



Fernanda Capurucho Horta Bouchardet

AVALIAÇÃO DE DANOS TEMPORÁRIOS EXTRAPATRIMONIAIS DE LESÕES DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Tese de doutoramento em Ciências da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Duarte Nuno Pessoa Vieira e co-orientada pela Professora Doutora Inês Alexandra Costa de Morais Caldas, e apresentada Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Fernanda Capurucho Horta Bouchardet

**AVALIAÇÃO DE DANOS TEMPORÁRIOS
EXTRAPATRIMONIAIS DE LESÕES
DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Fernanda Capurucho Horta Bouchardet

**AVALIAÇÃO DE DANOS TEMPORÁRIOS
EXTRAPATRIMONIAIS DE LESÕES
DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Tese de doutoramento em Ciências da
Saúde pela Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra.

Orientador: Professor Doutor Duarte Nuno
Pessoa Vieira.

Coorientadora: Professora Doutora Inês
Alexandra Costa de Morais Caldas.

2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

A investigação prática que integra esta tese foi realizada no Departamento de Traumatologia Dental da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil), sob a colaboração da Professora Doutora Maria Ilma de Souza Côrtes e da Mestre Juliana Vilela Bastos.

A minha filha, Cecília, pelo amor incondicional e sem limites.

Ao Alberto, meu eterno amor e gratidão.

À memória de meu pai, meu maior admirador.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Professor Doutor Duarte Nuno Pessoa Vieira, que me deu o privilégio de poder conviver com uma personalidade de tão elevada dimensão humana e intelectual. Pela disponibilidade que sempre manifestou ao transmitir seus preciosos ensinamentos.

À Professora Doutora Inês Caldas, pela disponibilidade e dedicação ao trabalho orientado. Tem sido um privilégio conhecê-la.

À Senhora Professora Doutora Maria Ilma de Souza Côrtes, supervisora do trabalho de investigação, grata pela amizade, pelo entusiasmo com que me incentivou e pelos conhecimentos transmitidos.

À Mestre Juliana Vilela Bastos e à Cristina Santos, pela forma tão carinhosa com que me receberam e ajudaram na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

À Senhora Doutora Ascensão Rebelo, pela motivação, incentivo e amizade demonstrada ao longo desses anos.

Aos Professores Doutores Francisco Corte-Real, Teresa Magalhães, Eugénia Cunha e Francisco Manuel Lucas, pela disponibilidade e entajuda pessoal e académica para a conclusão deste trabalho.

Aos profissionais Francisco da Silva Oliveira Júnior pela ajuda na análise e interpretação estatística; Senhora Lucinda Pereira Ferreira e Professora Júnia Haddad, pelos ensinamentos da língua francesa; e aos demais colegas, que proporcionaram ajuda e apoio sem os quais não teria sido possível a conclusão deste trabalho.

A minha eterna gratidão às pessoas que me receberam tão bem em Portugal, especialmente à Delegação de Coimbra do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses. À amiga Cristina Mendes e demais colegas, impossível citar todos os nomes que ao longo desses anos receberam-me de forma carinhosa.

E, por último, porém não menos importante, agradeço aos meus pais, irmãos, cunhados, cunhadas e à Zelaine, pelo amor e carinho e, principalmente, pelo bálsamo que esse amor me proporciona nos momentos de desânimo.

RESUMO

Bouchardet FCH. Avaliação de danos temporários extrapatrimoniais de lesões do sistema estomatognático em crianças e adolescentes [Tese de Doutorado]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2013.

Em alguns casos, o traumatismo dentário pode ocasionar perdas dentárias irreparáveis, tanto no momento do acidente, como no decorrer do tratamento ou até mesmo anos após o evento traumático. Essa condição pode criar sérios danos estéticos, psicológicos, sociais além de produzir significativos custos para a vítima. Esses danos afetam também familiares e comprometem o profissional que presta o atendimento. O presente trabalho tem por objetivo geral contribuir para uma nova perspectiva na avaliação dos danos orofaciais. Propõe-se uma metodologia pericial diferente da que vem sendo correntemente seguida, incorporando os novos conceitos que se vão impondo na prática pericial dos dias atuais, nomeadamente no que se refere ao estabelecimento da data de consolidação médico-legal das lesões e concretizar os conceitos relativos aos diversos parâmetros dos danos temporários extrapatrimoniais no que se refere aos danos do sistema estomatognático. A amostra aleatória consistiu de 96 examinados de ambos os sexos, atendidos na Clínica de Traumatismo Dentário da UFMG, Brasil, que sofreram avulsão dentária traumática e reimplantação imediata e posterior extração com colocação de prótese temporária removível ou fixa. As crianças e adolescentes foram examinadas e entrevistadas utilizando-se o índice OIDP-infantil para medir o impacto oral sobre sua capacidade nas suas atividades diárias relativas aos desempenhos físico, psicológico e social. Os principais resultados obtidos demonstraram que a idade média dos indivíduos quando da ocorrência do evento foi de 10,3 anos. Os indivíduos que utilizaram prótese parcial removível temporária (PPRT) possuíam risco 3,6 vezes mais alto de apresentar algum tipo de dano do que aqueles que utilizaram prótese parcial fixa temporária - ortodôntica (PPFT). O impacto mais frequentemente encontrado estava relacionado com a atividade de contato com outras pessoas, presente em 58% dos examinados, seguido pela atividade de sorrir, com 46,5% e de higienizar a cavidade oral, com 33,7%, para a atividade de comer em 25,6%, para manter o estado emocional em 22,1%, para falar e fazer tarefas escolares em 9,3% e para a atividade de dormir, o dano esteve presente em 7% dos examinados. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao escore médio para cada uma das atividades relacionadas ao impacto, tampouco ao impacto global entre os grupos com menos de 18 anos e com 18 anos ou mais. Face a estes resultados propôs-se uma nova postura perante a interpretação das leis vigentes relativas à avaliação pericial, consistindo na antecipação da fixação da data de consolidação médico-legal para os casos de avulsão traumática tratadas com reimplante. O perpetuar destas situações pode provocar consequências que recaem sobre as duas partes: o causador do dano, que terá que pagar uma indenização mais elevada, porque o tratamento se estendeu numa forma menos adequada, mais longa e com conclusões menos favoráveis; e o lesado, que não tendo qualquer culpa do seu dano, e por não ter tido meios para se tratar convenientemente, terá consequências várias, para o resto da sua vida.

Palavras-chave: Danos temporários extrapatrimoniais. Lesões do sistema estomatognático. Trauma Dentário.

ABSTRACT

Bouchardet FCH. Evaluation of temporary extrapatrimonial damage of the stomatognathic system injury on children and adolescents (PhD thesis). Coimbra: College of Medicine, University of Coimbra, 2013.

In some cases, the dental trauma may cause irreparable dental loss, both in the moment of the accident as in the course of treatment or even years after the traumatic event. This condition can result serious esthetic damages, psychological, social other than produce significant expense to the victim. The damages also affect the family and compromise the professional attending. This study aims to contribute to a new perspective in the evaluation of the orofacial injury. The proposal is a different forensic methodology of the one that has been currently practiced, incorporating the new concepts that will bind to the forensic practice of today, specially referring to the establishment of the medico legal consolidation date of the injuries and materialize the concepts related to the various parameters of the temporary extrapatrimonial damage referring to the stomatognathic system injury. The random sample consisting of 96 patients of both sexes, attended at the Dental Trauma Clinic of the UFMG, Brazil, which suffered traumatic dental avulsion and immediate reimplantation and posterios extraction with temporary disposal of removable or permanent prosthesis. Children and adolescents were examined and interviewed using the Child-OIDP index to measure the oral impact over their capacity in daily activities related to their physical, psychological and social accomplishments. The main results showed that the average age of the individuals when the event occurs was 10.3 years old. The individuals that used partial removable temporary prosthesis had a risk 3.6 higher of presenting some kind of damage than the ones who used partial permanent temporary prosthesis. The most frequent impact found was related to the contact with other people, present in 58% of the examined, followed by smiling – with 46.5% and sanitize the oral cavity – with 33.7%, to eat in 25.6%, to sustain the emotional state in 22.1%, to talk and do school tasks in 9.3% and to sleep, the damage was present in 7% of the examined. There wasn't statistically significant difference relating to the medium score to each of the related activities to the impact, neither to the global impact between the groups with less than 18 years old and with 18 years old or more. Face to these results was proposed a new posture before the interpretation of the current laws related to the forensic evaluation, consisting in the anticipation of the establishment of the medico legal consolidation date to the cases of traumatic dental avulsion treated with reimplantant. The perpetuation of these situations may cause consequences that falls over two parts: the causer of the damage – who will have to pay a higher indemnification, because the treatment has extended in a less adequate way, longer and with less favorable conclusions; and the injured, that having no fault of his damage, and for not having means to be treated conveniently, will have various consequences for the rest of his life.

Key words: Temporary extrapatrimonial damage. Stomatognathic system injury. Dental trauma.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
AIFP	Alteração permanente da integridade física e psíquica
ANOVA	Análise de Variância
APADAC	Associação Portuguesa do Dano Corporal
AREDOC	<i>Association Pour L'étude de la Réparation du Dommage Corporel</i>
Art.	Artigo
CC	Código Civil
CEREDOC	Confederação Europeia de Especialistas em Avaliação e Reparação do Dano Corporal
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
DEP	Dano estético permanente
DET	Dano estético temporário
DFP	Déficit funcional permanente
DFT	Déficit funcional temporário
DPVAT	Seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres
FCHB	Fernanda Capurucho Horta Bouchardet
FFAMCE	<i>Fédération Française des Associations de Médecins Conseils Experts en évaluation du dommage corporel</i>
FO-UFMG	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais
IADT	<i>International Association of Dental Traumatology</i>
IC	Intervalo de confiança
INMLCF, I.P.	Instituto Nacional de Medicina legal e Ciências Forenses
IODD- <i>child</i>	Impactos orais no desempenho diário
OIDP	Índice de impactos odontológicos no desempenho das atividades diárias da criança
OMS	Organização Mundial de Saúde
PGPA	Perda de ganhos profissionais atuais
PPR	Próteses parciais removíveis
PPRT	Prótese parcial removível temporária
QD	<i>Quantum doloris</i>

SFML	<i>Société Française de Médecine Légale</i>
SIMH	<i>Système d'identification et de mesure des handicaps</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1- Distribuição por sexo	105
Gráfico 2- Distribuição por tipo de acidente.....	105
Gráfico 3- Distribuição por tipo de prótese temporária	105
Gráfico 4- Distribuição segundo dente afetado	107
Gráfico 5- Distribuição segundo avaliação da presença de impacto	109
Gráfico 6- Distribuição segundo avaliação da gravidade do impacto	110
Gráfico 7- Distribuição dos examinados segundo idade	112
Gráfico 8- Distribuição segundo tipo de acidente	112
Quadro 1- Índice de gravidade das lesões	62
Quadro 2- <i>Quantum doloris</i>	67
Quadro 3- Prazos de consolidação em Medicina dentária	88
Quadro 4- <i>Quantum doloris</i> dentário	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Descrição da idade e tempo entre consulta e colocação de prótese e utilização de prótese	103
Tabela 2- Distribuição segundo sexo e tipo de acidente	104
Tabela 3- Distribuição segundo dente afetado	106
Tabela 4- Alfa de Cronbach avaliado para os itens da pesquisa.....	107
Tabela 5- Avaliação da presença de impacto.....	108
Tabela 6- Avaliação da gravidade do impacto.....	110
Tabela 7- Distribuição segundo sexo, idade, tipo de prótese e tipo de acidente.....	111
Tabela 8- Relação do sexo com o impacto	113
Tabela 9- Avaliação das atividades segundo sexo.....	114
Tabela 10- Relação dos grupos de idade com a presença do impacto	116
Tabela 11- Avaliação da gravidade do impacto segundo grupos de idade	117
Tabela 12- Relação do tipo de prótese com o impacto	118
Tabela 13- Avaliação da gravidade do impacto em relação ao tipo de prótese	119
Tabela 14- Fatores de risco associados ao impacto	120
Tabela 15- Regressão linear para o escore OIDP-infantil em relação a sexo, idade, tipo de acidente e tipo de prótese	121

SUMÁRIOⁱ

	p.
1 CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	27
1.1 Justificativa do tema escolhido e objetivos	23
2 CAPÍTULO II - PROBLEMÁTICA DA AVALIAÇÃO DOS DANOS TEMPORÁRIOS EXTRAPATRIMONIAIS	26
2.1 Antecedentes históricos	27
2.2 O dano corporal no âmbito do Direito Civil.....	33
2.2.1 <i>Legislação portuguesa</i>	33
2.2.2 <i>Legislação brasileira</i>	35
2.3 A perícia médico-legal	41
2.3.1 <i>Conceitos gerais</i>	41
2.3.2 <i>Exame e relatório pericial</i>	44
2.4 Pressupostos prévios à avaliação dos danos temporários: data de cura ou consolidação médico-legal	51
2.5 Danos patrimoniais e extrapatrimoniais.....	56
2.5.1 <i>Danos patrimoniais</i>	56
2.5.2 <i>Danos extrapatrimoniais</i>	57
2.5.2.1 Danos extrapatrimoniais temporários	58
A) Déficit funcional temporário	59
B) <i>Quantum doloris</i>	64
C) Dano estético temporário	69
2.6 Traumatismos dentários.....	72
2.7 Método de Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal – Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho das Atividades Diárias da Criança (OIDP-infantil)	82
2.8 A perícia para avaliação do dano bucomaxilofacial	83
2.8.1 <i>Estabelecimento da data de cura ou consolidação no âmbito das lesões dentárias</i>	86
2.8.1.1 Problemas particulares para fixar a data de consolidação	88
2.8.1.2 Estado anterior dentário	89

¹ Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. O texto foi formatado de acordo com a ABNT NBR 14724 de 17.04.2011 e as referências obedeceram ao estilo Vancouver.

2.8.2 Danos extrapatrimoniais temporários no âmbito das lesões dentárias	92
2.8.2.1 Déficit funcional temporário dentário	92
2.8.2.2 <i>Quantum doloris</i> dentário	92
2.8.2.3 Dano estético temporário dentário	95
3 CAPÍTULO III - CONTRIBUIÇÃO PESSOAL	95
3.1 Introdução.....	96
3.1.1 <i>Objetivos</i>	98
3.1.1.1 Objetivo geral	98
3.1.1.2 <i>Objetivos específicos</i>	99
3.2 Material e métodos.....	100
3.2.1 <i>Metodologia e Resultados</i>	102
3.2.1.1 <i>Metodologia</i>	102
3.2.1.2 <i>Resultados</i>	103
A) <i>Avaliação da consistência interna das escalas</i>	107
B) <i>Avaliação do impacto da condição de saúde oral na qualidade de vida</i>	108
C) <i>Fatores associados ao impacto</i>	111
D) <i>Fatores associados à percepção do impacto: modelo de regressão logística</i> ...	120
E) <i>Fatores associados ao escore OIDP-infantil: modelo de regressão linear</i>	121
3.3 Discussão	122
3.3.1 <i>Justificativa da caracterização da amostra</i>	123
3.3.2 <i>Estabelecimento da data de consolidação médico-legal das lesões em crianças e adolescentes que sofreram avulsão traumática</i>	125
3.3.3 <i>Avaliação do déficit funcional temporário (DFT) em crianças e adolescentes que sofreram avulsão traumática</i>	127
3.3.4 <i>Avaliação do quantum doloris em crianças e adolescentes que sofreram avulsão traumática</i>	128
3.3.5 <i>avaliação do dano estético temporário em crianças e adolescentes que sofreram avulsão traumática</i>	129
3.4 Conclusão.....	131
REFERÊNCIAS¹	133
ANEXOS E APÊNDICE.....	143

1 CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa do tema escolhido e objetivos

A sociedade em que vivemos vem registrando profundas e crescentes alterações em diversos níveis. Entre elas, estão a sua própria forma de organização e as mudanças decorrentes da contínua evolução tecnológica. Estas têm sido alterações geradoras de muitas e substanciais vantagens, mas também, e simultaneamente, de preocupantes efeitos negativos. Dois exemplos paradigmáticos desses efeitos negativos são o fato da cada vez maior concentração de pessoas nos grandes centros urbanos se vir associando a acréscimo do número e gravidade dos conflitos interpessoais e à crescente sinistralidade rodoviária resultante das evoluções verificadas no âmbito dos meios de transporte.

As agressões e os acidentes rodoviários dão origem à maior parte dos traumatismos faciais¹, sendo efetivamente a face um dos segmentos corporais mais atingidos nessas situações e delas resultando, com frequência, lesões do aparelho mastigatório².

O número crescente de acidentes de viação associados à sua própria gravidade justifica a maioria das peritagens na área do Direito Civil. Os processos relacionados à responsabilidade profissional médica e dentária justificam também parte dos relatórios de avaliação do dano em matéria civil, refletindo uma sociedade cada vez mais conhecedora dos seus direitos.

A avaliação do dano relativo a traumatismos dentários apresenta particulares dificuldades, pois essas lesões diferem substancialmente de qualquer outro prejuízo corporal. Desde logo, porque os elementos dentários, no seu conjunto, desempenham uma tripla função: mastigatória, fonética e estética³. Nesse contexto, existindo danos a esse nível, deverá a peritagem médica concretizada dominar as especificidades desses danos, no sentido de verdadeiramente poder ajudar o decisor no estabelecimento da sanção penal mais adequada para o agressor e/ou na determinação do montante indenizatório que deve ser atribuído à vítima.

Assim, à semelhança de todas as perícias, também estas, por razões de equidade e justiça, deverão obedecer a parâmetros uniformes de apreciação e valorização, independentemente do perito em causa e do local onde decorre a avaliação. Por essa razão, tem-se vindo a observar crescente interesse no

estabelecimento de parâmetros técnico-científicos também para a qualificação e quantificação do dano corporal bucodentário e incessante procura de métodos suficientemente objetivos para assegurar a uniformização possível das avaliações e, conseqüentemente, das compensações⁴.

A análise dos traumatismos do sistema estomatognático no âmbito civil, em especial nas crianças e adolescentes, tem merecido atenção ainda mais acrescida, devido à complexidade das conseqüências nesses segmentos etários, substancialmente diferentes daquelas no adulto.

A avaliação pericial terá necessariamente de ter algumas particularidades em função da idade da vítima, como, por exemplo: fraturas disfisárias dos ossos longos, a capacidade de crescimento está aumentada. A consolidação, remodelação, recuperação, dinamismo e hiperatividade são também muito rápidas, o que obriga o perito a rever os tempos médios de consolidação, comparando com os adultos⁵.

O presente trabalho tem por objetivo geral contribuir para uma nova perspectiva na avaliação dos danos orofaciais temporários extrapatrimoniais em crianças e adolescentes portadoras de prótese temporária, após perdas dentárias por reabsorção externa decorrentes das sequelas de avulsão traumática tratada com reimplante. Propõe-se uma metodologia pericial diferente da que vem sendo correntemente seguida, incorporando os novos conceitos que se vão impondo na prática pericial dos dias actuais, nomeadamente no que se refere ao estabelecimento da data de consolidação médico-legal das lesões.

Em nosso entender, afigura-se necessário:

- a) Criar uma metodologia de avaliação pericial mais adequada para os traumatismos dentários;
- b) adequar os critérios de estabelecimento da data de consolidação médico-legal à problemática específica dos traumatismos dentários;
- c) concretizar os conceitos relativos aos diversos parâmetros dos danos temporários extrapatrimoniais no que se refere aos danos no sistema estomatognático;
- d) caracterizar o seu verdadeiro impacto na qualidade de vida e ponderar particularmente as suas repercussões em termos da avaliação do déficit funcional temporário, do *quantum doloris* e do dano estético temporário.

Nessa conformidade, são assim também objetivos específicos deste estudo:

- a) Avaliar o impacto psicossocial da utilização de prótese temporária em examinados com perdas dentárias por reabsorção externa decorrentes das sequelas de avulsão traumática de dentes anteriores permanentes tratada com reimplante;
- b) avaliar o papel de fatores como o sexo do sinistrado, a duração do tratamento, a idade no momento da colocação da prótese temporária e no momento da extração do dente, o tipo de prótese temporária adotada (fixa ou removível) no impacto psicossocial da utilização de prótese temporária.

Pretende-se que os resultados obtidos possam proporcionar uma mudança na realidade pericial do Brasil, país onde exercemos atividade como peritos. Nesse sentido, procurar-se-á também:

- a) Comparar com outros estudos publicados em revistas cientificamente reconhecidas;
- b) estimular com este estudo novas investigações no mesmo âmbito;
- c) obter resultados que possam servir de apoio a trabalhos que, não versando exatamente estes temas, se possam, todavia, alicerçar nos conceitos e resultados obtidos.

Sendo a nossa língua-mãe a Língua Portuguesa, mas com as particularidades, circunstancialismos, especificidades e valores semânticos próprios do seu uso no Brasil, serão utilizados nesta pesquisa a grafia e o modo de emprego e expressão corrente do Português do Brasil.

Este estudo visa particularmente aos profissionais brasileiros, pelo que a utilização do seu português do dia-a-dia ajudará também certamente à sua melhor compreensão.

**2 CAPÍTULO II - PROBLEMÁTICA DA
AVALIAÇÃO DOS DANOS TEMPORÁRIOS
EXTRAPATRIMONIAIS**

2.1 Antecedentes históricos

É importante conhecer a evolução histórica da avaliação e reparação do dano na pessoa, para melhor compreender a sua situação na atualidade. Sem um mínimo de compreensão histórica não é possível conhecer todas as dimensões do tema, nem formular reflexões, críticas justas ou até conclusões^{6,7}. Não se pode prescindir dos alicerces históricos para se compreender o presente e perspectivar o futuro. E é, aliás, surpreendente a frequência com que se tratava a questão da reparação do dano corporal já nos primórdios da história da humanidade.

Desde seu primeiro momento de racionalidade humana as doenças e as dores predispueram os meios necessários para combater ambos os males. As primeiras atividades não se direcionaram propriamente para o estudo das afeções, mas essencialmente para a sua cura. Se, no entanto, esta não acontecia, não é difícil imaginar que a culpa recaísse sobre o feiticeiro, acompanhada da acusação de imperícia. Desde os primórdios previram-se, pois, sanções para os casos de “culpa” relativa ao insucesso profissional dos médicos⁸.

As primeiras constatações históricas visando à reparação de danos corporais procedem da *Tábua de Nippur*, chamada também de *Lei de Ur Namur*, primeira tabela de reparação do dano pessoal e datada de aproximadamente 2.500 a 3.000 anos a.C.⁹, que na realidade era uma tabela de incapacidades na qual para cada lesão se estipulava uma quantia em dinheiro¹⁰.

No período babilônico surgiu o *Código de Hammurabi* (1700 a.C.)¹¹. Baseado na Lei de Talião, o corpo legal desse Código surgia dividido, em linhas gerais, nas seguintes áreas:

- a) Leis para punir possíveis delitos praticados durante um processo judicial (§ 1-5);
- b) leis que regulavam o direito patrimonial (§ 6-126);
- c) leis que regulavam o direito de família e as heranças (§ 127-195);
- d) leis para punição de lesões corporais (§ 196-214);
- e) leis que regulavam os direitos e obrigações de classes especiais: médicos (§ 215-223); veterinários (§ 224-225); barbeiros (§ 226-227); pedreiros (§ 228-233); e barqueiros (§ 234-240);
- f) leis que regulavam preços e salários (§ 241-277);
- g) leis adicionais que regulavam a posse de escravos (§ 278-282)¹¹.

A Lei de Talião (Tal = tal que) dos hebreus, escrita na Bíblia Sagrada nos versículos 23-25 do capítulo 21 do *Êxodo* e nos versículos 19 e 20 do capítulo 24 do *Levítico*, constitui uma das origens da reparação do dano corporal em espécie¹⁰.

Do mesmo período são as Leis de Moisés (1500-1600 a.C.), que se ocupavam especificamente da reparação do dano corporal, especialmente das relações entre médicos e examinados e das responsabilidades com que os profissionais iriam se confrontar em caso de más-práticas¹². As próprias Sagradas Escrituras se referem à avaliação e indenização de danos, baseadas também na Lei de Talião. Aqui surge a primeira referência histórica sobre dano estético, bem protegido necessário para completar a beleza espiritual imprescindível para a pessoa se apresentar perante Deus, tal como aparece no livro *Êxodo*, XXI, 18 e ss. Referências mais específicas sobre deformidade são encontradas em *Levítico*, XIX, 28. Os títulos hebraicos de *NeziKim* e *Rhalabach* compreendem aspectos como o dano propriamente dito e a noção de avaliação, diferenciando dano temporário e permanente, a humilhação, a dor moral e a dor física⁴. A sua Secção Quarta ("*NeziKim*" – Os danos) constituía uma espécie de Código Civil e Penal. Contemplava cinco pontos que fixavam o valor de todo o dano corporal: "A reparação do dano", "O dinheiro da dor", "Os custos de tratamento", "O tempo perdido" e "O dinheiro da honra"¹⁰.

A civilização romana é a primeira que prevê a possibilidade de que os médicos sejam chamados de forma oficial para assessorar os tribunais na avaliação de indivíduos traumatizados. Em simultâneo, a Lei Cornélia estabelece uma série de delitos relacionados à prática da profissão médica e às penas que deveriam ser cominadas⁸, observando-se pela primeira vez a atribuição de uma pena criminal em certos casos, surgindo, assim, uma forma de delito público. No ano de 415 a.C. foi produzido um importante desenvolvimento legislativo., representado essencialmente pela Lei das XXII Tábuas, que estabelecia a avaliação dos danos existentes nas pessoas portadoras de ferimentos¹³. Essa é a mais antiga codificação de leis romanas. O texto integral perdeu-se, mas são conhecidos três artigos que interessam a esta matéria. São eles: o art. II, que refere que quem partir um membro a outro, sofre idêntico dano como pena, a menos que haja transação; o art. III, que prevê a pena aplicável a quem parte um

osso: 150 moedas de bronze, se a vítima é um escravo, 300 moedas de bronze se é um homem livre; e o art. IV, que estabelece que a pena é de 25 moedas de bronze para aquele que ofender outro. Em todos os casos, essas penas rigidamente fixadas não constituíam uma reparação equitativa, tanto mais que as moedas de bronze se desvalorizavam facilmente¹⁰.

Mais tarde, provavelmente por volta do século III a.C., sobreveio a *Lex Aquilia*ⁱⁱ, sancionando como delito privado um certo número de fatos precisos que são agrupados sob a designação de *damnum iniuria datum* (dano causado ilicitamente)¹². É o dano verdadeiro e próprio que se encontra na origem da moderna doutrina da responsabilidade civil. A *Lex Aquilia* previa a reparação concreta dos danos sofridos, de acordo com a apreciação de um juiz, tendo em conta o valor real dos danos e a intenção do agente¹⁰. A doutrina romana clássica exigia que, além da relação de causalidade entre o ato ilícito e o dano, houvesse culpa do agente, mas essa teoria da culpa continuava ainda imprecisa, ainda que fosse a que iria dominar a concepção moderna da responsabilidade civil.

As Sagradas Escrituras referem-se à avaliação e indenização de danos baseados na Lei de Talião. É aqui que aparece a primeira referência histórica sobre dano estético. Referências mais específicas sobre deformidades são encontradas em Levítico, XIX, 28 e ss⁷. Os títulos hebraicos de NeziKim e Rhalabach, encontrados no Talmud, compreendem aspectos como “a reparação do dano, o dinheiro da dor, os custos de tratamento, o tempo perdido e o dinheiro da honra”¹⁰. Daí surge a ideia de que o desejo de vingança pode ser substituído por uma compensação econômica¹². Ulpiano assinala em seu livro XVIII *Ad Sabinum* que não é lícito produzir num escravo cicatrizes deformantes, e essa proteção não é dirigida a velar pelo patrimônio biológico do servo, mas sim pelo patrimônio econômico do amo, que tem no escravo uma mercadoria com determinado valor. Como já assinalado, é um dos principais elementos de partida do futuro conceito de *valor econômico da pessoa*. É a partir deste ponto que se tem a base para estabelecer que se um sujeito for lesado, dever-se-á proceder a uma compensação econômica⁴. Ulpiano afirmava também que, “assim como não se deve imputar ao médico o evento da morte, deve-se lhe imputar o que houver cometido por imperícia”. Há mais de 1.500 anos já se cogitava, pois, sobre a

ⁱⁱ A responsabilidade civil é geralmente chamada “responsabilidade” aquiliana, porque se fundamenta a sua origem na *Lex Aquilia*.

imperícia do médico, que se tornava responsável pelos danos que viesse a causar ao examinado por falta de habilidade ou conhecimento⁸.

A partir da invasão do Império Romano pelos Germanos, a *Tabela de Indenização* passou a ser o essencial do seu sistema legal. Esse sistema de tarifas era mais facilmente manipulável pela justiça do que as abstrações romanas. O recurso a um perito médico era uma prática geral e obrigatória, mesmo no caso de acidentes em escravos. O sistema baseava-se na fixação de um montante a pagar à vítima como indenização da lesão sofrida¹⁰.

Os direitos germânicos, como a maior parte dos direitos arcaicos, conheciam mal a responsabilidade individual, regulando-se pela permissa de que qualquer ato humano comprometeria todo o grupo (família, clã, etc.) ao qual ele pertencesse. Esse sistema de vingança privada (*faida* germânica, *vendetta*, etc.) supõe a solidariedade ativa e passiva do grupo familiar. Do mesmo modo, os direitos germânicos não conheciam a distinção entre a obrigação delitual e a obrigação contratual; assim, o não cumprimento de qualquer obrigação, seja qual for a sua fonte (delito ou contrato), originava os mesmos efeitos¹⁴.

A Idade Média foi uma época obscura sob todos os pontos de vista e também pela perspectiva médico-legal e do dano corporal, nada se criando de novo⁶. Havia um Direito primitivo e popular, com uma mistura da cultura romana e dos bárbaros, coexistindo a influência mulçumana em algumas regiões e dos celtas em outras. Nas leis normandas, em França do século XIII, surgiu a figura do perito médico para os casos de exame e avaliação de lesões⁷.

Na Idade Moderna, devido à complexidade crescente do relacionamento social, ao progresso tecnológico e à difusão dos meios de transporte, aumentaram-se os riscos de acidentes, sendo numerosos os exemplos de injustiças em que os trabalhadores ficavam sem reparação alguma. O princípio da responsabilidade civil fundamentada na culpa, ponto de partida de todo o direito de reparação, mostra-se insuficiente, desenvolvendo-se, assim, a concepção de que o dano deveria ser indenizado independentemente da culpa do agente, bastando o risco que a sua atividade pudesse criar. Surgiu, então, o conceito da responsabilidade pelo risco, sendo que esse regime excepcional aplicou-se, inicialmente, apenas ao domínio dos acidentes de trabalho, mas cedo se propagou aos acidentes de trânsito.

A avaliação do dano corporal no Brasil desenvolveu-se paralelamente ao desenvolvimento dos seguros. A primeira seguradora privada surgiu na Bahia, em 1808, sendo denominada de Companhia de Seguros Boa Fé. Entretanto, no que se refere aos seguros relacionados a pessoas, a primeira seguradora foi fundada em 1854, com o nome de “Providência”, e tinha como cobertura a vida de escravos. No ano seguinte, passou a funcionar a seguradora “Tranquilidade”, oferecendo cobertura para pessoas livres. A Companhia de Seguros de Vida “Sul-América”, fundada em 1895, adotou métodos racionais de trabalho que incluíam desde a escolha, o credenciamento e o ensino dos médicos examinadores¹⁵, o que demonstra prioridade na formação do profissional em avaliação do dano corporal já em finais do século XIX.

A avaliação e reparação das lesões decorrentes de acidentes de trabalho tiveram importante expansão com o advento da primeira lei de acidentes de trabalho do Brasil, Lei n.º 3.724, de 15 de janeiro de 1919. Naquela época, as indenizações por incapacidade permanente eram pagas em capital único, de acordo com a gravidade das consequências do acidente. A legislação sobre acidentes de trabalho sofreu, desde então, várias alterações, entre elas a forma de pagamento dos benefícios indenizatórios, os quais, a partir da Lei n.º 5.316/67, passaram a ser pagos por meio de uma prestação mensal continuada. Atualmente, discute-se a privatização de um seguro obrigatório de acidente do trabalho e também como serão as normas para esse novo seguro¹⁶.

No momento atual, o grande desenvolvimento da Medicina possibilitou a aplicação de técnicas mais precisas para o conhecimento das consequências do evento traumático sobre a saúde do indivíduo. Assim mesmo, têm-se modificado conceitos fundamentais que permaneceram estáveis durante séculos, como o próprio conceito de saúde, a aceitação definitiva do prejuízo estético, o nascimento do conceito de prejuízo de afirmação pessoal, conceito de *handicap*, estudo e a estimativa dos danos morais e da dor⁷.

As lesões decorrentes de acidente de trânsito, a partir de 1974, foram incluídas no rol de seguros obrigatórios pela Lei nº 6.194/74, com o nome de “Seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres” (DPVAT). Esse seguro tem por objetivo indenizar as vítimas de acidente de trânsito em caso de invalidez permanente, parcial ou total, das despesas médicas e hospitalares efetuadas ou os beneficiários em caso de

morte, de acordo com valores estipulados pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP). Nos casos de invalidez parcial, as indenizações levam em conta a aplicação de uma tabela específica, sendo a indenização devida, independentemente da apuração de culpa¹⁷.

Recentemente, surgiu outra via de partilhar a responsabilidade a partir das condições contratuais das apólices: franquias, indenizações com limite de capital, riscos cobertos obrigatórios, direito de regresso em determinados casos, limitação de coberturas em determinadas situações, entre outras¹⁰. A legislação sobre seguros de pessoas foi alterada e consolidada pelos seguintes normativos: Resolução CNSP 117/04 e Circular SUSEP 302/05. Entre os assuntos debatidos, destacam-se as considerações sobre a autonomia física e suficiência psíquica para as atividades da vida diária e dependência de terceira pessoa¹⁶.

A transferência de responsabilidade do causador do dano para uma terceira entidade - o segurador - facilitou a reparação dos danos. O seguro é, de fato, até agora, a forma econômica e socialmente mais justa de indenização, pelo que, daqui para frente, responsabilidade e seguros serão inseparáveis. Com efeito, a legislação atual já tornou obrigatória a existência de seguro para as atividades mais perigosas¹⁰.

Atualmente, no Brasil, a avaliação do dano corporal em Direito Civil apresenta divergências importantes. Em cada um dos estados brasileiros a avaliação e a reparação dos danos corporais baseiam-se em disposições legais e em tradições jurisprudenciais e doutrinárias diferentes. A indenização do dano corporal constitui frequentemente objeto de controvérsia e litígios que vão além das fronteiras.

Assim, pelo exposto, viu-se que a avaliação e reparação do dano corporal pós-traumático sofreu, com o passar dos tempos, profundas alterações, que culminaram na necessidade de uma metodologia única na avaliação dos danos à pessoa.

2.2 O dano corporal no âmbito do Direito Civil

Neste item pretende-se comentar as legislações portuguesa e brasileira, pois exercem compatibilidade jurídica nesses dois países. Assim, apresentam-se em seguida essas duas legislações uma vez que este estudo é direcionado para a realidade brasileira que, por sua vez, terá tido por base a legislação portuguesa, a sua fonte inspiradora e uma referência no momento atual.

2.2.1 Legislação portuguesa

Em matéria de responsabilidade extracontratual¹⁸, o Código Civil de 1967 consagra o princípio da culpa, isto é, segundo o mesmo “só existe obrigação de indenizar independentemente de culpa nos casos especificados em lei” (artigo 483, nº 2).

A esse propósito Teresa Magalhães¹⁰ refere que em Portugal a responsabilidade civil extracontratual está regulamentada no Código Civil de 1966. Trata-se de um direito escrito que repousa essencialmente na ideia de culpa, tendo, no entanto, no que respeita aos acidentes de viação e outros, dado lugar à responsabilidade objetiva ou pelo risco.

Para existir obrigação de indenizar é condição *sine qua non* que tenha sobrevindo algum dano ou prejuízo a alguém, seja de ordem material ou moral, emergente ou cessante. Paralelamente, só terá direito à indenização o titular do direito violado ou do interesse imediatamente lesado pelo evento do fato ilícito, conforme referido no art. 562 do Código Civil (CC), ficando de fora qualquer terceiro que só reflexa ou imediatamente seja prejudicado.

O art. 495 do CC refere que ainda têm direito à reparação todos aqueles que prestaram socorro e tratamentos ao ofendido¹⁹. O princípio aplicado é o da reparação integral, mas as suas consequências são limitadas pelas regras aplicáveis aos danos extrapatrimoniais. Assim, o Direito português distingue entre os danos patrimoniais e extrapatrimoniais, sendo que diferentes artigos regulamentam as diferentes indenizações. Assim, tem-se que o art. 564 do CC¹⁹ regulamenta a indenização pelo dano patrimonial, enquanto o art. 496 do CC²⁰ estabelece parâmetros para ressarcimento do dano moral.

De acordo com o art. 562 do CC¹⁹, a ação de reparação está sujeita a regras particulares de prescrição. O seu prazo para a responsabilidade extracontratual é geralmente de três anos, a contar do momento no qual o lesado tem conhecimento do seu direito à reparação – art. 498 do CC²⁰. Por outro lado, no caso em que o fato gerador do dano abra lugar à responsabilidade penal, o tempo de prescrição é o da infração cometida, tempo este cuja duração depende da infração – art. 498º do CC²⁰.

Ainda sobre a indenização, o art. 566¹⁹ estabelece que a indenização seja fixada em dinheiro, na data da execução da sentença, podendo o Tribunal condenar desde logo o devedor ao pagamento de uma indenização, dentro do quantitativo que considere já provado – art. 565 do CC¹⁹. A indenização é geralmente atribuída sob a forma de capital – art. 566 do CC¹⁹, mas também o pode ser sob a forma de renda – art. 567 do CC¹⁹ – vitalícia ou temporária, atendendo à natureza continuada dos danos e a requerimento do lesado. Note-se que a indenização pode ser reduzida tendo em conta o grau de culpa do responsável, a situação econômica deste ou a situação econômica da vítima ou outra qualquer circunstância que justifique, desde que os danos não sejam resultado de um ato ou de uma omissão intencional – art. 494 do CC²⁰. Nas situações em que se verifique a ocorrência de um fato culposo do lesado deverá ser consultado o art. 570 do CC¹⁹.

Ainda que o Direito português não seja favorável ao acúmulo de reparações, na situação da vítima beneficiar-se de um seguro de danos pessoais, as somas atribuídas pela companhia de seguros e que têm a sua origem numa relação contratual entre o segurador e o segurado podem ser acumuladas com a indenização do autor do dano.

A responsabilidade contratual é regulada nos artigos 798 e segs²¹ no capítulo atinente ao cumprimento e não cumprimento das obrigações. Nessas circunstâncias, é incumbido ao devedor provar que a falta de cumprimento ou o cumprimento defeituoso da obrigação não procede de culpa sua (artigo 799, nº 1)¹⁸. A responsabilidade extracontratual surge tratada no capítulo das fontes da obrigação, nos artigos 483 e segs²⁰.

Alguns aspectos comuns, e da maior importância, como sendo o nexo de causalidade, cálculo da indenização e formas de que esta pode se revestir, estão

regulados unitariamente no capítulo das “modalidades das obrigações” (obrigação de indenização – artigos 562 e segs¹⁹).

2.2.2 Legislação brasileira

No Brasil, a definição de responsabilidade civil pode ser feita pelos ensinamentos de Sérgio Cavalieri Filho

Em seu sentido etimológico, responsabilidade exprime a ideia de obrigação, encargo, contraprestação. Em sentido jurídico, o vocábulo não foge dessa ideia. Designa o dever que alguém tem de reparar o prejuízo decorrente da violação de um dever jurídico. Em apertada síntese, responsabilidade civil é um dever jurídico sucessivo que surge para recompor o dano decorrente da violação de um dever jurídico originário²².

Assim, ao se conceber a responsabilidade como um dever jurídico que surge para recompor o dano necessário, diferencia-se a responsabilidade penal da responsabilidade civil. Para a responsabilização penal é imprescindível que haja o cometimento de um crime; por outro lado, na esfera civil, a responsabilidade é independente da noção de crime, relacionando-se ao dano e sua reparação/compensação. Igualmente, enquanto a responsabilidade civil tem por escopo reparar o prejuízo causado pelo agente à vítima, a responsabilidade penal visa à punição do mesmo, a fim de se proteger a ordem social. Dessa forma, enquanto a responsabilização civil acarretará, em regra, a reparação de danos materiais e pagamento de danos morais, a responsabilização penal efetuar-se-á com a privação da liberdade, restrição de direitos ou multa²³.

Ressalte-se, ainda, que, segundo o artigo 935 do Código Civil Brasileiro, *a responsabilidade civil é independente da criminal, não se podendo questionar mais sobre a existência do fato ou sobre quem seja o seu autor, quando essas questões se acharem decididas no juízo criminal.*

Feita a distinção, a responsabilidade civil no Brasil configura-se a partir da noção de ato ilícito civil. Este incide nas hipóteses de responsabilização

extracontratual ou cumulativamente à responsabilidade estabelecida em contratoⁱⁱⁱ.

A conceituação de ato ilícito surge referida no Código Civil mas, antes de apresentá-la, utiliza-se a noção trazida pela doutrina:

O ato ilícito, portanto, é sempre um *comportamento* voluntário que infringe um dever jurídico, e não que simplesmente prometa ou ameace infringi-lo, de tal sorte que, desde o momento em que um ato ilícito foi praticado, está-se diante de um processo executivo, e não diante de uma simples manifestação de vontade. Nem por isso, entretanto, o ato ilícito dispensa uma manifestação de vontade. Antes, pelo contrário, por ser um ato de conduta, um comportamento humano, é preciso que ele seja voluntário, como mais adiante será ressaltado. Em conclusão, *ato ilícito* é o conjunto de pressupostos da responsabilidade²².

Essa noção de ato ilícito trazida pelo Código Civil, no artigo 186, estabelece que *comete ato ilícito aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano, ainda que exclusivamente moral.*

Sempre se disse que o ato ilícito é uma das fontes da obrigação, mas nunca a lei indicou qual seria essa obrigação. Agora o código diz – aquele que comete ato ilícito fica obrigado a indenizar. A responsabilidade civil opera a partir do ato ilícito, com o nascimento da obrigação de indenizar, que tem por finalidade tornar *indemne* o lesado, colocar a vítima na situação em que estaria sem a ocorrência do fato danoso²².

Assim, a partir da noção de ato ilícito trazida pela legislação é possível apresentar os pressupostos da responsabilidade civil, quais sejam, culpa, dano e nexo de causalidade.

a) Culpa

A culpa representa a ação ou omissão voluntária, que consiste no comportamento comissivo ou omissivo do agente. Essa ação deve ser compreendida como “*a prática de um ato que não se deveria efetivar, e a omissão, a não observância de um dever de agir ou da prática de certo ato que deveria realizar-se*”²⁴.

ⁱⁱⁱ A distinção que se faz nesta área é de que a responsabilidade civil contratual decorre de um não cumprimento contratual, do qual decorre o dever de reparar, enquanto na responsabilidade extracontratual decorre de um ato ilícito.

Para fins de responsabilização afigura-se como necessário verificar a vontade de agir (comissão) ou não agir (omissão), bem como uma minuciosa verificação se sua ação ou omissão causadora de dano configura negligência, imprudência ou imperícia.

Tais conceitos podem ser apreendidos da lição Pablo Stolze Gagliano e Rodolfo Pamplona Filho²⁵:

- a) Negligência – é a falta de observância do dever de cuidado, por omissão.
- b) Imprudência – esta se caracteriza quando o agente culpado resolve enfrentar desnecessariamente o perigo. O sujeito, pois, atua contra as regras básicas de cautela.
- c) Imperícia – esta forma de exteriorização da culpa decorre da falta de aptidão ou habilidade específica para a realização de uma atividade técnica ou científica. É o que acontece quando há o erro médico em uma cirurgia em que não se empregou corretamente a técnica de incisão²⁵.

Constata-se, dessa forma, que a obrigação de reparar/compensar o dano advém da ação ou omissão voluntária, negligência, imprudência ou imperícia, conforme artigo 186, cuja leitura permite verificar a necessidade da prova que o comportamento do agente causador do dano tenha sido culposo, sendo essa culpa em sentido amplo, compreendendo culpa, em sentido estrito^{iv} ou dolo^v.

O dolo consiste na vontade de cometer uma violação de direito; e a culpa, na falta de diligência. Todavia, quando se fala em culpa na esfera civil, a noção abrange dolo e culpa, já que, ao contrário do que ocorre na responsabilização penal, as consequências são idênticas para fins de responsabilidade civil²⁶.

Nesse sentido apresenta-se como imposição jurídica dirigida a todo aquele que causar dano a outrem, em decorrência de ação ou omissão culposa ou, ainda, em decorrência de previsão legal, como nos casos de responsabilidade objetiva, em que o elemento culpa é prescindível:

O que ocorre é que o legislador ordinário, mantendo o que dispunha o Código Civil anterior, de 1916, adotou como regra geral a teoria da responsabilidade civil subjetiva, ou seja, fundada na culpa. De outro modo, ampliou o rol de casos de incidência da responsabilidade civil objetiva, sem culpa, notadamente através da teoria do risco. Compreende-se, assim, que a necessidade de a lei especificar as hipóteses em que a culpa não será cogitada para ensejar

^{iv} Negligência, imprudência ou imperícia.

^v Intenção de agir, ação ou omissão voluntária.

responsabilização demonstra a natureza de exceção pretendida pelo legislador ao tratar da responsabilidade objetiva. Assim, no sistema jurídico brasileiro, a culpa é regra e, por conseguinte, a regra é a responsabilidade subjetiva, da qual a exceção é a responsabilidade objetiva, na qual a culpa não precisa ser perquirida. Até porque, expressamente no Código de Defesa do Consumidor, que é um diploma legal que estabelece a responsabilidade objetiva para privilegiar o consumidor, como se verifica no artigo 14, § 4º: *a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa*^{23 vi}.

b) Dano

O dano, segundo elemento configurador da responsabilidade civil, é o prejuízo causado a outrem em decorrência da diminuição ou destruição do bem jurídico alheio. Esse prejuízo pode ser de ordem patrimonial ou extrapatrimonial, como nos casos de violação ou ameaça aos direitos de personalidade. Para ter direito a ser reparável, o dano deve ser certo, decorrente de fato preciso, não em possibilidade remota^{vii}, ainda que seja um dano futuro, mas desde que suscetível de avaliação razoável, para que possa ser reparado ou compensado. O dano de natureza extrapatrimonial não é suscetível de ser avaliado mediante uma avaliação pecuniária (sem repercussão na órbita financeira do ofendido) preconizada e a seguir confirmada de que a todo aquele que causa dano a outrem é obrigado a repará-lo²³.

Para realizar a finalidade primordial de restituição do prejudicado à situação anterior, desfazendo, tanto quanto possível, os efeitos do dano sofrido, tem-se o direito empenhado extremamente em todos os tempos. A responsabilidade civil é reflexo da própria evolução do direito²⁷.

Sem a prova do dano, portanto, ninguém poderá ser responsabilizado civilmente, tendo em vista que a inexistência do dano é óbice à pretensão de uma reparação, por não haver objeto: “Entende-se, pois, que os atos ilícitos, ou seja,

^{vi} Noção depreendida do comando legal do parágrafo único, do artigo 927, do atual Código Civil, que estabelece que *haverá obrigação de reparar o dano independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem*.

^{vii} Embora não haja previsão legal, existe a responsabilização por danos morais no que se convencionou chamar de *perda de uma chance*, como sendo um dano futuro e incerto. Como este tema não tem aplicação no presente estudo, aos interessados recomenda-se a leitura do artigo de Biondi, Eduardo Abreu. Teoria da perda de uma chance na responsabilidade civil. Disponível em: www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3988. Acesso em 06 jan. 2009.

praticados com desvio de conduta, devem submeter o lesante à satisfação do dano causado a outrem²⁸.

c) Nexo de causalidade

Tem-se, ainda, o nexo de causalidade como último requisito configurador da responsabilidade civil.

A relação de causalidade consiste na ligação entre a ação ou omissão do agente e o resultado danoso. É a conexão subjetiva necessária entre o evento danoso e a ação que o produziu, de forma que se o dano não foi causado pela ação/omissão de quem se pretende responsabilizar, não há que falar em responsabilidade do mesmo²³.

O conceito de nexo causal, nexo etiológico ou relação de causalidade deriva das leis naturais. É o liame que une a conduta do agente ao dano. É por meio do exame da relação causal que concluímos quem foi o causador do dano. Trata-se de elemento indispensável. A responsabilidade objetiva dispensa a culpa, mas nunca dispensará o nexo causal. Se a vítima, que experimentou um dano, não identificar o nexo causal que leva o ato danoso ao responsável, não há como ser ressarcida. Nem sempre é fácil, no caso concreto, estabelecer a relação de causa e efeito²⁹.

No entanto, o nexo causal está presente ainda que o resultado danoso seja causado imediatamente pelo agente. Necessário é que se demonstre que o dano não ocorreria se o fato não tivesse acontecido, de forma que ainda que a conduta do agente não seja a causa primeira do dano, sendo apenas a condição, o agente será o responsável²³.

Cumprido elucidar, ainda, que o Código Civil atual amplia o conceito de ato ilícito ao trazer em seu artigo 187 que *também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes*^{viii}.

Constata-se, assim, que a finalidade precípua da responsabilidade civil é restabelecer o *status quo ante*, de forma a reparar ou compensar o dano suportado pela vítima que pode ser promovida por uma ação de indenização por danos materiais, morais, e/ou estéticos. A indenização deve ser aqui compreendida em seu sentido *lato*, como gênero, no qual compensação e reparação são espécies, embora o termo indenizar signifique *tornar indene o prejuízo*. *Indene é o que se mostra íntegro, perfeito, incólume*²⁹. Noção que se confunde com a de reparação. Esta

^{viii} Comando legal conhecido como abuso de direito.

indenização pode abranger a compensação, como acontece nos casos de danos morais, em que não há possibilidade de restaurar, restabelecer o que era antes. Nessas hipóteses, a indenização serve para remediar o dano sofrido, de forma a compensar o prejuízo moral suportado pela vítima. Posto isso, há que se falar também que tanto no caso dos danos materiais, quanto morais, a possibilidade de indenização existirá, sempre que os requisitos de responsabilidade civil forem preenchidos, como já comentado, o dano, o nexo de causalidade e a conduta culposa, que em última análise correspondem à teoria do ato ilícito. Os danos materiais, que atingem a esfera patrimonial da vítima, são mais fáceis de ser demonstrados, pois se caracterizam pela perda financeira ou pelo que deixou de ser auferido. O dano moral²⁶ é aquele que no campo dos danos não afeta o patrimônio da vítima, também não se confundindo com a dor, angústia, desgosto, aflição espiritual, humilhação, pois esses estados de espírito constituem o conteúdo, a consequência do dano²³.

Os danos morais, como mecanismos de responsabilização civil, podem sim agir de forma punitiva e preventiva.

O dano corporal, por exemplo, pode ser fundamento tanto para a indenização por danos materiais como por danos morais. Basta imaginar um trabalhador autônomo que sofreu um dano em seu braço, que o impossibilitou para o trabalho; tal dano atinge tanto o lado financeiro (quanto ele deixou de receber por estar sem trabalho) como também sua esfera íntima (atividades da vida diária), além de poder representar um dano estético.

Em relação ao *quantum* indenizatório, não há como predefinir um valor, apenas diante do caso concreto o juiz poderá arbitrar uma quantia razoável, mas a extensão do dano será utilizada como parâmetro. Portanto, no caso concreto, o juiz deve agir com cautela e razoabilidade, a fim de impedir pretensões desonestas que fujam à finalidade a que a justiça se destina.

No que se refere à quantificação do dano moral, ainda hoje esta é encarada com dificuldade, tendo em vista que visa compensar um dano que não é patrimonial e, portanto, não tem preço. Pensando nisso, também, é que se pretende uma responsabilização, seja de forma profilática ou de forma repressiva, com fixação de quantia pecuniária que vise à compensação do dano causado.

Cabe ao julgador, diante de um pedido de indenização por danos morais, valendo-se das normas vigentes, dos parâmetros legais, da jurisprudência e, principalmente, da peculiaridade do caso concreto, fixar a indenização adequada à compensação dos danos sofridos.

Na responsabilidade civil por danos materiais, ao revés, é possível reparar propriamente o dano, com o ressarcimento ou a recomposição do prejuízo arcado pela vítima.

2.3 A perícia médico-legal

A perícia médico-legal será conceituada neste item, bem como os exames e relatórios pertinentes.

2.3.1 Conceitos gerais

Assinalou o Professor Oliveira Sá ao referir-se ao posicionamento do então Instituto de Medicina Legal de Coimbra que a experiência portuguesa se inspirava de maneira direta na escola médico-legal francesa³⁰.

O modelo francês que se tem seguido foi confrontado, já em 1961, num Colóquio Jurídico Internacional, em Sorrento, com a prática pericial corrente nos países do mercado comum europeu. A peritagem deve ser traduzida num relatório escrito sem subordinação ao espartilho de quesitos vocacionados para as respostas do tipo “sim” ou “não”. Estes serão uma “defesa das partes”, mas de pouco vale essa “defesa” quando a formulação dos quesitos sofre um vício de base – a ignorância dos limites e do alcance da peritagem médico-legal na valorização do dano. Os quesitos conduzem, facilmente, a uma imagem de dano quer amputada quer deformada. A “defesa das partes” fica mais bem assegurada através de uma peritagem corretamente conduzida e do respectivo relatório convenientemente elaborado. A realização desses objetivos prende-se com a qualidade dos peritos a quem é cometida a incumbência de efetuar tais peritagens. O simples título de médico, a eventual preparação especializada em qualquer ramo da Medicina clínica não conferem a capacidade necessária e suficiente para levar a bom termo a missão pericial. Esta exige preparação e conhecimentos especiais na matéria, uns de natureza médica e outros de natureza jurídica. É uma missão só acessível a quem tenha a informação e o treino médico-legal adequado e específico.

No caso da avaliação do dano corporal de natureza cível, a perícia tem como objetivo orientar, em termos técnicos e científicos, a reparação integral desse dano, de forma justa e adequada à real situação e necessidades das vítimas³¹. Tal está de acordo com o ordenamento jurídico brasileiro.

As metodologias de realização do exame e de elaboração do relatório são muito próximas para todos os tipos de perícia de avaliação de danos corporais, mas o seu objetivo e conclusões diferem com o âmbito do Direito à luz da qual ela é efetuada: Penal, Civil, Trabalho, Família ou Administrativo. Assim, é fundamental conhecer as regras e objetivos do Direito que regem cada tipo de perícia e estar consciente das implicações que o relatório judicial terá na decisão judicial. O relatório possui, em termos probatórios, um valor particularmente relevante. É um testemunho escrito de natureza médica, relativo a uma situação da qual analisa as causas e consequências. A sua leitura deverá permitir reconstituir, sem equívocos, todas as observações feitas pelo perito e todos os elementos que fundamentam as conclusões da perícia que concretizou de forma a que esta possa ser também eventualmente submetida a um saudável contraditório em sede de julgamento ou vir a ser posteriormente possível em caso de eventual agravamento³¹.

Depois da identificação e descrição do dano no relatório pericial, importará proceder à sua interpretação e valoração (nomeadamente qualitativa e quantitativa, consoante o parâmetro de dano em causa) concretizada à luz das normas legalmente definidas para a avaliação do dano na pessoa. Na avaliação do dano corporal de natureza cível, contemplam-se danos temporários e permanentes, patrimoniais (econômicos) e extrapatrimoniais (não econômicos), dentro do princípio geral da reparação integral dos danos, importando que esta valoração seja, como sempre, isenta, imparcial e o mais objetiva e fundamentada possível, definindo-se os conceitos usados e identificando-se os métodos e técnicas utilizados³².

Mas para chegar ao conceito de dano corporal devem-se convencionar primeiro as dimensões humanas que caracterizam cada indivíduo. O dano corporal corresponderá ao prejuízo sofrido por alguém, no conjunto das quatro dimensões fundamentais (o organismo, as funções ou capacidades, o plano intrapsíquico e o meio ambiente no qual se insere e interage), podendo ser o resultado de múltiplas causas: doenças, estados fisiológicos (como a gravidez, a senilidade ou a infância) ou traumatismos (que podem resultar da ação voluntária ou involuntária do próprio ou de terceiros). Nessa medida, o dano no plano intrapsíquico corresponderá aos danos morais, o dano no organismo dará origem a sequelas lesionais, o dano nas funções às sequelas funcionais e o dano no meio ou quadro de vida do lesado traduzido nas sequelas situacionais ou *handicaps*³³.

As *lesões* são o resultado de um traumatismo, manifestando-se por alterações objetivas sofridas por um ou mais órgãos na sua estrutura e/ou funcionamento, podendo ir até a sua perda total, como, por exemplo, a perda do órgão dentário. Surgem de forma imediata ou tardia, correspondendo sempre a um estado temporário que evolui até o estabelecimento das sequelas³³.

As *sequelas lesionais* são as alterações orgânicas permanentes na estrutura anatômica ou funcional do órgão e correspondem a um estado relativamente estabilizado das *lesões*. Para avaliação das alterações orgânicas é necessário, na ocasião da perícia, levar em conta objetivamente os prejuízos que o ocasionaram. A estimativa da gravidade das lesões e sequelas pode ser difícil, pois ela depende frequentemente do estado anterior da dentição. São importantes o exame e a opinião técnica de um especialista, tanto nos casos simples como nos casos complexos, cujos tratamentos podem ser muito dispendiosos³⁴.

As *sequelas funcionais* compreendem as alterações das capacidades físicas ou mentais, características de um ser humano, levando em consideração a sua idade e sexo³³.

As *sequelas situacionais (handicaps)* representam a dificuldade ou impossibilidade de uma pessoa efetuar certos gestos necessários à sua participação na vida em sociedade, em conseqüências às sequelas lesionais e funcionais e a fatores pessoais e do meio³³.

A classificação das sequelas de Hammonet, iniciada a partir de 1980³³, constitui a contribuição mais original nessa área de investigação. Seu objetivo era chegar à criação de um instrumento ao mesmo tempo global e polivalente, adaptável a todas as situações de *handicap*. Foi, para isso, proposta uma nova definição e uma separação mais rigorosa entre os três níveis do processo que está na sua origem: o da afetação do órgão (*lesão*), o das aptidões funcionais e o das situações de *handicap* num dado contexto da vida social.

O Sistema de Identificação e de Medida do *Handicap (Système d'identification et de mesure des handicaps – SIMH)* – propôs as seguintes definições³⁵:

- a) **O corpo:** este nível implica todos os aspectos biológicos do corpo humano, com suas particularidades morfológicas, anatômicas, histológicas, fisiológicas, e genéticas. Algumas modificações do corpo de origem

patológico (doença ou traumatismos) ou fisiológicas (efeitos da idade, gravidez, etc.) podem implicar limitações das capacidades. Vê-se, então que as modificações patológicas não são as únicas em causa.

- b) **As capacidades:** significa as funções físicas e mentais (atuais ou potenciais) do ser humano, levando em conta sua idade e sexo, independentemente do meio ambiente em que se encontra. As limitações das capacidades (reais ou supostas), próprias de cada indivíduo, podem ocorrer após modificações do corpo, mas também pelo fato de alterações de sua subjetividade.
- c) **As situações da vida:** acarreta o confronto (concreta ou não) entre uma pessoa e a realidade de um ambiente físico, social e cultural. As situações encontradas são: os atos da vida corrente, familiar, de ócio, educação, trabalho e de todas as atividades da vida, incluídas as atividades voluntárias, beneficentes e religiosas, no âmbito da participação social;
- d) **A subjetividade:** diz respeito ao ponto de vista da pessoa, incluindo sua história pessoal, seu estado de saúde e seu *status* social. Refere-se a todos os elementos subjetivos que vêm a comprometer ou suprimir o equilíbrio de vida da pessoa. Ele representa a vivência emocional dos eventos traumáticos: circunstâncias do surgimento e evolução, o anúncio e conscientização da realidade dos fatos e aceitação para viver nessa nova condição³⁶.

2.3.2 Exame e relatório pericial

A metodologia do exame é similar para todos os tipos de perícia, mas os laudos irão variar segundo o âmbito do Direito, sobretudo no que se refere aos capítulos da discussão e conclusões. Assim, é fundamental conhecer as regras e objetivos do Direito que regem cada tipo de perícia e estar consciente relativamente às implicações que o seu relatório pericial irá ter na decisão judicial. Para que a comunicação seja efetiva, a linguagem usada necessita ser clara e facilmente compreensível pelos diferentes interlocutores e intervenientes (médicos, juristas, seguradores e até vítimas)¹⁰.

O modelo de relatório pericial atualmente em vigor no Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses de Portugal é constituído das seguintes partes:

- I. PREÂMBULO
- II. INFORMAÇÃO
 - a) História do evento
 - b) Dados documentais
- III. ANTECEDENTES
 - a) Pessoais
 - b) Familiares
- IV. ESTADO ATUAL
 - a) Queixas
 - b) Exame objetivo
 - estado geral
 - lesões e/ou sequelas relacionadas ao evento
 - lesões e/ou sequelas não relacionadas ao evento
- V. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
- VI. DISCUSSÃO
 - Nexo de causalidade
 - Data de cura ou consolidação
 - Danos temporários:**
 - Déficit funcional temporário
 - Repercussão na atividade profissional
 - Quantum doloris*
 - Danos permanentes:**
 - Déficit funcional permanente (alteração permanente na integridade física e psíquica)
 - Dano estético
 - Repercussão das sequelas na atividade profissional
 - Repercussão das sequelas na vida sexual
 - Repercussão das sequelas nas atividades desportivas e de lazer
- VII. CONCLUSÃO

O estudo e utilização de instrumentos que orientem na avaliação do dano à pessoa poderão facilitar vários aspectos necessários para se efetuar cuidadoso e detalhado exame pericial.

A *Association Pour L'étude de la Réparation du Dommage Corporel* (AREDOC) propõe um modelo de relatório pericial³⁷. Esse modelo, redigido em 2006 e atualizado em 2009, inclui várias proposições, entre as quais uma nomenclatura dos parâmetros de danos indenizáveis, e representa a conceitualização da jurisprudência atual. Confirma, ainda, a distinção entre danos patrimoniais e extrapatrimoniais, temporários e permanentes.

A meta do mencionado relatório é a unificação da nomenclatura e a indenização da reparação do dano corporal, favorecendo um tratamento igualitário das vítimas e instaurar a segurança jurídica.

Esse novo modelo - adotado pela Confederação Europeia de Especialistas em Avaliação e Reparação do Dano Corporal (CEREDOC) e também pela Associação Portuguesa do Dano Corporal (APADAC) e pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF,I.P.) de Portugal - inclui três grandes partes:

a) Obtenção das informações

Consiste no exame dos documentos e na obtenção de alguns dados, em particular, sobre a situação pessoal e/ou profissional da vítima, o estudo das peças médicas, as queixas, a realização de exame clínico, apreciação do estado anterior ou dos antecedentes. Pode-se dividir esta parte em vários pontos, conforme a seguir se descreve.

➤ Ponto 1 – Contato com a vítima

No respeito pela lei em vigor e num determinado limite temporal é preconizado entrar em contato com a vítima para informar a data do exame pericial.

➤ Ponto 2 – Documentos médicos

Obter da vítima ou do seu representante legal todos os documentos médicos relativos ao evento – acidente (documentação médica inicial, relatórios hospitalares, documentação por imagem, etc.).

➤ **Ponto 3 – Situação pessoal e profissional**

Identificar corretamente a vítima; obter o máximo de informações sobre o seu modo de vida, as suas condições de atividade profissional; tratando-se de uma criança, de um estudante ou de um aluno em formação profissional, precisar o seu nível escolar, a natureza dos seus diplomas ou da formação; caso se trate de alguém à procura de emprego, precisar a sua formação.

➤ **Ponto 4 – Informação sobre os fatos**

A partir das declarações da vítima (ou, se necessário, daqueles que a rodeiam) e da documentação médica a que se teve acesso, deve-se:

- Relatar as circunstâncias do evento;
- descrever detalhadamente as lesões iniciais, as consequências imediatas e a sua evolução;
- descrever, em caso de dificuldades particulares experimentadas pela vítima, as condições de retoma da autonomia e, quando houver recurso a uma ajuda temporária (humana ou material), precisar a sua natureza ou duração.

➤ **Ponto 5 – Tratamentos após a consolidação**

Descrever todos os tratamentos médicos e paramédicos desenvolvidos após a consolidação, precisando a sua imputabilidade, a sua natureza e a sua duração e indicando as datas exatas de hospitalização, bem como, para cada período, a natureza e nome do estabelecimento de saúde envolvido e o(s) serviço(s) em causa.

➤ **Ponto 6 – Lesões iniciais e evolução**

Transcrever no relatório pericial os dados constantes da documentação médica inicial, precisando a data e origem desta, e reproduzir total ou parcialmente os documentos médicos que permitam conhecer as lesões iniciais e as principais etapas de sua evolução.

➤ **Ponto 7 – Exames complementares**

Obter os exames complementares realizados e proceder à sua interpretação médico-legal.

b) O exame pericial

➤ **Ponto 8 – Queixas**

Obter a totalidade das informações relatadas pela vítima (ou pelos que a rodeiam, se necessário), assegurando que sejam precisas, anotando as condições, a data de aparecimento e importância das dores e da perturbação funcional, assim como suas consequências sobre a vida quotidiana. Consignar todas essas constatações no relatório pericial.

➤ **Ponto 9 – Antecedentes e estado anterior**

No respeito pelo Código Deontológico Médico deve-se interrogar a vítima sobre os seus antecedentes médicos e obter informação clínica sobre eles, apenas assinalando e discutindo no relatório os que constituem um estado anterior suscetível de ter incidência sobre as lesões, a sua evolução e as sequelas observadas.

➤ **Ponto 10 – Exame clínico**

Proceder a exame clínico detalhado em função das lesões iniciais e das queixas expressas pela vítima. Consignar todas as constatações no relatório pericial.

c) Análise, avaliação e conclusão

Esta etapa refere-se à análise e avaliação dos danos pessoais, com a discussão da imputabilidade e avaliação do dano imputável. Novamente, poderá ser dividida em vários pontos.

➤ **Ponto 11 – Discussão**

Analisar numa discussão precisa e sintética a imputabilidade do acidente às lesões iniciais, à sua evolução e às sequelas, tendo em consideração as queixas da vítima e os dados do exame clínico. Pronunciar-se sobre o carácter direto e certo dessa imputabilidade e indicar a incidência eventual de um estado anterior. Responder então aos pontos seguintes.

➤ **Ponto 12 – Danos temporários constitutivos de um “déficit funcional temporário” (DFT)**

Considerar todas as perturbações temporárias sofridas pela vítima na realização das suas atividades habituais na sequência do acidente;

precisar a sua natureza e duração (nomeadamente hospitalização, sujeição a tratamentos, dificuldades na realização das tarefas domésticas) e discutir a imputabilidade ao evento em função das lesões e da sua evolução e precisar o seu carácter direto e certo.

➤ **Ponto 13 – Paragem temporária das atividades profissionais constitutivas de perda de ganhos profissionais atuais (PGPA)**

Em caso de paragem temporária das atividades profissionais, precisar a duração e as condições de retorno. Discutir a imputabilidade ao acidente em função das lesões e de sua evolução relativamente à atividade exercida.

➤ **Ponto 14 – *Quantum doloris* (QD)**

Descrever as dores físicas e psíquicas associadas ao evento, desde a data do evento até a consolidação. Avaliar preferencialmente segundo uma escala de sete graus de gravidade crescente, representada pela dor física consecutiva à gravidade das lesões, evolução, duração, natureza, duração e número de hospitalizações, intensidade e tipo dos tratamentos, acrescentando-se os sofrimentos psíquicos e morais representados pelas perturbações e fenômenos emocionais decorrentes da situação provocada pelo acidente e que o médico sabe estarem habitualmente ligados à natureza das lesões e à sua evolução.

➤ **Ponto 15 – Consolidação**

O perito deverá fixar a data de cura ou de consolidação médico-legal. Entende-se por cura a restituição integral do dano sofrido. E por consolidação médico-legal o momento em que se constatou clinicamente que as lesões deixaram de sofrer evolução regular medicamente observável – seja pelo fato de terem se estabilizado definitivamente, seja porque não são suscetíveis de sofrer modificações, a não ser após longo período de tempo – não sendo necessários mais tratamentos, a não ser para evitar agravamento e em que é possível apreciar a existência de eventual alteração permanente da integridade física e psíquica.

➤ **Ponto 16 – Déficit funcional permanente - DFP (alteração permanente da integridade física e psíquica – AIFP)**

É a redução definitiva do potencial físico, psicossensorial ou intelectual resultante de uma alteração da integridade anatomofisiológica

medicamente constatável e, como tal, apreciável por um exame clínico apropriado, completado pelo estudo dos exames complementares realizados, à qual se juntam os fenômenos dolorosos e as repercussões psicológicas normalmente associadas à alteração sequelar descrita, assim como as consequências na vida diária habitual e objetivamente associadas a essa alteração. Descrever as sequelas imputáveis e fixar por referência à tabela em uso a eventual pontuação resultante.

➤ **Ponto 17 – Dano estético constitutivo de um prejuízo estético permanente (DEP) e/ou temporário (DET)**

Avaliar preferencialmente segundo uma escala de sete graus e independentemente do eventual déficit funcional permanente. Opinar sobre a existência, a natureza e a importância do dano estético imputável ao acidente.

➤ **Ponto 18 – Repercussão das sequelas**

- **Atividades profissionais:** logo que a vítima sofre uma repercussão no exercício de suas atividades profissionais ou uma modificação da formação prevista ou o seu abandono (se se trata de uma estudante ou aluno de curso de formação profissional), emitir opinião fundamentada discutindo a sua imputabilidade ao evento, às lesões e às sequelas observadas. Pronunciar-se sobre o seu caráter direto e certo e sobre o seu aspecto definitivo;
- **Vida sexual:** logo que a vítima sofre uma repercussão na sua vida sexual, emitir opinião fundamentada discutindo a sua imputabilidade ao evento, às lesões e às sequelas observadas. Pronunciar-se sobre o seu caráter direto e certo e sobre o seu aspecto definitivo;
- **Atividades desportivas e de lazer:** logo que a vítima sofre uma repercussão no exercício de suas atividades específicas desportivas ou de lazer efetivamente praticadas anteriormente ao evento, emitir opinião fundamentada, discutindo a sua imputabilidade a este, às lesões e às sequelas observadas, sobre o seu caráter direto e certo e sobre o seu aspecto definitivo.

➤ **Ponto 19 – Cuidados médicos após consolidação/gastos futuros**

Pronunciar-se sobre a necessidade de cuidados médicos, paramédicos ou de próteses após a consolidação, para evitar agravamento do estado

sequelar. Justificar a imputabilidade dos cuidados ao evento traumático em causa, precisando se serão gastos ocasionais, isto é, limitados no tempo, ou gastos permanentes, ou seja, para o resto da vida.

➤ **Ponto 20 – Conclusões**

Concluir recordando a data do acidente, a data e local do exame, a data de consolidação e a avaliação médico-legal descritas pelos pontos 12 a 19.

2.4 Pressupostos prévios à avaliação dos danos temporários: data de cura ou consolidação médico-legal

Sendo o nexos de causalidade técnico o ponto-chave sobre o qual assenta a avaliação pericial do dano corporal, analisá-lo e estabelecê-lo com segurança pode se constituir em uma tarefa complexa. O estabelecimento do nexos de causalidade é um dos temas mais importantes da valoração de danos à pessoa. É a base da avaliação e pode-se dizer que é o ponto de partida ou o ponto final da valoração médico-legal. É indispensável provar que a conduta ou fato objeto de litígio causou determinadas lesões ou sequelas ou a morte. Se não existe prova ou desaparece a noção de causalidade médico-legal, desaparece o motivo da reclamação³⁸.

Mas quando se demonstra cientificamente que existe relação causal médico-legal, prossegue-se com a valoração do dano à pessoa. A existência da causalidade médico-legal constitui um elemento fundamental para que o juiz estabeleça, em primeiro lugar, o nexos de causalidade jurídica entre o fato lesivo e os danos reclamados, com o qual determina a imputabilidade jurídica e a responsabilidade e, em segundo lugar, os limites da reparação³⁸.

A problemática do nexos de causalidade constitui assunto de particular relevância. É um momento decisivo para toda a perícia. Os principais erros de peritagem são erros de imputabilidade.

É fundamental que se compreenda a diferença entre nexos de causalidade médica, que procura estabelecer uma relação entre a alteração da integridade física e psíquica de uma dada pessoa e um determinado evento, e o procedimento jurídico, que tem por missão atribuir as consequências dessa

alteração ao responsável pelo evento, isto é, pelo ato ou omissão que provocou as lesões³⁹.

Assim sendo, na sua abordagem, a primeira etapa consistirá em avaliar cientificamente se existe relação de causalidade entre o evento traumático e as lesões e/ou sequelas alegadas e constatadas. A ser possível essa relação, deve-se apreciar a imputabilidade, dispondo de certo número de critérios inicialmente definidos por Muller e Cordonnier, em 1925^{30,39}, e posteriormente divulgados como critérios de Simonin, em 1960^{30,39}. Esses critérios assinalados por Barrot e Nicourt^{30,39} em 1986 envolvem três aspectos essenciais: o fator tempo (intervalo temporal de aparecimento e continuidade evolutiva), o fator espaço (localização das lesões e/ou sequelas) e o fator fisiopatológico (explicação patogênica das lesões e/ou sequelas, ou seja, a produção de uma alteração anatomoclínica).

Para esta etapa o perito dispõe de sete critérios inicialmente propostos por Muller e Cordonnier, em 1925, critérios que muitos outros vieram a repetir ou reagrupar de formas diversas e que surgem frequentemente designados na literatura como critérios de Simonin^{30,40}:

- a) Natureza adequada do traumatismo para produzir as lesões evidenciadas;
- b) natureza adequada das lesões a uma etiologia traumática;
- c) adequação entre a sede do traumatismo e a sede da lesão;
- d) encadeamento anatomoclínico;
- e) adequação temporal;
- f) exclusão da preexistência do dano relativamente ao traumatismo;
- g) exclusão de uma causa estranha ao traumatismo.

Essas condições são necessárias e suficientes para estabelecer presunções concordantes e precisas a favor do nexos de causalidade entre o traumatismo e o dano. A análise desses critérios permite estabelecer se o traumatismo é a causa ou pode ser a causa, com o mais alto grau de certeza possível, das lesões ou sequelas presentes na vítima⁹.

O nexos de causalidade pode ter natureza diversa, sendo, todavia, indispensável para se pronunciar sobre a relação causa/efeito. O nexos pode ser certo ou hipotético, direto ou indireto, total ou parcial. O nexos de causalidade entre

um traumatismo e o dano pode ser certo, direto e total se todos os critérios de imputabilidade estiverem presentes^{4,40,41,42}.

a) Certo ou hipotético

- Certo: quando todos os critérios topográficos, de intensidade, de continuidade sintomática, etc. estão claros;
- Hipotético: quando há algum ponto obscuro na relação;

b) Direto ou indireto

- Direto: quando as lesões se devem ao traumatismo;
- Indireto: quando se devem ao traumatismo ou a circunstâncias associadas;

c) Total ou parcial

- Total: quando todas as sequelas se podem atribuir ao traumatismo inicial;
- Parcial: quando ocorrem outras circunstâncias ou concausas que podem ser concausas anteriores ao estado prévio, simultâneas – infecções durante o traumatismo – ou concausas posteriores.

Do ponto de vista médico-legal, fala-se em cura sempre que o indivíduo recuperou-se totalmente das lesões sofridas, voltando a estar exatamente na mesma situação em que se encontrava antes do dano ter sido produzido. Contudo, na maioria dos casos essa recuperação total não ocorre, sendo apenas parcial e ficando o indivíduo afetado por qualquer prejuízo de índole anatômica, funcional, psicossensorial ou misto. Fala-se, então, em consolidação, momento em que, na sequência de um período transitório que constitui a fase de cuidados das lesões que se fixaram (estabilizaram) assumindo caráter permanente, qualquer tratamento não é mais necessário, a não ser para evitar o agravamento, e que é possível apreciar a existência eventual de uma alteração da integridade física e psíquica^{30,39,43,44}.

Fixar a data de consolidação constitui o primeiro objetivo no que se refere à definição de parâmetros periciais. Demarca dois terrenos de análise na definição do dano – danos temporários de um lado – entre a data de produção das lesões e a data de consolidação – e danos definitivos ou permanentes – situado a partir da data de consolidação e devendo, por definição, permanecer

por toda a restante vida da vítima do dano³⁰. É óbvio que a cura ou consolidação de determinada lesão não ocorre num momento concreto, fixo, taxativo. O dano corporal indenizável não se reduz a um instante ou a um momento do acidente constatado por um exame inicial ou no momento de uma hospitalização ou por um tratamento médico. É um processo evolutivo que se constata e que se aceita num determinado momento, sem prejuízo de ser verificado em momento anterior próximo⁴⁴.

A consolidação funcional, refletida no *déficit funcional*, resulta nas lesões orgânicas e fisiológicas. A consolidação situacional reflete as consequências do *handicap* para a vítima em seu meio ambiente. Assim, a missão do médico perito é fazer a descrição situacional do ferido em cinco ambientes diferentes: as atividades elementares da vida cotidiana, as atividades socioprofissionais, as atividades afetivas ou familiares, as atividades de lazer, escolares e as de formação⁴⁵.

O conceito de consolidação perdeu sua ilusória simplicidade: a permanência e a estabilização as quais ele se refere devem ser relativizadas. É preciso, no entanto, determinar que a consolidação não coincide necessariamente com o retorno às atividades profissionais, o que traduz a distinção do profissional-econômico e do médico-fisiológico para a indenização em direito comum: a vítima pode retomar seu trabalho antes da consolidação, continuando os tratamentos necessários, ou estar consolidada sem poder retomar suas antigas atividades profissionais. Em seguros pessoais e nos acidentes de trabalho o conceito de consolidação se refere a normas convencionais e legais abstratas, que não devem ser transportadas em Direito Civil⁴⁵.

Para o grupo de trabalho de Dintilhac⁴⁶:

La consolidation correspond à la fin de la maladie traumatique, c'est à dire à la date, fixée par l'expert médical, de stabilisation des conséquences des lésions organiques et physiologiques. Cette date marque la frontière entre les préjudices à caractère temporaire et ceux à caractère définitif. Cependant, le groupe de travail a mis en évidence que même si la quasi-unanimité des postes de préjudice rentre dans cette summa divisio, il demeure certains préjudices récurrents permanents qui échappent à toute idée de consolidation de la victime. Il s'agit notamment des préjudices liés à une contamination par un virus de type hépatite C ou V.I.H., ainsi que de ceux dont sont atteintes les victimes de l'amiante ou de la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

Enfim, constitui déficit toda limitação de atividade ou restrição de participação na vida em sociedade sofrida no seu meio ambiente por uma pessoa em razão de uma alteração substancial, duradoura ou definitiva de uma ou mais funções físicas, sensoriais, mentais, cognitivas ou psicológicas, de deficiência múltipla ou transtorno de saúde que a incapacite⁴⁶.

Para Hélène Béjui-Huges e Isabelle Bessières-Roques, essa data de consolidação é determinada pelo perito e se caracteriza por⁴⁷:

- a) Não coincide necessariamente como fim dos processos fisiológicos principais;
- b) pode ser diferente da data do retorno total as atividades profissionais e/ou atividades desportivas e de lazer;
- c) não é obrigatoriamente ligada ao fim dos tratamentos, bem que essa graduação é uma das mais significativas. Inversamente, a continuação dos tratamentos, hoje em dia, não obriga a repouso;
- d) não será determinada pela data do perito, exceto nos raros casos em que a estabilização do estado sequelar coincide com o exame do perito.

Já Cantaloube e Delprat definem três critérios que devem ser levados em consideração para estimar a data de consolidação⁴⁸:

- a) O caráter crônico das lesões e ausência de evolução;
- b) o fim da terapêutica ativa;
- c) o retorno às atividades profissionais, mesmo que reduzido.

No sentido mais puro de justiça como equidade, o responsável pelo dano deve repará-lo, porém, nada mais que o dano que a ação imputa, restituindo a vítima ao estado que se encontrava antes do evento traumático.

O estado anterior é toda a afetação patológica ou qualquer predisposição conhecida ou desconhecida, congênita ou adquirida, que exista imediatamente antes da ocorrência do fator causador da lesão objeto de valoração e suscetível de interferir no processo patológico decorrente desse evento^{38,39}

Em alguns casos, o dano pode ser entendido como o resultado de uma concorrência de causas, entre os quais o traumatismo. São situações de concausalidade, isto é, além do fator traumático, o dano resulta de outros elementos causais intervenientes, sendo então imputável parcialmente ao traumatismo³⁰.

2.5 Danos patrimoniais e extrapatrimoniais

A partir das conclusões do relatório de Lambert-Faivre⁴⁹, outro grupo de trabalho presidido por Jean-Pierre Dintilhac (presidente da Segunda Sala Civil da Corte de Cassação na França) elaborou um relatório (“Relatório Dintilhac”) que distingue claramente entre os danos da vítima direta e indireta, danos patrimoniais e extrapatrimoniais, danos temporários e permanentes⁴⁶. A linha divisória entre os danos temporários e permanentes será a data de cura ou consolidação. Tem, assim, o médico pericialmente definido os dois grandes períodos de danos^{41,43}. Chama-se de danos temporários o período de tempo entre a produção das lesões e a data da cura ou consolidação médico-legal. E de danos permanentes quando, apesar dos cuidados clínicos e dos tratamentos de reabilitação, permanece um estado deficitário de natureza anatômico-funcional ou psicossensorial com repercussão nas atividades da vida diária, incluindo as familiares, sociais, de lazer e desportivas, a título de dano definitivo⁴⁰.

2.5.1 Danos patrimoniais

Que sejam temporários e/ou permanentes e que apresentem em comum o carácter patrimonial (pecuniário) que corresponde às perdas sofridas pela vítima, logo, os gastos ocasionados por esta⁴⁶.

a) Prejuízos patrimoniais temporários (antes da consolidação)

1. Despesas de saúde atuais
2. Despesas diversas
3. Parte dos gastos profissionais atuais

b) Prejuízos patrimoniais permanentes (após consolidação)

4. Despesas de saúde futuras
5. Gastos de adaptação do domicílio
6. Gastos de adaptação do veículo
7. Assistência a terceira pessoa
8. Perdas dos ganhos profissionais futuros
9. Incidência profissional
10. Prejuízo escolar, universitário ou de formação

Após distinguir os tipos de danos, serão abordados especialmente os extrapatrimoniais temporários, por serem objeto do presente estudo crianças e adolescentes, uma vez que estes apresentam capacidade de cicatrização e recuperação das mobilidades superior à dos adultos⁵ e, conseqüentemente, um período de danos temporários diferentes.

2.5.2 Danos extrapatrimoniais

Os danos extrapatrimoniais temporários ou permanentes estão desprovidos de toda incidência patrimonial.

a) Prejuízos extrapatrimoniais temporários – antes da consolidação

- Déficit funcional temporário
- *Quantum doloris* - sofrimentos físicos e/ou psíquicos
- Prejuízo estético temporário

b) Prejuízos extrapatrimoniais permanentes – após a consolidação

- Déficit funcional permanente
- Repercussão nas atividades desportivas e de lazer
- Prejuízo estético permanente
- Repercussão na vida sexual
- Prejuízo de estabilização
- Prejuízo permanente excepcional

Os prejuízos extrapatrimoniais temporários e/ou permanentes estão desprovidos de toda a incidência patrimonial. Incluem-se todos os prejuízos sofridos pelo indivíduo e que não tenham repercussão econômica imediata. São todas aquelas situações em que os danos não são suscetíveis de avaliação pecuniária, dada a sua subjetividade. São prejuízos vividos e sentidos pelas pessoas, mas que não implicam perda econômica e pecuniária futura⁵⁰.

Os danos extrapatrimoniais caracterizam-se por serem de caráter não econômico, por não possuírem valor material quantificado em dinheiro; são de difícil precisão objetiva e mensuração, por serem subjetivos para quem os sofre, para o médico avaliador, para o segurador e para o juiz que deve estabelecer o montante indenizatório; definem-se como toda alteração do bem-estar da pessoa de caráter extrapatrimonial⁹. Envolvem, pois, uma valoração de efeitos subjetivos e individuais. Criarão percepções de afetação diferentes em cada observador ou pessoa da relação do sinistrado. A possibilidade de avaliações distintas surge na maioria das situações³⁰.

A reparação do dano compreende o conjunto de atividades e ações destinadas a corrigir as suas consequências. Tenta-se ressarcir a vítima de modo que seja restabelecida o melhor possível a situação que desfrutava antes do desequilíbrio ocasionado. Incluem-se ainda os benefícios previstos e as compensações decorrentes da diminuição experimentada, dos sofrimentos suportados, assim como das perturbações e prejuízos, passados, presentes e futuros, que forem pertinentes (Rodríguez, 1991 *apud*⁹).

A valoração do dano corporal deve ser definida a partir de critérios que estimem, de forma evidente e fácil de comunicar aos tribunais e autoridades, o efeito que esse dano provoca na pessoa lesada.

2.5.2.1 Danos extrapatrimoniais temporários

Temporários porque têm expressão temporal limitada no tempo, variando o seu aspecto e as suas implicações de forma apreciável em curtos intervalos de tempo, enquanto as lesões vão evoluindo no sentido da cura ou consolidação^{30,40,41,43}. A recuperação total significa cura anatômica, funcional e psicossensorial integral – *restitutio ad integrum*. Estabilização significa

recuperação parcial anatomofuncional ou psicossensorial, uma fixação em dada fase da evolução das lesões, deixando sequelas. No primeiro caso, diz-se que houve cura; no segundo caso, diz-se que houve consolidação médico-legal das lesões. Uma vez encontrada a data de consolidação, fica então delimitado o período de danos temporários, que correspondem à perda ou diminuição passageira de autonomia^{30,41} Nesse caso, conduz a um dano patrimonial em relação aos meios materiais e humanos necessários para recompensar a redução da autonomia (déficit funcional temporário) e a perda do rendimento profissional durante a interrupção do trabalho (repercussão temporária da atividade profissional)^{41,43,51}.

Os parâmetros de danos temporários valorizáveis em Direito Civil (designações, conceitos e conteúdos) variam de país para país, em função de fatores legais, sociais, culturais, etc., embora haja esforços a progredir no sentido de mais aproximação e harmonização. Não é objetivo deste trabalho investigar a evolução desses parâmetros de danos, mas sim analisar a perspectiva doutrinária que vigora atualmente no país - tomada por referência e base de comparação nesta pesquisa (Portugal) e que decorre de recomendação apresentada e em estudo no Parlamento Europeu. Nessa conformidade, os danos temporários compreendem, então⁴⁶:

A) Déficit funcional temporário

Segundo a definição da comissão de Dintilhac⁴⁶:

Ce poste de préjudice cherche à indemniser l'invalidité subie par la victime dans sa sphère personnelle pendant la maladie traumatique, c'est à dire jusqu'à sa consolidation. Cette invalidité par nature temporaire est dégagée de toute incidence sur la rémunération professionnelle de la victime, laquelle est d'ailleurs déjà réparée au titre du poste « Pertes de gains professionnels actuels. A l'inverse, elle va traduire l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle que va subir la victime jusqu'à sa consolidation. Elle correspond aux périodes d'hospitalisation de la victime, mais aussi à la "perte de qualité de vie et à celle des joies usuelles de la vie courante" que rencontre la victime pendant la maladie traumatique (séparation de la victime de son environnement familial et amical durant les hospitalisations, privation temporaire des activités privées ou des agréments auxquels se livre habituellement ou spécifiquement la victime, préjudice sexuel pendant la maladie traumatique, etc.).

Assim, essa classificação reagrupa não somente o déficit da função que está na origem do dano, mas também os distúrbios referentes às condições de vida, os danos nos atos da vida cotidiana, a repercussão nas atividades desportivas e de lazer temporário e a repercussão sexual temporária^{37,47}.

A missão da AREDOC em 2006 e atualizada em 2009, que se apoia na definição da nomenclatura de Dintilhac, individualiza os danos em uma questão específica imposta ao médico. Quer a vítima exerça ou não uma atividade profissional, levar em consideração todos os danos temporários sofridos pela vítima em relação às suas atividades habituais após o acidente; especificar a natureza e a duração (especialmente hospitalizações, necessidades de tratamentos, dificuldades na realização de tarefas domésticas, privação temporária das atividades pessoais ou de lazer praticadas pela vítima, repercussão na vida sexual); discutir a imputabilidade ao acidente em função das lesões e sua evolução e especificar o caráter direto e certo^{37,47,48,52}.

O déficit funcional temporário corresponde ao período de hospitalização da vítima, à perda da qualidade de vida, das alegrias usuais da vida corrente, da separação da vítima de seu meio ambiente familiar e social, à privação temporal das atividades privadas ou de lazer, domésticas, escolares e a prejuízo sexual, quer a vítima exerça ou não uma atividade profissional^{53,54}.

O interrogatório deve ser direcionado para o impacto que as lesões causaram nos atos elementares da vida corrente e se eles permanecem executáveis ou tornam-se impossíveis ou difíceis sem ajuda. Pesquisa-se tudo que possa contribuir para a perda na qualidade de vida, que constitui uma privação temporária das atividades desportivas e de lazer, um impacto na vida sexual e de relação⁵⁵.

As declarações da vítima são elementos de orientação que devem ser confirmados por documentos médicos. Estes permitem igualmente discutir a relação causal com as lesões apresentadas e assegurar coerência anatomofisiopatológica⁵⁵.

Será avaliado segundo o tipo de lesão sofrida, evolução, eventuais complicações, atividades diárias, idade e condição em que se encontrava antes do acidente. Por uma mesma lesão inicial, o impacto, em termos de danos pessoais, será muito diferente se for uma criança ou um adulto provavelmente com boas condições de saúde ou um indivíduo que já apresenta *handicap*.

Deverá especificar se ajuda era necessária e relacionada à lesão inicial, à sua evolução e a complicações eventuais^{37,55}.

O déficit funcional temporário procura indenizar as deficiências do indivíduo na esfera pessoal, durante a doença traumática até a consolidação. Assim, ficam cobertos os problemas relacionados às condições de existência, atos da vida diária, à repercussão nas atividades desportivas e de lazer e na vida sexual temporária. Essa diminuição do déficit de natureza temporária, livre de qualquer impacto sobre a remuneração profissional da vítima, fica desse modo protegida e reparada, não fazendo confusão com a repercussão na atividade profissional^{37,45,46,47,52,53,55,56}.

Para a quantificação do déficit funcional temporário podem-se distinguir dois tipos de déficits:

- a) **Déficit funcional temporário total:** a vítima está totalmente limitada para realizar suas atividades cotidianas, justificando ajuda humana ou técnica. Não pode mais realizar suas atividades lúdicas, desportivas e de lazer. Esse período de tempo corresponde habitualmente ao período de hospitalização convencional ou em domicílio, quando deve permanecer em repouso absoluto por razões médicas imputáveis às lesões iniciais e à sua evolução^{37,47,55}.
- b) **Déficit funcional temporário parcial:** momento em que a evolução das lesões adquire algum grau de autonomia. Período durante o qual a vítima se restabeleceu total ou parcialmente e retomou algumas das suas atividades pessoais, incluindo eventualmente as atividades lúdicas, desportivas e de lazer. Não resulta necessariamente em déficit temporário total. Esse período pode iniciar-se imediatamente após o acidente. É bastante comum e afeta especificamente as vítimas com traumas menores ou que atingem apenas uma região do corpo. Esse déficit parcial decresce por natureza, em função da evolução das lesões, deve ser objeto de uma descrição precisa e completa. Esse fenômeno contínuo tem sua avaliação difícil, porque envolve a quantificação de um dano em constante evolução para uma estabilização, o que o faz perder o seu caráter temporário^{37,43,47,55}.

Alguns autores fixam uma taxa em percentagem para descrever um índice de gravidade das lesões. O princípio é de uma descrição metódica em que o médico explica o caráter decrescente do dano, sua velocidade e indica, na sequência, o que esse dano representa em termos de percentagem de danos temporários total (QUADRO 1)^{37,57}:

Quadro 1 – Índice de gravidade das lesões

Classe	Índice de gravidade
Classe IV	da ordem de 75% de dano total
Classe III	da ordem de 50% de dano total
Classe II	da ordem de 25% de dano total
Classe I	da ordem de 10% de dano total

Exemplos práticos:

Classe IV

- a) Impotência funcional total de um membro superior de origem neurológica;
- b) dano grave da locomoção, que necessita de cadeira de rodas ou deambulador;
- c) imobilização rígida dorsolumbar impedindo a posição sentada;
- d) transtornos digestivos acentuados, estomias, levando à obrigatoriedade de tratamentos e repercussão no estado geral, limitando as atividades da vida diária;
- e) transtornos psiquiátricos sérios que justificam acompanhamento especializado e obrigatoriedade terapêutica rigorosa.

Classe III

- a) Imobilização total de um membro superior com preensão deficitária;
- b) locomoção possível somente com duas canadianas;
- c) imobilização de dois segmentos raquidianos (cervicodorsal ou dorsolumbar) a partir de contenção rígida com possíveis aberturas;
- d) fratura de mais de três costelas com dificuldades respiratórias confirmadas;

- e) desordem neurocognitiva com repercussão sociofamiliar, mas compatível com autonomia nos atos da vida diária;
- f) transtornos psiquiátricos diagnosticados compatíveis com uma vida relacional, mas que necessitam de um acompanhamento especializado regular;
- g) bloqueio maxilar com alimentação por meio de palha ou canudinhos;
- h) perda da visão de um olho ou hemianopsia lateral homônima durante o período de tratamentos e adaptação.

Classe II

- a) Contenção de sustentação de um membro superior com preensão deficitária;
- b) locomoção possível com uma canadiana;
- c) imobilização com colar cervical rígido ou cinto de sustentação lombar;
- d) dores torácicas com dispneia de esforço (um nível) e necessidade de reeducação respiratória;
- e) vertigens paroxísticas benignas durante a fase aguda;
- f) desordens neuropsicológicas com dificuldade de memorização, fobias e comportamentos;
- g) reclusão que justifique um comportamento médico regular com um especialista.

Classe I

- a) Preensão possível com tratamentos ativos em curso;
- b) locomoção dolorosa efetuada sem ajuda técnica, com tratamentos ativos em curso;
- c) rigidez dolorosa de um segmento raquidiano com uso esporádico de uma contenção leve;
- d) dores intermitentes com acompanhamento médico e terapêutico em curso;
- e) transtorno psicológico leve com tratamento e/ou apoio psicológico.

O uso de uma tabela de percentagem pode apresentar algum perigo quanto à fixação de determinada taxa de percentagem, pois o perito pode tender

a ter uma ação somente mecanicista e não avaliar de forma personalizada o dano ocorrido.

B) *Quantum doloris*

A dor é um fenômeno subjetivo resultante da atividade cerebral, em resposta ao traumatismo do corpo, a alterações funcionais do cérebro, às doenças sistêmicas e alterações bioquímicas. O psiquismo da vítima desempenha papel fundamental no mecanismo de adaptação da dor, segundo a diferença de repercussão entre os indivíduos e de sua estrutura emocional⁵⁸.

Desde 1975 (Resolução 75-7 de 14 de março do Comitê de Ministros do Conselho da Europa) o conceito de dor passou a ser expresso em termos de *quantum doloris*, *pretium doloris* ou *souffrances endurées*⁵⁹.

O *quantum doloris* constitui um dano extrapatrimonial que corresponde à dor física resultante dos ferimentos e dos tratamentos e à dor em sentido psicológico. Envolve, entre outros aspectos, a angústia e ansiedade quanto ao acidente, hospitalização, à consciência do risco de morte, ao afastamento do meio, das responsabilidades familiares e profissionais³⁰.

Diferentes escalas de avaliação foram propostas com o uso de adjetivos que variavam de muito leve a muito importante e que nem sempre foram bem compreendidas pelas vítimas. Esse método de avaliação foi extinto para dar lugar a uma quantificação utilizando uma escala numérica de sete graus. Mas hoje em dia, igualmente no passado, ainda há dificuldades de objetivar o subjetivo, de quantificar o intangível³⁷.

A comissão de Dintilhac^{46,47} definiu o *quantum doloris*:

Il s'agit de toutes les souffrances physiques et psychiques, ainsi que des troubles associés, que doit endurer la victime durant la maladie traumatique, c'est à dire du jour de l'accident à celui de sa consolidation. En effet, à compter de la consolidation, les souffrances endurées vont relever du déficit fonctionnel permanent et seront donc indemnisées à ce titre.

São os sofrimentos físicos e psíquicos, assim como os problemas associados, que a vítima suporta durante a doença traumática, ou seja, do dia do

acidente até a consolidação. Após a consolidação o *quantum doloris* estará, na maioria das situações, contido na avaliação do déficit funcional permanente^{37,45,47,48,55}.

Para permitir que o médico responda melhor a essa questão, a AREDOC^{37,47,60} propôs uma definição mais médica e mais precisa que o relatório Dintilhac⁴⁶:

la douleur physique consécutive à la gravité des blessures, à leur évolution, à la nature, la durée et le nombre d'hospitalisations, à l'intensité et au caractère astreignant des soins auxquels s'ajoutent les souffrances psychiques et morales représentées par les troubles et phénomènes émotionnels découlant de la situation engendrée par l'accident et que le médecin sait être habituellement liées à la nature des lésions et à leur évolution. Elles s'évaluent selon l'échelle habituelle de 7 degrés.

Para se obter avaliação mais equilibrada possível, isto é, a mesma para todas as vítimas, são necessárias: pesquisa dos elementos objetivos, coleta das informações, análise dos documentos médicos encaminhados pelo examinado, testemunhas dos sofrimentos vividos, para depois recorrer-se a um guia de avaliação integrando os elementos que permitam ao perito alcançar a percepção da vítima relativa à vivência do traumatismo⁵⁵.

Como critérios de avaliação, são considerados:^{37,60}

- a) Natureza do evento causal – acidente, agressão;
- b) a duração, a restrição, a gravidade e a brutalidade do fato, o grau de desprezo ou de mudança exercido sobre a vítima;
- c) o número de lesões;
- d) o contexto do acidente, suas circunstâncias e consequências imediatas;
- e) o número de cirurgias e internações cirúrgicas e a duração de hospitalização;
- f) o número de sessões de reabilitação ou de tratamentos médicos.

Os transtornos relacionados às condições de existência durante o período que precede a consolidação não são mais incluídos no *quantum doloris*, e sim no déficit funcional temporário. Esse parâmetro de dano está agora bem limitado à

parte médica e terapêutica das consequências do acidente. É conveniente levar em consideração hoje em dia o melhor tratamento da dor, as intervenções dos serviços de emergência, no hospital, pré e pós-operatório e após a hospitalização⁶⁰.

Para referenciar e quantificar o *quantum doloris*, usa-se a seguinte escala valorativa de sete graus: muito ligeiro (1/7), ligeiro (2/7), moderado (3/7), médio (4/7), considerável (5/7), importante (6/7), muito importante (7/7). É importante explicar no relatório pericial as razões que justificam a inclusão de determinado grau da escala^{10,30,37,61,62}. A extrema diversidade de lesões causadas por acidentes e o progresso técnico permitindo sobrevivência de feridos mais gravemente afetados fizeram dessa escala de sete graus insuficiente para avaliar todas as situações e diferenças entre os casos mais leves e os mais graves. Os peritos estão progressivamente se habituando a utilizar meio grau: 0,5/7, 1,5/7, 2.5/7, etc.^{35,47}.

Para ajudar o trabalho do médico, foi elaborada uma grade indicativa para avaliação do *quantum doloris*, publicada na Revista Francesa de Danos Corporais (nº 3 de 2009) (QUADRO 2)^{37,47,60}:

Quadro 2 – *Quantum doloris*

Cotação	Parâmetros de avaliação	Exemplos
0,5	<ul style="list-style-type: none"> • Curto período de hospitalização ou cirurgia de pequeno porte em ambulatório; • Tratamento antálgico, acompanhamento médico de aproximadamente 10 dias, sem sessão de reabilitação. 	Feridas suturadas, lesões dentárias tratadas.
1	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalização de 0 a 1 dia com cirurgia de pequeno porte sob anestesia geral ou ambulatorial; • Tratamento antálgico ou ansiolítico com duração de várias semanas, algumas sessões de reabilitação, curso período de imobilização. 	Traumatismo cervical, traumatismo craniano benigno, torção dos membros.
1,5	<ul style="list-style-type: none"> • Imobilização de um membro ou do pescoço de 2 a 3 semanas; • 5 a 10 sessões de reabilitação. 	Traumatismo cervical documentado com radiografia, fratura do esterno sem deslocamento, fratura de falanges, sutura tendinosa.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalização de 1 a 2 dias; • Imobilização de 3 semanas a 1 mês, intervenção cirúrgica com anestesia geral ou local; • 15 a 20 sessões de reabilitação ; • Tratamento psicotrópico associado a antidepressor, ansiolítico, hipnótico ou psicoterapia semanal durante 6 meses. 	Fratura de costela, fratura do esterno com deslocamento, sutura tendinosa e fratura da fibula.
2,5	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalização de 2 a 5 dias; • Imobilização de um membro durante 2 a 6 semanas; • 10 a 15 sessões de reabilitação ; • Tratamento psicotrópico associado a antidepressor, ansiolítico, hipnótico e psicoterapia semanal durante 6 meses; • Tratamento psicotrópico associado a antidepressor, ansiolítico e hipnótico ou psicoterapia semanal durante 1 ano. 	Fratura das costelas, do punho, fratura da perna com pouco deslocamento. Fratura por compressão raquidorsal ou lombar
3	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalização de 5 a 10 dias; • Imobilização de 1 a 2 meses; • 10 a 15 sessões de reabilitação. • intervenção cirúrgica com anestesia geral ou local; • Reabilitação de Tordre de 30 sessões; • Tratamento psicotrópico associado a antidepressor, ansiolítico e hipnótico e psicoterapia semanal durante 1 ano; • Tratamento psicotrópico associado a antidepressor, ansiolítico e hipnótico ou psicoterapia semanal além de 1 ano e até a data de consolidação médico-legal (na hipótese de que o tratamento psicotrópico associado a antidepressor, ansiolítico e hipnótico e psicoterapia semanal se realiza além de um ano e até a data de consolidação, o <i>quantum doloris</i> poderia ser até 3,5/7). 	Fratura da perna, do fêmur, do úmero tratado com redução com osteossíntese.

Cotação	Parâmetros de avaliação	Exemplos
4	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalização de 1 a 2 meses ; • Várias intervenções cirúrgicas com anestesia geral ou local; • Vários meses de imobilização; • Reabilitação durante vários meses em centro de saúde e em ambulatório. 	<p>Fratura complexa dos membros inferiores com necessidade de várias intervenções, tração, complicação evolutiva tipo distrofia, pseudoartrose, traumatismo craniano com necessidade de intervenção neurocirúrgica.</p> <p>Fratura maxilar após osteossíntese ou bloqueio.</p> <p>Psicotraumatismo grave após agressão.</p>
5	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalização frequente de 2 a 6 meses; • Várias intervenções cirúrgicas durante um período de 6 a 9 meses ; • Reabilitação por mais de 6 meses. 	<p>Paraplegia por fratura raquidiana, traumatismo craniocerebral, politraumatismo associado a várias lesões ortopédicas dos membros, fraturas torácicas, lesão vasculonervosa com necessidade de várias intervenções cirúrgicas - lesão do plexo braquial.</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalização da ordem de 1 ano; • Reabilitação muito prolongada; • Múltiplas intervenções cirúrgicas. 	<p>Várias lesões traumáticas ortopédicas ou viscerais graves com necessidade de intervenções repetidas. Tetraplegia com síndrome de déficit, traumatismo craniano com hemiplegia e síndrome de déficit, queimaduras extensas.</p>
7	<ul style="list-style-type: none"> • Para as situações que ultrapassam os parâmetros de avaliação precedentes excepcionalmente em função da intensidade e da duração do sofrimento. 	<p>Hospitalizações repetidas ao longo de vários anos por queimaduras ou intervenções cirúrgicas ortopédicas com grande número de complicações tipo osteomielite, atraso na consolidação, amputação.</p>

Parâmetros de avaliação e exemplos selecionados são indicativos e o perito deve justificar a inclusão de determinado grau da escala.

No entanto, alguns fenômenos dolorosos não estão associados a taxa de déficit funcional permanente, ou seja, ausência de alteração da integridade física e psíquica, mas podem ser encontrados no momento da consolidação. Nesse caso, o médico deverá especificar e fazer uma avaliação do *quantum doloris* após a consolidação^{37,47}

C) Dano estético temporário

O principal problema do dano estético, cuja existência se objetiva pelos sentidos, principalmente pela visão, reside na quantificação e na medição de sua importância e gravidade. Isso porque a avaliação do grau de fealdade adquirido depois de um fato lesivo gerador de responsabilidade civil é de apreciação subjetiva tanto para o lesado (criança) quanto para o que irá valorá-lo (médico e/ou cirurgião-dentista) e para o que irá repará-lo (companhia de seguros, advogado, juiz)⁶³.

O problema surge no momento de valorizar a gravidade do dano ou prejuízo estético, porque a beleza e a feiura são valores eminentemente subjetivos, ainda que seja inegável que existem pautas socioculturais que definem a cada tempo e a cada lugar o que é belo e o que é feio.

Por um lado, deve-se proceder à fixação dos parâmetros de valoração (superfície afetada, localização, perceptibilidade, exteriorização e modo como a vítima vivencia o dano estético sofrido). Por outro lado, serão consideradas também as circunstâncias pessoais da vítima, na medida em que determinam a intensidade do dano moral em sentido estrito, para passar depois à atribuição de pontos em função de tais parâmetros. Os elementos constitutivos do dano suscitam normalmente poucas dúvidas; as circunstâncias pessoais possuem inevitável grau de subjetividade. O julgamento sobre esses extremos segue pertencendo fundamentalmente ao âmbito da experiência comum. Importará decisivamente o relatório pericial médico sobre o prejuízo estético a propósito do cálculo do custo de futuras intervenções cirúrgicas reparadoras. O dano estético tem um componente subjetivo importante, tanto por parte do próprio examinado como do médico valorador e também do jurista^{64,65}. Essa subjetividade implica, na maioria das sequelas, uma grande diversidade de resultados em função de quem seja o perito⁵³.

O dano estético temporário, que finaliza com a cura ou consolidação, nunca foi considerado na valoração e reparação dos danos pessoais. A perda de atração, mesmo temporária, constitui um dano a um bem jurídico da pessoa, que deve ser valorado e reparado de forma independente dos demais parâmetros de danos temporários³⁸.

A comissão de Dintilhac⁴⁶ definiu o dano estético temporário como sendo:

Que, durant la maladie traumatique, la victime subissait bien souvent des atteintes physiques, voire une altération de son apparence physique, certes temporaire, mais aux conséquences personnelles très préjudiciables, liée à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers.

O dano estético temporário é frequentemente levado em consideração na perda não pecuniária permanente, mas curiosamente omitido de qualquer indenização a título de doença traumática, especialmente nos grandes queimados ou nos traumas da face^{46,47,48,55}. Em certos casos pode existir um dano estético temporário dissociado do *quantum doloris* e dos outros parâmetros de danos temporários. Esse dano corresponde à alteração de sua aparência física, certamente temporária, mas com consequências pessoais muito prejudiciais³⁷.

Para pronunciar a respeito da existência de um dano estético temporário e distinguir dos outros parâmetros de danos temporários, do *quantum doloris* e do déficit funcional temporário, ao perito convém levar em consideração o caráter geralmente decrescente da lesão em colaboração com quatro componentes que são a natureza, extensão, localização e duração dessa alteração física. Esses itens compreendem^{37,47,55}:

- a) **A natureza:** dois tipos de situações podem apresentar-se para o perito: a queixa refere-se ao fato de que teve que usar um andador, um colar cervical, uma cadeira de rodas, uma canadiana, mas também porque foram submetidos a uma imobilização de gesso ou de fixação externa, em particular o que levou a uma estética alterada para a pessoa em causa. A outra situação é a de um dano corporal por uma ferida, cirúrgica ou não, que pode deixar ou não um dano estético final após a consolidação;
- b) **a localização:** a característica principal do dano estético autônomo é a alteração da aparência física e a necessidade de apresentar-se com um estado físico alterado aos olhos dos outros;
- c) **a extensão:** a extensão do dano corporal, da ferida, da queimadura deve igualmente ser levada em consideração;
- d) **a duração:** o perito deve considerar a duração que a vítima esteve com sua aparência alterada aos olhos de terceiros. As características

de uma alteração temporária podem estar presentes por meses ou mesmo por anos.

Após avaliar os quatro componentes supracitados, o perito irá retornar para a definição de dano estético temporário para indicar se deseja incluir a alteração estética observada como um parâmetro autônomo ou não.

Na sua avaliação, o perito deverá descrever o dano estético temporário sofrido e não utilizar escala, uma vez que esse dano é inerentemente evolutivo, decrescente e, por vezes, flutuante^{37,55,66}.

O dano estético em alguns casos praticamente desaparecerá após procedimentos terapêuticos e nesses casos teria que ser ressarcido a título de dano estético temporário⁶⁷.

Quando referimos à avaliação do dano estético no Brasil⁴⁰, em primeiro lugar o dano estético é *qualquer modificação* em sua aparência. Para a responsabilidade civil, basta a pessoa ter sofrido uma *transformação*, não tendo mais aquela aparência. Há agora um desequilíbrio, para pior, entre o passado e o presente.

O segundo elemento do dano estético reparável como dano moral é a permanência ou, no mínimo, o efeito danoso prolongado. Poderá causar dano moral, mas é de fato dano material, facilmente indenizável e facilmente superável. O dano estético permanente refere-se a um restabelecimento menos satisfatório do uso de disfarces, como a colocação do olho de vidro, a dentadura postiça, a peruca, etc.

Para determinar o *quantum indenizatório*, nessa matéria o primado do poder discricionário do juiz se mostra com toda a sua força. De acordo com o Juiz de Direito Marco Antônio Botto Muscari⁴⁰: “Ora, ninguém (nem mesmo o perito!) dispõe de conhecimentos técnicos capazes de quantificar, com precisão, reparações por danos morais”. O tema foge completamente ao âmbito técnico, cabendo ao juiz essa árdua tarefa de conhecimento, visando a elucidar a existência do dano.

No Brasil a avaliação do dano moral opera-se *in concreto*, mas a própria lei e a jurisprudência fornecem alguns critérios gerais de avaliação:

- a) Grau de culpa do ofensor;
- b) tamanho do dano objetivamente considerado;
- c) circunstâncias particulares do ofendido (sexo, idade, condições sociais, beleza, situação familiar);
- d) perda das chances de vida e dos prazeres da vida social ou da vida íntima;
- e) igualdade de tratamento dos sexos;
- f) condições do ofensor. O *quantum* deve ser tal que desencoraje outros atos.

2.6 Traumatismos dentários

Historicamente, a boca sempre esteve dissociada do resto do corpo, quando considerada a condição de saúde geral do ser humano. Entretanto, estudos recentes têm mostrado que desordens orais desempenham importante papel biológico, emocional e psicossocial na qualidade de vida do indivíduo. Efetivamente, sabe-se que a perda de um dente pode acarretar impacto significativo na qualidade de vida de uma pessoa, que pode desenvolver perturbações várias como a perda da autoestima, inibição e irritabilidade num ambiente social⁴⁰.

As lesões traumáticas dentárias envolvem estruturas pulpares, periapicais e periodontais que, em última instância, comprometem a estética e a função do aparelho estomatognático^{68,69}, causando grave alteração estética e funcional tais como fratura, alteração de cor, mobilidade dentária, perda de dente e dor. Tais alterações podem acarretar importante impacto na qualidade de vida de uma pessoa, decorrente de um desconforto social e psicológico por um sentimento de vergonha ao sorrir, dificuldade de relacionamento social e dificuldade de manter um relacionamento afetivo. Também pode ser observado aumento da irritabilidade e dificuldade em comer determinados alimentos e de higienização oral. Os componentes da face mais associados à atração são os olhos e a boca, comumente associados à atração física, atuando como elementos-chave nas interações sociais, causando forte impacto psicossocial pelo comprometimento estético dos incisivos centrais superiores fraturados, dada a importância desses

dentadas na aparência da face. O trauma psicológico que se segue a uma fratura é, em muitos casos, subestimado e, às vezes, inteiramente ignorado. Porém, a tomada de consciência de ser diferente, a crítica à qual a criança se expõe e o desapontamento da família diante da questão estética é suficiente para causar mudanças de ordem emocional em muitas crianças^{68,69,70,71,72,73}. Além disso, o traumatismo da dentição permanente resulta em custos elevados do tratamento, pois aos gastos iniciais do atendimento emergencial se somam aqueles do controle pós-tratamento que podem se estender por vários anos após o trauma^{40,74}.

Apesar das sequelas dentárias poderem ser, como se viu, causadoras de importantes sequelas funcionais e situacionais, frequentemente as lesões que as originaram passam despercebidas. Isso acontece porque, muitas vezes, são lesões que coexistem com outras lesões mais graves, algumas vezes potencialmente letais. Outra razão ainda pode ser a falta de preparação dos profissionais médicos para diagnosticar e valorizar essas lesões. Porém, essas lesões podem ser significativos determinantes da qualidade de vida do indivíduo. Por esse motivo, a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁷⁵ considerou tão importantes as lesões dentárias, que em 2003 lançou o Guia Essencial de Cuidados do Trauma. Esse guia concluiu que as atividades na escola, no trabalho e em casa fazem com que a cada ano sejam perdidos em todo o mundo estudantes e horas de trabalho, devido ao trauma dental. E o impacto psicossocial dessas doenças muitas vezes diminui significativamente a qualidade de vida. O cuidado relaciona-se à conscientização e mostra que o trauma dentário é um problema da saúde pública na nossa sociedade, atingindo elevado número de pessoas^{40,76}.

Estudos realizados na Clínica de Traumatismo Dentário da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG) atribuíram a etiologia dos traumatismos dentários às violências em brincadeiras, quedas de bicicleta ou originadas de escorregões e tropeções, além da colisão contra objetos ou pessoas, como as mais comuns. E as menos comuns se constituíram de atividades esportivas e acidentes automobilísticos^{77,78,79}. Já no estudo feito por Andreassen⁸⁰ significativa proporção de trauma dental relaciona-se a atividades esportivas, *playgrounds*, acidentes nas escolas, acidentes de trânsito ou violência.

A prevalência relatada em estudos populacionais enfatiza que, apesar da importância dada na literatura ao traumatismo dentário em crianças e adolescentes, estudos de prevalência são poucos e variam consideravelmente em seus resultados e conclusões. Assim, foi registrada prevalência variando entre 3,9 e 58,6% no Brasil e nos países europeus a variação encontrada foi de 8,7 a 43,8%⁸¹. Em contraste com a cárie dentária e a doença periodontal, dados confiáveis sobre a frequência e gravidade de trauma bucodental ainda faltam na maioria dos países, especialmente nos países em desenvolvimento. Os relatórios desenvolvidos na América Latina relatam que o trauma dental afeta quase 15% de escolares, enquanto taxas de 5-12% de prevalência são encontradas em crianças de 6-12 anos no Oriente Médio. No entanto, estudos recentes de alguns países industrializados têm revelado que a prevalência de lesões traumáticas dentárias estão a aumentar, variando 16-40% entre as crianças de seis anos de idade e em 4-33% entre os 12-14 anos de idade^{40,75}.

Andreasen e Andreasen (1992)⁸² modificaram o sistema adotado pela OMS para o “*International Classification Diseases to Dentistry and Stomatology*”. Essa classificação é considerada completa e válida para exame clínico diagnóstico de danos traumáticos, incluindo os tecidos mineralizados dos dentes, polpa dentária e periodonto, bem como o osso, gengiva e mucosa. O grande valor dessa classificação está no fato de ser completa para o diagnóstico no momento do primeiro exame do examinado traumatizado, permitindo traçar o plano de tratamento adequado e estabelecer o prognóstico. Como se pode observar, é dividido em quatro grupos:

- a) **Fraturas coronárias:** trinca de esmalte, fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina e esmalte, dentina e polpa;
- b) **fraturas coronorradiculares:** fratura não complicada de coroa e raiz e fratura complicada de coroa e raiz;
- c) **fraturas radiculares:** fraturas horizontais e oblíquas, terço cervical, terço médio, terço apical e fraturas verticais;
- d) **lesões com envolvimento de dentes e tecidos periodontais de suporte:** concussão, subluxação, luxação lateral, luxação extrusiva, intrusão e avulsão.

O primeiro grupo - lesões do dente (tecidos duros e polpa) – é subdividido em:

- a) Trinca do esmalte: fratura incompleta do esmalte, sem perda de substância dentária. Quando representam a única sequela visível de uma história de trauma, as trincas remetem a uma pesquisa mais criteriosa quanto a possíveis lesões dos tecidos de sustentação. O prognóstico das trincas é muito favorável, uma vez que estudos clínicos relatam frequência muito reduzida de complicações pulpares ou periodontais decorrentes dessa lesão.
- b) Fratura do esmalte (fratura não complicada da coroa dentária): é uma fratura do esmalte com perda de substância dentária que corresponde a 5,5% das lesões traumáticas e, assim como as trincas, representa risco mínimo de comprometimento pulpar e periapical quando ocorre isoladamente. Por comprometimento mínimo da estética o tratamento se limita à eliminação dos bordos cortantes na coroa para prevenir lacerações dos tecidos moles.
- c) Fratura do esmalte e dentina (fratura não complicada da coroa dentária): é a fratura do esmalte e da dentina com perda de substância dentária, mas sem envolvimento da polpa. Clinicamente essa exposição pode determinar quadro de sensibilidade dentinária durante a alimentação, a higienização e até mesmo durante a própria respiração. O comprometimento estético pode representar o principal motivo de procura pelo atendimento. O prognóstico pulpar é favorável, desde que as restaurações ofereçam adequado selamento.
- d) Fratura do esmalte, dentina e polpa (fratura complicada da coroa dentária). Além da perda de estrutura dentária, existe a dilaceração do tecido pulpar e sua exposição direta ao meio bucal. O estágio de desenvolvimento radicular é um fator importante, embora seja satisfatório o resultado do tratamento conservador da polpa. Alguns fatores, como o desenvolvimento radicular, luxações concomitantes e a idade do examinado, devem ser levados em consideração. Todo esforço deve ser feito para manter o tecido vital no interior do canal radicular para melhor prognóstico. Os estudos científicos têm demonstrado que o tratamento endodôntico radical em dentes com raízes incompletamente formadas

apresenta prognóstico desfavorável em longo prazo, mesmo quando a apecificação é bem-sucedida. As luxações concomitantes contraindiciam, a princípio, o tratamento conservador. É importante o controle clínico e radiográfico a longo prazo (mínimo de quatro anos) para observação da normalidade.

O segundo grupo é constituído das fraturas coronoradiculares (fratura da coroa, raiz e ligamento periodontal, podendo ter ou não exposição pulpar). Caracteriza-se pela invasão do espaço biológico e acomete, além dos dentes anteriores, os pré-molares e molares no caso de traumatismo indireto (representa 5% das lesões traumáticas na dentição permanente). O prognóstico desses dentes é duvidoso e não existem acompanhamentos clínicos que permitam definir o índice de sucesso das várias abordagens de tratamento possíveis. Diante da imprevisibilidade dos resultados dos tratamentos disponíveis e da relação custo-benefício desfavorável, o implante torna-se a solução de tratamento para adultos. Nos casos de crianças e adolescentes, que não têm condições de receber o tratamento definitivo, a perda do dente irá conduzir ao tratamento ortodôntico com o intuito de preservar o espaço para o futuro implante ou promover o fechamento desse espaço.

O terceiro grupo é o da fratura radicular, que pode ser classificada em relação ao deslocamento do fragmento dentário (horizontais, transversais ou oblíquas), quanto ao número de linhas (simples ou múltiplas) e, ainda, quanto à localização (fraturas de terço apical, médio e cervical). São lesões que envolvem tanto as estruturas de suporte dos dentes (ligamento periodontal, superfície radicular e osso alveolar) como suas estruturas pulpare e tecidos mineralizados (dentina e cimento). A cicatrização das fraturas radiculares em dentes permanentes depende de certos fatores relacionados ao momento do trauma e ao tratamento emergencial. A localização da fratura não é determinante no prognóstico, uma vez que foram relatados índices de cicatrização nas fraturas de terço cervical semelhantes aos observados para as fraturas de terço médio e apical. O que mais impacta no prognóstico é que o processo de cicatrização mais comum é o de deposição de tecido conjuntivo em detrimento da consolidação de tecido mineralizado. As reabsorções radiculares são relativamente comuns após fraturas radiculares.

O quarto grupo refere-se às lesões com envolvimento de dentes e tecidos periodontais, que são subdivididas em:

- a) Concussão são lesões das estruturas de suporte do dente, sem mobilidade anormal ou deslocamento do dente, mas com marcada reação à percussão.
- b) Subluxação (mobilidade) é a lesão das estruturas de suporte do dente, com mobilidade anormal, mas sem deslocamento do dente.
- c) Luxação extrusiva (deslocamento periférico parcial) é o deslocamento parcial do dente, para fora do alvéolo dentário. Ocorre lesão do ligamento periodontal, mas não há lesão do osso alveolar.
- d) Luxação lateral é o deslocamento do dente em direção não axial (fora do longo eixo do dente). É acompanhado por cominuição ou fratura do alvéolo dentário.
- e) Luxação intrusiva (deslocamento central) corresponde ao deslocamento do dente para dentro do osso alveolar, com cominuição ou fratura do alvéolo dentário. As lesões por luxação acarretam alterações pulpareas com necrose isquêmica do tecido pulpar, devido à abrupta interrupção da circulação, e devem-se à lesão do feixe vasculonervoso, que pode ser comprimido, lacerado ou rompido. O sucesso da revascularização pulpar após as lesões por luxação depende de condições que permitam a ocorrência das anastomoses entre os vasos pulpare e aqueles do tecido periodontal apical. Essas condições são determinadas pelo tipo de lesão, pelo grau de risogênese e pela presença de infecção. Dentes permanentes jovens apresentam altos índices de cicatrização (devido aos estágios de desenvolvimento radicular). A infecção pode comprometer definitivamente o processo de revascularização e regeneração do tecido pulpar após lesão por luxação.
- f) Avulsão: deslocamento completo do dente para fora do alvéolo dentário. Nos casos de avulsão, a revascularização da polpa é um fenômeno raro. O prognóstico de um reimplante está diretamente relacionado à viabilidade das células do ligamento periodontal remanescentes na superfície radicular do dente avulsionado. Os danos às células do ligamento periodontal ocorrem pela desidratação devido a um longo período extraoral ou pelo armazenamento em meio inadequado. Essas situações fazem com que a

reabsorção radicular externa provoque uma seqüela bem frequente nos casos de reimplante após avulsão, com prevalência relatada entre 74 e 96% dos casos. Uma vez instalado o quadro de reabsorção radicular, a evolução é imprevisível, bem como a permanência do dente na cavidade oral.

A relevância do presente trabalho está relacionada à frequência das perdas dentárias anteriores de acordo com exames periciais. Estudo realizado no Instituto Médico Legal de Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil verificou-se, em uma amostra de 301 laudos analisados de natureza pericial do ano de 2005, que dentro da classificação jurídica brasileira grave e gravíssima a avulsão apresentou valores bem superiores quando comparada com lesão de mucosa, fratura dentária e luxações e constatou-se que a vasta maioria dos casos de avulsão ocorre nos dentes anteriores, com 97% das ocorrências verificadas⁸³. Da mesma forma, outro estudo realizado de janeiro de 2004 a dezembro de 2008 na Clínica Forense do INMLCF da delegação do Centro, com amostra de 156 processos cíveis, revelou que os dentes anteriores superiores representaram 58,8% e que em 55,7% houve perda do órgão dentário dos processos estudados⁸⁴. Para a maioria dos examinados, a estética (relacionada à presença dos dentes anteriores) é mais importante do que a função (relacionada à existência dos dentes posteriores)⁸⁵. Conseqüentemente, o maior impacto das lesões orofaciais estará relacionado à perda de dentes anteriores tanto no Brasil como em estudo realizado em Portugal.

A avulsão dentária consiste, então, no deslocamento completo do dente para fora do alvéolo dentário causando a ruptura imediata de todas as fibras do ligamento periodontal, dos vasos sanguíneos e linfáticos e do feixe nervoso na altura do forame apical, resultando em abrupta e completa interrupção da circulação, bloqueio neurovascular e degeneração de todas as populações celulares na polpa, principalmente na porção coronária^{86,87}. Nesses casos, a revascularização da polpa é um fenômeno pouco provável. Os resultados dos estudos informaram que os fatores mais decisivos para a revascularização pulpar foram a distância coroa-ápice, o diâmetro apical no momento do reimplante, a duração do período extraoral e o tipo de meio de armazenamento. Em geral,

ocorre contaminação da polpa associada à necrose, antes que se verifique a revascularização completa^{88,89}.

Dados estatísticos indicam frequências de avulsão que variam de 0,5 a 16% nos dentes permanentes e de 7 a 13% na dentição decídua⁴⁰. A avulsão afeta principalmente incisivos centrais superiores, tanto na dentição decídua como na permanente, e aproximadamente 35% de todas as avulsões ocorrem antes dos nove anos de idade, ou seja, antes do completo desenvolvimento radicular dos incisivos⁸⁰.

O tratamento radical da avulsão traumática é esperar a cicatrização da lesão e posterior substituição do espaço edêntulo por prótese. Mas, na prática, o reimplante dentário é o tratamento mais utilizado e conservador, com sucesso entre 4 e 50% dos casos, devido a fatores como o tempo de exposição do dente fora do alvéolo, meio de armazenamento do dente, do estágio de mineralização radicular, entre outros fatores⁹⁰.

Algumas das possíveis sequelas do reimplante após a avulsão são a anquilose, a reabsorção externa e a infecção, as quais podem levar à perda do dente. No sentido de evitar essas complicações, a maioria dos autores preconiza que o tratamento endodôntico dos dentes avulsionados seja efetuado duas a três semanas após o reimplante. Isso objetiva também evitar a deteriorização do ligamento periodontal ocasionado pelos procedimentos relacionados ao tratamento^{89,90}.

As reabsorções radiculares externas representam uma das principais complicações do processo de reparo das estruturas de sustentação, podendo levar, muitas vezes, à perda do dente^{82,91}. Sua ocorrência é especialmente relevante após os reimplantes dentários, uma vez que se constituem na sequela mais frequente entre 74 e 96% e representam a principal causa de perda de dentes reimplantados^{92,93,94}.

Os protocolos que indicam o tratamento endodôntico e o prognóstico dos dentes avulsionados variam de acordo com o tempo decorrido entre o momento de ocorrência do acidente que provocou a lesão, o momento do atendimento, o local de armazenamento e o estágio de risogênese do dente. O protocolo da *International Association of Dental Traumatology* (IADT) para dentes com risogênese incompleta recomenda a colocação de hidróxido de cálcio no canal radicular até a verificação radiográfica da formação do terço apical da raiz⁹⁵. O

controle clínico e radiográfico deve ser realizado semanalmente nos primeiros 30 dias, após quatro semanas, três meses, seis meses, um ano e anualmente a partir de então^{78,86,87,95}. A partir dessa conduta de controle periódico será apurado o sucesso ou não. Havendo o insucesso em algum momento, será necessário proceder à extração do dente, o que somente será feito como último recurso e o mais tarde possível, a fim de preservarem-se os alvéolos dentários e a estética. É essencial que esse dente seja conservado até o fim do período do crescimento ósseo, para permitir a colocação da prótese definitiva ou do implante em condições ótimas. Não sendo isso possível, a prótese temporária será utilizada até o fim do período de crescimento ósseo⁹⁶.

As próteses parciais removíveis (PPR) são indicadas para os casos de parcialmente edentados em que não seja possível a adoção das próteses fixas naquele momento⁹⁷. São definidas como⁹⁸.

[...] um aparelho protético que visa substituir, funcionalmente e esteticamente os dentes naturais ausentes e que podem ser removidos e colocados na boca sem causar danos em sua estrutura ou dos dentes remanescentes, e esta pode se apoiar em dentes e no assoalho bucal.

A PPR é de extrema importância, possibilitando a substituição dos elementos dentários perdidos, englobando, portanto, aspectos que foram desequilibrados ou perdidos juntamente com os dentes. Desse contexto fazem parte o aspecto psicológico, o fisiológico, o social e a estética do examinado, com a mesma importância para o completo bem-estar relacionado à saúde física e emocional⁹⁹. É um excelente meio de preservação das estruturas orais remanescentes, de restauração da estética e da função oclusal¹⁰⁰. Os objetivos do tratamento de um indivíduo parcialmente desdentado com uma prótese removível são os seguintes¹⁰¹:

- a) Eliminação da doença oral na maior extensão possível;
- b) preservação da saúde e das relações intermaxilares, bem como da saúde das estruturas orais e adjacentes;
- c) restauração de função oral com um resultado esteticamente agradável.

Para se obter adequado tratamento protético, deve-se conscientizar o examinado de que o momento de instalação da prótese não finaliza o tratamento

em relação aos cuidados odontológicos. Ele deve ser alertado quanto ao desconforto inicial, traumas, alteração na saliva, cuidados e higiene e a seguir dieta de pouco esforço mastigatório.

Dado que seu campo de aplicação é muito extenso, quando é indicada uma PPR estar-se-á frente a situações diversas que dificilmente se repetirão de examinado para examinado, variando grandemente em função dos espaços protéticos presentes e dos dentes remanescentes. Portanto, cada caso é único e deverá ser analisado como tal, embora os objetivos comuns a todos sejam o bem-estar funcional e estético¹⁰².

A prótese parcial removível temporária (PPRT) é uma PPR, mas sem armação metálica, e é considerada de caráter provisório. As utilizadas no presente estudo podem ser consideradas uma importante opção de tratamento, sobretudo em países em desenvolvimento, por apresentarem o mínimo de intervenção e utilizarem eficientemente recursos limitados¹⁰³.

Essa prótese pode ser usada por períodos prolongados, enquanto sob controle. A indicação desse tipo de prótese faz parte de um tratamento total, por várias razões¹⁰¹:

- a) Por razões estéticas pode substituir um ou mais dentes anteriores ausentes ou vários dentes, tanto anteriores quanto posteriores;
- b) para manutenção de um espaço após uma perda é normalmente prudente manter esse espaço enquanto os tecidos cicatrizam;
- c) para o restabelecimento das relações oclusais, pode-se, por meio da PPRT, estabelecer uma nova relação oclusal ou dimensão vertical e também a possibilidade de condicionar os dentes e tecidos do rebordo para melhor suportar a prótese definitiva que virá depois;
- d) para o condicionamento de dentes e dos rebordos residuais, proporcionando suporte mais adequado às próteses de extremidade livre distal;
- e) como uma prótese temporária durante o tratamento para melhor cicatrização de tecidos ou no aguardo de uma prótese definitiva;
- f) no condicionamento do examinado no uso de prótese, principalmente quando a perda de todos os dentes tiver sido inevitável.

2.7 Método de Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal – Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho das Atividades Diárias da Criança (OIDP-infantil)

Estudos realizados mostraram que adolescentes atribuem importante papel à estética dentária¹⁰⁴. Dentes saudáveis e bem alinhados têm papel fundamental para a boa aparência facial em 100% das crianças com 12 anos. O aspecto facial atrativo está relacionado à personalidade com elevado grau de autoestima e autoconfiança¹⁰⁵.

Assim, é reconhecido que a condição de saúde oral na qualidade de vida de uma pessoa, especialmente no item satisfação com a aparência, pode resultar em sentimentos de timidez social com desvantagens psicossociais. Baseado em todo o exposto, fez-se necessário avaliar o impacto de danos na cavidade oral e sua repercussão nas atividades de vida diária de crianças e adolescentes⁷⁷. O índice que mede a qualidade de vida e saúde oral (OIDP) tem específica aplicação na valoração dos impactos de problemas orais nas atividades diárias. Esse índice é mais usado em adultos e idosos. Na necessidade de aplicar um índice mais específico para crianças e adolescentes, foi desenvolvido o índice denominado Impactos orais no desempenho diário – *Impact on Daily Performances* – (IODD-*child*). Esse índice de avaliação do impacto em crianças e adolescentes, corroborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é importante por medir somente os impactos causados nos últimos seis meses, correspondendo a incapacidade e *handicap*^{72,77,106,107}. Esse índice é sucinto e fácil para uso de indicadores de qualidade de vida relacionados à saúde, enfocando a avaliação de impactos de condições orais na habilidade do indivíduo em realizar atividades essenciais e comportamentais de vida diária.

A estrutura teórica em que ambos os índices são baseados já foi previamente apresentada. Os índices foram adaptados interculturalmente e utilizados em inúmeros países e locais. No Brasil, o IODD-*child* foi validado e utilizado e mede a saúde oral relacionada à qualidade de vida e pode ser aplicado às crianças brasileiras (OIDP-infantil). Trata-se de um índice conciso e facilmente administrado sob a forma de entrevista que avalia oito atividades distintas. São elas: comer; falar claramente; limpar a boca (escovar os dentes e bochechar); dormir; manter o seu estado emocional (humor) sem se estressar ou irritar; sorrir,

rir e mostrar os dentes sem sentir vergonha; fazer as tarefas da escola (ir à escola, aprender na sala de aula, deveres); ter contato com as pessoas (sair com amigos, ir à casa de amigos). Os resultados demonstraram se os traumatismos dentários apresentaram ou não impacto na qualidade de vida das crianças e adolescentes, causando limitações em suas atividades diárias^{77, 108,109}.

2.8 A perícia para avaliação do dano bucomaxilofacial

A avaliação do dano corporal é o estudo que se realiza sobre a alteração da saúde de uma pessoa, em um momento determinado, para que sirva de base à sua compensação¹². A avaliação do dano bucomaxilofacial é o estudo que o perito realiza sobre o estado de saúde ou sobre a integridade da cavidade bucal e dos dentes de uma pessoa, num momento determinado, para que sirva de base à sua reparação⁵⁰.

A avaliação do dano dentário demanda um rigor absoluto nos exames clínicos, estudos dos antecedentes e análise de imputabilidade médico-legal. Apresentado no passado como um elemento secundário da reparação do dano corporal, o dente foi sendo visto como órgão menor, fácil de substituir, não parecendo representar qualquer tipo de problemas. A frequência de lesões traumáticas dentárias isoladas ou associadas a outros traumatismos, a tomada de consciência do papel funcional e estético dos dentes, a aparição de técnicas de substituição mais e mais sofisticadas e de custos elevados deram nova importância a uma avaliação que, em certos casos, pode se revelar fácil, e em outros ser de grande complexidade¹¹⁰.

O dano dentário poderá ser pouco importante no contexto de outras lesões sensitivas e motoras, muitas vezes com prognóstico vital, reflexo de sua função exercida no âmbito geral do organismo humano, mas nem por isso se deve descuidar do rigor de nossa exploração e valorização. Aumento do número de demanda por más-práticas que afetam a todas as profissões sanitárias também atinge a Odontologia, fazendo com que os juízes solicitem, com mais frequência, peritagens específicas sobre danos bucodentários⁵⁰.

A avaliação necessita sempre de um exame preciso do estado preexistente ao traumatismo, das lesões iniciais, das suas sequelas e das possibilidades de

tratamento em função do resultado a médio e longo prazo. A estimativa da gravidade das lesões e sequelas pode ser difícil, pois ela depende frequentemente do estado anterior da dentição. São importantes o exame e a opinião técnica de um especialista, tanto nos casos simples como nos casos complexos, cujos tratamentos podem ser muito dispendiosos. Em certas situações, o cirurgião-dentista pode intervir como perito. Sendo assim, é bom entender sua linguagem e técnicas de tratamento propostas para cada especialidade, como também os métodos de exame e critérios de avaliação pericial³⁴.

O exame deve começar por uma coleta de informações e manifestações objetivas e subjetivas^{34,110}, que podem ser sistematizadas de várias formas:

- a) Filiação do indivíduo;
- b) profissão habitual, categoria de trabalho, condições de trabalho, etc.;
- c) circunstâncias em que ocorreu a lesão;
- d) tratamentos prévios recebidos;
- e) história dentária anterior;
- f) história clínica geral;
- g) dores de origem dentária;
- h) existência de problemas mastigatórios;
- i) existência de outros problemas nas funções dentárias⁵⁰.

Outro autor sugere que o interrogatório deve ser metódico e completo – o que não significa ser interminável. Certificar as declarações do examinado, devendo revisar todas as funções, como, por exemplo¹¹¹.

- a) Como sente, como vive o examinado, suas cicatrizes e as deformidades do rosto? Estas perguntas situam o examinado frente a si mesmo e à sua imagem em relação aos demais – função estética;
- b) pode apreender os alimentos com os lábios e com os incisivos, morder, mastigar? Pode mover os alimentos dentro da boca sem dificuldade? Como abre a boca? Que alimentos podem comer: duros, brandos, líquidos ou triturados? Essas funções estão conectadas com a função mastigatória;

- c) tem problemas para aspirar os líquidos com os lábios ou para ingeri-los?
- d) o gosto está normal ou diminuído? De que modo? Que sabores percebem? Estas e outras perguntas avaliam o sentido do olfato;
- e) manifesta dificuldade para mover os alimentos dentro da boca?;
- f) tem problemas na hora de deglutir? Que tipos de problema? Sente dificuldades respiratórias? Qual?;
- g) a salivação é normal?;
- h) o examinado sente algo? Quando? Como? Onde? Tem-se modificado a sensibilidade da pele, do rosto, das mucosas? Etc.;

Já a Faculdade de Odontologia da UNICAMP estabeleceu um protocolo para exames bucodentários, como se segue:

Protocolo para exame clínico pericial odontolegal civil (FOP/UNICAMP):

1. Exame Geral (defeitos físicos, alterações ao caminhar, assimetrias)
2. Exame Extrabucal (sequência clínica):
 - 2.1. Aspectos gerais (assimetrias, cicatrizes, defeitos, hemangiomas)
 - 2.2. Abertura bucal
Fazer imagens frontal e laterais obrigatoriamente
 - 2.3. Alterações na musculatura (fratura de ossos da face)
 - 2.4. ATMs
 - 2.4.1. palpação externa com três posições de abertura
 - 2.4.2. palpação intra-auricular com três posições de abertura
 - 2.4.3. auscultação três posições de abertura nos dois lados
 - 2.5. Cadeias ganglionares
 - 2.6. Parestesia
 - 2.7. Outras avaliações a critério do avaliador (alterações de fluxo salivar, alteração do paladar, pesquisa de halitose e outros)
3. Exame Intrabucal (sequência clínica):
 - 3.1. Exame dentário (odontograma conforme legenda).
Fazer fotografias oclusais obrigatoriamente
 - 3.2. Exame peridontal (IPV, ISG e profundidade sondagem por sextantes)
 - 3.3. Exame de mobilidade (manual ou com aparelho quando implantes)
 - 3.4. Exame fundo de sulco
 - 3.5. Exame das mucosas vestibulares
 - 3.6. Exame dos Lábios
 - 3.7. Exame do palato
 - 3.8. Exame do assoalho de boca
 - 3.9. Exame da língua
 - 3.10. Exame da oclusão (posições e movimentos)
 - 3.11. Exame da musculatura (intrabucal)
 - 3.12. Classificação de Angle
4. Solicitação de exames complementares ou laudos conforme necessidade

Fonte: Protocolo para perícias odontolegais civis FOP/UNICAMP.

Apesar de todas essas formas de exame pericial, o dano bucodentário continua, muitas vezes, reduzido ao seu componente orgânico³⁴. Mas esse problema pôde ser solucionado com a validação do *oro-handiteste*, um instrumento elaborado no sentido de avaliar o dano bucodentário tridimensionalmente (corpo, função e situação). Esse inventário não foi desenvolvido para ser utilizado isoladamente, mas como uma ferramenta adicional no processo de avaliação, orientando e sistematizando a descrição do dano, permitindo, assim, uma avaliação mais completa, exata e confiável. Permite também a obtenção de um *Coefficiente de Dano Orofacial*, que reflete as consequências do dano sofrido, traduzindo-o em uma escala de cinco graus de gravidade crescente^{112,113}.

Para a construção do relatório bucodentário utilizou-se o modelo pericial atualmente em vigor no Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses de Portugal, já descrito anteriormente, mas com algumas particularidades no âmbito das lesões dentárias.

2.8.1 Estabelecimento da data de cura ou consolidação no âmbito das lesões dentárias

A extrema plasticidade da criança impõe duas consequências opostas em relação ao dano corporal. A primeira é que, em geral, os tecidos de crianças e jovens têm mais capacidade de regeneração do que a dos adultos e as complicações costumam ser menores. E a outra é que nas etapas críticas de crescimento, em especial entre os sete e nove anos e entre os 12 e os 15, os tempos de tratamento se prolongam e as sequelas podem ser bem mais relevantes, devido à alta incidência na prática de jogos e desportos violentos. Existem características particulares dos traumatismos durante toda a infância, mas o mais importante é que durante esse longo período de vida a criança e o adolescente se encontram numa situação de contínua evolução com a concorrência de características biológicas, funcionais, psicológicas e patológicas especiais^{5,114,115}.

Como se viu, o estabelecimento da data da consolidação constitui um momento importante, uma vez que corresponde ao fim do período de danos

temporários e o início dos danos permanentes, momento a partir do qual não é de se esperar uma evolução positiva importante das lesões em termos sequelares. Se a data de consolidação é adiada, existe um período difícil de definir e apreciar até a data de consolidação. Pode existir um período de desconforto das atividades lúdicas e desportivas que praticava previamente ao evento lesivo, um período em que devem terminar seus tratamentos e também um período durante o qual o indivíduo espera um último controle, destinado a assegurar que não há mais evolução^{52,116}.

Em certos casos, a consolidação poderá somente ser fixada após o final do crescimento. É, então, imperativo que o perito não admita qualquer violação, mesmo que corra o risco de se indispor com o juiz. No entanto, a consolidação pode às vezes ser estabelecida, expondo, sem alguma ambiguidade, uma restrição até o final do crescimento, o que facilitará os traumatismos leves, o julgamento e a decisão do processo¹¹⁶.

O ideal da data de consolidação na criança seria no fim do crescimento e dos tratamentos: 16 anos meninas e 18 anos meninos. Isso se deve aos desvios dos eixos epifisiodeses, coxas magnas e encurtamentos que alteram a evolução com a puberdade. Entretanto, existem danos em crianças e adolescentes, que trazem significativa repercussão antes da data ideal de consolidação^{5,117}. No entanto, durante toda a sua escolaridade, ao longo desses anos, sob o olhar do outro importa talvez mais que outras etapas da vida, por um período certamente temporário não determinante, tratando-se da construção da personalidade da aquisição da confiança em si⁶⁶.

Para valorizar as sequelas traumáticas na criança e no adolescente, que são necessariamente diferentes das do adulto, por questões que se prendem à funcionalidade da justiça e das reticências da família considera-se semelhante à do adulto⁵.

Existem várias formas para determinar a data da consolidação. Alguns autores descrevem a utilização de tabelas, como se mostra no QUADRO 3, que podem ser úteis nesse processo. Conforme o QUADRO 3, há alguns prazos para auxiliar o perito iniciante a fixar a data de consolidação médico-legal das lesões que afetam o sistema estomatognático.

Quadro 3 - Prazos de consolidação em Medicina dentária^{55, 118}

LESÕES INICIAIS	PRAZOS
<i>Lesões Dentárias</i> <ul style="list-style-type: none"> • Contusão dentária • Fratura sem perda dentária • Perda dentária • Luxação parcial reduzida • Reimplantação 	<p>6 meses</p> <p>A partir da restauração realizada</p> <p>A partir da restauração realizada</p> <p>1 ano</p> <p>1 ano</p>
<i>Fratura alveolodentária</i> <ul style="list-style-type: none"> • Sem deslocamento • Com deslocamento • Com perda dentária 	<p>6 meses</p> <p>1 ano</p> <p>A partir da restauração realizada</p>
<i>Fratura dos maxilares</i> <ul style="list-style-type: none"> • Porções dentadas • Fraturas articulares do côndilo • Fraturas extra-articulares do côndilo 	<p>1 ano</p> <p>18 meses</p> <p>1 ano</p>
<i>Fratura do malar</i> <ul style="list-style-type: none"> • Sem diplopia 	<p>1 ano</p>
<i>Fratura do terço médio</i> <ul style="list-style-type: none"> • Sem lesão das vias lacrimais • Com lesão das vias lacrimais 	<p>1 ano</p> <p>18 meses</p>
<i>Ferida de tegumentos</i> <ul style="list-style-type: none"> • Ferida extraorificielle • Ferida orificielle • Ferida com perda de substância • Feridas nas crianças 	<p>18 meses</p> <p>2 anos</p> <p>3 anos</p> <p>3 anos</p>
<i>Lesão do nervo sensitivo</i> <ul style="list-style-type: none"> • Nervo alveolar inferior • Nervo infraorbitário 	<p>2 anos</p> <p>18 meses</p>

Fonte: Sapanet (1995)⁶⁵.

2.8.1.1 Problemas particulares para fixar a data de consolidação

O estabelecimento da data de consolidação médico-legal das lesões deve ser fixado o mais cedo possível no dia da colocação das prótese definitivas, na medida em que este ato implica significativa mudança clínica. Na verdade, devido ao custo das próteses, com que a vítima frequentemente não pode arcar, a colocação das próteses definitivas é muitas vezes tardia, quando não é prorrogada unicamente na espera da perícia. De fato, muitas vezes, a vítima espera a conclusão do relatório antes de começar os tratamentos, de forma a

poder ver financiados os tratamentos de que necessita. A avaliação dos danos pode, assim, ficar em suspense e paralelamente o magistrado e o perito veem-se impedidos de tomar uma decisão, porque a data de consolidação só poderá ser estabelecida quando qualquer tratamento não é mais necessário, a não ser para evitar o agravamento⁵⁵.

Nas perícias judiciais, na ausência da colocação de próteses, o perito tem apenas duas possibilidades. Uma delas é adiar a data da consolidação e então o magistrado acordará as provisões financeiras para a realização de próteses, mas os danos não poderão ser definitivamente fixados (na realidade, os danos devem ser avaliados com exatidão para serem indenizados e a ausência de prótese não permite considerar essa certeza como adquirida). A outra possibilidade é fixar a data de consolidação e avaliar os danos no momento, informando o Tribunal do custo das próteses⁵⁵.

Nas crianças a evolução cicatricial é mais longa (18 meses a dois anos) e permanece incerta até a puberdade. Contudo, muito frequentemente existe melhora com o tempo. Apesar disso, os pais evocam frequentemente a eventualidade de uma intervenção na idade adulta. Nesse caso, o dano estético é quantificado como observado no dia da perícia, sua provável melhora que está por vir é mencionada e o caráter aleatório de indicação operatória é relatado. Caso haja agravamento, justifica-se a reabertura do processo⁵⁵.

2.8.1.2 Estado anterior dentário

O estado anterior dentário é particularmente frequente, dada a prevalência de cárie e de anomalias ortodônticas. O diagnóstico clínico do médico-dentista e o plano de tratamento são um ato global que atribui conjuntamente o traumatismo em questão. Isso impõe problemas particulares de imputabilidade, quando o perito desconhece o estado anterior e atribui ao traumatismo em questão todas as consequências das lesões e os tratamentos a serem realizados, em particular protéticos, que, bem justificados, são de fato ligados ao estado anterior. Duas circunstâncias diferentes se apresentam ao perito, conforme os tratamentos tenham sido adiados à espera da perícia ou realizados⁵⁵:

A) Quando os tratamentos foram adiados à espera da perícia

Essa situação leva a uma avaliação rigorosa. O exame clínico e radiográfico permite ao perito diferenciar entre lesões traumáticas e lesões cáries e periodontais preexistentes na grande maioria das vezes. A estimativa é o ponto que demanda mais atenção. É necessário assegurar que os tratamentos planejados tenham relação direta com os traumatismos. O plano de tratamento poderá estimar somente em relação às lesões traumáticas, mas é uma circunstância rara. O mais frequente é o profissional realizar um plano de tratamento detalhado, não diferenciando lesões preexistentes daquelas objeto de avaliação, o que não permite fixar as despesas imputáveis somente ao traumatismo. Nos dois casos, é dever do perito anotar todas as alterações observadas na boca, informar ao sinistrado que as estimativas globais não podem ser utilizadas de base para uma indenização referente ao traumatismo objeto da lide.

B) Quando os tratamentos são realizados

Essa situação é muito desfavorável quando não são fornecidos os documentos necessários para diferenciar lesões preexistentes das devidas ao traumatismo. O perito deve confrontar os custos estimados e os exames complementares radiográficos com o relatório clínico. Em certos casos, as descrições das próteses não são fornecidas e apenas as faturas do médico-dentista ou as folhas de pagamento dos órgãos sociais são disponibilizadas. Ressalta-se que é a vítima que deve apresentar os documentos necessários para provar seu dano. Se os documentos não são fornecidos, o perito concluirá registrando, sobretudo, que o exame não permite afirmar o nexo de causalidade, que a prova real de uma relação entre os gastos envolvidos e o dano não está estabelecida. Quando os documentos são fornecidos, o perito confrontará todos os documentos para limitar a reparação do dano aos que são realmente imputáveis.

No capítulo da discussão do relatório pericial, o perito deverá mencionar a existência de um estado patológico anterior. Nesse contexto, o perito deve diferenciar o estado anterior do traumatismo. Veja-se, por exemplo, a seguinte

situação: se o sinistrado apresenta periodontite crônica que estava presente anteriormente ao traumatismo sofrido, o grau de reabsorção das paredes ósseas alveolares, confirmado por um exame radiográfico, pode ser tal que demonstre que antes do traumatismo sofrido os dentes já apresentavam mobilidade. Além disso, já existia reabsorção radicular pronunciada. Sobre a eventualidade de lesões futuras imagine-se a seguinte situação: uma fratura extensa com perda de esmalte e dentina. O risco de lesões futuras reside na perda de vitalidade desse dente. Esse dente merece acompanhamento clínico e radiográfico nos oito anos subsequentes à data do traumatismo: a simples mudança de coloração é um sinal anunciador de mortificação ou de uma complicação infecciosa pulpar que pode surgir nesse lapso de tempo como consequência direta do traumatismo. A realidade do estado sequelar também deve ser observada. Nesse cenário, deve o perito observar se a agressão dentária deixou ou não sequelas visíveis na vítima. Registram-se, por exemplo, que as contusões dentárias descritas são reversíveis devido ao tratamento proposto, talas de contensão.

A duração do déficit funcional temporário é outro dos aspectos que o perito deve mencionar na discussão do relatório pericial, como, por exemplo: considerando o traumatismo sofrido e descrito pelo sinistrado e os prontuários médicos iniciais, pode-se estimar por razões médicas o período durante o qual a vítima esteve totalmente impedida de realizar suas atividades habituais em número de dias. A data de consolidação é outro ponto a ser considerado. Atualmente, os três critérios que permitem definir a data de consolidação são: o caráter crônico dos transtornos, a ausência de evolução e o fim da terapêutica ativa. Fixar a data e justificar, pronunciar sobre a existência ou não de uma alteração permanente da integridade física e psíquica em consequência ao trauma. E, por último, consultar uma tabela de referência para avaliar o déficit funcional permanente⁵⁵.

2.8.2 Danos extrapatrimoniais temporários no âmbito das lesões dentárias

Abordam-se agora os parâmetros de danos extrapatrimoniais temporários, mas no âmbito das lesões que envolvem o sistema estomatognático.

2.8.2.1 Déficit funcional temporário dentário

As lesões habitualmente observadas nos traumatismos dentários raramente dão origem a um déficit funcional temporário total. Isso porque o mais comum é, então, as vítimas entrarem num período de déficit temporário parcial que, por norma, é de curta duração. Já os traumatismos maxilofaciais apresentam com mais frequência um déficit funcional temporário total, muitas vezes prolongado e ao qual muitas vezes se segue um déficit funcional temporário parcial⁴⁸. Isso porque as lesões maxilofaciais são, por norma, mais complexas. Por outro lado, habitualmente as lesões dentárias não provocam, por si sós, perda de autonomia, sendo as licenças de trabalho de curta duração. Claro está que em certas profissões, como cantores, modelos, apresentadores de televisão ou músicos, esse período será prolongado e muitas vezes se segue um déficit funcional temporário total. Ainda assim, na maioria das situações, a colocação de próteses temporárias permite o retorno às atividades normais³⁴.

2.8.2.2 *Quantum doloris* dentário

Em princípio, o *quantum doloris* puramente dentário raramente excede ao adjetivo moderado, o mesmo que dizer até três numa escala de zero a sete graus¹¹⁰. Em matéria de lesões dentárias isoladas, dificilmente se imagina um grau superior a 1 ou 1,5 numa escala de sete graus de gravidade crescente. Claro está que este não será o caso num quadro de lesões múltiplas alveolares associadas, nas quais, quando se refere apenas ao tratamento, isso pode ser extremamente penoso. Um *quantum doloris* de grau superior a 4/7 para um dano maxilofacial poderá ser concebível quando justificado pelo período de hospitalização de um a dois meses. A título de exemplo, refira-se ainda: fratura

simples de um dente sem atingir a polpa: QD=0,5/7; fratura de um dente com exposição pulpar: QD=1/7; fratura de um dente que necessita de sua extração e a realização de prótese: QD=1,5/7; fratura com extração e a realização de um implante: QD=2,5/7; fratura de vários dentes associada à fratura do processo alveolar: QD=3/7⁵⁵.

Quando se refere às lesões dentárias em relação às dores e lesões iniciais e aos incômodos dos tratamentos e restaurações protéticas secundárias, diz-se que essas lesões raramente ultrapassarão o grau 4/7³⁴.

As lesões maxilofaciais poderão ser agrupadas em termos de *quantum doloris* da seguinte forma: na categoria “muito ligeiro” (1/7) poderão ser incluídas as contusões faciais múltiplas com erosões e hematomas; pequenas feridas suturadas com anestesia local e as fraturas coronárias sem exposição da polpa. No grupo “ligeiro” (2/7) estão as lesões faciais mais complexas suturadas com anestesia local, curto período de hospitalização e sem perda de substância; avulsão dentária; fratura coronária com exposição pulpar e a mortificação pulpar. Já na categoria “moderado” (3/7) estão aqui incluídas as fraturas faciais não atingindo os dentes, nem as articulações temporomandibulares (fraturas do malar e fraturas dos ossos próprios do nariz) tratadas com redução e anestesia geral com ou sem osteossíntese. As lesões descritas no grupo “médio” (4/7) são as fraturas faciais com necessidade de bloqueio maxilar e depois osteossíntese; várias intervenções com anestesia geral; hospitalização prolongada. No grupo “considerável” (5/7) estão as feridas complexas com perda de substância, com necessidade de cuidados locais prolongados durante a hospitalização; traumatismo facial complexo que justifica estabilização com enxerto ósseo e redução das articulações temporomandibulares prolongadas, superior a três meses, com arco de reeducação em cima ou material de reeducação temporária. Na categoria “importante” (6/7) estão incluídas as múltiplas intervenções cirúrgicas ou associadas num quadro de traumatismo por projétil de arma de fogo e as queimaduras faciais com necessidade de mais meses de tratamento. E por último, no grupo “muito importante” (7/7), estão as circunstâncias excepcionais para a especialidade, correspondendo à desfiguração com longos meses de hospitalização, múltiplas intervenções, seguida de falhas, pseudoartroses, reintervenção e reeducação durante longos meses. Quando se avaliam os traumatismos localizados unicamente dentários, devem-se levar em consideração

o próprio trauma e as dores inerentes aos tratamentos: extração, tratamentos radiculares, sendo valorizados numa escala de sete graus crescentes entre o grau 1/7 e 2/7⁴⁸.

Pelo que foi dito, parece evidente a grande subjetividade que preside a determinação do *quantum doloris*, que depende de maneira inconsciente das experiências vividas pelo perito. Os indivíduos são diferentes e reagem de maneiras diversas. A cada sexo e/ou idade os fenômenos dolorosos são sentidos de modos distintos e, assim, subjetivos⁴⁸.

No sentido de melhorar as orientações que presidem à determinação do *quantum doloris*, em 2007 a *Société Française de Médecine Légale* (SFML) e a *Fédération Française des Associations de Médecins Conseils Experts en évaluation du dommage corporel* (FFAMCE)⁵⁷ elaboraram uma grade indicativa para avaliação do *quantum doloris* na qual fazem referência a dois exemplos relacionados aos danos dentários e maxilofaciais. Assim, e segundo essa grade, feridas suturadas e lesões dentárias tratadas, as quais tiveram curto período de internação para monitoramento, deverão corresponder a um grau de 0,5/7; por outro lado, fraturas maxilares depois de osteossíntese e/ou bloqueio as quais tiveram intervenção cirúrgica sob anestesia geral ou locorregional deverão corresponder ao grau quatro numa escala de sete graus de gravidade crescente^{37,55}.

Quadro 4 – *Quantum doloris* dentário

Grau	Parâmetro de avaliação	Exemplo
0,5/7	Curto período de internação para monitoramento	Feridas suturadas e lesões dentárias tratadas
4/7	Intervenção cirúrgica sob anestesia geral ou locorregional	Fratura maxilar depois de osteossíntese e /ou bloqueio.

2.8.2.3 Dano estético temporário dentário

A avaliação do dano estético temporário é incontestável de ser indenizado, qualquer que seja a gravidade das lesões e das sequelas. Assim, deve-se levar em consideração na indenização do prejuízo estético temporário em matéria dentária a edentação temporária, já que esta constitui indubitavelmente uma perda de atração do lesionado^{38,66}. Os tempos de reconstrução protética também devem fazer parte do dano estético temporário. Veja-se, por exemplo, a colocação de implantes osteointegrados na arcada anterior, cujo tempo de reconstrução protética poderá durar anos⁴⁸. Sublinhe-se que existe dano estético temporário antes da colocação da prótese dentária que geralmente desaparecerá após reconstrução protética definitiva^{104,119}.

Na realização da valoração deve-se diferenciar, por um lado, a alteração estética que se prevê temporal por ser suscetível de tratamento e reparação no futuro ou porque acabará desaparecendo. E, por outro lado, a alteração estética permanente que precisa de estudo de sua evolução mais provável e cujas considerações podem levar a determinar que será preciso reavaliação futura. O estudo descritivo da alteração estética na infância e adolescência merece, por isso, cuidado especial relacionado a prognóstico e possibilidades de reparação cirúrgica. Efetivamente, a criança apresenta algumas peculiaridades próprias da idade, do desenvolvimento, que se podem repercutir na estética, modificando-a até chegar à idade adulta. Assim, ao realizar uma avaliação, o perito deve considerar a alteração estética temporária como suscetível de tratamento e reparação no futuro³⁸.

3 CAPÍTULO III - CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

3.1 Introdução

A quantificação do dano corporal é um dos elementos essenciais dentro do trabalho pericial médico. O trabalho do perito centra-se essencialmente em comunicar ao juiz a quantidade exata do dano existente, para que este possa tomar uma decisão justa prevista na Lei.

Considerando as diretrizes atuais da União Europeia no que concerne à indenização do dano, busca-se que em situações semelhantes se verifiquem idênticas reparações, tal como defende o Professor Duarte Nuno Vieira¹²⁰ conforme a seguir transcrito:

- [...] continuam existindo variações substanciais na valorização e reparação dos danos em diversos países da União Europeia, tais como:
1. a valoração e indenização dos danos extrapatrimoniais são muito variáveis de país a país e continuam ligadas a filosofias nacionais com uma forte influência cultural;
 2. os conceitos e os distintos tipos de danos com frequência não se superpõem entre os distintos países e, em alguns, se verifica uma decomposição dos diversos parâmetros de dano, o que se contrapõe ao rigor e à clareza necessária para uma valoração de reparação equitativa das indenizações;
 3. os montantes indenizatórios para danos equivalentes variam muito entre os países e não são proporcionais ao nível socioeconómico;
 4. a proporção de resoluções por acordos judiciais é muito variável entre os países;
 5. existem alguns países com fortes obstáculos deontológicos, o que impede a obtenção de informações por parte dos peritos;
 6. o papel do perito médico que avalia os tipos de dano, o seu estatuto, a sua formação e seus métodos de valoração são muito variados nos diversos países da União Europeia;
 7. os *utensílios ou métodos* à disposição dos peritos variam em dependência do país que se trata.

Com instrumentos de medida tão distintos, as medições tendem a ser dispare, sendo desejável mais harmonização e mais intercâmbio de conhecimentos e procedimentos científicos em todo o mundo. Segundo refere o Professor Duarte Nuno Vieira, “Esta pretendida harmonização não se conseguirá através de uma diretiva e resoluções comunitárias, mas pela força de intercâmbios, estudos comuns, exemplos recíprocos, tempo e, sobretudo, muita paciência e bom senso”. O mesmo autor acrescenta¹²⁰ que “se a unificação da moeda se verifica, por que razão não se verificará a valoração dos danos nos mesmos moldes? É possível que isso não se verifique de um dia para outro, mas certamente terá lugar a longo prazo! Logo, a harmonização é possível”.

A importância indenizatória poderá ser diferente em avaliações de danos semelhantes dependentes do padrão socioeconômico e do local onde reside a vítima, mesmo que haja os mesmos parâmetros de análise dos danos a serem considerados em qualquer parte do planeta. Existem muitas notas explicativas para classificação pormenorizada que vêm de estudos de décadas, para tentar esclarecer e objetivar a apreciação subjetiva do dano.

Como este trabalho se refere a danos em crianças e adolescentes, partiríamos da citação⁷⁰ que diz que o traumatismo dentário pode ocasionar perdas dentais irreparáveis em alguns casos, tanto no momento do acidente como no decorrer do tratamento ou até mesmo anos após. Dessa forma, essa condição pode criar sérios danos estéticos, psicológicos, sociais, além de produzir significativos custos para a vítima do traumatismo. Esses danos afetam também seus pais e o profissional que presta o atendimento, uma vez que a sua resolução adequada e “definitiva” nem sempre é simples e rápida¹⁰⁶.

Assim sendo, surgiu a necessidade de fazer a síntese dos conhecimentos médicos de avaliação dos danos já existentes e dos estudos epidemiológicos de modo a alargar essa problemática que considerasse agora também o impacto que as lesões podem causar.

Depois de realizada revisão bibliográfica com base na pesquisa de artigos de revistas científica, livros, internet, teses de licenciatura, de mestrado e doutoramento, fez-se a análise da amostra com o intuito de se comparar e discutir o seu conteúdo com as opiniões constatadas no capítulo II do presente estudo. Considera-se a discussão dos resultados um ponto fundamental desta dissertação, porque estes caracterizam e demonstram os objetivos e as diferentes opiniões sobre a problemática aqui proposta.

Na realização deste trabalho consideram-se duas tônicas principais: os traumatismos dentários, em especial as avulsões dentárias de dentes anteriores de crianças e adolescentes, e a avaliação dos danos corporais pós-traumáticos. São temas problemáticos e ao mesmo tempo intrigantes, sendo necessária mais integração para melhor conhecimento da questão.

Para que a análise dos danos nas crianças e nos adolescentes seja feita de maneira efetiva, é fundamental que as consequências dos traumatismos sejam investigadas e valoradas diferentemente das do adulto.

A discussão e consecução dos resultados elaborada neste trabalho foram a forma de confrontar os nossos resultados com os existentes na literatura nacional e internacional. Inicialmente deparamos com algumas dificuldades para localizar trabalhos semelhantes aos nossos ou que discutissem assuntos correlacionados. Observou-se que não existe publicação que aborde a especificidade das duas vertentes por nós apontados, isto é, que tratasse especificamente do impacto das avulsões em dentes anteriores de crianças e adolescentes e a avaliação pericial, sobretudo no que concerne ao estabelecimento da fixação da data de consolidação médico-legal das lesões.

Como estabelecer a data de consolidação na criança? O ideal seria no fim do crescimento? No entanto, por questões que se prendem à funcionalidade da justiça e às reticências da família, hoje em dia é semelhante à do adulto. Mas o perito nunca pode esquecer que as crianças são seres indefesos em desenvolvimento e toda avaliação tem suas exceções⁵.

Nessa sequência, estabelecem-se as seguintes questões:

- a) Como estabelecer a data de consolidação na criança?
- b) a consolidação ideal seria no fim do crescimento?
- c) é isso que se faz atualmente em toda parte?
- d) quais os parâmetros de danos a considerar na avaliação extrapatrimonial de danos temporários nas lesões do sistema estomatognático em crianças e adolescentes?

3.1.1 Objetivos

Os objetivos definidos para esta pesquisa dividem-se em geral e específicos.

3.1.1.1 Objetivo geral

Contribuir para a avaliação dos danos extrapatrimoniais orofaciais temporários em crianças e adolescentes usuárias de prótese temporária, após perda do dente anterior permanente causada por avulsão traumática.

Propõe-se uma nova metodologia consoante a necessidade de introduzir novos conceitos na prática pericial utilizada nos dias atuais, principalmente no que se refere ao estabelecimento da data de consolidação médico-legal das lesões.

É necessário:

- a) Criar uma nova metodologia adequada aos traumatismos dentários;
- b) adequar a data de consolidação médico-legal;
- c) distinguir e avaliar os parâmetros de danos temporários;
- d) caracterizar o impacto na qualidade de vida, nomeadamente a avaliação do déficit funcional temporário, do *quantum doloris* e do dano estético temporário.

3.1.1.2 Objetivos específicos

- a) Avaliar o impacto psicossocial da utilização de prótese temporária em examinados com perdas dentárias decorrentes das sequelas de avulsão traumática de dentes anteriores permanentes;
- b) avaliar o papel de fatores, tais como:
 - Duração do tratamento;
 - idade no momento da colocação da prótese temporária;
 - idade no momento da extração do dente;
 - tipo de prótese temporária (fixa ou removível);
 - gênero no impacto psicossocial da utilização de prótese temporária.

Os resultados obtidos:

- a) servirão para o confronto com outros resultados publicados em trabalhos de rigor academicamente reconhecido;
- b) funcionarão como ponto de partida para investigar novos trabalhos nessas matérias;
- c) poderão servir de apoio a trabalhos que não versam exatamente sobre esses temas.

3.2 Material e métodos

Esta pesquisa foi realizada em acordo com as normas e diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta o envolvimento de seres humanos, e foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ANEXO A).

A entrevista é acompanhada de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual constam todas as informações referentes à pesquisa. São considerados o sigilo sobre a identidade do sinistrado participante e a sua autorização expressa em colaborar com o estudo (APÊNDICE A).

A amostra aleatória consistiu de 96 examinados com idade à partir de 11 anos, de ambos os sexos, atendidos na Clínica de Traumatismo Dentário da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Brasil, que sofreram avulsão dentária seguida de reimplante de dente anterior e posterior extração com colocação de prótese parcial removível ou fixa, ambas temporárias.

Foram examinadas e entrevistadas por um único médico-dentista (FCHB), que passou por treinamento e calibração para proceder às perguntas.

O Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho das Atividades Diárias da Criança (OIDP-infantil) foi utilizado para medir os impactos orais sobre a capacidade das crianças e adolescentes, nas suas atividades diárias relativas aos desempenhos físico, psicológico e social.

Este indicador foi escolhido porque ele mede apenas os “últimos impactos” que correspondem aos conceitos de WHO de *disability* e *handicap*, evitando assim uma marcação dupla do mesmo impacto oral em diferentes níveis:

- a) O primeiro nível da estrutura conceitual de *World Health Organization* (WHO) para a *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* refere o estado oral, condições e limitações e representa o campo medido pela maioria dos índices clínicos;
- b) o segundo nível ("impactos intermédios") inclui dor, desconforto, limitação funcional ou insatisfação com a aparência⁷⁰.

A aplicabilidade do OIDP-infantil é fácil e prático porque é claro e explícito para a compreensão. É sucinto e fácil para uso de indicadores de qualidade de vida relacionados à saúde, enfocando na avaliação de impactos de condições orais na habilidade do indivíduo em realizar atividades-chave e comportamentos da vida diária¹⁰⁹.

Esse índice avalia as oito atividades já citadas anteriormente e possui uma lista com todos os problemas bucais que as crianças são capazes de perceber e utiliza figuras para ilustrar as perguntas. Os examinados são solicitados a identificar quais desses problemas elas apresentaram nos seis meses anteriores, a relatar se os problemas experimentados causaram alguma dificuldade para realizar atividades da vida diária e a indicar a frequência e a gravidade com que a dificuldade ocorreu^{108,121,122} (ANEXO B).

A medida do escore OIDP-infantil baseia-se no cálculo de escores de desempenho para cada um dos itens incluídos no índice. Assim, o resultado final será obtido pela seguinte fórmula: $\text{Escore OIDP-infantil} = [(\text{frequência de comer} \times \text{gravidade de comer}) + (\text{frequência de falar} \times \text{gravidade de falar}) + (\text{frequência de limpar} \times \text{gravidade de limpar}) + (\text{frequência de dormir} \times \text{gravidade de dormir}) + (\text{frequência de sorrir} \times \text{gravidade de sorrir}) + (\text{frequência de estabilidade emocional} \times \text{gravidade de estabilidade emocional}) + (\text{frequência de trabalho escolar} \times \text{gravidade de trabalho escolar}) + (\text{frequência de contato social} \times \text{gravidade de contato social})] \times 100/72$ ¹⁰⁹. Os resultados desse índice pretendem demonstrar se os traumatismos dentários apresentaram ou não impacto na qualidade de vida das crianças e adolescentes, causando limitações em suas atividades diárias^{77,109}.

3.2.1 Metodologia e Resultados

Neste item serão descritos a metodologia e os resultados obtidos neste estudo.

3.2.1.1 Metodologia

O objetivo do presente estudo foi caracterizar o impacto na qualidade de vida de crianças e adolescentes bem como avaliar sua relação com algumas características dos examinados, como sexo, idade e tipo de acidente.

Para tanto, foram avaliados 96 indivíduos cujas informações relacionadas ao evento foram obtidas por meio de pesquisas nos prontuários dos mesmos e das entrevistas aplicadas.

Os dados recolhidos foram tabulados e submetidos a análises uni e multivariadas com o auxílio dos *softwares Statistical Package for the Social Science (SPSS) e SmartPLS*, com o intuito de elaborar o tratamento estatístico para responder às questões levantadas pela pesquisa^{123,124}.

A análise dos dados iniciou-se com a utilização de técnicas de análise descritiva, a saber: tabelas contendo a frequência absoluta e relativa bem como estatísticas como média, mediana e desvio-padrão para a identificação das principais características dos examinados.

Os percentuais de ocorrências do impacto, bem como o escore médio do impacto, foram caracterizados pelo percentual de observações e a média, respectivamente, além do intervalo de confiança 95%.

Para avaliar os fatores associados ao dano utilizaram-se as tabelas de contingência e o teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher^{123,124}.

Para o caso do escore médio, empregou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney para avaliar a diferença entre os grupos quanto ao escore médio. A utilização desse teste deve-se ao fato de os dados de escore não apresentarem distribuição normal (teste de Shapiro-Wilk).^{123,124}

Para avaliar a confiabilidade interna das escalas utilizadas no questionário para mensurar a comunicação do projeto, a mobilização e a mudança de hábitos,

utilizou-se o alfa de Cronbach, cujo valor mínimo obtido deve ser maior que 0,6, segundo Hair *et al* 2009.

A avaliação conjunta das relações entre as características dos examinados e a existência ou não de impacto foi realizada segundo o modelo de regressão logística. Para o caso da avaliação para o escore, adotou-se o modelo de regressão linear.

Para determinar se as diferenças e associações encontradas são estatisticamente significativas, usou-se o nível de significância de 5%. Assim, consideraram-se como significativas diferenças e associações cuja probabilidade de significância do teste, p-valor, é igual ou inferior a 0,05.

3.2.1.2 Resultados

A amostra foi construída a partir da análise descritiva das principais características dos examinados. Essas informações são importantes para determinação do perfil geral dos indivíduos estudados.

A distribuição por sexo, idade, tipo de acidente e tipo de prótese constituiu informações necessárias para a determinação do perfil geral dos indivíduos estudados.

A TAB. 1 mostra os resultados obtidos a respeito das características segundo idade, idade quando da ocorrência do evento, tempo entre a primeira consulta e a colocação da prótese e o tempo de utilização da prótese.

Tabela 1 - Descrição da idade e tempo entre consulta e colocação de prótese e utilização de prótese

Característica (anos)	Mediana	Q1	Q3
Idade atual	15,0	13,0	18,0
Idade evento	10,0	8,0	12,0
Tempo consulta até prótese	2,9	1,7	4,2
Tempo utilização prótese	1,9	0,8	3,3
Tempo evento até prótese	5,6	3,5	7,2

Observe-se que a mediana da idade dos pacientes é de 15,0 anos, variando de 13 a 18 anos. A mediana da idade dos pacientes aquando da ocorrência do evento, é de 10,0 anos, variando de 8 a 12 anos. Os pacientes colocaram a prótese com 2,9 anos após a consulta, variando de 1,7 a 4,2. Já o tempo mediano de utilização da prótese foi de 1,9 anos, variando de 0,8 a 3,3 anos. O tempo mediano entre o evento e a colocação da prótese foi de 5,6 anos, variando de 3,5 a 7,2 anos.

A TAB. 2 mostra a distribuição segundo sexo, tipo de acidente e tipo de prótese temporária fixa ou removível.

Tabela 2 - Distribuição segundo sexo e tipo de acidente

Característica	Quantidade	Percentual
Sexo		
Masculino	58	67,4
Feminino	28	32,6
Tipo de acidente		
Queda	27	31,4
Bicicleta	20	23,3
Acidente trânsito	10	11,6
Brincadeira	9	10,5
Casa	8	9,3
Futebol	5	5,8
Escola	4	4,7
Briga	3	3,5
Tipo de prótese temporária		
PPRT	71	82,6
PPFT	15	17,4
Total	86	100,0

Gráfico 1 - Distribuição por sexo

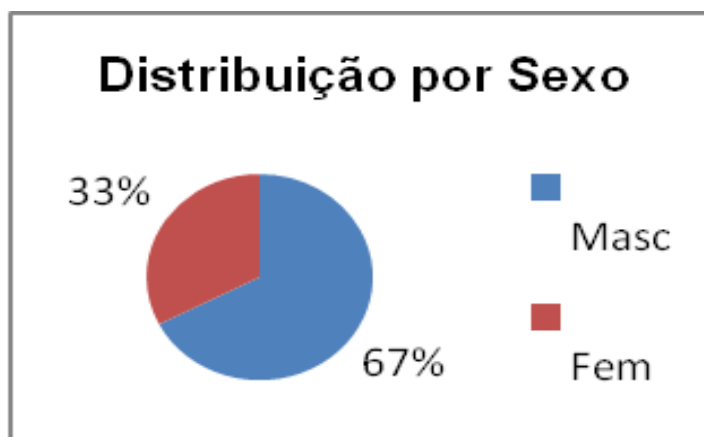


Gráfico 2 - Distribuição por tipo de acidente

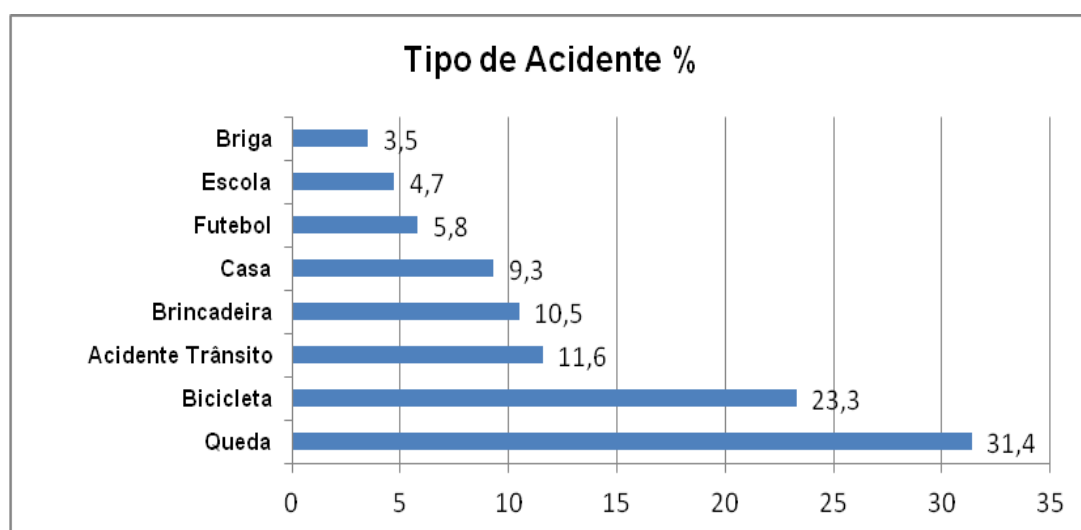
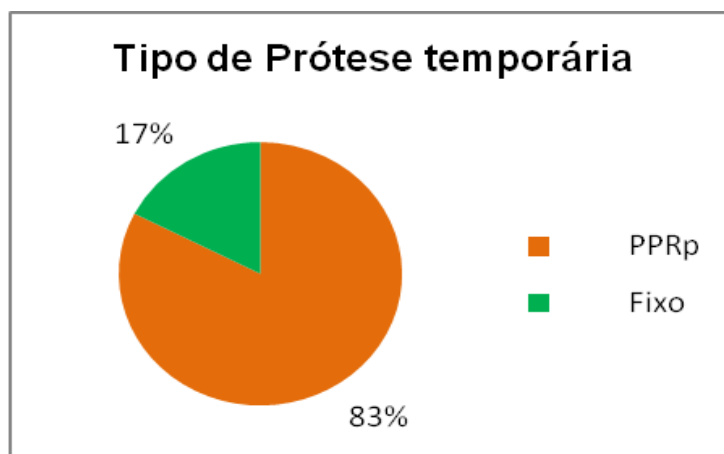


Gráfico 3 - Distribuição segundo tipo de prótese temporária



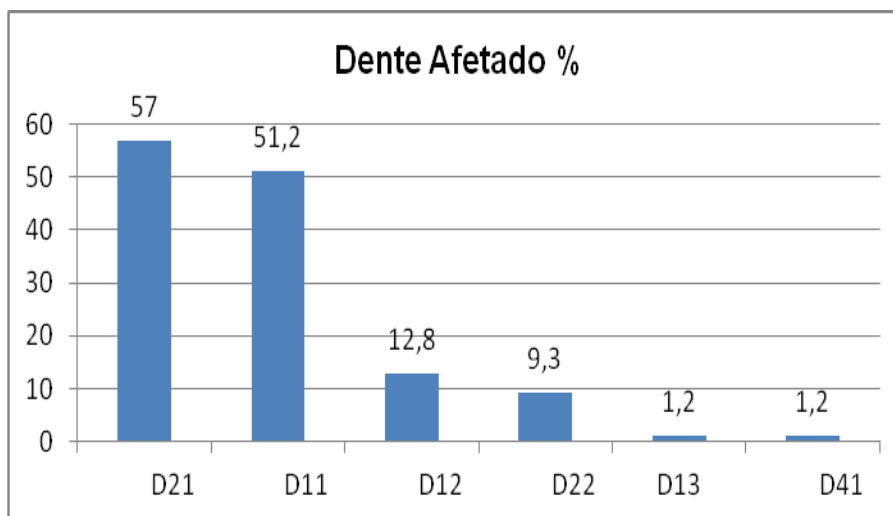
A maioria dos examinados era do sexo masculino, representando aproximadamente 67% do total acompanhado. As quedas foram o acidente mais frequente, relatado por 31% dos examinados. Seguiram-se os acidentes de bicicleta e acidente de trânsito com atropelamento, de moto, etc., com 23 e 12% de representatividade, respectivamente. Entre as próteses implementadas, a PPRT foi a mais frequente, presente em 83% dos examinados, sendo que somente 17% utilizavam prótese temporária fixa.

A TAB. 3 informa a distribuição segundo o dente afetado.

Tabela 3 - Distribuição segundo dente afetado

Dente Afetado	Quantidade	Percentual
Dente 21	49	57,0
Dente 11	44	51,2
Dente 12	11	12,8
Dente 22	8	9,3
Dente 13	1	1,2
Dente 41	1	1,2

Gráfico 4 - Distribuição segundo dente afetado



Nota-se que, entre os dentes afetados, o mais comum é o D21, presente em 57% dos acidentes relatados. O segundo mais afetado é o D11, com 51% de representatividade, seguido pelo D12, com 13%, e o D22, com 9%. Aparecem ainda os dentes D13 e D41, referenciados apenas uma vez.

A) Avaliação da consistência interna das escalas

Antes de iniciar a avaliação dos resultados relativos à percepção dos examinados quanto ao impacto, é preciso analisar a adequação das escalas utilizadas para medir cada uma dessas variáveis. Utilizou-se o teste de confiabilidade interna dos dados, Alfa de Cronbach^{123,124}. Concluiu-se que a consistência interna das escalas é boa quando o valor encontrado está acima do nível mínimo aceitável, que é de 0,6.

A TAB. 4 apresenta o valor de alfa obtido para o cálculo do impacto.

Tabela 4 - Alfa de Cronbach avaliado para os itens da pesquisa

Variável	Alfa de Cronbach Final
Dano Global	0,756

A partir da análise da TAB. 4 é possível inferir que o valor global de alfa para o impacto é de 0,756, o que leva a concluir que existe consistência nas

escalas utilizadas para calcular o impacto, sendo que o valor de alfa ficou acima do nível mínimo aceitável.

A secção a seguir apresenta a avaliação do impacto.

B) Avaliação do impacto da condição de saúde oral na qualidade de vida

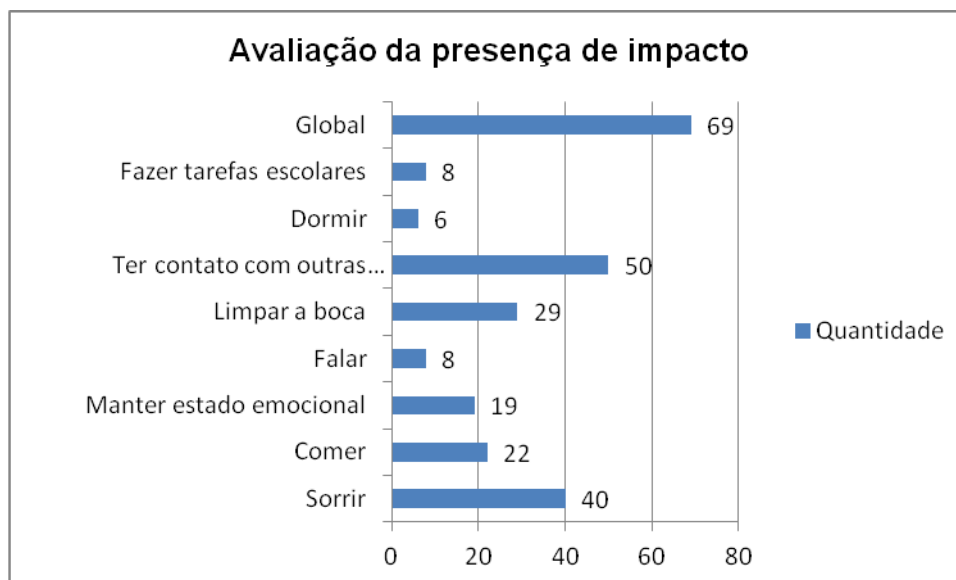
O impacto da condição de saúde oral na qualidade de vida foi feito por análise qualitativa, ou seja, teve ou não impacto e uma numérica, com o score que representa a gravidade do impacto. O impacto será descrito segundo 8 critérios representados pelas atividades: comer; falar claramente; limpar a boca; dormir; manter o seu estado emocional sem se irritar; sorrir; fazer as tarefas da escola; ter contacto com as pessoas, além do dano global. A avaliado segundo a soma de todos os 8 itens. Inicialmente será feita a descrição do impacto em todos os níveis de atividade, utilizado a resposta categórica, que representa a presença ou não de impacto.

A TAB. 5 destaca a frequência de ocorrência do impacto em cada uma das atividades descritas.

Tabela 5 - Avaliação da presença de impacto

Atividades	Quantidade	Percentual	IC 95%	
			Inf.	Sup.
Sorrir	40	46,5	35,8	57,3
Comer	22	25,6	16,2	35,0
Manter estado emocional	19	22,1	13,1	31,0
Falar	8	9,3	3,0	15,6
Limpar a boca	29	33,7	23,5	43,9
Ter contato com outras pessoas	50	58,1	47,5	68,8
Dormir	6	7,0	1,5	12,5
Fazer tarefas escolares	8	9,3	3,0	15,6
Global	69	80,2	71,6	88,8

Gráfico 5 - Distribuição segundo avaliação da presença de impacto



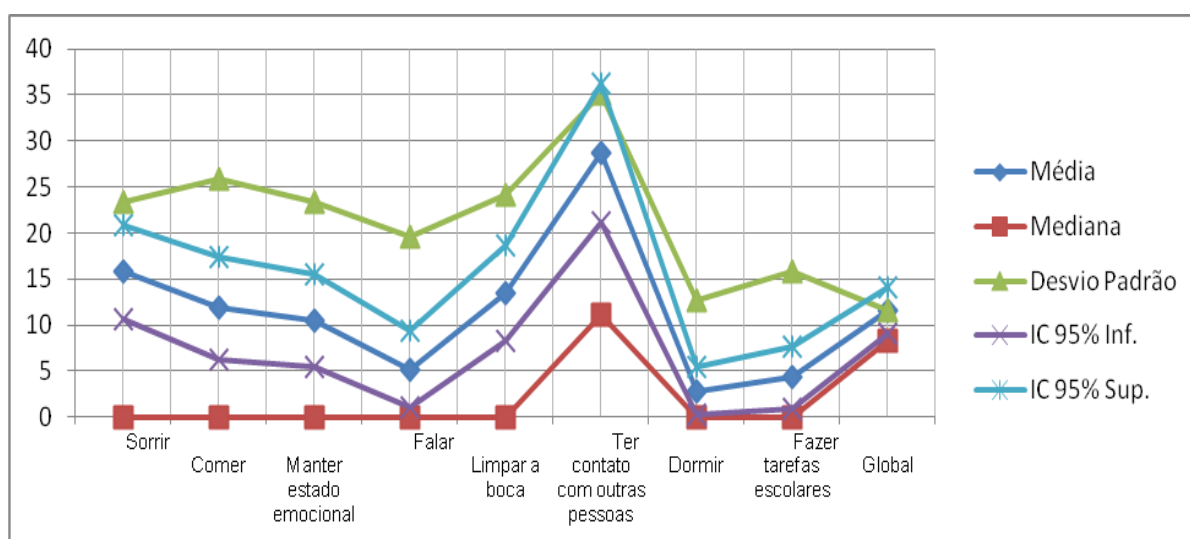
A partir da análise da TAB. 5 é possível apreender que o impacto mais frequente relacionou-se à atividade ao ter contato com outras pessoas, presente em 58% dos examinados (intervalo de confiança - IC 95%: 47,5-68,8%), seguido pela atividade de sorrir, com 46,5% (IC 95%: 35,8-57,3%), e de limpar a boca, com 33,7% (IC 95%: 23,5-43,9%). O impacto observado para a atividade de comer esteve presente em 25,6% dos examinados (IC 95%: 16,2-35,0%), para manter o estado emocional em 22,1% (IC 95%: 13,1-31,0%), para falar e fazer tarefas escolares em 9,3% (IC 95%: 3,0-15,6%). Para as atividades de dormir, o impacto esteve presente em 7% dos examinados avaliados. No global, mais de 80% dos examinados avaliados tiveram algum tipo de impacto, segundo as atividades relatadas, com esse percentual variando de 71,6 a 88,8%, com 95% de confiança.

Na TAB. 6 ressalta-se o impacto segundo o escore de gravidade. De acordo com a metodologia utilizada, quanto mais alto o escore, mais forte é o impacto observado nos examinados, sendo que esse escore pode variar de zero a nove para cada item e de zero a 72 para o escore do impacto global.

Tabela 6 - Avaliação da gravidade do impacto

Atividades	Mediana	Q1	Q3	IC 95%	
				Inf.	Sup.
Sorrir	0,0	0,0	22,2	0,0	11,1
Comer	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0
Manter estado emocional	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Falar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Limpar a boca	0,0	0,0	22,2	0,0	0,0
Ter contato com outras pessoas	11,1	0,0	66,7	0,0	22,2
Dormir	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fazer tarefas escolares	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Global	8,3	2,5	17,4	4,9	11,9

Gráfico 6 - Distribuição segundo avaliação da gravidade do impacto



Percebe-se que a gravidade do impacto em cada uma das atividades seguiu a mesma ordem da apresentada na TAB. 5. A média para o impacto relacionado à atividade de ter contato com outras pessoas foi de 28,7, variando de 21,1 a 36,2, com 95% de confiança. Para sorrir, a média foi de 15,8 (IC 95% 10,7-20,8), para limpar a boca, de 13,4 (IC 95% 8,3-18,6), para comer, 11,9 (IC 95% 6,3-17,4), para manter o estado emocional, 10,5 (IC 95% 5,5-15,5), para falar, 5,2 (IC 95% 1,0-9,4), para fazer tarefas escolares, 4,3 (IC 95% 0,9-7,7) e para dormir, 2,8 (IC 95% 0,2-5,5).

O resultado global mediano, resulta do OIDP-infantil foi de 8,3, variando de 4,9 a 11,9 com 95% de confiança.

C) Fatores associados ao impacto

Os fatores associados ao impacto como sexo, idade, tipo de prótese temporária e tipo de acidente observado para os participantes podem ser observados na TAB. 7.

Tabela 7 - Distribuição segundo sexo, idade, tipo de prótese e tipo de acidente

Característica	Quantidade	Percentual
Sexo		
Masculino	58	67,4
Feminino	28	32,6
Idade		
Menos de 18 anos	64	74,4
18 anos ou mais	22	25,6
Prótese temporária		
PPRT	71	82,6
PPFT	15	17,4
Tipo de Acidente		
Outros acidentes	48	55,8
Brincadeira	38	44,2
Total	86	100,0

Gráfico 7 - Distribuição dos examinados segundo idade

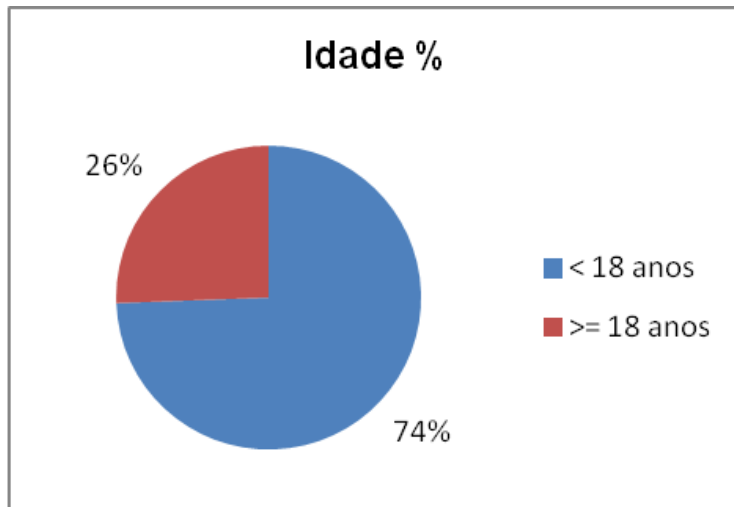
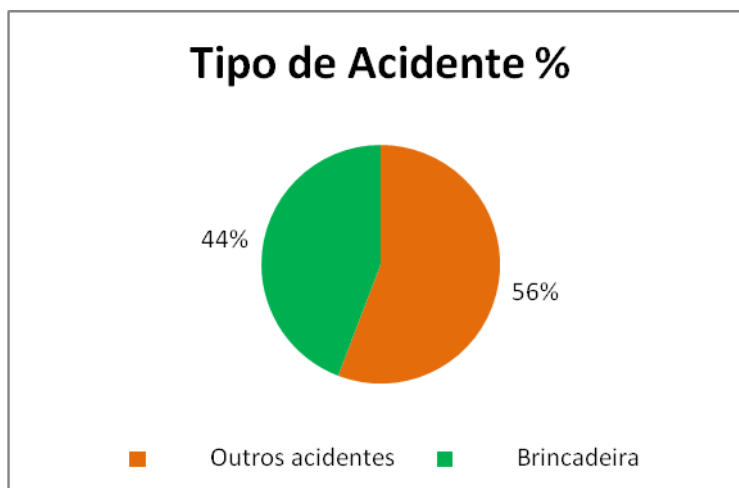


Gráfico 8 - Distribuição segundo tipo de acidente



Constata-se que a maioria dos examinados é do sexo masculino (67%), possui menos de 18 anos de idade (74%), utiliza prótese do tipo PPRT (83%) e sofreu o impacto em um acidente ou em uma outra situação, como referido na TAB. 2. Inicialmente, tem-se que avaliar a associação entre o sexo e os itens que compõem o impacto, além do escore global, em termos de ter ou não impacto.

A TAB. 8 expõe os resultados obtidos relacionando o sexo ao impacto.

Tabela 8 - Relação do sexo com o impacto

Atividades	Sexo		P-valor
	M	F	
Sorrir			
Não	30 (51,7%)	16 (57,1%)	0,637
Sim	28 (48,3%)	12 (42,9%)	
Comer			
Não	44 (75,9%)	20 (71,4%)	0,659
Sim	14 (24,1%)	8 (28,6%)	
Manter estado emocional			
Não	47 (81,0%)	20 (71,4%)	0,314
Sim	11 (19,0%)	8 (28,6%)	
Falar			
Não	55 (94,8%)	23 (82,1%)	0,106*
Sim	3 (5,2%)	5 (17,9%)	
Limpar a boca			
Não	38 (65,5%)	19 (67,9%)	0,830
Sim	20 (34,5%)	9 (32,1%)	
Ter contato com outras pessoas			
Não	29 (50,0%)	7 (25,0%)	0,028
Sim	29 (50,0%)	21 (75,0%)	
Dormir			
Não	55 (94,8%)	25 (89,3%)	0,386*
Sim	3 (5,2%)	3 (10,7%)	
Fazer tarefas escolares			
Não	54 (93,1%)	24 (85,7%)	0,429
Sim	4 (6,9%)	4 (14,3%)	
Global			
Não	13 (22,4%)	4 (14,3%)	0,375
Sim	45 (77,6%)	24 (85,7%)	

* Teste Exato de Fisher.

A partir da análise da TAB. 8, é possível constatar que somente a atividade de ter contato com outras pessoas apresentou associação significativa com o impacto ($p=0,28$), segundo o teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher*, cuja probabilidade de significância do teste foi igual a 0,041. O sexo feminino apresentou percentual mais alto de impacto (75,0%) ao comparar-se com os homens (50,0%).

Para todas as outras atividades e para o escore global, não foram abstraídas diferenças significativas em relação ao sexo para o percentual do dano ($p>0,05$).

Na TAB. 9 descreve a avaliação da diferença entre as atividades avaliadas segundo o sexo.

Tabela 9 - Avaliação das atividades segundo sexo

Atividades	Mediana	Q1	Q3	P-valor
<i>Sorrir</i>				
Masculino	0,0	0,0	25,0	0,495
Feminino	0,0	0,0	22,2	
<i>Comer</i>				
Masculino	0,0	0,0	2,8	0,505
Feminino	0,0	0,0	27,8	
<i>Manter estado emocional</i>				
Masculino	0,0	0,0	0,0	0,450
Feminino	0,0	0,0	11,0	
<i>Falar</i>				
Masculino	0,0	0,0	0,0	0,053
Feminino	0,0	0,0	0,0	
<i>Limpar a boca</i>				
Masculino	0,0	0,0	22,2	0,961
Feminino	0,0	0,0	22,2	
<i>Ter contato com outras pessoas</i>				
Masculino	5,6	0,0	36,1	0,020
Feminino	27,8	2,8	66,7	
<i>Dormir</i>				
Masculino	0,0	0,0	0,0	0,358
Feminino	0,0	0,0	0,0	
<i>Fazer tarefas escolares</i>				
Masculino	0,0	0,0	0,0	0,281
Feminino	0,0	0,0	0,0	
<i>Global</i>				
Masculino	8,3	1,4	16,7	0,287
Feminino	8,3	3,2	24,7	

Encontrou-se diferenças significativas entre os diferentes sexos, quanto ao fato de a atividade ter contato com outras pessoas, segundo o teste não paramétrico de Mann-Whitney, em comparação com os dois grupos independentes, cujo p-valor foi de 0,020 ($p=0,020$). O escore apurado para as mulheres (mediana de 27,8) é muito superior ao observado para os homens (mediana de 5,6). Para todas as outras atividades analisadas, bem como para o escore global, não foram obtidas diferenças significativas entre os sexos ($p>0,05$).

A seguir serão avaliadas a associação entre a idade e o impacto em todas as atividades examinadas. Os examinados foram avaliados segundo idade menor e maior que 18 anos.

Na TAB. 10 encontram-se os resultados obtidos quanto à relação entre a idade dos pacientes e da existência ou não do impacto.

Tabela 10 - Relação dos grupos de idade com o impacto

Atividades	Idade		P-valor
	<18 anos	≥ 18 anos	
Sorrir			
Não	38 (59,3%)	8 (36,3%)	0,062
Sim	26 (40,6%)	14 (63,6%)	
Comer			
Não	47 (73,4%)	17 (77,2%)	0,722
Sim	17 (26,5%)	5 (22,7%)	
Manter estado emocional			
Não	52 (81,2%)	15 (68,1%)	0,238*
Sim	12 (18,7%)	7 (31,8%)	
Falar			
Não	57 (89,0%)	21 (95,4%)	0,674*
Sim	7 (10,9%)	1 (4,54%)	
Limpar a boca			
Não	46 (71,8%)	11 (50%)	0,061
Sim	18 (28,1%)	11 (50%)	
Ter contato com outras pessoas			
Não	29 (45,3%)	7 (31,8%)	0,268
Sim	35 (54,6%)	15 (68,1%)	
Dormir			
Não	60 (93,7%)	20 (90,9%)	0,643*
Sim	4 (6,25%)	2 (9,09%)	
Fazer tarefas escolares			
Não	58 (90,6%)	20 (90,9%)	1,000*
Sim	6 (9,37%)	2 (9,09%)	
Global			
Não	14 (21,8%)	3 (13,6%)	0,541*
Sim	50 (78,1%)	19 (86,3%)	

* Teste Exato de Fisher.

Destaca-se que para nenhuma das atividades avaliadas, inclusive o impacto global, existiu diferença significativa entre o percentual de examinados com impacto para os grupos de examinados com menos de 18 anos e com 18 anos ou mais ($p > 0,05$).

A TAB. 11 mostra a comparação dos grupos segundo o escore médio dentro de cada atividade e global.

Tabela 11 - Avaliação da gravidade do impacto segundo grupos de idade

Atividades	Mediana	Q1	Q3	P-valor
Sorrir				
< 18 anos	0,0	0,0	22,2	0,067
≥ 18 anos	16,7	0,0	33,3	
Comer				
< 18 anos	12,0	0,0	11,1	0,747
≥ 18 anos	0,0	0,0	2,8	
Manter estado emocional				
< 18 anos	0,0	0,0	0,0	0,146
≥ 18 anos	0,0	0,0	50,0	
Falar				
< 18 anos	0,0	0,0	0,0	0,382
≥ 18 anos	0,0	0,0	0,0	
Limpar a boca				
< 18 anos	0,0	0,0	19,4	0,109
≥ 18 anos	5,6	0,0	33,3	
Ter contato com outras pessoas				
< 18 anos	11,1	0,0	61,1	0,269
≥ 18 anos	22,2	0,0	66,7	
Dormir				
< 18 anos	0,0	0,0	0,0	0,638
≥ 18 anos	0,0	0,0	0,0	
Fazer tarefas escolares				
< 18 anos	0,0	0,0	0,0	0,961
≥ 18 anos	0,0	0,0	0,0	
Global				
< 18 anos	8,3	1,4	16,7	0,072
≥ 18 anos	13,2	5,3	24,0	

Não se verificou diferença significativa entre os grupos de examinados com menos ou mais de 18 anos em relação ao escore mediano para cada uma das atividades relacionadas ao impacto ou ao impacto global.

Essas conclusões foram embasadas na probabilidade de significância, p-valor do teste de Mann-Whitney, que foram maiores que 0,05 em todos os casos.

O impacto a seguir será avaliado em relação ao tipo de prótese. A TAB. 12 mostra os resultados alcançados.

Tabela 12 - Relação do tipo de prótese com o impacto

Atividades	Prótese		P-valor
	Fixo temporária (PPFT)	Removível Temporária (PPRT)	
Sorrir			
Não	9 (60%)	37 (52,1%)	0,578
Sim	6 (40%)	34 (47,8%)	
Comer			
Não	15 (100%)	49 (69,0%)	0,009*
Sim	0 (0%)	22 (30,9%)	
Manter estado emocional			
Não	13 (86,6%)	54 (76,0%)	0,505*
Sim	2 (13,3%)	17 (23,9%)	
Falar			
Não	14 (93,3%)	64 (90,1%)	1,000*
Sim	1 (6,66%)	7 (9,85%)	
Limpar a boca			
Não	13 (86,6%)	44 (61,9%)	0,066
Sim	2 (13,3%)	27 (38,0%)	
Ter contato com outras pessoas			
Não	10 (66,6%)	26 (36,6%)	0,032
Sim	5 (33,3%)	45 (63,3%)	
Dormir			
Não	15 (100%)	65 (91,5%)	0,585*
Sim	0 (0%)	6 (8,45%)	
Fazer tarefas escolares			
Não	15 (100%)	63 (88,7%)	0,341*
Sim	0 (0%)	8 (11,2%)	
Global			
Não	6 (40%)	11 (15,4%)	0,030
Sim	9 (60%)	60 (84,5%)	

* Teste Exato de Fisher

Conclui-se que existe associação significativa entre a utilização de prótese e o impacto relacionado à atividade de comer, ter contato com outras pessoas e o impacto global, segundo o teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher*, cuja probabilidade de significância é inferior a 0,05 ($p=0,009$). A prótese parcial removível temporária (PPRT) apresenta percentual de impacto para comer, ter

contato com outras pessoas e impacto global maior do que a prótese temporária fixa (PPFT).

Para todas as outras atividades e para o escore global, não foram encontradas diferenças significativas em relação ao tipo de prótese, no percentual do impacto ($p > 0,05$).

A TAB. 13 mostra a avaliação da diferença entre os grupos quanto à análise da gravidade do impacto em relação ao tipo de prótese.

Tabela 13 - Avaliação da gravidade do impacto em relação ao tipo de prótese temporária fixa (PPFT) ou removível (PPRT)

Atividades	Mediana	Q1	Q3	P-valor
Sorrir				
PPFT	0,0	0,0	22,2	0,665
PPRT	0,0	0,0	22,2	
Comer				
PPFT	-	-	-	-
PPRT	0,0	0,0	11,1	
Manter estado emocional				
PPFT	0,0	0,0	0,0	0,346
PPRT	0,0	0,0	0,0	
Falar				
PPFT	0,0	0,0	0,0	0,660
PPRT	0,0	0,0	0,0	
Limpar a boca				
PPFT	0,0	0,0	0,0	0,100
PPRT	0,0	0,0	22,2	
Ter contato com outras pessoas				
PPFT	0,0	0,0	33,3	0,107
PPRT	11,1	0,0	66,7	
Dormir				
PPFT	-	-	-	-
PPRT	0,0	0,0	0,0	
Fazer tarefas escolares				
PPFT	-	-	-	-
PPRT	0,0	0,0	0,0	
Global				
PPFT	2,8	0,0	8,3	0,016
PPRT	11,1	2,8	19,4	

Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos de utilização de prótese para o impacto global, segundo o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparação de dois grupos independentes ($p=0,016$).

O escore observado para os examinados que utilizam a prótese parcial removível temporária (PPRT) (mediana de 11,1) é muito superior ao dos que utilizam prótese parcial fixa temporária (PPFT) (mediana de 2,8).

Para todas as outras atividades avaliadas não foram registradas diferenças significativas entre os sexos, sendo a probabilidade de significância do teste ($p>0,05$).

D) Fatores associados à percepção do impacto: modelo de regressão logística

No sentido de avaliar a existência ou não de impacto, segundo as quatro características testadas anteriormente, (o sexo, a idade, o tipo de acidente e o tipo de prótese) procedeu-se à construção de um modelo de regressão logística, sendo variável dependente a existência de impacto global segundo a opinião dos participantes e variáveis independentes o sexo, a idade, o tipo de acidente e o tipo de prótese utilizada.

Para o modelo inicial, seguiu-se o procedimento de avaliar, entre os fatores de risco, o que menos se associava ao desfecho (maior p-valor). Esse fator é comparado ao nível de significância do estudo e sua significância foi maior que 0,05, sendo por isso retirado do modelo. Esse passo foi repetido até ao ponto em que o fator escolhido atingiu um valor significativo ($p<0,05$). Construindo-se o modelo final o modelo final apresentado na TAB. 14.

Tabela 14 - Fatores de risco associados ao impacto

Variável Independente	Categorias	OR	IC 95% OR		P-valor
			Inferior	Superior	
Constante	-	-	-	-	-
Prótese	PPFT	1,000	-	-	0,038
	PPRT	3,636	1,077	12,276	

* OR: *Odds Ratio*.

Assim é possível perceber que, entre todas variáveis, somente o tipo de prótese apresentou associação significativa com o impacto global.

Os participantes que utilizam prótese parcial removível temporária (PPRT) possuem um risco de apresentar algum tipo de impacto - 3,6 vezes mais que os que utilizaram prótese parcial fixa temporária (PPFT), variando de 1,1 a 12,3 vezes, com 95% de confiança.

E) Fatores associados ao escore OIDP-infantil: modelo de regressão linear

A associação multivariada entre o escore OIDP-infantil e as características dos participantes foi avaliada utilizando um modelo de regressão linear, em que a variável dependente foi a do escore do impacto global (OIDP-infantil) segundo a opinião dos participantes. E as variáveis independentes foram o sexo, a idade, o tipo de acidente e o tipo de prótese utilizada.

Para o modelo inicial, seguiu-se o procedimento de analisar, entre as possíveis variáveis associadas ao escore, aquela com menos força na relação (maior p-valor). Esse fator foi comparado ao nível de significância do estudo e se sua significância foi superior a 0,05, ele foi retirado do estudo. Esse passo foi repetido até o ponto em que o fator escolhido fosse significativo, ou seja, p-valor inferior a 0,05. A partir desse processo, chegou-se ao modelo final, apresentado a seguir na TAB. 15.

Tabela 15 - Regressão linear para o escore OIDP-infantil em relação a sexo, idade, tipo de acidente e tipo de prótese

Resposta	Desempenho	Coefficiente	P-valor (significância)
Escore OIDP-infantil	Constante	5,927	0,047
	Prótese (PPRT)	6,831	0,038
P-valor ANOVA = 0,038		R² Ajust. = 0,039	

OIDP-infantil = Constante + Prótese * $\beta_{\text{Prótese}}$.

Foi possível observar que o tipo de prótese utilizada apresenta uma associação estatisticamente significativa com o escore OIDP-infantil, sendo a probabilidade de significância do modelo global (P-valor Análise de Variância - ANOVA) inferior a 0,05 ($p < 0,05$).

A partir do coeficiente de determinação ajustado (R^2 Ajust.) apurou-se que o tipo de prótese explica apenas cerca de 4% da variabilidade do escore, sendo os outros 96% explicados por fatores não considerados no modelo. Nota-se, ainda, que examinados que utilizam prótese parcial removível temporária (PPRT) exibem elevados valores de escore OIDP-infantil, tendo em vista o coeficiente positivo.

3.3 Discussão

Os resultados obtidos nas pesquisas realizadas e os diversos aspectos da metodologia utilizada, sintetizados no capítulo da estatística, fundamentam toda a reflexão que se segue.

A avaliação dos danos extrapatrimoniais temporários em crianças e adolescentes usuários de prótese temporária fixa ou removível, após perda anterior dentária permanente causada por avulsão traumática, possui algumas novas particularidades na doutrina atual para avaliação do dano corporal pós-traumático.

A partir de mais conscientização de que o trauma dentário é um problema de saúde pública na nossa sociedade, atingindo expressivo número de pessoas, em diversas situações, especialmente crianças e adolescentes, terá que haver nova reflexão.⁷¹

Diferentes tipos de trauma dentário estudados por Ramos-Jorge et al (2007)⁷⁰ e Côrtes et al (2002)⁷³ que utilizaram a mesma entrevista (OIDP-infantil) do presente estudo, para avaliar o impacto na qualidade de vida oral, demonstraram resultados semelhantes ao realizado no presente trabalho, o qual utilizou-se somente a avulsão traumática.

Ratifica-se o pensamento de Caldas, Hamonet, Matos, Afonso e Magalhães¹²⁵ quando reportam:

Muitos problemas poderiam ser minorados se houvesse uma melhor atenção e sensibilidade por parte dos médicos, peritos, seguradores e juristas, em relação a estas pessoas, ainda que o mecanismo do processo dê, naturalmente, sempre origem a atrasos, frustrações e desapontamento.

A partir desse pensamento, propõe-se uma reflexão da metodologia consoante a necessidade de introduzir interpretação de conceitos na prática pericial utilizada nos dias atuais, principalmente no que se refere ao estabelecimento da data de consolidação médico-legal das lesões, ao déficit funcional temporário, ao dano estético temporário e ao *quantum doloris*.

A perspectiva para valorizar as sequelas traumáticas na criança e no adolescente é necessariamente diferente da do adulto, devendo o perito ter especial atenção e conhecimento dos fatores a serem levados em consideração na avaliação dos danos temporários⁵.

3.3.1 Justificativa da caracterização da amostra

No presente trabalho as amostras estudadas referem-se aos traumatismos dentários em incisivos superiores por avulsão seguida de reimplante. A escolha do tipo de lesão, avulsão traumática de dente anterior, deu-se por se tratar de umas das lesões mais prevalentes encontradas nos âmbitos jurídicos brasileiro e português. A relevância do presente trabalho está relacionada à frequência das perdas dentárias anteriores de acordo com exames periciais. Estudo realizado no Instituto Médico Legal de Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil verificou, em amostra de 301 laudos analisados de natureza pericial do ano de 2005, que dentro da classificação jurídica brasileira grave e gravíssima a avulsão apresentou valores bem superiores quando comparada a lesão de mucosa, fratura dentária e luxações. Constatou-se que a vasta maioria dos casos de avulsão ocorre nos dentes anteriores, com 97% das ocorrências verificadas⁸³. Da mesma forma, outro estudo realizado de janeiro de 2004 a dezembro de 2008 na Clínica Forense do INMLCF da delegação do Centro, com amostra de 156 processos cíveis, revelou que os dentes anteriores superiores representaram 58,8% e que em 55,7% houve perda do órgão dentário dos processos estudados⁸⁴.

No presente trabalho a maioria dos examinados era do sexo masculino, representando aproximadamente 67% do total. A idade da ocorrência do evento foi de 10,3 anos na média. Em termos etiológicos, as quedas mostraram ser o acidente o mais frequente, relatado por 31% dos examinados, seguido pela bicicleta e acidente de trânsito, como atropelamento, moto, etc., com 23 e 12% de

representatividade. Em termos de substituição protética a prótese parcial removível temporária (PPRT) foi a opção mais frequente, presente em 83% dos examinados, sendo que somente 17% utilizavam prótese parcial fixa temporária – ortodôntica – (PPFT). Todos os casos foram reimplantados tardiamente. Foram feitos o tratamento endodôntico radical (curativo de hidróxido de cálcio até a verificação radiográfica da cicatrização de áreas de reabsorção inflamatória externa) e o controle clínico e radiográfico (sobrevida igual à média de 2,9 anos), depois de cessados os recursos de tratamento, extração e colocação imediata da prótese. O mesmo encontrado em estudos sobre o traumatismo dentário de Nicola (1987)¹²⁶ na qual a avulsão dentária se constitui numa das emergências dentárias mais sérias dos consultórios dentários. Vários estudos^{127,128,129} relatam uma alta frequência de traumatismo dental entre crianças, adolescentes e adultos, sendo que o sexo masculino é acometido três vezes mais que o feminino e a faixa etária mais frequentemente envolvida é a que compreende de 7 a 11 anos. Para Miranda, Habitante e Candelária (2000)¹³⁰ os mais atingidos por avulsões dentais são jovens de 7 a 10 anos de idade. Em relação ao tempo de sobrevivência, os estudos somente relatam a preservação do dente reimplantado segundo Buttke e Trope¹³¹, devem-se preservar os reimplantes por 3 meses, 6 meses e anualmente durante 5 anos. O sucesso do reimplante é dependente da limitação ou prevenção da reabsorção. Para Fernandes¹³², dentes permanentes avulsionados requerem preservação mínima de 2 a 3 anos para determinar o resultado (sucesso ou insucesso) do reimplante.

As lesões traumáticas nas crianças apresentam situações sociais e emocionais, gerando condições conflitantes na saúde pública, havendo, pois, necessidade de estabelecer novos conceitos na prática pericial e melhor estabelecimento da data de consolidação médico-legal¹³³, sendo necessário estabelecer uma metodologia pericial em crianças e adolescentes, como discutido a seguir.

3.3.2 Estabelecimento da data de consolidação médico-legal das lesões em crianças e adolescentes que sofreram avulsão traumática

De acordo com os conceitos atuais para fixar a data de consolidação médico-legal das lesões, considera-se a data de estabilização das feridas constatadas medicamente. Observa-se que essa data é geralmente definida como o momento em que as lesões se fixam e adquirem caráter permanente, não sendo mais necessário tratamento, a não ser para evitar agravamento^{30,43}. É ainda possível apreciar a existência eventual de uma alteração da integridade física e psíquica. A fixação dessa data possui algumas peculiaridades que servirão de referência para se estabelecê-la, como, por exemplo, não coincide necessariamente com o fim dos processos fisiológicos principais e não está obrigatoriamente ligada ao fim do tratamento⁴⁷. Tem-se de considerar também o caráter crônico das lesões e a ausência de evolução, o fim da terapêutica ativa e o retorno às atividades profissionais, mesmo que reduzidas⁴⁸.

Como se pode notar de acordo com a postura atual, a data de consolidação poderá somente ser fixada na criança após o final do crescimento ósseo e dos tratamentos, sendo 16 anos nas meninas e 18 anos nos meninos^{5,43}.

Sugere-se que, no caso das avulsões traumáticas, a partir do momento em que a criança ou adolescente se submete à exodontia e colocação da prótese temporária, fixa-se a data de consolidação médico-legal porque nesse momento enquadrar-se-ia perfeitamente no conceito de consolidação da lesão. Quando a extração do dente é indicada, tem-se a finalização da terapêutica ativa, isto é, a lesão não mais evolui, adquirindo caráter crônico, podendo o sinistrado retornar suas atividades, mesmo que reduzida, após a confecção da prótese temporária e posteriormente definitiva. E, como mencionado, não está obrigatoriamente ligado ao fim do tratamento. Os nossos resultados mostraram não existir diferença estatisticamente significativa entre os grupos de examinados com menos de 18 anos e com 18 anos ou mais em relação ao escore médio para cada uma das atividades relacionadas ao impacto, tampouco ao impacto global (TAB. 10, 11 e 12), significando que não há necessidade de esperar o final do crescimento ósseo para a antecipação da data de consolidação. Ao mesmo tempo não infringe-se nenhum conceito estabelecido até o momento.^{46,47,48}

Uma vez que o traumatismo da dentição permanente resulta em custos elevados, pois aos gastos iniciais do atendimento emergencial se somam aqueles do controle pós-tratamento, ao antecipar-se a data de consolidação viabiliza-se o acesso a melhor tratamento disponível e, conseqüentemente, está-se prevenindo o agravamento das sequelas. Outro aspecto positivo do acesso a melhores tratamentos é justificado pelo percentual de impacto para se comer e ter contato com outras pessoas e do impacto global reduzido da prótese parcial fixa temporária (PPFT) em comparação à prótese parcial removível temporária (PPRT) (TAB. 14 e 15). Assim, reduz-se o período de danos temporários e, conseqüentemente, o impacto global. Uma vantagem adicional seria a possibilidade de o perito especialista em medicina dentária sugerir em seu relatório, os tipos de tratamento protético definitivo, a partir do momento em que o traumatismo dentário já foi diagnosticado e tratado.

O estudo realizado demonstrou, com base em análise estatística, que a idade média dos examinados quando da ocorrência do evento era de 10,3 anos. Em média, os examinados colocaram a prótese 2,9 anos após a consulta e o sexo masculino representou 67% dos examinados. No levantamento realizado por Côrtes et al,⁷² a prevalência de lesões traumáticas variou de 8% em crianças de 9 anos de idade até 16,1% em crianças de 14 anos de idade ($P < 0,001$) e o sexo masculino também apresentou maior chance de lesão traumática semelhante ao trabalho estudado.

Baseado nos estudos realizados e nos resultados encontrados, a partir do momento que antecipo a data de consolidação, por exemplo de 18 anos para os 10 anos, isso significa para a avaliação pericial uma redução de cinco anos no período de danos temporários.

Além disso, o perito especialista em Medicina dentária sugere em seu relatório os tipos de tratamento protético definitivo, a partir do momento em que o traumatismo dentário já foi diagnosticado e tratado.

3.3.3 Avaliação do déficit funcional temporário (DFT) em crianças e adolescentes que sofreram avulsão traumática

Outro aspecto que importa analisar é Défice Funcional Temporário (DFT). Como vimos anteriormente, o DFT corresponde ao período de hospitalização da vítima, à perda da qualidade de vida, das alegrias usuais da vida corrente, da separação de seu meio ambiente familiar e social, privação temporal das atividades privadas ou de lazer, domésticas, escolares e prejuízo sexual, quer a vítima exerça ou não uma atividade profissional e/ou escolar^{43,47,48}.

Escolheu-se utilizar o OIDP-infantil, por seu um índice que mede o impacto na qualidade de vida das crianças, causando limitações em suas atividades diárias e os resultados apresentados por esse índice, pretende-se estabelecer uma equivalência com o déficit funcional temporário que esse trauma ocasionou. No presente trabalho verificou-se que por uma mesma lesão, o impacto, em termos de danos pessoais, não apresenta variações significativas se tiver acontecido em uma criança ou em um adulto. Em ambos os casos foi observado, nas TAB. 5 e 6, que o impacto mais frequente estava relacionado à atividade de ter contato com outras pessoas, presente em 58% dos examinados, seguido pela atividade de sorrir, com 46,5%, e de limpar a boca, com 33,7%. O impacto para a atividade de comer esteve presente em 25,6% dos examinados; para manter o estado emocional, em 22,1%; para falar e fazer tarefas escolares, em 9,3%; e para a atividade de dormir, o dano esteve presente em 7% dos examinados avaliados. Salientou-se, então, que mais de 80% dos examinados avaliados tiveram algum tipo de impacto segundo as atividades relatadas. Estas constatações confirmam que existe uma equivalência entre o DFT e o índice que mede o impacto na qualidade de vida (OIDP).

Quando avaliados os fatores relacionados ao impacto, como, por exemplo, as atividades analisadas e o sexo, foi possível perceber que somente a atividade de ter contato com outras pessoas teve associação significativa com o sexo. As mulheres apresentaram percentual de 75,0% se comparadas aos homens, 50,0%. Na avaliação pericial deverá o perito ter especial atenção ao sexo feminino devido aos resultados apresentados.

Concorda-se que os traumatismos dentários raramente dão origem a um déficit funcional temporário total. O mais comum são as vítimas entrarem em um

período de déficit temporário parcial e de curta duração^{34,55}. Mas de acordo com o presente estudo, as avulsões dentárias exibiram longo período de déficit funcional temporário, mesmo se se considerar a data de consolidação, o momento da exodontia e a colocação da prótese temporária. Como descrito anteriormente, seria, em média, de 2,9 anos (TAB. 1). Logo o perito deverá estar atento com as exceções que podem ocorrer, como no estudo realizado.

Concorda-se do apresentado na literatura vigente. Devendo cada caso ser avaliado especificamente

3.3.4 Avaliação do *quantum doloris* em crianças e adolescentes que sofreram avulsão traumática

No caso de crianças, esses danos afetam também seus pais e o profissional que presta o atendimento, uma vez que a resolução adequada e “definitiva” nem sempre é simples e rápida¹⁰⁶. Essas angústias vividas pelos familiares modificam os atos da vida diária do lesionado e da família, como, por exemplo, na sala de espera enquanto aguardava que o dentista a chamasse, pois as crianças e adolescentes são imexaminados e não gostam de esperar; os familiares que têm de alterar sua rotina diária para acompanhar as consultas do seu parente; o afastamento de suas atividades profissionais; os próprios tratamentos realizados; o medo iminente da anestesia. Quem gosta de ser anestesiado? Nem os adultos toleram bem. As dores suportadas, anúncio de que perderia o dente da frente, pois até o presente momento o lesionado não apresentava qualquer alteração em sua estética facial até a exodontia, as moldagens para confecção da prótese, a colocação e adaptação da prótese temporária. Na determinação do *quantum doloris*, não restam dúvidas de que é muito subjetivo e depende de maneira inconsciente das experiências vividas do perito para situações semelhantes, já que os indivíduos são diferentes e reagem de maneiras diferentes.

Vários parâmetros analisados demonstram um sofrimento vivido pela perda do dente. Bery A, Cantaloube D, Delprat (2010) afirmam que, quanto ao sexo e/ou idade, os fenômenos dolorosos são sentidos de modos distintos e, assim, subjetivos⁴⁸. O nosso trabalho confirmou parcialmente estes dados, na medida em

que as mulheres manifestaram impacto maior (TAB. 7 e 8), pelo contrário, o fator idade, não apresentou diferenças significativas quanto ao impacto (TAB. 10, 11 e 12). Além do mais a partir da análise da TAB. 8, foi possível constatar também que somente a atividade de ter contato com outras pessoas apresentou associação significativa com o impacto e o sexo.

Em decorrência do longo tempo entre o acidente e a colocação da prótese temporária removível temporária (TAB. 1) foi comprovada uma série de desconfortos na qualidade de vida no impacto oral nas atividades diárias (TAB. 5 e 6).

Com o estabelecimento da data de consolidação no momento em que o indivíduo perde o dente e coloca a prótese parcial temporária removível ou fixa, o *quantum doloris* será avaliado somente durante o período de tratamentos até a exodontia.

3.3.5 avaliação do dano estético temporário em crianças e adolescentes que sofreram avulsão traumática

Para poder pronunciar sobre a existência de um dano estético temporário e distingui-lo dos outros parâmetros, como o *quantum doloris* e o déficit funcional temporário, convém ao perito levar em consideração o caráter geralmente decrescente da lesão, na qual a literatura refere que na indenização do prejuízo estético temporário em matéria dentária, a edentação temporária constitui indubitavelmente uma perda de atração do lesionado⁶⁶.

Se se considerar a data de consolidação médico-legal das lesões, o momento da exodontia e a colocação da prótese temporária, esse caráter decrescente não existirá. O presente estudo demonstrou que, entre as características levantadas, somente o tipo de prótese temporária (removível ou fixa) associou-se significativamente ao impacto global (TAB. 13). O escore para os examinados que utilizam a prótese parcial removível temporária (PPRT) é muito superior ao dos que usam prótese temporária fixa (PPFT). Isso significa impacto maior nos examinados com prótese removível. Aqueles com prótese parcial removível temporária (PPRT) possuem risco de apresentar algum tipo de dano 3,6 vezes mais alto que os que utilizaram prótese parcial fixa temporária

(PPFT) (TAB. 14). Para que o lesionado possa usufruir do melhor tratamento e, conseqüentemente, da diminuição do impacto oral, é importante que receba a indenização após a colocação da prótese temporária.

Não se pode considerar dano estético temporário, pois o lesionado não manifesta qualquer alteração em sua aparência estética facial até ao momento da perda do dente e colocação da prótese temporária. As alterações estéticas como por exemplo mudança de cor, movimentação, dentre outros, não são passíveis de uma valoração em separado. Devendo ser avaliadas no *quantum doloris*.

Obviamente pretende-se dizer que se o período de tempo de danos temporários for longo, irá comprometer a estética, levando a problemas emocionais que limitam o convívio social. Por isso, procurou-se adequar o estabelecimento da data de consolidação para proporcionar ao lesionado melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, a inexistência do dano estético temporário. O Professor Duarte Nuno Vieira⁴³ afirma que compete ao perito “penetrar dentro desse impacto psicológico para poder fazer uma avaliação correta.

Atualmente se reconhecem quatro dimensões relativamente ao dano orofacial: a orgânica, a funcional, a situacional e a da subjetividade. No que concerne aos danos orofaciais, os trabalhos na área da avaliação do dano dizem respeito essencialmente às sequelas orgânicas, sendo as outras dimensões remetidas para trabalhos de revisão relativamente às funções e perspectivas sociais do dano orofacial. Na avaliação e reparação em sede do Direito Civil, se forem analisadas as sequelas orofacias das tabelas existentes, além de não se encontrarem todos os componentes do sistema estomatognático, são essencialmente valorizadas as sequelas orgânicas, ou seja, traduzem uma única dimensão do dano sofrido¹³⁴.

3.4 Conclusão

Neste trabalho sobre avaliação extrapatrimonial de danos temporários nas lesões do sistema estomatognático em crianças e adolescentes enfatizou-se que, em face dos resultados obtidos e dos comentários relatados, foram alcançadas as seguintes conclusões:

- a) Foi proposta uma nova postura perante a interpretação das leis vigentes relativas à avaliação pericial, para antecipação da fixação da data de consolidação médico-legal, as quais se praticam atualmente;
- b) Verificou-se que não há necessidade de se esperar o final do crescimento ósseo para avaliação das sequelas;
- c) o impacto na qualidade de vida oral na criança e no adolescente não apresenta diferenças significativas do impacto do adulto;
- d) sobretudo em países em desenvolvimento, muitos familiares não possuem condições financeiras para proporcionar o tratamento adequado, podendo arrastar-se e tomar uma forma definitiva e irreparável do dano sofrido;
- e) essas situações podem provocar consequências que recaem sobre as duas partes:
 - O causador do dano terá que pagar muito mais em termos de indenização, porque o tratamento se estendeu de uma forma menos adequada, agora mais longa, com conclusões menos favoráveis;
 - o lesado, que não tem qualquer culpa do seu dano, acabou por não ter tido meios de se tratar convenientemente e isso lhe acarreta sofrimentos para o resto da sua vida; quer de ordem estética, quer por outros incômodos que isso possa causar;
- f) com a antecipação da data de consolidação médico-legal não há dano estético temporário e o *quantum doloris* será reduzido;
- g) dessa forma, pode-se constatar que o campo da avaliação da qualidade de vida relacionada ao traumatismo dentário ainda deve ser muito explorado, pois muitas questões referentes ao impacto que o traumatismo dentário pode gerar ainda estão pouco elucidadas, dificultando a avaliação pericial;

- h) tem-se de gerar subsídios para facilitar o desenvolvimento de estratégias, não somente para o tratamento clínico do traumatismo dentário, mas abrangendo também o âmbito da avaliação do dano corporal buco-maxilo facial;
- i) ao antecipar a data de consolidação em crianças e adolescentes que sofreram avulsão traumática está-se minorando os transtornos causados pelo dano e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida para a vítima e justa indenização para o causador do dano.

REFERÊNCIAS¹

1. Lee K, Snape L, Steenberg L, Worthington J. Comparison between interpersonal violence and motor vehicle accidents in the a etiology of maxillofacial fractures. *ANZ J Surg.* 2007; 77:695-8. Disponível em: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17635287>.
2. Cardozo HF, Penna JB. Avaliação das lesões dentárias em âmbito penal. Parte I. *Trib Adv, São Paulo.* 1994 ago; p. 10.
3. Silva M. Considerações sobre enquadramento das lesões dentárias no artigo 129 do Código Penal Brasileiro. *In: Tochetto D. Identificação humana.* Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999; p. 354-9.
4. Cueto CH, Fayet DG, Vieira DN. Tablas y baremos de valoración. *In: Cueto CH. Valoración médica del daño corporal. guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados.* 2. ed. Barcelona: Masson, 2001; p. 427-69.
5. Lucas FM. Sequelas traumáticas nas crianças e nos adolescentes. *In: Lucas FM. Avaliação das sequelas em direito civil.* Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2005; p. 249-58.
6. Criado del Río MT. Introducción: panorámica general. *In: Criado del Río MT. Valoración médico-legal del daño a la persona: civil, penal, laboral e administrativa - responsabilidad profesional del perito médico.* Madrid: COLEX, 1999; p. 15-31.
7. Cueto CH. Daños a las personas en el ámbito del derecho civil. *In: Cueto CH. Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados.* 2. ed. Barcelona: Masson, 2001; p. 43-65.
8. Kfourri Neto M. Responsabilidade civil do médico. *In: Kfourri Neto M. Revisada e atualizada à luz do novo Código Civil, com acréscimo doutrinário e jurisprudencial.* 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003; p. 45-53.
9. Criado del Río MT. Valoración médico-legal del daño a la persona por responsabilidad civil. *In: Criado del Río MT. Valoración médico-legal del daño a la persona: civil, penal, laboral e administrativa - responsabilidad profesional del perito médico.* Madrid: COLEX, 1999; p. 33-338.
10. Magalhães T. Clínica médico-legal. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2003/2004. [2004 out. 16]. Disponível em: URL: <http://medicina.med.up.pt/legal/PosGraduacao.pdf>.
11. Bouzon E. O código de Hamurabi. *In: Bouzon E. O código de Hamurabi.* 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1980;. p. 7-17.

¹ Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

12. Borobia C. Concepto, definición y antecedentes históricos. *In*: Borobia C. Valoración del daño corporal: legislación, metodología y prueba pericial médica Barcelona: Masson, 2006; p. 234-41.
13. Almeida Jr. A, Costa Jr. JBO. Lições de Medicina Legal. 15. ed. São Paulo: Nacional. 1978; p. 220-32.
14. Gilissen J. Introdução histórica ao Direito. 2. ed. Trad. de A.M. Hespanha e L.M. Macaísta Malheiros. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995 ; p. 750-2.
15. Silva CE. Evolução e tendência da medicina de seguro de vida no Brasil. Anais de Medicina de Seguro. 1981-1982; I(I).
16. Freudenthal SP. A evolução da indenização por acidente do trabalho. São Paulo: LTR, 2007; p.183.
17. Santos RB. Seguro DPVAT: breve resumo. *In*: Santos RB. Direito de seguro no Novo Código Civil e legislação própria. Rio de Janeiro: Forense, 2006; p. 563-8 .
18. Dias JF, Monteiro JS. Responsabilidade médica em Portugal. Lisboa: Gabinete de Documentação e Direito Comparado. Bol Min Just. 1984; (32):23-4.
19. Portugal. Código Civil Português. Coimbra: Almedina, 2004; p. 150-2.
20. Portugal. Código Civil Português. Coimbra: Almedina, 2004; p. 133-7.
21. Portugal. Código Civil Português. Coimbra: Almedina, 2004; p. 208.
22. Cavalieri Filho S. Programa de responsabilidade civil. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.
23. Berliini LF. A responsabilidade civil aplicada às perícias médicas judiciais. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/19285/a-responsabilidade-civil-aplicada-as-pericias-medicadas-judiciais#ixzz2WarP2wDp>.
24. Diniz MH. Curso de Direito Civil brasileiro. v. 7, 21. ed., São Paulo: Saraiva, 2007; p. 44.
25. Gagliano OS, Pamplona Filho R. Novo curso de Direito Civil. Vol III: responsabilidade civil. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.
26. Gonçalves CR. Responsabilidade civil. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.
27. Dias JA. *Da irresponsabilidade civil*. 11 ed., Rio de Janeiro: Renovar, 2006. p. 25.
28. Stoco R. Tratado de responsabilidade civil. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.

29. Venosa SS. *Direito Civil*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 274 p.
30. Sá FO. *Clínica médico-legal da reparação do dano corporal em Direito Civil*. Coimbra: APADAC, 1992. 297 p.
31. Magalhães T, Corte-Real F, Vieira TN. O relatório pericial de avaliação do dano corporal em direito civil. *In*: Vieira DN, Quintero JA. *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil*. Coimbra: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008; p. 150-72.
32. Magalhães T, Vieira DN. Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito Civil. *Rev Port Danos Corp*. 2010; 20:79-90.
33. Magalhães T. Estudo tridimensional do dano em direito civil: lesão, função e situação (sua aplicação médico-legal). Coimbra: Almedina, cap. 5, 1998; p. 159-92.
34. Guyonnet JJ, Soulet H. La réparation médico-légale du dommage odontostomatologique. *Rev Fr Danos Corp*. 1993; 19(1):5-12.
35. Hamonet C, Magalhães T. *Système d'identification et de mesure des handicaps – SIMH*. Paris: Eska, 2001; p. 1-151.
36. Magalhães T, Hamonet C. O dano pessoal. *Rev Porto Danos Corp*. 2000; 9(10):49-69.
37. Aredoc. La nomenclature des postes de préjudice de la victime directe Bilan. 2010. [2012 set 24]. Disponível em: URL: <http://www.aredoc.com/sites/default/files/la-nomenclature-des-postes-de-prejudice.pdf>.
38. Mor G, Heurton B. Préjudices extrapatrimoniaux permanents. *In*: Mor G, Heurton B. *Évaluation du préjudice corporal: stratégie d'indemnisation – méthodes d'évaluation*. Paris: Delmas, 2011/2012; p. 460-92.
39. Alonso JS. A avaliação do prejuízo estético. *In*: Vieira DN, Quintero JA. *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil*. Coimbra: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008; p. 85-96.
40. Vieira DN, Corte-Real F. Nexos de causalidade em avaliação do dano corporal. *In*: Vieira DN, Quintero JA. *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil*. Coimbra: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008; p. 61-84.
41. Vieira DN. A missão de avaliação do dano corporal em Direito Civil. *Sub Judice, Just e Soc*. 2000; 17:23-30.

42. Fournier C, Bejui-Hugues H. L'imputabilité médicale en droit commun. Un siècle de réflexion sur la relation de cause à effet en dommage corporel. *Rev Fr Dommage Corp.* 2003; 29(3):277-88.
43. Vieira DN, Quintero JA. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008. 240 p.
44. World Health Organization. Guidelines for essential trauma care/Injuries and Violence Prevention for the Surgery of Trauma and Surgical Intensive Care (IATSIC). *Int Soc Surg.* 2004; 1-106.
45. Lambert-Faivre Y, Porchy-Simon S. La détermination des préjudices de la victime directe. *In: Lambert-Faivre Y, Porchy-Simon S. Droit du dommage corporel. Systèmes d'indemnisation.* 7. ed. Paris: Dalloz, 2012 ; p. 142-207.
46. Dintilhac JP. Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels. 2005 [2005 nov. 10]. Disponible em: URL: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000217/0000.pdf>.
47. Béjui-Huges H, Bessières-Roques I. La méthodologie de l'évaluation du dommage corporel. *In: Béjui-Huges H, Bessières-Roques I. Précis d'évaluation du dommage corporel.* 4. ed. Paris: L'Argus, 2009; p. 105-204.
48. Bery A, Cantaloube D, Delprat L. L'évaluation des préjudices. *In: Bery A, Cantaloube D, Delprat L. Expertise dentaire et maxillo-faciale: principes, conduite, indemnisation. L'évaluation des préjudices.* Les Ulis Cedex A: EDP Sciences, 2010; p. 159-92.
49. Lambert-Faivre Y. Rapport sur l'indemnisation du dommage corporel. Extrait du Programme d'action en faveur des victimes présenté par M. PERBEN, Garde des Sceaux en Conseil des Ministres du 18 septembre 2002. juin 2003. [2010 maio 09]. Disponible em: URL: <http://www.prolegis.com.br/seminario/artigos/PROLEGIS-190.htm>.
50. Pérez BP, Garrido BR, Sánchez JAS. Metodología para la valoración del daño en odontoestomatología. *In: Pérez BP, Garrido BR, Sánchez JAS. Metodología para la valoración del daño bucodental.* Madrid: Mapfre, 1996; p. 61-111.
51. Fournier C, Rogier A, Rousseau C. La notion d'incapacité temporaire. *Rev Fr Dommage Corp.* 1990; 16(2):239-48.
52. Machin R. L'incapacité temporaire. *Rev Fr Dommage Corp.* 2010; 2:135-40.
53. Criado del Río MT. Daño estético. *In: Criado del Río MT. Valoración médico-legal del daño a la persona. Tomo II. Doctrina médico-legal de valoración de daños personales.* Madrid: COLEX, 2010; p. 375-432.

54. Roy M, Roy JD, Bibal F. Préjudices extrapatrimoniaux subis par le blessé. *In*: L'évaluation de préjudice corporel – expertises – principes – indemnités. Paris: Lexis Nexis, cap. 2, 2011 ; p. 113-60.
55. Sapanet M, Fronty P, Geoget C. La nomenclature Dintilhac et l'expertise dentaire et maxilla-faciale. Paris: Atlantique, 2011. 348 p.
56. Bejui-Hugues H. La nomenclature Dintilhac :Quelques points particuliers. 2008. [2012 fev 15]. Disponible em: URL: http://www.afioasso.org/pages/DINTILHAC_crci_18_02_08.pdf.
57. Fédération française des associations de médecins-conseils experts en dommage corporel (FFAMCE) e Société française de médecine légale (SFML). Classification des gênes temporaires partielles (GTP) constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire partiel (DFTP). *Rev Fr Dommage Corp.* 2011; 1:83-6.
58. Pinto da Costa J, Sousa MJC, Magalhães T, Amado J, Matos E. L'évaluation du quantum doloris. *Rev Fr Dommage Corp.* 1993; 19(2):181-5.
59. Réparation des dommages en cas de lésions corporelles et de décès: résolution (75) 7 adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 14 mars 1975 et exposé des motifs. Disponible em: URL: [http://www.google.com.br/#sclient=psyab&q=Re%CC%81paration+des+dommages+en+cas+de+le%CC%81sions+corporelles+et+de+de%CC%81ce%CC%80s+:+re%CC%81solution+\(75\)+7+adopte%CC%81e+par+le+Comite%CC%81+des+Ministres+du+Conseil+de+l'Europe+le+14+mars+1975+et+expose%CC%81+des+motifs&oq=Re%CC%81paration+des+dommages+en+cas+de+le%CC%81sions+corporelles+et+de+de%CC%81ce%CC%80s+:+re%CC%81solution+\(75\)+7+adopte%CC%81e+par+le+Comite%CC%81+des+Ministres+du+Conseil+de+l'Europe+le+14+mars+1975+et+expose%CC%81+des+motifs&gs_l=serp.12...5398.5398.0.6889.1.1.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.1.0.1c.1.17.psy-ab.AdQ_2ksKQlw&pbx=1&bav=on.2,or.r_qf.&fp=f95ab0a123ad97e2&biw=1366&bih=563](http://www.google.com.br/#sclient=psyab&q=Re%CC%81paration+des+dommages+en+cas+de+le%CC%81sions+corporelles+et+de+de%CC%81ce%CC%80s+:+re%CC%81solution+(75)+7+adopte%CC%81e+par+le+Comite%CC%81+des+Ministres+du+Conseil+de+l'Europe+le+14+mars+1975+et+expose%CC%81+des+motifs&oq=Re%CC%81paration+des+dommages+en+cas+de+le%CC%81sions+corporelles+et+de+de%CC%81ce%CC%80s+:+re%CC%81solution+(75)+7+adopte%CC%81e+par+le+Comite%CC%81+des+Ministres+du+Conseil+de+l'Europe+le+14+mars+1975+et+expose%CC%81+des+motifs&gs_l=serp.12...5398.5398.0.6889.1.1.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.1.0.1c.1.17.psy-ab.AdQ_2ksKQlw&pbx=1&bav=on.2,or.r_qf.&fp=f95ab0a123ad97e2&biw=1366&bih=563).
60. Société Française de Médecine Légale (SFML), Fédération Française des Associations de Médecins-Conseils Experts en Dommage Corporel (FFAMCE). Du pretium doloris aux souffrances endurées. Grille indicative d'évaluation destinée aux médecins experts. 2007. Disponible em: <http://www.aredoc.com/system/files/SOUFFRANCES%20ENDUREES.pdf>.
61. Rousseau C, Fourier C. Les postes de préjudice. *In*: Rousseau C, Fourier C. Précis d'évaluation du dommage corporel en droit commun. Niort: Soulis-Cassegrain, 1989; p. 95-110.
62. Bouchardet FHC, Criado del Río MT. Propuesta de una guía para la valoración médico-legal de la alteración estética: daño estético/deformidad. *Rev Port Dano Corp.* 2010; (21):119-30.
63. Braga A. A reparação do dano corporal na responsabilidade civil extracontratual. Coimbra: Almedina, 2005.

64. Entralgo JF. La problemática del perjuicio estético: especial referencia a su valoración. 2010. [2010 nov 22]. Disponível em: URL: <http://www.asociacionabogadosrcs.org/revistas/rc%20abogados%2034.pdf>.
65. Puig Bausili LL, Pujol Robinat A, Corrons Perramón J, Medallo Muñiz J. Valoración del daño estético en las amputaciones. *Rev Esp Med Legal*. 2011; 37(3):90-6.
66. Servet VM. Guía unificadora de criterios en materia de dercho de la circulación penal y civil. 2005. [2012 set 24]. Disponível em: URL: http://books.google.com.br/books?id=GuzzEUT4fTMC&pg=PA385&lpg=PA385&dq=perjuicio+est%C3%A9tico+temporal&source=bl&ots=tApJa_8bsy&sig=S5C4gMrIDUH9jHmEBu91T2gS204&hl=pt-BR&sa=X&ei=YKpgUPrhC4aw8ASqhoH4Dw&sqi=2&ved=0CCAQ6AEwAA#v=onepage&q=perjuicio%20est%C3%A9tico%20temporal&f=false.
67. Lopez TA. Conceito de dano estético. *In*: Lopez TA. O dano estético: responsabilidade civil. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004; p. 44-64.
68. Côrtes MIS, Bastos JV. Biological and clinical aspects of traumatic injuries to the permanent teeth. *In*: Estrela, C. (org.). Endodontic science. São Paulo: Artes Médicas (division of Dentistry), 2009; p. 953-1078.
69. Abbeele AV. Traumatismes dentaires. *In*: Lucas P, Stehman M. L'expertise de l'enfant et de la personne âgée. Paris: Anthemis, 2011; p. 25-31.
70. Ramos-Jorge ML, Bosco VL, Peres MA, Nunes ACGP. The impact of treatment of dentário trauma on the quality of life of adolescents: a casecontrol study in southern Brazil. *Dent Traumatol*. 2007 Apr; 23(2):114-9.
71. Baldwin DC. Appearance and aesthetics in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. Copenhagen, 1980; 8(5):244-56.
72. Côrtes MIS, Sheiham A, Marcenes W. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on oralhealth related quality of life of 12 to 14 year old brazilian school-children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30:193-8.
73. Glendor U, Jonsson D, Halling A, Lindqvist K. Direct and inirect costs of dentário trauma in Sweden: a 2-years prospective study of children and adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29:150-60.
74. Gilbert GH, Xiaoxian MR, Duncan P, Shelton BJ. Incidence of Tooth Loss and Prosthodontic Dentário Care: effect on chewing difficulty onset, a component of oral health-related quality of life. *J Am Geriatrics Soc*. 2004 June; 52(6):880-5.
75. The World Oral Health Report 2003. Disponível em URL: https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/68506/1/WHO_NMH_NP_H_ORH_03.2.pdf.

76. Côrtes MIS. Epidemiology of traumatic injuries to permanent teeth and the impact on the daily living of Brazilian school children. [Tese de Doutorado]. Londres: Department of Epidemiology and Public Health, University College London, 2000. 247 p.
77. Côrtes MIS, Bastos JV. Traumatismo dentário. *In*: Estrela C. Ciência endodôntica. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2004; p.799-918.
78. The Dentário Trauma Guide. [2012 out 08]. Disponível em: URL: http://www.dentáriotraumaguide.org/Permanent_teeth.aspx.
79. Côrtes MIS, Estrela C, Bastos JV. Previsibilidade do tratamento endodôntico de dentes permanentes traumatizados. *In*: Mendes WB, Myashita E, Oliveira GG. (org.). Reabilitação oral: previsibilidade e longevidade. 1. ed. Belo Horizonte: Napoleão, 2011; p. 312-71.
80. Andreasen J, Borum M, Jacobsen H, Andreasen F. Replantation of 400 avulsed permanent incisor. Factors related to periodontal ligament healing. *Endod Dent Traumatol.* 1995 Apr; 11(2):76-89.
81. Slack GL, Jones JM. Psychological effect of fractured incisors. *Brit Dent J.* 1955; 6:338.
82. Andreasen JO, Andreasen FM. Root resorption following traumatic dental injuries. *Proc Finn Dent Soc.* 1992; 88:95-114.
83. Bouchardet FCH. Avaliação do dano bucomaxilofacial: metodologia europeia aplicada ao contexto brasileiro [Dissertação de mestrado]. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2006.
84. Silva OA. Avaliação do dano maxilo-facial em direito civil: estudo retrospectivo de perícias realizadas no INML, I.P. – Delegação do Centro [Dissertação de mestrado]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2009.
85. Leles CR, Freire A. A sociodental approach in prosthodontic treatment decision making. *J Appl Oral Sci.* Apr./June 2004; 12(2):127-132. ISSN 1678-7757.
86. Bastos JV, Côrtes MI, Gonçalves AL, Cançado CFL, Ferreira FS, Loureiro MS. *et al.* 2005 [2012 jun. 08]. Disponível em: URL: https://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude_12.pdf.
87. Vasconcellos RJH, Marzola C, Genu PR. Trauma dentário aspectos clínicos e cirúrgicos. 2006 [2012 ago. 10]. Disponível em: URL: http://www.actiradentes.com.br/revista/2006/textos/45RevistaATO-Trauma_dentário-Aspectos_C-2006.pdf.
88. Cvek M, Cleaton-Jones P, Austin J, Lownie J, Kling M, Fatti P. Pulp revascularization in reimplanted immature monkey incisors – predictability and the effect of antibiotic systemic prophylaxis. *Endod Dent Traumatol.* 1990 Aug; 6(4):157-69.

89. Bastos JV, Côrtes MIS. Traumatismos dentários. *In*: Couto RC. Perícia em Medicina e Odontologia Legal. Cap. 12, Rio de Janeiro: Medbook, 2011; p. 223-54.
90. Majorana A, Bardellini E, Conti G, Keller E, Pasini S. Root resorption in dentário trauma: 45 cases followed 5 years. *Dent Traumatol*. 2003; 19:262-5.
91. Oikarinen K, Gundlach KKH, Pfeifer G. Late complications of luxation injuries to teeth. *Endod Dent Traumatol*. 1987; 3:296-303.
92. Andreasen JO. Periodontal healing after replantation and autransplantation of incisor in monkeys. *Int J O Surg*. 1981; 10:54-61.
93. Pohl Y, Filippi A, Kirschner H. Results after replantation of vulsed permanent teeth. III. Tooth loss and survival analysis. *Dent Traumatol*. 2005; 21:102-10.
94. International Association of Dentário Traumatology. [2012 out 08]. Disponível em: URL: <http://www.iadt-dentáriotrauma.org/web>.
95. Prado MMS, Borges TF, Prado CJ, Gomes VL, Neves FD. Função mastigatória de indivíduos reabilitados com próteses totais muco-suportadas. *Pesq Bras Odontop Clín Int, João Pessoa*. 2006 set./dez.; 6(3):259-66.
96. Vallittu PK, Vallittu ASJ, Lassila VP. Dentário aesthetics: a survey of attitudes in different groups of patients. *J Dent*. 1996; 24(5):335-8.
97. Todescan R, Silva EEB, Silva OJ. Atlas de prótese parcial removível. São Paulo: Santos, 1998.
98. Fiori SR, Lourenção AR. Prótese parcial removível: fundamentos bioprotéticos. São Paulo: Pancast, 1989.
99. Matson E. Atlas de dentística restauradora. 3. ed. São Paulo: Pancast, 1992.
100. Kliemann C, Oliveira W. Manual de prótese parcial removível. São Paulo: Santos, 1999. 265 p.
101. McGivney GP, Castleberr YDJ. Prótese parcial removível de MC Cracken. São Paulo: Artes Médicas, 1994. 330 p.
102. Miranda CC. Atlas de reabilitação bucal. São Paulo: Santos, 1984.
103. Leles CR, Freire A. A sociodental approach in prosthodontic treatment decision making. *J Appl Oral Sci*. 2004 Apr/June; 12(2):127-32.
104. Grzywacz I. The value of the aesthetic component of the index of orthodontic treatment need in the assessment of subjective orthodontic treatment need. *Eur J Orthod*. 2003; 25(1):57-63.

105. Van der Geld P, Oosterveld P, Van Heck G, Kuijpers-Jagtman AM. Smile attractiveness. Self-perception and influence on personality. *Angle Orthod.* 2007 Sept; 77(5):759-65.
106. Sheiham A, Tsakos G. Avaliando necessidades através de abordagem sócio-odontológica. *In: Vitor Gomes Pinto. Saúde Bucal Coletiva. Cap. 6, Cidade: São Paulo. Editora Santos; 2013. p. 287-316.*
107. World Health Organization. Standardisation of reporting of dental disease and condition. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_242.pdf.
108. Castro RAL, Cortes MIS, Leão AT, Portela MC, Souza IPR, Tsakos G, *et al.* Child-OIDP index in Brazil: Cross-cultural adaptation and validation. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008. Biomedcentral. <http://www.hqlo.com/content/6/1/68>.
109. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. *In: Slade GD. (editor). Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: Dentário Ecology, 1997; p. 151-60.*
110. Bussac M, Carbounie CL. Le dommage dentaire et son évaluation. *Rev Fr Dommage Corp.* 1997; 23(4):437-54.
111. Mélenec L. Valoración de lãs discapacidades y Del daño corporal (Baremo Internacional de Invalideces). Barcelona: Masson, 2000; p. 1-31.
112. Caldas I. Avaliação do dano orofacial pós-traumático. [Tese Doutorado]. Porto: Fac Med Dent Univ Porto; 2008.
113. Caldas IM, Hammonet C, Matos E, Afonso A, Magalhães T. Orohanditeste: uma nova metodologia para avaliação do dano orofacial. *Rev Port Dano Corp.* 2007; (17):99-111.
114. Pérez BP. Metodología para la valoración del daño buco dentário. 1993. [2010 fev 11]. Disponível em URL: <<http://eprints.ucm.es/tesis/19911996/D/0/D0040901.pdf>>.
115. Bessieres-Roques I, Fournier C, Hugues-Bejui H, Riche F. Les baremès. *In: Bessieres-Roques I, Fournier C, Hugues-Bejui H, Riche F. La méthodologie de l'évaluation du dommage corporel. Précis d'évaluation du dommage corporel 2. ed. Paris: L'argus de L'assurance, 2001; p. 191-4.*
116. Dommage corporel chez l'enfant. 2006. [2012 out 15]. Disponível em URL: http://www.univreims.fr/gallery_files/site/1/90/1129/1384/1536/1577/1594.pdf.
117. Borobia C, Alías P, Pascual G. A avaliação do dano corporal em crianças e idosos. *In: Vieira DN, Quintero JA. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008; p. 131-46.*

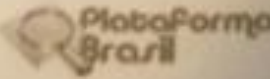
118. Sapanet M. Lággravation en stomatologie. Rev Fr Domage Corp. 1995; 21(4):441-5.
119. Waller PY, Achard M. Les traumatismes dentaires et leur réparation. Rev Fr Domage Corp. 2008; 1:9-24.
120. Vieira DNP. El daño a la persona en Europa. *In*: Criado Del Río MT. Valoración médico-legal del daño a la persona. Civil, penal, laboral e administrativa: responsabilidad profesional del perito médico. Madrid: COLEX, 1999; p. 35-705.
121. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos, 2007. [2012 out 03]. Disponível em: URL: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007001100003.
122. Hair JF Jr. *et al.* Análise de dados multivariados. 6. ed. Upper Saddle River: Prentice-Hall, 2009.
123. Magalhães MM, Lima ACP. Noções de probabilidade e Estatística. 6. ed., IME-USP, USP, 2002.
124. Triola MF. Introdução à Estatística. 7. ed., Addison Wesley Longman, Inc., 1998.
125. Caldas IM, Hamonet, Matos E, Afonso A, Magalhães T. Orohanditestel: uma nova metodologia para avaliação do dano orofacial. Rev Port Dano Corp. 2007; 17:99-111.
126. NICOLA, T. Procedimentos clínicos na avulsão dentária. RBO, v. 44, n. 4, p. 26-34, 1987.
127. STÊVÃO, E. L. L.; BARROS, F. J. B. C.; Condutas clínicas frente ao reimplante dentário: Enfoque para o tratamento endodôntico. Rev Odonto Ciênc, v. 13, n. 25, p. 77-88, 1998.
128. VASCONCELOS, R. J. H.; OLIVEIRA, D. M.; PORTO, G. G. Ocorrência de traumatismo dental em escolares de uma escola pública da cidade do Recife. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco -Maxilo-Facial, v. 3, n. 4, p.9-12, 2003.
129. VASCONCELLOS, R. J. H.; MARZOLA, C.; GENÚ, P. R. Trauma Dental – Aspectos Clínicos e Cirúrgicos. Revista de Odontologia, v. 6, n.3, p. 1118-1151, 2006.
130. MIRANDA, A. C. E.; HABITANTE, S. M.; CANDELÁRIA, L. F. A. Revisão de determinados fatores que influenciam no sucesso do reimplante dental, 2000. Disponível em: www.unitau.br/prppg/publica/biocienc/downloads/revisaodeterfadores-N1-2000.pdf - Acesso em: 30 out. 2007.

131. Buttke T M, Trope M. Effect of catalase supplementation in storage media for avulsed teeth. *Dental Traumatology* 2003; 19: 103-8.
132. Fernandes A V. Programa “Salve um dente”– Reimplante dentário. *Rev CROMG* 1995 Feb; 1 (1): 37-9.
133. Cueto CH. La valoración del daño corporal en niños y ancianos. *Rev Port Dano Corp.* 1997; 6(7):37-62.
134. Gisbert MS, Saiz EM. Valoración del daño corporal en niños y ancianos. *In:* Cueto CH. Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. 2. ed. Barcelona: Masson, 2001; p. 371-414.

ANEXOS E APÊNDICE

ANEXO A – Comitê de Ética e Pesquisa

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS - PUCMG**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de Danos Temporários Extrapatrimoniais de Lesões do Sistema Estomatognático em Crianças e Adolescentes

Pesquisador: Fernanda Capuncho Horta Bouchardet

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22115813.9.0000.5137

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUCMG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 431.456

Data da Relatório: 21/10/2013

Apresentação do Projeto:

A análise dos traumatismos do sistema estomatognático no âmbito civil, em especial nas crianças e adolescentes, tem merecido atenção especial, devido à complexidade das sequelas que se apresentam nestes segmentos etários, substancialmente diferentes das do adulto. Assim sendo, surgiu a necessidade de se somar aos conhecimentos médicos existentes sobre a avaliação dos danos e aos estudos epidemiológicos sobre traumatismos dentários, também o impacto psicossocial a que algumas lesões podem levar. Na realização deste trabalho consideramos duas linhas principais: os traumatismos dentários, em especial as avulsões de dentes anteriores de crianças e adolescentes e a avaliação dos danos corporais pós-traumáticos. São temas problemáticos, e ao mesmo tempo intrigantes, sendo necessária uma maior integração para melhor conhecimento da questão. A amostra aleatória consistirá de 100 pacientes com idade de 11 anos a 31 anos de ambos os sexos, atendidos na Clínica de Traumatismo Dentário da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, que sofreram avulsão e posterior perda dentária com colocação de prótese temporária removível ou fixa. A amostra aleatória consistirá em 100 pacientes com idade de 11 anos a 31 anos de ambos os sexos, atendidos na Clínica de Traumatismo Dentário da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, que sofreram avulsão e posterior extração

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 25, sala 228
Bairro: Campi Esportivos **CEP:** 30.535-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)2219-4517 **Fax:** (31)2219-4517 **E-mail:** ucs.unmg@pucmg.br

Página 01 de 02

Continuação do Formulário 4271-428

com colocação de prótese temporária removível ou fixa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos:

- a) criar uma metodologia de avaliação pericial mais adequada para os traumatismos dentários;
- b) adequar os critérios de estabelecimento da data de consolidação médico-legal à problemática específica dos traumatismos dentários;
- c) concretizar os conceitos relativos aos diversos parâmetros dos danos temporários extrapatrimoniais no que se refere aos danos do sistema estomatognático;
- d) caracterizar o seu verdadeiro impacto na qualidade de vida e ponderar particularmente as suas repercussões em termos de avaliação do déficit funcional temporário, do quantum doloris e do dano estético temporário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

As entrevistas serão realizadas na Clínica de Traumatismo Dentário da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas. Não há risco previsível ou desconforto aos sujeitos. Os dados que serão coletados para análise não contém elementos que permitam a identificação do paciente.

Benefícios:

Não há benefícios diretos esperados aos sujeitos da pesquisa. A divulgação do trabalho poderá servir como fonte de consulta para profissionais interessados no assunto, contribuindo para uma melhor avaliação pericial, minorando os transtornos causados pelo dano e, conseqüentemente, promover melhor qualidade de vida para a vítima e uma justa

indenização para o causador do dano. Servirá também para colaborar com outras pesquisas vindouras sobre o assunto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequado e pertinente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

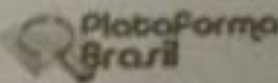
Os termos de apresentação obrigatória foram anexados e atendem às normativas vigentes.

Recomendações:

O projeto deve ser apreciado e aprovado pelo CEP da UFMG, instituição co-participante do estudo.

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 53, sala 236
Bairro: Cidade Universitária CEP: 30.535-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3219-4517 Fax: (31)3219-4517 E-mail: ufp@pucmg@pucmg.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG



Contribuição do Parecer: 421.488

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Peia aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Verificar as "recomendações".

BELO HORIZONTE, 22 de Outubro de 2013

Assinador por:
CRISTIANA LEITE CARVALHO
(Coordenador)

ANEXO B - Avaliação de danos temporários extrapatrimoniais de lesões do sistema estomatognático em crianças e adolescentes

I – DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Sexo: 1 – Masculino; 2 – Feminino

Data de nascimento: ___/___/___

Data do exame: ___/___/___

Idade na data do exame (anos): _____

Estado civil: 1 - Solteiro(a); 2 - Casado(a); 3 - Viúvo(a); 4 - Divorciado; 5 - Outros

Nível de estudos: 1 – Sem escolaridade; 2 – Fundamental; 3 - Médio; 4 – Superior

II - ACIDENTE OU AGRESSÃO

Data do evento: ___/___/___

1ª consulta: ___/___/___

Data da colocação da prótese: ___/___/___

Onde? _____

III – OBSERVAÇÕES

A- SEQUELAS LESIONAIS

1- Lesões dentárias (Andreasen; Andreasen, 1992)⁸²:

Diagnóstico da Lesão

DENTE	Nº	NÚMERO DO TIPO DE LESÃO*			
1.1 - Incisivo central superior direito	1				
2.1 - Incisivo central superior esquerdo	2				
1.2 - Incisivo lateral superior direito	3				
2.2 - Incisivo lateral superior esquerdo	4				
4.1 - Incisivo central inferior direito	5				
3.1 - Incisivo central inferior esquerdo	6				
4.2 - Incisivo lateral inferior direito	7				
3.2 - Incisivo lateral inferior esquerdo	8				
Outros (CITAR) _____	9				
*TABELA DOS TIPOS DE LESÃO					
14) Avulsão					
16) Outras lesões (citar) aparelho mantenedor de espaço _____					

Índice de impactos odontológicos no desempenho das atividades diárias da criança (OIDP-infantil)

Pense cuidadosamente e não tenha pressa. Eu tenho aqui uma lista de ATIVIDADES que incluem aquelas que você desempenha (faz) na sua vida diária. Você pode me dizer se **os seus dentes anteriores (da frente) ou posteriores (de trás)** lhe causaram qualquer dificuldade na sua habilidade para desempenhar (fazer) qualquer das seguintes atividades, durante os últimos seis meses? Vou ler uma a uma e você vai pensar bem e me dizer:

Leia para as crianças:

Considerando as suas respostas sobre os problemas que você teve com seus dentes e boca nos últimos três meses, eu gostaria de saber como eles afetaram o seu dia-a-dia. Nos últimos três meses, algum desses problemas, marcados na Folha 1 (aponte para a folha) causou dificuldade para _____? (LER CADA ATIVIDADE NO FORMULÁRIO DE REGISTRO).

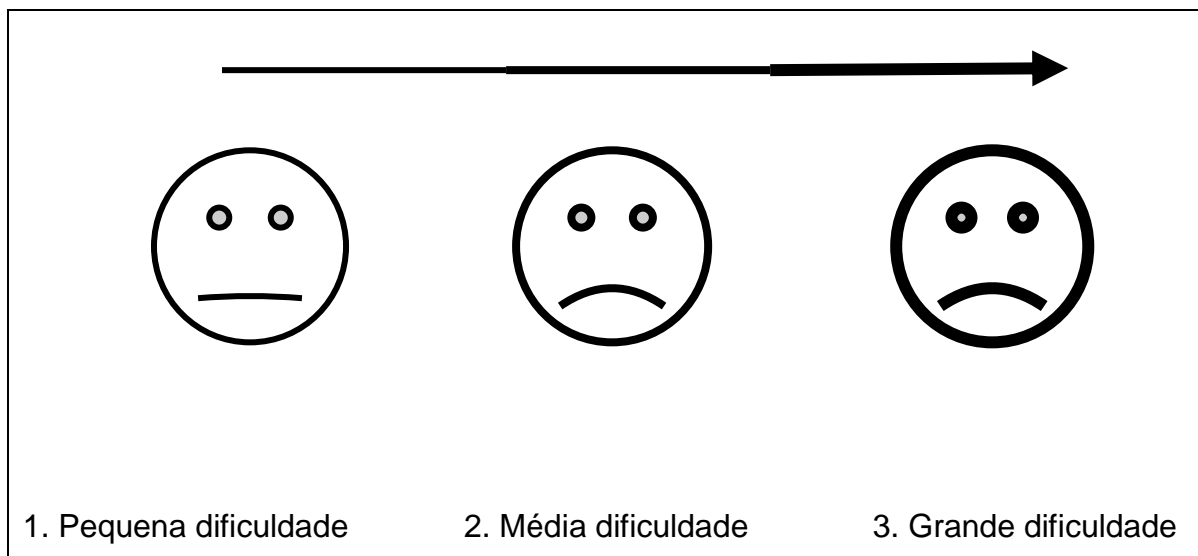
*Faça a pergunta para cada atividade. Se para uma atividade a resposta for **NÃO**, então marque **0 (zero)** tanto para gravidade como também para a frequência e passe para a próxima atividade. Se a resposta for **SIM**, leia as perguntas: a) gravidade, b) frequência e c) problemas percebidos, para cada atividade.*

Pergunta a) Gravidade

Vou fazer algumas perguntas sobre a gravidade desta dificuldade quando ela aconteceu. Observe a próxima escala de 1 a 3. A gravidade da dificuldade aumenta da esquerda para a direita da escala. A Figura 1 representa **pequena dificuldade**, a Figura 2 representa **média dificuldade** e a Figura 3 representa **grande dificuldade** (usar a escala do Quadro 1).

Qual número você acha que reflete o efeito da dificuldade para _____ (LER A ATIVIDADE) no seu dia-a-dia?

Quadro 1 - Escala analógica e facial

**Pergunta b) Frequência**

Aconteceu uma ou mais vezes por mês ou menos de uma vez por mês?

1- Se aconteceu uma ou mais vezes por mês, siga para a pergunta b1

2- Se aconteceu menos de uma vez por mês, siga para a pergunta b2

Pergunta b1) Se aconteceu uma ou mais vezes por mês:	Pergunta b2) Se a dificuldade aconteceu menos de uma vez por mês, por quantos dias aconteceu no total?
- Uma ou duas vezes por mês 1	- 1 a 7 dias 1
- Três ou mais vezes ao mês ou uma ou duas vezes por semana. 2	- 8 a 15 dias 2
- Três ou mais vezes por semana 3	- mais que 15 dias 3

Pergunta c) Problemas percebidos

Nesse momento a criança deve ter a folha 1 em mãos e cada atividade do Formulário de Registro deve ser lida e relacionada aos problemas marcados. Escreva na coluna "Problema(s)" o(s) código(s) do(s) problema(s) assinalado(s) pela criança na folha 1, que tenha(m) afetado a "atividade" da linha correspondente.

Por exemplo: se a atividade "comer (ex. refeição, sorvete)" estiver sendo dificultada por "dor de dente", "cárie ou buraco no dente" e "dente de leite mole" devem ser marcados os códigos 1, 3 e 4 na coluna "problema(s)".

Observação: se a resposta da folha 1 incluir "outros", escreva o(s) problema(s) por extenso.

De acordo com os problemas de sua boca e de seus dentes, listados na folha 1 (da 1ª etapa), você pode dizer qual(is) dele(s) causou(causaram) dificuldade para _____ ?

(LER CADA ATIVIDADE NO FORMULÁRIO DE REGISTRO)

FORMULÁRIO DE REGISTRO

Atividades	a) Gravidade	b) Frequência		c) Problema(s)
		b1)	b2)	
1. Comer				
2. Falar claramente				
3. Limpar a boca (escovar os dentes e bochechar)				
4. Dormir				
5. Manter o seu estado emocional (humor) sem se estressar ou irritar				
6. Sorrir, rir e mostrar os dentes sem sentir vergonha				
7. Fazer as tarefas da escola (ir à escola, aprender em sala de aula, dever de casa)				
8. Ter contato com as pessoas (sair com amigos, ir a casa de amigos)				

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: Avaliação do dano temporário no âmbito das lesões do sistema estomatognático em crianças e adolescentes

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

1) Introdução

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre o impacto das lesões e sequelas do sistema estomatognático nas atividades da vida diária e na qualidade de vida dos examinados que sofreram traumatismos dentários. Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa. Você foi selecionado por estar sendo atendido nesta clínica e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará qualquer prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. É preciso entender a natureza e os riscos da sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

2) Objetivo

O objetivo deste estudo é avaliar o impacto das lesões e sequelas do sistema estomatognático nas atividades da vida diária e na qualidade de vida dos examinados que sofreram traumatismos dentários. Ou seja, avaliar o quanto esses traumatismos podem influenciar nas suas atividades do dia-a-dia.

3) Procedimentos do estudo

Se concordar em participar deste estudo você será solicitado a responder um questionário sobre os impactos que esse traumatismo influenciou em sua vida diária. Essas informações serão utilizadas na elaboração desta pesquisa, que pretende avaliar o quanto esses traumatismos podem influenciar nas suas atividades diárias.

4) Riscos e desconfortos

Inexiste risco previsível. Ausência de exame clínico.

5) Benefícios

Sua participação é totalmente gratuita, você não terá qualquer gasto. As conclusões desta pesquisa contribuirão para melhor esclarecimento dos impactos que os traumatismos dentários trazem para sua vida e para a vida de outras pessoas, podendo ajudá-lo, e também a outras pessoas. Suas respostas poderão contribuir para uma equidade na avaliação das lesões e sequelas que afetam o sistema estomatognático (sua boca).

6) Custos/reembolso

Você não terá qualquer gasto com a sua participação no estudo. As consultas, os exames e todo o tratamento serão gratuitos e também não receberá pagamento pela sua participação. Você não receberá cobrança por algum tratamento e exame adicional ou qualquer outro procedimento feito durante o estudo.

7) Caráter confidencial dos registros

Algumas informações obtidas a partir de sua participação neste estudo não poderão ser mantidas estritamente confidenciais. Além dos profissionais de saúde que estarão cuidando de você, agências governamentais locais, o Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o estudo está sendo realizado, o patrocinador do estudo e seus representantes podem precisar consultar seus registros. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Caso seja necessária a consulta dos seus registros, a identificação deste será feita por um número e não pelo seu nome. Ao assinar este consentimento informado, você autoriza as inspeções em seus registros.

8) Participação

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao questionário. É importante que você esteja consciente de que a participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tenha direito de outra forma. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, deverá notificar ao profissional e/ou pesquisador que o esteja atendendo. A recusa em participar ou a saída do estudo não influenciarão seus cuidados nesta instituição.

9) Para obter informações adicionais

Você poderá contatar a clínica de traumatologia dental da UFMG pelo telefone -----, podendo esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

10) Declaração de consentimento

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre o questionário.

Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas.

Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar como examinado deste estudo.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante ou representante legal:

Data: __/__/____.

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado. Acredito que o participante e/ou seu representante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ele/ela compreendeu essa explicação.

Assinatura do pesquisador:

Data: __/__/____.

