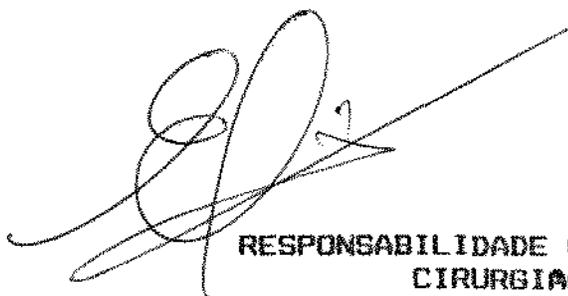


BEATRIZ HELENA SOTTILE FRANÇA 844



RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL DO
CIRURGIAO-DENTISTA

Orientador: Prof.Dr.EDUARDO DARUGE^t

TESE APRESENTADA A FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ODONTOLOGIA LEGAL E DEONTOLOGIA.

PIRACICABA-SP

1993

F844r

21860/BC

i

Decido este trabalho à memória
de meu pai que fez germinar em mim
a semente da perseverança

A minha mãe pelo carinho e
dedicação durante toda a jornada.

Ao Sérgio, Marcelo, Márcio e Mauro pelo amor, grandeza
de espírito e alegria na realização de um sonho
da esposa e mãe.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

Ao meu primeiro Mestre na Ciência Odonto-Legal
Prof. Dr. EDUARDO DARUGE, pelo carinho e generosidade
com que sempre recebeu-me e transmitiu seus
ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

- Ao Prof. Dr. ROBERTO JOSÉ GONÇALVES, Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Odontologia Legal e Deontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, pela meticolosa revisão desta tese e pela dedicação demonstrada durante todo o Curso.
- Ao Prof. Dr. MDACYR DA SILVA, Vice-Diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, que possibilitou a obtenção de grande parte da casuística.
- Ao Prof. Dr. JORGE DE SOUSA LIMA, Odonto-Legista do Instituto Médico-Legal de Belo Horizonte, Minas Gerais, pela colaboração na revista bibliográfica e casuística.
- Ao Prof. Assistente Mestre DALTON LUIZ DE PAULA RAMOS, do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pela colaboração na casuística.
- A Dr^a LAIS ZAU DE ARAUJO, Odonto-Legista do Instituto Médico Legal de Maceió, Alagoas, pela colaboração na casuística.
- Ao Prof. Adjunto CARLOS ELKE BRAGA FILHO, do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria da Universidade Federal do Paraná, pelo auxílio na revista bibliográfica.
- Ao Prof. Assistente Mestre CASIMIRO ABREU POSSANTE DE ALMEIDA, do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pela colaboração na revista bibliográfica.
- A Sra. ANA MARIA COSSA DE ARRUDA OLIVEIRA, Secretária do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de

Piracicaba, pelas inúmeras demonstrações de amizade e auxílio.

- A Srta. EDMARI BENETTI, Bibliotecária do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, que muito auxiliou na pesquisa bibliográfica.
- A Sra. MARIA APARECIDA SIMONI, pelo trabalho de digitação computadorizada desta tese.
- As Sras. DINOLY ALBUQUERQUE DE LIMA e CELIA REGINA MANESCO FANTAZIA, funcionárias do Curso de Pós-Graduação de Odontologia Legal e Deontologia desta Faculdade, pela eficiência e pelo carinho durante o decorrer do curso.

A ELES E A TODOS QUE NOS AUXILIARAM ATRAVES DE CONSELHOS,
SUGESTOES, APOIO, ORIENTAÇÃO E CRITICAS, NOSSOS SINCEROS
AGRADECIMENTOS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
3. PROPOSIÇÃO	59
4. MATERIAL	60
5. MÉTODO	91
6. RESULTADOS	92
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	102
8. CONCLUSÕES	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129

1 INTRODUÇÃO

Responsabilidade é a obrigação que tem todo ser livre de responder pelos seus atos e sofrer as consequências acarretadas pelos mesmos, SANTOS** (1957).

Segundo MARTON, citado por AGUIAR¹ (1960), a responsabilidade não é fenômeno exclusivo da vida jurídica, antes se liga a todos os domínios da vida social. Todas as pessoas no exercício ou não de uma profissão respondem pelos danos que cometem ou possam realizar em outra pessoa, através do dolo ou de culpa.

O cirurgião-dentista pela atividade que desenvolve em ambiente social, não poderia estar afastado destas cogitações.

Historicamente a responsabilidade odontológica surge com as mais primitivas legislações. No código de Hamurabi (2394 A.C.) as questões de responsabilidade aos médicos e cirurgiões são abordadas e previam penas contra aqueles que cometessem lesões corporais e matassem um homem livre ou um escravo, LUTZ⁴⁴ (1938), LEITE⁴¹ (1968), PAIXÃO⁷⁰ (1982), PANASCO⁷⁷ (1984). No Egito entre os anos de 3700 A.C. e 1700 A.C. os profissionais especialistas em olhos, cabeça, dentes e abdome deveriam respeitar um livro que continha as regras do exercício médico, RODRIGUES DORIA, apud LUTZ⁴⁴ (1938). E do Direito Romano o princípio da responsabilidade sem dolo, apenas com culpa decorrente da negligência, imperícia e imprudência. (ano 468).

DORIA apud LUTZ⁴⁴ (1938), LEITE⁴¹ (1962), PAIXÃO⁷⁰ (1982), PANASCO⁷⁷ (1984), relatam que em 1602 o Parlamento de Paris prolata o princípio da irresponsabilidade médica concernente aos acidentes no decorrer do tratamento argumentando que esta cobrança de responsabilidade entravaria o progresso da ciência médica. Estes mesmos autores não concordam com esse princípio. FAVERO⁴⁰ (1973) afirma ser um princípio absurdo. PEIXOTO⁸¹ (1936) conclama que o respeito que a sociedade deve à profissão médica só continuará justificado se além de a sentir capaz, a souber responsável.

Os cirurgiões-dentistas, ao contrário dos médicos, jamais pretenderam o privilégio da impunibilidade profissional, LEITE⁴¹ (1962).

Na França, a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista ficou estabelecida em 1609. (SALVADOR LERMAN, apud LEITE⁴¹ (1962)). Segundo AMDEDO⁸ (1898), até então, o profissional imprudente escapava da justiça. No Brasil, pelo aviso de 23 de maio de 1800, quando o Estado passou a exigir prova de habilitação através do Plano de Exames, decorreu a noção de responsabilidade legal do cirurgião-dentista. SALLES CUNHA, apud LEITE⁴¹ (1962).

Responsabilidade Civil e Responsabilidade Criminal

Num e noutro caso o agente infringe um dever. O delito civil e o delito penal distinguem-se nitidamente.

O delito penal (crime) consiste na violação do preceito instituído para a defesa da sociedade, reprimida por uma pena, GOMES⁸⁷ (1968). O direito penal vê no crime um elemento

perturbador do equilíbrio social, e contra ele reage no intuito de restabelecer esse equilíbrio necessário à vida do organismo social; CLOVIS BEVILAQUA¹⁷ (1957). A existência ou não de um prejuízo para a vítima é indiferente a sociedade; KFOURI¹⁸ (1991). O delito civil (ato ilícito) pressupõe a infração de norma que tutela o interesse privado.

CLOVIS BEVILAQUA¹⁷ (1958) vê no ato ilícito não mais um ataque à organização da vida em sociedade, mas uma ofensa ao direito privado, que é um interesse do indivíduo assegurado pela lei, e não podendo restaurá-lo procura compensá-lo satisfazendo o dano causado.

"Pode ser que o agente não tenha infringido nenhuma norma de ordem pública, entretanto, como seu procedimento causou dano a alguém, a reação da sociedade é representada pela indenização exigida pela vítima do agente causador do dano. Se a vítima permanecer inerte, nada acontece", KFOURI¹⁸ (1991).

CARDOSO JUNIOR¹⁹ (1955), relata que a diferença entre responsabilidade civil e criminal é que para "a caracterização desta o rigor é menor na apreciação da culpa, admitindo alguns autores a culpa leve para a reparação civil, e grave para a criminal". Para ORLANDO GOMES²⁰ (1968), a distinção resume-se uma questão de avaliação. O mesmo fato contrário ao direito pode ser avaliado pelos dois critérios próprios da legislação civil e da legislação penal constituindo, simultaneamente, crime e ato ilícito. Alguns atos ilícitos poderão repercutir tanto na esfera civil quanto na penal, havendo dupla reação do ordenamento jurídico, impondo a pena e o dever de indenizar,

SILVA** (1975), KFOURI** (1991).

Dispõe o art. 18 do Código Penal:

Diz-se o crime:

- I. doloso, quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo;
- II. culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.

Ninguém pode ser punido por fato previsto como crime, senão quando a pratica dolosamente.

No ensinamento de ANIBAL BRUNO** (1967), "o dolo é a forma comum e mais grave do elemento subjetivo da culpabilidade. No dolo o indivíduo sabe o que quer e decide realizá-lo consciente de que o seu querer é ilícito".

"A culpa em sentido restrito é a violação de um direito por um fato imputável mas praticado sem intenção de prejudicar. lato sensu em direito civil, a noção de culpa abrange a de dolo. A previsibilidade, segundo LOPES DA COSTA, apud LUTZ** (1938), é o traço característico diferencial entre o dolo e a culpa". JAIME SANTOS BRIZ citado por KFOURI** (1991), esclarece que a culpa é o elemento mais complicado e de difícil estudo, em que pese a simplicidade de seu sentido vulgar.

A colocação da responsabilidade no capítulo dos atos ilícitos no Código Civil** não descaracteriza a responsabilidade de indenizar quando há lesão e quando provada a culpa do agente.

O art. 159 do Código Civil dispõe: "Aquele que por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência violar

direito ou causar prejuízo a outrem fica obrigado a reparar o dano".

O Código Civil Brasileiro³⁰ não definiu a culpa, porém ao imputá-la à caracterização do ato ilícito, deu os elementos necessários à sua qualificação, dispondo que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito ou causar prejuízo à outrem, referindo-se o legislador claramente às duas espécies de ato ilícito, os dolosos e os culposos, "stricto sensu", GOMES³¹ (1968).

O art. 159 de início cogita de dolo: "ação ou omissão voluntária"; passa em seguida, a culpa: "negligência ou imprudência", KFOURI³² (1991).

Imprudência, do latim, "imprudentia", significa falta de atenção, descuido. Em termos jurídicos reveste-se de significado próprio autorizador de distinção entre os vocábulos, afastando-se do significado amplo que se encontra em imprevisão. Compreende uma desatenção culpável em razão da qual ocorre o dano, que poderia ter sido evitado ou previsto. É a falta de cautela, a afoiteza ou a precipitação no "modus operandi" em contradição com as normas do procedimento racional. PEDROTTI³³ (1992).

Negligência, do latim "negligentia", significa desprezar, desatender. É a falta de diligência na prática ou realização de um ato. Em termos jurídicos pode-se concluir pela omissão ou não observância de um dever a cargo do agente, compreendido nas precauções necessárias para que fossem evitados danos não desejados e, por conseguinte, evitáveis. É a falta de prevenção, de cuidado, ou mesmo a omissão aos deveres razoáveis dos atos que são praticados em relação a conduta

normal do "homo aedius". E a falta compreendida pela não observação possível das normas que clamam pela atenção e discernimento. PEDROTTI²⁰ (1992).

Imperícia, do latim "imperitia", significa inexperiente, não hábil. Em termos jurídicos corresponde à falta de prática ou a ausência de conhecimentos que, no exercício de determinada profissão ou de alguma arte, seriam necessários ou precisos. Diz-se em linguagem comum que a imperícia caminha ao lado dos profissionais inabilidosos ou inexperientes, de sorte que somente eles podem cometê-la, tornando-se, por isso "erro próprio" desses profissionais pela falta de conhecimentos elementares. Evidente, assim, que o agente que age com imperícia deve responder pela culpa civil e criminalmente pelo ato praticado. PEDROTTI²⁰ (1992).

Dano do latim "dammus", quer dizer de forma genérica, ofensa, mal. DE CUPIS²¹ conceitua dano como prejuízo, aniquilamento ou alteração de uma condição favorável, tanto pela força da natureza quanto pelo trabalho do homem. Deve decorrer da inobservância de uma norma. PEDROTTI²⁰ (1992) relata que na área jurídica dano corresponde ao prejuízo originário de ato de terceiro que cause diminuição no patrimônio juridicamente tutelado. Nessa configuração estão compreendidos os danos "AQUILIANOS" resultantes de ato ilícito e também os de contrato.

O nosso direito adota o princípio da culpa como fundamento da responsabilidade.

Responsabilidade profissional do cirurgião-dentista

Pela legislação vigente em nosso País, o profissional da Odontologia é responsável civil e criminalmente pelos seus atos no exercício de sua profissão. O cirurgião-dentista não está isento da responsabilidade criminal, embora essa isenção tenha sido uma aspiração de muitos, e o seja ainda. "Os crimes dolosos não devem ser considerados como resultantes do exercício de qualquer profissão, porque tais crimes, determinados pela intenção propositada do agente, não entram na classe daqueles em que o resultado delituoso se verifica em virtude de um fato profissional praticado sem a intenção de ofender a integridade da saúde ou da vida do próximo, ou sem a intenção de agravar o estado de um enfermo", CARDOSO²⁰ (1955).

Apesar dos dispositivos do Código Penal²⁰ (arts. 18, 121, parágrafos 3º e 4º, e 129, parágrafo 6º) não se referirem particularmente aos cirurgiões-dentistas, subentendem-se que, se o cirurgião-dentista é um profissional, sua responsabilidade está implicitamente prevista nesses artigos do Código Penal para os casos de negligência, imperícia, imprudência ou inobservância da regra técnica no exercício de sua profissão. Do contrário estaríamos diante de um privilégio que a Constituição proíbe, e outros profissionais poderiam reclamar a mesma isenção penal, o que seria o maior dos absurdos, porque resultaria na inoperância da lei.

Com relação à responsabilidade civil dos cirurgiões-dentistas, dispõe o art. 1545 do nosso Código Civil²⁰:

"Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que da imprudência, negligência, ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir, ou ferimento".

O cirurgião-dentista responde por culpa pelas suas faltas.

Várias são as classificações das faltas no exercício da profissão da área médica ROJAS²² (1953), ALVES²³ (1965), ALVARADO²⁴ (1983). LACASSAGNE as classifica em: pesadas, graves voluntárias. ZACHIAS, em culpa latissima, latiora, lata, levia e levíssima. DUBRAC, em por comissão e por omissão. KUHNER as classifica em ativas e passivas, apud, ARBENZ²⁵ (1959). LUTZ²⁶ (1938) divide os erros profissionais em:

1. erros e acidentes na anestesia;
2. erros de diagnóstico;
3. erros de tratamento;
4. erros de prognóstico;
5. faltas de higiene;
6. erros de perícia.

LEITE²⁷ (1962), NORONHA²⁸ (1966), FAVERO²⁹ (1973), querem que a responsabilidade do profissional seja somente pela falta grave e inexcusável, pelo erro grosseiro, pela grande negligência, a temerária imprudência, ou a crassa ignorância. GRAÇA LEITE expõe que "o insucesso terapêutico, por mais decepcionante que possa ser, não constitui, desde que o tratamento se tenha feito dentro das regras científicas em voga, nenhuma culpa profissional". AZEVEDO³⁰ (1934) e CARDOSO JUNIOR³¹ (1955) não são partidários da culpa levíssima para os casos de responsabilidade dos profissionais da área médica.

Relata AZEVEDO²⁶ (1934) que a responsabilidade civil dos profissionais é maior e deve ser apreciada com muito mais rigor, e que desde que se verifique a mínima culpa, existe o substrato jurídico base do procedimento civil para indenização. KFOURI²⁷ (1991) afirma que se tratando de vida humana não há lugar para culpas "pequenas", que a culpa ainda que levíssima obriga a indenizar.

Os autores LEITE²⁸ (1962), BRUNO²⁷ (1967), AZEVEDO²⁶ (1973), FAVERO²⁸ (1973), BONNET²² (1980) relatam que o dolo nunca é causa de responsabilidade propriamente profissional na área médica. Apesar do Código Civil Brasileiro²⁹ colocar a responsabilidade odontológica dentre os atos ilícitos, não mais acende controvérsias ser a responsabilidade dos cirurgiões-dentistas de natureza contratual. LUTZ⁴⁴ (1938), CARDOSO²⁷ (1955), MAGALHÃES⁴⁴ (1980), SILVA e CALVIELLI²² (1988), BITTAR²¹ (1991), ARAUJO⁴ (1991).

Predomina entre os doutrinadores que a idéia de que o cirurgião-dentista responde por culpa, não importa na negação da existência de um contrato entre o cirurgião-dentista e seu paciente. A obrigação de reparar o dano sempre existirá, seja produzida dentro ou fora do contrato.

Quanto à natureza da obrigação do cirurgião-dentista há controvérsias. Para o médico a obrigação é de meio, ou seja, o profissional obriga-se a esforçar-se para obter a cura, mesmo que não a consiga. Na obrigação de resultados o profissional obriga-se a um determinado fim, o que interessa é o resultado dessa atividade, sem o que não terá cumprido a obrigação.

Alguns autores, LEITE²¹ (1962), SILVA e CALVIELLI²² (1988), TOMMASINO²³ (1990), afirmam ser de meio a obrigação do cirurgião-dentista. Outros, MENEGALE²⁴ (1933), LUTZ²⁵ (1938), AGUIAR²⁶ (1960), BITTAR²⁷ (1991) e ARAUJO²⁸ (1991) acreditam ser obrigação de resultados. SILVA e CALVIELLI²² (1988) expõem que esse pensamento se deve ao fato da Odontologia até pouco mais de cem anos ser uma ocupação indiferenciada, que os autores que tratam do assunto baseiam-se no trabalho de MENEGALE²⁴ (1933) e LUTZ²⁵ (1938) da década de 30. Relatam os autores, que os pesquisadores da área odontológica não se preocuparam ainda em apresentar pesquisas científicas destinadas a demonstrar, com finalidade jurídica, a imprevisibilidade das respostas biológicas a determinados tratamentos. ARAUJO²⁸ (1991), BITTAR²⁷ (1991), afirmam que a Odontologia, na maioria dos casos, possui condições de garantir um resultado positivo responsabilizando os avanços tecnológicos na área.

Os elementos constitutivos da responsabilidade profissional do cirurgião-dentista são:

1. AUTOR - Se requer que seja um cirurgião-dentista legalmente habilitado para o exercício da Odontologia;
2. O ATO - Deve tratar-se de uma ação efetuada em seu caráter profissional;
3. AUSÊNCIA DE DOLLO - Elemento subjetivo que consiste na demonstração da existência de culpa, do autor;
4. EXISTÊNCIA DE DANO - Elemento objetivo que consiste no prejuízo causado à vítima, pelo ato profissional;
5. RELAÇÃO CAUSAL - Deve ficar bem demonstrado que o dano existente é consequência direta do ato profissional.

LUTZ⁴⁴ (1938), ROJAS⁴⁵ (1953), ARBENZ⁷ (1959), LEITE⁴¹ (1962), ALBUQUERQUE² (1969), FAVERO⁴⁰ (1973), MAGALHAES⁴⁶ (1980), expõem que destes cinco elementos, os três últimos são essencialmente de suporte pericial; são, sobretudo, decisivos o terceiro e o quinto, que resultam ao mesmo tempo os mais delicados e difíceis.

O aumento crescente de ações indenizatórias contra profissionais cirurgiões-dentistas com o objetivo de reparar danos causados por esses profissionais citados na literatura brasileira, em menor número e, na literatura estrangeira, com maior frequência, bem como, o acesso a um grande número de laudos periciais de ações dessa mesma natureza envolvendo cirurgiões-dentistas, nos motivou a estudar a responsabilidade civil e criminal dos cirurgiões-dentistas com o objetivo de se poder orientá-los no sentido de se evitar, na medida do possível e dentro das prerrogativas legais, os processos contra esses profissionais.

2 REVISTA DA LITERATURA

Ao realizarmos o levantamento bibliográfico referente a responsabilidade civil e criminal do cirurgião-dentista, verificamos a existência de um número relativamente pequeno de trabalhos nacionais. O maior número de trabalhos se encontra na literatura estrangeira. No Brasil, escreveu-se mais sobre a responsabilidade médica.

AMDEDO², em 1898, embora mais interessado na parte pericial da cobrança da responsabilidade profissional, relata que enquanto a arte dentária não era submetida à regulamentação, o profissional imprudente escapava da justiça. Mas, depois da fundação das escolas dentárias, e do reconhecimento, pela lei, da profissão de cirurgião-dentista, em caso de negligência ou de faltas graves, o cliente poderá chamar o profissional nos tribunais, e reclamar reparação pelos danos causados. Que convém ao cirurgião-dentista conhecer os acidentes e preveni-los, por essas razões há necessidade do cirurgião-dentista conhecer as várias situações de culpa profissional no sentido de poder evitá-las.

PEIXOTO³, em 1936, refere-se à pretensão e o desejo dos médicos, ainda nessa época, de uma irresponsabilidade absoluta. Isso porque, na opinião de alguns, a responsabilidade entravaria o progresso da medicina e poderia causar prejuízo ao próprio paciente porque impediria o médico de tentar a prática de algum meio excepcional para salvar a vida desse doente. O autor escreve que "o respeito que a sociedade deve à profissão médica só continuará justificado se além de a sentir capaz, a souber responsável".

ROJAS⁴⁴, em 1936, escreveu sobre o princípio geral da responsabilidade sobre a situação psicológica do autor do dano, se intencional ou não (dolo ou culpa). No primeiro, quando passivo de pena (prisão ou multa), e no segundo deverá pagar uma reparação em dinheiro. Comenta a legislação argentina que estabelece a responsabilidade profissional do médico compreendida, tanto no civil como no criminal, dentro das prescrições gerais sobre a culpa (negligência, imprudência e imperícia). Classifica os elementos constitutivos da responsabilidade da arte de curar, desde o ponto de vista doutrinário e com fins docentes em:

1. AUTOR - Se requer que seja um profissional vinculado à arte de curar. Em primeiro plano, médico, parteira, dentista, farmacêutico;
2. ATO PROFISSIONAL - Deve tratar-se de uma ação efetuada em seu carácter profissional;
3. ELEMENTO SUBJETIVO - Consiste na demonstração da existência de "culpa" do agente;
4. ELEMENTO OBJETIVO - Consiste no prejuízo causado à vítima pelo ato profissional;
5. RELAÇÃO CAUSAL - Deve ficar bem demonstrado que o dano existente é consequência direta do ato profissional.

Relata o autor que destes cinco elementos os três últimos são essencialmente de suporte pericial; são, sobretudo, decisivos o terceiro e o quinto, que resultam ao mesmo tempo os mais delicados e difíceis.

FAVERO⁴⁵, em 1938, afirma que o profissional deve responder pelas faltas cometidas no exercício de sua

profissão. Trata a doutrina da irresponsabilidade como absurda. Que os receios dos médicos quanto aos argumentos principais dos partidários dessa corrente não se justificam, pois os juizes se manifestam apenas depois de ouvirem os próprios médicos como peritos, e de outro lado, a justiça argói apenas da imprudência, imperícia e negligência do profissional, quer dizer, das faltas graves destes sem em absoluto pretender, direta ou indiretamente, embaraçar-lhe a ação benéfica e humanitária. Afirma ainda, que há muita condescendência com os médicos. A noção da responsabilidade estimulando a prudência, a perícia, a dedicação, é uma garantia para a própria medicina que assim será extremamente beneficiada.

LUTZ⁴⁴, em 1938, é o autor da primeira monografia sobre o tema no Brasil. Ele inicia sua obra perguntando se o erro profissional em Odontologia deve ao não ser discutido. Afirma que esta polêmica abre o campo à discussão nas faculdades e academias, e que enquanto a Odontologia Legal não ensinar ao cirurgião-dentista quais os perigos a que estão sujeitos na sua vida profissional, estará carecendo de significado prático. Ressalta que sua obra de codificação e estudo dos erros profissionais odontológicos, tem esse objetivo. Afirma também, que a doutrina da responsabilidade reprime unicamente a leviandade, a inconsciência e a má fé, não exige a infalibilidade dos que a praticam. O autor faz um relato do histórico da responsabilidade pelos erros profissionais, desde o Código de HAMURABI que é uma das mais antigas coleções de leis da antiguidade oriental com textos referentes às lesões corporais e aos erros médicos. Essa obra relata a história da

responsabilidade médica no Egito entre os anos de 3700 AC e 1700 AC, que possuíam um livro contendo os preceitos da arte médica, que uma vez não cumpridos, sofreriam consequências as mais funestas (RODRIGUES DORIA). Relata, ainda, que surgiu em Roma o princípio da responsabilidade sem dolo, apenas com culpa decorrente da negligência, imprudência e imperícia. Esta tornou-se clara com o florescimento do Direito Romano, estabelecendo que não cabe ao médico culpa pela contingência natural da morte, mas sim, pelos resultados de sua imperícia. E do Direito Romano o conceito de que a grande negligência importa em culpa, e a negligência excessiva em grande culpa, ou seja, o desconhecimento daquilo que todo o profissional sabe equivale a uma grave culpa, podendo importar em dolo. Em 1602, o Parlamento de Paris declara que os médicos e cirurgiões não são responsáveis pelos acidentes que sobrevêm no decurso do tratamento (RODRIGUES DORIA). O autor relata que à época da redação da monografia, a totalidade dos países dispunham de legislação penal e civil aplicáveis à negligência, imperícia e imprudência. O autor faz comentários sobre a legislação vigente na época, em relação à responsabilidade civil e criminal do cirurgião-dentista. LACASSAGNE, citado por LUTZ⁴⁴, fundamenta a culpa de um profissional habilitado considerando a existência de falta profissional, resultado danoso para o paciente e uma relação entre causa e efeito danoso. LUTZ⁴⁴ divide os erros profissionais em:

1. Erros e acidentes na anestesia;
2. Erros de diagnóstico;
3. Erros de tratamento;

4. Erros de prognóstico;
5. Falta de higiene;
6. Erros de perícia. O autor cita 83 casos de erros e acidentes em Odontologia.

AGUIAR¹, em 1954, expõe que, se a responsabilidade médica decorre de uma obrigação de meios, e só excepcionalmente se manifesta por força de obrigação de resultado, não é possível dizer-se o mesmo da responsabilidade do cirurgião-dentista. O autor relata comentários de outros autores, sendo de opinião que é impossível contestar a existência da falta profissional ou erro técnico ao lado da falta ordinária, afirmando que não há fundamento para tratar diferentemente uma e outra espécie de falta.

CARDOSO Jr.^{2*}, em 1955, discutindo a responsabilidade profissional com as opiniões de outros autores, relata que os princípios da responsabilidade médica sempre tiveram guarida em todas as legislações antigas. O autor não é partidário da culpa levíssima para os casos de responsabilidade médica. Afirma que a obrigação contratual do médico é a obrigação de fazer, como deveria ser feito; havendo dano, fica este obrigado à indenização. O autor afirma que o dolo nunca é causa de responsabilidade propriamente profissional do médico. Relata que a diferença entre a responsabilidade civil e criminal é que para a caracterização desta, o rigor é menor na apreciação da culpa, admitindo alguns autores a culpa leve para reparação civil, e grave para a criminal.

MICHELIS^{3*}, em 1958, faz uma avaliação das lesões do aparelho dentário na sede da responsabilidade civil. O autor após recordar o valor atribuído aos dentes, individualmente,

na função mastigatória, revela a importância do coeficiente de antagonismo, a possibilidade os limites da reintegração protética e a necessidade de renovação da prótese. O autor apresenta uma avaliação da incidência do dano dentário sobre a capacidade laborativa, recordando que sobre tal avaliação incide o estado da dentadura anterior ao evento lesivo, a idade, o sexo, a profissão e a posição social do lesado.

ARBENZ⁷, em 1959, considerou que a responsabilidade do médico, e por extensão a do cirurgião-dentista, constitui uma necessidade. Adapta as faltas médicas à Odontologia, citando as classificações de: LACASSAGNE, em pesadas, graves e voluntárias; ZACHIAS, em culpa latíssima, latiora, lata, levia e levíssima; DUBRAC, em comissão e omissão; KUHNER, ativas e passivas. No que tange ao erro, deve-se considerar: erros de diagnóstico, de tratamento e de dosagem. Cita os elementos que consubstanciam a responsabilidade profissional: o agente, o ato profissional, ausência de dolo, existência de dano e nexo entre causa e efeito. Sobre a responsabilidade profissional criminal, cita os artigos referentes do Código Penal. Sobre a responsabilidade profissional civil, cita os artigos referentes do Código Civil.

MEIRA⁸, em 1960, faz algumas considerações sobre o aspecto odontológico do choque, observando que o cirurgião-dentista em sua clínica tem oportunidade de se defrontar com alguns tipos como o hemorrágico, os psíquicos-emocionais, os cirúrgicos e os choques anestésicos. O autor ressalta a lei 1314 de 17 de janeiro de 1951, que atribuiu ao Cirurgião-Dentista o direito de estabelecer o tratamento. Chama a atenção também, para o fato de que havendo perigo de vida o

choque se inclui no item II do parágrafo primeiro do art. 129 do Código Penal. Porém, para o cirurgião-dentista ser responsabilizado deverá se consubstanciar os cinco elementos da responsabilidade.

LEITE⁴¹, em 1962, relata que o princípio da responsabilidade profissional do cirurgião-dentista ficou estabelecido no Brasil, segundo SALES CUNHA, pelo aviso de 23 de maio de 1800, que determinava a execução do Plano de Exames, onde seriam examinados não só os que se dispusessem a exercer a arte da obstetrícia, da catarata, etc., como também os cirurgiões herniários, os sangradores e os dentistas. O autor acha justo que o cirurgião-dentista responda pelos atos prejudiciais que haja cometido no exercício da profissão por imprudência, negligência ou imperícia, mas que deve-se contudo advertir que tal delito exige que a falta seja grave e inexcusável. Escreve o autor: " O insucesso terapêutico, por mais decepcionante que possa ser, não constitui, desde que o tratamento se tenha feito dentro das regras científicas em voga, nenhuma culpa profissional". Afirma que em nossa profissão não se assume a obrigação de resultados e sim de meios. (o grifo é nosso). Relata que a casuística brasileira de ações judiciais de responsabilidade profissional do cirurgião-dentista é escassa.

INGLE⁴², em 1962, realizou um trabalho de avaliação dos tratamentos endodônticos, com a finalidade de se determinar a porcentagem de êxito desses tratamentos. Relata que a primeira pergunta a formular-se em qualquer disciplina ou técnica em Odontologia, é o grau de êxito que é presumível esperar com a mesma e, que o êxito por sua vez, deve medir-se em função do

tempo; êxito à distância em contraposição ao êxito imediato. Relacionando as causas de fracassos de tratamentos endodônticos, o autor mostra através de tabelas, que 58% deles se deve à obturação incompleta dos condutos radiculares.

ALVES⁴, em 1965, publicou em sua obra de Medicina Legal e Deontologia, um capítulo sobre a responsabilidade médica. Divide os erros profissionais em:

1. Erro de diagnóstico:

- a) exame feito com técnica defeituosa, revelando incompetência ou descaso;
- b) interpretação errônea dos dados semiológicos, embora corretamente obtidos.

2. Erros de tratamento:

2.1 por ação

- a) escolha de tratamento impróprio;
- b) emprego de medicamentos contra-indicados, perigosos ou trocados;
- c) erro nas dosagens dos medicamentos;
- d) erro de técnica nas intervenções cirúrgicas ou ortopédicas.

2.2 por omissão:

falta de hemostase numa hemorragia; omissão de uma transfusão de sangue; falta de higiene propiciando o contágio de doenças infecto-contagiosas.

SARNER⁵, em 1965, escreve que todas as questões de responsabilidade profissional podem ser respondidas pelo cirurgião-dentista por uma pergunta feita a ele mesmo: "O que um razoável e prudente cirurgião-dentista faria sob a mesma ou similar circunstância". O ato do cirurgião-dentista deve ser o

mais próximo do padrão de cuidado e qualidade para se proteger. O cirurgião-dentista é legalmente obrigado a ter destreza e perícia; informar o paciente para obter o consentimento bem como sobre os acidentes; fazer anamnese; não garantir o resultado mas, assegurar que o paciente receberá bons serviços; não abandonar o paciente; tem obrigação legal de indicar especialista; o cirurgião-dentista é o proprietário das radiografias (são sua melhor defesa); a posse da dentadura é do paciente; o cirurgião-dentista é responsável pelos atos profissionais de seus empregados. O autor relata que para o consentimento ter valor são necessários: que o paciente assine com conhecimento dos fatos pertinentes; que tenha capacidade para consentir e que seja para determinados tratamentos. Um menor de idade é considerado incapacitado para consentir. A outorga feita pelo paciente em que autoriza "a realizar todo tratamento que julga necessário e como lhe pareça necessário", é chamado de consentimento "em branco", não se considera como legítimo e seu valor legal é muito relativo. Não se dá valor legal para aqueles casos em que o paciente assina uma nota de consentimento prometendo não processar o profissional se este incorrer em negligência profissional: se houver esta última, o profissional será executado "por conspirar contra os direitos da comunidade". Em caso de extração desnecessária de dentes, embora a pedido do paciente e, mesmo com o consentimento por escrito, o cirurgião-dentista estará incorrendo em falta grave do ponto de vista moral e legal. O autor, ressalta que nos Estados Unidos da América do Norte, quando o cirurgião-dentista está em perigo de reclamação, deve contactar-se com

sua companhia de seguros imediatamente. Não deve nunca tentar tratar do caso pessoalmente.

BRUNO²⁷, em 1967, afirma que a cada homem incumbe o dever de praticar os atos da vida com cautelas necessárias para que o seu atuar não resulte dano a bens jurídicos alheios. O atuar sem cautelas e prevenções devidas, segundo as circunstâncias, viola esse dever e põe o agente no caminho do fato culposo. Culpa, segundo o autor, é a forma mais atenuada do elemento psicológico-normativo da culpabilidade. O resultado de dano ou de perigo que configura o crime não é querido nem previsto, ou se previsto o agente não anuiu a que ele ocorra. Consiste a imprudência na prática de um ato perigoso sem os cuidados que o caso requer. A negligência, na falta de observância de deveres exigidos pelas circunstâncias. A imperícia consiste na falta de aptidão técnica, teórica ou prática para o exercício de uma profissão. Há erro escusável e não imperícia sempre que o profissional empregando correta e oportunamente os conhecimentos e regras da sua ciência, chega a uma conclusão falsa, possa embora daí advir um resultado de dano ou de perigo. O dolo é a forma mais comum e mais grave do elemento subjetivo da culpabilidade. No dolo o indivíduo sabe o que quer e decide realizá-lo, consciente de que o seu querer é ilícito. O nosso Código define o dolo com a expressão: quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo.

ALBUQUERQUE²⁸, em 1969, chama a atenção do cirurgião-dentista para o conhecimento dos limites de seus direitos e de suas obrigações. Evidencia que para a formação de uma boa consciência profissional o cirurgião-dentista não deve

desconhecer as leis, decretos e portarias, etc., que estejam direta ou indiretamente vinculadas ao exercício da profissão. O desconhecimento dos dispositivos legais não constitui defesa para o acusado. O autor faz uma breve exposição de algumas normas próprias ou específicas da Odontologia, e outras que mesmo não lhe sendo inerentes, porque são destinadas a outros fins, se aplicam aos problemas da classe. Sobre a responsabilidade profissional o autor comenta o art. 15 do Código Penal, e conceitua os elementos da culpa.

CIONE²⁴, em 1969, num trabalho sobre a licitude jurídico-penal das intervenções odonto-médico-cirúrgicas, afirma que imperito é quem não possui o cabedal normalmente indispensável a determinada atividade. Inexistindo essa ignorância não haverá imperícia, mas poderá haver erro profissional, que geralmente é excusável.

LEVINSON²⁵, em 1970, relata que as pessoas estão "jurídico conscienciosas" e "econômico-conscienciosas", e a maior frequência de casos de queixas do paciente são: extrações, infecções, raízes retidas, hemorragias, cortes por discos, pedras e instrumentos de alta rotação, cortes e queimaduras químicas, agulhas quebradas, quebra de contrato e deglutição de instrumentos. O autor relaciona várias recomendações para se prevenir da responsabilidade profissional.

CIONE²⁶, em 1972, invoca a relação íntima entre a Odontologia Legal e o Direito sob vários aspectos, afirmando que a Odontologia Legal firma-se no campo do Direito na aplicação da Lei, na orientação dos magistrados, não só na órbita do Direito Penal como no Civil e no Trabalhista.

FORBES e WATSON²⁷, em 1975, destinam um capítulo sobre responsabilidade onde dão ênfase ao consentimento do paciente. Ressaltam que havendo dano por parte do ato profissional, o cirurgião-dentista responderá por negligência, tanto na área civil como na criminal. Na área civil, a extensão da responsabilidade depende da quantificação do dano e na área criminal do grau de negligência que o profissional cometeu.

SILVA²⁸, em 1975, relata que o cirurgião-dentista pode estar sujeito a quatro esferas de responsabilidades independentes, porém, interligadas juridicamente. Na responsabilidade criminal as ações são independentes, ocorrem em varas ou órgãos próprios, podendo todavia peças de um processo servirem para instruir outro. A única vinculação é do processo civil com o criminal. A condenação criminal obriga a indenização civil. Recomenda o autor, cuidados que devem tomar os cirurgiões-dentistas quando lidarem com substâncias tóxicas ou que causem dependência física ou psíquica. Geralmente tem gravíssimas repercussões legais.

STINSON²⁹, em 1977, expõe que talvez um dos principais fatores que tem contribuído para o aumento de processos contra os cirurgiões-dentistas seja o crescente senso de desconfiança da sociedade americana contemporânea em relação a estes profissionais. A maioria dos pacientes reclama que não foram suficientemente informados para dar consentimento. De acordo com a doutrina do consentimento informado o dentista deve:

1. descrever o suposto tratamento em termos e linguagem que o paciente entenda;
2. explicar todos os riscos que podem resultar do tratamento;

3. discutir outras alternativas de tratamento. Quanto a seleção de pacientes, o autor explana que o cirurgião-dentista pode escolher o seu paciente, porém, uma vez mantida a relação paciente-profissional, não poderá abandoná-lo, porque se algum dano resultar, o cirurgião-dentista será responsabilizado. A falha no diagnóstico, fazendo diminuir as chances de cura do paciente, é considerada negligência. Relata que radiografias são a melhor defesa dos cirurgiões-dentistas.

MONGINI⁷³, em 1977, faz uma relação das alterações nas Articulações Têmporo-Mandibulares com as alterações na oclusão, e conclui que a remodelação dos côndilos dentro de certos limites, pode ser considerada como adaptação funcional das Articulações Têmporo-Mandibulares na nova situação oclusal. Pode ser considerada também, uma precursora distante da síndrome dor-disfunção em alguns indivíduos. Em outros porém, é razoável supor que ocorreu uma readaptação satisfatória, não aparecendo os distúrbios.

HARTLEY⁸⁷, em 1978, descreve sua preocupação com as lesões oculares e a proteção do cirurgião-dentista durante os procedimentos odontológicos de rotina. Cita casos de lesões durante a instrumentação, no uso de turbinas de alta rotação, na manipulação de instrumentos e medicamentos e durante a remoção de cálculos dentários. Além da lesão, relata as infecções sérias durante irrigações de canais, aspirações de instrumentos pelo paciente devido a ausência do dique de borracha. Casos de acidentes automobilísticos por diplopia após injeção de anestesia palatina; danos oculares por radiação.

DARUGE e MASSINI⁴², em 1978, quando expõem os vários tipos de faltas consideradas por vários autores, afirmam que estas faltas podem perfeitamente ser enquadradas no conteúdo do art. 18, I e II do Decreto-lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940 do Código Penal. Os autores afirmam que "a Odontologia é a profissão das minúcias. A simples inobservância do restabelecimento dos pontos de contato interproximais dos dentes ou da obturação total dos canais radiculares poderão acarretar a perda desses elementos dentais, causando conseqüentemente danos aos pacientes".

BONNET⁴³, em 1980, enfocou a responsabilidade médica como uma variedade de responsabilidade profissional, alcançando não só o médico mas também, todo aquele que exerce a arte de curar. Escreve o autor: "Servirá para se descobrir a ineficiência de um médico, o tipo comum da perícia normal, em segundo, o que o primeiro fez e o que os outros haveriam feito em seu lugar". Relata que a responsabilidade médica propriamente dita é culposa, não dolosa. Segundo o Código Civil argentino, o ato ilícito é denominado delito, equivalente ao delito doloso, e ao lado deste, existe outro que não é delito, porque o agente não teve a intenção de causar dano; a esta variedade de ato ilícito se chama "quase delito", é o resultado de uma imprudência, imperícia ou negligência, quer dizer, de uma culpa. O Código Civil por intermédio da figura do "quase delito" enquadra o profissional médico e o obriga a reparar os danos resultantes de sua negligência, imperícia ou imprudência.

MAGALHAES⁴⁴, em 1980, ao estudar o dano estético, preocupa-se com a proteção maior aos direitos da pessoa

humana, dentre esses, o direito à integridade física em sua dimensão estética. A autora defende a tese de que o principal elemento na configuração do dano estético é a dor moral, que não possa ser superada por tratamento ou operações, que acarreta "enfeamento" pela modificação permanente na aparência externa, seja qualquer "transformação" da pessoa, não tendo mais ela a aparência que possuía antes; diferente da lesão deformante do Direito Penal. Afirma a autora que o dano estético pode ter sua origem não só nos atos ilícitos, mas também nos contratos quando um vínculo entre ofensor e vítima já existia, como no caso do dano estético cometido por médicos, dentistas e durante o transporte de pessoas. Os dentistas, dentre outros profissionais citados pela autora, podem também causar graves danos estéticos por negligência, imperícia e imprudência no exercício de sua profissão. Sua responsabilidade é contratual e as obrigações acessórias a esse contrato podem ser de meio ou de resultado. (o grifo é nosso). No campo civil a responsabilidade é medida pela extensão do dano e não pelo grau de culpa, podendo mesmo a culpa levíssima gerar a obrigação de indenizar. No penal a situação se apresenta diferente, pode haver pena sem ter havido dano (tentativa de determinado crime).

ALVARADO³, em 1983, relaciona as causas mais frequentes de erros médicos, segundo ROSE:

1. Demora no diagnóstico;
2. erros no diagnóstico;
3. consequências fatais na realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;
4. acidentes terapêuticos;

5. agravação da enfermidade primária;
6. tratamento incompleto;
7. cuidados ou acompanhamento inadequado ou errôneo.

E classifica as situações em que o médico pode ver-se enfrentando a lei:

1. Iatrogenia ou falibilidade impune;
2. tratamento inadequado ou responsabilidade culposa;
3. responsabilidade dolosa.

O autor afirma que em seu país (Costa Rica) a causa mais frequente de exercício inadequado da profissão, é a negligência.

GILBOE²², em 1983, num trabalho sobre terapia da Articulação Temporomandibular relata que numa preliminar mudança de posição do côndilo o paciente pode apresentar sintomas, e que esses não significam que a terapia seja ineficiente, pelo contrário, é um positivo indicador de que a reparação está ocorrendo.

TAMBURUS²⁴, em 1983, faz uma análise estritamente radiográfica das obturações de condutos radiculares classificando-as como sucesso ou insucesso. Relata o autor que a obturação dos condutos radiculares dos dentes submetidos ao tratamento endodôntico tem sido a constante preocupação dos especialistas no assunto. O autor conclui que muitos insucessos endodônticos são consequência de falhas técnicas, que a radiografia como método de informação de diagnóstico, e na avaliação dos sucessos e insucessos de um tratamento endodôntico é limitado.

PANASCO²⁷, em 1984, relata uma série de fatores que acredita, ensejam aos profissionais da medicina uma condição

oligárquica, face a todas as demais profissões. Expõe o autor que a responsabilidade médica está codificada no título II, que referencia os atos ilícitos e que portanto, tecnicamente, o médico em relação à sua atividade se circunscreve a uma responsabilidade extracontratual, o que, doutrinariamente, não ocorre. O autor afirma que embora o tecnicismo, não há dúvida na aceitação da existência de uma responsabilidade contratual, que se exige no momento em que o médico é solicitado para o compromisso profissional. Revela o autor que esse encerra uma obrigação de meios ou de resultados de acordo com a especialidade.

FREITAS, et. al⁴⁷, em 1985, relatam as opiniões de vários autores sobre a reabsorção óssea e radicular como consequências de tratamentos ortodônticos. Descrevem os vários tipos de forças e duração das mesmas, que devem ser utilizadas pelos ortodontistas na movimentação de dentes, no sentido de se evitar a produção de lesões odontológicas. Os autores acreditam que existe uma força ótima para cada paciente e cabe ao ortodontista, experimentando, descobri-la.

FRANÇA⁴⁸, em 1985, relata que "o médico vem enfrentando constantemente situações novas diante das quais as fórmulas tradicionais nem sempre lhe asseguram a certeza de uma correta tomada de posição. Os aspectos morais e a conduta médica do cotidiano e a sua responsabilidade ante os indivíduos e a sociedade estruturam-se de acordo com a necessidade permanentemente em evolução. "Hoje, escreve o autor, "competência profissional" é sinônimo de conhecimento especializado, o paciente está voltado mais para o aspecto científico e das positivities terapêuticas, que para o relacionamento

afetivo". Expondo os elementos da responsabilidade medica, quando trata da imprudência, o autor relata que "não se deve caracterizar como delito culposo o insucesso diante de um ato médico justificável e intransferível, quando há precariedade de meios, quando o agente está no cumprimento do dever legal ou no exercício regular de direito, ou quando os recursos utilizados são postos à disposição por meios moderados". Quando trata da imperícia, o autor relata que "é extremamente difícil alguém pensar em imperícia de um homem que traz nas mãos um diploma de doutor, porque nunca se poderia supor incompetência profissional em que é portador de um diploma que lhe outorga condições de livre desempenho de sua atividade".

GREGG²⁴ et. al, em 1986, abordam a lesão ocular como tema da responsabilidade profissional. Relatam os autores que o profissional pode ser legalmente responsável por lesões oculares sofridas durante a prática odontológica, as quais poderiam ser prevenidas com equipamentos próprios. Os profissionais tem obrigação, não somente de protegerem-se mas também seus pacientes contra doenças transmissíveis como AIDS, hepatite, doenças venéreas. Afirmam que, raiva, medo, ganância e rejeição são os motivos para levar o paciente para o tribunal contra o profissional. Relatam os autores que as melhores defesas contra os processos de tratamento inadequado são a ficha clínica, referências apropriadas e conhecimentos legais. O padrão de cuidados é determinado pelo grau de cuidado e destreza, o qual poderia ser esperado de um prudente profissional de mesma experiência o padrão. Para determinar se um profissional de saúde é negligente, o queixoso deve estabelecer que:

1. deve ter razoável cuidado para evitar previsível dano;
2. a quebra do padrão de cuidado, como estabelecido por lei, produziu um previsível dano. Estas condições devem existir, concorrendo para produzir a causa da ação. O ônus é do queixoso mostrar se há vínculo entre a quebra do padrão e a lesão. Negligência do queixoso e falha para provar a conduta do profissional, podem contribuir para aliviar os fatores. A omissão, no caso do profissional não ter seguido procedimentos para salvar o paciente, é a segunda possibilidade de negligência, isto é, ato de omissão. O tribunal considera três elementos essenciais de negligência:

- a) Dever de cuidado entre dentista e paciente;
- b) a quebra do padrão de cuidado;
- c) dano razoável e previsível como resultado.

BRÍÑON²⁰, em 1986, faz um comentário sobre os conceitos de culpa no âmbito do Direito Penal, procurando estender esses conceitos para o campo odontológico. Segundo a autora, dolo exige, para consumir a figura delitual, a intenção de produzir um resultado danoso. No delito culposos, basta que esse resultado haja sido previsto ou ao menos que seja podido prever-se. Culpa é falta de previsão de um resultado tipicamente antijurídico que poderia e devia ter-se previsto ao fazer. O pensamento da autora é de que toda a tese que se proponha fundamentar a punibilidade culposa tratando de encontrar um nexos sociológico entre a ação e o resultado tipicamente antijurídico, se afasta da realidade. A culpa não se pune porque o sujeito carece da possibilidade de prever um resultado, em porque tenha feito, obstante a possibilidade de

previsão, e sim porque não exerceu sua capacidade de prever ou mais exatamente, não ajustou sua conduta às exigências da vida em comum, por não haver usado de sua capacidade de reflexão, criando assim um risco desnecessário.

Negligência é a falta de precaução ou indiferença pelo ato que se realiza. Nesta hipótese, tanto maior será a negligência quanto mais precaução requer a natureza de dito ato. A autora acha que não é lógico exigir-se a mesma precaução a quem executa atos cuja responsabilidade é de natureza diferente.

Imprudência implica em um fazer que leva consigo um perigo. O imprudente realiza um ato que as regras da prudência indicam não fazer. Imperícia deve-se produzir no desempenho da atividade de profissão que constitui o meio de vida do sujeito para o qual esta facultado, sem que seja necessário para considerá-lo arte ou profissão, que se requeram estudos especiais ou título habilitante.

A autora cita como exemplos de negligência: não prevenir a queda de instrumentos na região faríngea; não controlar o pós-operatório; não advertir sobre os riscos previsíveis após realizados determinados trabalhos. Exemplos de imperícia: erros graves de diagnóstico, que trazem incorreta indicação terapêutica; falhas grosseiras de técnicas operatórias, como cortes no rosto, secção de artérias coronárias por discos, etc. De imprudência: realizar cirurgias sem necessidade; acomodar o paciente incorretamente na cadeira, etc.

GIBILISCO²¹, em 1986, faz um comentário conceitual sobre os vários tipos e causas de reabsorção radicular

apresentadas por outros autores. Segundo o autor, o exame físico de portadores de reabsorção, que não revelou nenhuma enfermidade sistêmica, o traumatismo parece ser o mais importante fator local na produção da mesma.

CROSBY e CROSBY⁴¹, em 1987, relataram que um entre doze ortodontistas poderá estar sujeito a um processo jurídico por tratamento inadequado, segundo a MEDICINAL PROTECTIVE CO. uma grande companhia de seguros dos Estados Unidos da América do Norte. Informam os autores, que entre 1978 e 1982 houve um crescimento de 200% em prêmios de seguros de responsabilidade profissional. A ADA registra um crescimento de 100% em 1986 no seu PROFISISONAL PROTECTOR PLAN. Em meados de 1986 existiam 18 casos de apelação envolvendo ortodontistas por tratamento inadequado. Na baixa corte (correspondente a primeira instância em nosso país), treze dos dezoito casos, o ortodontista não foi responsável. Na apelação, o ortodontista levou vantagem em dez casos. Ao nível de tribunal de inquérito foram firmados onze dos dezoito casos, oito estavam a favor do acusado. De sete decisões anuladas, somente duas foram em favor do ortodontista. Os dezoito casos podem ser divididos em três categorias: insatisfação com o tratamento; erro de diagnóstico, e violação do Conselho Administrativo do Estado. Relatam os autores que é legalmente perigoso para o Ortodontista dar uma garantia manifestada ou implícita de resultados. Sem tais garantias a pressão é sobre o queixoso para apresentar evidências de tratamento inadequado. Nos nove casos envolvendo pacientes insatisfeitos, a reclamação se baseava na garantia dado pelo Ortodontista. Estatutos de Limitação do Estado, decidem o tempo para reclamação à

Justiça. Varia de Estado para Estado e normalmente é de dois anos. Por reclamação de contrato é de quatro anos. Em Illinois, foi aceita a reclamação após dez anos por causa da garantia por escrito. Com relação à Ortodontia, em alguns Estados o poder do Estatuto não começa até a idade de dezoito anos, por isso a Associação dos Ortodontistas recomenda nunca jogar fora os registros. Recomendam microfilmá-los. Registros de adultos deverão ser guardados por dez anos após o tratamento, para cobertura de estatuto de limitações para contratos escritos. Com relação à reclamação por negligência, o queixoso precisa mostrar que o acusado infringiu a aplicação do padrão de cuidado seguido pelos ortodontistas. Os Estados usam métodos variados para determinar o grau de cuidado que um razoável e prudente ortodontista deveria usar. Arkansas, Illinois, Carolina do Norte, Rhode Island e Texas usam a "mesma ou similar regra de comunidade" ou seja, o ortodontista é requerido a usar aquele cuidado e habilidade como o praticado numa mesma ou similar localidade. Arizona, Iowa, Kentucky, West Virginia usam o "padrão nacional de costumes", que é o padrão para aquela profissão por todo o país. O tribunal não assume automaticamente que o tratamento do ortodontista poderá ter 100% de sucesso ou que o paciente poderá estar 100% satisfeito com o resultado. Por isso a consideração do paciente em provar o tratamento inadequado. A segunda maior área de preocupação (sete casos) foi por erro de diagnóstico, ressaltando doenças periodontais e disfunção da Articulação Temporomandibular, que aparecem durante o tratamento, e deve ser informado ao paciente. O registro de escovação do paciente demonstra cuidado. A investigação

periodontal deveria ser também realizada durante o tratamento principalmente em pacientes adultos e documentada. Do mesmo modo, de suprema importância, documentar as chamadas telefônicas e correspondência escrita para o paciente. Ortodontistas devem ser cautelosos ao indicar especialistas, pois não será ele responsável pelo erro do bisturi do cirurgião, mas poderá ser responsável por sua participação no tratamento, por exemplo, planejando ou indicando um dente para extração. Dois dos casos foram baseados na violação das regras do Estado que tem conselhos estaduais com poder legal de reprimir qualquer um na violação destas leis. Dentro dessas, existe uma que trata da delegação de trabalhos para a assistente. Os autores recomendam, através dos casos relatados, que o Ortodontista inteligente e cauteloso para proteger-se de responsabilidade precisa de:

- guardar registros acurados e mantê-los após o tratamento;
- cuidado e diligência no diagnóstico;
- evitar escrever e implicar garantias;
- escrever plano de tratamento formal;
- tomar registros completos antes do tratamento;
- manter cuidados próprios e diligência durante o tratamento;
- ter detalhada forma de consentimento informado assinado e arquivado nos registros permanentes;
- guardar detalhado tratamento e registro da cooperação do paciente;
- indicar somente especialistas qualificados; e
- seguir regras odontológicas do Estado.

COHEN & SCHWARTZ ³⁷, em 1987, preocupados com o aumento do número de reclamações envolvendo a prática da Endodontia

(segundo o THE DENTIST'S COMPANY OF CALIFORNIA), principalmente contra o clínico geral, escreveram um artigo onde discutem as causas mais comuns para esse problema e recomendam caminhos e meios para que os Cirurgiões-Dentistas possam minimizar o risco de complicação legal. Relatam os autores que nos últimos dez anos foram consultados sobre bem mais de cem casos de alegação de tratamento endodôntico inadequado ou de negligência. Observam que no início a maioria das reclamações tinha pequeno ou nenhum mérito legal, entretanto, mais recentemente, têm visto um aumento na porcentagem de reclamações de fato com aparência meritória. Segundo os autores, tanto especialistas como generalistas são julgados pelos mesmos critérios, porque o padrão de qualidade é um só. Citam as causas mais comuns de erros na especialidade:

- diagnóstico errado ou falhas no diagnóstico;
- tratamento de dente;
- falta do uso do dique de borracha;
- instrumentos partidos;
- perfurações radiculares;
- falta de informação para o atendimento;
- falhas nos implantes endodônticos;
- falta de instruções pós-operatórias;
- falta de atendimento emergencial.

Os autores sugerem algumas recomendações:

- o cirurgião-dentista deve usar elementos que auxiliem no diagnóstico correto: falhas na realização de testes são preferíveis à não realização deste; para não se errar o dente, recomenda marcá-lo com tinta indelével ou iniciar a abertura antes da colocação do dique de borracha; mínima

estrutura dentária, tecido recobrando o dente ou apoio de prótese não justificam a ausência do dique; informar o paciente da quebra do instrumento ou da perfuração, tentar o tratamento para o caso, testar o defeito de fábrica para responsabilizá-la. Será negligência usá-lo sabendo do defeito. Informar o paciente de que o tratamento endodôntico tem 90 a 95% de sucessos, e de 5 a 10% de insucessos. Pacientes sem instruções pós-operatórias e sem atendimentos emergenciais são pacientes altamente litigiosos. Quando em dúvida, recorrer ao especialista. Com relação às informações todas devem ser registradas na ficha clínica. Informar sem registrar é o mesmo que não informar. Registros incompletos são melhores que registros alterados que contaminam qualquer defesa. Ressaltam os autores que é importante lembrar que: "negligência nunca é atribuída advinda do resultado".

ROBETTI²⁰ et. al., em 1987, abordaram no tema da responsabilidade civil, o direito que tem o traumatizado, que perdeu um ou mais dentes, a uma reabilitação protética adequada, definitiva e que seja a mais próxima dos dentes naturais do ponto de vista estético, funcional e psicológico. Os autores ilustram os vários tipos de próteses fixas, consideradas nesses casos as próteses de eleição. Expõem que, no âmbito do ressarcimento, deve-se considerar as seguintes fases terapêutico-protética: eventuais terapias endodônticas dos dentes pilares com seus indispensáveis controles radiográficos; prótese fixas depois dos preparos dos pilares e a prótese fixa definitiva. Na consideração como dano futuro certo, o número de renovações da prótese fixa; o eventual aumento da prótese fixa que se torna necessário e

indispensável na ocasião das renovações. Os autores referem-se às suas dificuldades em estimar a duração das próteses, pela escassez de referências bibliográficas e pela contradição entre os autores consultados.

ROMANO²⁷ et. al., em 1987, tratando da responsabilidade profissional no exercício da Odontologia, comparam o Código Civil italiano, que assume como referência ideal de diligência, o comportamento do bom pai de família que no âmbito odontológico corresponde a uma figura abstrata de bom profissional, com o dos Estados Unidos da América do Norte que faz ao contrário, referencia a um dentista de média habilidade ou de razoável prudência. Expõem os autores, que um fato ilícito não pode induzir responsabilidade penal se não é previsto em lei como crime, mas pode dar origem a responsabilidade civil. O pedido da pessoa que sofreu um dano distingue-se em relação aos elementos da culpa profissional em: infundado (sem determinantes da culpa); aparentemente fundado (não há relação entre dano e conduta profissional); justificado (existe relação). Relata o autor, que na prática da Odontologia, pode verificar-se responsabilidade profissional por: erro na fase de diagnóstico, por: falta de conhecimento ou incapacidade de reconhecer a patologia, diminuindo a condição de cura; por falta de conhecimento com interferência negativa de sucessivas terapêuticas perdendo a eficácia e aumentando o dano. A culpa, na fase terapêutica, pode acontecer por: a) erros relativos a anestesia; b) erros relativos ao ato cirúrgico; c) erros relativos à prática conservativa protética ou da ortognatodontia. Os autores descrevem vários exemplos de faltas profissionais que podem

ocorrer na prática odontológica, ressaltam a importância da anamnese bem feita, da informação ao paciente, do valor dos exames complementares e do dom que o cirurgião-dentista deve ter de dominar as emergências.

CHESHIRE²², 1987, publica um trabalho sobre diagnóstico e tratamento das reabsorções dentárias, definindo reabsorção como sendo a dissolução fisiológica ou patológica do tecido mineralizado por células osteoclásticas ou do tipo osteoclásticas. Faz um comentário sobre as reabsorções radiculares interna e externa. Segundo o autor as reabsorções radiculares não são de origem sistêmica.

RAMOS²³, 1987, redige um trabalho com o objetivo de interrelacionar os pontos de vista médico e jurídico com o erro médico e o modo de se realizar uma perícia. O autor comenta que o erro médico sempre foi controverso em sua essência. Os autores, quando médicos, tratam o assunto com excessiva liberalidade, e quando juristas, não delimitando as barreiras entre erro médico e possível insucesso do tratamento. O autor faz um retrospecto da legislação existente, citando os artigos referentes do Código Civil e do Código Penal. Quando trata de imperícia, afirma que o médico possuidor do diploma e do registro em seu CRM, não pode ser considerado imperito. O autor, ao avaliar o erro médico, expõe a necessidade de se ressaltar os seguintes pontos: 1) verificar se o médico é possuidor de diploma de médico e inscrição do CRM; 2) compara a técnica usada pelo médico com a de autores científicos consagrados; 3) avalia o desempenho da aparelhagem; 4) as drogas e dosagens usadas pelo médico; 5) evolução do ato cirúrgico; 6) analisa a negligência através de

documentos escritos pelos médicos, assistentes, anestesistas e da enfermagem.

LOGAN²³, em 1987, expõe sob o ponto de vista legal, as implicações jurídicas das doenças infecto-contagiosas na prática da Odontologia. Relata que somente 52% dos dentistas, e 20% de seus assistentes em Midwest, foram vacinados contra Hepatite B, e que apenas 13,6% deles estavam usando luvas rotineiramente, apesar do Centro de Controle de Doenças estimar que no final de 1991 haveria 270.000 casos de AIDS e 129.000 mortes. O padrão de cuidado requer o uso de barreiras técnicas todo o tempo para o controle das doenças infecciosas (uso de luvas, máscaras, óculos protetores), isto tem sido recomendado na literatura pelo Centro de Controle de Doenças e pela American Dental Association, já há algum tempo. A autora aborda o caso dos empregados e da equipe de atendimento, expondo que o dentista patrão tem o dever legal de educar sua equipe, informá-la dos riscos, pagar, no caso de hepatite, a vacinação de todos, fornecer e obrigá-los a usar luvas, óculos e máscaras. Se um dos membros da equipe ou o próprio cirurgião-dentista é portador de doença, ele tem a obrigação legal de informar os seus pacientes se conhecedor da mesma. No caso de desconhecimento, embora inocente, se houver transmissão, será punido pela falta do padrão de cuidados também no que se refere à esterilização. O exercício da Odontologia por cirurgiões-dentistas portadores de doenças infecciosas é limitado ou proibido em seis Estados nos Estados Unidos da América do Norte. Dezesete Estados limitam atos ou prática odontológica por profissionais com incapacidade ou enfermidade física. O atendimento ao paciente adético não

pode ser negado, constituindo discriminação e violação da lei. Los Angeles tem um Estatuto específico proibindo a discriminação da AIDS em domicílio com emprego e cuidados médicos e dentários. Em Oregon, a lei não permite que o cirurgião-dentista cobre honorários extra para atendimento de aidéticos, porém, tem permissão para acarretar custos adicionais com precauções especiais. Muitos dentistas reclamam da interferência do governo nos direitos de recusar tratamento e ou encaminhar pacientes para tratamento em outra parte. A Suprema Corte dos Estados Unidos da América do Norte regulamenta que o dentista não pode discriminar o paciente aidético, porque o consultório é um lugar de acomodação pública. O potencial de transmissão de AIDS no consultório dentário ainda é desconhecido, porém, não há evidência de transmissão ocupacional. Informa a autora que os dentistas ainda têm a oportunidade de melhorar a profissão e suas práticas antes e não após os advogados e juristas colocarem precedentes legais.

SILVA e CALVIELLI⁷², em 1988, relatam o incremento que vem sendo notado nas ações envolvendo os cirurgiões-dentistas com respeito a cobrança da responsabilidade profissional. Abordam o tipo de contrato dos médicos e dos advogados e relacionam o contrato do cirurgião-dentista, com as origens da profissão, até pouco mais de cem anos, uma ocupação indiferenciada. Expõem os autores, que a "análise da literatura jurídica, demonstra que o avanço científico da Odontologia em nada alterou este quadro. Por outro lado, o uso corrente dos anúncios garantindo o tratamento, alguns até por escrito, além dos acenos verbais de garantia por alguns

profissionais, só reforça esse entendimento". Segundo os autores, os pesquisadores da área odontológica não se preocuparam ainda em apresentar pesquisas científicas destinadas a demonstrar, com finalidade jurídica, a imprevisibilidade das respostas biológicas a determinados tratamentos, entre eles v.g. a dos tratamentos endodônticos. Os autores que tratam da responsabilidade civil entre nós, apoiam-se nas considerações expendidas por Lutz em sua tese Erros e Acidentes em Odontologia de 1938 e de Menegale na mesma década. Comentam ainda os autores, as críticas destrutivas de colegas em relação aos trabalhos dos outros. O despreparo de colegas peritos com relação ao exame que têm como finalidade estabelecer as consequências jurídicas de uma atuação passada, e ainda sobre a formação de peritos despidos de "esprit de corps". Informam os autores que "para o Direito, a natureza da obrigação do cirurgião-dentista é de resultado. A Odontologia porém, não pode deixar de entendê-la, hoje, como sendo de meios" (o grifo é nosso).

Os autores discutem o que é "sucesso" ou "insucesso" em Endodontia através da visão do perito, expondo que a afirmação de sucesso e insucesso não tem, muitas vezes, a conotação jurídica que lhe poderia ser emprestada inadvertidamente. Os autores afirmam que muitos pesquisadores têm se dedicado às causas de fracasso e sucesso porém, faltam trabalhos que traduzam para o direito, a correta interpretação que deve ser feita dos seus resultados. Fazem ainda considerações sobre os cuidados com a documentação e registro.

FERES⁴⁶, 1989, relata que "têm-se assumido que é possível ocorrer rizólise com maior frequência em adultos do

que em pacientes jovens". O autor acredita que isto parece ser "apenas parte da verdade" e lembra que a superfície radicular do adulto apresenta camada de cimento mais espessa e cementoblastos em número reduzido e que há muitas fibras periodontais unidas à raiz, fazendo com que o terço apical tenha ancoragem bastante sólida, sendo portanto mais resistente à reabsorção. Informa o autor que enquanto caninos e pré-molares podem ser movimentados de corpo sem grande risco de reabsorção, as raízes de incisivos reagem de forma diferente, principalmente em relação às forças intrusivas. Ressalta o autor que, nestes casos, a observação correta no intervalo de tempo entre as ativações, junto com o perfeito controle de movimentação de raiz em osso esponjoso, é essencial para evitar reabsorção. "Além da consideração desses fatores, ressalta o autor, é importante ter em mente a existência de causas desencadeadoras na rizóze dentinária e cementária: forças pesadas, movimentação de raiz contra osso compacto, e forças com direções conflitantes". Quando aborda o osso alveolar, o autor relata que um aspecto de fundamental importância, quando mencionando tratamento ortodôntico em adultos, é com relação à menor plasticidade desse osso, nesses indivíduos.

BUCCELLI²⁸ et. al., em 1988, realizaram um trabalho com base em quinze casos de remoções obrigatórias de implantes, motivados em parte por problemas de natureza clínica, e parte por determinação pericial. Os autores analisam cada caso de insucesso de técnica mostrando as mais frequentes causas de erros juridicamente relevantes na atividade profissional do implantodontista, especificando os casos de contra indicação.

Os autores expõem, que o aspecto importante sobre os insucessos do implante, no âmbito civilístico, consiste na qualidade da obrigação, que pode ser de meio ou de resultado. Afirmam que no sentido prático, em que o implantodontista agiu corretamente dentro da técnica, a responsabilidade do resultado cabe ao protesista que realizou o trabalho protético. Informam também, que a responsabilidade profissional no insucesso, quando não houve erro técnico, pode ser atribuída não tanto ao resultado, mas na violação da obrigação da informação ao paciente que, no âmbito civil, é omissão de zelo, e que se presta segundo MAZZACUVA a ser validada em sede penalística por negligência, imprudência ou com certeza imperícia. Num consenso, os autores acreditam que o mais importante, trata-se de dar ao paciente uma rigorosa e exaustiva informação sobre o método, e da probabilidade de insucessos, devido tratar-se de intervenções onerosas.

PAIVA e ANTONIAZZI⁷⁷, em 1988, relatam que é fato assumido determinar o resultado da terapia endodôntica a partir da interpretação radiográfica separando, pela aparência, os casos bons daqueles de mal êxito. Segundo os autores, este critério é válido para grande número de casos mas não é para todos, o que afasta do controle radiográfico o caráter universal de avaliação. Na opinião dos autores, a razão está no fato de que as radiografias, mesmo tomadas com a mais apurada das técnicas e executadas com todo o rigor, no mais das vezes, são apenas sugestivas. Os autores chamam a atenção dos dentistas no sentido de não se valerem de minudências radiográficas para justificar ou incriminar um tratamento. Informam que o aludido cresce de importância

quando se sabe que a radiografia é sempre o primeiro exame realizado e, na grande maioria das vezes, é o único. Os autores não destituem o valor da radiografia, mas consideram que o que não se pode é tomá-la como critério único para determinar o bom ou mau êxito da intervenção endodôntica praticada. O critério radiográfico deve juntar-se ao critério clínico de modo a tornar a avaliação menos questionável.

GOLDMAN e col. citados por PAIVA e ANTONIAZZI⁷⁷, em 1988, analisando os resultados de 253 casos distribuídos para análise por diferentes profissionais, obteve concordância de resultados em apenas 47% dos casos de polpa viva, morta e lesão periapical, e 42,1% de concordância para existência ou não de lesão periapical. Os autores afirmam que não existe um conceito ou esquema único a equacionar o sucesso de todos os casos de tratamento endodôntico, que se sabe clinicamente quando há insucesso porque na sua ocorrência a manifestação de sinais e sintomas está presente.

WEINE, citado por PAIVA e ANTONIAZZI⁷⁷, em 1988, salienta que a restauração inadequada é um fator de insucesso muito maior do que aqueles costumeiros da terapia endodôntica. Relata o autor, que dentes portadores de tratamento endodôntico bem realizado terminariam de modo frustrador na ponta do boticão, porque os procedimentos de restauração, ou não foram executados, ou foram mal realizados.

MACHEN⁸⁸, em 1989, chama a atenção tanto dos cirurgiões-dentistas generalistas, como dos ortodontistas, para os casos de ações alegando negligência como causa de sinais e sintomas de disfunção da Articulação Temporomandibular. Após o comentário de tratamentos de alguns tipos

de mal oclusões, o autor faz algumas recomendações de cuidados que o ortodontista deve tomar com relação a anamnese do paciente:

1. Incluir na história médica sintomas que o paciente pode não associar com problemas ortodônticos e de Articulação Têmporo-Mandibular como dores de cabeça, torcicolos, dores no pescoço, dores no ouvido, ou dor no queixo;
2. perguntar se algum diagnóstico ou tratamento médico foi realizado para o problema;
3. perguntar sobre todos os dentistas, especialistas e médicos visitados nos últimos cinco anos;
4. investigar sobre neurologistas, psiquiatras e endocrinologistas visitados;
5. incluir no histórico questões específicas sobre diagnóstico da disfunção da Articulação Têmporo-Mandibular e ou tratamento prévio como uso de aparelhos noturnos ou outros;
6. inquirir sobre dor no queixo, dentes sensíveis, sensibilidade dentinária;
7. solicitar do dentista referido, que providencie sinópse do tratamento do paciente e se ele está atento a algum problema de Articulação Têmporo-Mandibular;
8. investigar extrações recentes, especialmente de terceiros molares;
9. realizar detalhadamente o exame da Articulação Têmporo-Mandibular, incluindo movimentos, palpação e sons. O autor ainda ressalta que a informação ao paciente de que o problema com Articulação Têmporo-Mandibular pode ocorrer durante o tratamento, e uma boa documentação, são necessários para evitar problemas judiciais.

CARNEVALI²⁰ et. al., em 1989, relatam as formas possíveis de lesões do nervo alveolar inferior e apresentam uma avaliação médico-legal. Informam os autores, que o quadro clínico ligado a eventuais lesões desse nervo, tem como elementos dominantes fenômenos de parestesia, hipostesias, hiperestesia, anestésias isoladas ou combinadas com outros elementos. A dor não é frequente. Raramente se constata perda de alimentos líquidos durante a alimentação e lesões de mordeduras do lábio inferior. Junto a este tipo de sintomatologia está presente, na maioria dos casos, uma alteração da sensibilidade dentária. Segundo os autores, os sintomas podem ser transitórios ou permanentes. Na maioria dos casos a regressão se dá entre dois a cinco anos. Com relação ao aspecto médico-legal, os autores informam a dificuldade de se estabelecer um percentual de dano, porque a funcionalidade do aparelho estomatognático é dada pela perfeita funcionalidade de vários fatores nos quais os dentes representam somente uma parte. Segundo os autores, se pode falar num percentual de 10% nos casos de redução da capacidade mastigatória quando se verifica lesão nervosa estabilizada de uma hemiarcada, isto sem contar os outros danos estéticos e de fonação, que são avaliados segundo outros parâmetros.

BRAGA FILHO²³, em 1990, aborda o tema da responsabilidade focalizando a equipe que trabalha no centro cirúrgico, com o objetivo de definir a quem cabe a responsabilidade por erro acontecido durante um ato cirúrgico. O autor cita o art. 1520 do Código Civil que estabelece: se o perigo ocorrer por culpa de terceiro, contra essa ficará a ação regressiva. Relata o autor, que além da responsabilidade

pessoal de cada integrante da equipe cirúrgica, existe uma responsabilidade solidária nas situações em que tiver mais de um autor da ofensa ou nas hipóteses em que não se pode definir exatamente a quem coube a culpa pelo dano ocorrido. Que é comum, por essa razão, nas ações de responsabilidade médica que a denúncia da lide ocorra para todos os integrantes da equipe cirúrgica. Que no curso da ação se procurará definir a participação pessoal de cada integrante em relação ao dano, procurando individualizar a pena, quando possível, e do contrário, a responsabilidade será solidária. O autor relata que a idéia que é prevalente na doutrina de diluir a responsabilidade, não lhe parece justa, pois cada um deve responder na justa medida de sua ação e de suas responsabilidades.

MENEZES⁷¹, em 1990, estabelece uma distinção do ponto de vista legal, entre iatrogenia e erro odontológico. Relata que são frequentemente apresentados como patologias iatrogênicas: as lesões periapicais em decorrência de canais radiculares mal obturados; as lesões periodontais resultantes de desastrosas restaurações de amálgamas e de peças protéticas mal planejadas. Que na verdade, configuram consequências danosas de delitos culposos, nos quais o exame mais superficial, é lícito concluir ter o profissional agido por imprudência, negligência ou imperícia. Nesses casos, expõe o autor, configurando-se a culpa, não se trata de iatrogenia e sim, de delito de responsabilidade profissional, crime culposos.

TOMMASINO⁷², em 1990, reporta os aspectos tradicionais do pensamento de estudiosos contemporâneos no tema da

responsabilidade do profissional da saúde, na forma de revisão, com o objetivo de que suas orientações não incentivem o preocupante fenômeno da litigiosidade no âmbito da responsabilidade sanitária.

Expõe o ator, que a fonte de responsabilidade médica para com o paciente é o erro profissional, mas, só quando este resulta em culpa. Que a verificação do erro profissional e a distinção entre erro perdoável e culpa punível, é sempre matéria de difícil juízo, mas deve-se ter presente que o erro diagnóstico terapêutico não importa uma precisa responsabilidade legal, se não possui determinados caracteres e não prova consequência danosa. A responsabilidade surge, não só quando se ocasiona um dano não desejável, mas ainda, e também particularmente, nos casos dos tratamentos abusivos, cura arbitrária ou na eventualidade que os tratamentos sejam de atos ilícitos. Relata o autor, que a responsabilidade dolosa comporta transgressões conscientes voluntárias de norma penal coligada com o exercício da profissão. A responsabilidade culposa, quando por imprudência, negligência ou imperícia o profissional causa um dano. No campo civil a responsabilidade profissional surge da relação dos direitos privados que o médico contrai com o próprio cliente. Se fala aqui das obrigações de prudência e diligência e de um comportamento idôneo, contraposta a uma obrigação de resultados. A obrigação contratual resguarda os meios e não o resultado, salvo quando o emprego se refere especificamente ao resultado como na cirurgia plástica e na construção da prótese dentária, (o grifo é nosso).

SILVA⁷⁰, em 1990, afirma que "o acontecimento falho que se desenvolve relacionado ao ato médico, pode-se constituir em ação ou omissão ligada ao instante ou momento circunstancial de sua efetivação, necessitando portanto de uma análise prudente das diversas fases de sua produção, resultando muitas vezes, difícil conciliar interesses em conflito, em cada caso particular, onde a fronteira do conhecimento científico, confunde-se com a interpretação normativa que pode e deve considerar o risco potencial inerente a algumas atividades humanas" (os grifos são do autor). Considera o autor, que a atuação médica perante o paciente é múltipla, constituindo basicamente em obrigação de meios, e em alguns casos, de obrigação de resultados. O autor distingue as faltas médicas genericamente em infrações éticas, atos ilícitos e crimes, e os erros médicos podem ser agrupados segundo as consequências que determinam em: erros de conduta, erros do ato médico, atos médicos ilícitos e conduta criminosa.

DEBERNARDI⁴⁴, em 1990, faz observações sobre a responsabilidade civil, penal e profissional e os aspectos médico-legais na prática odontológica da anestesia local e da extração dentária. O autor afirma que o dentista pode ter severas complicações delineadas pelo Código Civil e Penal. O autor relata as diversas circunstâncias nas quais a responsabilidade do cirurgião-dentista pode ser questionada durante o uso de anestesia local e extração dentária.

ODOM⁷⁴, em 1991, escreve sobre a responsabilidade do cirurgião-dentista na remoção de restaurações de amálgama, na maioria dos casos, a pedido do paciente influenciado pelo recente atenção da mídia relativo à toxicidade do mercúrio das

restaurações, gerando ou exacerbando sérias doenças. Relata o autor, que cientificamente não há justificativa para a remoção do amálgama e colocação de outro material. O Cirurgião-Dentista só poderá remover as restaurações de amálgama se acredita que estas são prejudiciais para o paciente, e que essa conduta é em favor do melhor interesse do paciente. Sem suporte científico para a remoção do amálgama, o dentista que a inicia, viola o princípio ético do benefício (ADA-RESOLUÇÃO 42-h-1986). Segundo o autor, o dentista que inicia a remoção de amálgama por benefício pessoal merece condenação por extorsão e negligência, por ter a obrigação de beneficiar o paciente. Dois princípios éticos fundamentais, a não ofensa e a autonomia, oferecem orientação para o dentista quando toma uma decisão a respeito do pedido do paciente. A não ofensa é baseada na tradição HIPOCRÁTICA e requer cuidar da saúde, é o princípio de não fazer mal. A autonomia é baseada no respeito pelas pessoas, é reconhecer o direito do paciente para tomar decisões a respeito de seu próprio cuidado de saúde. Para a moderna dentisteria, aplicando o princípio da autonomia, significa que o profissional precisa consentir ao paciente de participar em uma informada permissão do processo, antes de tomar a decisão de tratamento. Cinco são os fatores necessários para um consentimento ético, segundo proeminentes autores: informação, compreensão do paciente, decisão voluntária, competência do paciente e uma designação clara da decisão do paciente também para aceitar ou recusar um tratamento. A autonomia não é limitada ao paciente, dentistas também têm autonomia do exercício profissional para apresentar somente aquelas opções de tratamento que ele julga aceitáveis,

e para recusar prover tratamento que ele considera inaceitável.

RENE⁹⁴ et. al., em 1991, fizeram uma investigação através dos registros do Medical Responsibility Board e do National Board of Health and Welfare, das reclamações de tratamentos protéticos inadequados na Suécia, entre os anos de 1948 a 1988. Foram identificados 679 casos. O número por ano variou de três a trinta e um; foi maior entre 1950 e 1988 de 34,5% e de 60.0% em 1985. O número de dentistas aumentou de 2.6% durante o período de estudo. O objetivo do trabalho foi estudar as reclamações concernentes a tratamentos protéticos e descrever as razões das queixas, da idade e o sexo do cirurgião-dentista, o ano que a prótese ficou pronta, a região da lesão, os tipos de erros, a decisão do Ministério e o julgamento. Os autores chegaram as seguintes conclusões: - Maior número de reclamações aconteceram nos anos de 1947 e 1983 igual a 48.7%, em 1988 igual a 54.5%. As mais frequentes faltas são: no plano de tratamento e diagnóstico 23.3%. Falta de oclusão ou dimensão vertical 70.4%. Erros de extensão, retenção e adaptação 30.5%. Coroas perdidas ou retidas 91.9%. Dor, inflamação 7.4%, estética 30.5%. - O custo da prótese, 7.2%. Pontes e dentaduras são os mais reclamados, 45.7%. Quanto à extensão, as próteses pequenas de 2 a 4 unidades predominam, 45.7%. Alegações subjetivas e sobre informação, 26.2%, e conduta do profissional, 6.2%. O erro de trabalhos técnicos 41.5%, excede o número de reclamações, 38.5%. Reclamações contra profissionais masculinos, 87%, e contra femininos igual a 13%, e a maioria profissionais particulares, 85.6%. A satisfação do paciente se deve ao relacionamento

entre profissional e paciente, isso vê-se nas dentaduras completas BERG, et. al. Dentistas jovens e idosos fazem os mesmos erros. Região anterior e de pré-molares são as mais envolvidas nas reclamações com 477 casos. Casos de alegações confirmados 20%; 38.5% nenhum fundamento; de 41.5% parcial concordância de erro. Quanto as sanções o maior número foi para "nenhuma sanção" igual a 63.7%. Os autores relatam que a prótese é um trabalho difícil, de importância estética para a condição social do paciente.

BITTAR²¹, em 1991, relata que o grande desenvolvimento na área tecnológica, em especial científico-médica, englobando a Odontologia, não tem sido acompanhada pelo respeito aos direitos da personalidade humana, que o progresso tecnológico conflita com os valores maiores do homem. Exercendo direta influência sobre o corpo ou parte dele, as atividades do cientista, do médico e congêneres, exigem de um lado, conhecimento e habilidade especial dos profissionais, de outro, plena consciência dos deveres éticos e jurídicos que advêm do exercício da profissão, afim de que se reduzam os efeitos negativos nessa área. Relata o autor, que sob o aspecto da responsabilidade distinguem-se duas situações básicas: a relacionada à culpa do agente e a obrigação de meio ou de resultado. Os fatos ilícitos continuam a alimentar polêmicas e debates judiciais como a eutanásia, as operações estéticas, as cirurgias bucais lacerantes e as próteses dentárias desajustadas. Afirma o autor, que a aplicação de aparatos tecnológicos complexos, cirurgias perigosas e estéticas operações odontológicas constituem verdadeiras obrigações de resultados (o grifo é nosso); que oferecem

riscos maiores para o exercente, dado o grau de certeza alcançado pela técnica, embora prospere a definição como obrigação de meio, que somente por culpa do profissional ocorre o sancionamento. Com relação a fato de dentista, o autor cita: perda de dentes por tratamento inadequado, extração desnecessária, mancha do dente por tratamento inadequado, mancha no dente por aplicação excessiva de flúor e danos estéticos vários (obstrução da fala, perda da mobilidade de maxilar, necessidade de uso de aparelhos corretivos e outros).

ARAÚJO⁴, em 1991, afirma que a Odontologia na maioria dos casos possui condições de garantir um resultado positivo (o grifo é nosso) nos tratamentos, responsabilizando os avanços tecnológicos. Compara a complexidade de um tratamento de canal ou de uma obturação, como sendo muito menor que um tratamento de apêndice. Relata que os instrumentos modernos oferecem uma margem de acerto muito maior do que de erro, dando isso maior proximidade de obrigação de resultado. Afirma que na Odontologia na maioria dos tratamentos a diagnose e a terapêutica estão mais definidas do que já ocorre na medicina, facilitando o cumprimento da missão de curar. Expõe o autor, que a conduta do dentista deve ser apreciada não em função da diligência de um homem cuidadoso, mas de perícia normal dos profissionais de sua categoria, conforme o costume que rege supletoriamente nos contratos. O ato odontológico, a produção de um dano, a relação de causalidade, a imputação do ato danoso ao dentista supostamente responsável, seriam estes os pressupostos necessários para o nascimento da responsabilidade odontológica.

HARRY et. al^{os}, em 1991, enfocando a lesão ocular e a infecção na prática odontológica, concluíram que a proteção ocular deveria ser obrigatória para todas as pessoas num consultório dentário. Que as falhas para proteger pacientes e assistentes podem ser consideradas negligência por um ato de Comissão causando a lesão, ou por omissão pela falta de precaução contra um conhecido risco.

KFOURI NETO^{os}, em 1991, afirma que o baixo nível qualitativo do ensino em todos os cursos no Brasil, é fator que vem se refletindo incisivamente no desempenho profissional dos discípulos de HIPOCRATES. Relata que a constatação, entretanto, torna-se dramática à medida que se tem a vida humana e a integridade física da pessoa, como valores postos nas mãos de despreparados profissionais. O autor afirma que "no Brasil, para que o ressarcimento do dano oriundo da culpa médica se torne mais frequente, é mister que Juizes e Tribunais amenizem as exigências para a aferição da culpa". Relata o autor, que cuida-se aqui, da culpa em sentido jurídico, a culpa como pressuposto da responsabilidade por danos a bens alheios juridicamente protegidos. No Direito Positivo Brasileiro, expõe o autor, continua a vigir a teoria da culpa como Ônus da prova a cargo do ofendido. No tocante à natureza da relação contratual, apesar de o Código Civil Brasileiro colocar a responsabilidade médica dentre os atos ilícitos, não mais acende controvérsias ser a responsabilidade dos médicos "ex contractu", porém, remanece alguma discussão, se sobre locação de serviço ou contrato sui generis. Quanto à avaliação da culpa, a medida da indenização e a extensão dos danos, a culpa, ainda

que levíssima, obriga a indenizar, tratando-se de vida humana, não há lugar para culpas "pequenas", relata o autor.

Com relação à liquidação do dano, o autor discute os artigos referentes do Código Civil. O autor conclui: - A apuração da culpa médica não deve se ater a um rigorismo absoluto de premissas científicas. - Existem princípios elencados que podem ser observados na avaliação da culpa médica. O médico pode ser imperito. - A liquidação do dano médico está a merecer maior aprofundamento na doutrina nacional. - O autor recomenda um seguro de responsabilidade civil por danos a terceiros, que daria cobertura a atividade do profissional médico e garantiria a indenização do lesado; que deve-se facilitar o acesso à Justiça aos lesados para que se torne efetiva a responsabilidade civil do causador do dano médico.

HAPNER²⁶, em 1991, relata a retomada das discussões sobre o tema da responsabilidade civil dos profissionais liberais, que de acordo com o Código do Consumidor estes são considerados fornecedores. Expõe o autor, que pretendeu-se no Código do Consumidor, a responsabilidade objetiva dos profissionais liberais, prescindindo o elemento subjetivo. Tal situação não foi, todavia, recebida no texto final da lei. A responsabilidade dos profissionais liberais somente é possível de ser apurada mediante a comprovação da culpa. Apesar disso, alguns casos tem provocado ampla discussão entre os profissionais liberais, com relação a obrigação de meio ou de resultado. Relata ainda o autor, os casos de profissionais que exercem suas atividades através de grandes empresas tais como convênios médicos. Nesses, a responsabilidade pessoal do

profissional liberal será apurada mediante culpa e levando-se em conta a natureza da prestação. No entanto, uma boa parte da doutrina nacional, já se manifesta no sentido de que a empresa responde perante o consumidor aplicando-se, no caso, a responsabilidade objetiva, ou seja, a grande empresa responderia independentemente de qualquer comprovação da culpa do profissional. A questão ainda não se encontra pacificada. É certo, no entanto, que os profissionais liberais mais atentos à legislação, tem tomado cautelas antes inexistentes nas suas práticas tais como, informações detalhadas aos clientes e celebração de contratos.

PROFFIT²², em 1991, relata que para produzir dor miofacial o paciente precisa apertar ou ranger os dentes muitas horas por dia, presumivelmente como resposta ao estresse. Grandes variações são vistas na maneira diferente dos indivíduos responderem ao estresse no sistema de órgão que sentem a pressão, (aqueles que desenvolvem úlcera raramente tem também sintomas de Articulação Têmporo-Mandibular) e na quantidade de estresse que pode ser tolerado antes de aparecerem os sintomas (indivíduos tensos desenvolvem sintomas relacionados ao estresse antes de seus colegas relaxados os terem). Por essa razão, é impossível dizer que discrepâncias oclusais de qualquer grau levarão a sintomas de Articulação Têmporo-Mandibular.

PEDROTTI²³, em 1992, escreve um capítulo sobre a responsabilidade do cirurgião-dentista, citando suas funções em cada especialidade e relatando as situações em que age com culpa. Assim, age com culpa o profissional da saúde pública ou em Odontologia Social, aquele que erra no cálculo da

concentração de flúor nas águas de abastecimento público, causando fluorese dental, provocando, em casos graves, intoxicações que podem conduzir ao óbito. Em Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, age com culpa o profissional que provoca fratura e luxação mandibular quando da extração de um dente retido. Em Endodontia, age com culpa quando na preparação de um canal provoca trepanação radicular, tanto pela falta de técnica, como pela errônea interpretação radiográfica; e quando dá ensejo a fratura de instrumento alargador no interior do conduto radicular, por excesso de uso ou motivo outro alheio a necessidade técnica. O profissional da Ortodontia age com culpa quando não controla a força aplicada para movimentação dental e provoca reabsorção radicular. Em Patologia Bucal quando fixa diagnóstico errôneo à identificação de uma lesão (o autor relata que na prática o fato dificilmente ocorre). Em Pediatria, age com culpa quando condena um elemento dental temporário ao invés de restaurá-lo (e que ele serviria de guia para o posicionamento do sucessor permanente). Quando extrai dentes temporários destruídos, mas com chance de recuperação através de prótese, provocando posteriormente distúrbio de oclusão na dentição permanente da criança. Em Prótese o profissional age com culpa quando instala prótese mal adaptada, causando ao paciente sérios problemas periodontais nas estruturas dentais remanescentes; quando instala prótese mal planejada onde o princípio de oclusão não foi respeitado, provocando distúrbios na articulação têmporo-mandibular. Em Radiologia, age com culpa quando emprega através de técnicas não apropriadas ou não cuida da boa qualidade da revelação radiográfica, sendo

induzido a um falso diagnóstico (quando da interpretação da radiografia). O profissional em Periodontia age com culpa quando não remove adequadamente os cálculos, também não elucida a importância na participação do paciente para o controle de placa, fator essencial na prevenção da estrutura dental. Em Odontologia Legal, age com culpa aquele que não observa as normas técnicas de uma perícia.

BREZNIAK et. al.²⁴, em 1993, fazem uma revisão da literatura sobre reabsorção radicular e expõem que este é um problema idiopático comum associado com o tratamento ortodôntico, que recentemente tem recebido considerável atenção devido à exposição médico-legal. Relatam os autores, que no entanto, a maioria das perdas de raiz como resultado de tratamento ortodôntico não diminui a longevidade ou a capacidade funcional dos dentes envolvidos. Informa ainda, que a sugestibilidade individual é considerada um fator importante na determinação do potencial de reabsorção radicular com ou sem tratamento ortodôntico. Este potencial existe nas raízes decíduas e permanentes de todas as pessoas, em graus variáveis em diferentes dentes. O autor faz ainda um relato das possíveis causas das reabsorções radiculares e os procedimentos de prevenção. Com relação à responsabilidade do ortodontista, por ser este fenômeno basicamente imprevisível, torna-se necessário que o especialista tome certos cuidados estabelecendo critérios de diagnóstico, radiografias e consentimento informado, para proteger-se contra desnecessários e injustos processos.

3 PROPOSIÇÃO

Neste estudo, a nossa proposta é realizar um levantamento de processos civis e criminais contra cirurgiões-dentistas, com o objetivo de avaliarmos:

- a) as principais causas de erros praticados por estes profissionais;
- b) os principais motivos que levaram os pacientes a proporem ações judiciais;
- c) as especialidades que apresentam maior frequência de processos;
- d) a natureza civil dos atos profissionais.

O presente trabalho tem por objetivo orientar e conscientizar os profissionais da Odontologia, a fim de se evitar, na medida do possível, a incidência destes processos.

4 MATERIAL

Embora é de nosso conhecimento informal a existência de um grande número de casos que envolve ações civis e criminais contra cirurgiões-dentistas, neste trabalho foram utilizados, nos casos nacionais, apenas aqueles que tivemos oportunidade da obtenção de todos os documentos comprovantes.

Para a realização do presente trabalho foram utilizados 51 casos de reclamações contra cirurgiões-dentistas. Tratam-se de 18 laudos periciais nacionais requisitados pelo poder Judiciário, 7 autos de processos nacionais e 26 casos publicados na literatura estrangeira.

Dos 18 laudos periciais, 4 são de reclamações de tratamento protético inadequado; 3 de prótese e endodontia; 1 de reclamação abrangendo prótese, tratamento endodôntico e cirúrgico; 1 de prótese, endodontia e implante; 2 de tratamentos ortodônticos; 1 de remoção de restaurações; 2 de implantes; 2 de cirurgia; 1 de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e 1 de arbitramento de honorários.

Dos 7 processos de Fóros nacionais, 3 são de tratamento protético inadequado, sendo 2 destes com envolvimento de endodontia; 2 de lesão durante o tratamento, 1 de odontopediatria e 1 de tratamento ortodôntico inadequado.

Dos 26 casos publicados na literatura estrangeira, 14 são de implantes, 2 são de lesão durante o procedimento odontológico; 4 são de tratamento ortodôntico; 1 caso ocorreu por falta de informação correta; 1 de dentística; 1 por violação da Lei, 1 por falta de registros; 1 por aspiração de corpo estranho durante o tratamento e 1 por diversos

tratamentos inadequados. Dentre os 14 casos de implantes retirados da literatura estrangeira, 3 são de ações contra cirurgiões-dentistas, os demais casos de insucessos não chegaram aos tribunais, mas, estão relatados neste estudo devido à importância das causas de tais insucessos e aos procedimentos realizados pelos profissionais como fatores importantes no sentido de se evitar litígios.

Para a obtenção destes casos, revisamos a literatura nos últimos 20 anos, levantando somente os que interessavam diretamente à realização deste trabalho.

RELAÇÃO DOS CASOS

CASO 1 - 1974

Queixa do Paciente: Ressarcimento de dano por despesas hospitalares e profissionais decorrentes de fratura mandibular como consequência de extração dentária.

A paciente havia sofrido um acidente automobilístico com conseqüente trauma de mandíbula dias antes de procurar os serviços do cirurgião-dentista. Quando procurou o cirurgião-dentista só relatou dor na região de molar. Após a realização de radiografia, o cirurgião-dentista constatou a fratura em uma das raízes de um molar. Executou a exodontia, deixando a raiz fraturada dentro do osso, por impossibilidade de extraí-la. Recomendou à paciente os serviços de outro profissional, que após radiografia panorâmica, constatou fratura de mandíbula na região do molar parcialmente extraído.

Sentença Condenatória: Responsabilidade recíproca: 50% do prejuízo para o cirurgião-dentista, por não ter realizado uma anamnese perfeita, e 50% para a paciente, por não ter informado ao cirurgião-dentista do acidente automobilístico que sofrerara dias antes de procurá-lo.

CASO 2 - 1979

Queixa do Paciente: O paciente reclamou de "destruição gengival e infecção nas raízes dos dentes". Relatou ter sido submetido a um tratamento de "canal" sem realização de radiografias, e ao sentir dor teve que procurar um outro profissional.

Tratamento Proposto: Gengivectomia, tratamento endodôntico de dois dentes, restaurações e confecção de duas próteses fixas.

Tratamentos Encontrados: Restauração de molar com recidiva de cárie. Restauração em resina superfície lingual e distal, sendo que nessa última apresentava ainda parte de amálgama. Corôas provisórias de resina acrílica sem perfeita adaptação. Gengiva com papilas hipertróficas, com coloração não normal e sangrenta. Retração acentuada da gengiva.

CASO 3 - 1981

Queixa do Paciente: Durabilidade de um mês de um implante, reação inflamatória e edema da região. A segunda tentativa do implante também apresentou os mesmos problemas culminando com a sua eliminação. Tendo assinado promissórias, e vendo que os trabalhos não "davam certo" tentou acertar os honorários com a clínica. Não houve acordo e as referidas

promissórias foram levadas a protesto, razão pela qual a autora deu início à ação.

Tratamento Proposto: Remoção de prótese fixa antiga por estar apresentando problemas. Confecção de nova prótese fixa dos dentes 34 a 37, após a extração do dente 37 e colocação de um implante dentário para o apoio da prótese.

Do Encontrado nos Arcos Dentários: Ausência de prótese na região do 34 a 37. Região 37 com área radiolúcida com não formação de trabeculado ósseo.

CASO 4 - 1982

Ação de cobrança de honorários de cirurgião-dentista por falta de parte do pagamento.

Contestação do Paciente: Serviços incompletos e não a contento por não terem sido corretos.

Do Encontrado nos Arcos Dentários: Prótese com dimensão vertical fora do normal com conseqüentes dores sofridas pelo paciente que teve que recorrer a outro cirurgião-dentista com o objetivo de reparar danos.

CASO 5 - 1984 (Arbitramento de honorários)

Cirurgião-dentista acionando paciente por falta de pagamento.

Contestação do Paciente: O paciente alegou que lhe fora dito que o tratamento endodôntico custaria Cr\$ 90.000,00, mas não lhe informaram que o dente possuía três condutos e que cada unidade de conduto custaria Cr\$ 90.000,00.

Do Tratamento Endodôntico: Dentro das normas técnicas preconizadas.

CASO 6 - 1984

Queixa do Paciente: Do tratamento proposto, que foi pago integralmente, ficou faltando a "limpeza" dos dentes e a substituição de uma prótese móvel do arco inferior por uma prótese fixa. O paciente relatou que precisou recorrer a outro cirurgião-dentista "para a extração de um molar já tratado que portava um algodão no seu interior".

Do Encontrado nos Arcos Dentários: Molar com corôa metaloplástica exteriorizando ao nível gengiva vestibular um pino de implante. Incisivo lateral direito com conduto obturado e rarefação óssea a nível apical. Reabsorção radicular de dois molares. Prótese fixa com infiltrações em dois molares.

CASO 7 - 1985

Queixa do Paciente: A paciente possuía os caninos do arco superior em vestibulo versão. O cirurgião-dentista prometeu tratamento ortododôntico gratuito e resolveu realizar em lugar, um tratamento protético.

Do Encontrado nos Arcos Dentários: Exodontia dos caninos superiores e de um incisivo lateral, dois tratamentos endodônticos, quatro dentes preparados para prótese fixa. Todo o tratamento dentro das normas técnicas preconizadas.

A Discussão: a indicação de tratamento.

CASO 8 - 1986

Ação de ressarcimento de danos.

Falhas Reconhecidas: Mobilidade dos dentes por trauma articular. Restaurações incompletas. Próteses mal adaptadas. Tratamentos edodônticos incompletos.

Os peritos ao elaborarem o laudo basearam-se numa tabela do Sindicato dos odontologistas do Estado de São Paulo e mais ou elementos referentes à cobrança de honorários, para a avaliação da reparação.

CASO 9 - 1986

Vara Criminal

Queixa do Paciente: Ressarcimento de danos.

Histórico: Ao realizar a extração de molar o cirurgião-dentista, após fraturar o dente, fraturou também a mandíbula da paciente. Não possuía aparelho de Raio X. O dentista informou a paciente do ocorrido e recomendou-lhe que fosse para casa e ficasse "quietinha". Como sentia muitas dores, a paciente encaminhou-se para um pronto-socorro tendo sido submetida a três cirurgias inclusive enxertos. Fez queixa crime e o laudo de lesão corporal foi de lesões graves por agente contudente.

CASO 10 - 1986

Ação ordinária de indenização.

Durante uma tartarêctomia a cirurgiã-dentista deixou cair um instrumental no olho direito da paciente.

A dentista socorreu a paciente colocando-lhe compressas de soro fisiológico. Houve vazamento do olho e inoculação direta de bactérias pelo instrumental contaminado.

Diagnóstico Médico: Endoftalmite e glaucoma secundário incontroláveis. Foi necessária a enucleação do globo ocular.

Consta da inicial o pedido pelo advogado de 200 salários mínimos como reparação.

CASO 11- 1987

Queixa do Paciente: A durabilidade do tratamento protético, a perda de próteses unitárias e discussão sobre a fixação provisória de prótese definitiva. Relata a paciente, que engoliu uma coroa. Consta do laudo, que a paciente abandonou o tratamento. Foi periciada após 15 meses do abandono.

Do Encontrado nos Arcos Dentários: Falta de encaixe de prótese removível. Ausência de duas coroas que a paciente trouxe nas mãos. Áreas de infiltração na prótese. Reação apical com rarefação óssea em tratamento endodôntico. Núcleos fora dos condutos radiculares, porém sem trepanação.

CASO 12 - 1987

Ação ordinária de reparação de dano resultante de atos ilícitos.

Queixa do Paciente: Nos autos desta ação, a paciente declarou ter sentido dores e necessidade de procurar outro profissional para retratar os canais. Relatou ainda que o dentista colocou parte de uma prótese definitiva e na frente do protético disse que se o paciente não pagasse mais uma

quantia, não colocaria a outra parte que estava pronta em suas mãos, e que se não concordasse em pagar, que não viesse mais ao consultório pois ele tinha advogado. A paciente ainda relata que após a conclusão do tratamento, o profissional negava-se a atendê-la nos momentos em que sentia dores.

Do Tratamento Proposto: Prótese fixa e dois "attachments" para o arco inferior, cinco tratamentos endodônticos e coroas provisórias.

Do Encontrado: Prótese superior fora da boca com vestígios de reparos de resina. Fratura da raiz de um dente. Prótese inferior provisória.

CASO 13 - 1988

Ação ordinária de indenização por danos materiais, morais e estéticos.

Queixa do Paciente: Após 8 anos de tratamento ininterruptos a paciente ainda não tinha sua reabilitação bucal. Foram realizadas 8 próteses fixas com aumento de comprimento e valor das mesmas a cada ano, sem adaptação de nenhuma delas. Durante este tempo, perdeu mais 2 dentes e sentia muito dor. O cirurgião-dentista cobrou por todas as próteses, alegando ser a diferença de preço em consequência da elevação do preço dos materiais.

Do Tratamento Proposto: Prótese fixa do arco inferior com 8 elementos em metalo-cerâmica (ouro). Prótese removível de 4 elementos em cromo cobalto para o arco superior.

Do Encontrado nos Arcos Dentários: Nenhuma prótese foi encontrada nos arcos dentários. Plano de tratamento fora dos padrões técnicos, núcleos metálicos incorretos, indicação

incorreta do tipo de prótese, falta de correta relação maxilo-mandibular, falta de adaptação da prótese, estética indesejável, tratamentos endodônticos incompletos, reabsorções radiculares, rarefação óssea apical. Problemas periodontais.

Laudo de lesão corporal: Lesão gravíssima (dano estético).

Sentença Condenatória: Imperícia, inabilitação para o exercício da Odontologia e falta de responsabilidade. "Pagamento pecuniário pelos danos, restituição corrigida dos pagamentos feitos. Valor do outro não restituído, indenização pelos danos moral e estético, e pagamento das custas processuais e honorários advocatícios fixados em 20% sobre o total da condenação". Valor igual a CrZ 257.600 corrigidos a partir de 30 de junho de 1987 a 15 de janeiro de 1989.

CASO 14 - 1988

Ação de ressarcimento de danos.

Queixa do Paciente: Exposição do implante e abscessos.

Do Tratamento Proposto: Implante no arco superior de 24 a 27. Implante no arco inferior de 44 a 46.

Do Encontrado: Implante mediante lâmina de Linlow exposta ao nível da região pré-molar superior com grande reabsorção óssea e abscessos recorrentes.

CASO 15 - 1988

Ação de ressarcimento de danos.

Queixa do Paciente: Erro de tratamento protético e queixa de não ter sido informada sobre possível insucesso do implante.

Do Encontrado: Osteíte no maxilar superior esquerdo. Presença de uma férula sustentada por quatro lâminas, duas na região molar superior direita e esquerda e uma na região de canino. Após a remoção dos implantes, foram observados notáveis danos ósseos no maxilar superior que tornaram impossível a confecção de uma prótese inferior eficiente.

CASO 16 - 1988

Queixa Crime por Lesão Pessoal gravíssima produzida por erro de tratamento de implante.

Queixa do Paciente: Dor e sensação de "choque elétrico" quando pressionava as arcadas dentárias.

Do Encontrado: Prótese fixa de 17 a 27. Na região canina direita um abscesso estendendo-se para vestibular com mucosa gengival hiperêmica e edematosa em toda a sua extensão. No arco inferior, prótese total do arco sustentada por implantes. Mobilidade dos implantes à palpação, zona de acentuada osteólise. Estrutura metálica nos limites do canal mandibular. O paciente se referiu não ter recebido nenhuma informação que resguardasse eventual êxito negativo do implante, e não assinou nenhum documento de consentimento.

CASO 17 - 1988

Queixa do Paciente: Fratura da prótese sobre implante com exposição da lâmina.

Do Encontrado: Ponte de suporte misto no arco superior direito do 24 ao 27. A sondagem foi observada uma profunda bolsa intraóssea nos limites da lâmina, confirmada pelo exame radiográfico. A paciente se referiu não ter recebido nenhuma

informação de possível e eventual insucesso, mas de haver consentido no tratamento por confiança no profissional.

CASO 18 - 1988

Queixa do Paciente: Fístula na região do implante.

Do Encontrado: Empiema do seio maxilar direito com fístula orocentral bilateral. Lâminas tipo Linkow nas regiões pré-molar e molar direito e esquerdo do arco superior. No arco inferior prótese de quatorze elementos com suporte misto com lâmina na região molar e suportada por pilares dentários dos dentes 33, 34, 43, 44 e 45.

A paciente assinou documento isentando a responsabilidade do profissional por possível rejeição. A paciente se encontrava tranquilizada pela reparação através de prótese fixa convencional.

CASO 19 - 1988

Queixa do Paciente: Edema de hemi-mandíbula direita.

Do Encontrado: Prótese fixa tendo como pilares dentários os elementos 11, 12, 13, 16, 21 e 23, e região de molar esquerdo sobre implante. No arco inferior dentes 32, 33, 37, 41, 42, 43 e 44 e sobre implante na região molar direita. Flegmão perimandibular de hemi-mandíbula direita. Ao exame radiográfico constatou-se uma osteíte na região molar superior esquerda ao nível da zona de molares inferiores direitos.

A paciente confiou plenamente no profissional, não tinha nenhuma dúvida sobre sua escolha terapêutica e no bom êxito da mesma.

CASO 20 - 1988

Queixa do Paciente: Abscessos e exposição do implante.

Do Encontrado: O paciente apresentava um implante subperiosteal no arco superior e um misto, com lâmina em distal, no arco inferior. Ao exame foram encontrados abscessos recorrentes e exposição da estrutura metálica em vários pontos. O paciente lembrou-se de ter sido informado pelo profissional de remota possibilidade de eventual rejeição, todavia, se mostrou confiante no êxito do método. O paciente havia assinado uma declaração de consentimento que lhe fora pedido como mera formalidade.

CASO 21 - 1988

Queixa do Paciente: Perda de uma ponte de três elementos com extensão de segundo pré-molar inferior direito a segundo molar.

Do Encontrado: Lâmina na região de molar direito com acentuada mobilidade. Ao exame foi evidenciada uma bolsa intra-óssea, e o exame radiográfico mostrou fratura intra-óssea da porção mesial da lâmina. O paciente informou ter sido assinante de consentimento após ter sido informado de maneira sucinta dos riscos do método do implante, mas não dos eventuais êxitos negativos do mesmo.

CASO 22 - 1988

Queixa do Paciente: Abscesso na região do canino e dor.

Do Encontrado: Prótese fixa de primeiro molar superior esquerdo a incisivo lateral direito. Abscessos e flegmões perimaxilar que derivavam de uma lâmina dobrada na região de

canino superior direito. Evidenciou-se a contra-indicação do implante.

A paciente relatou não lhe ter sido solicitado nenhum consentimento para a realização do implante.

CASO 23 - 1988

Queixa do Paciente: Exposição do implante.

Do Encontrado: Implante laminar na região molar inferior direita e de pré-molar superior esquerda intercalado com suporte dentário. Mobilidade da estrutura implantada inferior e exposição da lâmina superior. Ambas as regiões com reabsorção óssea.

A paciente lembrava-se de ter discutido com o profissional sobre rejeição, mas de ter sido tranquilizada por ele por sua longa experiência, tendo assinado documento de consentimento para a realização do implante.

CASO 24 - 1988

Queixa do Paciente: Impossibilidade de mastigação.

Do Encontrado: Ponte fixa com suporte misto do tipo laminar no arco superior direito de 14 a 16. A sondagem observou-se acentuada alveolite nas proximidades de 16, confirmado pelo exame radiográfico onde estava implantada uma lâmina de sustentação. No arco inferior duas pontes fixas com suporte misto indo de 35 a 37 e 44 a 46. Presentes nesta regiões acentuadas reabsorções ósseas e mobilidade das estruturas implantadas.

CASO 25 - 1988

Queixa do Paciente: Fístula e exposição do implante.

Do Encontrado: No hemi-arco superior esquerdo a estrutura implantada estendia-se do dente 23 ao 26 constituído de duas lâminas das quais uma em região molar direita. No hemi-arco superior direito uma lâmina sustentando uma parede do 14 ao 16. No arco inferior direito uma ponte fixa que se estendia do 34 ao 36. Presença de fístula na região pré-molar inferior esquerda, abcessos recorrentes no arco superior com parcial exposição das lâminas. Sobre informação recebida dos riscos de insucessos, o paciente relatou ter havido grande dificuldade para entender o profissional, pela linguagem altamente técnica usada. Confirmou a assinatura de consentimento para a realização do tratamento.

CASO 26 - 1988

Queixa do Paciente: Dor.

Do Encontrado: Prótese fixa de 14 a 16. No arco inferior prótese fixa com extensão de 34 a 36. Observou-se grande mobilidade da estrutura implantada no arco superior, e acentuada osteíte no arco inferior.

CASO 27 - 1988

Queixa do Paciente: Dor, fístula e exposição do implante.

Do Encontrado: Implante laminar intercalado com suporte dentário no arco superior com exposição da lâminas. Fístula oro-antral e empiema do seio maxilar direito.

A paciente relatou que o implante foi a única possibilidade protética do tipo fixo, exposto pelo profissional, e por tal motivo consentiu por escrito em realizá-lo.

CASO 28 - 1989

Vara criminal. Crime de homicídio culposo.

Óbito de uma criança de 2 anos após aplicação tópica de fluor. A mãe da criança relatou que a cirurgiã-dentista pediu à sua auxiliar que fosse ao almoxarifado e trouxesse o flúor para a aplicação tópica. Aplicou o flúor fora da cadeira, sem moldeira e sem sugador. Quando a criança começou a sentir-se mal a dentista dizia que era psicológico. Não socorreu a vítima que foi a óbito. Não foi feita a necrópsia.

Foi utilizado o "fluordent" pasta gel a 33%. Segundo o exame realizado pelo Instituto Adolfo Lutz, trata-se de substância altamente tóxica. Nos autos, a cirurgiã-dentista relata que naquela instituição sempre se usou esse tipo de flúor para esse tipo de aplicação.

Caso 29 - 1990

Queixa do Paciente: Remoção das restaurações de amálgama pelo cirurgião-dentista e colocação de restaurações metálicas fundidas que não se mantinham nos dentes. O cirurgião-dentista informou ao paciente que as restaurações de amálgama estavam mal feitas e que o mercúrio existente nas restaurações eram prejudiciais a sua saúde. Ao propor o tratamento, o profissional estipulou uma quantia. Após iniciado o mesmo, propôs ao paciente um aumento de valor, ao

que o paciente concordou. Logo em seguida tentou novamente aumentar esse valor ao que o paciente se aborreceu porque as restaurações não se mantinham nos dentes.

Do Encontrado: Doze dentes portando em suas superfícies material de cor branca, próprio de material restaurador provisório. O paciente apresentou à perícia um vidro contendo seis restaurações metálicas do tipo fundidas de cor amarela.

Caso 30 - 1990

Ação Criminal

Queixa da Paciente: Submeteu-se a extrações de três terceiros molares, todos em ocasiões diferentes, tendo pós-operatórios dentro da normalidade. Após a extração do último dente, terceiro molar inferior direito, que seria o quarto, começou a sentir muitas dores durante duas a três semanas, tendo que ser internada em hospital para drenagem de abscesso na região infra-mandibular direita.

Do Encontrado: Cicatriz do tipo cirurgia, de forma alongada, medindo quatro centímetros de extensão localizada na região infra-mandibular direita.

Laudo de lesão corporal negativo.

Caso 31 - 1991

Paciente com traumatismos decorrentes de acidente automobilístico, atendido por especialista em prótese-buco-maxilo-facial, em sala de cirurgia sob anestesia geral.

Queixa do Paciente: "Deformidades do rosto que chamam muito a atenção das pessoas na rua, despertando o riso dos outros. Não respira direito, não mastiga direito pois não

consegue abrir a boca perfeitamente e tem estalos nas articulações têmporo-mandibulares. Os restos alimentares permanecem no lado superior direito dos lábios quando mastiga. Mudança de voz, lacrimejamento constante. Prótese ocular direita que cai várias vezes.

Dificuldade de visão do olho esquerdo. Perda parcial do olfato.

Do Encontrado: Prótese ocular direita. Lacrimejamento intermitente, cicatrizes planas e hipocrômicas na face com perda da harmonia. Assimetria facial. Achatamento do dorso do nariz por afundamento dos ossos nasais. Ausência dos sulcos naso-malar e pálpebro-malar. Deformação do pavilhão auricular direito. Rebaixamento da comissura labial direita. Assimetria dos lábios. Consta do laudo que a córnea do olho direito extirpada, foi doada à terceiros. O perito informa que deveria ter sido implantada no olho esquerdo do paciente. Já que este estava com 70% da visão comprometida, conforme laudo fornecido por especialista oftalmologista.

A discussão iniciou quando o cirurgião-dentista entrou com uma ação de cobrança de honorários da segunda cirurgia que o paciente não concordou em pagar, por que não teria visto melhores resultados da mesma. A discussão do caso é toda em cima da não existência de uma equipe multidisciplinar (médica cirúrgica) para atendimento do paciente, que deveria constar pela gravidade do caso de: neurocirurgião, oftalmologista, cirurgião buco-maxilo-facial, cirurgião craniofacial (cirurgia plástica, ortorrinolaringologia e ortopedia), clínico geral e anestesiológico.

Informaram os peritos que as intervenções efetuadas não corrigiram completamente as sequelas resultantes do acidente sofrido.

Caso 32 - 1991

Queixa da Paciente: Falta de informação do dentista sobre tratamento imediato para evitar o movimento dos dentes.

A paciente tinha maloclusão Classe III causando-lhe severa e crônica dor de cabeça. O ortodontista providenciou o tratamento cirúrgico com osteotomia maxilar em três fases. No período de um mês já havia restabelecido os movimentos da mandíbula. O ortodontista removeu os dispositivos, extraiu-lhe dois dentes e trouxe sua mandíbula para trás com cirurgia. A paciente suspendeu o tratamento e tratou-se com outro ortodontista. Após depoimento de especialistas confirmou-se o padrão de cuidados da comunidade. O Tribunal rejeitou o caso.

Caso 33 - 1991

Queixa do Paciente: Negligência do professor de odontologia e do aluno. Durante o tratamento o paciente aspirou duas coroas as quais se alojaram em seu pulmão direito sendo necessária uma cirurgia para removê-las.

A Faculdade e os dois dentistas tentaram não admitir o caso, argumentando a assinatura do paciente, antes de iniciar qualquer tratamento, de documento que isentava tanto a Faculdade como os dentistas de qualquer responsabilidade.

O Tribunal rejeitou tal documento e alegou que pacientes tratados em clínica de Faculdade de Odontologia tem o direito de receber serviços com padrão de cuidados de

tratamento dentário e têm o direito de ter um julgamento sobre uma alegação de tratamento sem padrão. O dentista está respondendo por negligência.

Caso 34 - 1991

O cirurgião-dentista violou a lei do Estado permitindo que sua empregada assistente, contratada como higienista, realizasse trabalhos pertinentes a uma higienista dental licenciada.

O Tribunal declarou que um cirurgião-dentista emprega uma pessoa como higienista para realizar somente serviços permitidos a uma higienista executar.

Após o julgamento, o cirurgião-dentista pagou 250 dólares por vez que permitiu que a assistente realizasse serviços de higienista dental. Foram dez as ocasiões em que ocorreu o fato. A assistente realizou serviços com Cavitron, polimento com Profi e aplicação tópica de flúor.

Caso 35 - 1991

Um cirurgião-dentista da Califórnia foi acionado em 59 instâncias por tratamentos inadequados e tratamentos desnecessários. O cirurgião-dentista admitiu que o seu problema resultou de afobação e trabalhar muito rápido. O Tribunal como condenação obrigou-o a treinamento e a prestar serviços comunitários durante 10 anos, tendo conseguido sua licença após o cumprimento da sentença condenatória.

Caso 36 - 1992

Queixa do Paciente: Contratou a execução de uma prótese total para o arco dentário superior e uma prótese parcial removível para o arco dentário inferior. O serviço seria pago por convênio, o qual, durante o tratamento, a paciente perdeu o direito. A profissional cirurgiã-dentista, pediu complementação de honorários ao que a paciente ne negou alegando não ter conseguido se utilizar das próteses por falta de adaptação nos arcos dentários.

Do Encontrado: Próteses dentro das técnicas recomendadas, porém sem encaixe no arco, pois a paciente deixou de usá-la por muito tempo.

Caso 37 - 1992

Queixa do Paciente: Insatisfação com relação a estética, quadro agudo de dores cervicais, cefaléias frontais, dores e crepitação em ambas as Articulações Temporomandibulares, após a instalação da prótese fixa do hemiarco inferior. A remissão dos sintomas se deu com a instalação de uma "goteira" no arco inferior esquerdo por outro profissional. Informa o cirurgião-dentista que a paciente não quis submeter-se aos ajustes oclusais necessários.

Tratamento Proposto: Prótese fixa para o arco dentário superior. Prótese fixa para o hemiarco inferior esquerdo.

Do Encontrado nos Arcos Dentários: Desvio de linha média para o lado direito. Assimetria entre os cêndilos articulares que se apresentam alterados e compatíveis com aspecto de esclerose subcondral. "Grosseira desarticulação

oclusal unilateral, com 1,2 mm de alteração na dimensão de oclusão do lado esquerdo". Informa o perito que a magnitude desse valor em odontologia não poderia ser compensada com simples ajuste oclusal.

Caso 38 - 1992

Queixa do Paciente: Próteses fraturadas sem condições de uso.

Do Encontrado: Falta de adaptação cervical de prótese fixa, retrações gengivais, dentes da prótese com coloração diferente dos demais elementos dentários. Coroa para apoio de "attachment" fraturada em três fragmentos cerâmicos. Prótese removível com fratura de barra.

Caso 39 - 1992

Queixa da Paciente: Após dois anos de tratamento ortodôntico a paciente sente dores nas Articulações Têmporo-Mandibulares e se queixa de problemas periodontais. Reclama que seus dentes anteriores estão "amolecidos". Alega a paciente negligência por parte da ortodontista por não lhe indicar tratamento periodontal e não fazer acompanhamento radiográfico durante todo o tratamento. Quando perguntou a ortodontista como ficaria sua boca teve como resposta que ficaria "assim mesmo".

Do Encontrado nos Arcos Dentários: Intensas reabsorções radiculares de incisivos superiores e dentes posteriores inferiores. Problemas articulares, problemas periodontais.
Laudo de lesão corporal: Lesão corporal leve (culposa).

Caso 40 - 1992

Queixa da Paciente: Relata a paciente que os profissionais prometeram que a prótese realizada por eles duraria 20 anos. Que quando começou sentir dores não foi atendida adequadamente.

Consta do laudo que o tratamento foi realizado em 1986, e a queixa em 1991.

Do Encontrado nos Arcos Dentários: Prótese fixa do arco inferior com problemas periodontais e intensa reabsorção óssea.

Caso 41 - 1992

Queixa da Paciente: A paciente alegou perda de controle dos movimentos da língua, limitação da sua habilidade de falar, paladar, lambrar, engolir, assoprar, mastigar e beijar, dias após ter se submetido a uma anestesia dentária. Relata que durante a anestesia teve a sensação de "choque elétrico" e que o dentista a empurrou contra a cadeira terminando a aplicação do restante do anestésico.

O exame de especialistas comprovou que uma cirurgia corrigiria o problema da lesão do nervo mandibular que sofrera em decorrência da anestesia, porém com riscos consideráveis.

A sentença condenatória da ação de indenização determinou que fossem pagos 4 milhões de dólares à paciente.

Caso 42 - 1992

Queixa do Paciente: A paciente reclamou que a cirurgia foi executada negligentemente e sem consentimento próprio

resultando uma fístula buco-nasal de 2 milímetros que lhe causava dor e desconforto.

Antes de queixar-se sobre a lesão pós cirúrgica, a paciente queixou-se de negligência do cirurgião dentista que não lhe informou dos riscos que estaria correndo na cirurgia. O Tribunal de Apelação do Distrito de Columbia sustentou que geralmente numa ação de tratamento inadequado existe uma relação causal entre a falta de informação adequada e o prejuízo para o paciente, quando a informação correta de significantes riscos poderia ter resultado uma decisão contra da paciente. Um paciente tem o direito de saber tudo sobre o tratamento proposto e suas alternativas e também de se recusar a correr riscos durante o procedimento. O Júri foi requerido para decidir se uma pessoa razoável poderia considerar o risco de remover a exostose por sua própria decisão; se uma pessoa razoável poderia vincular sobre os riscos envolvidos quando se decidiu pela cirurgia; se a revelação do cirurgião foi adequada para a situação da paciente; se os prejuízos decorrentes resultaram de operação arriscada, e se a paciente foi contributoriamente negligente. O Júri resolveu pelo ressarcimento do dano.

Caso 43 - 1992

Queixa da Paciente: A paciente reclamou que o cirurgião-dentista removeu 14 restaurações de amálgama de seus dentes quando ela se queixou de várias indisposições por muitos anos, e, que após a remoção ela continuava com sensações de queimadura em sua boca.

O cirurgião-dentista fez testes de vapores de mercúrio, acidez salivar e testes de corrente elétrica, e aparentemente talvez, tenha dito à paciente que suas indisposições eram em consequência das restaurações de amálgama presentes em seus dentes. Removeu os amálgamas e colocou restaurações sem mercúrio. Quando continuaram as sensações o cirurgião-dentista recomendou que a paciente tomasse um agente desintoxicante para tentar remover o mercúrio remanescente em seu organismo. Como as sensações de queimadura continuaram, a paciente procurou um alergista e outro cirurgião-dentista para novas restaurações.

Sentença Condenatória: O cirurgião-dentista foi responsabilizado por nove especificações de conduta errada, incluindo acusação de prática fraudulenta, grosseira negligência, grosseira incompetência em mais de uma ocasião e ainda acusação de indução indevida e exploração. Perdeu sua licença.

Caso 44- 1992

O paciente tratou um dente com um cirurgião-dentista e teve dor e edema durante o curso do tratamento.

Após 5 meses tentou requerer do dentista os registros desse tratamento, porém, o dentista se negou a fornecer.

Com uma autorização e uma cópia do Estatuto do Estado, requereu novamente pois, o Estatuto prevê pena criminal para a negação do fornecimento de registros. Como resultado o paciente propôs uma ação em Juízo, alegando tratamento negligente e recusa de provimento de registros e radiografias. O dentista então providenciou os registros. O Tribunal entendeu que a

paciente tinha provado fatos suficientes na negação do registro, e que o dentista tinha infringido o dever de fornecê-los e que por isso a paciente tinha sofrido "stress" emocional e tido despesas com o advogado ao iniciar o litígio.

O paciente retirou a queixa de tratamento inadequado porque ao obter os registros não encontrou provas para continuar com esta ação. O Tribunal aceitou a ação de negação de registro porque entendeu que as pessoas que sofreram detrimento de ato ilegal ou omissão de outro, pode receber compensação de prejuízos de forma pecuniária da pessoa que falha.

Desta forma o Tribunal declarou que o profissional de saúde que falha ao prover registros de informações, deveria ser submetido a responsabilidade em uma ação civil privada.

Este caso mostra o dever legal que tem esses profissionais para com os pacientes no sentido de fornecer cópias de seus registros dentários e radiografias.

Muitos Estados americanos tem decretado com base em estatutos similares.

Caso 45 - 1992

Um Tribunal de Julgamento de New York reduziu para \$65.000 uma concessão de Júri em caso de tratamento ortodôntico inadequado, uma redução mais tarde protegida pela Divisão de Apelação do Estado.

O Júri tinha concedido U\$ 240.000 para um paciente que perdeu seis dentes num espaço de um ano após os cuidados ortodônticos - U\$ 40.000 por dores passadas e sofrimento e mais U\$ 20.000 por dores antecipadas e sofrimento por

denegação do osso maxilar alegando que o tratamento ortodôntico tenha permanecido por muito tempo.

O juiz do processo declarou a concessão excessiva e ordenou um novo julgamento a menos que o paciente venha a concordar para a redução da concessão para \$ 135.000 por futuras dores e sofrimento.

A Divisão de Apelação de New York resolveu que havia ampla evidência de prática não aceitável e que esta causou a injúria do paciente e concordou com o Tribunal de Julgamento que \$ 135.000 foi uma compensação adequada. (581 N.Y. 2 d. 836).

Caso 46 - 1992

Ação criminal

Queixa do Paciente: Após ter se submetido a extração dentária do terceiro molar inferior esquerdo, começou a sentir dores com presença de edema da região, tendo que ser internado em hospital. Relata o paciente que a extração foi realizada dentro das normas técnicas de assepsia, porém tinha uma "sensação de líquido na região da extração".

Do Encontrado: Cicatriz do tipo cirúrgica medindo quatro centímetros de extensão na região submandibular. Cicatriz de traqueotomia na região de pescoço linha média.

Diagnóstico Médico: Angina de Ludwig.

Laudo de lesão corporal negativo.

Caso 47 - 1993

Ação criminal e indenizatória.

Queixa do Paciente: Dores acentuadas, edema na região do segundo molar superior esquerdo estendendo-se por toda a face do lado correspondente, hemorragia e sangramento nasal.

Tratamento Proposto: Extração do segundo molar superior esquerdo e colocação de um implante ósteointegrado.

Relata o paciente que no dia seguinte ao da realização do implante, devido ao edema, dores acentuadas e sangramento nasal, procurou o profissional que havia realizado o tratamento, sem obter nenhuma solução. Procurou então um outro especialista.

Do Encontrado: Após vários exames, o especialista constatou contra-indicação do implante, perfuração do pavimento da cavidade sinusal e retirou o implante.

A paciente contratou advogado e fez representação criminal contra o profissional que realizou a cirurgia, como incurso no Art.129, parágrafo 6º. do Código Penal. O inquérito encontra-se em fase de exame de corpo de delito. Foi também proposto ação Indenizatória no valor de 12.000 dólares.

Caso 48 - 1993

Queixa do Paciente: Fator estético e falta de oclusão.

Tratamento Proposto: Tratamentos endodônticos de dois dentes, duas próteses fixas para o arco superior, quatro próteses unitárias e uma prótese removível para o arco inferior.

Do Encontrado nos Arcos Dentários: Próteses unitárias com zonas de infiltrações e falta de adaptação na borda cervical. Uma das próteses fixas apresenta falta de adaptação na região cervical. A outra prótese removível sem condições de adaptação no arco dentário.

Caso 49 - 1993

Queixa da Paciente: Reclamou de desenvolvimento de problemas em ambas as articulações têmporo-mandibulares após 10 anos do término do tratamento geral e ortodôntico.

A paciente havia tratado seus dentes de abril de 1974 a maio de 1977. Dez anos depois, em 1987, relatou desenvolvimento de problemas em ambas as articulações têmporo-mandibulares. Esperou ainda outros três anos antes de formalizar a queixa; mostrado pelos registros do Tribunal. Os advogados representando o dentista, arguíram que sobre a lei da Carolina do Sul, o caso não poderia proceder porque pelo Estatuto de Limitações já havia expirado o prazo que era de seis anos, para acionar o profissional. Numa apelação da paciente, um Tribunal de Apelação sustentou a decisão judicial do Tribunal de Julgamento e rejeitou o caso.

Caso 50 - 1993

Queixa da Paciente: A paciente reclamou que o ortodontista foi negligente ao expandir o seu arco dentário para a erupção de um canino que se encontrava impactado no arco dentário.

O ortodontista notou que a paciente tinha um canino superior direito impactado, que estava no lugar certo mas não

iria erupcionar como deveria. O paciente foi estimulado e encaminhado para um cirurgião-dentista que expôs o dente, possibilitando a fixação de um aparelho para puchá-lo. Os registros do Tribunal mostram que o ortodontista ajustou o aparelho mas o dente falhou na erupção. O arco dental da paciente desviou-se para a direita. A paciente procurou então um outro profissional que realinhou o arco expandiu o espaço e colocou o dente no devido lugar.

A paciente então entrou com uma reclamação contra o primeiro ortodontista. Porém, a sua expert testemunha foi destituída, porque relatou que o tratamento foi adequado porém o ortodontista não foi longe o suficiente no seu tratamento. A testemunha disse que o ortodontista aplicando técnicas corretas não necessitaria mais do que quatro anos para abrir o espaço. A testemunha não declarou que o ortodontista tinha se desviado do padrão de cuidados. O ortodontista discutiu que a testemunha se referiu mais ao resultado do que sobre o padrão de cuidados. O Tribunal de Apelação determinou que a depoente revelou que o acusado foi negligente para abrir o espaço e que tanto o dente poderia erupcionar por si próprio ou requerer atuações para puxá-lo.

O ortodontista declarou que isso era verdadeiro em 50% a 60% dos casos. O tribunal interpretou que o depoimento mostrou um resultado real do fato, e, que o acusado foi negligente para abrir o espaço e falhou em não ajudar o dente a erupcionar. Desde que este fato existiu, o tribunal insistiu que um julgamento sumário não seria apropriado e retornou o caso para inquérito.

Caso 51 - 1993

Queixa da Paciente: Problemas gengivais e mobilidade dental.

Tratamento Proposto: Extração do canino superior direito incluso e subsequente tração do primeiro pré-molar para a posição de canino e tração dos demais dentes subsequentes.

Informou a paciente que algum tempo depois de iniciado o tratamento proposto, o profissional ortodontista indicou a exodontia do primeiro pré-molar, por motivos que a paciente não soube esclarecer. O tratamento então seria direcionado no sentido de se tracionar o segundo pré-molar para a posição do caninos e subsequente mesialização dos primeiros e segundo molares a fim de se fechar os espaços interdentais remanescentes, o que acarretou um prolongamento no referido tratamento ortodôntico.

Do Encontrado: Perda de estrutura óssea na região de canino, alteração da cor e textura gengival da região. Bolsas periodontais nas regiões dos dentes 27, 15, 45 e 36. A nível de oclusão observou-se: desvio da linha mediana, falta de contato interproximal de dentes superiores e inferiores posteriores.

Ao exame radiográfico constatou-se: reabsorção radicular severa dos dentes 21, 22 e 11. Moderada do 12. Perda de estrutura dental a nível cervical até região mediana do 15. Inclinação coronária acentuada para mesial dos elementos 16 e 17. Inclinação moderada para mesial do 47 e 48. Perda óssea dental, lingual e vestibular do 47. Defeito ósseo vertical da

superfície mesial do 36. Área radiolúcida sugerindo rarefação do tecido ósseo abrangendo as regiões disto apical da raiz distal do 36. Através do exame dos modelos em articulador observou-se: Alteração do plano oclusal, alteração das curvas de Spee e de WILSON. Função anterior deficiente. Desocclusão direita e esquerda dos arcos dentários. Protusão deficiente com contato posterior. Prognóstico Relativo às estruturas dentais: Desfavorável ao 15. Crítico ao 45. Reservado ao 11.

5 MÉTODO

A metodologia empregada para a realização do presente trabalho constitui na avaliação dos laudos e processos que visavam apurar a responsabilidade civil e criminal dos cirurgiões-dentistas envolvidos nestes casos.

Na avaliação dos laudos periciais procuramos identificar basicamente a queixa do paciente, o tratamento proposto pelo profissional e o resultado observado pelos peritos.

Dessa forma, foi possível fazer um levantamento dos principais fatos que envolveram a responsabilidade civil e criminal dos profissionais cirurgiões-dentistas.

Ao examinarmos os processos, procuramos evidenciar a pretensão do paciente, um histórico dos fatos e as lesões identificadas pelos peritos que atuaram como auxiliares da Justiça.

Notamos que alguns visavam determinar a responsabilidade criminal do cirurgião-dentista e outros tinham o objetivo indenizatório com o ressarcimento dos danos causados pelos profissionais cirurgiões-dentistas durante a execução dos seus trabalhos.

Nos casos relatados na literatura estrangeira objetivamos evidenciar principalmente a queixa do paciente, a identificação da culpa do profissional, bem como as consequências condenatórias a estes profissionais, decorrentes de sua responsabilidade.

6 RESULTADOS

Pela análise dos casos que tivemos a oportunidade de estudar, tornou-se possível evidenciar os seguintes resultados:

1. O número de casos de demandas contra cirurgiões-dentistas vem aumentando cronologicamente a cada ano tanto no Brasil como em outros países.

Dos vinte e cinco casos nacionais estudados obtivemos: Um caso no ano de 1979, um caso em 1981, um caso em 1982, dois casos para o ano de 1984, um caso no ano de 1985, três casos em 1986, dois casos em 1987, em 1988 um caso, em 1989 um caso, em 1990 dois casos, em 1991 um caso, seis casos em 1992 e para o primeiro trimestre de 1993 três casos.

Dos vinte e seis casos estrangeiros obtivemos: Em 1974 um caso, em 1988 quatorze casos, 1991 quatro casos, em 1992 cinco casos e para o primeiro trimestre de 1993 dois casos.

2. No que tange às especialidades odontológicas, obtivemos dezesseis casos de Implantodontia; doze casos de Prótese sendo destes, sete relacionados com a Endodontia, dois com Dentística e um com a Periodontia.

Na especialidade Ortodontia, obtivemos sete casos. Em Cirurgia cinco casos. Obtivemos ainda, dois casos de Dentística, um caso de Odontopediatria, um de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, um de Periodontia e um de Endodontia sobre honorários. Relatamos um caso ocorrido durante a aplicação de anestesia.

Dos casos estudados, a maioria é de Implantodontia, seguido pela Prótese, Ortodontia e Endodontia vindo então os casos de Cirurgia e os de Dentística. Para as demais especialidades relatamos um caso.

Dentro das especialidades acima citadas, registramos quatro casos de lesões sofridas pelos pacientes durante os procedimentos odontológicos, sendo dois casos em Cirurgia, um em Periodontia e um durante a realização de anestesia.

3. Sem estarem diretamente relacionados a alguma especialidade, obtivemos um caso de aspiração de corpos estranhos, um sobre registros clínicos, um de violação da Lei dos Estados Unidos da América do Norte, e um de tratamentos desnecessários.

4. Com relação aos trabalhos propostos em cada especialidade, observamos que em Prótese tratou-se de onze próteses fixas, sete próteses unitárias, cinco próteses parciais removíveis, três tipo "attachment" e uma prótese total.

Em Endodontia somente tratamentos de condutos radiculares. Em Ortodontia quatro casos de alinhamentos dentários e um de expansão de arco. Em Implantodontia treze de implantes múltiplos e três de implantes unitários. De Dentística quatro foram os contratos para a realização de restaurações. De Cirurgia, quatro extrações dentárias e uma de exostose. De Periodontia uma cirurgia de gengiva e uma tartarectomia. De Odontopediatria uma aplicação tópica de flúor.

5. Relacionando os tipos principais de queixas dos pacientes e o número delas em cada especialidade, obtivemos:

- Com relação ao tratamento protético: falta de condições de uso da prótese, dez queixas; sendo três com relação a estética, dor, oito queixas; falta de atendimento emergencial, oito queixas; sobre honorários, cinco queixas; problemas com as articulações têmporo-mandibulares, duas queixas; durabilidade da prótese, duas queixas; fixação da prótese, uma queixa; próteses fraturadas, uma queixa; posse da prótese, uma queixa.
- No que concerne ao tratamento endodôntico as principais queixas são: dor, seis queixas; tratamento endodôntico sem realização de radiografias, uma queixa; perda de dente, uma queixa; necessidade de retratamento, uma queixa; falta de informação do endodontista, uma queixa.
- No âmbito da Ortodontia: duração do tratamento, quatro queixas; dentes abalados ou perdidos, três queixas; dor nas articulações têmporo-mandibulares, duas queixas; problemas periodontais, duas queixas, não acompanhamento radiográfico e periodontal pelo profissional, uma queixa; falta de informação, uma queixa; procura de outro ortodontista, uma queixa; indicação do tratamento, uma queixa.
- Nos casos de implantes são: a falta de informação, quatro queixas; exposição do implante, três queixas; fistula, três queixas; perda da prótese, duas

queixas; ausência do implante, duas queixas; impossibilidade de mastigação, uma queixa; "choque elétrico", uma queixa; edema, duas queixas; dor, duas queixas; hemorragia, uma queixa; sangramento nasal, uma queixa.

- Dos casos de lesões sofridas pelos pacientes durante os procedimentos odontológicos, além das queixas próprias da lesão, observamos: falta de informação, uma queixa; falta de exame radiográfico, uma queixa; falta de atendimento emergencial, uma queixa; comportamento do profissional durante o procedimento odontológico, uma queixa.
- Dos casos de Dentística: remoção das restaurações de amálgama, duas queixas; restaurações mal feitas, duas queixas.
- Nos casos de Periodontia a queixa foi de "destruição gengival".
- Dos casos de Odontopediatria: atendimento fora da cadeira profissional, ausência de moldeira própria para o procedimento, ausência do sugador.
- Dos casos de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial; sequelas resultantes de cirurgia, como deformidade facial, perda do globo ocular, prótese ocular que "cai várias vezes", mudança de voz, lacrimejamento constante. O paciente se queixa que não mastiga direito pois não abre a boca perfeitamente, tem problemas com as articulações temporomandibulares, não respira direito, tem

dificuldade de visão do olho esquerdo e perda parcial do olfato.

- Outras queixas relatadas: negação do fornecimento de registros clínicos e radiografias, uma queixa; assinatura de documento isentando o profissional de responsabilidade, uma queixa.

6. Observamos que algumas das reclamações são comuns em diferentes casos, independentemente da especialidade em que ocorreram, tais como: a falta de atendimento emergencial tendo o paciente de recorrer a outro profissional para reparação; a garantia dos serviços prestados e a falta de informação.

7. Dos casos estudados, que tivemos condições de obter informação a respeito, observamos que em oito deles houve realização de queixa crime: num caso de prótese, onde o laudo de lesões corporais foi lesão gravíssima (dano estético). Em dois casos de Ortodontia, cujos laudos de lesões corporais foram de lesões culposas. Um caso de fratura de mandíbula durante exodontia, cujo laudo de lesão corporal foi lesão grave por agente contundente. Dois casos de extrações dentárias, cujos laudos de lesões corporais foram negativos. Em dois casos de implantes, um foi de lesão corporal gravíssima e em outro lesão culposa.

8. Analisando as descrições dos arcos dentários realizadas pelos peritos, observamos que:

- Nos tratamentos protéticos os peritos relataram: falta de adaptação do bordo gengival com consequentes

infiltrações, problemas periodontais e reabsorções ósseas, nove relatos; ausência da prótese nos arcos dentários, seis relatos; dimensão vertical fora dos padrões técnicos com conseqüentes problemas das articulações têmporo-mandibulares, cinco relatos; núcleos metálicos incorretos, dois relatos; prótese com vestígios de reparos, dois relatos; núcleos fora dos condutos radiculares, um relato; pilares fora dos padrões técnicos, um relato; plano de tratamento incorreto, um relato; indicação incorreta, um relato; falta de correta relação maxilo-mandibular, um relato; utilização indevida de pilares, um relato; falta de tratamento periodontal para a reabilitação bucal, um relato; reabsorções de septos ósseos, um relato.

- Nos tratamentos endodônticos: rarefação óssea apical, três relatos; reabsorção radicular, dois relatos; tratamento incompleto, três relatos; fratura radicular, um relato.

- Nos tratamentos ortodônticos: reabsorções ósseas, três relatos; problemas nas articulações têmporo-mandibulares, dois relatos; perda de dentes, dois relatos; reabsorções radiculares severas, dois relatos; problemas periodontais, dois relatos; dentes abalados, dois relatos; extração de caninos superiores e incisivo lateral permanentes, um relato; inclinação dos dentes, um relato; desvio da linha mediana, um relato; alteração do plano oclusal, um relato.

- No caso de anestesia foram relatados: perda de controle dos movimentos da língua, limitações da habilidade de falar, lamber, engolir, assoprar, mastigar e beijar.
- Dos casos de implantes: reabsorção óssea, sete relatos; exteriorização do implante, seis relatos; abscessos recorrentes, cinco relatos; mobilidade do implante, cinco relatos; osteíte, quatro relatos; edema, quatro relatos; ausência do implante, três relatos; problemas de seios maxilares, dois relatos; fistulas, dois relatos; fratura da lâmina, um relato; alveolite, um relato; sangramento nasal, um relato.
- De Periodontia: retração acentuada da gengiva, um relato.
- De Dentística: restauração com presença de cárie, dois relatos; restos de restauração antiga presentes, um relato; restaurações incompletas, um relato; remoção de restaurações sem motivo concreto, dois relatos.
- De Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial: os peritos relatam no laudo que a ausência de uma equipe multidisciplinar, necessária nos casos de politraumatizados, foi a causa das sequelas como assimetria facial, prótese ocular direita, lacrimejamento constante, ausência dos sulcos nasomalar e pálpebro-malar, deformação do pavilhão auricular direito, rebaixamento da comissura labial direita. Assimetria dos lábios. Os peritos informam que a córnea do olho enucleado deveria ter sido

implantada no olho esquerdo e não doada a terceiros, pois o paciente tem uma deficiência visual de 70%, relatada por especialista oftalmologista.

9. Com relação aos tipos de ações, na área civil e criminal obtivemos dentre os processos estudados o seguinte: uma ação de cobrança de honorários; uma ação ordinária de reparação de dano resultante de atos ilícitos; uma ação ordinária de indenização por danos materiais, morais e estéticos; quatro ações de ressarcimento de danos e uma ação indenizatória.

Uma ação de ressarcimento de danos; três ações ordinárias de indenização; e uma ação de crime de homicídio culposo.

10. Verificando os tipos de culpas nas duas áreas, observamos que na Civil os tipos de culpas mais frequentes foram: negligência e imperícia do profissional. Na área criminal observamos que além de negligência a imprudência esteve presente.

11. No que concerne ao que o cirurgião-dentista se propôs a realizar, e os resultados a que chegou, observamos que na maioria dos casos de prótese houve reclamação porque o profissional não cumpriu o proposto. Num dos casos, o profissional garantiu o tratamento. Nos casos de Endodontia em alguns deles ocorreu o mesmo fato observado com a Prótese, porém em outros, apesar do correto tratamento, não houve o resultado esperado, segundo informações dos peritos contidas

nos laudos, após exame radiográfico dos mesmos. O mesmo aconteceu com casos de implantes, e num caso de extração dentária, apesar das técnicas estarem corretas, bem como a sua indicação. Com relação à Ortodontia, em cinco casos de queixas com mérito legal, somente dois foram de queixas após tratamento concluído.

12. Dos casos que tivemos a oportunidade de tomar conhecimento das sentenças proferidas pelos Tribunais, relatamos as seguintes:

- No caso nº 1, de fratura de mandíbula, a sentença condenatória foi de responsabilidade recíproca, 50% para a paciente por não ter informado o profissional e 50% para o profissional que não realizou anamnese do caso.
- No caso nº 13, de Prótese, a sentença condenatória foi: "Culpa, imperícia, inabilitação para o exercício da Odontologia e falta de responsabilidade. Pagamento pecuniário pelos danos, corrigidos. Valor do ouro não restituído, indenização pelos danos moral e estético, pagamento das custas processuais e honorários advocatícios fixados em 20% sobre o total da condenação". Valor igual a Cr\$ 257.600,00, corrigidos a partir de 30 de junho de 1987 a 15 de janeiro de 1989.
- No caso nº 18, por violação da Lei, a sentença condenatória foi o pagamento de U\$ 250 (duzentos e cinquenta dólares) por vez que a assistente realizou serviços de higienista. Foram dez as ocasiões.

- No caso nº 19, o Tribunal como condenação obrigou o cirurgião-dentista como treinamento a prestar serviços comunitários durante dez anos. O cirurgião-dentista conseguiu sua licença de volta após o cumprimento da sentença condenatória.
- No caso nº 25, de lesão do nervo dentário inferior, a sentença condenatória da ação de indenização determinou que fossem pagos ao paciente o montante de U\$ 4 milhões de dólares.
- No caso nº 27, das remoções de restaurações, o cirurgião-dentista foi responsabilizado por nove especificações de conduta errada, incluindo acusação de prática fraudulenta, grosseira negligência, grosseira incompetência em mais de uma ocasião, e ainda, acusado de indução indevida e exploração. Perdeu a licença.
- No caso nº 29, de Ortodontia, o profissional foi condenado por negligência e a indenizar a paciente no valor de U\$ 135.000 (cento e trinta e cinco mil dólares).

13. Verificamos a existência de casos declarados improcedentes pelo Tribunal que os apreciou, sendo um caso de prescrição da queixa nos termos do Estatuto de Limitação do Estado Americano, e um caso por ausência de mérito legal.

Apenas um caso retornou para inquérito por dúvida quanto a causa do resultado já obtido como fato real.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos denunciam um aumento da frequência de demandas de ações de cobrança de responsabilidade do profissional da Odontologia, tanto no Brasil como em outros países.

Dos vinte e cinco casos nacionais obtidos aleatoriamente, observamos que da década de setenta, temos apenas um caso. De 1981 a 1989 doze casos foram levantados, e um aumento considerável foi registrado para o início dos anos 90, onde obtivemos doze casos. O mesmo ocorreu com os casos estrangeiros, dos vinte e seis, um é da década de setenta, quatorze são de 80 e onze casos ocorreram nos três primeiros anos de 90.

Para LEVINSON⁴² (1970), as pessoas estão "econômico-conscientes" e "jurídico-conscientes", daí esse aumento de ações contra cirurgiões-dentistas. STINSON⁴³ (1977), acredita que talvez um dos principais fatores que tem contribuído para o aumento de ações contra cirurgiões-dentistas, seja o crescente senso de desconfiança da sociedade em relação a estes profissionais. França⁴⁴ (1985), é de opinião que a responsabilidade médica, ante os indivíduos e a sociedade, estrutura-se de acordo com uma necessidade permanentemente em evolução. O autor expõe que o paciente está voltado mais para o aspecto científico e das positividade terapêuticas, que para o relacionamento efetivo.

GREG e COLS.⁴⁵ (1986), afirmam que raiva, medo, ganância e rejeição são os motivos para levar o paciente para o tribunal contra o profissional.

Para FORBES e WATSON⁴⁷ (1975), há sempre alguns pacientes prontos para instituir um processo contra cirurgiões-dentistas sob algum pretexto, e frequentemente, são pacientes que têm recebido um excelente tratamento a um insignificante custo.

Para DARUGE e MASSINI⁴⁸ (1978), a Odontologia é a profissão das minúcias, e a inobservação das mesmas poderá acarretar danos ao paciente com implicações legais para o profissional.

COHEN & SCHWARTZ⁴⁹ (1987), afirmam que um paciente com dor e sem atenção, é um paciente altamente litigioso.

KFOURI⁵⁰ (1991), responsabiliza o baixo nível qualitativo do ensino no Brasil, refletindo no desempenho do profissional. A nosso ver, as opiniões dos autores são procedentes, entretanto, acreditamos que a razão mais forte ainda seja o descontentamento como consequência da rejeição do profissional para o atendimento do paciente com relação aos reparos, principalmente nos casos de emergência aliados à insatisfação estética e aos custos.

No presente estudo, o maior número de casos de reclamações foi com relação aos implantes. Embora, desta maioria, apenas cinco casos foram de ações contra cirurgiões-dentistas e os demais não chegaram aos Tribunais, fomos levados a incluí-los por se tratarem de casos de insucessos da especialidade por suas causas, por apresentarem aspectos importantes a serem discutidos dentro do presente estudo e ainda, por concordarmos com De FAUZE e BEDUSCHI, apud BUCELLI²⁰ (1989), quando relatam a falta de estudos médico-

legais com relação à implantologia dentária. Segundo BUCELLI²⁸ (1989), implantodontia é hoje um tratamento de uso corrente, não mais um método em fase experimental, deve ser adotada segundo INTRONA, MIOTTI e LEVI, apud BUCELLI²⁸ (1989), quando esgotadas todas as indicações de possibilidade de realização de outras técnicas protéticas.

Neste estudo, a maioria das queixas em implantes, é com relação à falta de informação do paciente, seguido por exposição do implante e pela presença de fistula no arco dentário.

Observamos nos resultados, que dos cinco casos de ações contra os profissionais que realizaram os implantes, em três deles há relatos de pacientes, no sentido de que não foram informados sobre possíveis êxitos negativos ou de possível rejeição do implante. Nos outros dois casos, os pacientes não relataram nada a respeito.

Dos onze casos que não chegaram aos Tribunais, observamos que em sete deles os pacientes relataram terem sido informados sobre possível rejeição do implante e em oito casos os pacientes foram assinantes de consentimento para a realização do tratamento.

Com relação ao relato dos peritos, constatamos que as reabsorções ósseas são as prevalentes, seguidas por igual número de queixas de exposição do implante, abscessos e mobilidade do implante, entre outras.

Informa CONSTANTINO²⁹ (1993), que deve-se conceber o sucesso do implante através de um intervalo de tempo, que segundo o National Institute of Health, deverá ter cinco anos em função para ser considerado sucesso. Segundo o autor, o

sucesso em implante se considera quando há normalidade tecidual, ausência de tecidos inflamatórios, ausência de dor e ausência de destruição óssea, e que esses são sinais eminentemente clínicos que podem ser vistos clínica e radiograficamente.

Segundo LEVI, apud BUCELLI²⁸ (1989), a maior parte dos insucessos pode ser atribuída ao aspecto técnico. Porém, CESCHIM²¹ (1984), é de opinião que "as causas de insucessos de implantes, na quase totalidade, quando foram seguidas as técnicas de indicação para o implante, são a falta de conhecimentos do profissional, especificamente os da fisiologia mastigatória, isto é, a não observância das leis da biodinâmica".

Segundo CONSTANTINO²⁹ (1993), num implante têm-se duas formas de se avaliar o sucesso ou o insucesso porque se acumula a parte cirúrgica mais a parte protética; pode-se ter sucesso ou insucesso em ambas as partes. O sucesso, relata o autor, depende de critérios clínicos, de teses profissionais e de critério do paciente.

BUCELLI et. al.²⁸ (1989) informaram que no sentido prático, em que o implantodontista agiu corretamente dentro da técnica, a responsabilidade do resultado cabe ao protesista que realizou o trabalho protético.

Segundo LEVI apud BUCELLI²⁸ (1989), a casuística demonstra que o insucesso implantológico tem acesso a uma dupla ordem de danos, temporário e permanente. O primeiro identificado quase sempre sobre base flogística-infectiva. O segundo, com relação às alterações de estrutura óssea, parodontais e também ligados às manobras de extração do

implante. Relata o autor, que em sede penalística o profissional pode ser chamado a responder por lesões pessoais graves e gravíssimas por incapacidade para as ocupações habituais, por enfraquecimento permanente do órgão da mastigação e doença provável ou certamente incurável. No âmbito civil segundo as recentes orientações doutrinárias e jurisprudências, o dano à saúde e eventualmente patrimonial.

A maioria dos autores BRUNO²⁷ (1967), CARNEVALI²⁸ (1989) e CONSTANTINO²⁹ (1993), afirmam que uma das causas mais frequentes de erros juridicamente relevante em implantodontia é a contra-indicação. Ressaltam os autores, que o mais importante é dar ao paciente uma correta e exaustiva informação sobre o método e da possibilidade de insucesso dos implantes, por tratar-se de intervenções onerosas.

Obtivemos um significativo número de casos de reclamações de tratamento protético inadequado, principalmente para aqueles de reabilitação bucal, onde a prótese fixa foi a eleita. Segundo RENE e Cols³⁴ (1991), a prótese é um trabalho difícil e de grande importância estética para a condição social do indivíduo, e o seu custo é um fator importante como causa de litígios.

BERG apud RENE e Cols³⁴ (1991), relata que a satisfação do paciente de prótese depende da relação entre dentista e paciente, e que isto tem sido mostrado com relação as próteses totais.

Observamos que os pacientes se queixam de dor, falta de condições de uso da prótese e quanto a estética, porém, o número de falhas técnicas relatadas pelos peritos tais como,

falta de adaptação da prótese, falta de dimensão vertical, infiltrações e problemas periodontais, encontradas nos resultados, excede o número de reclamações. Este mesmo fato foi relatado por RENE e COLS²⁴ (1991).

MENEZES²¹ (1990) e PEDROTTI²⁰ (1992), afirmam que a instalação de próteses mal adaptadas e mal planejadas, causando sérios problemas periodontais, problemas articulares e outros danos às estruturas dentárias remanescentes, configuram conseqüências danosas de delitos culposos.

Em alguns casos observamos que os pacientes questionaram a cimentação provisória das próteses. Isto tem sido recomendado doutrinariamente com o intuito de se estabelecer os ajustes e avaliações necessários, visando não só a funcionalidade mas a plena satisfação do paciente com relação ao tratamento protético.

Alguns pacientes apresentavam em seus arcos dentários próteses cimentadas provisoriamente, o que evidenciava o tratamento ainda não concluído, negando submeter-se aos ajustes e queixando-se de problemas nas articulações têmporo-mandibulares.

Segundo MACHEM²⁵ (1989), após rever processos, disposições e julgamentos onde a queixa era com relação aos problemas com as articulações têmporo-mandibulares ressalta que estes podem ocorrer durante o tratamento ou tornarem-se mais pronunciados, coincidentemente ou independentemente do tratamento, e esta é uma informação importante a ser dada ao paciente.

Segundo MONGINI²³ (1977) e GILBOE²² (1983), com o reposicionamento condilar pela terapia e o início da reparação

tecidual, sintomas aparecem como consequência das mudanças nas posições do côndilo, o que não significa necessariamente uma terapia ineficiente, constituindo, ao contrário, indicação positiva de que a resposta reparadora está ocorrendo. Ajustes que visem conforto para o paciente, ditam então, o caminho que a terapêutica deve seguir.

GILDOE⁸² (1983), MAJOR⁷ (1987) e PROFFIT⁸² (1991), relatam a existência de um componente psicossomático como fator desencadeante de sintomatologia dolorosa das articulações temporomandibulares. Insatisfações de resultados terapêuticos podem ser fatores geradores de ansiedades com seus naturais desdobramentos psicológicos.

Um outro fator questionado pelos pacientes é com relação a durabilidade da prótese. ROBETTI e Cols⁸² (1987), relatam uma dificuldade muito grande em se estimar a durabilidade da prótese, porque os autores consultados em seu trabalho são contraditórios entre si. Já MICHELIS⁷² (1958), relata que para se poder expressar um juízo sobre a duração da prótese, ocorre ter em conta diversos fatores, como as condições da dentadura e dos tecidos paradentais do sujeito ao qual deve ser aplicada. Para um apurado acerto de tais condições, requer uma pesquisa anamnésica e um exame clínico acurado, exames radiográficos que forneçam uma imagem probatória das condições, não só da dentadura restante, mas ainda e, sobretudo, dos dentes destinados a servirem de pilares da prótese. O autor refere-se ainda às normas técnicas precisas para a construção e a aplicação da prótese, sem as quais tanto a durabilidade como a eficiência da mesma estarão comprometidas.

Com relação a posse da prótese, SARNER²⁷ (1965), expõe que esta passa para o paciente a partir do momento em que o profissional expressa a sua satisfação com relação ao trabalho executado, mesmo que informe ao paciente que este deve voltar ao consultório para os devidos ajustes. Segundo o autor, isto significa que o cirurgião-dentista não tem o direito legal de repossuir a prótese como significado de segurança de pagamento. Relata que o profissional repossuindo a prótese, após passar o direito para o paciente, sofre o risco de uma ação criminal de roubo de propriedade. "Quando o paciente tem as próteses e recusa-se a pagá-las o recurso do profissional é com respeito à sua remuneração e não à posse das próteses", informa o autor.

Dos doze casos de reclamações de tratamentos protéticos estudados, observamos que em sete deles houve reclamação com relação ao tratamento endodôntico que concorreu para o insucesso da prótese. COHEN & SCHWARTZ²⁸ (1987), observaram que nos últimos anos as reclamações têm tido mérito legal, o que não ocorria em tempos anteriores que tinham pouco ou nenhum mérito, e que segundo a Insurance Company of Califórnia, a Endodontia tem sido a número um nas reclamações.

As principais queixas encontradas na especialidade são com referência à dor, tratamento endodôntico sem radiografia, perda de dente, necessidade de retratamento, falta de informação quanto aos honorários.

O sucesso e o insucesso do tratamento endodôntico segundo SILVA & CALVIELLI²⁹ (1988), na maioria dos casos circunscreve-se à análise radiográfica visando verificar se o

elemento dentário sofreu tratamento, se apresenta reação periapical e se os canais encontram-se parcial ou totalmente obturados.

PAIVA & ANTONIAZZI⁷⁷ (1988), embora concordando que "é fato assumido determinar o resultado da terapia a partir da interpretação radiográfica, separando pela aparência os casos bons daqueles de mau êxito", relatam que "é válido para um grande número de casos mas, não o é para todos", que no mais das vezes "os exames radiográficos são apenas suasórios". GOLDMAN e Cols., apud PAIVA e ANTONIAZZI⁷⁷ (1988), expõem que não existe um conceito ou esquema único a equacionar o sucesso de todos os casos de tratamentos endodônticos, o critério radiográfico deve juntar-se ao critério clínico de modo a tornar a avaliação menos questionável.

Quanto ao nível de obturação dos condutos radiculares (a 2 ou 3 mm. do ápice radiográfico), a discordância entre os profissionais e entre pesquisadores diz respeito à adoção de uma ou outra corrente doutrinária. SILVA & CALVIELLI⁷⁸ (1988), afirmam que "a simples adoção de uma escola não pode determinar o sucesso ou insucesso do tratamento. A questão é mais complexa". Ingle afirma que 58% dos insucessos se deve à obturação incompleta. Relatam SILVA & CALVIELLI⁷⁸ (1988), "que esta expressão deve ser interpretada com as devidas cautelas, uma vez que, embora não possa se afastar por completo a possibilidade de falha profissional, o fato poderá ter sido causado por um obstáculo intransponível como é o caso de canais com curvatura acentuada e para cujo tratamento não se dispõe ainda de recursos técnicos, ou, que o canal se encontre calcificado no seu terço apical

impossibilitando a adequada instrumentação; ou ainda, sobre o selamento de canais colaterais, outro insucesso apontado por INGLE²⁶ (1962) e TAMBURUS⁴⁴ (1983), para o qual não há técnica que possibilite a obturação desses canais".

A informação ao paciente de que o tratamento endodôntico tem 90% de sucessos e 10% de insucessos é de suma importância, COHEN & SCHWARTZ²⁷ (1987) e CALVIELLI²² (1988). A expectativa de obtenção de sucesso pelo paciente não deverá ser reforçada pelo profissional, e não será a complexidade da lesão ou a dificuldade na execução do tratamento que incluirão o caso dentro do percentual de 10% de insucesso (SILVA & CALVIELLI²² (1988)). "É preciso que se entenda que esse percentual sendo biologicamente muito significativo não pode ser relegado pelo profissional a um segundo plano, devendo a sua conduta ser pautada pela prudência". (SILVA & CALVIELLI²² (1988)).

WEINE apud PAIVA e ANTONIAZZI⁷⁷ (1988), salienta que uma restauração inadequada ou mal realizada em dentes portadores de tratamento endodôntico bem realizado, é um fator de insucesso muito maior que aqueles costumeiros da terapia endodôntica, podendo levar o elemento dentário à extração.

Num dos casos, a reclamação do paciente foi a não realização de radiografias durante o tratamento endodôntico.

Segundo BENDER e SELTZER, CRUMP, MARSHAL, PRIEBE e Cols. apud TAMBURURS⁴⁴ (1983), os Raio-X se incorporaram definitivamente ao tratamento e prognóstico, dos procedimentos endodônticos. COHEN & SCHWATZ²⁷ (1987), relatam que, queriam ou não, o profissional é um especialista quanto ao tratamento endodôntico, pois, tanto generalistas quanto especialistas são

julgados pelo menos criterios, porque há somente um padrão de tratamento endodôntico. Radiografias e dique de borracha são critérios de padrão de qualidade em Endodontia.

Obtivemos um caso de falta de informação quanto aos honorários cobrados. O paciente entendeu que seria o valor total do tratamento, quando na realidade se cobrava por conduto radicular. COHEN & SCHWATZ³⁷ (1987), relatam que explicações verbais e por escrito demonstram não somente uma atitude de cuidado do profissional, como pode bem minimizar os riscos de litígios.

PEDROTTI³⁸ (1991), afirma que em Endodontia o profissional age com culpa quando na preparação de um canal provoca trepanação radicular, tanto pela falta de técnica como pela errônea interpretação radiográfica, e quando dá ensejo a fratura de instrumento alargador no interior do canal.

COHEN & SCHWATZ³⁷ (1987), relatam que a fratura de instrumento no interior de um canal pode ocorrer também, por defeito do instrumento, devendo ser a responsabilidade, no caso, do fabricante.

ZINMAN, apud COHEN & SCHWATZ³⁷ (1987), afirma que negligência nunca é atribuída advinda do resultado. Se o profissional pode provar através de seus registros e testemunhas, que houve no processo o mínimo de padrão de qualidade, e que o paciente foi prontamente informado do fato ocorrido, não necessariamente implica em negligência.

O tratamento ortodôntico, de acordo com os resultados, tem levado cirurgiões-dentistas especialistas da área aos tribunais na cobrança da responsabilidade profissional. CROSBY

& CROSBY⁴¹ (1987), informam que segundo o Medical Protective Co. uma das maiores companhias de Seguros dos Estados Unidos da America do Norte, 1 entre 12 profissionais que praticam ortodontia poderá estar sujeito a um processo jurídico por tratamento inadequado. Das reclamações encontradas neste estudo, a duração do tratamento foi a queixa mais relatada pelos pacientes. Acreditamos que, para o paciente, o fator mais importante num tratamento ortodôntico é com relação a estética alcançada através do correto alinhamento dentário. Obtido o seu objetivo, na maioria das vezes a continuação do tratamento faz com que a conduta do paciente mude com relação a confiança depositada no profissional. A informação ao paciente de Ortodontia, que além da estética há outros objetivos tão ou mais importantes a serem alcançados através do tratamento, é de revelante importância no sentido de se evitar litígios. O segundo maior número de reclamações foi de dores nas articulações têmporo-mandibulares e problemas periodontais durante o tratamento ortodôntico. Lembramos aqui a afirmação de GILBOE⁴² (1983), com relação às dores nas articulações têmporo-mandibulares durante o tratamento. CROSBY & CROSBY⁴¹ (1987), ressaltam a necessidade de uma avaliação das condições das articulações têmporo-mandibulares e com registros precisos, antes de se iniciar o tratamento ortodôntico. O mesmo deve ser feito das condições periodontais do paciente. Alguns ortodontistas têm o cuidado de estabelecer graus de escovação dentária do paciente durante o tratamento mostrando o padrão de cuidado ou negligência do paciente. A investigação periodontal deve ser frequente durante o tratamento ortodôntico, segundo CROSBY & CROSBY⁴¹ (1988).

Relatam GJERMO ROSLING e Cols., TAN & WADE, apud LASCALA⁴⁰ (1988), que, se necessário, o ortodontista deve encaminhar o paciente ao periodontista e que essa medida às vezes se torna necessária justamente devido à longevidade do tratamento ortodôntico. Expõem esses autores, que mesmo nas movimentações ortodônticas indesejáveis e por vezes permanentes nas estruturas dentárias e de suporte, se forem adotadas medidas preventivas durante o decorrer do tratamento ele será tranquilamente com benefícios reais para o paciente.

As reabsorções radiculares como consequência de tratamento ortodôntico sendo alegação de tratamento negligente, foi encontrada em nossos estudos.

Segundo PEDROTTI⁴⁰ (1991), o profissional da Ortodontia age com culpa quando não controla a força aplicada para movimentação dental e provoca reabsorção radicular.

BREZNIAK et. al.^(24,25) (1993), relatam que a reabsorção apical é um problema idiopático comum associado com tratamento ortodôntico e que tem recebido considerável atenção médico-legal. Expõem que a susceptibilidade individual é considerada um fator importante na determinação do potencial de reabsorção radicular, com ou sem tratamento ortodôntico, que esse potencial existe nas raízes decíduas e permanentes de todas as pessoas, em graus variáveis em diferentes dentes, que são fatores imprevisíveis.

MOYERS⁷⁴ (1979), informa que os pacientes com reabsorção idiopática geralmente mostram evidências deste estado antes da terapia ortodôntica, as forças somente agravam o problema. Informa também o autor, que a microrreabsorção

pode ser observada na maioria das raízes dos dentes que foram movimentados porém, somente através de preparação microscópica.

Segundo GIBILISCO³¹ (1986) e CHESHIRE³² (1987), as reabsorções radiculares não são associadas às doenças sistêmicas. O traumatismo, informam os autores, parece ser o mais importante fator na produção de reabsorções radiculares.

A maioria dos autores, MOYERS⁷⁴ (1979), FREITAS⁴⁷ (1985) e FERES⁴⁶ (1988), recomendam cuidados especiais com relação ao tratamento ortodôntico em relação às forças usadas na movimentação dos dentes, para se evitar além do desconforto do paciente, as reabsorções radiculares, principalmente em pacientes adultos onde as respostas biológicas são mais lentas. Ressaltam que a idade do paciente é um fator de grande importância.

FERES⁴⁶ (1988), relata que no tratamento ortodôntico em adulto deve ser levado em consideração o menor número de células conjuntivas e de vasos sanguíneos no periodonto.

HENRY & WEINMAN, citados por SCHULGER apud. LASCALA⁴⁸ (1988), notaram reabsorções de cimento em 90% dos casos de tratamento ortodôntico e uma prevalência também grande de reabsorção radicular. Esta última é atribuída a forças excessivas de movimentação.

FERES⁴⁶ (1988), relata que a maior frequência de reabsorção radicular em tratamento ortodôntico em adulto parece ser apenas parte da verdade. O autor faz uma série de recomendações aos ortodontistas como meios de se evitar as reabsorções radiculares.

Ressaltam os autores, MOYERS⁷⁴ (1979), CROSBY & CROSBY⁴¹ (1987) e PROFFIT⁹² (1991), a importância do

acompanhamento radiográfico dos dentes durante o tratamento ortodôntico.

BREZNIAK(24.25) et. al.(1973), relatam que a maioria das perdas de raiz como resultado de tratamento ortodôntico, não diminui a longevidade ou a capacidade funcional dos dentes envolvidos. Porém, como esse fatores são basicamente imprevisíveis, para se evitar litígios com relação à cobrança de responsabilidade do profissional ortodontista, torna-se necessário que este tome certos cuidados estabelecendo critérios de diagnóstico, radiografias e consentimento informado.

FREITAS e Cols⁴⁹ (1985), afirmam que "existe uma força ótima para cada paciente, cabe ao profissional ortodontista, experimentando descobri-la". É nosso pensamento, em concordância com alguns dos autores citados, que as reabsorções radiculares ocorrem como resultados de tratamento ortodôntico na maioria dos casos. Porém, como BREZNIAK(24.25) (1973), acreditamos que nem todos os níveis de reabsorções de raiz colocam em risco a longevidade e a funcionalidade dos dentes tratados ortodônticamente. Se por um lado, o comprometimento da longevidade e da funcionalidade do órgão dentário dependem do nível de reabsorção de sua raiz e há previsibilidade de que isto possa ocorrer, por outro, a não observância dos cuidados necessários para se evitar as reabsorções a níveis incompatíveis com a permanência dos dentes nos arcos dentários, poderá ser considerada negligência do profissional da Ortodontia.

A nosso ver, numa avaliação odonto-legal, a reabsorção radicular é analisada em conjunto com outros fatores que possam ocorrer durante o tratamento ortodôntico.

Dos quatro casos de lesões sofridas pelos pacientes durante o procedimento odontológico, dois são de fratura de mandíbula durante extração dentária.

DEBERNARDI⁴⁴ (1990), relata que no caso de fraturas de osso alveolar ou de ossos maxilares, o profissional é imputável quando o fato tenha acontecido pelo emprego de uma técnica errada, ou com instrumental inadequado, e sempre que não existam processos patológicos a encargo do osso, o que diminuiria a resistência. O mesmo autor expõe que a luxação de dentes contíguos àqueles da extração, a fratura da coroas dentárias com instrumentos utilizados incorretamente, e as lesões gengivais ou nervosas que possam ocorrer durante uma extração, são complicações claras e diretas de responsabilidade profissional. "Nos casos de aparecimento de processos inflamatórios nas extrações, o profissional não será responsável quando demonstrou ter praticado uma rigorosa observação das normas de assepsia e se havia recomendado nos casos mais complicados o uso de medicação correta" expõe o autor.

LEVINSON⁴² (1970), SARNER⁴⁷ (1985), COHEN & SCWARTZ⁴⁷ (1987), relatam que a informação do paciente com relação à lesão ocorrida é um fator primordial para se evitar futuros litígios.

LEVINSON⁴² (1970), FORBES e WATSON⁴⁷ (1975), SARNER⁴⁷ (1985), DEBERNARDI⁴⁴ (1990), aconselham os profissionais a não

executar cirurgias sem radiografias, e a serem cuidadosos tanto na cirurgia como no pós-operatório.

Um caso foi de lesão do nervo mandibular.

CARNEVALI et. al.³⁰ (1989), informam que só se pode falar de dano quando na presença de insensibilidade total de uma hemiarcada, comprovada pelo dano mastigatório onde o paciente, como consequência dessa insensibilidade, poderá perder os alimentos líquidos e semi líquidos pela boca. Parece correto, afirma o autor, falar-se em dano mastigatório em torno de 10%, sem contar a fonação e a estética. Esta última será graduada tendo em conta as variáveis incidências do caso como idade, sexo, estado civil, e ainda o estado do indivíduo anterior ao dano.

Segundo MAGALHAES³¹ (1980), o principal elemento na configuração do dano estético é a dor moral, que não possa ser superada por tratamento ou operações, que acarreta o "enfeamento" pela modificação permanente na aparência externa, não tendo mais a pessoa a aparência que possuía antes. Segundo a autora, o dano estético pode ter sua origem não só nos atos ilícitos como também nos contratos quando um vínculo entre ofensor e vítima já existia.

A perda do globo ocular foi outro dos casos de lesão durante o tratamento odontológico.

GREGG et. al.³² (1986) e HARRY et. al.³³ (1991), reconhecem que falhas para proteger pacientes ou assistentes podem ser consideradas negligência, primeiro por um ato de comissão causando a lesão, ou por omissão por falta de precaução contra um conhecido risco. No caso de lesões oculares GREGG et al.³² (1986), relatam que a omissão no caso

do profissional em salvar o paciente é a segunda possibilidade de negligência, por ato de omissão.

LOGAM²³ (1987), informa que os cirurgiões-dentistas ainda tem oportunidade de melhorar a profissão e suas práticas antes, e não após os advogados e juristas colocarem precedentes legais.

Dois casos de remoções das restaurações de amálgama foram encontrados nos nossos resultados.

ODOM⁷⁴ (1991), relata que o cirurgião-dentista só deverá remover restaurações de amálgama se estiver comprovado pelo médico do paciente, que este demonstra algum tipo de alergia ao material, ou, que o amálgama está sendo prejudicial à saúde do paciente. O paciente, relatam os autores, MEIRA⁴⁷ (1960) e ODOM⁷⁴ (1991), tem autonomia para tomar decisões a respeito de seu próprio cuidado de saúde, e o profissional tem autonomia para apresentar ao paciente aquelas opções de tratamento que ele julga aceitáveis, e para recusar prover tratamento que ele considera inaceitável.

ODOM⁷⁴ (1991), informa que não há suporte científico de que o amálgama causa algum prejuízo à saúde do paciente. "O dentista que inicia a remoção do amálgama por benefício pessoal, merece condenação por extorsão e negligência, por ter obrigação de beneficiar o paciente", relata o autor.

LEITE⁴¹ (1962), julga que o profissional que realiza intervenções desnecessárias e prejudiciais, tão só para atender a solicitações insistentes, incorre, irremediavelmente, no descumprimento dos seus deveres de defensor da saúde.

No caso de extrações dentárias desnecessárias, mesmo com o consentimento do paciente por escrito, o profissional estará incorrendo em falta grave do ponto de vista moral e legal, SARNER²⁷ (1985).

No caso de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial estudado, os peritos abordam como principal fator das consequências da cirurgia, a ausência de uma equipe multidisciplinar. Segundo o parecer de WILSON ANDREONI²⁸ (1991), no caso dos cirurgiões-dentistas adentrarem regiões circunvizinhas ao do aparelho estomatognático, tais como a facial, crânio-encefálica, orbitárias, articulares e nasal, é importante salientar que também deve fazer parte da equipe cirúrgica um médico especialista na área, que chefiará a equipe. Segundo reunião plenária do Conselho Nacional de Saúde realizada em 28.11.78 quando ambos, médico e dentista, atuarem isoladamente, devem se limitar às suas respectivas áreas, informa o autor do parecer.

No caso de odontopediatria, entende-se que, se em Endodontia a ausência de dique de borracha e a ausência de radiografias são consideradas falta de padrão para o atendimento, o atendimento fora da cadeira profissional e a ausência do sugador durante a aplicação tópica de flúor poderiam ser considerados da mesma forma. FRANÇA²⁹ (1985), afirma que não se deve considerar como delito culposo o insucesso diante de um ato médico justificável e intransferível, quando há precariedade de meios, quando o agente está no cumprimento do dever legal ou no exercício

regular de direito, ou quando os recursos utilizados são postos à disposição por meios moderados.

Obtivemos em nossos resultados, algumas queixas que observamos, foram comuns a diferentes especialidades:

. Queixa com relação à posse dos registros clínicos e radiografias.

Embora as radiografias sejam documentos importantes de defesa do profissional, e alguns autores LEVINSON⁴² (1970), SARNER⁴⁷ (1985), afirmarem que estas pertencem ao cirurgião-dentista, este não poderá se negar a fornecê-las quando requisitadas pelo paciente. A conduta recomendada ao profissional é a de providenciar cópias ou fornecê-las ao paciente mediante assinatura de documento referente à posse das mesmas. Com relação à ficha clínica, esta é sempre do profissional, e tanto radiografias como ficha clínica e outros documentos devem ser guardados por no mínimo 20 anos.

. Com relação à assinatura do paciente de documento isentando o cirurgião-dentista da responsabilidade pelos seus atos profissionais FRIEDHENTAL⁴⁸ (1967) e SARNER⁴⁷ (1985), informam que esse tipo de documento não tem nenhum valor legal, e se houver esta última o profissional será executado por "conspirar contra os direitos da comunidade", BRAGA FILHO⁴³ (1990), relata que cada um deve responder na justa medida de sua ação e de suas responsabilidades.

. Com relação à garantia dos serviços prestados pelo profissional, os autores LEVINSON⁴² (1970), SARNER⁴⁷ (1985), CROSBY % CROSBY⁴¹ (1987), COHEN & SCHWARTZ⁴⁷ (1987), TIERNEY apud URSU⁴⁴ (1982), são unânimes em afirmar que o cirurgião-

dentista deve assegurar que o paciente receberá bons serviços, mas nunca dar garantias do mesmo, deve evitar escrever ou mesmo dar a entender ao paciente a garantia do tratamento a realizar ou realizado. A garantia implica em resultado, informam os autores.

. Com relação à falta de informação, os autores LEVINSON²² (1970), SARNER²⁷ (1985), ROMANO et al.²⁷ (1987), COHEN & SCHWARTZ²⁷ (1987), CROSBY & CROSBY⁴¹ (1987), recomendam aos cirurgiões-dentistas fornecer sempre informações claras ao paciente, se possível por escrito, e certificar-se de que o paciente entendeu a informação, além do que, registrar na ficha clínica. COHEN & SCHWARTZ²⁷ (1987), expõem que informar sem registrar, é o mesmo que não informar.

. Com relação à falta de atendimento emergencial informam os autores LEVINSON²² (1970), SARNER²⁷ (1985), COHEN & SCHWARTZ²⁷ (1987), que pacientes sem instruções pós-operatórias e sem atendimento emergencial, são pacientes altamente litigiosos.

Observamos que o tipo de culpa mais freqüente nos casos estudados, foi a negligência seguido pela imprudência e por último a imperícia. Negligência e imprudência são dois elementos de difícil separação.

GREGG et. al.²⁴ (1986), informam que os Tribunais consideram três elementos essenciais de negligência: dever de cuidado entre dentista e paciente, a quebra de padrão de cuidado e dano razoável e previsível como resultado. RAMOS²³ (1987), ao realizar uma perícia médica analisa a negligência através da documentação do caso. Alguns autores BRUNO²⁷

(1967), CIONE³⁴ (1969), afirmam que há erro excusável e não imperícia sempre que o profissional empregando correta e oportunamente os conhecimentos e regras da sua ciência chega a uma conclusão falsa, possa embora advir daí um resultado de dano ou de perigo. Segundo CIONE³⁵ (1972), não se deve confundir erro profissional com imperícia, este só se apresenta no exercício de uma arte ou profissão. Já BRINON³⁶ (1986), acredita que imperícia deve produzir-se no desempenho da atividade de profissão que constitui o meio de vida do sujeito para o qual está facultado, sem que se requeram estudos especiais ou título habilitante. FRANÇA³⁷ (1985) e RAMOS³⁸ (1987), relatam que é extremamente difícil alguém pensar em imperícia de um homem que trás nas mãos um diploma de doutor. Entre negligência e a imprudência existem indícios de grave culpabilidade, ao passo que na imperícia, presume-se a falta de aprimoramento relativo a pessoa que desempenha determinada profissão. Por responsabilidade médica não se entende uma capacidade mais ou menos brilhante, ou um conhecimento mais ou menos profundo, mas apenas a possibilidade de imprudência ou de negligência. SILVA³⁹ (1990), relata que o acontecimento falho que se desenvolve relacionado ao ato médico, pode-se constituir em ação ou omissão ligada ao instante ou momento circunstancial de sua efetivação, necessitando portanto de uma análise prudente das diversas fases de sua produção.

Com relação à natureza da obrigação contratual do cirurgião-dentista, os autores são controversos. Alguns autores, LEITE⁴¹ (1962), SILVA & CALVIELLI⁴² (1988), TOMMASINO⁴³ (1990), são de opinião que é de meios, para outros

MENEGALE^{7º} (1933), LUTZ^{6º} (1938), AGUIAR^{1º} (1960), ARAUJO^{6º} (1991), BITTAR^{2º} (1991), é de resultados. Para TOMMASINO^{7º} (1990), a obrigação contratual resguarda os meios e não o resultado, salvo quando o emprego se refere especificamente aos resultados. Para o Direito, a natureza da obrigação contratual para o cirurgião-dentista é de resultados. Para a Medicina entende-se que seja de meios, salvo algumas especialidades. Entendemos que a Odontologia sendo parte especializada da Medicina não pode responder de maneira diferente já que aplica os seus conhecimentos no mesmo campo, ou seja no homem. As respostas às intervenções médicas e odontológicas advêm do mesmo organismo; não se admite separar a parte estomatológica do restante do corpo humano, como se esta respondesse de maneira diferente daquela. Alguns autores colocam a obrigação de resultados para o cirurgião-dentista, baseando-se nos avanços tecnológicos ocorridos na Odontologia nos últimos anos, alicerçando o resultado positivo na modernidade dos instrumentos utilizados; fosse assim, a Medicina estaria, com o seu comprovado avanço tecnológico, respondendo por resultados, o que não seria compreensível, muito menos aceitável, já que a imprevisibilidade das respostas biológicas é um fator comprovadamente científico e que não depende da atualização ou não do instrumental. Somos de opinião que em algumas especialidades odontológicas, como o que ocorre na Medicina, a obrigação do cirurgião-dentista poderá ser de resultados, porém na maioria delas, que dependem das respostas biológicas, será sem sombra de dúvidas, uma obrigação de meios.

Observamos em nossos estudos, que em alguns países há uma limitação do tempo para reclamação de justiça. Nos Estados Unidos da América do Norte, informam os autores CROSBY & CROSBY⁴¹ (1987), o tempo de limitação é garantido pelos Estatutos de Limitação do Estado, variando de Estado para Estado. Normalmente esse tempo é de dois anos, variando para quatro anos no caso de reclamação de contrato. Em Ilínois foi relatado um caso de dez anos devido a garantia por escrito. No Brasil, a limitação é de vinte anos independentemente da forma de contrato.

8 CONCLUSÕES

Pela avaliação dos casos de processos civis e criminais e dos laudos elaborados por peritos envolvendo responsabilidade dos Cirurgiões-Dentistas, podemos estabelecer as seguintes conclusões:

- O número de processos contra Cirurgiões-Dentistas nos Fóro Cível e Fóro Criminal vem aumentando acentuadamente nestes últimos anos, tanto no Brasil como em outros países;
- os casos analisados no presente trabalho incidem, em sua maioria, nas especialidades de Implantodontia, Prótese, Ortodontia, Endodontia e Periodontia;
- sem estarem relacionados diretamente com as especialidades, registramos quatro processos contra cirurgiões-dentistas, sendo um por aspiração de corpos estranhos, um por registro clínico indevido, um por violação da lei e um por tratamentos desnecessários;
- as principais causas que fundamentaram os pacientes a proporem as ações contra os profissionais, nas diversas especialidades foram:
 - . Quanto à Prótese Dentária, observamos a falta de condições de uso da prótese;
 - . quanto à Endodontia, observamos a dor e a necessidade de retratamento endodôntico;
 - . quanto à Implantodontia, observamos a exposição do implante e perda da prótese;

- . quanto à Ortodontia, observamos dentes abalados ou perdidos e duração do tratamento;
- . quanto à Dentística, observamos restaurações mal feitas esteticamente;
- . quanto à Periodontia, observamos problemas gengivais;
- . quanto aos casos de lesões sofridas pelos pacientes durante os procedimentos odontológicos, observamos principalmente a falta de atendimento emergencial, falta de informações e a existência da própria lesão;
- as reclamações dos pacientes em alguns casos são comuns, independentemente das especialidades, e correspondem basicamente, à falta de atendimento emergencial, à falta de informações sobre os trabalhos a serem realizados;
- dos casos estudados, verificamos que em oito deles houve o registro de queixa-crime, com instauração de inquérito policial, envolvendo os profissionais em lesões corporais culposas graves ou gravíssimas;
- nos processos de natureza cível verificamos que os tipos de culpas mais frequentes foram negligência e imperícia dos profissionais e nos processos de natureza criminal foi a imprudência;
- a maioria dos casos que tivemos a oportunidade de tomarmos conhecimento das sentenças proferidas pelos Tribunais, os profissionais foram condenados a pagar indenização ao paciente, com maior frequência nos países estrangeiros;

- a responsabilidade civil do cirurgião-dentista não pode ser considerada genericamente, como responsabilidade de resultado;
- consideramos como responsabilidade de resultados as especialidades: Prótese em Geral, Ortodontia, Dentística, Radiologia, Estomatologia, Odontologia em Saúde Coletiva e Patologia;
- consideramos como responsabilidade de meio as especialidades: Endodontia, Periodontia, Implantodontia e Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial;
- na Odontopediatria podemos considerar responsabilidade de meio e de resultado, dependendo da área de atuação do profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AGUIAR Dias, J. Da Responsabilidade Civil. Rio de Janeiro: Ed. Forense. 1954, v.1, p.339-340.
- 2 ALBUQUERQUE, G.L.O. ABC do exercício legal do cirurgião-dentista. Rev. Fac. Odont. Univ. Fed. R.G.Norte. Natal. v.2, p.23-29, 1969.
- 3 ALVARADO, E.V. Responsabilidade médica. In: Medicina Legal. Costa Rica: Ed. Lehman. 1983, p.466-468.
- 4 ALVES, E.S. Responsabilidade médica. In: Medicina Legal e Deontologia. Curitiba, Santa Cruz. 1965, v.1, p.44-64.
- 5 AMOEDO, Oscar. Accidents de l'extraction. In: _____. L'Art dentaire en médecine legale. Paris: Ed. Masson. 1898, p.388.
- 6 ARAOJO, André, L.M. Responsabilidade do cirurgião-dentista. In: BITTAR, Carlos A. Responsabilidade civil médica, odontológica e hospitalar. São Paulo: Ed. Saraiva, 1991. p.155-175.
- 7 ARBENI, Guilherme Oswaldo. Responsabilidade profissional do cirurgião-dentista. In: Introdução a odontologia legal. São Paulo, 1959. p.57-75.
- 8 AZEVEDO, Vicente. Crime dano e reparação. n.41, p.182, 1934.
- 9 BERRY, R. Conviction after state practice act violation. J. Am. Dent. Assoc. v.122, n.8, p.201-202, aug. 1991.
- 10 _____. Malpractice action is dismissed. J. Am. Dent. Assoc. v.122, n.1, p.152, jan. 1991.
- 11 _____. Nerve damage yields \$ 4 million jury award. J. Am. Dent. Assoc. v.123, n.8, p.112, 1992.
- 12 _____. Patient gets new trial on negligent informed consent. J. Am. Dent. Assoc. v.123, n.4, p.182-183, 1992.
- 13 _____. License revoked for removing dental amalgam. J. Am. Dent. Assoc. v.123, n.4, p.182-183, 1992.
- 14 _____. Statute of limitations nixes malpractice claim. J. Am. Dent. Assoc. v.124, n.2, p.127, 1993.
- 15 _____. Orthodontic malpractice case returned for trial. J. Am. Dent. Assoc. v.124, n.2, p.126, 1993.
- 16 _____. Patient fights for right to records. J. Am. Dent. Assoc. v.123, n.7, p.238, 1992.
- 17 _____. Court actually lowers jury award in malpractice action. J. Am. Dent. Assoc. v.123, n.11, p.116, 1992.
- 18 _____. Dentist's licence reinstated after 19 years. J. Am. Dent. Assoc. v.122, n.1, p.151, 1991.
- 19 BEVILAQUA, C. Código civil dos Estados Unidos do Brasil comentado. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 1958.
- 20 _____. Direito das obrigações. Rio de Janeiro: Ed. Paulo Azevedo Ltda., 1957.
- 21 BITTAR, C.A. Responsabilidade civil médica, odontológica e hospitalar. São Paulo: Ed. Saraiva, 1991. p.1-31.
- 22 BONNET, E.F.P. Responsabilidade médica. In: _____. Medicina Legal. Buenos Aires: Ed. Lopes Libreros, 1988. p.176-88.
- 23 BRAGA, F^{ca} Carlos E. Da responsabilidade no centro cirúrgico. J. Gazeta do Povo. Curitiba, Paraná, 31 de julho de 1990.
- 24 BREZNIAK, N.; WASSERSTEIN, A. Root resorption after orthodontic treatment: Part 1. Literature review. Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. v.103, n.1, p.62-66, jan. 1993.
- 25 _____. _____. Part 2. Literature review. Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. v.103, n.2, p.138-146, fev. 1993.

- 26 BRINON, Elida. Fundamentos jurídicos y legales de la Odontología pericial. In: _____. Odontología legal y práctica forense. Argentina: Ed. Purizon S.A., 1986. v.1, cap. 3, p.29-37.
- 27 BRUNO, A. Direito Penal. Rio de Janeiro, v.2, Ed. Foronse. 3a. ed. 1967.
- 28 BUCELLI, C.; BUCCI, E.; AMATO, M.; VALLETA, R. Su alcuni casi di risozioni obbligata di implantopotesi. Riflessioni cliniche e diaplicazioni médico-legali. Min. Stom. v.38, n.9, p.105-109, 1988.
- 29 CARDOSO JUNIOR, Meroveu. Responsabilidade. In: _____. O exercício Legal da Medicina e os honorários médicos. Rio de Janeiro: Rev. Forense. 1955. p.68-75.
- 30 CARNEVALI, R.; FILIPPO, C. Lesioni nervosi a carico del nervo alveolare inferiori. Min. Stom. v.38, n.9, p.105-109, 1989.
- 31 CESCHIN, J.R. O iaplante na reabilitação bucal. São Paulo: Panased Editorial. 1984. cap.11, p.273.
- 32 CHESHIRE, P.D. The diagnosis and treatment of dental resorption a review. J. Ped. Dent. v.3, p.75-80, 1987.
- 33 CIDNE, R.A. Odontologia legal e o Direito. Rev. Gaúcha de Odont. v.20, n.4, p.292, out/dez. 1972.
- 34 _____. A licitude jurídico-penal das intervenções odonto-médico-cirúrgicas os aspectos éticos, odonto e médico-legal. Bol. Fac. Farm. Odont. Rib Preto. v.6, n.1, p.126, 1969.
- 35 CODIGO CIVIL. São Paulo: Ed. Saraiva. 37a. ed. 1987.
- 36 CODIGO PENAL. São Paulo: Ed. Saraiva. 23a. ed. 1985.
- 37 COHEN, S.; SCHWARTZ, S. Endodontic complications and the law. J. Endodont. v.13, n.4, apr., 1987.
- 38 CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. Parecer nº 11.312/89. Consultor: Andreoni Wilson Rubens. In: Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo: Ed. Bandeirantes S.A. 1991, p.21-23.
- 39 CONSTANTINO, Azis; BARROS, J.J.; LOZADA, Jaime; GERSON, David. Insucessos em implantes: como evitá-los e como tratá-los. Viomed. 2 video-cassetes. son. color. VHS NTSC. 1993.
- 40 COSTA, A.A.L. Direito Profissional do Cirurgião-dentista. Livraria Acadêmica Saraiva, 1928.
- 41 CROSBY, Douglas R.; CROSBY, Mollie S. Professional Liability in Orthodontics. J. Clin. Orthod. v.21, n.3, p.162-166, 1987.
- 42 DARUGE, E.; MASSINI, N. Responsabilidade profissional do Cirurgião-dentista em relação as leis civil e penal. In: Direitos profissionais na Odontologia. São Paulo: Ed. Saraiva, 1978.
- 43 De CUPIS, A. Il Danno. Milan, Giuffre, 1954.
- 44 DEBERNARDI, C. Considerazioni sulla responsabilita professionale penale, civile ed aspetti médico-legali sull'operato dell'odontostomatologo nella pratica dell'anestesia locale e delle estrazioni dentarie. Min. Stom. Itália. v. 39, n.9, p.763-767.
- 45 FAVERO, Flaminio. Responsabilidade médica. In: Medicina Legal. São Paulo: Ed. Martins, 9a. ed. v.3, p.65-83, 1973.
- 46 FERES, Antonio Marcos L. Tratamento ortodôntico em pacientes adultos. In: PETRELLI, E. Ortodontia Contemporânea. São Paulo: Sarvier, 1988, cap. 16, p.287-301.
- 47 FORBES, G.; WATSON, A. Legal aspects of dental practice. Wriqt & Bristol ed. 1975.
- 48 FRANÇA, Genival Velozo. Responsabilidade médica. In: Medicina Legal. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2a. ed. p.326-334, 1985.
- 49 FREITAS, M.R. et.al. Movimentação ortodôntica-revisão da literatura. Considerações clinicas e apresentação de um caso clínico. Ortod. v.18, n.2, p.53-61, jul/dez. 1985.
- 50 FRIEDENTHAL, M.D. Consentimento do paciente - sua importância moral e legal. Rev. Assoc. Paul. de Circ. Dent. v.21, n.5, 1967.

- 51 GIBILISCO, J.A. Processos de Reabsorção. In: Diagnóstico radiográfico de Stafne. Rio de Janeiro, 5a. ed. Discos CBS, 1984.
- 52 GILBOE, Denis B. Posterior condylar displacement: prosthetic therapy. J. Prosth. Dent. v.49, n.4, p.549-53, apr. 1983.
- 53 GOMES, Orlando. Obrigações. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1968.
- 54 GREGG, B.; DAVIES, J. Malpractice. J. Canad. Assoc. v.7, p.539-586, 1986.
- 55 HAPNER, C.E.M. Responsabilidade civil dos profissionais liberais. Direito Empresarial. v.5, p.32, 1991.
- 56 HARRY, T.J.; CASS, A.E.; JAGGER, J.D. Ocular injury and infection in dental practice. A survey and a review of literature. Brit Dent J. v.170, n.28, jan. 1991.
- 57 HARTLEY, J.L. Eye and facial injuries resulting from dental procedures. Dent. clin. North. Am. v.22, n.3, jul. 1978.
- 58 INGLE, John I. Exitos y fracasos en Endodoncia. Rev. Assoc. Odont. Arg. v.50, n.2, p.67-74, 1962.
- 59 KFOURY, N. A responsabilidade civil do médico. Rev. Jur. n.178, p.113-144, dez. 1991.
- 60 LASCALA, N. Thomaz; MOUSSALI, Ninon H. Periodontia e suas relações com a Ortodontia. In: PETRELLI, R. Ortodontia Contemporânea. São Paulo: Sarvier, 1988. cap.6, p.59-83.
- 61 LEITE, Graça. A responsabilidade profissional. In: _____. Odontologia Legal. Bahia: Ed. Nova Era, p.193-219, 1962.
- 62 LEVINSON, C.A. Rising US malpractice awards pose problem to profession. J. Canad. Dent. Assoc. v.36, n.1, p.25, 1970.
- 63 LOGAN, Mary K. Legal implications of infectious disease in the dental office. J. Am. Dent. Ass. v.115, n.12, p.858-854, 1987.
- 64 LUTZ, Gualter.A. Erros e acidentes em Odontologia. Rio de Janeiro, 1938.
- 65 MACKEN, E.D. Legal aspects of orthodontic practice. Riskmanagement concepts. Am. J. of Orthod. and dentofacial orthop. v.96, n.5, p.448-9, 1989.
- 66 MAGALHÃES, Tereza A.L. O dano estético (responsabilidade civil). Ed. Rev. dos Trib. p.29, 1988.
- 67 MAJOR, M.A.Jr. Anatomia, Fisiologia e Oclusão Dental. Livr. Ed. Santos, 1a. ed. cap. 15, 1987.
- 68 MATAS, R.J. The dentist faces the law. J. Canad. Asson. n.2, p.86-92, 1975.
- 69 MEIRA, A.R. Algumas considerações sobre o aspecto odonto-legal do choque. Sel odont. v.15, n.84, 1968.
- 70 MENEZES, G. Responsabilidade profissional do Cirurgião-dentista. Rev. Forense. v.8, p.47, 1933.
- 71 MENEZES, J.V. Responsabilidade profissional. In: Aspectos éticos e legais no exercício da Odontologia. Conselho Federal de Odontologia. Rio de Janeiro, cap. 7, p.39-40, 1990.
- 72 MICHELIS, B. Criteri valutativi del danno all'apparato dentario nel campo della responsabilita civile. Min. Stomatol. v.7, p.189-198, 1958.
- 73 MONGINI, Franco. Anatomic and clinical evaluation of the relationship between the temporomandibular joint and occlusion. J. Prosth. Dent. v.38, n.5, p.539-77, nov. 1977.
- 74 ROYERS, Robert. Ortodontia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1979, p.385-386.
- 75 NORONHA, E.M. Do crime culposo. São Paulo: Ed. Saraiva, 1966.
- 76 OGDON, J.G. Ethics and dental amalgam removal. J. Am. Dent. Assoc. v.22, n.6, 1991.
- 77 PAIVA, J.G.; ANTONIAZZI, J.H. Endodontia Bases para a prática clínica. São Paulo: Artes Médicas. 1988, cap. 28, p.675-693.

- 78 PAIXÃO, Arthur P. de M. Responsabilidade legal do médico. In: SILVA, Alcino L. Temas de Ética Médica. Belo Horizonte: Coop. Ed. Cultura Médica Ltda., 1982. p.68-75.
- 79 PANASCO, Wanderby L.A. Responsabilidade Civil, Penal e Ética dos Médicos. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1984.
- 80 FERDITI, Irineu A. Responsabilidade Civil. São Paulo: Universitária de Direito, 1992, cap. 19, p.385-411.
- 81 PEIXOTO, Afrânio. Responsabilidade Médica. In: _____. Medicina Legal. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1936. v.1, p.393-394.
- 82 PROFFIT, William R. Ortodontia Contemporânea. São Paulo: Pancast Editorial. 1991, p.511.
- 83 RAMOS, P.L.T. Erro Médico, aspectos jurídicos e médico-legal. RT. n.625, p.415-419, nov. 1987.
- 84 RENE, N.; DWALL, B. Malpractice reports in prosthodontics in Sweden. Swed. Dent. v.15, n.5, p.285-217, 1991.
- 85 ROSETTI, I.; BOCCI, M.; CRIVELLI, C.; BONZIGLIA, S. La protesi dentária fissa nella valutazione del danno in ambito di responsabilità civile. Min. Leg. v.187, p.43-49, 1987.
- 86 ROJAS, Nério. Responsabilidade médica. In: _____. Medicina Legal. Buenos Aires: El Ateneo. 1953. p.593-609.
- 87 ROMANO, C.; BUCELLI, C. Problemi di responsabilità professionale nell'esercizio della professione odontoiatrica. Min. Leg. v.187, p.217-224, 1987.
- 88 SANTOS, Theobaldo Miranda. Manual de Filosofia. Companhia Ed. Nacional, 1957. p.325-336.
- 89 SARNER, Harvey. The legal responsibility of the dentist. J. Am. Dent. Ass. v.78, n.1, p.46-51, jan. 1945.
- 90 SILVA, F.M.R.M. Erros médicos: Doutrina e conseqüências ético-legais. Arg. do CRM do Pr. v.7, n.26, p.74-81, abr/jun. 1998.
- 91 SILVA, J.M. Responsabilidade do dentista. Rev. Farm. e Odont. v.413, p.233-34, jul. 1975.
- 92 SILVA, Moacyr da; CALVIELLI, Ida, T.P. Aspectos éticos e legais do exercício da Odontologia. In: PAIVA, J.G. & ANTONIAZZI, J.H. Endodontia bases para a prática clínica. São Paulo: Artes Médicas, 1988, p.372-375.
- 93 STINSON, P.G. Professional responsibility (malpractice). Dent. Clin. North Am. v.24, n.1, jan. 1977.
- 94 TAMBURUS, J.R. Pesquisa radiográfica dos sucessos e insucessos do tratamento endodôntico. Rev. Assoc. Paul. de Cirurg. Dent. v.37, n.1, jan/fev. 1983.
- 95 TOMMASINO, M. Spunti attuali in tema di responsabilità penale e civile del médico. Min. Medicolegale. v.110, n.1, p.37-41, 1990.
- 96 URSU, S.C. Symposium on legal considerations in dentistry. Dent. Clin. North. Am. v.26, n.2, apr. 1982.
- 97 WEST, B. Negligence charged despite liability release. J. Am. Dent. Ass. v.122, n.7, p.281, jul. 1991.