivo e/ou incorreto do palito de dente ou ao uso de creme dental com quantidade excessiva de compostos abrasivos. Clinicamente, observa-se desgaste na superfície radicular exposta do dente, na junção esmalte-cimento (em indivíduo com recessão gengival); o tratamento instituído é remoção do fator causal e dependendo do caso, dentística restauradora. A atrição corresponde ao desgaste dos dentes devido a trauma oclusal ou parafunção, sendo mais freqüente nas incisais e em bordas oclusais; pode ocorrer exposição dentinária e, conseqüentemente, sensibilidade dental. Trata-se por meio de remoção do fator causal, e de acordo com cada caso, dentística restauradora e/ou placa miorelaxante. Na erosão, a perda dental ocorre devido à atuação de substâncias químicas erosivas – tais como regurgitações crônicas (bulimia), bebidas ácidas (refrigerantes), sucos e frutas cítricas – na estrutura calcificada dos dentes. O aspecto clínico lembra uma depressão rasa, larga, lisa, polida e com

coloração semelhante à da estrutura dental. O tratamento envolve eliminação da causa e reconstrução do dente com material restaurador apropriado para cada caso.

Kignel (2007) ensinou que os linfonodos, também denominados nódulos linfáticos ou gânglios linfáticos, são pequenas estruturas geralmente ovais, que podem estar em grupos ou isolados. Na região de cabeça e pescoço, existem aproximadamente 500 linfonodos, compreendendo cerca de 30% do total de todo o corpo humano. Em adultos, geralmente não são palpáveis, exceto em pessoas muito magras. Essas estruturas poderão se apresentar aumentadas em casos de patologias, tais como processos infecciosos e tumorais, e por isso é necessário palpá-los durante o exame físico. Os linfonodos que deverão ser rotineiramente palpados são: os submentonianos (ou submentais), os submandibulares, os pré e retro-auriculares, e os cervicais. A palpação desses linfonodos deverá ocorrer da seguinte maneira:

- **Submentonianos:** o profissional pode se colocar tanto à frente como posterior ao paciente; então, deve-se inclinar a cabeça do paciente para baixo e com os dedos indicador e médio, deve-se levar o tecido mole de encontro à borda lingual da mandíbula;
- **Submandibulares:** o profissional se posiciona à frente ou posteriormente ao paciente; escolhida a posição, a mão do lado oposto ao lado a ser estudado deve orientar a cabeça do paciente, inclinando-a para frente e para o lado a ser palpado. O polegar deve se apoiar sobre o corpo da mandíbula e os dedos indicador, médio e anelar (*sic*) devem levar o tecido mole contra a porção interna do corpo e ângulo da mandíbula;
- **Pré-auriculares:** estão localizados superficialmente à glândula parótida, anterior ao pavilhão auricular. A palpação deve ser feita com os dedos indicador e médio, de forma bilateral e simultânea;
- **Retro-auriculares:** se localizam lateralmente sobre ao processo mastóide, e posteriormente ao pavilhão auricular. Também devem ser palpados com os dedos indicador e médio, de forma bilateral e simultânea;

- **Cervicais:** deve-se utilizar o esternocleidomastóideo como referência, utilizando-se os dedos indicador, médio e anular para fazer a palpação. A cabeça do paciente deverá estar inclinada para o lado oposto ao examinado.

Ressaltou ainda o autor as características inflamatórias dos linfonodos: aumento de volume, consistência fibrosa, contorno definido, móvel ou fugaz, superfície lisa e dor à palpação; e as características tumorais: aumento de volume, consistência pétreas, contorno não-definido, aderido a planos profundos, superfície rugosa ou globosa e indolor à palpação.

2.2. Associações entre patologias e causas de possíveis insucessos em tratamentos odontológicos

Soares *et al.* (2004) realizaram estudo retrospectivo de cinco anos sobre as manifestações bucais, a condição sistêmica e o tipo de medicação utilizada em um grupo de crianças e adolescentes infectados pelo HIV após a introdução da terapia anti-retroviral combinada. Observou-se uma estabilidade no quadro de manifestações bucais – mesmo após introdução de terapia anti-retroviral combinada – e uma tendência de diminuição da frequência de candidíase bucal e hipertrofia de parótidas.

De acordo com Ramos-Gomez *et al.*, citado por Soares *et al.* (2004), as lesões bucais mais frequentemente associadas ao HIV são: candidíase, herpes simples, eritema linear gengival, hipertrofia de parótidas e estomatite aftosa recorrente. Outras infecções virais e bacterianas, tal como infecção periodontal, são menos associadas, enquanto que a leucoplasia pilosa e o sarcoma de Kaposi raramente são vistos em crianças infectadas pelo HIV.

Saldanha *et al.* (2004) observaram, em estudo com cães, que a nicotina influencia significativamente a densidade do tecido ósseo neoformado, entretanto não provoca alterações significativas na altura, na largura e na área do tecido considerado.

Holderbaum *et al.* (2005) estudaram radiograficamente o desenvolvimento dentário e ósseo em crianças HIV⁺ e em crianças não portadoras do vírus, comparando posteriormente os dados obtidos com a idade cronológica das crianças. Para tal, obteve-se

radiografias panorâmicas e de mão e punho, seguindo-se um método padronizado, de 60 crianças com idades entre 5 anos e 2 meses e 15 anos e 5 meses, nos anos de 1999 e 2003, sendo 30 grupo controle e 30 portadoras do HIV. De acordo com os resultados obtidos e a metodologia utilizada, as crianças HIV⁺ de ambos os gêneros apresentaram retardo no desenvolvimento ósseo em relação ao grupo controle. Entretanto, a diferença foi maior em 1999, sugerindo que a medicação administrada contra o HIV foi um fator favorável ao desenvolvimento. Em relação ao desenvolvimento dentário, as meninas portadoras de HIV apresentaram idade dental inferior à idade cronológica, tanto em 1999 quanto em 2003; já nos meninos, a diferença foi observada somente no ano de 1999.

César-Neto *et al.* (2005) concluíram após testes em tíbias de ratos e análise fotodensitométrica, que a inalação da fumaça de cigarro pode influenciar negativamente a densidade óssea, bem como a interrupção do processo parece reverter o efeito negativo, ou seja, resulta numa densidade óssea semelhante à do grupo controle. Entretanto, esclareceram que a razão para as altas taxas de insucesso no tratamento reabilitador com implantes em indivíduos fumantes ainda não foi totalmente elucidada.

Em relação ao tratamento reabilitador com implantes, Almeida *et al.* (2006) realizaram um estudo com o objetivo de discorrer, com base na literatura, sobre as vantagens, desvantagens, indicações, contra-indicações e dificuldades técnicas relacionadas ao implante cimentado e ao parafusado. Segundo os autores, não está pacificada na literatura qual o nível de adaptação (entre implante e prótese) clinicamente aceitável, sendo assim, no momento da cimentação, o profissional fará suas próprias avaliações, as quais dependerão de bom senso e experiência; sem passividade na adaptação em prótese sobre implante, conseqüências indesejáveis poderão ocorrer, tais como, afrouxamento ou fratura da infra-estrutura do implante, acúmulo de bactérias e reações teciduais (mucosites, perimplantites, perda da osseointegração). Os autores concluíram que na confecção de próteses parafusadas é necessário maior número de sessões clínicas e o custo é maior, entretanto esta é a melhor opção se o objetivo é priorizar a saúde dos tecidos moles peri-implantares ou a reversibilidade da restauração. Por outro lado, principalmente em restauração anterior, se o objetivo é priorizar a estética, passividade no assentamento,

uniformidade na transferência de carga na restauração protética e no implante e redução de custos, as restaurações cimentadas são as mais indicadas.

Chagas *et al.* (2006) relataram que é fundamental a observação atenta por parte do cirurgião-dentista à presença de hábitos parafuncionais, fator que aumentaria o risco de insucesso no tratamento reabilitador com próteses implanto-suportadas. A parafunção acarretaria alto nível de sobrecarga no local, o que poderia resultar em reabsorção óssea ao redor do implante e conseqüentemente, sua fratura.

Giollo *et al.* (2007) fizeram um estudo retrospectivo cujo objetivo foi avaliar a condição periodontal de 40 indivíduos tratados proteticamente com coroas fixas 03 a 05 anos após a instalação das mesmas. Consideraram como controle um dente hígido contralateral. Constataram que em relação ao índice de placa visível, as coroas apresentaram um valor médio de 30,42%, contra 49,17% nos dentes; o valor médio do índice de sangramento gengival ficou em 33,33% para dentes com coroas e 26,25% para dentes hígidos; já a profundidade de sondagem revelou valores médios de 2,30 mm para as coroas e 2,14 mm para os dentes. Radiograficamente avaliou-se a distância do ápice do dente à crista óssea, por meio de paquímetro digital, e verificaram uma média de 12,73 mm para dentes hígidos e 13,67 mm para dentes em coroas. Os autores concluíram que de acordo com os métodos utilizados no estudo, coroas podem ser associadas a mais sinais de inflamação, porém não devem estar relacionadas à destruição do periodonto.

Weidlich *et al.* (2008) fizeram uma revisão da literatura sobre a relação entre doença periodontal e doenças sistêmicas. Sobre a ligação entre a doença periodontal e doenças cardiovasculares, alguns estudiosos acreditam na possibilidade dos patógenos periodontais poderem induzir a formação de mediadores inflamatórios que acelerariam a progressão de placas de aterosclerose pré-existentes, outras pesquisas demonstraram a capacidade dos patógenos periodontais em induzir a agregação plaquetária e a formação de ateromas, colaborando para o aumento de eventos cardiovasculares prejudiciais. Em relação aos efeitos prejudiciais que a doença periodontal pode causar durante a gestação (bebês abaixo do peso e/ou prematuros), alguns estudos apontam como principal vilão a disseminação dos produtos inflamatórios da doença periodontal pelo sangue, outras

pesquisas se referem ao sistema imunológico do bebê, que ainda não está pronto para combater os patógenos provenientes da doença periodontal e ainda há outras pesquisas, que atribuem onexo causal à bacteremia proveniente da infecção oral. Em relação à diabetes, ocorre que em pessoas afetadas há redução da capacidade imunológica, deixando-as mais susceptíveis às infecções. Por outro lado, o aumento de glicose e cálcio na saliva favorece a formação de cálculo e de fatores irritantes aos tecidos orais, levando à doença periodontal, que é a manifestação oral mais comum entre os diabéticos (75%), e uma vez instalada, a infecção periodontal poderá exacerbar a resistência do indivíduo à insulina. Os autores concluíram que a maioria dos estudos aponta a existência de uma relação entre doença periodontal e condições sistêmicas, entretanto onexo causal ainda precisa ser demonstrado.

Cortelli *et al.* (2008) explicaram que a halitose ou “mau hálito” pode tanto ter causas sistêmicas quanto orais, entretanto aproximadamente 85% dos casos se incluem na segunda hipótese. Segundo os autores, os poucos estudos que se referem à prevalência da halitose na população mundial apontam uma variação de 22 a mais de 50%. As causas deste mal incluem más condições sistêmicas, higiene insatisfatória, boca seca, tabagismo, cáries não tratadas, doença periodontal, acúmulo de resíduos provenientes da alimentação, e principalmente, língua saburrosa. A terapêutica instaurada para o tratamento do mau hálito proveniente de causas orais abrange correta higienização oral e uso de substâncias químicas. A higienização satisfatória para indivíduos acometidos pela halitose inclui escovação dos dentes, da língua e uso de fio dental, hábitos diários que quando combinados aos bochechos com enxaguatórios bucais com propriedades antimicrobianas favorecem o tratamento. A limpeza da língua pode ser feita tanto com escova de dente e creme dental, quanto com raspador de língua. Entre as substâncias químicas que podem ser utilizadas, estão a Clorexidina 0,12%, os Óleos Essenciais e o Triclosan.

Kiguti *et al.* (2008) chamaram a atenção dos cirurgiões-dentistas para a importância do ajuste oclusal no procedimento restaurador, pois o excesso ou a falta de material poderá levar a uma desarmonia do sistema estomatognático, acarretando, dependendo do caso, sintomas de estafa muscular associada à disfunção temporomandibular. Os autores salientaram que uma escultura funcional possibilita ao

elemento dentário o exercício das funções normais em harmonia com os demais dentes do arco.

2.3. Softwares odontológicos, Documentos Eletrônicos e Certificação Digital

A lei 9609/98 (Brasil, 1998a) conhecida como “lei do software” dispôs sobre a proteção de propriedade intelectual de programa de computador, sua comercialização no Brasil e outros assuntos e estabeleceu que a referida proteção é a mesma conferida às obras literárias pela legislação de direitos autorais e legislação conexa, observado o disposto na lei ora discutida. A tutela dos direitos relativos a programa de computador é assegurada pelo prazo de cinquenta anos, contados a partir de 1º. de janeiro do ano subsequente ao da sua publicação ou, na ausência desta, da sua criação. A proteção aos direitos de que trata esta lei independe de registro. Também foi determinado que

Art. 4º. Salvo estipulação em contrário, pertencerão exclusivamente ao empregador, contratante de serviços ou órgão público, os direitos relativos ao programa de computador, desenvolvido e elaborado durante a vigência de contrato ou de vínculo estatutário, expressamente destinado à pesquisa e desenvolvimento, ou em que a atividade do empregado, contratado de serviço ou servidor seja prevista, ou ainda, que decorra da própria natureza dos encargos concernentes a esses vínculos.

§ 3º. O tratamento previsto neste artigo será aplicado nos casos em que o programa de computador for desenvolvido por bolsistas, estagiários e assemelhados.

Em relação à comercialização, ficou estipulado que

Art. 8º. Aquele que comercializar programa de computador quer seja titular dos direitos do programa, quer seja titular dos direitos de comercialização, fica obrigado, no território nacional, durante o prazo de validade técnica da respectiva versão, a assegurar aos respectivos usuários a prestação de serviços técnicos complementares relativos ao adequado funcionamento do programa, consideradas as suas especificações.

Parágrafo único – A obrigação persistirá no caso de retirada de circulação comercial do programa de computador durante o prazo de validade, salvo justa indenização de eventuais prejuízos causados a terceiros.

Sobre as penalidades aplicadas à violação dos direitos de autor de programa de computador, a já referida lei estabeleceu pena de detenção de seis meses a dois anos ou multa. No caso da violação consistir na “reprodução, por qualquer meio, de programa de computador, no todo ou em parte, para fins de comércio, sem autorização expressa do autor ou de quem o represente”, a pena aplicada passa a ser de reclusão de um a quatro anos e multa. Ainda, para os crimes previstos anteriormente se procede somente mediante queixa, exceto, entre outras situações, quando os crimes forem “praticados em prejuízo de entidade de direito público, autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista ou fundação instituída pelo público”, sendo que neste caso, “processar-se-á independentemente de representação”.

Sobre a proteção da propriedade intelectual de programa de computador, o Decreto 2556/98 (Brasil, 1998b) estabeleceu em seu artigo primeiro que os programas de computador poderão ser registrados no Instituto Nacional da Propriedade Industrial – INPI, a critério do titular dos respectivos direitos.

Nakama (1999) desenvolveu *software* em *Windows* com utilização do aplicativo *Access 97*, da *Microsoft*, intitulado *Orthosoft* e os protótipos foram testados e aperfeiçoados por mais de 24 meses na clínica de pós-graduação em Ortodontia da Faculdade de Odontologia de Araraquara / Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” e em clínica particular. Obtiveram que o programa permite à equipe clínica o acesso às informações dos pacientes de forma simplificada, rápida e segura, o que contribui com a qualidade do atendimento e com a preservação dos casos.

A Medida Provisória 2200 de 24 de Agosto de 2001 (Brasil, 2001), que instituiu a Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil) e transformou o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação (ITI) em autarquia, estabeleceu que a autenticidade, a integridade e a validade jurídica de documentos em forma eletrônica serão obtidas por meio da ICP-Brasil. Segundo a norma, a ICP-Brasil será composta por uma autoridade gestora de políticas e pela cadeia de autoridades certificadoras, composta pela Autoridade

Certificadora Raiz (AC-Raiz), pelas Autoridades Certificadoras (AC) e pelas Autoridades de Registro (AR). A própria medida definiu as funções de cada uma das autoridades supracitadas, transformando o ITI em AC-Raiz da ICP-Brasil.

Dotta & Teles (2003) fizeram uma análise dos principais *softwares* de Odontologia existentes no mercado voltados para a clínica diária, com o objetivo de auxiliar a escolha do profissional. Os aplicativos considerados foram:

- **Dentalis Web Classic:** abrange clínicos gerais, protéticos, endodontistas, periodontistas, cirurgiões e ortodontistas, possuindo telas próprias para cada especialidade, e atende mono ou multi-usuários. Dispõe de uma ficha pessoal com anamnese, odontograma, controle financeiro e protético, orçamentos, digitalização de imagens, tabelas de convênios e *backup* de segurança. Ideal para micros que suportem *Windows 98* ou superior e com 64 Mb de memória RAM ou superior;
- **Ortodata:** voltado para ortodontistas. Possui cadastro completo dos pacientes, anamnese, odontograma, controle financeiro e protético e *backup* dos dados. Disponível na versão mono-usuário. Trabalha bem em micros que suportem, no mínimo, *Windows 95, 98, ME* (versão melhorada da versão 98), *NT* (nome da família de sistemas operacionais da Microsoft voltados ao meio corporativo – grandes empresas) ou *2000* e com 16 Mb de memória RAM; exige 6 Mb de espaço livre no HD;
- **Easy Dental:** direcionado aos profissionais de cirurgia, dentística, ortodontia, periodontia, endodontia, prevenção, implantodontia, prótese e odontopediatria. Contem ficha pessoal do paciente, anamnese, odontograma, agenda, captura de imagens, orçamento, controle financeiro, tabelas de convênios, controle de estoque e protéticos, editor de texto e *backup*. Pode se optar por mono e/ou multi-usuário. Exige-se, entre outras configurações, *Windows 95*, 16 Mb de memória RAM e 50 Mb de espaço livre no HD;
- **Clinic 2000:** aplicável a todas as especialidades odontológicas, entretanto não possui o recurso de traçado cefalométrico para Ortodontia. Inclui cadastramento

completo da ficha pessoal do paciente, anamnese, odontograma, digitalização de imagens, controle financeiro da clínica e dos pacientes, orçamentos, controle de protético, controle de estoque, *backup* dos dados e cadastro de convênios. Compreende versões mono e multi-usuário. Para instalação e funcionamento regular requer equipamento com *Windows 95* instalado ou superior;

- **Dental Office 2002:** atende aos profissionais de ortodontia, periodontia, implantodontia, endodontia, DTM e cirurgia, em versões mono ou multi-usuário. Dispõe de fichas de cadastros de pacientes com anamnese, odontograma, histórico de tratamentos, digitalização e manipulação de imagens, controle financeiro, controle de protéticos, controle de estoque, cadastro de tabelas de convênios e *backup* automático ou manual. As configurações mínimas exigidas são *Windows 95* e 32 Mb de memória RAM;

- **OdontoWay:** abrange todas as áreas odontológicas e possui ficha cirúrgica para marcação de fraturas, cistos, tórus. Permite elaboração de anamnese, odontograma, periograma, demonstrativo de tratamento para o paciente, receituário, controles financeiro, estatístico e de protético, cadastro de tabela de convênio, bem como *backup* automático e digitalização de imagens. Acessível na versão mono-usuário. É necessário máquina com 32 Mb de memória RAM e 50 Mb de espaço livre em HD;

- **Orto Manager e Dental Manager:** juntos abrangem todas as áreas odontológicas. Auxilia na elaboração de anamnese, odontograma, controle financeiro, controle protético, digitalização de imagens, cadastramento de tabelas de convênios e *backup*. É preciso, minimamente, *Windows 98, ME, 2000* ou *XP* e 64 Mb de memória RAM.

Concluíram que todos os *softwares* disponíveis no mercado procuram facilitar as tarefas de consultório, disponibilizando diversas ferramentas clínicas e organizacionais e a escolha do aplicativo dependerá da necessidade de cada profissional.

Nakama (2004) desenvolveu *software* em *Windows* com utilização do aplicativo *Access 2000*, da *Microsoft*, para informatização de banco de dados de acordo com a

prioridade para o tratamento ortodôntico. O objetivo foi armazenar e disponibilizar os cadastros de pacientes examinados quanto às características de oclusão. Assim, foi possível, entre outras coisas, realizar uma seleção de pacientes conforme inúmeras características e síndromes clínicas, acessar esses dados de maneira rápida e fácil, contribuir com a qualidade do planejamento em saúde pública e otimizar os recursos assistenciais disponíveis, pois aponta os casos com maior prioridade de tratamento ortodôntico.

Charnovsky *et al.* (2004) apresentaram com o objetivo de agregar maior segurança ao prontuário eletrônico, uma proposta de substituição da assinatura manual pela assinatura digital, método que possibilita a autenticidade e a integridade das informações armazenadas em meio digital. Os autores se utilizaram da biblioteca “capicom.dll” (disponibilizada gratuitamente pela *Microsoft*) e desenvolveram um sistema para teste das funções de assinatura digital de documento eletrônico, o qual pode ser incorporado a *softwares* que emitam relatórios de saúde em formato “doc”. Concluíram que a implementação da assinatura digital em prontuários eletrônicos é legal e tem viabilidade técnica, bem como protege as informações do paciente de alterações não autorizadas.

Paredes *et al.* (2006) escreveram sobre as vantagens e desvantagens das fotografias e radiografias digitais, bem como dos modelos de estudo digitalizados. Em relação às fotografias digitais, as principais vantagens são agilidade em produzi-las e/ou corrigi-las, não necessidade da utilização de filmes ou processamento químico, o que implica em redução de custos, facilidade de arquivamento, possibilidade das imagens serem copiadas facilmente e popularização das câmeras digitais, o que favorece a aquisição do equipamento. Entre as desvantagens estão, principalmente, possibilidade de alteração das imagens, dificultando a utilização das mesmas para fins legais e o rápido avanço tecnológico, que acaba tornando o equipamento obsoleto em muito pouco tempo. Em relação às tomadas radiográficas digitais, algumas vantagens são: obtenção instantânea da imagem, proporcionando economia de tempo e diagnóstico imediato; redução da radiação em 70%; não necessidade de processamento químico e nem películas radiográficas; facilidade de ajuste do brilho e do contraste para melhor visualização de determinada estrutura. Entretanto, o aparelho de radiografia digital ainda é muito caro. Entre as

principais vantagens da digitalização dos modelos de estudo, incluem-se a facilidade de arquivamento e economia de espaço físico, bem como a facilidade em conferenciar com colegas, uma vez que a imagem pode rápida e simplesmente ser enviada por correio eletrônico. No entanto, mesmo que o aparelho esteja bem calibrado, as imagens podem ficar levemente distorcidas e em alguns casos de denteição mista, o estudo pela imagem fica dificultado por ser complicado reconhecer e mensurar determinadas estruturas.

Segundo Morais *et al.* (2006), a digitalização da imagem radiográfica convencional produz distorções em relação à imagem real, entretanto tais deformações podem ser minimizadas com o uso de uma rotina de digitalização. Os autores recomendam que durante a digitalização, escolha-se uma resolução de pelo menos 150 dpi.

Yarid (2006) avaliou por meio do envio de questionários a 2218 Magistrados de Varas Cíveis de primeira instância no Brasil em 1761 comarcas brasileiras, a aceitação de filmagem (VHS) como prova legal em substituição à documentação odontológica convencional. Apurou que os Magistrados, em sua maioria (83,3%), reconheceram a possibilidade do cirurgião-dentista em pedir autorização ao paciente, por escrito, para filmar (VHS) todo o procedimento, incluindo os diálogos desde o exame inicial, sem que haja impedimento legal ou constrangimento do paciente. Sobre o cirurgião-dentista fornecer a previsão de honorários e as alternativas de tratamento ao seu paciente valendo-se apenas da filmagem, não necessitando, portanto, de documento que conste as assinaturas, não houve concordância generalizada entre os participantes, pois 41,6% dos Magistrados consentem tal possibilidade e 48,2% não consentem. Segundo o autor, essa não aceitação é baseada no Código de Defesa do Consumidor e no Código Civil, onde há o entendimento dos contratos sempre serem escritos com cláusulas claras e os consentimentos expressos em linguagem acessível, constituindo essas as melhores formas para a resolução de questões judiciais; quanto à aceitação, o entendimento é que a filmagem pode

(...) ser admitida como início de prova material a ser avaliada em caso de querela judicial em cotejo com as demais provas produzidas (testemunhal, pericial, documental) na medida em que no Direito Brasileiro não existe hierarquia de provas.

Obteve-se que 83,3% dos pesquisados admitiriam a utilização dos filmes gravados como prova numa situação de reclamação posterior do paciente em relação a tratamento efetuado, o que corrobora com o disposto no artigo 332 do Código de Processo Civil:

Todos os meios legais bem como os moralmente legítimos, ainda que não especificados neste Código, são hábeis para provar a verdade dos fatos em que se funda a ação ou a defesa.

Da mesma forma, 86,1% dos Magistrados aprovam o uso das gravações como meio de demonstrar que o paciente foi devidamente orientado em relação aos cuidados pós-operatórios ou após procedimento específico.

Matsuzaki & Melani (2006) desenvolveram um sistema computadorizado de identificação odonto-legal (*sic*), de finalidade criminal portanto, com o objetivo de acelerar o processo identificativo de vítimas em desastres de massa. O *software* foi desenvolvido em *Windows XP*, utilizou linguagem de programação *Visual Basic* e necessita do *Access* instalado para operar. O sistema realiza uma filtragem das prováveis vítimas e oferece alguns recursos de manipulação de imagem, bem como aponta o resultado em porcentagem. Os autores concluíram que a ferramenta criada proporciona economia de tempo em relação a outros recursos de identificação e possibilita uma padronização no momento da coleta de informações.

Fraige & Porcaro (2006) desenvolveram um sistema de prontuário eletrônico odontológico com certificação digital para o Centro de Atendimento à Pacientes Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, o que viabilizou o cumprimento de exigências éticas e legais relacionadas ao reconhecimento da identidade do profissional que inseriu os dados e a data de inserção dos mesmos. O aplicativo proposto incluiu cadastro/consulta de pacientes, histórico (procedimentos efetuados no paciente e intercorrências do tratamento), relatórios (dados cadastrais, clínicos, terapêuticos e da anamnese de cada paciente, ficha do SUS, listagem de paciente de acordo com o diagnóstico de base, listagem de paciente por cirurgião-dentista), odontograma informatizado, módulo para aquisição, visualização e armazenamento de imagens digitais, certificação digital, assinatura digital e verificação da assinatura digital.

Jaraceski & Nicoleit (2006) desenvolveram um estudo para testar a viabilidade de uso da tecnologia *smart card* para repasse do prontuário médico do paciente a todos os médicos que venham a atendê-lo ao longo de sua vida, bem como de componentes de *software* que permitam o armazenamento e a extração de informações do *smart card*. Os autores optaram por utilizar os verdadeiros *smart cards* – com *chip* embutido, capacidade de armazenamento dos dados, processamento de pequenas aplicações e dotado de recursos de criptografia e segurança dos dados – e empregaram um modelo simplificado do padrão dos aplicativos do Sistema Cartão Nacional de Saúde (SCNS). Com a adaptação feita no padrão do SCNS, reduziu-se em 80% a quantidade de memória necessária para o armazenamento de um registro de atendimento com dois procedimentos, por exemplo, aplicação de vacina e tratamento cirúrgico, viabilizando, portanto, o armazenamento de aproximadamente 62 anos de registros no *smart card* com capacidade de 1mb, considerando dois atendimentos por mês.

Fernandes *et al.* (2006) explicaram que para a guarda permanente do prontuário eletrônico, é importante que seja levado em consideração o fato de que hoje os meios criptográficos são muito bem empregados, entretanto, após longos períodos de tempo, eles poderão ficar obsoletos e/ou vulneráveis. Sendo assim, os autores propuseram a aplicação do formato de assinatura digital *Electronic Signature Archive Validation Data* (ES-A), do *European Telecommunications Standards Institute* (ETSI), de forma a assegurar a validade temporal de uma assinatura digital realizada sobre um prontuário eletrônico. A modalidade proposta consiste na utilização de carimbos de tempo, os quais são emitidos por uma Autoridade de Carimbo de Tempo. Esses carimbos servem para informar que a assinatura fora obtida em um instante anterior ao momento em que o carimbo foi gerado. Esse instante é obtido a partir de uma fonte confiável, que no caso da ICP-Brasil é o Observatório Nacional. O formato ES-A resume-se na proteção dos dados criptográficos por longos períodos por meio da geração periódica desses carimbos. Portanto, quando da geração do documento, é obtido um carimbo de tempo associado à assinatura, e periodicamente, à medida que o tempo vai passando e o dado criptográfico vai se tornando frágil, outros carimbos serão gerados e ficarão como invólucros sobre o documento, quanto mais o tempo passa, mais invólucros são gerados, assegurando a proteção de todos os dados.

Salo *et al.* (2007) simularam uma transmissão de imagens odontológicas por meio de conexões seguras, que partiu de um servidor na Finlândia para comunicadores sem fio (*palm tops*, celulares, *i-phones*) na Tailândia. Verificaram que a qualidade de todas as imagens foi boa o suficiente para auxiliar na identificação humana. Dessa forma, concluíram que o uso de comunicadores sem fio para transmissão de imagens é viável e pode auxiliar na identificação de vítimas de catástrofes nas regiões em que a tecnologia GSM esteja disponível.

A Resolução 1821 de 2007, expedida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), aprovou as normas técnicas relacionadas ao uso de sistemas informatizados para o manuseio do prontuário dos pacientes, autorizando a eliminação do papel. Entre as “considerandas”, estão o fato de ser o CFM a autoridade certificadora (AC) dos médicos do Brasil, responsável por distribuir o CRM-Digital aos médicos interessados (certificado padrão ICP-Brasil) e o fato da autorização legal para eliminação do papel depender de atendimento integral, por parte dos sistemas informatizados, dos requisitos estabelecidos no “Nível de garantia de segurança 2” (NGS-2), presente no “Manual de Certificação para Sistemas de Registros Eletrônicos em Saúde”, que por sua vez foi elaborado conforme convênio firmado entre o CFM e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS). De acordo com o parágrafo 2º do artigo 2º da Resolução CFM 1821/07,

Os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos do prontuário dos pacientes deverão ser controlados por sistema especializado (Gerenciamento eletrônico de documentos – GED), que possua, minimamente, as seguintes características:

- a) Capacidade de utilizar base de dados adequada para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- b) Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa de maneira simples e eficiente;
- c) Obediência aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Mais adiante, nos artigos 7º e 8º, a norma trata do prazo de guarda do prontuário arquivado em meio eletrônico,

Art. 7º Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 8º Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

E, por fim, em seu artigo 10º, a norma estabeleceu que o CFM e a SBIS expedirão selo de qualidade dos sistemas informatizados que estejam de acordo com o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde Versão 3.0 e/ou outra versão aprovada pelo CFM.

Leão *et al.* (2008) editaram o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde Versão 3.2. De acordo com este Manual, o CFM recebera inúmeras solicitações de pareceres se referindo à legalidade para manusear dados digitais ou digitalizados do atendimento em saúde e, diante disso, o CFM estabeleceu convênio de cooperação técnica com a SBIS, sendo o primeiro produto da parceria a elaboração da Resolução CFM 1639/2002, posteriormente revogada e substituída pela Resolução CFM 1821/2007. O segundo produto foi o “Manual de Requisitos de Segurança, Conteúdo e Funcionalidades para Sistemas de Registros Eletrônicos em Saúde”, publicado em 2004 nos *sites* do CFM e da SBIS e que propiciou auto-declaração de diversos sistemas, por parte de seus representantes legais, como estando quite com o conjunto de requisitos exigidos. Essa foi a Fase 1, cujo objetivo foi preparar o mercado para o processo de certificação, e foi plenamente atingida. A Fase 2 teve início com a atualização do referido Manual (versão 3.2) e é fundamental pois procederá à auditoria efetiva daqueles Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES) que se auto-incluíram durante a Fase 1. Os autores esclareceram que os Estados Unidos foi o primeiro país a certificar S-RES, iniciando seu processo em 2006.

3 PROPOSIÇÃO

Este trabalho teve como objetivos:

- a) Criar aplicativo em linguagem de programação *Visual Basic for Applications* com finalidade de reunir dados fundamentais para a realização de uma perícia odontológica em foro civil, de forma a padronizar o procedimento pericial;
- b) Avaliar o *software* criado por meio da aplicação de questionário a público específico;
- c) Discutir os aspectos legais pertinentes ao tema.

4 MATERIAL E MÉTODO

Para a realização deste estudo utilizou-se levantamento bibliográfico direcionado aos elementos indispensáveis a uma perícia odontológica em âmbito civil para instruir a confecção do aplicativo, que foi desenvolvido em *Windows XP*, utilizou linguagem de programação *Visual Basic for Applications* e necessita do *Access* instalado para operar (o programa *Access* faz parte do pacote *Microsoft Office* juntamente com o *Power Point*, o *Word* e o *Excel*). O aplicativo foi tecnicamente desenvolvido por Cleber Scoralick Júnior, engenheiro eletricista, que participou da pesquisa de forma gratuita e espontânea. Para melhor aplicação da linguagem empregada, o programador se utilizou da obra de Lomax (1998) e para adequar a *Visual Basic for Applications* em *Access* e criar o banco de dados, utilizou-se do estudo de Groh *et al.* (2007). Após a criação, durante seis meses (março a agosto de 2008), diversas correções e adaptações de natureza técnica e científica foram realizadas. Em setembro do mesmo ano realizou-se demonstração do funcionamento do aplicativo a 20 (vinte) cirurgiões-dentistas habituados à realização de perícias odontológicas com posterior preenchimento de questionário de avaliação pelos voluntários. Este questionário continha 15 perguntas (apêndice 1), entre as quais 02 diziam respeito ao perfil dos participantes (gênero e faixa etária), 12 continham escalas de 0 a 10 e uma questão era reservada às críticas e sugestões. Na questão 03 (nível de dificuldade para utilizar o *software*), considerou-se menor nota como menor dificuldade. Para consentir a participação na pesquisa, os voluntários assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 2), ficando uma das vias para o profissional e outra para a pesquisadora. Calculou-se o percentual dos dados obtidos, sendo que para os parâmetros aparência do *software*, dificuldade de utilização do aplicativo, instruções de utilização, forma de preenchimento dos formulários, proteção dos dados, facilidade e/ou dificuldade em encontrar os comandos, dados incluídos e coerência organizacional dos dados, calculou-se a média, o desvio padrão e intervalo de confiança de 95% para a média.

Este estudo encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas (FOP/UNICAMP) sob protocolo número 86/2007 (anexo 1).

5 RESULTADOS

O aplicativo criado recebeu o nome de *Investigation* e para operar necessita, pelo menos, do *Microsoft Office 2000* instalado no computador e de, no mínimo, 300 megabytes livres em disco rígido; ele também opera em *pen drives*, basta que o computador a ser utilizado tenha o *Microsoft Office 2000* instalado. O *Investigation*, além de conter os dados essenciais à perícia civil odontológica, também auxilia na confecção do laudo. Além disso, estabeleceu-se uma seqüência lógica para a coleta dos dados, desde a identificação do indivíduo até a resposta aos quesitos, passando pelo histórico, história médica, exame físico e exame odontológico. O funcionamento do programa será detalhado minuciosamente nos parágrafos seguintes.

Ao abrir o *software*, após a tela de apresentação (figura 1), aparecerá a tela “Login do Usuário” (figura 2), cujas funções são: permitir que um novo usuário se cadastre, permitir que o usuário já cadastrado acesse suas perícias ou ainda que ele edite seus dados. Em caso de novo usuário, o profissional deverá acionar o botão “Novo” e se cadastrar, preenchendo os dados solicitados (figura 3). Após, o usuário clica em “Ok”, retornando à tela “Login do Usuário”; nesse momento o novo usuário deverá preencher o seu *login* e senha cadastrados e acionar “Entrar”. Ao usuário já cadastrado, basta preencher o seu *login* e sua senha e acionar o botão “Entrar”; caso a intenção seja editar os dados fornecidos no ato do cadastro, basta acionar o botão “Editar” após o fornecimento do *login* e da senha.

Ao acionar “Entrar”, o usuário é direcionado à tela “Quadro de Perícias” (figura 4). Essa tela foi inserida com o objetivo de organizar as perícias que o profissional já tenha realizado. A organização é feita manualmente pelo usuário: ao acionar o botão “Nº”, as perícias são organizadas de acordo com um número aleatório gerado pelo sistema; acionando “Autor”, as perícias são organizadas de acordo com o autor do processo; ao clicar sobre “Processo”, as perícias são organizadas segundo o número do processo; clicando em “Data”, as perícias são organizadas de acordo com a data em que os dados foram coletados; e, por fim, ao clicar em “Status da Perícia”, as perícias são organizadas segundo o *status* da perícia: aberto ou concluído. Veremos mais à frente que ao final da

coleta dos dados e preenchimento dos campos que auxiliarão a confecção do laudo, o usuário deverá finalizar a perícia, o que impedirá edição posterior, protegendo os dados, essa condição é classificada como *status* concluído. O *status* aberto ocorre até que o usuário finalize a perícia.



Figura 1 – Tela de apresentação.

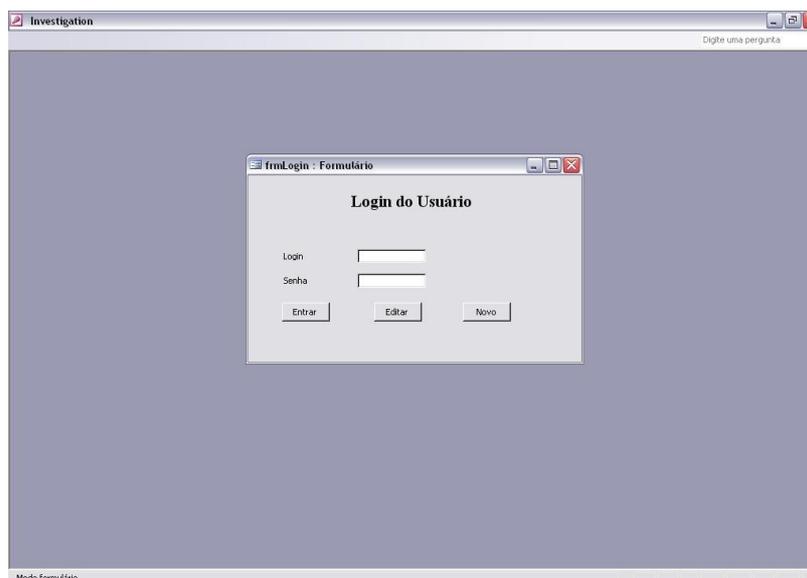


Figura 2 – Tela “Login do Usuário”.

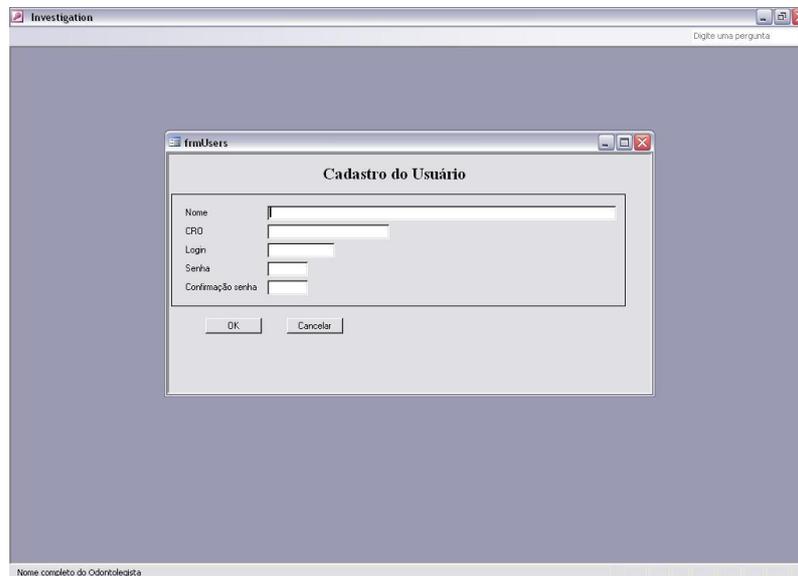


Figura 3 – Tela de cadastro.

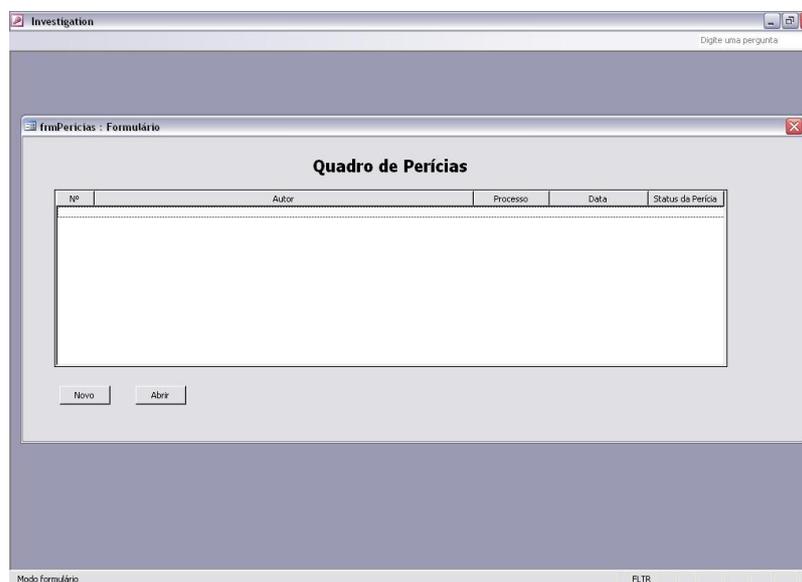


Figura 4 – Tela “Quadro de Perícias”.

Ainda sobre o “Quadro de Perícias”, importante chamar atenção para os dois comandos aí presentes:

- “*Novo*”: abre um formulário em branco;

- “*Abrir*”: acessa o formulário marcado no quadro, o qual poderá ser editado se a perícia estiver com o *status* aberto e poderá apenas ser visualizado se a perícia já estiver concluída.

Independente da escolha do usuário ter sido “Novo” ou “Entrar”, ele será direcionado à tela de formulários, sendo a primeira guia denominada “Dados Pessoais” (figuras 5 e 6). Essa guia servirá para o usuário fazer a identificação do indivíduo a ser periciado, bem como do responsável, caso se trate de menor ou incapaz. Os dados incluídos para identificar o indivíduo foram: autor (nome do periciado), RG, órgão expedidor, CPF, gênero, data de nascimento, naturalidade, nacionalidade, estado civil, profissão, endereço residencial (complemento, bairro, CEP cidade, estado), telefone fixo e telefone celular. Os dados incluídos para identificar o processo foram: número e tipo do processo, local da perícia, nome do réu, nome do juiz, comarca, nome do advogado e nome do assistente técnico, bem como o seu RG e o seu número de inscrição no Conselho Regional de Odontologia. E os dados para identificar o responsável (em casos de menores e/ou bloqueio na maioridade civil) foram: nome, RG, órgão expedidor, CPF, gênero, data de nascimento, estado civil, profissão, grau de parentesco com o periciado, telefone fixo e telefone celular, em destaque na figura 6. Nessa tela encontraremos três comandos: o “Salvar”, que salva os dados digitados até o momento; o “Continuar”, que transporta o usuário à próxima aba, sem que haja necessidade de retornar ao topo; e o “Fechar”, que fecha o formulário de dados e retorna ao “Quadro de Perícias”; quando do clique no botão “Fechar”, ocorre a abertura de uma caixa de diálogo com o questionamento: “Deseja salvar as alterações?”, entretanto tal aviso não ocorre se o usuário clica diretamente no ícone “Fechar” (“X na quadrado vermelho” no canto superior direito) do *Access*.

Após o preenchimento da aba “Dados Pessoais”, encontra-se a guia “Histórico” (figura 7), onde o usuário encontrará um espaço para digitar o relato do caso de acordo com o periciado. Também encontraremos nessa guia os botões “Salvar”, “Continuar” e “Fechar”, cujos comandos foram explicados no parágrafo anterior.

DADOS PESSOAIS

* Número do Processo []

* Requerente []

* RG [] * Órgão Expeditor []

* CPF []

* Gênero [] * Data de Nascimento [] Menor e/ou bloqueio na maioridade civil?

Naturalidade (Cidade e Estado) [] Nacionalidade []

* Estado Civil [] * Profissão []

* Endereço Residencial []

Complemento [] * Bairro [] CEP []

* Cidade [] * Estado []

* Telefone Fixo [] * Telefone Celular []

* Tipo do Processo []

* Local da Perícia []

* Requeido []

* Comarca [] Obs: Colocar o Estado ao qual pertence tal comarca

* Juiz []

* Advogado []

Número do Processo

Figura 5 – Primeira parte da guia “Dados Pessoais”.

* Tipo do Processo []

* Local da Perícia []

* Requeido []

* Comarca [] Obs: Colocar o Estado ao qual pertence tal comarca

* Juiz []

* Advogado []

Assistente Técnico []

Ht: [] LHU: []

RESPONSÁVEL PELO PERICIADO (MENORES E/OU BLOQUEIO NA MAIORIDADE CIVIL)

* Nome []

* RG [] * Órgão Expeditor []

* CPF []

Gênero [] Data de Nascimento []

Estado Civil [] Profissão []

* Grau de parentesco com o periciado []

* Telefone Fixo [] * Telefone Celular []

Salvar Continuar Fechar

Número do Processo

Figura 6 – Segunda parte da guia “Dados Pessoais”.

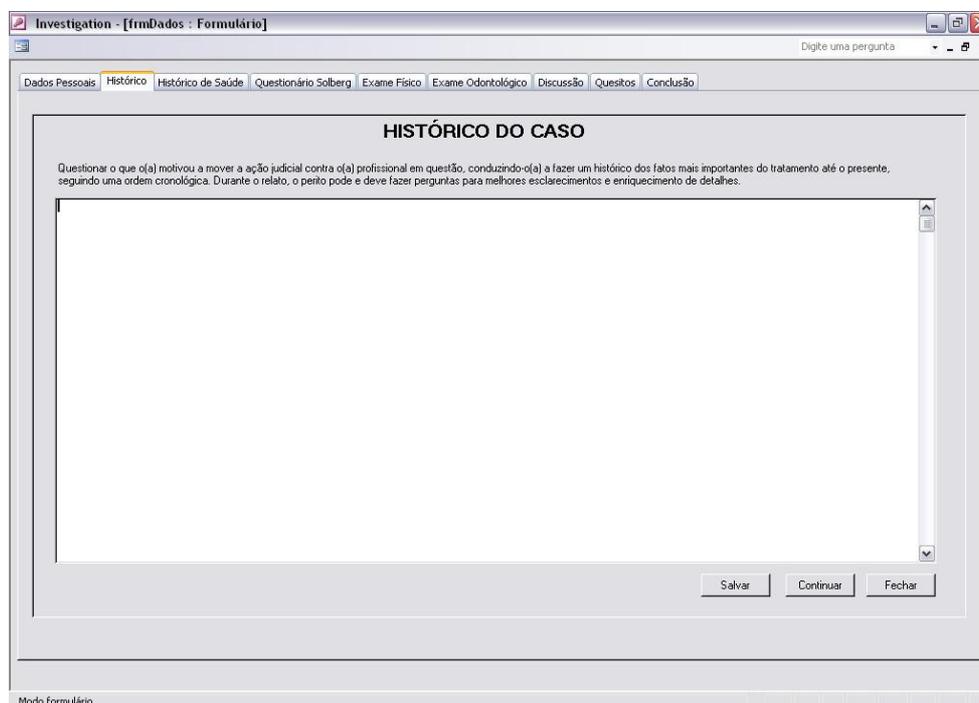


Figura 7 – Guia “Histórico”.

Acionando o botão “Continuar” do “Histórico”, o profissional será transportado à aba “Histórico de Saúde” (figuras 8, 9, 10 e 11). A partir dessa guia até a guia “Exame Odontológico”, os campos virão preenchidos com as opções características de normalidade; por exemplo, na primeira pergunta questiona-se “Como pode descrever o seu estado atual de saúde geral?” e são oferecidas as seguintes opções: “Bom”, “Razoável” e “Ruim”; para esse questionamento, em um formulário em branco, encontraremos a opção “Bom” já selecionada. Nessa parte incluem-se as indagações abaixo descritas:

1) Como pode descrever o seu estado atual de saúde geral:

Bom Razoável Ruim

2) Está fazendo uso de algum tipo de medicação? Não Sim

3) Medicamentos de uso frequente:

Tranqüilizante(s) Corticoesteróide(s)

Psicotrópico(s) Antihipertensivo(s)

- Analgésico(s) Ácido Acetil Salicílico
- Outro tipo de medicamento
- 4) Usou antibiótico nos últimos 6 meses?** Não Sim
- 5) Tem alergia?** Anestésicos Antibióticos Outros
- 6) Você tem ou teve algum destes problemas:**
- Asma / Bronquite alérgica Hepatite Diabetes
- Desmaios / Convulsões Febres Constantes
- Hipertensão Arterial / Hipotensão Arterial
- Hemorragia após cirurgia odontológica ou médica
- Anemia Herpes Frequente Doença de Chagas
- Gastrite ou Úlceras Febre Reumática / Reumatismo
- Doença renal Doença sexualmente transmissível
- Problema neurológico Alcoolismo / Dependência química
- Depressão / Transtornos psicológicos Outros:
- 7) Já fez cirurgia ortopédica para colocação de próteses em osso ou articulação?** Não Sim
- 8) Já foi doador ou receptor de algum órgão?** Não Sim
- 9) Já fez algum tipo de cirurgia cardíaca?** Não Sim
- 10) Já teve algum tipo de tumor** Não Sim
- Para mulheres:
- 1) Está grávida?** Não Sim
- 2) Usa anticoncepcional?** Não Sim
- 3) Está na menopausa?** Não Sim

Com exceção da primeira pergunta, todos os campos possuem espaço para observações. Nessa aba também encontraremos os botões “Salvar”, “Continuar” e “Fechar”, cujos comandos foram explicados anteriormente.

HISTÓRICO DE SAÚDE

1) Como pode descrever o seu estado atual de saúde geral?
 Bom Razoável Ruim

2) Está fazendo uso de alguma medicação?
 Não Sim Qual? _____

3) Medicamentos de uso frequente:

Tranquilizante(s) Qual(is)? _____

Corticosteróide(s) Qual(is)? _____

Psicotrópico(s) Qual(is)? _____

Antihipertensivo(s) Qual(is)? _____

Analgésico(s) Qual(is)? _____

Ácido Acetil Salicílico _____

Outro tipo de medicamento: _____

4) Usou antibiótico nos últimos 6 meses?
 Não Sim _____

5) Tem alergia?
 Anestésicos _____

Antibióticos _____

Outros: _____

6) Você tem ou teve algum destes problemas:
 Asma / Bronquite alérgica (Há quanto tempo apresenta ou apresentou a doença, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Modo formulário

Figura 8 – Primeira parte da guia “Histórico de Saúde”.

Hepatite (Tipo? há quanto tempo apresenta ou apresentou a doença, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Desmaios / Convulsões (Sabe o motivo? há quanto tempo apresenta ou apresentou o problema, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Cardiopalias (Há quanto tempo apresenta ou apresentou o problema, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Hipertensão arterial / Hipotensão arterial (Há quanto tempo apresenta ou apresentou a doença, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Diabetes (Está compensado? há quanto tempo apresenta ou apresentou a doença, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Febres constantes (Há quanto tempo apresenta ou apresentou o problema, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Hemorragia após cirurgia odontológica ou médica (Há quanto tempo apresentou o problema, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Anemia (Há quanto tempo apresenta ou apresentou o problema, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Herpes frequente (Sabe o motivo? há quanto tempo apresenta ou apresentou o problema, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Doença de Chagas (Há quanto tempo apresentou o problema, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Modo formulário

Figura 9 – Segunda parte da guia “Histórico de Saúde”.

Investigation - [frmDados : Formulário]

Dados Pessoais | Histórico | **Histórico de Saúde** | Questionário Solberg | Exame Físico | Exame Odontológico | Discussão | Quesitos | Conclusão

Doença de Chagas (Há quanto tempo apresentou o problema, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Gastrite ou Úlceras (Sabe o motivo? há quanto tempo apresenta ou apresentou o(s) problema(s), tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Febre reumática / Reumatismo (Há quanto tempo apresenta ou apresentou o problema, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Doença renal (Qual? há quanto tempo apresenta ou apresentou o problema, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Doença sexualmente transmissível (Há quanto tempo apresenta ou apresentou o problema, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Alcoolismo / Dependência química (Usuário de drogas? qual? fumante? mastiga tabaco? usa rapé ou outra variedade do tabaco? há quanto tempo apresenta ou apresentou o problema, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Problema neurológico (Qual? há quanto tempo apresenta ou apresentou o problema, tratamento/ medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Depressão / Transtornos psicológicos (Ansiedade? síndrome do pânico? tendência ao isolamento? estresse? outro? há quanto tempo apresenta ou apresentou o problema, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

Outros (Indagar se já apresentou algum outro problema de saúde que não tenha sido perguntado ou se deseja fazer mais alguma observação em relação à sua saúde)

Modo Formulário

Figura 10 – Terceira parte da guia “Histórico de Saúde”.

Investigation - [frmDados : Formulário]

Dados Pessoais | Histórico | **Histórico de Saúde** | Questionário Solberg | Exame Físico | Exame Odontológico | Discussão | Quesitos | Conclusão

7) Já fez cirurgia ortopédica para colocação de próteses em osso ou articulação?
 Não Sim (Breve histórico: prótese óssea? articular? outro tipo? há quanto tempo foi feita a cirurgia, principais implicações, tratamento/medicamento relacionados e o que julgar necessário)

8) Já foi doador ou receptor de algum órgão? Qual?
 Não Sim (Lembrete: Indagar quando foi a cirurgia e sobre as circunstâncias que levaram ao transplante, sobre o pós-operatório (uso de medicação, restrições médicas), sobre como se sente atualmente, se leva uma vida diferente da que tinha antes em virtude do ato cirúrgico e o que julgar necessário)

9) Já fez algum tipo de cirurgia cardíaca? Qual?
 Não Sim (Lembrete: Indagar quando foi a cirurgia, o motivo da mesma, perguntar sobre o pós-operatório, sobre como se sente atualmente, se leva uma vida diferente da que tinha antes em virtude do ato cirúrgico e o que julgar necessário)

10) Já teve algum tipo de tumor?
 Não Sim (Breve histórico: quimioterapia? radioterapia? cirurgia radical ou conservadora? há quanto tempo apresenta ou apresentou o problema, principais implicações, medicamento relacionado e o que julgar necessário)

PARA MULHERES

1) Está grávida? Não Sim Há quanto tempo? _____

2) Usa anticoncepcional? Não Sim Nome do anticoncepcional: _____ Tempo de uso: _____

3) Está na menopausa? Não Sim Faz reposição hormonal (medicamento relacionado)? _____ Há quanto tempo? _____

Salvar Continuar Fechar

Modo Formulário

Figura 11 – Quarta parte da guia “Histórico de Saúde”.

A próxima guia é a “Questionário Solberg” (figuras 12, 13, 14 e 15), que possui questionamentos relacionados à sintomatologia de DTM baseados na adaptação feita por Mezzomo (2007), com respostas “Sim”, “Não” e com espaço para observações em todas elas, exceto nas questões 27 e 28, cujos espaços são ativados somente quando o usuário seleciona “Sim” na questão 26. Da mesma forma que nas guias anteriores, encontraremos os botões “Salvar”, “Continuar” e “Fechar”, cujos comandos já foram explicados. Nessa parte incluem-se seguintes indagações:

1) Sua mandíbula faz ruídos que incomodam você e outros? 2) Você tem dificuldades para abrir a boca o quanto você gostaria? 3) Você sente dor quando mastiga ou abre bastante sua boca? 4) Você sente a mandíbula travada, com luxação ou subluxação? 5) Você sente dores de ouvido ou na parte anterior dos ouvidos? 6) Você sente tonturas? 7) Você sente sensação de zumbido nos ouvidos? 8) Você sente ruídos nas articulações? Que tipo? 9) Você já levou algum golpe na mandíbula? 10) Você sente que seus dentes “não casam” direito? 11) Você tem consciência ou alguém lhe disse que você range os dentes à noite? 12) Você tem o hábito de apertar os dentes durante o dia? 13) Você sente cansaço na face, vontade de apertar os dentes ao acordar? 14) Você tem hábitos de mascar chicletes, roer unhas, morder canetas? 15) Você fuma cachimbo? 16) Você sente cansaço na face após uma refeição ou após uma consulta com o dentista? 17) Você sente dores na face, bochechas, têmporas ou garganta? 18) Você sente dores na cabeça, no pescoço ou nas costas? 19) Você dorme bem? 20) Você sonha? 21) Dor ou desconforto interferem em atividades diárias de rotina? 22) Você toma algum medicamento para dor ou desconforto: analgésicos, miorrelaxantes, antidepressivos? 23) Você sofre de artrite ou dor em outras articulações? 24) Você tem problemas cardíacos, como hipertensão? 25) Você sofre de úlcera? 26) Você já foi tratado anteriormente devido a algum problema de Disfunção Temporomandibular? 27) Qual o tratamento? 28) Há quanto tempo?

Investigation - [frmDados : Formulário] Digite uma pergunta

Dados Pessoais Histórico Histórico de Saúde **Questionário Solberg** Exame Físico Exame Odontológico Discussão Quesitos Conclusão

QUESTIONÁRIO ADAPTADO DE SOLBERG, 1989

1. Sua mandíbula faz ruídos que incomodam você e outros? Não Sim
Observações: _____

2. Você tem dificuldades para abrir a boca o quanto você gostaria? Não Sim
Observações: _____

3. Você sente dor quando mastiga ou abre bastante sua boca? Não Sim
Observações: _____

4. Você sente a mandíbula travada, com luxação ou subluxação? Não Sim
Observações: _____

5. Você sente dores de ouvido ou na parte anterior dos ouvidos? Não Sim
Observações: _____

6. Você sente torturas? Não Sim
Observações: _____

7. Você sente sensação de zumbido nos ouvidos? Não Sim
Observações: _____

8. Você sente ruídos nas articulações? Que tipo? Não Sim
Observações: _____

Modo formulário

Figura 12 – Primeira parte da guia “Questionário Solberg”.

Investigation - [frmDados : Formulário] Digite uma pergunta

Dados Pessoais Histórico Histórico de Saúde **Questionário Solberg** Exame Físico Exame Odontológico Discussão Quesitos Conclusão

9. Você já levou algum golpe na mandíbula? Não Sim
Observações: _____

10. Você sente que seus dentes “não casam” direito? Não Sim
Observações: _____

11. Você tem consciência ou alguém lhe disse que você range os dentes à noite? Não Sim
Observações: _____

12. Você tem o hábito de apertar os dentes durante o dia? Não Sim
Observações: _____

13. Você sente cansaço na face, vontade de apertar os dentes ao acordar? Não Sim
Observações: _____

14. Você tem hábitos de mascar chicletes, roer unhas, morder canetas? Não Sim
Observações: _____

15. Você fuma cachimbo? Não Sim
Observações: _____

16. Você sente cansaço na face após uma refeição ou após uma consulta com o dentista? Não Sim
Observações: _____

17. Você sente dores na face, bochechas, têmporas ou orelhas? Não Sim
Observações: _____

Modo formulário

Figura 13 – Segunda parte da guia “Questionário Solberg”.

Investigation - [frmDados : Formulário] Digite uma pergunta

Dados Pessoais Histórico Histórico de Saúde **Questionário Solberg** Exame Físico Exame Odontológico Discussão Questos Conclusão

17. Você sente dores na face, bochechas, têmporas ou garganta? Não Sim
Observações:

18. Você sente dores na cabeça, no pescoço ou nas costas? Não Sim
Observações:

19. Você dorme bem? Não Sim
Observações:

20. Você sonha? Não Sim
Observações:

21. Dor ou desconforto interferem em atividades diárias de rotina? Não Sim
Observações:

22. Você toma algum medicamento para dor ou desconforto: analgésicos, miorelaxantes, antidepressivos? Não Sim
Observações:

23. Você sofre de artrite ou dor em outras articulações? Não Sim
Observações:

24. Você tem problemas cardíacos, como hipertensão? Não Sim
Observações:

25. Você sofre de úlceras? Não Sim

Modo formulário

Figura 14 – Terceira parte da guia “Questionário Solberg”.

Investigation - [frmDados : Formulário] Digite uma pergunta

Dados Pessoais Histórico Histórico de Saúde **Questionário Solberg** Exame Físico Exame Odontológico Discussão Questos Conclusão

Observações:

22. Você toma algum medicamento para dor ou desconforto: analgésicos, miorelaxantes, antidepressivos? Não Sim
Observações:

23. Você sofre de artrite ou dor em outras articulações? Não Sim
Observações:

24. Você tem problemas cardíacos, como hipertensão? Não Sim
Observações:

25. Você sofre de úlceras? Não Sim
Observações:

26. Você já foi tratado anteriormente devido a algum problema de Distúrbio Temporomandibular? Não Sim
Observações:

27. Qual o tratamento?
:

28. Há quanto tempo?
:

Salvar Continuar Fechar

Modo formulário

Figura 15 – Quarta parte da guia “Questionário Solberg”.

Depois de concluído o preenchimento da aba anterior, passa-se para a guia “Exame Físico” (figuras 16, 17, 18 e 19), na qual foram inseridas, nessa ordem, as seguintes estruturas para avaliação:

- 1) *Cadeias ganglionares*: pré-auricular, retro-auricular, submandibular, submentoniana, cervical anterior e cervical posterior;
- 2) *Cabeça e pescoço*: assimetria facial, lesões;
- 3) *Face*: anormalidades, lesões, tipo (dolicofacial, mesofacial, braquifacial);
- 4) *Articulação temporomandibular*: abertura limitada, dor, estalidos, estalos, crepitação, bruxismo e/ou apertamento;
- 5) *Avaliação muscular*: verificar dor à palpação, presença de pontos álgicos, trismo e dor reflexa dos músculos masseter, temporal (porções anterior, média, posterior e tendão), esternocleidomastóideo, músculos cervicais posteriores, esplênio da cabeça, músculo trapézio, pterigóideo lateral (inferior e superior) e pterigóideo medial;
- 6) *Lábios*: anormalidades e lesões e/ou alterações;
- 7) *Fundo de Sulco Mucogengival*: anormalidades e lesões e/ou alterações;
- 8) *Glândulas salivares*: alterações nas parótidas, nas sublinguais, nas submandibulares;
- 9) *Assoalho bucal*: anormalidades e lesões e/ou alterações;
- 10) *Língua*: tamanho e/ou superfície anormais e lesões e/ou alterações;
- 11) *Rebordos alveolares*: anormalidades mandibulares e anormalidades maxilares;
- 12) *Rebordos Desdentados*: anormalidades mandibulares e anormalidades maxilares;
- 13) *Avaliação periodontal*: gengiva livre, gengiva inserida, gengiva interdental, mucosa alveolar, sondagem periodontal, bolsa periodontal, retração gengival,

mobilidade dentária, gengivite, doença periodontal, verificação de placa bacteriana (utilizar revelador de placa);

14) Palato duro: tamanho e/ou forma anormal e lesões e/ou alterações;

15) Palato mole: tamanho e/ou forma anormal e lesões e/ou alterações;

16) Orofaringe: amígdalas palatinas presentes e lesões e/ou alterações;

17) Oclusão: classificação de Angle (classe I, II e III), mordida aberta (anterior e posterior), mordida cruzada (anterior e posterior), interferências (cêntrica, protrusiva, de trabalho e de balanceio);

18) Dentes: desgaste excessivo, pigmentação, número anormal, desmineralização, morfologia anormal;

Inseriu-se também o item “*Observações*”, para o registro de condições encontradas no exame clínico geral, tais como desvio da coluna, alterações ao caminhar, assimetrias corporais, deficiência física e/ou mental, entre outros; e/ou no exame clínico específico, tais como, infecção, inflamação, fraturas de ossos da face, parestesia, alterações no paladar, halitose, avaliação de lesões brancas, diagnóstico diferencial de lesões cancerosas e outros que o perito achar necessário. Ao avaliar as estruturas, o usuário deve selecionar opções dentre as sugeridas, bem como pode inserir suas próprias observações em espaço reservado para tal. Nos itens “Cadeias Ganglionares” e “Avaliação Muscular” foram inseridos *hiperlinks*, que quando clicados abrem uma figura para o usuário se certificar acerca da correta localização anatômica das cadeias ganglionares e de cada músculo relacionado às DTMs (figura 20). Essa guia também possui os botões “Salvar”, “Continuar” e “Fechar”, cujos comandos já foram explicados.

Investigation - [frmDados : Formulário] Digite uma pergunta

Dados Pessoais | Histórico | Histórico de Saúde | Questionário Solberg | **Exame Físico** | Exame Odontológico | Discussão | Quesitos | Conclusão

EXAME FÍSICO

CADEIAS GANGLIONARES

PRÉ-AURICULAR: Não palpável Palpável Não dolorida Dolorida

RETRO-AURICULAR: Não palpável Palpável Não dolorida Dolorida

SUBMANDIBULAR: Não palpável Palpável Não dolorida Dolorida

SUBMENTONIANA: Não palpável Palpável Não dolorida Dolorida

CERVICAL ANTERIOR: Não palpável Palpável Não dolorida Dolorida

CERVICAL POSTERIOR: Não palpável Palpável Não dolorida Dolorida
(superior e inferior)

DEMAIS ESTRUTURAS

1. CABEÇA E PESCOÇO: Obs:

ASSIMETRIA FACIAL Não Sim

LESÕES Não Sim

3. ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: Obs:

ABERTURA LIMITADA (mm) Não Sim

DOR Não Sim

ESTALIDOS, ESTALOS, CREPTAÇÃO Não Sim

BRUXISMO E/OU APERTAMENTO Não Sim

5. LÁBIOS: Obs:

ANORMALIDADES Não Sim

LESÕES OU ALTERAÇÕES Não Sim

2. FACE: Obs:

ANORMALIDADES Não Sim

LESÕES Não Sim

TIPO Dolicofacial Mesofacial Braquifacial

4. AVALIAÇÃO MUSCULAR (dor à palpação? pontos algícos? trismo? dor reflexa?):

	LADO DIREITO	LADO ESQUERDO
MASSETER	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
TEMPORAL ANTERIOR	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
TEMPORAL MÉDIO	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
TEMPORAL POSTERIOR	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
TENDÃO DO TEMPORAL	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3

Modo formulário

Figura 16 – Primeira parte da guia “Exame Físico”.

Investigation - [frmDados : Formulário] Digite uma pergunta

Dados Pessoais | Histórico | Histórico de Saúde | Questionário Solberg | **Exame Físico** | Exame Odontológico | Discussão | Quesitos | Conclusão

LESÕES OU ALTERAÇÕES Não Sim

6. FUNDO DE SULCO MUCOGENGIVAL: Obs:

ANORMALIDADES Não Sim

LESÕES OU ALTERAÇÕES Não Sim

7. MUCOSA JUGAL: Obs:

ANORMALIDADES Não Sim

LESÕES OU ALTERAÇÕES Não Sim

8. GLÂNDULAS SALIVARES: Obs:

ALTERAÇÕES NAS PARÓTIDAS Não Sim

ALTERAÇÕES NAS SUBLINGUAIS Não Sim

ALTERAÇÕES NAS SUBMANDIBULARES Não Sim

9. ASSOALHO BUCAL: Obs:

ANORMALIDADES Não Sim

LESÕES OU ALTERAÇÕES Não Sim

11. REBORBOS ALVEOLARES: Não se aplica Obs:

ANORMALIDADES MANDIBULARES Não Sim

ANORMALIDADES MAXILARES Não Sim

13. AVALIAÇÃO PERIODONTAL:

GENGIVA LIVRE Aspecto normal Lesões ou alterações (quais elementos?)

GENGIVA INSERIDA Aspecto normal Lesões ou alterações (quais elementos?)

GENGIVA INTERDENTARIAL Aspecto normal Lesões ou alterações (quais elementos?)

10. LÍNGUA: Obs:

TAMANHO ANORMAL Não Sim

SUPERFÍCIE ANORMAL Não Sim

LESÕES OU ALTERAÇÕES Não Sim

12. REBORBOS DESDENTADOS: Não se aplica Obs:

ANORMALIDADES MANDIBULARES Não Sim

ANORMALIDADES MAXILARES Não Sim

14. PALATO DURO: Obs:

TAMANHO E/OU FORMA ANORMAL Não Sim

LESÕES OU ALTERAÇÕES Não Sim

Modo formulário

Figura 17 – Segunda parte da guia “Exame Físico”.

Investigation - [frmDados : Formulário]

Dados Pessoais Histórico Histórico de Saúde Questionário Solberg **Exame Físico** Exame Odontológico Discussão Quesitos Conclusão

13. AVALIAÇÃO PERIODONTAL:

GENGIVA LIVRE Aspecto normal Lesões ou alterações (quais elementos?)

GENGIVA INSERIDA Aspecto normal Lesões ou alterações (quais elementos?)

GENGIVA INTERDENTAL Aspecto normal Lesões ou alterações (quais elementos?)

MUCOSA ALVEOLAR Aspecto normal Lesões ou alterações (localização?)

SONDAGEM PERIODONTAL Normal Alterada (quais elementos?)

BOLSA PERIODONTAL Ausente Presente (quais elementos?)

RETRAÇÃO GENGIVAL Ausente Presente (quais elementos?)

MOBILIDADE DENTÁRIA Ausente Presente (investigar possível causa; trauma? doença periodontal? prótese mal adaptada? anotar em quais elementos)

GENGIVITE Ausente Presente (localizada? generalizada? localização?)

DOENÇA PERIODONTAL Ausente Presente

Obs:

FAZER **AO FINAL** DO EXAME INTRABUCAL **(APÓS AVALIAÇÃO DOS DENTES):**

PLACA BACTERIANA (utilizar revelador de placa) Ausente Presente (quais elementos?)

Obs:

18. DENTES: Obs:

ANORMALIDADES MÁXILARES Não Sim

14. PALATO DURO: Obs:

TAMANHO E/OU FORMA ANORMAL Não Sim

LESÕES OU ALTERAÇÕES Não Sim

15. PALATO MOLE: Obs:

TAMANHO E/OU FORMA ANORMAL Não Sim

LESÕES OU ALTERAÇÕES Não Sim

16. OROFARINGE: Obs:

AMIGDALAS PALATINAS PRESENTES Não Sim

LESÕES OU ALTERAÇÕES Não Sim

17. OCLUSÃO: Obs:

CLASSE I (Classificação de Angle) Não Sim

CLASSE II (Classificação de Angle) Não Sim

CLASSE III (Classificação de Angle) Não Sim

MORDIDA ABERTA ANTERIOR Não Sim

MORDIDA ABERTA POSTERIOR Não Sim

MORDIDA CRUZADA ANTERIOR Não Sim

MORDIDA CRUZADA POSTERIOR Não Sim

INTERFERÊNCIA CÊNTRICA Não Sim

INTERFERÊNCIA PROTUSIVA Não Sim

INTERFERÊNCIA DE TRABALHO Não Sim

Modo formulário

Figura 18 – Terceira parte da guia “Exame Físico”.

Investigation - [frmDados : Formulário]

Dados Pessoais Histórico Histórico de Saúde Questionário Solberg **Exame Físico** Exame Odontológico Discussão Quesitos Conclusão

FAZER **AO FINAL** DO EXAME INTRABUCAL **(APÓS AVALIAÇÃO DOS DENTES):**

PLACA BACTERIANA (utilizar revelador de placa) Ausente Presente (quais elementos?)

Obs:

18. DENTES: Obs:

DESGASTE EXCESSIVO Não Sim

PIGMENTAÇÃO Não Sim

NÚMERO ANORMAL Não Sim

DESMINERALIZAÇÃO Não Sim

MORFOLOGIA ANORMAL Não Sim

OBSERVAÇÕES (espaço destinado a se registrar e/ou pormenorizar as condições encontradas no exame clínico geral, tais como desvios da coluna, alterações ao caminhar, assimetrias corporais, deficiência física e/ou mental, entre outros, e/ou no exame clínico específico, tais como, infecção, inflamação, fraturas de ossos da face, parestesia, alterações no paladar, halitose, avaliação de lesões brancas, diagnóstico diferencial de lesões cancerosas e outros que achar necessário)

CLASSE III (Classificação de Angle) Não Sim

MORDIDA ABERTA ANTERIOR Não Sim

MORDIDA ABERTA POSTERIOR Não Sim

MORDIDA CRUZADA ANTERIOR Não Sim

MORDIDA CRUZADA POSTERIOR Não Sim

INTERFERÊNCIA CÊNTRICA Não Sim

INTERFERÊNCIA PROTUSIVA Não Sim

INTERFERÊNCIA DE TRABALHO Não Sim

INTERFERÊNCIA DE BALANCEIO Não Sim

Salvar Continuar Fechar

Modo formulário

Figura 19 – Quarta parte da guia “Exame Físico”.



Figura 20 – Demonstração de um dos *hyperlinks* colocados para “Avaliação Muscular”.

Após o término do exame físico, passa-se à aba “Exame Odontológico” (figuras 21, 22, 23 e 24) parte em que o profissional poderá fazer anotações do exame detalhado dos dentes, tendo espaço para anotar, inclusive, sobre os supranumerários, se for o caso. Nessa guia o usuário poderá adicionar imagens dos exames radiográficos apresentados, outros exames apresentados, exames radiográficos solicitados, outros exames solicitados e fotografias feitas durante o exame, bem como uma imagem do odontograma. Entretanto, o aplicativo não memoriza as figuras em si, memoriza apenas o caminho do diretório onde a figura se encontra, de forma que após adicionado o endereço da(s) figura(s), o usuário deverá mantê-la(s) no mesmo diretório, sob pena do *software* não mais conseguir localizar a(s) referida(s) imagem(s). De qualquer forma, enquanto a perícia não estiver concluída, o profissional poderá editar o endereço fornecido. Portanto, até que se conclua a perícia, o usuário pode trocar a imagem de diretório. Para incluir uma imagem, basta clicar em “Adicionar”, botão presente ao lado do espaço onde ficará memorizado o endereço, em destaque nas figuras 23 e 24, sendo que para “Exames Radiográficos Apresentados” e

“Exames Radiográficos Solicitados” esse botão só é ativado após a seleção do tipo de imagem radiográfica que se deseja incluir; se a intenção for trocar o endereço, basta clicar novamente no “Adicionar” e incluir novamente a imagem. Importante ressaltar que nessa aba temos etapas relacionadas à coleta dos dados, portanto, que terão que ser preenchidas no momento do exame, são elas:

- *Detalhamento do Exame Clínico – Arcos Superior e Inferior;*
- *Exames Radiográficos Apresentados* (apenas preenchimento/seleção de quais exames radiográficos foram apresentados);
- *Outros Exames Apresentados* (apenas preenchimento/seleção de quais exames, além das radiografias, foram apresentados);
- *Exames Radiográficos Solicitados* (apenas preenchimento/seleção de quais exames radiográficos foram solicitados);
- *Outros Exames Solicitados* (apenas preenchimento/seleção de quais exames, além das radiografias, foram solicitados);

E etapas que dizem respeito à confecção do laudo, podendo, portanto, ser preenchidas posteriormente, e são as seguintes:

- *Exames Radiográficos Apresentados* (inserção das imagens);
- *Outros Exames Apresentados* (inserção das imagens);
- *Exames Radiográficos Solicitados* (inserção das imagens);
- *Outros Exames Solicitados* (inserção das imagens);
- *Odontograma;*
- *Fotografias;*

Para as imagens radiográficas (figura 23), tanto em exames apresentados quanto solicitados, as seguintes opções foram disponibilizadas:

- *Periapical (dente/região);*
- *Bite Wing (lado direito) e Bite Wing (lado esquerdo);*

- *Oclusal Superior e Oclusal Inferior;*
- *ATM (lado direito) e ATM (lado esquerdo);*
- *Panorâmica;*
- *Outras;*

A imagem do odontograma (figuras 25 e 26) deverá ser adicionada da mesma forma que as outras imagens. Ou seja, o usuário poderá fazer o odontograma em qualquer programa que desejar, tais como, *Paint Brush, Microsoft Power Point, Corel Draw* – bem como poderá desenhá-lo em papel e posteriormente escanear – e após salvar a imagem, ele deverá adicioná-la ao *Investigation*, da mesma forma que fizer com as radiografias e as fotografias. Sugeriu-se a utilização de um odontograma-modelo do *Corel Draw* (figura 25), por vezes utilizado nas perícias realizadas na FOP/UNICAMP; caso o usuário tenha destreza para trabalhar com o *Corel* e queira utilizá-lo, basta clicar em “Abrir Corel Draw”. Se o usuário preferir, também foi disponibilizado um odontograma-modelo em *Word* (figura 26). No caso de desejar utilizá-lo, basta clicar no botão “Abrir Word” (figura 24). De qualquer maneira, após registrar a situação do examinado no diagrama disponibilizado, o usuário deverá nomear e salvar o arquivo. Em *Word*, quando acionado o botão “Salvar” ou “Salvar Como”, abrirá a tela para que o usuário nomeie o arquivo e o salve, essa tela remeterá o salvamento diretamente à pasta “Odontogramas”, que deverá ser gravada juntamente com o *software*. Já em relação às fotografias, o maior objetivo foi padronizar as imagens que sempre deverão constar do relatório, são elas:

- *Face (perfil direito, frente, perfil esquerdo);*
- *Dentes em oclusão (perfil direito, frente, perfil esquerdo);*
- *Faces oclusais (superiores e inferiores);*

Também foram disponibilizadas três opções “Outras”, para que seja possível a inserção de outras imagens diretamente relacionadas ao caso. Nessa aba temos mais dois comandos além dos já comentados “Salvar”, “Continuar” e “Fechar”, são eles:

- “*Verificar Ficha*”: quando clicado, verifica o preenchimento dos campos abaixo listados, emitindo um bilhete no caso de preenchimento e também no caso de existirem dados faltantes, listando-os:

- *Dados Pessoais*: número do processo, autor, nº RG, órgão expedidor, nº CPF, gênero, data de nascimento, estado civil, profissão, endereço residencial, bairro, CEP, cidade, estado, telefone fixo, telefone celular, tipo do processo, local da perícia, réu, comarca, juiz, advogado. Nos dados do *Responsável pelo Menor*: nome, nº RG, órgão expedidor, nº CPF, grau de parentesco com o periciado, telefone fixo e telefone celular. Nessa aba, os campos acima mencionados são de preenchimento obrigatório; no programa, eles estão marcados com um asterisco. Importante registrar que esses campos devem, em todos os casos, ser obrigatoriamente preenchidos, pois se verificado que esses campos não foram preenchidos, até ocorrer o preenchimento, o programa não processa outros comandos;

- *Histórico*: verifica se existem informações digitadas no espaço destinado ao registro do histórico do caso;

- *Histórico de Saúde*: desde que o usuário marque opção que contrarie a normalidade, o programa verifica se há preenchimento no espaço próprio destinado à observação dos seguintes questionamentos: “Está fazendo uso de algum tipo de medicação?”, “Medicações de uso frequente”, “Usou antibiótico nos últimos seis meses?”, “Tem alergia?”, “Você tem ou teve algum destes problemas?”, “Já fez cirurgia ortopédica para colocação de próteses em osso ou articulação?”, “Já foi doador ou receptor de algum órgão?”, “Já fez algum tipo de cirurgia cardíaca?”, “Já teve algum tipo de tumor?” e todos os questionamentos do item “*Para Mulheres*”;

- *Questionário Solberg*: verifica se o campo “Observação” foi preenchido quando da seleção da resposta “Sim”, exceto na questão 19 (“Você dorme bem?”), cuja verificação ocorre quando da marcação de “Não”, bem como as questões 27 e 28 só são conferidas quando da seleção da opção “Sim”

na questão 26;

- *Exame Físico*: confere o preenchimento de todos os campos da observação desde que o usuário tenha selecionado item que destoe dos padrões de normalidade;

- *Exame Odontológico*: nos quadros de detalhamento do exame clínico confere o preenchimento de cada um dos campos relacionados a cada um dos elementos dentários. Quando o usuário selecionar “Supranumerários”, é conferido se algum dos campos foi preenchido. Em “Exames Radiográficos Apresentados” e em “Exames Radiográficos Solicitados” é conferido se ao menos um dos campos foi selecionado;

- “*Visualizar Ficha*”: ao ser acionado, permite que o usuário faça uma visualização da Ficha Pericial antes de gerá-la efetivamente;

- “*Gerar Ficha*”: comando ativado somente após acionamento do botão “Verificar ficha”. Quando clicado, origina a “Ficha Pericial” (apêndice 03), arquivo em *Word*, aberto para edição, paginado, com todos os dados coletados durante o exame organizados e editados, com espaço para as assinaturas (do periciado ou seu responsável e do perito) e datado. O *Investigation* sempre salvará o arquivo da Ficha no mesmo diretório em que o referido *software* se encontrar e será nomeada de acordo com um número – já mencionado quando da explicação do “Quadro de Perícias” – que o sistema gera automaticamente. A Ficha Pericial deverá ser devidamente assinada pelas partes e arquivada pelo profissional.

Investigation - [frmDados : Formulário] Digite uma pergunta

Dados Pessoais Histórico Histórico de Saúde Questionário Solberg Exame Físico Exame Odontológico Discussão Questões Conclusão

EXAME ODONTOLÓGICO

DETALHAMENTO DO EXAME CLÍNICO - ARCO SUPERIOR

DENTE/REGIÃO	DESCRIÇÃO
18	
17	
16	
<input checked="" type="radio"/> 15 <input type="radio"/> (55)	
<input checked="" type="radio"/> 14 <input type="radio"/> (54)	
<input checked="" type="radio"/> 13 <input type="radio"/> (53)	
<input checked="" type="radio"/> 12 <input type="radio"/> (52)	
<input checked="" type="radio"/> 11 <input type="radio"/> (51)	
<input checked="" type="radio"/> 21 <input type="radio"/> (61)	
<input checked="" type="radio"/> 22 <input type="radio"/> (62)	
<input checked="" type="radio"/> 23 <input type="radio"/> (63)	
<input checked="" type="radio"/> 24 <input type="radio"/> (64)	
<input checked="" type="radio"/> 25 <input type="radio"/> (65)	
26	
27	
28	
<input type="checkbox"/> Supranumerários	

Modo Formulário FLTR

Figura 21 – Primeira parte da guia “Exame Odontológico”.

Investigation - [frmDados : Formulário] Digite uma pergunta

Dados Pessoais Histórico Histórico de Saúde Questionário Solberg Exame Físico Exame Odontológico Discussão Questões Conclusão

EXAME ODONTOLÓGICO

DETALHAMENTO DO EXAME CLÍNICO - ARCO INFERIOR

DENTE/REGIÃO	DESCRIÇÃO
38	
37	
36	
<input checked="" type="radio"/> 35 <input type="radio"/> (75)	
<input checked="" type="radio"/> 34 <input type="radio"/> (74)	
<input checked="" type="radio"/> 33 <input type="radio"/> (73)	
<input checked="" type="radio"/> 32 <input type="radio"/> (72)	
<input checked="" type="radio"/> 31 <input type="radio"/> (71)	
<input checked="" type="radio"/> 41 <input type="radio"/> (81)	
<input checked="" type="radio"/> 42 <input type="radio"/> (82)	
<input checked="" type="radio"/> 43 <input type="radio"/> (83)	
<input checked="" type="radio"/> 44 <input type="radio"/> (84)	
<input checked="" type="radio"/> 45 <input type="radio"/> (85)	
46	
47	
48	
<input type="checkbox"/> Supranumerários	

Modo Formulário FLTR

Figura 22 – Segunda parte da guia “Exame Odontológico”.

Investigation - [frmDados : Formulário]

Dados Pessoais | Histórico | Histórico de Saúde | Questionário Solberg | Exame Físico | **Exame Odontológico** | Discussão | Questos | Conclusão

EXAMES RADIOGRÁFICOS APRESENTADOS

Periapical (s) (Dente/Região): Endereço: Adicionar

Bite Wing lado direito Endereço: Adicionar

Oclusal Superior Endereço: Adicionar

ATM lado direito Endereço: Adicionar

Panorâmica Endereço: Adicionar

Bite Wing lado esquerdo Endereço: Adicionar

Oclusal Inferior Endereço: Adicionar

ATM lado esquerdo Endereço: Adicionar

Outras: Endereço: Adicionar

OUTROS EXAMES APRESENTADOS

Endereço: Adicionar

EXAMES RADIOGRÁFICOS SOLICITADOS

Periapical (s) (Dente/Região): Endereço: Adicionar

Bite Wing lado direito Endereço: Adicionar

Oclusal Superior Endereço: Adicionar

ATM lado direito Endereço: Adicionar

Panorâmica Endereço: Adicionar

Bite Wing lado esquerdo Endereço: Adicionar

Oclusal Inferior Endereço: Adicionar

ATM lado esquerdo Endereço: Adicionar

Outras: Endereço: Adicionar

OUTROS EXAMES SOLICITADOS

Endereço: Adicionar

Modo formulário FLTR

Figura 23 – Terceira parte da guia “Exame Odontológico”.

Investigation - [frmDados : Formulário]

Dados Pessoais | Histórico | Histórico de Saúde | Questionário Solberg | Exame Físico | **Exame Odontológico** | Discussão | Questos | Conclusão

Endereço: Adicionar

OUTROS EXAMES SOLICITADOS

Endereço: Adicionar

ODONTOGRAMA

Link para abrir modelo no Corel Draw: Abrir Corel Draw

Link para abrir modelo no Word: Abrir Word

Inserir odontograma: Endereço: Adicionar

Escolhendo o odontograma do Word não será possível utilizar o campo abaixo, devendo o usuário inserir diretamente no Relatório.

FOTOGRAFIAS

Face (perfil direito) Endereço: Adicionar

Face (frente) Endereço: Adicionar

Face (perfil esquerdo) Endereço: Adicionar

Dentes em Oclusão (perfil direito) Endereço: Adicionar

Dentes em Oclusão (frente) Endereço: Adicionar

Dentes em Oclusão (perfil esquerdo) Endereço: Adicionar

Faces Oclusais Superiores Endereço: Adicionar

Faces Oclusais Inferiores Endereço: Adicionar

Outras Endereço: Adicionar

Outras Endereço: Adicionar

Outras Endereço: Adicionar

Salvar Verificar Ficha Visualizar Ficha Gerar Ficha Continuar Fechar

Modo formulário FLTR

Figura 24 – Quarta parte da guia “Exame Odontológico”.

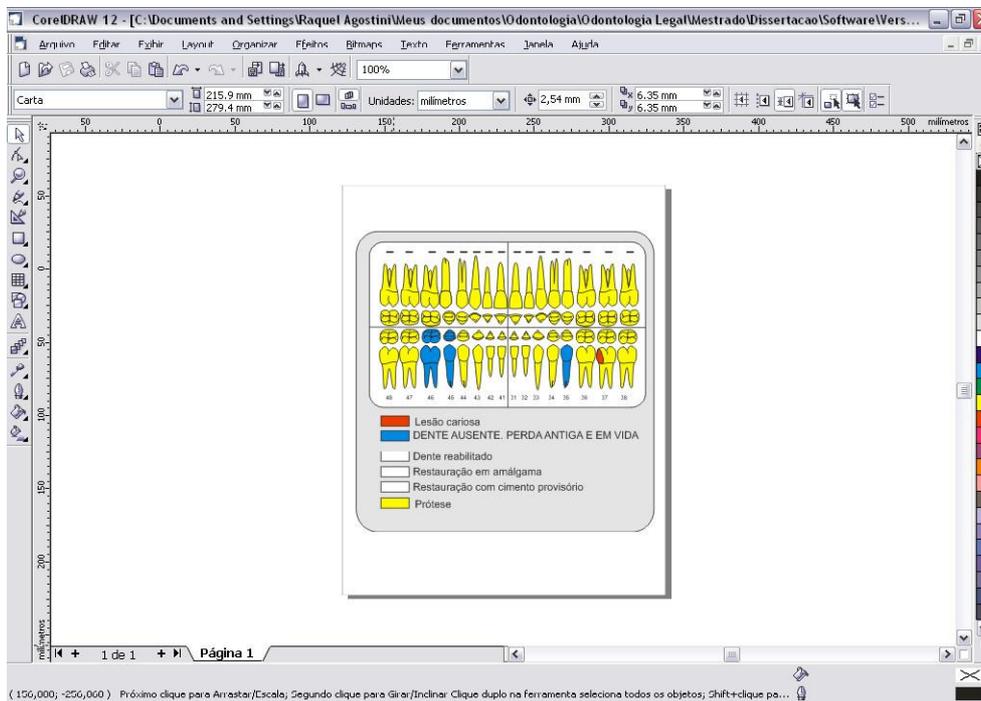


Figura 25 – Modelo de odontograma sugerido (Corel Draw).

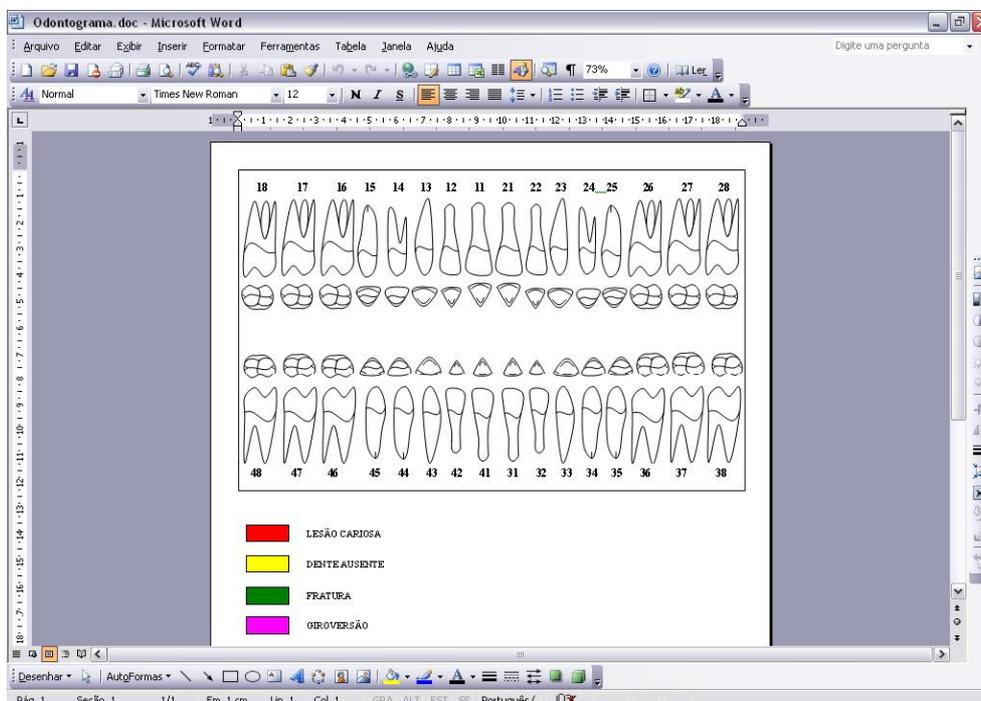


Figura 26 – Modelo de odontograma sugerido (Word).

Terminado os trabalhos na guia “Exame Odontológico”, passamos à “Discussão” (figura 27), cuja interface se assemelha muito com “Histórico”. Em “Discussão”, o usuário encontrará um espaço em branco para digitar o seu texto, fruto do confronto entre a pesquisa bibliográfica e o que foi observado no caso em questão. Além disso, encontramos o comando “Como referenciar (Modelo Vancouver)”, em destaque na figura 27, cujo objetivo é orientar o usuário quanto à forma correta, segundo o Modelo Vancouver, de fazer referência aos mais diversos tipos de materiais que podem ser utilizados na discussão. Esse botão remete o usuário à obra “*Tese e Dissertações: Manual de Normalização da UNICAMP/FOP*” (2006), cujas autoras foram Heloísa Maria Ceccotti e Danielle Dantas de Souza; nesse manual o usuário deverá se ater às páginas 31 à 40. Encontraremos também os botões “Salvar”, “Continuar” e “Fechar”, presentes em todas as abas anteriores.

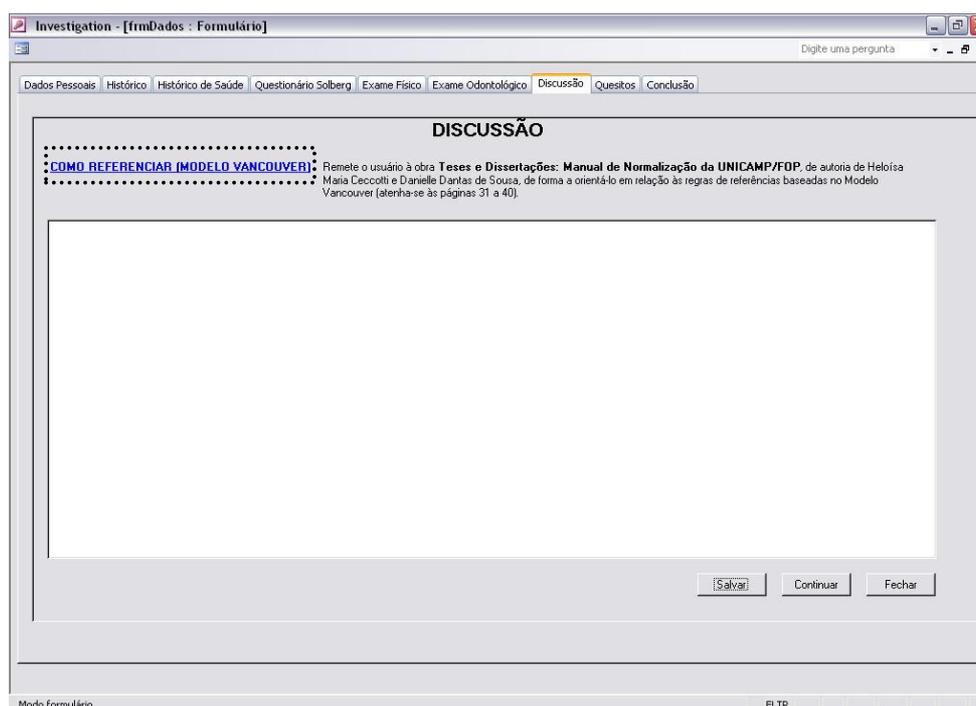


Figura 27 – Tela da guia “Discussão”.

Após a “Discussão”, encontra-se a guia “Quesitos”, reservada ao preenchimento dos quesitos formulados pelo Juiz e pelas partes, bem como às respostas dadas pelo perito

(figuras 28, 29, 30 e 31). Os comandos aí presentes são “Salvar”, “Continuar” e “Fechar”, já explicados anteriormente.

The screenshot shows a software window titled "Investigation - [frmDados : Formulário]". The window has a menu bar with options: "Dados Pessoais", "Histórico", "Histórico de Saúde", "Questionário Solberg", "Exame Físico", "Exame Odontológico", "Discussão", "Quesitos", and "Conclusão". The "Quesitos" menu item is highlighted. Below the menu bar, there is a search bar with the text "Digite uma pergunta". The main content area is titled "QUESITOS DO JUIZ" and contains seven pairs of input fields, each labeled "Quesito" followed by a number (1 through 7) and "Resposta:" below it. A vertical scrollbar is on the right side of the form. At the bottom of the window, it says "Modo formulário" and "FLTR".

Figura 28 – Primeira parte da guia “Quesitos”.

The screenshot shows the same software window as Figure 28, but the "Quesitos" menu item is still highlighted. The main content area is titled "QUESITOS DO REQUERENTE" and contains five pairs of input fields, each labeled "Quesito" followed by a number (1 through 5) and "Resposta:" below it. A vertical scrollbar is on the right side of the form. At the bottom of the window, it says "Modo formulário" and "FLTR".

Figura 29 – Segunda parte da guia “Quesitos”.

Investigation - [frmDados : Formulário] Digite uma pergunta

Dados Pessoais Histórico Histórico de Saúde Questionário Solberg Exame Físico Exame Odontológico Discussão **Quesitos** Conclusão

Quesito 6: _____
 Resposta: _____
 Quesito 7: _____
 Resposta: _____
 Quesito 8: _____
 Resposta: _____
 Quesito 9: _____
 Resposta: _____

QUESITOS DO REQUERIDO

Quesito 1: _____
 Resposta: _____
 Quesito 2: _____
 Resposta: _____
 Quesito 3: _____
 Resposta: _____

Modo Formulário FLTR

Figura 30 – Terceira parte da guia “Quesitos”.

Investigation - [frmDados : Formulário] Digite uma pergunta

Dados Pessoais Histórico Histórico de Saúde Questionário Solberg Exame Físico Exame Odontológico Discussão **Quesitos** Conclusão

Resposta: _____
 Quesito 4: _____
 Resposta: _____
 Quesito 5: _____
 Resposta: _____
 Quesito 6: _____
 Resposta: _____
 Quesito 7: _____
 Resposta: _____
 Quesito 8: _____
 Resposta: _____
 Quesito 9: _____
 Resposta: _____

Salvar Continuar Fechar

Modo Formulário FLTR

Figura 31 – Quarta parte da guia “Quesitos”.

E a última aba é a “Conclusão” (figuras 32 e 33), onde encontraremos espaço para o profissional digitar suas conclusões. Disponibilizou-se 12 (doze) caixas de texto para cada um dos itens. Nessa aba não encontraremos o botão “Continuar”, mas estarão presentes o “Salvar” e o “Fechar”, com as mesmas funções dos anteriores. Encontraremos também os seguintes comandos:

- “*Verificar Preenchimento*”: verifica se os campos pertinentes à confecção do laudo estão preenchidos, bem como confere novamente o preenchimento dos campos relacionados à “Ficha Pericial”, emitindo um aviso tanto no caso dos campos estarem preenchidos quanto se não estiverem, listando quais são os campos faltantes. Entretanto, este botão não confere o preenchimento dos formulários dos endereços das imagens;

- “*Visualizar Relatório*”: ao ser acionado, permite que o usuário faça uma visualização do Laudo Pericial antes de gerá-lo efetivamente;

- “*Finalizar*”: fecha os formulários de todas as abas para edição, de forma a proteger os dados coletados. Portanto deve ser acionado somente depois que o próprio usuário fizer a conferência dos campos e verificar que não existem erros de digitação e nem equívocos. O acionamento deste botão é necessário, pois somente após clicá-lo teremos ativado o botão “Gerar Relatório”, cuja função está explicada abaixo;

- “*Gerar Relatório*”: quando clicado, origina o “Laudo Pericial” (apêndice 04), arquivo em *Word* aberto para edição, paginado, com todos os dados coletados durante os exames organizados e editados em forma de texto, com as figuras adicionadas na aba “Exame Odontológico” corretamente posicionadas e legendadas, com espaço para a assinatura do perito e datado. Importante salientar que os dados coletados serão corretamente encaixados, entretanto o texto-molde do laudo é estático, sendo necessário que o perito faça suas próprias adaptações e/ou possíveis correções gramaticais. O *Investigation* sempre salvará o arquivo do Laudo no mesmo diretório em que o referido *software* se encontrar e será nomeado de acordo com um número – já mencionado quando da explicação do “Quadro de Perícias” – que o sistema gera automaticamente.

Investigation - [frmDados : Formulário]

Dados Pessoais Histórico Histórico de Saúde Questionário Solberg Exame Físico Exame Odontológico Discussão Questões **Conclusão**

CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto é lícito concluir que:

a)

b)

c)

d)

e)

f)

g)

h)

Modo Formulário FLTR

Figura 32 – Primeira parte da guia “Conclusão”.

Investigation - [frmDados : Formulário]

Dados Pessoais Histórico Histórico de Saúde Questionário Solberg Exame Físico Exame Odontológico Discussão Questões **Conclusão**

f)

g)

h)

i)

ii)

k)

l)

Salvar Verificar Preenchimento Visualizar Relatório Finalizar Gerar Relatório Fechar

Modo Formulário FLTR

Figura 33 – Segunda parte da guia “Conclusão”.

Partindo-se do princípio que o computador possua o *Access* instalado, o *Investigation* não necessita de instalação, poderá ser diretamente executado. Seguindo este raciocínio, temos que para a utilização do odontograma-modelo do *Corel Draw*, é necessário que o computador tenha o referido programa (mínimo versão 9) instalado, bem como a visualização da obra “*Tese e Dissertações: Manual de Normalização da UNICAMP/FOP*” só será possível se o computador tiver o *Adobe Reader* instalado. Recomenda-se que as imagens utilizadas quando da confecção do laudo sejam salvas no mesmo diretório deste, assim teremos na mesma pasta o *software*, a Ficha Pericial, o Laudo Pericial, os odontogramas e as imagens relacionadas a cada caso, facilitando sobremaneira o *back-up* (figura 34). Dessa forma, a cópia de segurança (*back-up*) dos dados pode ser feita transferindo-se todo o diretório do aplicativo para *pen drives*, CDs ou DVDs. Importante salientar que é estritamente necessário o salvamento das imagens quando do *back-up*, mesmo que o usuário tenha fornecido para o aplicativo exatamente o caminho do diretório do *software*, pois se a cópia de segurança foi feita em um *pen drive*, por exemplo, ele pode ser lido em uma máquina como Unidade D e em outra como Unidade E, o que invalida totalmente a capacidade do *software* em reconhecer o endereço fornecido.

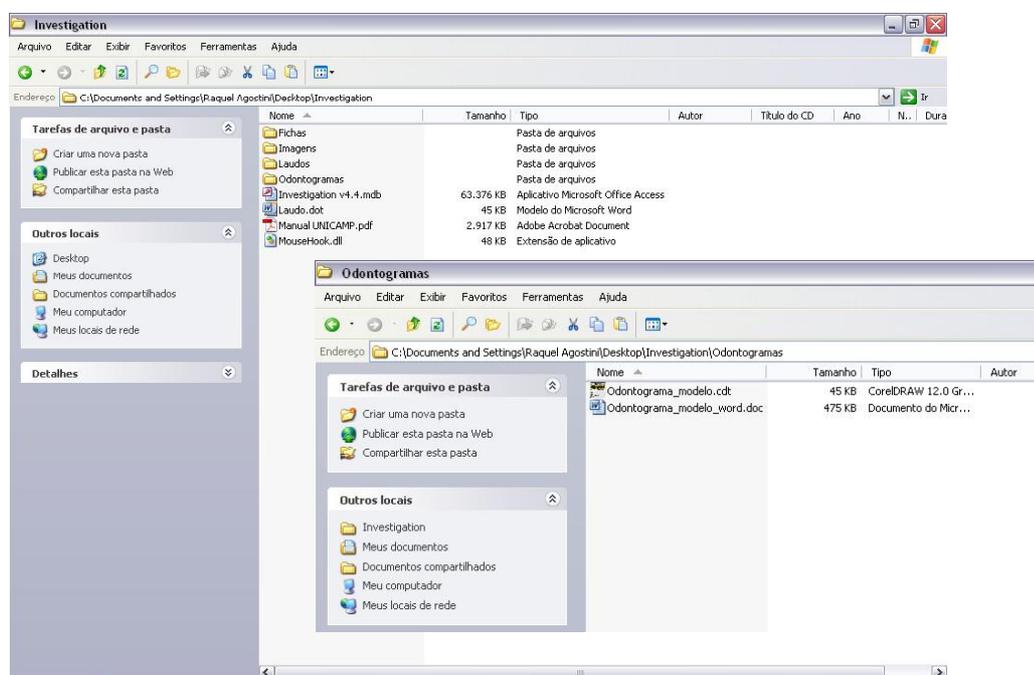


Figura 34 – Exemplo da melhor maneira de arquivar os documentos gerados pelo *Investigation*.

Para avaliar o aplicativo, procedeu-se à demonstração do funcionamento do programa a 20 cirurgiões-dentistas, todos habituados a trabalhar e/ou participar em perícias odontológicas. Em relação ao perfil dos participantes, apurou-se que 45% (n=9) eram do gênero feminino e 55% (n=11) eram do gênero masculino (gráfico 1).

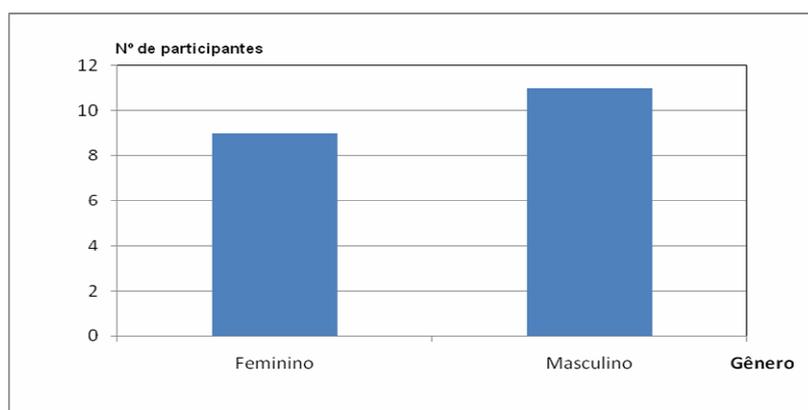


Gráfico 1 – Número e percentual de participantes segundo o gênero.

Em relação à faixa etária, observou-se que a maioria encontrava-se entre os 20 e 40 anos, como pode ser notado na tabela 1 e no gráfico 2. Na tabela 1, os três hífen indicam exclusão e o traço vertical indica inclusão (de 20 exclusive até 30 inclusive, de 30 exclusive até 40 inclusive, de 40 exclusive até 50 inclusive e de 50 exclusive até 60 inclusive).

Tabela 1 – Número e percentual de participantes segundo a idade em anos.

FAIXA ETÁRIA	Nº DE PARTICIPANTES	%
20 --- 30	7	35,00
30 --- 40	9	45,00
40 --- 50	3	15,00
50 --- 60	1	5,00
TOTAL	20	100,00

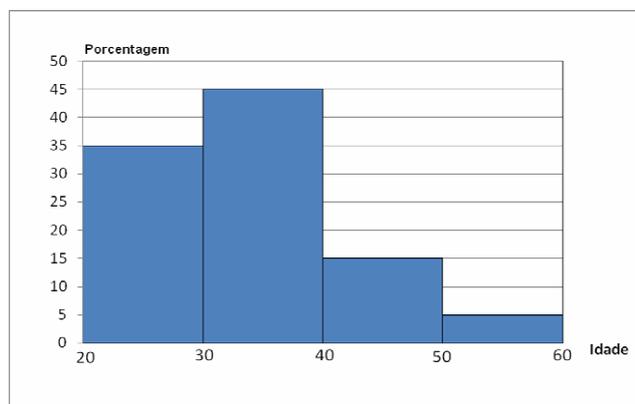


Gráfico 2 – Percentual de participantes segundo a idade (em anos).

A avaliação do aplicativo propriamente dita considerou os seguintes itens: aparência do *software*, dificuldade de utilização, instruções de utilização, forma de preenchimento dos formulários, facilidade e/ou dificuldade em encontrar os comandos, processamento e proteção dos dados, dentre os quais calculou-se a média, o desvio padrão e o intervalo de confiança de 95% para a média para os quatro primeiros e para o último. As análises feitas indicaram que as notas médias para os diferentes itens considerados, numa escala de 0 a 10, são pelo menos superiores a 8.

Na avaliação da aparência (tabela 2), observou-se uma nota média igual a 8,65 (desvio padrão de 1,1367) e um intervalo de confiança de 95% para a média [limite inferior (LI) igual a 8,12 e limite superior (LS) correspondente a 9,18].

Tabela 2 – Número e percentual de participantes segundo a nota dada para a aparência.

NOTA	Nº DE PARTICIPANTES	%
7	4	20,00%
8	5	25,00%
9	5	25,00%
10	6	30,00%
TOTAL	20	100,00%

Em relação à dificuldade de utilização (tabela 3), observou-se uma nota média igual a 2,55 (desvio padrão de 1,7006) e um intervalo de confiança de 95% para a média (LI de 1,75 e LS de 3,35).

Tabela 3 – Número e percentual de participantes segundo a nota dada para a dificuldade de utilização (nota baixa indica menor dificuldade).

NOTA	Nº DE PARTICIPANTES	%
0	3	15,00%
1	3	15,00%
2	3	15,00%
3	5	25,00%
4	4	20,00%
5	1	5,00%
6	1	5,00%
TOTAL	20	100,00%

Para o item instruções (tabela 4), a nota média foi igual a 8,85 (desvio padrão 0,9333), com intervalo de confiança de 95% para a média (LI de 8,41 e LS igual a 9,29).

Tabela 4 – Número e percentual de participantes segundo a nota dada para instruções.

NOTA	Nº DE PARTICIPANTES	%
6	1	5,00%
8	4	20,00%
9	11	55,00%
10	4	20,00%
TOTAL	20	100,00%

Na avaliação da forma de preenchimento dos formulários (tabela 5), observou-se uma nota média igual a 9,15 (desvio padrão de 0,8751) e um intervalo de confiança de 95% para a média (LI de 8,74 e LS de 9,56).

Tabela 5 – Número e percentual de participantes segundo a nota dada para forma de preenchimento.

NOTA	Nº DE PARTICIPANTES	%
7	1	5,00%
8	3	15,00%
9	8	40,00%
10	8	40,00%
TOTAL	20	100,00%

Na avaliação da proteção dos dados (tabela 6), a nota média foi igual a 8,65 (desvio padrão de 1,3869) e um intervalo de confiança de 95% para a média (LI de 8,00 e LS de 9,29).

Tabela 6 – Número e percentual de participantes segundo a nota dada para proteção dos dados.

NOTA	Nº DE PARTICIPANTES	%
5	1	5,00%
6	1	5,00%
7	1	5,00%
8	4	20,00%
9	7	35,00%
10	6	30,00%
TOTAL	20	100,00%

Sobre a facilidade e/ou dificuldade em encontrar os comandos, apurou-se que a maioria (95%, n=19) considerou fácil (tabela 7).

Tabela 7 – Número e percentual de participantes segundo a opinião referente aos comandos.

COMANDOS	Nº DE PARTICIPANTES	%
Muito fácil	1	5,00%
Fácil	19	95,00%
Meio difícil	0	0,00%
Difícil	0	0,00%
Muito difícil	0	0,00%
Não consegui encontrar	0	0,00%
TOTAL	20	100,00%

Em relação ao processamento dos dados (tabela 8), a maioria (95%, n=19) respondeu, no mínimo, “bom”. Apenas um participante julgou regular.

Tabela 8 – Número e percentual de participantes segundo a opinião referente ao processamento dos dados.

PROCESSAMENTO DOS DADOS	Nº DE PARTICIPANTES	%
Ótimo	5	25,00%
Muito bom	4	20,00%
Bom	10	50,00%
Regular	1	5,00%
Ruim	0	0,00%
Péssimo	0	0,00%
TOTAL	20	100,00%

Foi pedido aos participantes que fizessem uma avaliação de 0 a 10 em relação aos dados incluídos no *Investigation* (tabela 9) e apurou-se uma nota média igual a 9,1

(desvio padrão de 0,9679) e um intervalo de confiança de 95% para a média (LI de 8,65 e LS de 9,55).

Tabela 9 – Número e percentual de participantes segundo a nota dada para os dados incluídos no *software*.

NOTA	Nº DE PARTICIPANTES	%
7	2	10,00%
8	2	10,00%
9	8	40,00%
10	8	40,00%
TOTAL	20	100,00%

Avaliou-se também a disposição dos dados (tabela 10) e observou-se uma nota média igual a 8,8 (desvio padrão de 0,6958) e um intervalo de confiança de 95% para a média (LI igual a 8,47 e LS de 9,13).

Tabela 10 – Número e percentual de participantes segundo a nota dada para organização dos dados.

NOTA	Nº DE PARTICIPANTES	%
8	7	35,00%
9	10	50,00%
10	3	15,00%
TOTAL	20	100,00%

Assim, observa-se que em relação aos dados presentes e a coerência organizacional dos mesmos, 90% dos participantes deram nota maior ou igual a 8, conforme a tabela 11 (área acinzentada).

Tabela 11 – Número e percentual de participantes segundo as notas para os dados incluídos no aplicativo e segundo as notas para a organização dos dados.

DADOS PRESENTES	ORGANIZAÇÃO DOS DADOS			TOTAL
	8	9	10	
7	0 (0,0%)	2 (10,0%)	0 (0,0%)	2 (10,0%)
8	1 (5,0%)	1 (5,0%)	0 (0,0%)	2 (10,0%)
9	4 (20,0%)	3 (15,0%)	1 (5,0%)	8 (40,0%)
10	2 (10,0%)	4 (20,0%)	2 (10,0%)	8 (40,0%)
TOTAL	7 (35,0%)	10 (50,0%)	3 (15,0%)	20 (100,0%)

Para avaliar a possibilidade do *Investigation* padronizar o procedimento pericial odontológico em perícias civis, foi perguntado aos participantes se eles acreditavam que o instrumento traria maior rapidez na coleta dos dados (tabela 12), se auxiliaria na confecção do laudo (tabela 13) e se, por fim, ele serviria como ferramenta de padronização (tabela 14). Nos dois primeiros itens, 95% dos participantes responderam “Sim” e ao último item mencionado, todos os participantes responderam “Sim”.

Tabela 12 – Número e percentual de participantes segundo a maior rapidez ou não na coleta dos dados.

MAIOR RAPIDEZ NA COLETA DOS DADOS?	Nº DE PARTICIPANTES	%
Não	1	5,00%
Sim	19	95,00%
TOTAL	20	100,00%

Tabela 13 – Número e percentual de participantes segundo o auxílio ou não na confecção do laudo.

AUXÍLIO NA CONFECÇÃO DO LAUDO?	Nº DE PARTICIPANTES	%
Não	1	5,00%
Sim	19	95,00%
TOTAL	20	100,00%

Tabela 14 – Número e percentual de participantes segundo a possibilidade ou não como ferramenta de padronização dos laudos.

FERRAMENTA DE PADRONIZAÇÃO?	Nº DE PARTICIPANTES	%
Não	0	0,00%
Sim	20	100,00%
TOTAL	20	100,00%

6 DISCUSSÃO

Uma das grandes vantagens do aplicativo apresentado é o fato dele não necessitar de instalação prévia para operar, quase nos remetendo ao conceito de *plug and play* (ligar e usar), que é uma tecnologia criada para que o computador reconheça e configure automaticamente qualquer dispositivo que nele seja instalado, o que facilita a expansão segura dos computadores e elimina a configuração manual. Realmente, a necessidade de instalação do programa *Access* (programa incluído no *Microsoft Office* juntamente com o *Word*, *Power Point* e *Excel*) poderia limitar o uso do *Investigation*, entretanto isso não ocorre porque a grande maioria dos computadores possui o *Office* instalado previamente. De qualquer forma, a utilização do *Access* corrobora com os aplicativos criados por Nakama (1999), Nakama (2004) e Matsuzaki & Melani (2006).

Considerando o exposto no parágrafo anterior, entende-se que o aplicativo em questão opera em *pen drives*, e tomando por base a grande popularidade e simplicidade de uso dessa tecnologia, não é difícil prever que os futuros usuários do *Investigation* serão adeptos dessa ferramenta, o que proporciona, inclusive, maior privacidade e segurança aos dados. Ainda assim optou-se por atender a multi-usuários, ferramenta disponibilizada em alguns dos *softwares* analisados por Dotta & Teles (2003), inserindo-se a tela “Login do Usuário”, cuja função é cadastrar os profissionais e separar as perícias de cada um, de forma a proporcionar o uso coletivo e, ao mesmo tempo, manter a privacidade e a segurança das informações inseridas.

A utilização da *Visual Basic for Applications*, segundo Cleber Scoralick Júnior (programador), se justificou pelo fato dessa programação permitir maior simplicidade na montagem da interface gráfica e pela sua capacidade em controlar os programas do *Office* com eficiência, entre esses programas está o *Word*, utilizado para a elaboração da Ficha Pericial, do Laudo Pericial e de um dos odontogramas sugeridos. O programador esclareceu também que a utilização do *Access* para criar o banco de dados se justifica pela mesma razão, ou seja, tanto o *Access* como o *Word* fazem parte da plataforma *Windows*, o que facilitou sobremaneira a programação.

Importa dizer que tanto a “Ficha Pericial” quanto o “Laudo Pericial” ou “Relatório” são arquivos em *Word* que podem ser editados a qualquer momento, possibilitando ao perito fazer quaisquer correções. Entretanto, recomenda-se que no caso de multi-usuários, o profissional faça o recorte desses arquivos do computador de uso coletivo, para não correr o risco de ver um desses documentos alterados e/ou deletados da máquina.

Interessa considerar a menção ao espaço de 300 megabytes livres em HD requerido pelo *Investigation* para desempenho esperado. Esse espaço não se refere ao requerido para o usuário apenas possuir o aplicativo gravado em sua máquina e sim para a plena execução do mesmo, portanto esse número está considerando a utilização efetiva do aplicativo e não pura e simplesmente sua gravação.

Sobre os comandos disponibilizados, ressalta-se que o “Verificar Ficha” foi introduzido tão somente para alertar o profissional, no caso dele ter selecionado algum item que destoe da normalidade e não ter preenchido a observação relacionada. Da mesma forma, o “Verificar Preenchimento” serve para chamar a atenção do perito no caso do campo de digitação relacionado à Discussão estar em branco e/ou no caso de nenhum dos campos dos “Quesitos” ou da “Conclusão” estarem preenchidos. Por isso, o entendimento é que por se tratar de uma conferência essencialmente técnica, é fundamental que o próprio perito faça sua conferência antes de acionar os botões “Gerar Ficha” (guia “Exame Odontológico”) e “Finalizar” (guia “Conclusão”). Importante registrar que os botões “Verificar Ficha” e “Verificar Preenchimento” não verificam os formulários relacionados à inserção dos endereços das imagens pelo fato dessa operação ser optativa, ou seja, o usuário não é obrigado a adicionar as imagens ao seu relatório utilizando essa ferramenta, se for da vontade dele, é perfeitamente possível que as imagens sejam inseridas diretamente por meio do programa *Word*.

Em relação à avaliação do aplicativo, para os itens dados incluídos, disposição dos dados, aparência do *software*, dificuldade de utilização, instruções de utilização, forma de preenchimento e proteção dos dados obteve-se um intervalo de confiança de 95% para a média, confirmando a satisfação do usuário com as ferramentas disponibilizadas, com os dados incluídos e com a disposição dos mesmos. O esforço foi feito no sentido de inserir os dados indispensáveis a um diagnóstico correto (Sonis *et al.*, 1995; Vasconcelos *et al.*, 2002;

Okeson, 2002; Marcucci & Silva, 2005; Brentegani *et al.*, 2006; Mezzomo, 2007; e Kignel, 2007) e integrado (Soares *et al.*, 2004; Saldanha *et al.*, 2004; Holderbaum *et al.*, 2005; César-Neto *et al.*, 2005; Almeida *et al.*, 2006; Chagas *et al.*, 2006; Giollo *et al.*, 2007; Weidlich *et al.*, 2008; Cortelli *et al.*, 2008; Kiguti *et al.*, 2008). As guias disponibilizadas corroboram com o preconizado por Vanrell (2002), Araújo (2003) e Guimarães Júnior (2005).

Para o item “dificuldade de utilização” considerou-se nota baixa como menor dificuldade, entretanto muitos voluntários tiveram dúvidas sobre o parâmetro considerado: se a menor nota representava muita facilidade ou muita dificuldade. Porém, ainda assim, é interessante notar que obtivemos um intervalo de confiança de 95% para este item, com 70% das notas abaixo de 03.

Para os itens facilidade e/ou dificuldade em encontrar os comandos e processamento dos dados, 95% dos participantes julgaram no mínimo fácil (para o primeiro) e bom (para o segundo). Essa porcentagem dispensa o cálculo do intervalo de confiança e nos permite afirmar que os comandos podem ser facilmente encontrados e que o processamento dos dados é satisfatório.

Optou-se por incluir somente o endereço da imagem para garantir o processamento satisfatório do *Investigation*. A inserção das imagens propriamente ditas no programa tornaria o processamento muito vagaroso e implicaria em maior gasto de memória no HD, pois a imagem inserida no programa gasta o triplo do espaço que ocupa normalmente. Ademais, o objetivo de se introduzir essa ferramenta foi tão somente auxiliar o perito na confecção do Laudo, pois adicionando o endereço das imagens da perícia no *Investigation*, o usuário tem a vantagem de obtê-las posteriormente, no laudo, legendadas, em tamanho padronizado e corretamente posicionadas, economizando, o profissional, o tempo que gastaria com essas funções.

Ainda em relação às imagens, chama-se a atenção para a importância de se padronizar a digitalização de tomadas radiográficas e modelos (Paredes *et al.*, 2006; Morais *et al.*, 2006). Especificamente para as tomadas radiográficas, há que se considerar a necessidade em aplicar fundo ou luz de contraste, tanto se a digitalização for feita por meio

de máquinas digitais ou *scanners*. É comum, após a digitalização, as imagens obtidas das tomadas radiográficas adquirirem uma cor “verde escuro”, nada impede, desde que a situação do examinado não seja modificada, que para a correção desse e outros artefatos, programas de edição de imagem sejam utilizados.

Considerando que a grande maioria dos participantes acredita na maior rapidez de coleta dos dados (95%; n=19), no auxílio da confecção do laudo (95%; n=19) e na possibilidade de padronização do procedimento pericial (100%; n=20) com o uso deste aplicativo, é possível afirmar que o *Investigation* tem potencial para tornar o processo pericial mais ágil, mais prático e padronizado.

A certificação em S-RES (Resolução CFM 1821 de 2007) ainda está em fase implantação em nosso país (Leão *et al.*, 2008). Nesse momento ocorre uma auditoria nos sistemas cujos criadores declararam estar em conformidade com os mínimos parâmetros técnicos exigidos. Dessa forma, neste aplicativo não há previsão para inserção dos conceitos de certificação e assinatura digitais, legalizados pela Medida Provisória 2200 de 24 de Agosto de 2001 e objeto de estudo de diversos autores (Charnovsky *et al.*, 2004; Fraige & Porcaro, 2006; Fernandes *et al.*, 2006). Entretanto, segundo Charnovsky *et al.* (2004) há viabilidade técnica para se certificar e assinar digitalmente arquivos originários de prontuários eletrônicos no formato “doc”, caso do *Investigation*. Esses arquivos no formato “doc” gerado pelo aplicativo em consideração são a “Ficha Pericial” e o “Laudo Pericial”, documentos que atualmente devem sempre ser impressos e assinados pelas partes. Porém, uma hipótese precisa ser considerada. Caso o perito e o periciado possuam a própria assinatura digital, a impressão do documento é dispensável e aí sim seria muito útil que no aplicativo já viessem embutidos esses conceitos; entretanto há que se levar em conta que situações como essa ainda estão um pouco distante da realidade. De qualquer forma, estudos futuros poderão ser úteis no sentido de complementar e/ou adequar o *Investigation* às normas do Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde.

No caso do registro deste programa, o que não é obrigatório para assegurar a proteção dos direitos relativos à propriedade intelectual de programa de computador (Lei 9609/98), ele será feito em nome da FOP/UNICAMP e por meio do INPI, obedecendo à

norma estabelecida no Decreto 2556/98. E para a comercialização e/ou utilização efetiva do aplicativo proposto nas perícias civis odontológicas, há necessidade de se proceder à validação do mesmo para que melhorias na interface do programa bem como possíveis correções e/ou adaptações de natureza técnica sejam realizadas, de modo a atender plenamente o usuário final.

Enfim, acredita-se que o *software* em questão cumpriu com seu principal objetivo, que foi tornar o processo pericial em Odontologia mais padronizado, mais prático e menos complexo, possibilitando maior segurança no sentido do perito não correr o risco de se ver obrigado a convocar novamente o interessado para coletar dados não coletados anteriormente, porém essencial à elucidação do caso, o que implicaria, inclusive, em mais custos. Soma-se à essa vantagem, o auxílio na confecção do Laudo. Outra percepção pertinente a este estudo diz respeito à sua colaboração em firmar a Odontologia no encontro dos avanços tecnológicos, fato já observado em outros trabalhos (Yarid, 2006; Jaraceski & Nicoleit, 2006; Salo *et al.*, 2007).

Acredita-se também que somente a padronização e divulgação de um aplicativo trarão à sociedade como um todo, à Justiça e aos Peritos maior fidedignidade relativa ao conteúdo e à qualidade dos laudos periciais odontológicos, dificultando ou até mesmo inviabilizando a possibilidade de fraude nos mesmos.

7 CONCLUSÃO

a) O aplicativo em *Visual Basic for Applications* foi criado e reuniu os dados fundamentais para a realização, de forma padronizada, de perícia odontológica em foro civil;

b) O *Investigation* foi considerado pela maioria dos participantes da pesquisa como coerente, organizado, prático e ágil. Constatou-se também que a maioria o considerou seguro (proteção dos dados);

c) De acordo com a Lei 5081/66 e a Resolução 63/2005, o cirurgião-dentista tem competência para proceder à perícia civil. Dessa forma, o aplicativo contribuirá para a maior rapidez na coleta dos dados e para o auxílio na confecção do laudo, bem como tem enorme potencial de padronização do procedimento pericial em Odontologia, viabilizando o aumento da qualidade e da produtividade dos cirurgiões-dentistas envolvidos em perícias civis. Estudos futuros poderão ser úteis no sentido de complementar e/ou adequar o *Investigation* às normas do Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde. Em caso de registro do programa, ele será feito em nome da FOP/UNICAMP, obedecendo à norma estabelecida em lei (Brasil, 2008a) e por meio do INPI.

REFERÊNCIAS*

01. Almeida EO, Freitas Júnior AC, Pellizer EP. Restaurações cimentadas versus parafusadas: parâmetros para seleção e prótese sobre implante. *Innovations Implant Journal*. 2006; 1(1): 15-20.
02. Araújo ER. Protocolo de conduta em perícias civis no aparelho estomatognático. [monografia]. Belo Horizonte: EAP/ABO-MG; 2003.
03. Arbenz G.O. Introdução à odontologia legal. São Paulo, 1959.
04. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca da informação identificada em saúde. Resolução 1821, de 11 de julho de 2007. *Diário Oficial da União* 2007; 2007 nov 23. Seção 1, p. 252.
05. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-179/91 e aprova outro em substituição. Resolução 42/2003, de 20 de maio de 2003. *Diário Oficial da União* 2003; 2003 mai 22. Seção 1, p. 66-68.
06. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia, aprovada pela Resolução CFO-63/2005, atualizada em 18 de maio de 2005. *Diário Oficial da União* 2003; 2005 abr 19. Seção 1, p. 104.
07. Brasil. Decreto n. 2556 de 20 de abril de 1998. Regulamenta o registro previsto no artigo 3º da Lei nº 9.609, de 19 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre a proteção da propriedade intelectual de programa de computador, sua comercialização no País, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1998; 1998 abr 22. Seção 1, p. 2.
08. Brasil. Lei ordinária n. 5.081 de 24 de agosto de 1966. Regula o exercício da Odontologia. *Diário Oficial da União, Poder Legislativo* 1966; Coluna 1, p. 9843.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada na norma do International Committee of Medical Journal Editors – Grupo de Vancouver. Abreviaturas dos periódicos em conformidade com o Medline.

9. Brasil. Lei ordinária n. 8078 de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Legislativo 1990; 1990 set 12. Coluna 1, p. 1.
10. Brasil. Lei n. 9609 de 19 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a proteção de propriedade intelectual de programa de computador, sua comercialização no País, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Legislativo 1998; 1998 fev 20. Seção 1, p. 1.
11. Brasil. Medida provisória n. 2200 de 24 de Agosto de 2001. Institui a infra-estrutura de chaves públicas brasileira – ICP-Brasil, transforma o instituto nacional de tecnologia da informação em autarquia, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo 2001; 2001 ago 27. Coluna 2, p. 65.
12. Brentegani LG, Lacerda AS, Campos AA. Alterações regressivas dos dentes: abfração; abrasão, atrição e erosão. Rev. Brás. Teleodonto. 2006; 1(1): 11-7.
13. César-Neto JB, Benatti BB, Manzi FR, Sallum EA, Sallum AW, Nocitte Júnior FH. The influence of cigarette smoke inhalation on bone density. A radiographic study in rats. Braz Oral Res. 2005; 19(1): 47-51.
14. Chagas EA, Stuginski-Barbosa J, Leite RA, Faleiros FBC, Bozzo RO. Falhas em implantes dentários e bruxismo: revisão de literatura. Innovations Implant Journal. 2006; 1(1): 28-33
15. Charnovsky R, Borges RP, Martins, PJ. Uma proposta de uso de assinatura digital em prontuário eletrônico do paciente. In: Anais do IX Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2004. Ribeirão Preto. [Trabalho 634]. [acesso 2008 Out 13]. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/634.pdf>
16. Cortelli JR, Barbosa MDS, Westphal MA. Halitosis: a review of associated factors and therapeutic approach. Braz Oral Res. 2008; 22(Special Iss 1): 44-54.
17. Dotta EAV, Teles GHP. Sistemas aplicativos para uso odontológico. RGO. 2003; 51(2): 119-22.

18. Fernandes MR, Arrebola FV, Zuffo JÁ. Aplicação do formato de assinatura digital ES-A para armazenamento do prontuário eletrônico do paciente por longos períodos de tempo. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2006. Florianópolis. [Trabalho 1037]. [acesso 2008 Out 13]. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/1037.pdf>
19. Fraige A, Porcaro MF. Prontuário eletrônico com certificação digital para o CAPE – centro de atendimento a pacientes especiais da FOU SP. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2006. Florianópolis. [Trabalho 104]. [acesso 2008 Out 13]. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/104.pdf>
20. Giollo MD, Valle PM, Gomes SC, Rösing CK. A retrospective clinical, radiographic and microbiological study of periodontal conditions of teeth with and without crowns. *Braz Oral Res.* 2007; 21(4): 348-54.
21. Groh MR, Stockman JC, Powell G, Prague CN, Irwin MR, Reardon J. *Access™ 2007 Bible*. 1ªed. Indianápolis: Wiley Publishing, Inc; 2007.
22. Guimarães Júnior J. O Método diagnóstico. In: Marcucci G, editor. *Estomatologia (Fundamentos de odontologia)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.
23. Holderbaum RM, Veeck EB, Oliveira HW, Silva CL, Fernandes A. Comparison among dental, skeletal and chronological development in HIV-positive children: a radiography study. *Braz Oral Res.* 2005; 19(3): 209-15.
24. Jaraceski JC, Nicoleit ER. Uso de smart card para o repasse do prontuário médico do paciente. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2006. Florianópolis. [Trabalho 799]. [acesso 2008 Out 13]. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/799.pdf>
25. Kignel S. *Estomatologia: bases do diagnóstico para o clínico geral*. São Paulo: Santos; 2007.
26. Kiguti STP, Santos MBF, Cunha Júnior AP, Santos JFF. A importância da escultura dental na oclusão em restaurações diretas. *Rev. EAP/APCD.* 2008; 9(2): 9-11.

27. Leão BF, Costa CGA, Forman JM, Silva ML, Galvão SC, editores. Manual de certificação para sistemas de registro eletrônico em saúde (S-RES) versão-3.2: Certificação 2008. Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde [2008 out 17]. Disponível em: http://www.sbis.org.br/certificacao/Manual_Certificacao_SBIS-CFM_2008_v3-2.pdf
28. Lomax P. VB & VBA in a nutshell: the language. 1ªed. Sebastopol: O'Reilly & Associates, Inc; 1998.
29. Lucato MC. Responsabilidade profissional do cirurgião-dentista. JBC. 2004; 8(47): 367.
30. Marcucci G, editor. Estomatologia (Fundamentos de odontologia). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.
31. Marcucci G & Silva SS. Conhecendo as lesões fundamentais. In: Marcucci G, editor. Estomatologia (Fundamentos de odontologia). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.
32. Matsuzaki R, Melani RFH. Desenvolvimento de um sistema computadorizado de identificação odonto-legal (*sic*). Saúde, Ética & Justiça. 2006; 11(1/2): 8-11.
33. Mezzomo H. Oclusão: fundamentos aplicados à dentística restauradora. In: Conceição EN et al. Dentística: saúde e estética. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2007.
34. Morais S, Tavano O, Montebello Filho A, Junqueira, JLC. Estudo comparativo de imagens digitalizadas através de câmeras e de escaner. RGO. 2006; 54(2): 125-8.
35. Nakama RK. Orthosoft: desenvolvimento de um aplicativo de gerenciamento de clínicas especializadas em ortodontia e ortopedia facial [dissertação]. Araraquara: UNESP/FOAr; 1999.
36. Nakama RK. Desenvolvimento de aplicativo informatizado do índice de prioridade de tratamento ortodôntico para levantamentos epidemiológicos [tese]. Araraquara: UNESP/FOAr; 2004.
37. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4ª. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
38. Paredes V, Gandia JL, Cibrián R. Digital diagnosis records in orthodontics: an overview. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006; (11): E88-93.

39. Ramos-Gomez FJ, Flaitz C, Catapano P, Murray P, Milnes AR, Dorenbaum A, *et al.* Classification, diagnostic criteria and treatment recommendations for orofacial manifestations in HIV-infected pediatric patients. *J Clin Pediatr Dent.* 1999; 23(56): 85-96. Apud Soares LF, Castro GFBA, Souza IPR, Pinheiro M. Pediatric HIV-related oral manifestations – a five-year retrospective study. *Braz Oral Res.* 2004; 18(1): 6-11.
40. Saldanha JB, Pimentel SP, Casati MZ, Sallum AW, Sallum EA, Nocitti Júnior FH. Histologic evaluation of the effect of nicotine administration on bone regeneration, A study in dogs. *Braz Oral Res.* 2004; 18(4): 345-9.
41. Salo S, Salo H, Liisanantii A, Reponen J. Data transmission in dental identification of mass disasters victims. *J Forensic Odontostomatol.* 2007; 25(1): 17-22.
42. Silva M. *Compêndio de odontologia legal.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 1997.
43. Soares LF, Castro GFBA, Souza IPR, Pinheiro M. Pediatric HIV-related oral manifestations – a five-year retrospective study. *Braz Oral Res.* 2004; 18(1): 6-11.
44. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Princípios e prática de medicina oral.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
45. Vanrell JP. *Odontologia legal e antropologia forense.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
46. Vanrell JP, Campos MLB. *Vademecum de medicina legal e odontologia legal.* São Paulo: Mizuno; 2007.
47. Vasconcelos BCE, Silva EDO, Kelner N, Miranda KS, Silva AFC. Meios de diagnóstico das desordens temporomandibulares. *Rev. Cir. Traumat. Buco – Maxilo-Facial.* 2002; 1(2): 49-57.
48. Weidlich P, Cimões R, Pannuti CM, Oppermann RV. Association between periodontal diseases and systemic diseases. *Braz Oral Res.* 2008; 22(Special Iss 1): 32-43.
49. Yarid SD. *Análise da aceitação de filmagem (VHS) como prova legal em substituição a documentação odontológica convencional por magistrados de varas cíveis brasileiras [dissertação].* Bauru: FOB/USP; 2006.

APÊNDICE 01

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA-SP

Caro Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa científica intitulada “Perícia odontológica civil: criação de software”. O método utilizado para desenvolver a pesquisa é inicialmente a criação de um *software*, e posteriormente sua avaliação, por meio desse questionário, composto por escalas de 0 a 10. É válido ressaltar que a sua identidade (respondendo ao questionário) será totalmente preservada, uma vez que este instrumento não contém qualquer indicador da identidade do participante. Para a sua segurança, inexistente campo de identificação individual em nosso questionário. Antecipadamente, agradecemos a valiosa colaboração e o tempo dispensado para tal.

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO *SOFTWARE*

01. Gênero: () masculino () feminino

02. Idade: () 20 a 30 anos () 31 a 40 anos () 41 a 50 anos () 51 a 60 anos () 61 anos ou mais

03. Que nota *vs*a daria para a aparência do *software* utilizado?

() 00 () 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08 () 09 () 10

04. Por favor, avalie a coerência organizacional das informações existentes no aplicativo.

() 00 () 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08 () 09 () 10

05. Numa escala de 0 a 10, como *vs*a classificaria o nível de dificuldade em utilizar o aplicativo em questão?

() 00 () 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08 () 09 () 10

06. Por favor, avalie a clareza das instruções de utilização contidas no *software*.

() 00 () 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08 () 09 () 10

07. De 0 a 10, que nota *vs*a daria para a forma de preenchimento dos dados que se optou nesse aplicativo?

() 00 () 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08 () 09 () 10

08. Por favor, preencha um dos campos abaixo, informando-nos quão fácil ou difícil foi encontrar os comandos no programa.

Muito fácil Fácil Meio difícil Difícil Muito difícil Não consegui encontrar

09. O que *vsá* achou do desempenho do *software* em processar os dados fornecidos?

Ótimo Muito bom Bom Regular Ruim Péssimo

10. Em relação ao método tradicional, *vsá* acha que a coleta de dados será mais rápida e prática?

Sim Não

11. *Vsa* considera que este *software* auxiliará o profissional na confecção do laudo, reduzindo o tempo que tal tarefa demanda?

Sim Não

12. Que nota *vsá* daria para a proteção dos dados coletados e dos laudos por *vsá* confeccionados, oferecida por este aplicativo?

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

13. *Vsa* considera que este *software* poderá ser utilizado como ferramenta de padronização do procedimento pericial odontológico?

Sim Não

14. Por favor, faça uma avaliação de 0 a 10 em relação aos dados incluídos no *software*.

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

15. Por favor, informe-nos se *vsá* sugere o acréscimo ou a remoção de algum dado ou comando do *software* utilizado.

Muito Obrigado pela sua participação!

APÊNDICE 02

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Introdução

As informações contidas neste documento foram fornecidas pelos pesquisadores Raquel Agostini Scoralick e Francisco Haiter Neto com o objetivo de esclarecer e firmar acordo por escrito, mediante o qual o sujeito da pesquisa autoriza sua participação, sem qualquer forma de coação ou ameaça física, desta pesquisa científica, intitulada: “Perícia odontológica civil: criação de software”.

2. Justificativa para realização da pesquisa

Os ensinamentos obtidos somente nos cursos de graduação de odontologia não permitem ao profissional a execução de qualquer dos tipos periciais sobre os quais versa a Lei 5.081/66: “o cirurgião dentista tem competência para proceder à perícia odontolegal em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa”. Atualmente o número de lides envolvendo o exercício profissional, a avaliação do dano em lesões maxilofaciais e a avaliação dos infortúnios do trabalho estão crescendo, o que implica em crescimento da demanda de peritos odontólogos. Diante disso, esta pesquisa propõe a criação de um aplicativo (*software*) com o principal objetivo de orientar o profissional incumbido da função pericial. O *software* possuirá os campos necessários para o preenchimento dos dados essenciais à perícia civil odontológica, permitindo a confecção do laudo de forma mais rápida e gerando uma possível redução de custos, uma vez que não haverá risco de se esquecer alguns dados, o que obrigaria novas avaliações e mais custos.

3. Objetivos

O presente trabalho tem como objetivos:

- a) Criar aplicativo em linguagem de programação *visual basic* com finalidade de reunir dados fundamentais para a realização de uma perícia odontológica em foro civil, de forma a padronizar o procedimento pericial;
- b) Avaliar o *software* criado por meio da aplicação de questionário a público específico;
- c) Discutir os aspectos éticos e legais pertinentes ao tema.

4. Procedimentos a serem adotados

Após a confecção do *software*, proceder-se-á à sua avaliação, fase em que aos profissionais da área de odontologia legal, entre professores e alunos de extensão e pós-graduação, será feita uma demonstração do *software*, os quais, posteriormente, responderão a um questionário de avaliação do mesmo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE será entregue pessoalmente na mesma oportunidade, ficando uma via para cada participante e uma via com os pesquisadores. O questionário contém escalas de 0 a 10 e servirá para mensurar os níveis de aceitação, eficiência, praticidade e aplicabilidade do *software*.

5. Possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo

Este estudo não utilizará grupo controle ou placebo.

6. Métodos alternativos para obtenção da informação ou tratamento da condição

Não existe método alternativo para se obter os dados e informações desejadas.

7. Descrição crítica dos desconfortos e riscos previsíveis

Não há riscos previsíveis tendo em vista que se trata apenas de criação e avaliação de um *software*. Os pesquisadores assumem o compromisso legal de manter em sigilo todas as informações que terão acesso por meio deste estudo. Assim, não haverá qualquer tipo de procedimento que implique em risco aos participantes, tendo ainda o profissional a total liberdade de não participar.

8. Descrição dos benefícios e vantagens diretas ao voluntário

Não há benefícios e vantagens diretas para os participantes.

9. Forma de acompanhamento e assistência ao sujeito

Os pesquisadores estarão à disposição para esclarecer dúvidas relacionadas à pesquisa, e para isso os participantes poderão manter contato com os pesquisadores em qualquer fase da pesquisa, por meio da Internet (correio eletrônico) ou telefone, informados no final do TCLE.

10. Forma de contato com os pesquisadores e com o CEP

Os participantes deste estudo poderão se comunicar com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), no caso de dúvidas em relação aos seus direitos, por meio da Internet (correio eletrônico ou webpage) e pelo telefone, informados no final do TCLE.

11. Garantia de esclarecimentos

Todos os indivíduos abordados, aceitando ou não participar da pesquisa, obterão todas as informações solicitadas, em qualquer fase da pesquisa, bastando para tanto entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, pelo telefone (19) 2106 5283 com o Prof. Dr. Francisco Haiter Neto ou com Raquel Agostini Scoralick, em horário comercial.

12. Garantia de recusa à participação ou de saída do estudo

Os profissionais a serem consultados podem se recusar a participar, bem como poderão solicitar por escrito a remoção dos dados. Caso não participem, os voluntários não sofrerão qualquer prejuízo ou penalidade.

13. Garantia de sigilo

Serão tomadas todas as medidas para zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa. A identidade dos voluntários não será divulgada.

14. Garantia de ressarcimento

Os voluntários não terão gastos e, portanto, não há previsão de ressarcimento.

15. Garantia de indenização e/ou reparação de danos

Não há previsão de riscos e danos aos pesquisadores e demais envolvidos na presente pesquisa, portanto não há proposição de medidas de reparação aos mesmos.

16. Garantia de entrega de cópia

O (s) participante (s) receberá (ão) uma cópia deste TCLE.

ATENÇÃO:

A participação em pesquisas é voluntária e o participante terá uma cópia deste TCLE. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva ao Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP - Av. Limeira, 901 – Caixa Postal 52 – Piracicaba – SP– CEP13414-903, telefone (19) 2106 5349, acesse <http://www.fop.unicamp.br/cep/> ou

envie e-mail para cep@fop.unicamp.br. Você também poderá se comunicar com os pesquisadores Raquel Agostini Scoralick ou Francisco Haiter Neto pelo telefone (12) 2106 5283, em horário comercial, ou pelo e-mail raquelagostini@fop.unicamp.br

Eu _____ declaro ter lido na íntegra e entendido os termos e a finalidade da presente pesquisa e aceito participar da mesma, _____/_____/2008.

Assinatura

RG

APÊNDICE 03

FICHA PERICIAL

DADOS PESSOAIS

Número do Processo: 1234567890

Autor: xxxx

RG nº: M-123456789 Órgão expeditor: xxxx CPF nº 000.111.222-33

Gênero: (X) Masculino () Feminino Data de nascimento: 11/11/1981

Naturalidade: xxxx/SP Nacionalidade: Brasileira

Estado civil: xxxx Profissão: xxxx

Endereço residencial: xxxx

Complemento: xxxx Bairro: xxxx CEP: 12345678

Cidade: xxxx Estado: SP

Telefone fixo: (12) 3456-7890 Telefone celular: (12) 3456-7890

Tipo do processo: xxxx Local da perícia: xxxx

Reu: xxxx Comarca: xxxx

Juiz: xxxx Advogado: xxxx

Assistente: xxxx RG: 1122233344 CRO: SP-123456

RESPONSÁVEL PELO PERICIADO (MENORES E/OU BLOQUEIO NA MAIORIDADE CIVIL)

Nome: xxxx

RG nº: 12356789 Órgão expeditor: xxxx CPF nº 111.222.333-44

Gênero: (X) Masculino () Feminino Data de nascimento: 11/11/1970

Estado civil: xxxx Profissão: xxxx

Grau de parentesco com o periciado: xxxx

Telefone fixo: (11) 2233-4455 Telefone celular: (11) 2233-4455

Desmaios / Convulsões

xxxx

Cardiopatias

Hipertensão Arterial / Hipotensão Arterial

Diabetes

Febres Constantes

Hemorragia após cirurgia odontológica ou médica

xxxx

Anemia

xxxx

Herpes freqüente

Doença de Chagas

Gastrite ou Úlceras

Febre Reumática / Reumatismo

Doença Renal

Doença sexualmente transmissível

Alcoolismo / Dependência Química

xxxx

Problema Neurológico

Depressão / Transtornos Psicológicos

Outros

xxxx

7) Já fez cirurgia ortopédica para colocação de próteses em osso ou articulação?

Não Sim

8) Já foi doador ou receptor de algum órgão?

Não Sim xxxxx

9) Já fez algum tipo de cirurgia cardíaca?

Não Sim

10) Já teve algum tipo de tumor?

Não Sim xxxxx

PARA MULHERES

1) Está grávida?

Não Sim

2) Usa anticoncepcional?

Não Sim Nome do anticoncepcional: xxxx Tempo
de uso: 4 anos

3) Está na menopausa?

Não Sim

QUESTIONÁRIO DE SOLBERG (Solberg, 1989):

1. Sua mandíbula faz ruídos que incomodam você e outros?

Sim Não

2. Você tem dificuldades para abrir a boca o quanto você gostaria?

Sim Não

3. Você sente dor quando mastiga ou abre bastante sua boca?

Sim Não

4. Você sente a mandíbula travada, com luxação ou subluxação?

Sim Não

5. Você sente dores de ouvido ou na parte anterior dos ouvidos?

Sim Não

Observação: xxxx

6. Você sente tonturas? Sim Não

7. Você sente sensação de zumbido nos ouvidos?

Sim Não

Observação: xxxx

8. Você sente ruídos nas articulações? Que tipo?

Sim Não

9. Você já levou algum golpe na mandíbula?

Sim Não

10. Você sente que seus dentes “não casam” direito?

Sim Não

Observação: xxxx

11. Você tem consciência ou alguém lhe disse que você range os dentes à noite?

Sim Não

12. Você tem o hábito de apertar os dentes durante o dia?

Sim Não

13. Você sente cansaço na face, vontade de apertar os dentes ao acordar?

Sim Não

14. Você tem hábitos de mascar chicletes, roer unhas, morder canetas?

Sim Não

15. Você fuma cachimbo?

Sim Não

16. Você sente cansaço na face após uma refeição ou após uma consulta com o dentista?

Sim Não

17. Você sente dores na face, bochechas, têmporas ou garganta?

Sim Não

Observação: xxxx

18. Você sente dores na cabeça, no pescoço ou nas costas?

Sim Não

19. Você dorme bem?

Sim Não

Observação: xxxx

20. Você sonha?

Sim Não

21. Dor ou desconforto interferem em atividades diárias de rotina?

Sim Não

22. Você toma algum medicamento para dor ou desconforto: analgésicos, miorrelaxantes, antidepressivos?

Sim Não

23. Você sofre de artrite ou dor em outras articulações?

Sim Não

24. Você tem problemas cardíacos, como hipertensão?

Sim Não

25. Você sofre de úlcera?

Sim Não

26. Você já foi tratado anteriormente devido a algum problema de Disfunção Temporomandibular?

Sim Não

Data: 04/11/2008

Cidade: xxxx

Os dados aqui prestados são verdadeiros. Dou fé. Nada mais a declarar.

Sr (a). xxxx

EXAME FÍSICO

Cadeias Ganglionares:

Pré-auricular

(X) Não palpável () Palpável

Retro-auricular

(X) Não palpável () Palpável

Submandibular

() Não palpável (X) Palpável (X) Não dolorida () Dolorida

xxxx

Submentoniana

(X) Não palpável () Palpável

Cervical Anterior

(X) Não palpável () Palpável

Cervical Posterior (Sup. e Inf.)

(X) Não palpável () Palpável

Demais Estruturas:

1. Cabeça e Pescoço	Sim	Não
Assimetria facial		X
Lesões	X	

xxxx

2. Face(Mesofacial)	Sim	Não
Anormalidades		X
Lesões		X

3. Articulação Temporomandibular	Sim	Não
Abertura limitada		
Dor		X

Estalidos, estalos, crepitação	X	
Evidência de bruxismo e/ou apertamento		X

xxxx

4. Avaliação Muscular	(0)	(1)	(2)	(3)
Masseter	X - (lado E)	X - (lado D)		
Temporal anterior	X - (lado D) X - (lado E)			
Temporal posterior	X - (lado D) X - (lado E)			
Tendão do temporal	X - (lado D) X - (lado E)			
Esternocleidomastóideo	X - (lado D) X - (lado E)			
Músculos Cervicais Posteriores	X - (lado D) X - (lado E)			
Esplênio da Cabeça	X - (lado D) X - (lado E)			
Trapézio	X - (lado D) X - (lado E)			
	Dolorido		Não-dolorido	
Pterigóideo Lateral Inferior	X - (lado D)		X - (lado E)	
Pterigóideo Lateral Superior			X - (lado D)	
Pterigóideo Lateral Medial			X - (lado D)	

5. Lábios	Sim	Não
Anormalidades		X
Lesões ou alterações		X

6. Fundo de Sulco Mucogengival (Fórnix)	Sim	Não
Anormalidades		X
Lesões ou alterações		X

7. Mucosa Jugal	Sim	Não
Anormalidades		X
Lesões ou alterações		X

8. Glândulas Salivares	Sim	Não
Alteração nas parótidas		X
Alterações nas sublinguais		X
Alterações nas submandibulares		X

9. Assoalho Bucal	Sim	Não
Anormalidades		X
Lesões ou alterações		X

10. Língua	Sim	Não
Tamanho anormal		X
Superfície anormal	X	
Lesões ou alterações		X

xxx

11. Reborbos Alveolares	Sim	Não
Anormalidades mandibulares		X
Anormalidades maxilares		X

12. Avaliação Periodontal	Lesões/Alterações	Normal
Gengiva livre	X	
Gengiva inserida		X
Gengiva interdental		X
Mucosa alveolar		X
Sondagem periodontal		X
	Ausente	Presente
Bolsa periodontal	X	
Retração gengival	X	
Mobilidade dentária		X
Gengivite	X	
Doença periodontal		X

GL: xxxx; BP: xxxx; RG: xxxx; Gengivite: xxxx; DP: xxxx.

	Ausente	Presente
Placa bacteriana	X	

xxxx

13. Palato Duro	Sim	Não
Tamanho e/ou forma anormal	X	
Lesões ou alterações		X

xxxx

14. Palato Mole	Sim	Não
Tamanho e/ou forma anormal		X
Lesões ou alterações		X

15. Orofaringe	Sim	Não
Amígdalas palatinas presentes	X	
Lesões ou alterações		X

16. Oclusão	Sim	Não
Classe I (Classificação de Angle)	X	
Classe II (Classificação de Angle)		X
Classe III (Classificação de Angle)		X
Mordida aberta anterior	X	
Mordida aberta posterior		X
Mordida cruzada anterior		X
Mordida cruzada posterior		X
Interferência cêntrica		X
Interferência protusiva	X	
Interferência de trabalho	X	
Interferência de balanceio	X	

xxxx

17. Dentes	Sim	Não
Desgaste excessivo	X	
Pigmentação	X	
Número anormal		X
Desmineralização		X
Morfologia anormal		X

xxxx

OBSERVAÇÕES

Xxxx

EXAME ODONTOLÓGICO

Detalhamento do Exame Clínico - Arco Superior	
Dente/Região	Descrição
18	XXXX
17	XXXX
16	XXXX
15	XXXX
14	XXXX
13	XXXX
12	XXXX
11	XXXX
21	XXXX
22	XXXX
23	XXXX
24	XXXX
25	XXXX
26	XXXX
27	XXXX
28	XXXX

Detalhamento do Exame Clínico - Arco Inferior	
Dente/Região	Descrição
38	XXXX
37	XXXX
36	XXXX
35	XXXX
34	XXXX
33	XXXX
32	XXXX

31	xxxx
41	xxxx
42	xxxx
43	xxxx
44	xxxx
45	xxxx
46	xxxx
47	xxxx
48	xxxx

EXAMES RADIOGRÁFICOS APRESENTADOS:

(X) Periapiciais (Dentes/Região: xxxx)

() Panorâmica

(X) Bite-Wing lado direito () Bite-Wing lado esquerdo

() Oclusal Superior () Oclusal Inferior

() ATM lado direito () ATM lado esquerdo

(X) Outras: xxxx

OUTROS EXAMES APRESENTADOS:

xxxx

EXAMES RADIOGRÁFICOS SOLICITADOS:

(X) Periapiciais (Dentes/Região: xxxx)

() Panorâmica

(X) Bite-Wing lado direito () Bite-Wing lado esquerdo

() Oclusal Superior () Oclusal Inferior

() ATM lado direito () ATM lado esquerdo

(X) Outras: xxxx

OUTROS EXAMES SOLICITADOS:

xxxx

Data: 04/11/2008

Cidade: xxxx

Dr (a). Raquel Agostini Scoralick - CRO: XX - 12345

OBSERVAÇÃO: DEPOIS DE IMPRESSO, RUBRICAR TODAS AS PÁGINAS.

APÊNDICE 04

LAUDO PERICIAL ODONTOLÓGICO

I. PREÂMBULO

A partir do dia 04 do mês de novembro do ano de 2008, no(a) xxxx, São Paulo, às 14h, atendendo à requisição do Exmo. Sr(a). Dr(a). xxxx, MM. Juiz(a) de Direito da xxxx a mim encaminhada, procedi ao exame pericial odontológico, clínico e radiológico, da situação odontológica atual de xxxx, brasileira, xxxx, xxxx, portador(a) do RG M-123456789 - xxxx e CPF 000.111.222-33, domiciliado à xxxx / xxxx, xxxx, xxxx/SP, para instruir os autos do processo de xxxx 1234567890, que o mesmo move contra xxxx e de modo a responder aos quesitos oferecidos pela DD. Autoridade Judicial e pelas partes envolvidas. Assim sendo, tendo realizado os exames possíveis julgados necessários, passo a dar o seguinte **Lauda Pericial**.

II. TRANSCRIÇÃO DOS QUESITOS

Quesitos do Juiz:

1. xxxx
2. xxxx
3. xxxx
4. xxxx
5. xxxx
6. xxxx
7. xxxx
8. xxxx
9. xxxx

IV. DESCRIÇÃO E RESULTADOS

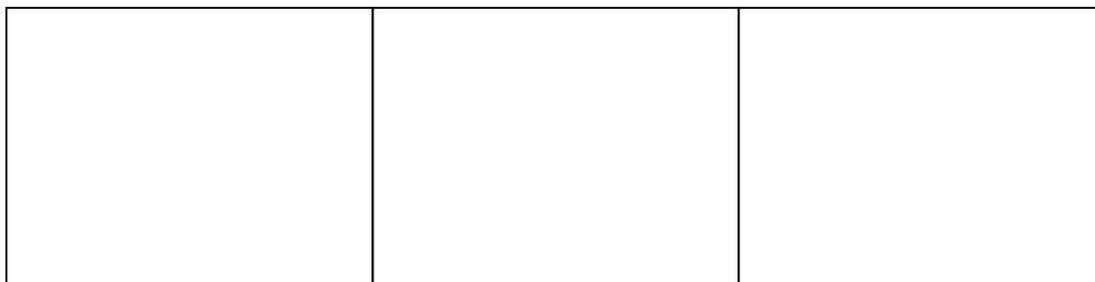


Figura 1 - Face: norma lateral direita, norma frontal e norma lateral esquerda, respectivamente.

Foram realizados anamnese, exame clínico extra-bucal, por meio de observação e palpação, exame clínico intra-bucal, feito com espelho odontológico e seringa de ar e água em cadeira odontológica, análise dos exames radiográficos apresentados (Periapiciais (Dentes/Região: xxxx), Bite-Wing lado direito, Outras: xxxx) e solicitados (Periapiciais (Dentes/Região: xxxx), Bite-Wing lado direito, Outras: xxxx) bem como estudo dos exames apresentados (xxxx) e solicitados (xxxx).

Por meio da anamnese, verificou-se que o(a) periciado(a) descreve o seu estado de saúde como Bom, declarou estar tomando xxxx no momento, declarou também fazer uso frequente de psicotrópico(s) (xxxx), outro tipo de medicamento (xxxx), bem como afirmou ter tomado o(s) antibiótico(s) (xxxx) nos últimos 6 meses. O(A) Sr(a). xxxx afirmou ser alérgico(a) a xxxx, da mesma forma, alegou já ter apresentado os seguintes problemas de saúde: desmaios / convulsões (xxxx), hemorragia após cirurgia odontológica ou médica (xxxx), anemia (xxxx), alcoolismo / dependência química (xxxx), outros (xxxx). O(A) mesmo(a) também afirmou nunca ter realizado cirurgia ortopédica para colocação de próteses ósseas ou articulares. Em relação ao transplante de órgãos, o(a) Sr.(a) xxxx afirmou afirmou já ter sido xxxx. Sobre o fato de já ter se submetido a algum tipo de cirurgia cardíaca, o(a) periciado(a) declarou que até então não houve necessidade. Foi perguntado também ao(à) Sr.(a) xxxx se já apresentou algum tipo de tumor, e o(a) periciado(a) afirmou ter apresentado xxxx.

Quando inquirido(a) em relação aos sintomas de Disfunção Temporomandibular, o(a) Sr(a). xxxx declarou que não possui nenhum deles.

O exame clínico extra-bucal permitiu observar que em relação às cadeias ganglionares, a pré-auricular, retro-auricular, submentoniana, cervical anterior, cervical posterior (superior e inferior) estava(m) não palpável(is), o que condiz com a normalidade. E a(s) submandibular estava(m) palpável(is), sendo que a(s) submandibular (xxxx) estavam não-dolorida(s). Ao exame da cabeça e pescoço, foram observadas lesões apesar de não existirem assimetrias faciais (xxxx). Ao exame da face, observou-se que se trata de indivíduo mesofacial, não havendo desvios de normalidade ou lesões. Ao exame clínico da articulação temporomandibular, observou-se que o(a) Sr. (a) xxxx apresenta estalidos,

estalos, crepitação e não possui dor, bruxismo e/ou apertamento. Durante a palpação muscular, a dor foi relatada pelo(a) Sr(a). xxxx numa escala de 0 a 3, sendo que ao músculo masseter atribuiu-se (lado direito - nível 1; lado esquerdo - nível 0), ao músculo temporal anterior atribuiu-se (lado direito - nível 0; lado esquerdo - nível 0), ao músculo temporal médio atribuiu-se (lado direito - nível 0; lado esquerdo - nível 0), ao músculo temporal posterior atribuiu-se (lado direito - nível 0; lado esquerdo - nível 0), ao tendão temporal atribuiu-se (lado direito - nível 0; lado esquerdo - nível 0), ao músculo esternocleidomastóideo atribuiu-se (lado direito - nível 0; lado esquerdo - nível 0), ao músculos cervicais posteriores atribuiu-se (lado direito - nível 0; lado esquerdo - nível 0), ao músculo esplênio da cabeça atribuiu-se (lado direito - nível 0; lado esquerdo - nível 0), ao músculo trapézio atribuiu-se (lado direito - nível 0; lado esquerdo - nível 0), (xxxx). Os músculos pterigóideo lateral inferior, pterigóideo lateral superior e pterigóideo medial foram manipulados funcionalmente, e verificou-se que o músculo pterigóideo lateral inferior estava (lado direito - dolorido; lado esquerdo - não-dolorido), o músculo pterigóideo lateral superior estava (lado direito - não-dolorido; lado esquerdo - não-dolorido), o músculo pterigóideo medial estava (lado direito - não-dolorido; lado esquerdo - não-dolorido). Os lábios apresentavam-se dentro dos padrões de normalidade.

Já ao exame clínico intra-bucal, observou-se que o fundo de sulco mucogengival (fórnix) estava dentro dos padrões de normalidade, a mucosa jugal apresentava-se dentro dos padrões de normalidade, as glândulas salivares estavam dentro dos padrões de normalidade ao exame clínico, o assoalho bucal apresentava-se dentro dos padrões de normalidade, a língua apresentava superfície anormal (xxxx), os rebordos alveolares não apresentavam anormalidades, o palato duro apresentava tamanho e/ou forma anormal (xxxx), o palato mole estava dentro dos padrões de normalidade, e a orofaringe encontrava-se com amígdalas palatinas presentes.

À avaliação periodontal, notou-se que gengiva inserida com aspecto normal, gengiva interdental com aspecto normal, mucosa alveolar com aspecto normal, sondagem periodontal normal, mobilidade dentária ausente, doença periodontal ausente, entretanto, observou-se gengiva livre com lesões ou alterações, bolsa periodontal presente, retração gengival presente, gengivite presente (GL: xxxx; BP: xxxx; RG: xxxx; Gengivite: xxxx; DP: xxxx.).

Ao exame da oclusão dentária (forma como os dentes se encaixam) observou-se que se trata de indivíduo com classificação (I) de Angle, com mordida aberta anterior, interferência protusiva, interferência de trabalho, interferência de balanceio (xxxx). E ao exame geral dos dentes, notou-se desgaste excessivo, pigmentação (xxxx). Ao final deste exame clínico intra-bucal foi utilizado revelador de placa bacteriana, sendo a mesma observada nos elementos xxxx.



Figura 2 - Dentes em oclusão: norma lateral direita, norma frontal e norma lateral esquerda, respectivamente.

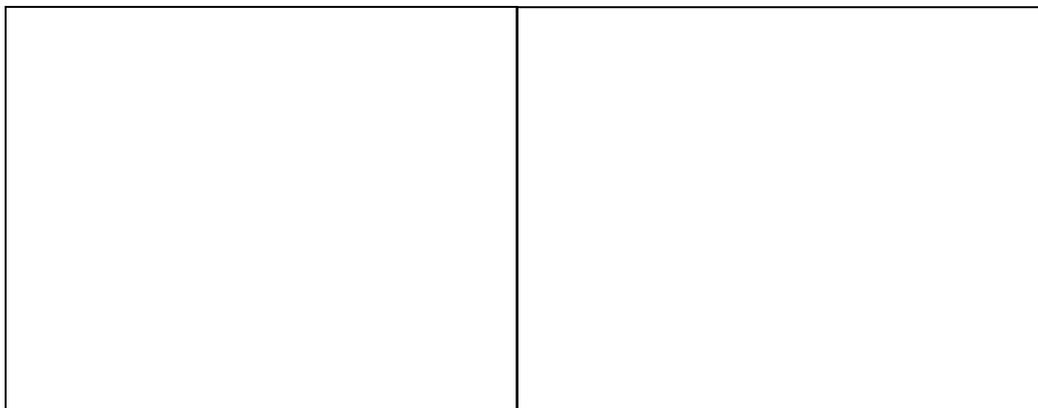


Figura 3 - Faces oclusais superiores e faces oclusais inferiores, respectivamente.

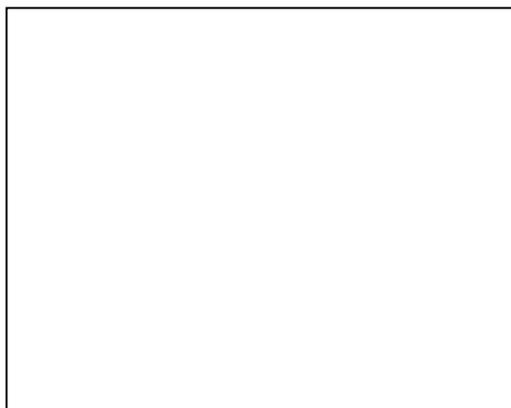


Figura 4 - (Outras)

Detalhamento do Exame Clínico - Arcada Superior	
Dente/Região	Descrição
18	XXXX
17	XXXX
16	XXXX
15	XXXX
14	XXXX
13	XXXX
12	XXXX
11	XXXX
21	XXXX
22	XXXX
23	XXXX
24	XXXX
25	XXXX
26	XXXX
27	XXXX
28	XXXX

Detalhamento do Exame Clínico - Arcada Inferior	
Dente/Região	Descrição
38	XXXX
37	XXXX
36	XXXX
35	XXXX
34	XXXX
33	XXXX
32	XXXX
31	XXXX
41	XXXX
42	XXXX
43	XXXX
44	XXXX
45	XXXX
46	XXXX
47	XXXX
48	XXXX

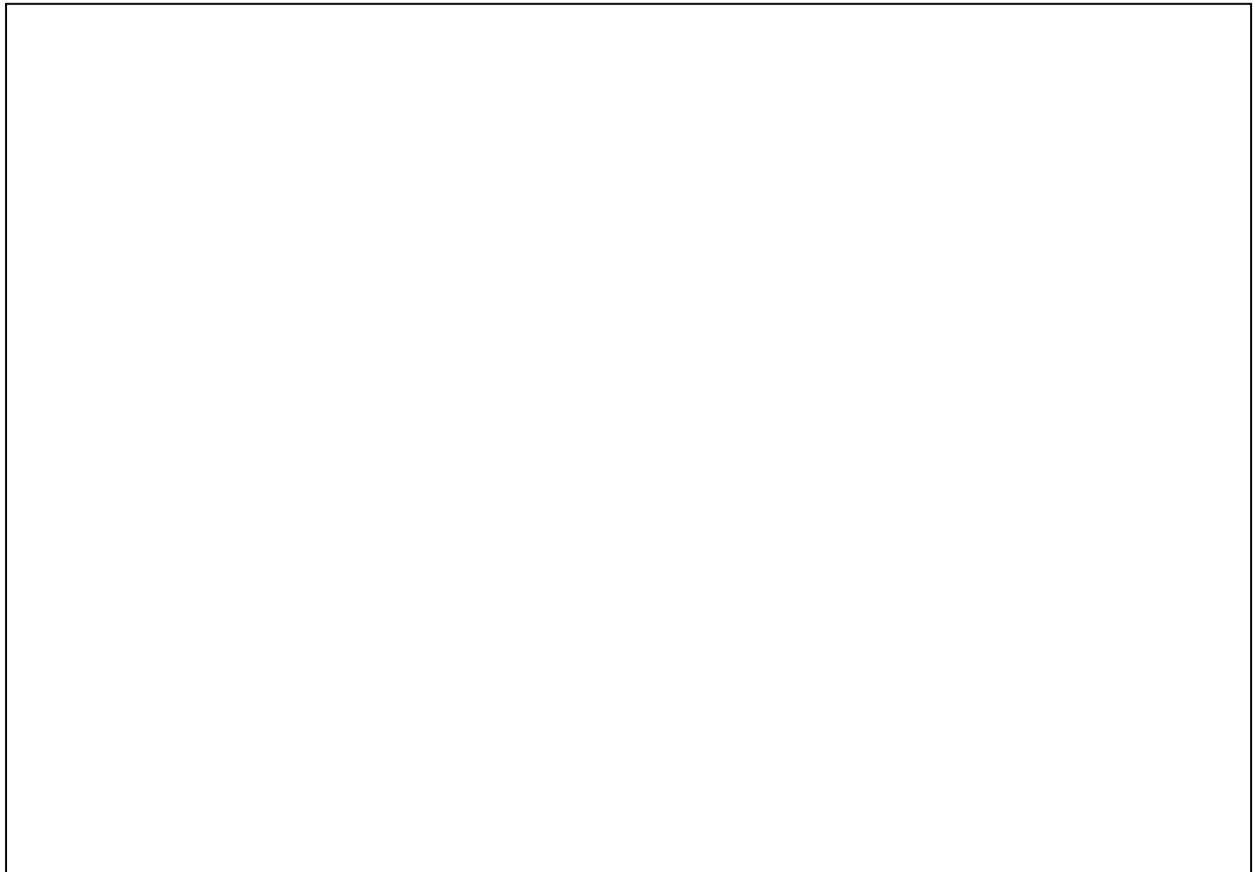


Figura 5 - Diagrama ilustrativo da situação odontológica atual do examinado

Ao exame radiográfico, observou-se que



Figura 6 - Exames radiográficos apresentados (Periapical)

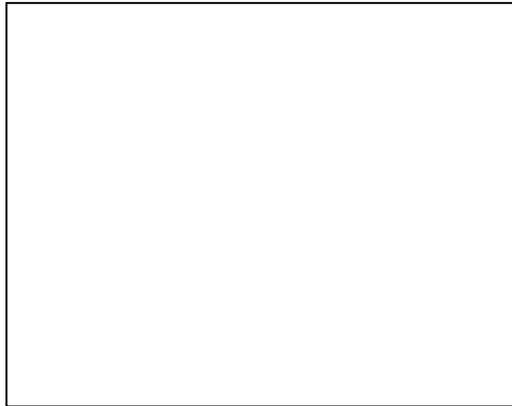


Figura 7 - Exames radiográficos apresentados (Bite Wing direito)



Figura 8 - Exames radiográficos apresentados (Outras)

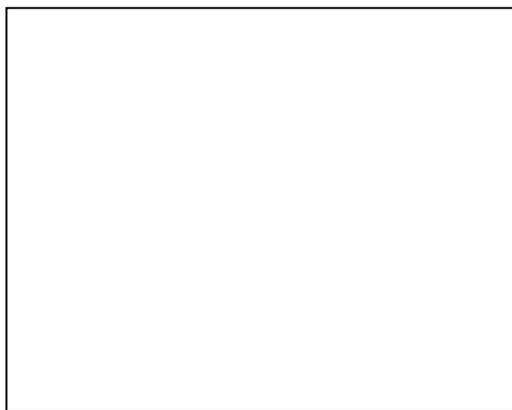


Figura 9 - Outros exames apresentados



Figura 10 - Exames radiográficos solicitados (Periapical)



Figura 11 - Exames radiográficos solicitados (Bite Wing direito)



Figura 12 - Exames radiográficos solicitados (Outras)

VII. RESPOSTA AOS QUESITOS

Quesitos do Juiz:

1. xxxx
2. xxxx
3. xxxx
4. xxxx
5. xxxx
6. xxxx
7. xxxx
8. xxxx
9. xxxx

Quesitos do Requerente:

1. xxxx
2. xxxx
3. xxxx
4. xxxx
5. xxxx
6. xxxx
7. xxxx
8. xxxx
9. xxxx

Quesitos do Requerido:

1. xxxx
2. xxxx
3. xxxx
4. xxxx
5. xxxx
6. xxxx

7. xxxx

8. xxxx

9. xxxx

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

É o relatório, S.M.J.

xxxx, 04 de novembro de 2008

Dr (a). Raquel Agostini Scoralick
CROXX - 11111

ANEXO 1

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	
CERTIFICADO-2ª VIA	
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "Perícia odontológica civil: criação de aplicativo", protocolo nº 086/2007, dos pesquisadores FRANCISCO HAITER NETO, LUIZ FRANCESQUINI JÚNIOR e RAQUEL AGOSTINI, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 07/11/2008.</p>	
<p>The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "Civil dental expertise: software development", register number 086/2007, of FRANCISCO HAITER NETO, LUIZ FRANCESQUINI JÚNIOR and RAQUEL AGOSTINI, comply with the recommendations of the National Health Council – Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 07/11/2008.</p>	
Prof. Pablo Agustín Vargas Secretário CEP/FOP/UNICAMP	Prof. Jacks Jorge Júnior Coordenador CEP/FOP/UNICAMP
<p>Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição. Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.</p>	