

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

EDUARDO MORAES ROSA PEREIRA

LIDES JUDICIAIS EM ENDODONTIA.

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Mestre em Biologia Buco-Dental área de concentração Odontologia Legal e Deontologia.

Orientador: Prof.Dr. Eduardo Daruge Jr.
Co-orientador: Prof.Dr. Eduardo Daruge.

Este exemplar corresponde à
versão final da Dissertação
defendida pelo aluno, e orientada
Pelo Prof.Dr. Eduardo Daruge Júnior

Assinatura do Orientador

PIRACICABA, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARILENE GIRELLO – CRB8/6159 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

P414L	<p>Pereira, Eduardo Moraes Rosa, 1976- Lides judiciais em endodontia / Eduardo Moraes Rosa Pereira. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2012.</p> <p>Orientador: Eduardo Daruge. Coorientador: Eduardo Daruge Júnior. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p>1. Jurisprudência. 2. Responsabilidade civil. I. Daruge, Eduardo, 1933- II. Daruge Júnior, Eduardo, 1960- III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.</p>
-------	---

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: Endodontics jurisprudence

Palavras-chave em Inglês:

Jurisprudence

Damage liability

Área de concentração: Odontologia Legal e Deontologia

Titulação: Mestre em Biologia Buco-Dental

Banca examinadora:

Eduardo Daruge Júnior

Luiz Francisquini Júnior

Jose Roque de Camardo

Data da defesa: 16-01-2012

Programa de Pós-Graduação: Biologia Buco-Dental



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 16 de Janeiro de 2012, considerou o candidato EDUARDO MORAES ROSA PEREIRA aprovado.

Prof. Dr. EDUARDO DARUGE JUNIOR

Prof. Dr. JOSÉ ROQUE CAMARGO

Prof. Dr. LUIZ FRANCESQUINI JÚNIOR

DEDICO ESTE TRABALHO

Dedico este trabalho primeiramente a DEUS, que sem sua presença nada seria possível.

Dando-me sempre força e coragem para enfrentar todos os desafios da vida.

Aos meus pais que sempre me incentivaram e apoiaram meus estudos, desde o começo de tudo até os cursos de pós-graduações.

A minha esposa Carolina e minha filha Beatriz pela suas compreensões das minhas varias ausências durante toda essa jornada de estudo e trabalho.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço ao Professor Eduardo Daruge que com sua experiência e sabedoria nos passa todos os dias conhecimentos adquiridos durante toda essa jornada de docência e também nos passa muita força e um amor incrível pela vida.

Agradeço também ao professor Eduardo Daruge Jr. que me proporcionou a oportunidade de realizar o curso de mestrado nesta disciplina e agradeço pela sua amizade e paciência que tem com todos os alunos.

Agradecimento muito especial dedico ao professor Francesquini que sempre nos apoiou e orientou nossos trabalhos. Com o seu vasto conhecimento nos ajuda em tudo que precisamos para elaboração e orientação de trabalhos, monografias e dissertações. Agradeço também pela sua amizade e paciência em determinados momentos.

Agradeço também aos meus colegas do curso de Mestrado pela amizade que todos têm comigo que sinto ser sincera. Pelo apoio e ajuda quando sempre precisei consultá-los para a realização desta dissertação de Mestrado.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual de Campinas na pessoa de seu Magnífico Reitor pela oportunidade dada a todos os alunos de pós-graduação.

Ao Diretor da FOP/UNICAMP Prof. Dr. Jacks Jorge Junior e ao Diretor Associado Prof. Dr. Alexandre Augusto Zaia pela oportunidade concedida para a realização do curso de pós-graduação nível de Mestrado.

À Presidente da Coordenadoria de Pós-Graduação Prof^a. Dr^a. Renata Cunha Matheus Rodrigues Garcia pela oportunidade concedida a todos os alunos do Brasil interessados na realização de curso de Pós-graduação.

À responsável pela coordenação geral do programa de pós-graduação em Biologia Buco-dental na pessoa da Prof^a.Dr^a. Ana Paula de Souza Pardo.

A todos os professores do Departamento de Odontologia Social da FOP/UNICAMP pelo constante apoio as nossas pesquisas.

Aos professores do Curso de Pós-graduação em Odontologia legal e Deontologia da FOP/UNICAMP pela contribuição direta em nossa formação profissional e científica.

À Célia Regina Manesco, pela amizade, dedicação e apoio em toda nossa jornada no curso de Mestrado.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CD	Cirurgião- Dentista
C.D.C	Código de Defesa do Consumidor
FOP/UNICAMP	Faculdade de Odontologia de Piracicaba UNICAMP
SEAP	Serviço de Assessoria Pericial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

A endodontia assim como qualquer outra área da Odontologia está sujeita a insucessos. Atualmente estamos verificando um aumento significativo de processos judiciais na Odontologia e também em relação à especialidade de Endodontia. Frente a esses fatos este trabalho teve como objetivos fazer um levantamento no SEAP (Serviço de Assessoria Pericial da FOP/UNICAMP) num período entre 2005 e 2010 de processos envolvendo a Endodontia. Dentre esses processos envolvendo a endodontia, foi levantado o que se segue: a incidência de processos judiciais junto ao SEAP; a existência de prontuários e seus documentos constitutivos enviados para a perícia; o motivo principal que uma lide judicial e também discussão dos aspectos éticos e legais inerentes ao tema. Obtiveram-se como resultados: a incidência de processos judiciais em endodontia no período proposto (2005 a 2010) foi da ordem de 6,97% (n=6) do total de processos arquivados (n=86); os documentos (prontuários) apresentados pelos Cirurgiões-Dentistas nas perícias se encontravam incompletos, sem anuência do paciente em relação ao tratamento proposto e sem contrato de prestação de serviço; o principal motivo que gerou a ação judicial foi a quebra da relação paciente/profissional, além dos motivos de ordem técnica; os Cirurgiões- Dentistas deveriam realizar diariamente um prontuário completo, pois a falta de documentos deixa o C.D mais propenso a uma demanda judicial.

Palavras-chave: jurisprudência, responsabilidade civil.

ABSTRACT

The Endodontics as well as any other area of Odontology is subjected to failures. We are currently observing a significant increase in Odontology litigation and also in the specialty of Endodontics. Given these facts, this study aimed to survey the SEAP for a period from 2005 to 2010 of processes involving Endodontics. Among these processes involving Endodontics were raised: the incidence of cases at the SEAP; the existence of records and its constituent documents sent to the medical examination; the main technical reason involving Endodontics that motivated the lawsuit and also the discussion about legal and ethical issues inherent in the subject. Were obtained as a result: the incidence of litigations in endodontics in the period proposed between 2005 and 2010 was 6,97% (n=6) of a total number of cases filed (n=86); documents (medical records) submitted by Surgeon Dentists to medical examination were incomplete, without consent of the patient regarding the treatment proposed, and no service contract; the main reason which generated the lawsuit was the breach of relationship patient/professional, besides of technical reasons, the Surgeon Dentists should daily fill up complete medical record, as the lack of documentation makes the Surgeon Dentists more vulnerable to a lawsuit.

Key Words: jurisprudence, damage liability.

GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição das queixas cotadas e referenciadas pelos pacientes quando das Demandas Judiciais. **Pg. 20**

Gráfico 2. Distribuição dos documentos entregues pelos CDs à Perícia Judicial. **Pg. 21**

Gráfico 3. Distribuição dos motivos de ordem técnica, verificadas no conteúdo dos Laudos Periciais. **Pg. 22**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	4
3. PROPOSIÇÃO	19
4. MATERIAIS E MÉTODOS	20
5. RESULTADOS	21
6. DISCUSSÃO	25
7. CONCLUSÃO	33
8. REFERÊNCIAS	34
9. ANEXO	40

1. INTRODUÇÃO

Embora não se verifique na literatura índices alarmantes de insucesso, acredita-se que o tratamento endodôntico possui uma taxa de 90-95% de sucesso, porém estes valores não retratam a realidade. Deve-se avaliar individualmente cada caso para se poder elaborar uma evolução do prognóstico.

A interpretação do sucesso ou insucesso é dificultada por algumas variáveis tais como: tendência do observador, tendência na interpretação radiográfica, níveis variáveis na cooperação do paciente (retornos para avaliação), subjetividade da resposta do paciente, variabilidade do hospedeiro em responder ao tratamento, validade relativa e reprodutividade do método de avaliação, grau de controle das variáveis tais como o tamanho da amostra e diferenças nos períodos de observação.

Geralmente as causas de insucessos no tratamento endodôntico podem ser enumeradas em: 1) erro de diagnóstico e plano de tratamento, 2) infiltração coronária, 3) falta de conhecimento de anatomia dental, 4) instrumentação insuficiente, 5) erros operatórios, 6) erros na fase de obturação, 7) proteção inadequada da restauração e 8) fratura radicular vertical, entre outros. (Richard E. Walton, 1997).

Os métodos para avaliação de sucesso ou insucesso no tratamento endodôntico podem ser divididos em: exame clínico, exames radiográficos e exame histológico. (Adam Stabholz, 1997).

No exame clínico são avaliados os sinais e sintomas do paciente, porém é muito comum a verificação de uma lesão periapical assintomática em

determinado período. Para isso complementa-se com o exame radiográfico, definindo se a lesão pré existente se resolveu (reparação) ou se os tecidos periapicais se encontram em estado de normalidade (para os casos sem lesões antes do tratamento).

O exame histológico na clínica diária se torna impraticável devendo-se apenas somar os exames clínicos com os radiográficos para a determinação de sucesso ou insucesso dos casos tratados endodonticamente.

Contudo, recomenda-se avaliação pelo profissional das possíveis causas de insucessos tanto nas fases pré-operatória, operatória como na fase pós-operatória e sempre informando ao paciente para que este demonstre seu consentimento frente ao tratamento proposto. Tal informação deve se basear exclusivamente em dados a serem anotados em um prontuário completo e com anuência e o visto do paciente em todas as suas vias e em cada procedimento realizado. Tal fato permitirá ao Cirurgião-Dentista (CD) possibilidade de defesa frente a um lide judicial, porém não significa que o simples registro desonere o mesmo da obrigação de reparar ou minorar o dano. Desta forma faz-se necessário que o CD trabalhe com o máximo de cautela em ambiente tranqüilo e calmo apoiado em um diagnóstico correto e principalmente ter anuência do paciente, por meio de um TCLE, demonstrando a real vontade de realização do tratamento.

Em vista a estes fatos o presente estudo buscou verificar junto aos arquivos do SEAP (Serviço de Assessoria Pericial da FOP/UNICAMP) num período entre 2005 a 2010 os processos que envolveram a área de Endodontia: a existência de prontuários e seus documentos constitutivos; a incidência de processos junto ao SEAP (Serviço de Assessoria Pericial da FOP/UNICAMP); o motivo principal que envolveu a Endodontia; além é claro de discutir os

aspectos éticos e legais inerentes ao tema.

2- REVISÃO DA LITERATURA

Seltzer *et al.* (1963) realizaram um estudo estatístico dos resultados obtidos nos tratamentos endodônticos de 2.921 dentes e concluíram que o reparo foi bem sucedido em 80% ou mais dos dentes em todos os níveis de idade e a porcentagem de sucesso foi ligeiramente superior em pacientes jovens; houve 92% de sucesso em dentes sem lesões periapicais e 76% em dentes portadores de lesões periapicais e que a obturação ligeiramente aquém do ápice radicular obteve 87,2% contra os 70,6% com extravasamento de material obturador.

Grossman *et al.* (1964) fizeram uma análise dos resultados obtidos através de exames clínicos e radiográficos, após um a cinco anos, dos casos tratados. No exame de 432 dentes por alunos de Odontologia, 90,4% foram bem sucedidos e as falhas mais encontradas foram em relação à obturação dos canais radiculares.

Daruge *et al.* (1975) relataram que de acordo com a ótica jurídica, a responsabilidade civil trata-se da “obrigação em que se encontra o agente de responder por seus atos profissionais e de sofrer suas conseqüências”.

Ingle *et al.* (1976) relataram que aproximadamente 95% de todos os dentes tratados endodônticamente foram bem sucedidos num estudo na Universidade de Washington.

Cohen & Burn (1980) citam o superaquecimento dos instrumentos endodônticos (limas) durante a esterelização como uma possível causa de do destemperamento do metal, levando à fratura do instrumento e

conseqüentemente a algum insucesso.

Leonardo *et al.* (1982) consideraram a falta de conhecimento técnico-científico do profissional como um fator que poderia dificultar ou impedir tratamento endodôntico.

Swartz *et al.* (1983) consideraram como sucesso endodôntico quando o dente está confortável, assintomático, sem fístula, sem evidência de destruição tecidual e evidência de reparo total ou parcial da área de rarefação óssea na radiografia de controle. Portanto, esses autores consideram como sucesso, casos onde a lesão peri-radicular diminui de tamanho, decorrido pelo menos 1 ano após o tratamento endodôntico.

Paiva & Antoniazzi (1984) destacaram que o sucesso do tratamento endodôntico é discernido pelos informes colhidos no exame clínico acrescido a análise da imagem radiográfica. Entretanto é imperioso ao cirurgião dentista a compreensão dos fundamentos gerais do processo reparador para permitir, através da correlação com os achados clínico-radiográficos, ajuizar-se sobre o bom ou mau êxito do tratamento realizado e adotar medidas conseqüentes à superação de falhas e dificuldades ligadas à prática endodôntica.

Cohen & Schwartz (1987) constataram um aumento no número de erros envolvendo a Endodontia, principalmente no que se diz respeito aos clínicos gerais. No período compreendido entre 1977 e 1987 foram observados mais de 100 casos de negligência ou erro nesta área. Os autores discutiram as causas mais comuns deste problema e recomendam caminhos e maneiras para que o profissional minimize o risco de processos legais contra a sua conduta. Os autores sugerem que o clínico deve passar todas as informações sobre o tratamento ao paciente e registrar tudo em sua ficha, preconizando informar

antes de agir. Recomendou-se, ainda, que o paciente receba instruções verbais e escritas sobre o pós-tratamento, que o profissional tenha um serviço de emergência odontológica disponível para os pacientes que reclamem de dor ou inchaço, e que todo o tratamento tenha registros legíveis, ressaltando a importância do arquivamento das radiografias.

Weine (1989) através do estudo de fichas clínicas de pacientes tratados em faculdade e por Clínico Geral indicam 95% de sucesso e que o estudo continuado e o treinamento de pós-graduação aumentam a taxa de sucesso no tratamento endodôntico.

Paiva & Antoniazzi (1991) relataram que a natureza da prestação de serviços entre o Cirurgião- Dentista e o paciente são de natureza contratual, mas de acordo com o jurídico, a obrigação contratual na Odontologia seria de resultado e não de meio. Isto se justifica pela corrente de anúncios de garantia do tratamento em impressos e também das propagandas verbais feitas pelos profissionais.

De Deus (1992) citou que as falhas e os incidentes nos tratamentos endodônticos podem depender de condições do próprio paciente, do dente, do canal radicular, do instrumental e dos materiais utilizados.

De Deus (1992) relatou que a melhor forma de se evitar falhas nos tratamentos endodônticos é a prevenção. O operador necessita de uma compreensão e conhecimento adequado dos princípios que regem o tratamento e a obturação dos canais radiculares.

Para De Deus (1992), a porcentagem de casos tratados com sucesso naturalmente varia, de acordo com a apreciação correta na seleção dos casos,

com o método de tratamento e obturação empregados, com a habilidade do operador, com as dificuldades técnicas em que o caso oferece, com os recursos da época em que foi realizado o tratamento, etc.

Leonardo e Leal (1992) consideraram a fratura de um instrumento endodôntico no interior do canal radicular como um dos acidentes mais indesejáveis para o profissional que exerce a Endodontia.

Saquy *et al.* (1993) comentaram o Código de Defesa do Consumidor e estabeleceram as suas relações com os Cirurgiões-Dentistas. Os autores sugerem que os profissionais façam um prontuário para cada paciente, contendo todas as informações sobre o tratamento. Salientam que as radiografias devem constituir um meio de documentação de excelente qualidade e estas informações foram fornecidas com o intuito de orientar e melhorar as relações entre o Cirurgião-Dentista e o paciente.

Smith *et al.* (1993) consideraram como sucesso endodôntico quando o dente está assintomático, sem sinais como tumefação ou fístula e radiograficamente, quando há evidência de reparo total ou parcial da lesão óssea. Por meio de tomadas radiográficas os autores observaram que é necessário um período de 2-5 anos entre o tratamento endodôntico e a preservação para que haja tempo de completo reparo.

Segundo Samico *et al.* (1994), "Responsabilidade é a obrigação que incumbe todo agente, dotado de liberdade, de responder por seus atos ante a autoridade competente e sofrer as conseqüências acarretadas pelos mesmos".

Friedman *et al.* (1995) consideraram o prazo de 18 meses suficientes para determinar sucesso da intervenção endodôntica.

Schwartz (1995) colocou diversas orientações legais referentes à Endodontia e considera o consentimento informado como essencial para a realização do tratamento endodôntico. O dentista deve apresentar ao paciente o diagnóstico, o tratamento recomendado, os riscos e benefícios associados àquele tratamento e as alternativas de tratamento com seus riscos e benefícios. A quebra de um instrumento durante o tratamento do canal radicular não seria necessariamente um indício de negligência. Ela constituiria negligência caso o dentista falhasse na informação do evento ao paciente.

De acordo com Gutman & Lovdahl (1997), os conceitos de sucesso e fracasso na endodontia são, com frequência, relegados a posições de importância secundária. Isto é evidente nos livros didáticos, onde os capítulos sobre estas questões, quando presentes, encontram-se em segundo plano no material escrito, ao passo que os capítulos que tratam de limpeza e modelagem, obturação, cirurgia e assim por diante encontram-se em primeiro plano.

Segundo Silva (1997), não se pode mais admitir que uma ficha clínica contenha apenas as condições bucais representativas do “orçamento” apresentado ao paciente. Ela é parte integrante do prontuário e deve estar apta a representar não apenas o planejamento do tratamento contratado, como também fundamentar eventuais alegações relativas às intercorrências da execução do tratamento.

Stabholtz & Walton (1997) destacaram que os procedimentos junto ao canal radicular incluem o desenvolvimento de métodos de tratamento mais racionais, visando-se evitar os fatores que resultem em uma alta incidência de insucesso, afirmaram que as generalizações na previsão de sucesso e insucesso

são inadequadas para casos individuais, pois o prognóstico para cada caso clínico deve ser baseado nos achados e nos fatores de tratamento relevantes àquele caso.

Richard & Walton (1997). Relataram que geralmente as causas de insucessos no tratamento endodôntico podem ser enumeradas em: 1) erro de diagnóstico e plano de tratamento, 2) infiltração coronária, 3) falta de conhecimento de anatomia dental, 4) instrumentação insuficiente, 5) erros operatórios, 6) erros na fase de obturação, 7) proteção inadequada da restauração e 8) fratura radicular vertical, entre outros.

Stabholz (1997) determinou que os métodos para avaliação de sucesso ou insucesso no tratamento endodôntico podem ser divididos em: exame clínico, exames radiográficos e exame histológico.

Lucas (1999) realizou um levantamento junto ao CRO de Minas Gerais de processos éticos instaurados num período de 1991 a 1995 e concluiu que dos 113 processos instaurados, 62 referiam-se a queixa de tratamento endodôntico.

Segundo Moreira & Freitas (1999), a "responsabilidade civil nada mais é que a obrigação que incumbe a todo agente dotado de liberdade, de responder por seus atos ante a autoridade competente".

Gomes *et al.* (2001) discorrendo sobre o erro Médico, afirma que se trata do mau resultado ou resultado adverso decorrente de ação ou omissão do médico. Afirma também que o erro odontológico pode ocorrer através de três mecanismos, a saber: imperícia; imprudência e negligência.

Zuza & Toledo (2001) verificaram que as fraturas radiculares horizontais e oblíquas são geralmente decorrentes de traumas em dentes

anteriores de adultos jovens, enquanto que fraturas radiculares verticais são mais encontradas em dentes posteriores tratados endodonticamente.

Tanomaru Filho *et al.* (2001) averiguaram que as perfurações radiculares são uma grande complicação ao tratamento endodôntico, ressaltando a necessidade de um diagnóstico correto e de um plano de tratamento eficaz para se evitar a perda do elemento dental. Podendo ser necessário lançar mão de procedimentos cirúrgicos quando há fracasso dos meios mais conservadores.

Ramos & Bramante (2001) informaram que a formação de degrau, durante a instrumentação é conseqüência da desatenção ou operação descuidada e ocorrem quando o acesso cavitário não apresenta suficiente extensão, não permitindo a passagem direta até o ápice ou instrumentos retos são utilizados em canais curvos, ou ainda um instrumento demasiadamente calibroso é usado.

Miranzi *et al.* (2001) observaram que mesmo com muitos relatos de êxito clínico, a seleção de pinos intra-radulares inadequados leva a um grande número de insucessos (fraturas radiculares) em tratamentos endodônticos. Observaram também que dentes imaturos com polpa necrosada, retratamentos, remoção de retentores, intervenções cirúrgicas seguidas no conduto radicular, favorecem o desenvolvimento da fragilidade radicular.

Nass & Ferreira (2002) relataram que a odontometria é de extrema importância no tratamento endodôntico, pois a correta determinação do comprimento de trabalho para uma desinfecção completa do conduto radicular é imprescindível para determinar o sucesso do tratamento.

Para Kuga *et al.* (2002), o tratamento de perfurações radiculares são dependentes de vários fatores, dentre eles o nível radicular de acometimento, condições anteriores das condições endo-periodontais e o tempo entre o acometimento e o devido tratamento.

De acordo com Cunha *et al.* (2002), a escolha do material obturador é um fator importante no prognóstico, devendo-se avaliar a capacidade de vedação hermética e a sua retenção na estrutura radicular.

Para Vanrell (2002), o erro é apenas o insucesso culpável de uma ação ou omissão. Em particular o erro odontológico é o fato física ou psiquicamente danoso a um paciente resultado de um agir culpável do Cirurgião- Dentista.

Oliveira (2003) apresentou na demonstração de um caso clínico, uma das técnicas para remoção de instrumento fraturado no interior do conduto radicular com agulha hipodérmica de diâmetro compatível ao do fragmento do instrumento e cianocrilato de metila, comprovando ser um método simples e eficiente.

Para Souza (2003) o cirurgião dentista ao fazer um preparo de canal, deve obter redução considerável do conteúdo tóxico/antigênico. Porém a complexidade anatômica dos sistemas de canais, aliada às limitações técnicas do preparo e dos instrumentos endodônticos, faz com que alguns dos seus segmentos não sejam inteiramente saneados (túbulos dentinários, canais laterais, istmos, delta apicais e, eventualmente a própria luz do canal).

De acordo com Lopes & Siqueira Jr, (2004), as avaliações de sucesso ou fracasso no tratamento endodôntico divergem consideravelmente.

Sugeriram que isto seja a variação dos critérios de análise empregados pelos pesquisadores.

Silva (2004) verificou em um estudo o conhecimento dos cirurgiões dentistas de Goiânia e Aparecida de Goiânia sobre os aspectos técnicos relacionados à fratura de instrumentos endodônticos bem como as repercussões éticas e legais no relacionamento profissional-paciente. Obteve como resultados que a principal causa da fratura de instrumentos endodônticos no interior de canais radiculares foi o uso excessivo dos instrumentos; a falta de conhecimento técnico-científico constitui uma das causas de fraturas de instrumentos e que os cirurgiões dentistas documentam-se precariamente, ficando vulneráveis nos processos judiciais.

Segundo Estrela (2004) a manutenção ou o desenvolvimento das infecções endodônticas estão associadas às falhas nos procedimentos operatórios (abertura e preparo coronário, processo de sanificação, modelagem, obturação e selamento coronário).

Para Leonardo (2005) em toda especialidade médica, onde a saúde do paciente estiver envolvida, o diagnóstico, com a base fundamental da terapêutica, possibilitando, assim um prognóstico bastante favorável.

Souza (2006) considerou que a obturação dos canais radiculares sempre mereceu destaque por parte da literatura, chegando mesmo a ser colocada como fator determinante para o sucesso endodôntico.

Haapasalo & Waltino (2007) afirmaram que o sucesso no tratamento endodôntico com lesão periapical depende da remoção do tecido necrótico do sistema de canal radicular.

Para Ribeiro *et al.* (2008), os dentes tratados endodonticamente são mais suscetíveis à fratura vertical em relação aos dentes hígidos. As fraturas podem ser originadas pelos desgastes de tecido dental durante o preparo químico- mecânico; preparação do espaço para colocação de pino intraradicular; excesso de pressão durante os procedimentos de obturação dos canais radiculares, entre outros.

Panitvisai *et al.* (2010) estudaram a influência no prognóstico de tratamentos endodônticos com instrumentos fraturados no interior dos canais radiculares e concluíram que o prognóstico se alterava em razão de algumas variáveis tais como: o nível da fratura do instrumento; o grau de sanificação atingida até o momento da ocorrência da fratura e as condições prévias do dente (presença de lesão).

Segundo Souza-Filho *et al.* (2011) a limpeza eficiente do terço apical radicular é obtida por meio da limpeza em toda extensão do canal e do alargamento do forame apical. Esses conceitos têm grande importância no reparo dos tecidos perirradiculares e conseqüentemente no sucesso da terapia endodôntica.

De Paula *et al.* (2011) ressaltam que embora a perícia odontolegal lembre casos de identificação, modernamente assume importância nas lesões corporais da região maxilomandibular, como por exemplos nas agressões e erros profissionais.

Silva (2011) relatou que o C.D. no desempenho de sua atividade profissional está sujeito a responder tanto do ponto de vista legal (esferas penal, civil e administrativa) como do ponto de vista moral ou ético, ou seja, quando o C.D. transgride uma norma no desempenho de sua profissão poderá

ser processado no crime (esfera penal); no ressarcimento do dano ou indenização (esfera civil); na administração pública ou privada (esfera administrativa); e mesmo ético-administrativa (Conselhos Regionais de Odontologia).

2.1 ODONTOLOGIA LEGAL

Constituição Federal (1988):

Art.5º- Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

V- é assegurado o direito de resposta proporcional ao agravo, além da indenização por dano.

Código de Defesa do Consumidor (1990):

Art. 2º- Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produtos ou serviços como destinatário final.

Art. 3º- Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvam atividades de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

Art. 6º- São direitos básicos do consumidor:

I- a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;

II- a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações;

III- a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como os riscos que apresentam;

IV- a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços;

V- a modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais ou sua revisão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas;

VI- a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos;

VII- o acesso aos órgãos judiciários e administrativos com vistas à prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos ou difusos, assegurada a proteção Jurídica, administrativa e técnicas aos necessitados;

VIII- a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;

Art.8º- Os produtos e serviços colocados no mercado de consumo não acarretarão riscos à saúde ou segurança dos consumidores, exceto os considerados normais e previsíveis em decorrência de sua natureza e fruição, obrigando-se os fornecedores, em qualquer hipótese, a dar as informações necessárias e adequadas a seu respeito.

Art.9º- O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Art.10- O fornecedor não poderá colocar no mercado de consumo produto ou serviço que sabe ou deveria saber apresentar alto grau de nocividade ou periculosidade à saúde ou segurança.

Art. 14- O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação de serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

Código Civil (2002)

Art. 186- aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 1538- no caso de ferimento ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até o fim da convalescença, além de lhe pagar a importância da multa no grau

médio da pena criminal correspondente.

Art. 1545- os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que a imprudência, negligência ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir, ou ferimento.

Código de Ética Odontológica

Art.4º- Constituem deveres fundamentais dos profissionais inscritos:

- I- exercer a profissão, mantendo comportamento digno;
- II- manter atualizados os conhecimentos profissionais e culturais necessários ao pleno desempenho do exercício profissional;
- III- zelar pela saúde e pela dignidade do paciente;
- IV- guardar segredo profissional;
- V- promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado;
- VI- elaborar as fichas clínicas dos pacientes, conservando-as em arquivo próprio;
- VII- apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições que trabalhe, quando as julgar indignas para o exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes;
- VIII- propugnar pela harmonia na classe;

IX- abster-se da prática de atos que impliquem mercantilização da Odontologia ou sua má conceituação;

X- assumir responsabilidade por atos praticados;

XI- resguardar a privacidade do paciente durante todo o atendimento.

Art.6º- Constitui infração ética:

I- exagerar em diagnóstico, prognóstico ou terapêutica;

II- deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento;

III- executar ou propor tratamento desnecessário ou para o qual não esteja capacitado;

IV- abandonar paciente, salvo por motivo justificável, circunstância em que serão conciliados os honorários e indicado substituto;

V- deixar de atender paciente que procure cuidados profissionais em caso de urgências, quando não haja outro cirurgião- dentista em condições de fazê-lo;

VI- iniciar tratamento de menores sem autorização de seus responsáveis ou representantes legais, exceto em casos de urgência ou emergência;

VII- desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o paciente;

VIII- adotar novas técnicas ou materiais que não tenham efetiva comprovação científica;

IX- fornecer atestado que não corresponda à veracidade dos fatos codificados (CID) ou dos que não tenha participado.

3 – PROPOSIÇÃO

O presente estudo buscou verificar junto aos arquivos do SEAP da FOP/UNICAMP no período compreendido entre 2005 a 2010, o que segue:

- A) Quantificar os processos que envolveram a área de Endodontia;
- B) Lotar os principais componentes do prontuário que foram enviados à perícia;
- C) Verificar as principais causas motivadoras da busca por reparação;
- D) Discutir os aspectos éticos e legais inerentes e pertinentes ao tema.

4 - MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização da pesquisa foram levantados todos os processos judiciais e extrajudiciais arquivados junto aos arquivos do SEAP FOP/UNICAMP no período compreendido entre 2005 a 2010.

4.1 - Análise dos resultados.

Logo após a coleta dos dados, estes foram compilados e tratados estatisticamente, por meio de estatística descritiva simples.

5- RESULTADOS

Após o consentimento e liberação dos arquivos existentes do Serviço de Assessoria Pericial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (Serviços de pequena monta) da Unicamp, realizou-se a avaliação dos Laudos Periciais emitidos e elaborados no período compreendido entre 2005 e 2010, obtendo-se um total de 86 (oitenta e seis) Laudos Periciais originários na sua maioria de pedidos de reparação de danos morais e patrimoniais na esfera cível.

Tais Laudos Periciais abrangem as diversas áreas de odontologia (Especialidades Odontológicas), porém 6 (seis) desses laudos (6,97%) envolviam a área de Endodontia.

Constatou-se que em 83,32% (somando-se as porcentagens de que o profissional não mais atendia; o profissional não solucionou o problema e a falta de informação do profissional para o paciente) desses seis processos (100%) a causa principal foi a quebra da relação/confiança do paciente/profissional. Conforme pode ser verificado no gráfico 1.

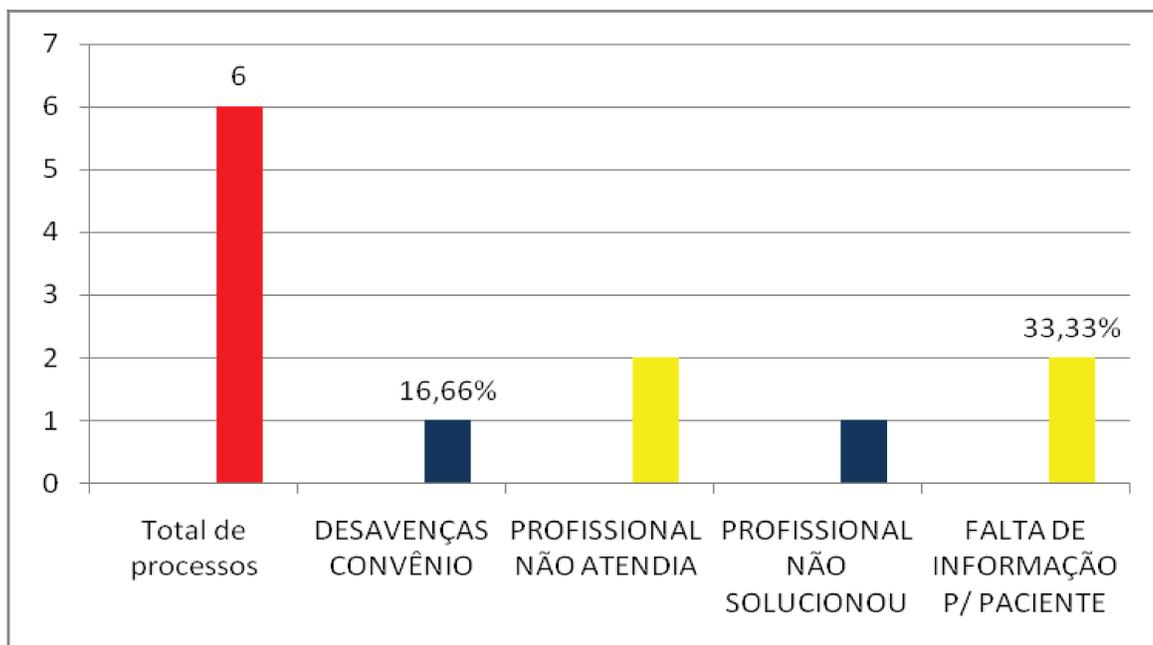


Gráfico 1. Distribuição das queixas cotadas e referenciadas pelos pacientes quando das Demandas Judiciais.

Também se analisou a documentação probatória enviada pelo Cirurgião-Dentista para o Juíz, visando demonstrar o real serviço prestado ao paciente, bem como a sua qualidade além é claro da boa fé do profissional.

Observou-se que tais prontuários apresentavam-se incompletos. Algumas destas documentações se resumiam a uma ficha de coleta de dados clínicos simples, outros apresentavam também tomadas radiográficas, porém não se verificou a anuência dos pacientes para a realização do respectivo tratamentos por meio dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para tratamentos clínicos e se quer o contrato de prestação de serviços odontológicos apresentado apenas em um Laudo.

Na documentação enviada também não se constatou o índice periodontal, o índice de biofilme, e a existência de recomendações de

higienização bucal, mudanças de hábitos, entre outros.

Constatou-se que o profissional que se dedica à área endodôntica só anota no prontuário o dente que está sendo tratado endodonticamente (100%), ou seja, não anota o odontograma completo.

Também se verificou que as tomadas radiográficas periapicais são obtidas, reveladas e armazenadas pelo próprio profissional (100%) e isto se traduz em uma película na maioria das vezes com pouca qualidade radiográfica. A armazenagem é feita por meio de cartelas de papelão (100%) o que faz que as tomadas radiográficas se destaquem, o que gera a perda da ordem cronológica referente a sua real obtenção.

Ressalva-se também que as tomadas radiográficas periapicais se referem unicamente ao dente alvo do tratamento endodôntico, constatou-se a presença de tomadas radiográficas panorâmicas em apenas uma documentação entregue à Perícia Judicial conforme gráfico 2.

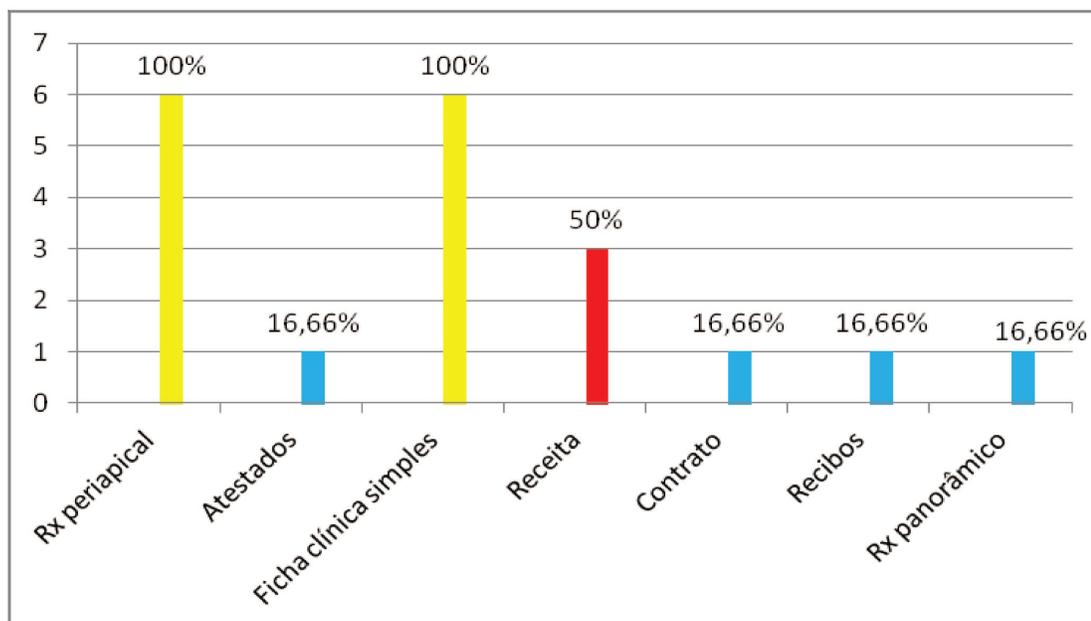


Gráfico 2. Distribuição dos documentos entregues pelos CDs à Perícia Judicial

Quanto aos demais documentos, modelos, exames complementares, entre outros, estes não foram enviados à autoridade Judicial.

Também não se constatou qualquer exame referente a especificidade da microbiota obtida, o mesmo acontecendo para exames com microscopia, entre outros.

Relativo às causas técnicas que pode ter dado origem ao procedimento judicial reparatório, verificou-se que em 16,66% o motivo foi a fratura do instrumento endodôntico, em 16,66% foi a perfuração radicular durante o preparo biomecânico dos sistemas de canais radiculares conforme gráfico 3.

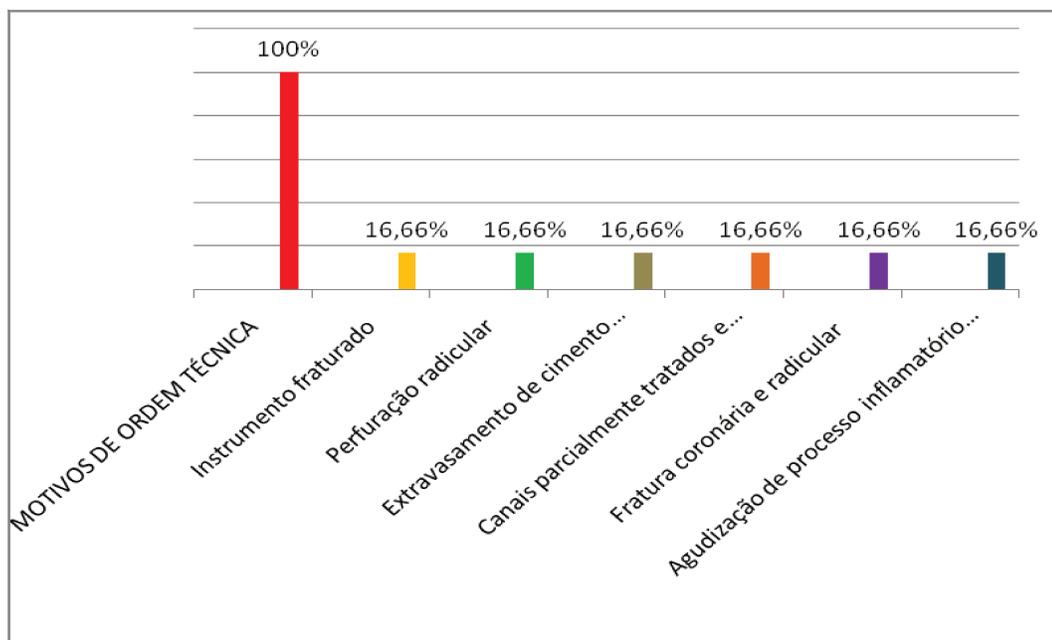


Gráfico 3. Distribuição dos motivos de ordem técnica, verificadas no conteúdo dos Laudos Periciais.

6 - DISCUSSÃO

O tratamento endodôntico busca sempre cumprir dois objetivos básicos: 1) objetivos mecânicos e 2) objetivos biológicos. (Tarabinejad & Walton, 1997).

Nos princípios mecânicos estão incluídos, o preparo cavitário cirurgia de acesso e instrumentação do canal radicular. Uma cirurgia de acesso mal realizada tanto super-estendida como sub-estendida normalmente levam a insucessos, como no caso da primeira, poder ocorrer perfurações coronárias e enfraquecimento da coroa dental por desgastes desnecessários. Na segunda hipótese pode-se ter a falta de remoção da polpa coronária acarretando o escurecimento do elemento dental, negligenciar a presença de mais um canal e também dificultar o uso de instrumentos no interior dos canais radiculares. (Seltezer, 1998).

Os insucessos endodônticos podem ocorrer em três fases distintas a saber:

- A)pré-operatório;
- B)trans-operatório,
- C)pós-operatório.

Nos insucessos ocorridos na fase pré-operatória estão incluídos erro de diagnóstico, erro no planejamento, seleção indevida para tratamento e/ ou tratamento com prognóstico ruim.

Para que tais situações ocorram em geral o CD realiza uma interpretação radiográfica deficitária ou nos casos onde o tratamento já esteja contra indicado.

Segundo Paiva & Antoniazzi (1984) é imperioso ao cirurgião-dentista a compreensão dos fundamentos gerais do processo reparador para permitir, através da correlação com os achados clínico-radiográficos, ajuizar-se sobre o bom ou mau êxito do tratamento realizado e adotar medidas conseqüentes à superação de falhas e dificuldades ligadas à prática endodôntica.

Um erro muito freqüente na instrumentação do canal radicular é o desvio de sua anatomia original, principalmente em canais com curvaturas acentuadas. Esse erro leva invariavelmente a perfurações radiculares e/ou devido ao desvio, não se localizar mais o trajeto original do canal impossibilitando a completa sanificação até o limite de trabalho estabelecido. (De Deus, 1992).

Quando ocorre à fratura de instrumentos endodônticos no interior dos canais radiculares, isso pode afetar mais ou menos o prognóstico do tratamento dependendo da fase de instrumentação do ocorrido, da localização deste fragmento e da condição pulpar antes do tratamento. Terá sempre um melhor prognóstico nos casos em que se fraturou o instrumento no final do preparo químico mecânico, na porção mais apical e quando o tecido pulpar tinha vitalidade. (Fors U.G.,Berg J.O., 1996).

Os objetivos biológicos compreendem a redução ou remoção dos agentes irritantes do espaço pulpar microrganismos e seus subprodutos, extensão do preparo intra radicular e selamento do canal radicular sub ou sobre obturação. Quanto maior a desinfecção e um correto posicionamento e qualidade da obturação, maiores as chances de sucesso de um modo geral. (Stabholz & Walton, 1997).

Os insucessos nesta fase podem estar relacionados direta ou indiretamente ao tratamento endodôntico.

No pós-operatório as causas mais comuns de insucessos compreendem os traumatismos e fraturas, algum envolvimento de ordem periodontal e restaurações finais mal executadas ou não realizadas.

Segundo os resultados da pesquisa percebe-se que ainda os Cirurgiões-Dentistas não estão realizando um prontuário completo com anuência do paciente em relação ao tratamento proposto e também a ausência de um contrato de prestação de serviço. Sem a documentação (prontuário) específica e sem odontograma inicial, que em geral o Cirurgião-Dentista não faz, transforma esse profissional em alvo fácil para demanda judicial, pois tanto o paciente como os advogados e os demais profissionais envolvidos já têm conhecimento dessa deficiência documental por parte do mesmo.

Cohen & Schwartz (1987) constataram um aumento no número de erros envolvendo a Endodontia, principalmente no que se diz respeito aos clínicos gerais. No período compreendido entre 1977 e 1987 foram observados mais de 100 casos de negligência ou erro nesta área. Os autores discutiram as causas mais comuns deste problema e recomendam caminhos e maneiras para que o profissional minimize o risco de processos legais contra a sua conduta. Os autores sugerem que o clínico deve passar todas as informações sobre o tratamento ao paciente e registrar tudo em sua ficha, preconizando informar antes de agir. Recomendou-se, ainda, que o paciente receba instruções verbais e escritas sobre o pós-tratamento, que o profissional tenha um serviço de emergência odontológica disponível para os pacientes que reclamem de dor ou inchaço, e que todo o tratamento tenha registros legíveis, ressaltando a importância do arquivamento das radiografias.

Verificou-se também um dado importante sobre o relacionamento paciente/profissional, que embora todos os processos envolvendo a

Endodontia tenham tido motivos de ordem técnica, o principal fator que motivou o processo judicial foi o descontentamento do paciente em relação ao profissional que não buscou sanar o problema de seu paciente, ocorrendo desta maneira uma quebra desta relação.

Sabe-se que o dano moral dentre uma série de outros componentes é em síntese a perda da alegria de viver, deixando um amplo espectro aberto para solicitação de valores muitas vezes abusivos referentes a tratamentos que mesmo obtendo o sucesso funcional (mastigatório e fonético) às vezes não obtém sucesso estético, ficando assim o cirurgião-dentista a mercê de uma lide.

Segundo a Lei 10406/2002 do Código Civil em seu artigo 186 diz que: “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.”

Relativa ao C.D.C. em 1988 foi promulgada a nova Constituição Federal, que está em vigor até os dias de hoje, esta trouxe como inovações a proteção ao consumidor e a proteção ao dano moral e material, porém somente em 1990 promulgou-se a Lei 8078/90 que recebeu o nome de código de defesa do consumidor, este em seu artigo 2º estabeleceu: “Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final”. Como podemos perceber, traduzindo esse artigo para termos odontológicos temos que o consumidor refere-se ao paciente que pode ser pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço odontológico. Para concretizar a relação consumidor/fornecedor precisa-se de mais um elemento que é estabelecido pelo artigo 3º deste código: “Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira,

bem como entes despersonalizados, que desenvolvam atividades de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços”. Trouxe ainda a inversão do ônus da prova, onde o CD tem que provar que não errou. Esta mesma Lei trouxe ainda informações relativas à responsabilidade pela publicidade e propaganda, informando que a mesma integra-se ao contrato, independente de neste haver tal situação.

Em seu artigo 14 (caput) estabelece a responsabilidade objetiva inerente às empresas, cooperativas entre outros e a responsabilidade subjetiva, prevista no artigo 14 parágrafo 4º. Este último diretamente relacionado ao clínico geral e ao especialista que não se caracteriza como pessoa jurídica. Para estes a pericia para verificação de erro odontológico se baseará na existência de três fatores: imperícia, negligência e imprudência.

Porém, para que o profissional possa apresentar a sua defesa faz-se necessário a existência prévia de uma documentação completa, nos moldes da Portaria Sec-26 do Conselho Federal de Odontologia de 2004.

Destaca-se que a documentação completa deve ser composta por:

- questionário completo que contemple a história familiar, médica e laboral do paciente;
- questionário com testes clínicos gerais, extra-bucais e intra-bucais;
- índice de biofilme;
- recomendações de higienização, mudanças de hábitos laborais e alimentares, entre outros;
- índice periodontal;
- odontograma (inicial, de trabalho e final);
- exames radiográficos (panorâmico e periapicais) com laudo destes;

- exames complementares;
- modelos (de gesso ou resina);
- alta do paciente (emitida ao final do tratamento);
- termo de satisfação referente ao tratamento, e demais tratamentos (receitas, atestados, declarações, entre outros).

Com o advento do Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei 8078/90), o contrato de prestação de serviços odontológicos é uma parte imprescindível à documentação odontológica. Porém, para que o mesmo tenha sucesso, deve contemplar quatro pilares de acordo com QUEST (1998; 2002), a saber;

1- capacidade das partes (onde o profissional de acordo com a Lei 4324 deve estar inscrito no respectivo Conselho de Odontologia do seu Estado e o paciente tem de ser maior de 18 anos e não portador de doenças esclerosantes e ou mentais e não esteja interditado judicialmente);

2- Objeto Lícito (o conceito de objeto lícito se refere à tratamentos odontológicos recomendados pela literatura atual, também chamado de odontologia baseado em evidência);

3- Forma prescrita e não defesa em lei;

4-Vontade das partes (que se refere ao aceite das cláusulas especificadas nos mesmos).

Para Paiva & Antoniazzi (1991) a natureza da prestação de serviços entre o Cirurgião- Dentista e o paciente são de natureza contratual, mas de acordo com o jurídico, a obrigação contratual na Odontologia seria de resultado e não de meio. Isto se justifica pela corrente de anúncios de garantia do tratamento em impressos e também das propagandas verbais feitas pelos

profissionais.

Ressalta-se que não se recomenda o uso de cláusulas onde o único beneficiário seja o profissional em detrimento aos direitos do paciente.

A não existência de odontograma completo, índice periodontal, entre outros, conforme se verificou na documentação probatória existente nos processos, não permite a defesa do profissional, caso o paciente alegue prejuízos nos demais dentes que não o que está sendo tratado endodonticamente.

Também deve se destacar que a falta da alta odontológica no odontograma final gera a impossibilidade de contagem do prazo prescricional (direito do paciente de processar o profissional por um serviço mal realizado), além do que, configura o abandono do paciente.

Caso o paciente não mais retorne para as fases consecutivas do tratamento endodôntico, o profissional deve enviar dois telegramas com cópia (art.222 do Código Civil atual Lei 10.406/02).

Finalmente o documento que poderia eliminar parte das queixas verificadas no gráfico de número 1 (falta de informação, desavença com o convênio, profissional não solucionou) e que apresentaria os possíveis riscos ao tratamento, tais como os elencados no gráfico 2 (fratura de instrumentos, perfuração de coroa e raiz, entre outros) é o termo de consentimento livre e esclarecido para procedimentos clínicos e odontológicos, também não foi encontrado na documentação probatória existente nos respectivos processos.

Tal termo de consentimento se respalda no artigo 5º da Constituição Federal de 1988, no artigo 6 do Código de Proteção e Defesa do Consumidor de 1990, e no Código de Ética Odontológica.

Em síntese, a situação atual da documentação feita pelo profissional,

não o defende no caso de demanda judicial. O termo de consentimento torna lícito o tratamento odontológico e evita dúvidas entre as partes (profissional e paciente), porém sem o mesmo o tratamento é ilícito e gera direito a indenizações morais e patrimoniais, caso o paciente não tenha os seus anseios e necessidades satisfeitos.

Os profissionais devem manter o prontuário preenchido e atualizado devidamente, pois a falta de documentação os deixa mais vulneráveis e propensos a uma demanda judicial.

7- CONCLUSÃO

Tendo em vista competente revisão de literatura e análise estatística dos dados é lícito concluir:

- A) A incidência de processos judiciais em Endodontia no período proposto (2005-2010) no SEAP (Serviço de Assessoria Pericial da FOP/UNICAMP) foi da ordem de 6,97% (n=6) do total de processos arquivados (n=86);
- B) Os documentos (prontuário) apresentados pelos Cirurgiões-Dentistas nas perícias se encontravam incompletos, sem a anuência do paciente em relação ao tratamento proposto e sem contrato de prestação de serviço;
- C) O principal motivo que gerou a ação judicial foi a quebra da relação paciente/profissional, além dos motivos de ordem técnicas.
- D) Os Cirurgiões-Dentistas (principalmente o endodontista) deviam realizar diariamente um prontuário completo, independente se for apenas tratar um conduto radicular. A falta de documentação deixa o CD mais propenso a uma demanda judicial. Infelizmente a maioria dos CDs desconhecem a legislação pertinente bem como todas as resoluções éticas inerentes ao exercício profissional.

8 – REFERÊNCIA

1. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia.** Aprovada pela Resolução CFO-63/2005.
2. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução nº 042/2003 modificada pela Resolução CFO-71/06,** que revoga o Código de Ética Odontológica.
3. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **RESOLUÇÃO 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.**
4. COHEN,S.; BURNS, RC. **Caminhos da polpa.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1980.
5. COHEN,S.; BURNS, RC. **Endodontic complication and the law.** J.Endod.13(4): p 191-197. 1987.
6. CUNHA,R.M. et al. **Capacidade seladora de três materiais endodônticos associados à guta-percha em perfurações radiculares.** JBE. Curitiba, v.3, n.10, p.217-220, jul./set. 2002.
7. DARUGE, E; MASSINI , N; Galdino, AM. **Ensaio de sistematização sobre o ensino da odontologia legal e deontologia.** Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 1975. Apostila.

8. DE DEUS, Q.D. **Endodontia**. Belo Horizonte, Ed. Livraria Odontomédica & Jurídica, 1992. Capítulo 15 p.505-517.
9. DE PAULA, F.J et al. **Odontologia Legal: Análise das Provas de Concursos para Perito e para Egressos em Odontologia**. Revista APCD Vol. 65, nº3, Mai./Jun. p 198- 204. 2011.
10. ESTRELA, C. **Ciência Endodôntica**. São Paulo. Artes Médicas, p 596-600. 2004.
11. GOMES,J.C.M e FRANÇA,G.V. **Erro Médico. Um Enfoque sobre sua Origem e suas Consequências**, 3ª ed. Montes Claros: EdUnimontes, 2001.
12. GROSSMAN, L.I. et al. **Roentgenologic and clinical evaluation of endodontically treated teeth**. Oral Surge. 17: 368-373, 1964.
13. INGLE J.I. et al. **Modern endodontic therapy**. 2ª ed. Philadelphia, p. 03-56. 1976.
14. KUGA, M.C.; et.al. **Influência da natureza do cimento endodôntico, medicação intracanal, qualidade do selamento e localização do acidente em perfurações radiculares**. JBE, Curitiba, v.3, n.11, p.287-291, out/dez 2002.
15. LEI 5.081 DE 24/08/1966. **Regulamenta o Exercício da Odontologia**. Publicado no D.O.U. em 26/08/1966.
16. LEI 8.078, de 11 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências**. Publicado no D.O.U. em 12/09/1990.

17. LEONARDO MR, LEAL JM, Simões Filho AP. **Endodontia: tratamento dos canais radiculares**. 1. ed. São Paulo: Panamericana. 1982.
18. LEONARDO, M.R. **Endodontia. Tratamento de Canais Radiculares. Princípios Técnicos e Biológicos**. Editora Artes Médicas 4^a edição.
19. LOPES, H.P. & SIQUEIRA Jr., J.F. **Endodontia Biologia e Técnica**. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda., 2^a edição, 2004.
20. LUCAS SD. Ética e processos éticos. **Rev do CROMG**. 1999; 5(1): 54-59.
21. MIRANZI, M.A.S.; et.al. **Avaliação in vitro da resistência radicular à fratura utilizando pinos metálicos fundidos e pinos pré-fabricados LUMINEX**. JBE, Curitiba, v.2, n.7, p.311-316, out/dez 2001.
22. Moreira RP, Freitas AZVM. **Dicionário de odontologia legal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999.
23. NASS, C.C. & FERREIRA, R. **Comparação in vivo do método radiográfico e eletrônico, na obtenção do comprimento de trabalho para endodontia**. JBE, Curitiba, v.3, n.8, p. 72-76, jan/mar 2002.
24. OLIVEIRA, M.D.C. **Remoção de instrumento endodôntico fraturado no interior do canal radicular. Caso clínico**. JBE 2003, 4(14): 186-90.
25. PAIVA, J.A.& ANTONIAZZI, J.H. **Endodontia: bases para a prática clínica**. São Paulo, Artes Médicas, 1984.

26. PAIVA, JG & ANTONIAZZI, JH. **Endodontia: bases para a prática clínica**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas. 1991.
27. PANITVISAI,P., et.al. **Impact of retained instrument on treatment outcome: A systematic review and meta-analysis**. JOE, v.36, n.5, May 2010.
28. RAMOS, C.A.S. & BRAMANTE, C.M. **Endodontia. Fundamentos Biológicos e Clínicos**. 2ª ed. Livraria Santos Com.Imp.Ltda, 2001. Cap.8 p. 159-206 .
29. RIBEIRO, SOUZA-GABRIEL, MARCHESAN, ALFREDO, SILVA SOUZA & SOUSA-NETO. **Journal of Dentistry**. Vol.36, n.1, p.69-73.
30. SAMICO AHR, Menezes JDV, Silva M. **Aspectos éticos e legais do exercício da odontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: CFO. 1994.
31. SAQUY PC, Pécora JD, Silva RG, Souza Neto MD. O código de defesa do consumidor e o cirurgião-dentista. **Rev paul odontol**. 1993; 15(4): 4-5.
32. SCHARTZ S. Endodontics and the law: an interview with Dr. Stephen Schwartz. Interview by Philip Bonner. **Dent Today**. 1995; 14(5): 54-57.
33. SELTZER S.; BENDER I.B.; TURKENKOPF S. Factors affecting successful repair after root canal therapy. J. Amer. Dent. Ass., 67: 651-662, 1963.
34. SILVA, R.F.da. **Aspectos éticos, legais e terapêuticos da fratura de instrumentos endodônticos**. Dissertação Mestrado. FOP/UNICAMP, 2004.
35. SILVA,M. **Compêndio de Odontologia Legal**. Guanabara. 1ª edição, 1997. p.490.

36. SILVA,M. **Deontologia Odontológica: ética e legislação.** Livraria Santos Editora Ltda., 2011. p. 109-118.
37. SMITH,C.; SETCHELL,D. & HARTY,F.: **Factors influencing sucess of conventional root canal therapy- five year retrospective study.** Int Endodontic J 26: 321, 1993.
38. SOUZA, R.A. **Endodontia Clínica.** Livraria Santos Editora Ltda, 2003.
39. SOUZA. **Jornal Brasileiro de Endodontia.** Ano 6, V.6, n.23, Jan/Mar.; 2006, p 29-39.
40. SOUZA-FILHO, F.; et al. **Análise das Alterações no Forame Apical após Instrumentação com Patência e Ampliação Foraminal.** Revista APCD Vol. 65, nº 2, Mar./Abr. P 145- 151, 2011.
41. STABHOLTZ,A.; FRIEDMAN,S. & TAMSE.A. **Endodontic failures and retreatment.** In Cohen, S; Burns,RC: Pathways of the pulp, 6ª ed. ST. Louis, CV Mosby, cap.25, 1994.
42. SWARTZ,DB; SKIDMORE,AE; GRIFFING,J.A.: **Twenty years of endodontic sucess and failure. J Endodontic 9:198, 1983.**
43. TANOMARU FILHO, M.; et.al. **Adaptação de materiais utilizados no selamento de perfurações radiculares. Análise em microscopia eletrônica de varredura.** JBE, v.2, n.5, p.107-110, abr/jun 2001.
44. VANRELL, J.P. **Odontologia Legal e Antropologia Forense.** Editora Guanabara Koogan. Cap. 21, p 151-159. 2002.
45. WALTON, R.E. ; TORABINEJAD, M. **Princípios e Prática em Endodontia.** Livraria Santos Editora Ltda, 1997. Cap.19 p. 324-332.
46. WEINE, FS. **Endodontic therapy.** 4. ed. Saint Louis: Mosby, 1989.
47. ZUKA, E.P.; TOLEDO, B.C.E. de. **A importância das fraturas**

radiculares verticais no diagnóstico diferencial em relação às lesões periodontais-endodônticas. JBE, v.2, n.6, p.216-223, jul/set 2001.

ANEXO 1



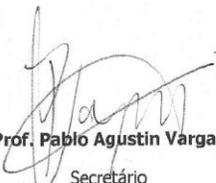
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Insucessos endodônticos: Aspectos clínicos, éticos e legais**", protocolo nº **029/2008**, dos pesquisadores **LUIZ FRANCESQUINI JÚNIOR, EDUARDO DARUGE JÚNIOR e EDUARDO MORAES ROSA PEREIRA**, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 02/04/2008.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Endodontic failure: clinic, ethical and legal aspects**", register number **029/2008**, of **LUIZ FRANCESQUINI JÚNIOR, EDUARDO DARUGE JÚNIOR and EDUARDO MORAES ROSA PEREIRA**, comply with the recommendations of the National Health Council – Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 02/04/2008.


Prof. Pablo Agustin Vargas
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP


Prof. Jacks Jorge Júnior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.