SUELY RIZZO CAVALCANTI COSENTINO

**PERÍCIAS DE RESSARCIMENTO DE DANOS EM COMPANHIAS
SEGURADORAS: ANÁLISE DA ADEQUAÇÃO DOS TRATAMENTOS
PROPOSTOS, DOS CUSTOS DOS TRATAMENTOS E DA
DOCUMENTAÇÃO**

**São Paulo
2005**

Suely Rizzo Cavalcanti Cosentino

**Perícias de ressarcimento de danos em companhias seguradoras:
análise da adequação dos tratamentos propostos, dos custos dos
tratamentos e da documentação**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia
da Universidade de São Paulo, para obtenção do título
de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em
Odontologia

Área de Concentração: Deontologia e Odontologia Legal

Orientadora: Profa.Dra.Hilda Ferreira Cardozo

**São Paulo
2005**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cosentino SRC. Perícias de ressarcimento de danos em companhias seguradoras: análise da adequação dos tratamentos propostos, dos custos dos tratamentos e da documentação [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

São Paulo, __/__/2005

Banca Examinadora

1) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho

*Aos meus pais, Maximiano de A. Cavalcanti e
Ondina R. Cavalcanti (in memoriam), pelo exemplo
de honestidade e coragem frente aos obstáculos.*

*Ao Ranieri, meu marido e companheiro de todas
as horas, pelo amor, eterna compreensão e
constante apoio nesta jornada;*

*Aos meus filhos Diogo e Vivian, pela colaboração,
incentivo e paciência com as minhas inseguranças.*

*À Elcy, minha única irmã, que ama desafios e me
incentivou a iniciar, levar adiante e concluir mais
esta etapa.*

À Professora Doutora Hilda Ferreira Cardozo, minha orientadora. pela confiança em mim depositada, pela disposição e colaboração irrestritas na orientação deste trabalho e, acima de tudo, pela amizade, que espero merecer e com a qual espero sempre contar.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof.Dr.Moacyr da Silva, Chefe do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, por ter me aceitado como aluna, e pela afabilidade e gentileza que dispensa a todos aqueles que o procuram.

Ao Prof.Dr.Dalton Luiz de Paula Ramos, responsável pela área de Concentração da Odontologia Social do programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pela dedicação com que conduziu as questões e assuntos relacionados aos pós-graduandos.

À Profa.Dra.Maria Ercilia de Araujo, Vice-Chefe do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, cuja generosidade, simpatia e simplicidade minimizaram as dificuldades.

Aos Professores do curso de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, área de concentração em Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelos ensinamentos, desprendimento e disponibilidade.

Ao Dr. Celso Agnelli, médico e amigo, pela confiança em mim depositada apresentando-me à área de seguros, que descortinou um novo horizonte em minha vida profissional.

À Dra Maria Angélica Mendonça, amiga que me incentivou a buscar novos conhecimentos e, assim, progredir como pessoa e como profissional.

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação em Deontologia e Odontologia Legal, pela amizade, colaboração e agradável convívio.

Às secretárias do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo: Andréia Teixeira dos Santos, Maria Laura de Toledo, Marieta Trancoso de Castro e Sônia Castro Lucia Lopes, pela boa vontade em me auxiliar durante o curso e pela amizade que, tenho certeza, permanecerá após esta etapa.

À Marieta, pela colaboração na finalização deste trabalho.

Aos funcionários do Serviço de Documentação da Biblioteca da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, sempre dispostos a me orientar nas muitas dúvidas que tive.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram para que eu finalizasse este trabalho.

Cosentino SRC. Perícias de ressarcimento de danos em companhias seguradoras: análise da adequação dos tratamentos propostos, dos custos de tratamentos e da documentação. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

RESUMO

Os objetivos deste trabalho foram analisar as informações contidas nas apólices de dano à pessoa em processos de sinistros de seguradoras, e propor melhorias para o atendimento de traumatizados portadores desse tipo de produto. Foram descritas as informações sobre o perfil do segurado - sexo, faixa etária e ocupação -; características do trauma - como local e etiologia do dano -; características da lesão e dos tratamentos reabilitadores; adequação dos tratamentos propostos, dos honorários e da documentação. Foram elencadas as falhas detectadas nas apólices cuja documentação apresentava-se insuficiente. O estudo abrangeu 151 processos, dos quais 132 constituíam-se em Avisos de Acidente (iniciais) e 19 em Avisos de Continuidade. Quanto aos tipos de seguros, 124 eram de Seguro Escolar, 07 de Afastamento Profissional e 01 de DPVAT. Nos processos, 84 (63,64%) segurados eram do sexo masculino e 48 (36,36%) do sexo feminino; a faixa etária predominante foi a compreendida entre 6 e 10 anos, com 42 (31,82%) casos; o local de maior ocorrência foi a área escolar (57 = 43,18%). Na etiologia do dano constatou-se que 59 (44,70%) acidentes aconteceram durante locomoções, 34 (25,76%) em atividades lúdicas, 18 (13,64%) em práticas esportivas e 16 (12,12%) em ambiente doméstico, nos três últimos dos quais as quedas ocorreram com maior frequência. Os dados de lesões referem-se tão somente aos Avisos de Acidentes,

nos quais predominaram as fraturas coronárias simples, com 94 ocorrências, e 21 acidentes geraram lesões associadas de tecidos duros e tecidos moles. Da mesma forma, os tratamentos reabilitadores só contemplam os Avisos de Acidentes, nos quais prevaleceu a dentística (112). Na análise da adequação de tratamentos propostos, dos 151 processos, 133 estavam adequados e 18 inadequados. Quanto aos honorários profissionais, 89 apresentaram valores satisfatórios e 55, valores acima dos usuais. Os 7 processos restantes eram de Afastamento Profissional, nos quais não são avaliados os custos de tratamento e sim o tempo de restabelecimento. Em relação à adequação da documentação, 74 estavam adequados e 77 não completaram a documentação requisitada. Dentre os inadequados, a principal falha foi a ausência de radiografias iniciais e/ou finais.

Palavras-Chave: Seguros de acidentes pessoais; Avaliação de honorários profissionais; Epidemiologia do trauma

Cosentino SRC. Damages compensation investigation in insurance companies: analysis of the suitability of treatments, their costs and documentation [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

ABSTRACT

This dissertation aims at analyzing the data on accident claims in personal injury policies from insurance companies and at proposing improvements on the treatment of injured people who hold this kind of product. The study describes information related to the insured profile (gender, age and occupation), to the trauma (such as the place and etiology of damage), the lesion and rehabilitation treatment characteristics, as well as whether proposed treatments were adequate for the fees charged and for the documentary evidence submitted. Errors identified in policies with insufficient documentation were also listed. The study encompassed 151 claims, 132 of which were Notification of Accidents (Initial Claims) and 19 were Notification about the Eligibility for Continuity of Care. As for the kinds of insurance, 124 related to School Accident Insurances, while 07, to Professional Leave, and only 01 related to Motor Vehicle Personal Injury Insurance. In those claims, 84 (63,64%) insured were male, whereas 48 (36,36%) were female; the main age group ranged from 6 to 10 years old, totalizing 42 cases (or 31,82%). Schools were the place where the greatest number of accidents (57 = 44,53%) occurred. In the etiology of damage, it was observed that 59 accidents (44,70%) occurred during locomotion movement, 34 cases (25,76%) in playing, 18 (13,64%) during the practice of sports and 16 (12,12%) at home. In the last three types, fall accidents occurred more frequently. As for the kind of lesion, the simple fracture crown prevailed in 94 cases, whereas in 21 accidents, it were hard and soft associated lesions. In the rehabilitation treatments, dentistry prevailed in 112 proceedings. As for the suitability of proposed treatments, out of 151 claims, 133 were adequate whereas 18 were not. As far as fees for professional services were concerned, 89 were considered satisfactory, while 55 were considered overcharged. The last 7 claims were related to Professional Leave, and so what is assessed is the time to recovery and not the treatment costs. In

relation to documentary evidence, 74 claims submitted proper documents, while 77 did not. The latter main error was that initial and /or final radiographic documentation was not sent to the insurance companies.

Keywords: Insurance Policy for Personal Injury; Assessment of Professional Fees; Trauma Epidemiology

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Sinistros de avisos de acidente (132 casos)	99
Tabela 2	Sinistros de avisos de continuidade (19 casos)	107

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 5.1	Distribuição etária dos segurados vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005	53
Gráfico 5.2	Distribuição ocupacional dos segurados de Seguros Coletivos Escolares vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005	54
Gráfico 5.3	Distribuição etiológica dos danos dos segurados vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005	56
Gráfico 5.4	Distribuição dos locais de acidentes sofridos pelos segurados vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005	59
Gráfico 5.5	Distribuição dos tipos de lesões dentoalveolares sofridas pelos segurados vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais (Avisos de Acidentes) entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005	60
Gráfico 5.6	Distribuição dos tipos de lesões de tecidos duro e mole sofridas pelos segurados vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais (Avisos de Acidentes) entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005	61
Gráfico 5.7	Distribuição dos tratamentos reabilitadores aos quais os segurados vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais (Avisos de Acidentes) foram submetidos entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005	63
Gráfico 5.8	Falhas na documentação em Avisos de Acidentes	69
Gráfico 5.9	Falhas na documentação em Avisos de Acidentes	69
Quadro 5.1	Demonstrativo da adequação dos tratamentos propostos, honorários e documentação em aos quais os segurados vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais (Avisos de Acidentes) foram submetidos entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005	65
Quadro 5.2	Demonstrativo da adequação dos tratamentos propostos, honorários e documentação em aos quais os segurados vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais (Avisos de Continuidade) foram submetidos entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005	66

LISTA DE ABREVIATURAS

AMB	Associação Médica Brasileira
art.	Artigo
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
DPVAT	Danos Pessoais causados por Veículos Automotores em Vias Terrestres
EUA	Estados Unidos da América
FIO	Federação Interestadual dos Odontologistas
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
HETSHL	Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
IGPM	Índice Geral de Preços de Mercado
IRB	Instituto de Resseguros do Brasil
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TNCC	Tabela Nacional de Convênios e Credenciamentos
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
VRCC	Valores Referenciais para Credenciamentos e Convênios
VRPO	Valores Referenciais de Procedimentos Odontológicos

LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS NAS TABELAS DOS APÊNDICES

Acid/Dom.	Acidente Doméstico
Acid/Esp.	Acidente Esportivo
Acid/Loc.	Acidente de Locomoção
Ad. Emp.	Administrador de Empresas
Adeq.	Adequado
Adeq. Doc.	Adequação da Documentação
Adeq. Tratam	Adequação do Tratamento
Adeq. Valor	Adequação do valor
Alter. Period.	Alteração Periodontal
Apic. c/ Obtur. Retróg.	Apicectomia com Obturação Retrógrada
Ativ. Adm.	Atividade Administrativa
Ativ/ Lúd.	Atividade Lúdica
ATM	Articulação Temporomandibular
Atropel.	Atropelamento
Aus.	Ausência
Aus. na Doc.	Ausências na Documentação
Aux.Adm.	Auxiliar Administrativo
Av.	Avulsão
Brinq.	Brinquedo
Cap. pulp.	Capeamento Pulpar
Cl.	Clube
Claream.	Clareamento

Col. Fragn.	Colagem de Fragmento
Col/Alvo Fixo	Colisão contra Alvo Fixo
Col/Interp.	Colisão Interpessoal
Col/Veíc.Bic.	Colisão entre veículo e Bicicleta
Com.	Comerciante
Comp. Pulp.	Comprometimento Pulpar
Cons.Odont.	Consultório Odontológico
Cont.	Contenção
ct.	contra
Curet. Sub/geng.	Curetagem sub-gengival
def.	definitivo
Densit. Ós.	Densitometria Óssea
Dent.	Dentística
Disf.	Disfunção
Doc. ortod.	Documentação ortodôntica
Endo	Endodontia
Endod.	Endodontia
Enx. Ós.	Enxerto Ósseo
Esc.	Escola
Esp. Interd.	Espaço Interdentário
Estag	Estagiário
Estud	Estudante
Etiol.Dano	Etiologia do Dano
Expect.	Expectante
Ext.	Extrusão

F	feminino
F. Ós.	Fratura Óssea
FDC	Fratura Dentária Coronária
FDR	Fratura Dentária Radicular
Fisiot	Fisioterapeuta
G	Gênero
Gengiv.	Gengivoplastia
I	Idade
Imp.	Implante
Imp. de Obj.	Impacto de Objeto
Inad.	Inadequado
Int.	Intrusão
LTM	Lesão de Tecido Mole
Lux.	Luxação
Lux. n/regen.	Luxação não regenerada
M	Masculino
Mant. de Esp.	Mantenedor de Espaço
Mastig.	Mastigação
Méd.	Médico
Met. Cer.	Metalocerâmica
Monit.	Monitor de Alunos
Ocup	Ocupação
Orto	Ortodontia
Ortop.	Ortopedia
P. Ós.	Perda Óssea

P. Ós. Alv.	Perda Óssea Alveolar
Pl. de Prot.	Placa de Proteção
PPR	Prótese Parcial Removível
Pq.	Parque
Preench. inc.	Preenchimento Incompleto
Proc. Crôn.	Processo Crônico
Prof.	Professor
Prót.	Prótese
Prót. Unit.	Prótese Unitária
RCR	Raspagem Corono Radicular
Reab. elem. reimp.	Reabsorção de Elemento Reimplantado
Red. Cirúrg.	Redução Cirúrgica.
Red. Cônd.	Redução de Cêndilo
Red. Inc.	Redução Incruenta
Reimp.	Reimplante
Relat. prof.	Relatório profissional
Rem.	Remoção
Rem/Cor.	Remoção de Coroa.
Repos.	Reposicionamento
Res.	Residência
Rest.	Restauração
Retrat.	Retratamento
Rx panor.	Radiografia panorâmica
Rx. fin.	Radiografia final
Rx. in.	Radiografia inicial

S	Sinistro
Secr.	Secretário(a)
Serv. Geral	Serviços Gerais
Sut.	Sutura
T. Vital. Pulp.	Teste de Vitalidade Pulpar
Téc.Manut.	Técnico de Manutenção
Trat. Cirúrg.	Tratamento Cirúrgico
Trat. Exec. e Prop.	Tratamento executado e proposto
V.P.	Via Pública

SUMÁRIO

p.

1	INTRODUÇÃO	20
2	REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1	ESPECIFICIDADES DA ATIVIDADE PERICIAL PARA SEGURADORAS	24
2.2	ASPECTOS RELACIONADOS ÀS LESÕES	30
2.2.1	Perfil do Traumatizado	30
2.2.1.1	gênero	30
2.2.1.2	faixa etária	32
2.2.2	Características do Trauma	34
2.2.2.1	fator etiológico e local do acidente	34
2.2.3	Características das Lesões	37
2.2.3.1	localização	37
2.2.3.1.1	lesões dentoalveolares	37
2.2.3.1.2	lesões em tecidos moles	38
2.2.3.1.3	lesões ósseas	39
2.2.3.2	tipos de lesões	39
2.3	TRATAMENTOS REABILITADORES	40
2.4	CUSTOS DECORRENTES DE TRAUMAS NO COMPLEXO BUCOMAXILOFACIAL	42
2.5	HONORÁRIOS PROFISSIONAIS	44
2.6	DOCUMENTAÇÃO	47
2.7	SEGUROS PRIVADOS	48
3	PROPOSIÇÃO	49
4	MATERIAL E MÉTODO	50
4.1	MATERIAL	50
4.2	MÉTODO	51
5	RESULTADOS	52
5.1	GÊNERO	52
5.2	FAIXA ETÁRIA	52
5.3	OCUPAÇÃO DOS SEGURADOS	53
5.3.1	Ocupação dos Segurados de Seguros Coletivos Escolares	54
5.3.2	Ocupação dos Segurados de Seguros Individuais	55
5.4	ETIOLOGIA DO DANO	55
5.4.1	Acidentes de Locomoção	56
5.4.1.1	Acidentes de locomoção em vias públicas	57
5.4.1.2	Acidentes de locomoção em área escolar	57
5.4.2	Acidentes em Atividades Lúdicas	57
5.4.3	Acidentes em Atividades Esportivas	58

5.4.4	Acidentes Domésticos	58
5.5	LOCAL DO ACIDENTE	58
5.6	TIPOS DE LESÕES	59
5.6.1	Lesões Dentoalveolares em Avisos de Acidentes	60
5.6.2	Lesões de Tecido Duro e de Tecido Mole em Avisos de Acidentes	60
5.6.3	Lesões Encontradas nos Avisos de Continuidade de Ocorrências não previstas nos Processos Iniciais	62
5.7	TRATAMENTOS REABILITADORES	62
5.7.1	Tratamentos Reabilitadores em Avisos de Acidente	62
5.7.2	Tratamentos Reabilitadores em Avisos de Continuidade	63
5.8	ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTOS PROPOSTOS EM AVISOS DE ACIDENTES	64
5.9	ADEQUAÇÃO DE HONORÁRIOS PROFISSIONAIS EM AVISOS DE ACIDENTES	64
5.10	ADEQUAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA EM AVISOS DE ACIDENTES	65
5.11	ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTOS PROPOSTOS EM AVISOS DE CONTINUIDADE	65
5.12	ADEQUAÇÃO DE HONORÁRIOS PROFISSIONAIS EM AVISOS DE CONTINUIDADE	66
5.13	ADEQUAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA EM AVISOS DE CONTINUIDADE	66
5.14	FALHAS NA DOCUMENTAÇÃO	67
6	DISCUSSÃO	68
6.1	GÊNERO	70
6.2	FAIXA ETÁRIA	71
6.3	OCUPAÇÃO	73
6.4	ETIOLOGIA DO DANO	74
6.5	LOCAL DO ACIDENTE	75
6.6	TIPOS DE LESÕES	75
6.7	TRATAMENTOS REABILITADORES	76
6.8	HONORÁRIOS PROFISSIONAIS	81
6.9	DOCUMENTAÇÃO	86
7	CONCLUSÕES	89
REFERÊNCIAS		91
GLOSSÁRIO		97
APÊNDICES		99
ANEXO		108

1 INTRODUÇÃO

A origem do seguro é desconhecida, mas acredita-se que, de forma rudimentar, o início dessa prática remonte aos povos nômades da Ásia Ocidental e do Egito. Já com características menos primitivas, a primeira modalidade de seguro implementada foi o seguro marítimo, provavelmente nas cidades do norte da Itália ao final do século XII, como apoio às atividades comerciais. Entretanto, o primeiro contrato de seguro cuja autenticidade pôde ser comprovada data do século XIV, mais especificamente do ano de 1347, e consta de uma ata registrada em cartório localizado na cidade de Gênova (VIOLA, 1982).

Já os seguros terrestres, como destaca Viola (1982), surgiram na Inglaterra. Nesse ramo, os mais antigos são o seguro contra incêndios, cujo início se deu no ano seguinte ao grande incêndio de Londres, e o seguro de vida - inicialmente considerado imoral, pois poderia provocar especulações e intenções ilícitas, uma vez que naquela época o comércio de seguros era dominado por particulares -, que foi regularizado em 1774, com a Lei do Seguro de Vida.

No Brasil, o mercado segurador teve início no século XIX, e a regulamentação de negócios desse tipo tomou como base as “Regulações da Casa de Seguros de Lisboa” - baixadas por alvará datado de 11 de agosto de 1791 - e vigorou até 1822, ano da independência. Após esse período, foi criada a Sociedade de Seguros Mútuos Brasileiros (VIOLA, 1982).

Atualmente, no âmbito do território nacional, o ramo de seguros é regulamentado pelo Sistema Nacional de Seguros Privados, criado pelo Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966 (BRASIL, 1966a), que revogou o Decreto nº

2.063, de 07 de março de 1940 (BRASIL, 1940). Esse sistema é constituído pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), que comanda os órgãos da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e o Instituto de Resseguros do Brasil (IRB) que, por sua vez, controlam as companhias seguradoras e os corretores de seguros.

Em comparação ao mercado segurador da Europa e dos Estados Unidos da América (EUA), o reconhecimento da necessidade de cobertura para danos pessoais mediante apólices de seguros é recente no Brasil, e as empresas que prestam esse tipo de serviço são, em sua maioria, multinacionais que adequam os seus produtos originais às condições do país. A implementação dessa modalidade de seguro ampliou o mercado de trabalho dos cirurgiões-dentistas, que agora também podem atuar na avaliação de lesões que acometam o complexo maxilomandibular e de suas conseqüências viabilizando, ao segurado, a obtenção do reembolso a que tem direito quando da ocorrência de danos dessa natureza. Esse tipo de avaliação compreende o nexo causal entre o trauma e o dano alegado, o tempo necessário para o restabelecimento, os tratamentos propostos e os honorários profissionais.

A crescente procura por produtos do ramo de seguros que proporcionem ao indivíduo o ressarcimento de valores despendidos em tratamentos reabilitadores decorrentes de lesões produzidas acidentalmente é justificada, de acordo com Silva e Lebrão (2001), pela precariedade do atendimento público na área de saúde no Brasil. Além disso, destacam tais estudiosos, a situação dos atendimentos públicos não permite que sua rede propicie recursos suficientes para arcar com o número, também crescente, de vítimas do aumento da criminalidade e de acidentes de trânsito, bem como de práticas esportivas violentas ou inadequadas.

Mas, para que a reabilitação do segurado seja a melhor possível, a perícia deve estar atenta à correta indicação dos tratamentos propostos e ao orçamento estabelecido pelo profissional clínico, que deve ser compatível com aqueles usualmente praticados no mercado.

Assim, e tendo em vista que a avaliação do dano à pessoa reveste-se de grande complexidade, principalmente quando envolve a relação segurado-companhia de seguros que, além de tudo, é procedimento ainda recente no Brasil no âmbito da odontologia, estudos sobre o assunto poderão levantar questões de interesse para todos os integrantes do processo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O trauma facial e seus diferentes aspectos têm sido vastamente estudados, e a maior parte das investigações sobre esse assunto é realizada a partir dos atendimentos realizados em hospitais, em clínicas e em serviços de emergência odontológica. O Conselho Nacional de Pesquisas e o Instituto de Medicina norte-americano registram que os traumas são responsáveis pela maior parte da demanda pelos setores de emergência hospitalar (O'NEIL et al., 1989).

Com base nessa demanda, as companhias de seguros prevêm que o número de usuários de produtos que minimizem as perdas ocasionadas por esse tipo de imprevisto tende a crescer, constituindo-se em um excelente potencial de negócio.

Mas, para que o incremento da procura por produtos que proporcionem ao indivíduo o ressarcimento dos valores despendidos em tratamentos reabilitadores decorrentes de lesões produzidas acidentalmente traga os resultados esperados, as companhias de seguros devem se municiar de recursos estruturais. Dentre tais recursos inclui-se a ampliação do quadro de colaboradores – funcionários contratados ou prestadores de serviços eventuais -, contemplando profissionais formados nas mais variadas áreas do conhecimento, como administração de empresas, engenharia, medicina e odontologia.

Ocorre que, para atuar nesse novo mercado, os profissionais devem se inteirar das especificidades que o permeiam e do papel que desempenham na cadeia de relações que nele se estabelece. Assim, para desempenhar o papel de AUDITOR, PERITO ou AVALIADOR nesse segmento, o cirurgião-dentista deve conhecer

as especificidades da atividade pericial no âmbito das seguradoras e os aspectos relacionados à etiologia, incidência, caracterização e quantificação das lesões.

2.1 ESPECIFICIDADES DA ATIVIDADE PERICIAL PARA SEGURADORAS

Inicialmente, as avaliações da documentação relacionada a lesões sofridas pelos segurados eram realizadas exclusivamente por médicos. Entretanto, como no Brasil tais profissionais não recebem, durante o processo de formação, informações teóricas suficientes para estabelecer adequadamente a extensão dos danos decorrentes de traumas que incidem sobre o complexo estomatognático, muitos problemas ocorreram, tanto para os segurados quanto para as companhias seguradoras. Assim sendo, algumas companhias têm optado por utilizar os serviços de cirurgiões-dentistas nas auditorias de sinistros que apresentem traumas nessa região.

A utilização da expressão PERÍCIA no universo da atividade securitária é objeto de controvérsias entre os estudiosos do assunto.

Silva (1997) pondera que, embora na prática esse tipo de atividade seja conhecido como perícia médica ou perícia odontológica, o termo mais adequado para denominá-lo é AVALIAÇÃO ou AUDITORIA. Lembra o autor que a atividade pericial propriamente dita restringe-se ao âmbito jurídico, ou seja, sua realização somente pode ser determinada por autoridade policial ou judicial.

Entretanto, o conceito estabelecido por Samico (1993) se adequa melhor às características desta atividade, onde Perícia Odontológica é todo o exame feito por

cirurgião-dentista com a finalidade de esclarecer autoridades públicas ou privadas (grifo nosso) sobre fatos - comprovados no campo estomatognático ou dele oriundos - que possam se constituir em meios para o esclarecimento da verdade, com a emissão de conclusões.

Ainda, na intenção de referendar de forma clara a perícia realizada para seguradoras, dentre os tipos de perícias - âmbito criminal, civil, trabalhista e em sede administrativa - esta última é a que melhor define este trabalho. (SILVA, 1997)

Para realizar um bom trabalho pericial o profissional deve conhecer e respeitar a legislação vigente no país. Por essa razão, alguns diplomas legais voltados à prática odontológica são apresentados e comentados a seguir.

A Lei Federal nº 5.081, de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da odontologia no Brasil (BRASIL, 1966b) estabelece, em seu artigo (art.) 6º, inciso IV:

Art. 6º: Compete ao cirurgião-dentista:

[...]

IV - proceder à perícia odontolegal em foro civil, criminal, e trabalhista e em sede administrativa;

[...]

Embora todo cirurgião-dentista possa realizar perícias, Silva (1997, p 420) pondera que “esse tipo de trabalho deve ser realizado por cirurgião-dentista afeito às atividades periciais, haja vista que nem sempre o melhor ‘especialista’ é o melhor perito”.

Os incisos I e II do art.5º do capítulo IV do Código de Ética Odontológica (Conselho Federal de Odontologia – CFO -, 2003) apontam, como infrações éticas:

I - deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência;

II - intervir, quando na qualidade de auditor ou perito, nos atos de outro profissional ou fazer qualquer apreciação na presença do examinando, reservando suas observações, sempre fundamentadas, para o relatório sigiloso e lacrado.

No que concerne às PERÍCIAS PARA SEGURADORAS, além de respeitar os preceitos éticos, o profissional deve se inteirar das orientações da SUSEP, pautadas no Novo Código Civil Brasileiro (BRASIL, 2002), art.757 a 802 (MINHOTO; MINHOTO, 2002). Além da legislação, a atividade pericial de qualquer natureza – tanto em âmbito jurídico quanto em âmbito administrativo – deve considerar outros aspectos.

A situação dos cirurgiões-dentistas é um desses aspectos, no entendimento de Cardozo (1994). A autora destaca que, embora tais profissionais sejam chamados a atuar como peritos com menor freqüência do que os médicos, eles muitas vezes são envolvidos em situações de avaliação do dano, seja como fornecedores de informações sobre este em razão de prestação de atendimento clínico ao ofendido, seja na condição de objetos de processos de responsabilidade profissional.

Assim, e até mesmo em função das situações acima mencionadas, outro aspecto de grande importância – não só para os peritos, mas para toda a classe odontológica – é a documentação do paciente. Na maioria das vezes, essa documentação não é adequadamente mantida, ou sequer adotada, pois há profissionais que se atêm tão somente aos aspectos terapêuticos, esquecendo-se de que as conseqüências jurídicas não se encerram com a solução clínica do caso (CARDOZO, 1994).

No que tange às perícias para seguradoras, que são indiretas, a documentação é a única fonte de comprovação do evento lesivo. Dessa documentação constam os dados pessoais da vítima, o histórico do acidente, o boletim de ocorrência, se houver, a descrição objetiva das lesões que comprovem o nexo causal, os tratamentos descritos detalhadamente - com as devidas

comprovações radiográficas e os valores discriminados -, assim como os recibos de pagamento de honorários profissionais. Em alguns tipos de seguro, o tempo de restabelecimento deve ser definido pelo profissional no atestado odontológico. Também há que considerar que grande número de profissionais desconhece os indicadores das diferentes figuras de avaliação do dano, o que pode dificultar a boa consecução da perícia indireta (CARDOZO, 1994), que depende da descrição das lesões e dos elementos dentários envolvidos.

Na área civil, o valor da indenização depende de fatores como o tipo de dano resultante do evento - estético e/ou funcional - e a idade do traumatizado. Guardadas as devidas proporções, em perícia para seguradoras, apesar do limite contratual, a preocupação em viabilizar um bom resultado ao segurado - inclusive verificando a adequação do tratamento proposto à faixa etária - deve estar presente.

Para Buzzi et al. (1990), a indenização deve cobrir as conseqüências diretas e exclusivas do acidente, que são independentes da condição fisicopatológica preexistente ao evento.

Sobre o ressarcimento de tratamentos especiais como cirurgia plástica, prótese dentária e outros procedimentos específicos, entende-se que, se do trauma resultou debilitação mastigatória, fonética, e principalmente estética, as despesas referentes aos tratamentos necessários para a resolução desses problemas inserem-se nas conseqüências de natureza patrimonial, salvo a questão do limite. Esse posicionamento se justifica porque, em quase todas as profissões, o prejuízo estético da pessoa pode determinar diminuição de ganho, se não por outro motivo, pelo reflexo exercido sobre a possibilidade de emprego da capacidade profissional (CARDOZO, 1994).

Independentemente da classe social do periciando, o acurado exame das condições dos tecidos periodontais e dos elementos dentários remanescentes é sempre indispensável para verificar se uma restauração protética altamente estética, e por isso dispendiosa, é cabível (CARDOZO, 1994).

Outro aspecto controverso é aquele inerente ao limite cronológico da despesa de tratamento protético, uma vez que esse tipo de reabilitação, ainda que tenha longa duração, tem um período de vida útil. Sabe-se que, em consequência de evento lesivo que atinja os dentes, o traumatizado terá pela frente uma série de providências terapêuticas que se prolongam e evoluem progressivamente.

Portanto, é absurdo considerar que uma restauração protética, uma vez concluída, represente o fim da responsabilidade de ressarcimento do dano. De fato, será injusto que o sujeito lesado deva arcar com despesas de cura que serão, sempre, consequências do primeiro fato ilícito de outrem. Em tais casos, a interpretação é de que os cuidados terapêuticos persistirão por toda a vida do indivíduo, cujo tempo médio será aquele da região em que ele vive (CARDOZO, 1994).

Tais considerações, destinadas às perícias na área civil, devem ser levadas em conta também quando da realização de perícias para seguradoras. Estas últimas, aliás, devem conter elementos suficientes para deixar bem claro à seguradora que o reembolso do evento não se restringe à cobertura das despesas mediatas ou imediatas ao acidente, mas se estende às consequências futuras desse evento. Não se deve esquecer, porém, que os limites contratuais de cada apólice determinam o valor máximo a ser restituído à vítima, independentemente da conclusão da reabilitação ou das trocas protéticas ou restaurativas que se façam necessárias. Para garantir que a reabilitação do segurado seja a melhor possível é

de fundamental importância que a perícia atente, principalmente, para a correta indicação dos tratamentos propostos e para os custos estabelecidos pelo profissional clínico, que devem ser compatíveis com os usuais de mercado

Tendo em vista as dificuldades que envolvem as avaliações voltadas ao ressarcimento de danos, Robetti et al. (1989), propõem um roteiro a ser seguido para a emissão de laudos:

1. analisar os fatos e os documentos (dados pessoais e descrição do acidente);
2. nos casos de perícia direta, orientar um questionamento e proceder ao exame clínico;
3. observar a documentação clínica (laudos, radiografias etc.);
4. somente estabelecer o valor para o ressarcimento dos danos depois de chegar a uma conclusão baseada na idade do indivíduo lesado e na situação anterior deste, na lesão em si e nos aspectos anteriormente mencionados.

2.2 ASPECTOS RELACIONADOS ÀS LESÕES

2.2.1 Perfil do Traumatizado

2.2.1.1 gênero

Grande parte dos trabalhos constantes da literatura consultada aponta predominância de lesões dentárias traumáticas em indivíduos do sexo masculino, na proporção de 2/3 para 1/3 em relação àqueles do sexo feminino (HARDING; CAMP, 1995; PEREZ et al., 1991; ZENG; SELLER; MILGROM, 1994).

Estudos mais recentes realizados na América do Sul corroboram a indicação acima, de prevalência da ordem de aproximadamente 2/3 de lesões dentárias traumáticas em homens. Avaliando 151 atendimentos realizados no Centro de Traumatismos Dentários de São José dos Campos da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), Prata et al. (2000) verificaram que aproximadamente 63% das vítimas pertenciam ao sexo masculino. Percentuais muito próximos a esse - respectivamente 64% e 67% para homens - foram encontrados por Carrasco e Figueroa (2002) em pesquisa documental sobre traumatismos dentoalveolares desenvolvida em dois hospitais - Hospital Regional Carlos Van Buren e Hospital Gustavo Frick - localizados em Valparaíso, Chile.

Também Rajab (2003), que investigou os registros de lesões dentárias traumáticas em crianças de baixo poder aquisitivo atendidas no Departamento de

Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade da Jordânia no período de 1997 a 2000, constatou incidência de proporção semelhante: os meninos apresentaram duas vezes mais traumas dentários que as meninas.

Em termos percentuais e proporcionais, os achados até aqui mencionados assemelham-se aos resultados obtidos por Saroglu e Sonmez (2002) que, em observação conduzida durante 18 meses na Universidade de Ankara (Turquia), verificaram incidência de 57% de lesões dentárias traumáticas em homens em uma população composta por 147 pacientes.

Já Al-Jundi (2002), que analisou 620 crianças atendidas em um hospital-escola durante o período de um ano, obteve percentual mais elevado: dos 195 (31%) integrantes da amostra que foram atendidos para solucionar problemas decorrentes de traumas dentários, 75,4% eram meninos.

No Brasil, pesquisa em prontuários de pacientes vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais atendidos em João Pessoa (Paraíba) de agosto de 2001 a fevereiro de 2002 revelou que 83,3% desses prontuários pertenciam a indivíduos do sexo masculino. As causas mais freqüentes dessas ocorrências foram os acidentes de trânsito (40%) e as agressões físicas (32%). Segundo os autores, este último indicador (32% de agressões físicas) seria o responsável pela discrepância de proporção entre gêneros por eles encontrada, muito superior àquela relatada na maior parte dos estudos desenvolvidos no Brasil (SOBREIRA et al., 2002).

Também Fasola et al. (2003), que investigaram a prevalência de fraturas maxilofaciais decorrentes de acidentes de trânsito nas estradas da Nigéria, verificaram esmagadora maioria de vítimas pertencentes ao sexo masculino (29:1). A população objeto de estudo era composta por 159 pessoas, e os acidentes envolviam principalmente ocupantes de veículos comerciais de transporte.

Avaliando uma amostra constituída por crianças hiperativas da África do Sul, sem faixa etária definida, Laloo (2003) verificou predominância do sexo masculino em situações traumáticas, principalmente nas faixas sócio-econômicas inferiores e nas famílias cujos pais eram separados. Para esse estudioso, é comum que famílias que se inserem nas duas últimas situações citadas tenham filhos portadores de alterações comportamentais.

Contrariamente aos resultados das pesquisas apresentadas anteriormente, AlSarheed, Bedi e Hunt (2003), cujo estudo contemplou os traumas em dentes permanentes em uma população de crianças da Arábia Saudita de faixa etária compreendida entre 11 e 16 anos portadoras de necessidades especiais diferentes - deficiências visual e auditiva -, constataram predomínio do sexo masculino apenas no grupo de deficientes auditivos; o grupo constituído por deficientes visuais não apresentou diferença significativa.

Independentemente da faixa etária, do fator etiológico ou da localização geográfica, a grande maioria dos trabalhos voltados à análise epidemiológica dos traumas bucomaxilofaciais aponta que os indivíduos do sexo masculino são mais freqüentemente vitimados por esse tipo de evento.

2.2.1.2 faixa etária

Grande parte dos traumas que ocorrem durante a infância e a adolescência é decorrente de atividades esportivas e lúdicas próprias dessa fase da vida para Buzzi et al. (1990) Analisando a ocorrência de lesões traumáticas em dentes

decíduos, Garcia-Godoy, Garcia-Godoy e Garcia-Godoy (1987) verificaram maior prevalência na faixa etária de um a dois anos. Os achados de Zeng, Sheller e Milgrom (1994), que pesquisaram as causas de procura por atendimento dentário emergencial no Hospital infantil de Seattle no período de 1982 a 1991, apontam que 60% da demanda por esse tipo de atendimento devia-se a eventos traumáticos e, destes, 42,3% tinham menos de 5 anos de idade.

Já Harding e Camp (1995), cuja investigação tinha o mesmo objetivo daquelas anteriormente mencionadas, constataram que o pico de eventos traumáticos incide sobre a faixa de dois a quatro anos de idade, período em que as crianças ganham maior independência e, conseqüentemente, também se acidentam com maior freqüência. Meadow, Needleman e Lindner (1984) e O'Neil et al. (1989) também apontam que, no que concerne à dentição decídua, crianças dessa idade – dois a quatro anos – são as mais freqüentemente vitimadas por incidentes e acrescentam que, em relação à dentição permanente, a faixa etária de maior risco é aquela que vai de 8 a 12 anos. Lembram, ainda, que é justamente nessas faixas etárias - 2 a 4 anos e 8 a 12 anos - que as respectivas dentições estão em período de grande desenvolvimento; assim, as lesões ocorridas em tais períodos tendem a trazer conseqüências mais graves e necessitam de tratamentos mais complexos.

O resultado observado nos estudos anteriores em relação à faixa etária de maior incidência de traumas na dentição permanente está próximo daquele relatado por Skaare e Jacobsen (2003), que avaliaram os registros de lesões dentárias ocorridas em um período de 15 anos em jovens noruegueses de 7 a 18 anos e verificaram que, tanto na área rural quanto nas regiões urbanas, a faixa de maior prevalência (aproximadamente 50%) foi a de 8 a 10 anos. Al-Jundi (2002), que

avaliou crianças jordanianas, aponta que a idade média de maior incidência de traumas dentários é de 9,3 anos.

Rajab (2003) verificou pico de incidência de traumatismos dentários entre 10 e 12 anos de idade, e Saroglu e Sonmez (2002) verificaram maior índice de ocorrências dessa ordem em crianças de 11 anos de idade.

Estudando os traumatismos dentários decorrentes de acidentes de trânsito em estradas, Fasola et al. (2003) constataram predominância de vítimas na faixa etária de 21 a 30 anos. Também Sobreira et al. (2002) observaram que essa faixa etária é a mais freqüentemente vitimada por traumas dentários, tanto em decorrência de acidentes de trânsito quanto em consequência de agressões.

2.2.2 Características do Trauma

2.2.2.1 fator etiológico e local do acidente

Um grande número de investigações aponta as quedas de vários tipos como o principal fator etiológico das lesões dentárias traumáticas em crianças e adolescentes. Em avaliação retrospectiva de 10 anos em um hospital pediátrico de Seattle, Zeng, Sheller e Milgrom (1994) verificaram que 60% das lesões dentárias traumáticas era decorrente de quedas. Esse mesmo índice foi obtido por Perez et al. (1991), que investigaram os prontuários dos serviços de atendimento infantil em Chicago (EUA) durante um ano. Já para Meadow, Needleman e Lindner (1984), que

acompanharam os atendimentos em dois consultórios pediátricos e um centro de urgência hospitalar para crianças da cidade de Boston (EUA), os principais fatores etiológicos das lesões dentárias traumáticas em crianças são as quedas que ocorrem durante a prática de esportes e os acidentes com bicicletas.

Estudando as lesões dentárias traumáticas em crianças atendidas no departamento de odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade da Jordânia, Rajab (2003) encontrou percentual próximo àquele apontado por Perez et al. (1991) e Zeng, Sheller e Milgrom (1994) para lesões dentárias traumáticas conseqüentes a quedas em acidentes domésticos: 63,2%.

Também Al-Jundi (2002), que avaliou 620 crianças que procuraram atendimento em uma clínica de emergências odontopediátricas, observou que as quedas em atividades lúdicas no ambiente doméstico foram responsáveis pelo maior índice de lesões dentárias traumáticas.

Pesquisa sobre a etiologia de lesões dentárias traumáticas em crianças, conduzida no Departamento de Odontopediatria e Ortodontia de Budapeste abrangendo o período de 1985 a 1999 revelou a seguinte seqüência de prevalência, em ordem decrescente: atividades lúdicas, práticas esportivas, quedas, acidentes com bicicletas, acidentes de trânsito e agressões. Quanto ao local, 65% dos acidentes aconteceram no ambiente doméstico ou escolar (GÁBRIS; TARJAN; ROZSA, 2001).

Para identificar e comparar as causas das lesões dentárias, O'Neil et al. (1989) realizaram um estudo de dois anos na emergência do Hospital Pediátrico Mercy, localizado na cidade de Kansas (EUA). De acordo com os resultados, as quedas de todos os tipos estavam presentes em 55,8% dos traumas dentários.

Analizando a prevalência de lesões dentárias traumáticas em dentes permanentes em um grupo de escolares de 12 anos de idade de Florianópolis, Traebert et al. (2003) detectaram, como principais fatores etiológicos, as quedas e as colisões contra objetos e pessoas, resultados estes também apontados por Caldas Jr. e Burgos (2001), Nicolau, Marcenes e Sheihan (2001) e Saroglu e Sonmez (2002).

Prata et al. (2000), cuja investigação foi realizada em São José dos Campos e contemplou 151 registros completos de pacientes atendidos no Centro de Traumatismos da UNESP de setembro de 1995 a outubro de 1996, verificaram que as três principais causas de lesões dentárias traumáticas são as quedas (48,34%), os acidentes de bicicleta (22,52%) e os golpes, como agressão e colisão não intencional contra objetos ou pessoas (15,89%).

Já os estudos cujas amostras são compostas por indivíduos adultos ou pela população atendida em hospitais gerais apontam os acidentes de trânsito como principal fator etiológico das lesões traumáticas que incidem sobre a região maxilofacial, como comentam Crosato, Silva e Cardozo (1999).

Em pesquisa documental indireta nos registros de todos os pacientes atendidos no serviço de cirurgia bucomaxilofacial do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HETSHL) no período de agosto de 2001 a fevereiro de 2002, Sobreira et al. (2002) verificaram que 40% dos danos eram decorrentes de acidentes de trânsito.

2.2.3 Características das Lesões

2.2.3.1 localização

Para Robetti et al. (1989) a região da face, mais especificamente o sistema estomatognático, é mais vitimada por lesões traumáticas porque está constantemente exposta.

2.2.3.1.1 lesões dentoalveolares

Para Yvo (1998), o dano dentário, particularmente quando envolve os dentes permanentes, difere de outros danos, inclusive daqueles que atingem o complexo maxilofacial, pois geralmente são irreversíveis. Esse tipo de dano não se restaura espontaneamente: sempre requer a utilização de materiais restauradores ou próteses; além disso, quando o restabelecimento é obtido por meio dessas alternativas, sempre haverá a necessidade de troca, seja da restauração seja da prótese, após um certo tempo.

As investigações conduzidas por Harding e Camp (1995) e Zeng, Sheller e Milgrom (1994) apontam que a maior parte dos episódios de traumas que incidem sobre o aparelho estomatognático atinge os dentes anteriores superiores, tanto na dentição decídua quanto na permanente. No estudo conduzido por Zeng, Sheller e

Milgrom (1994), o percentual de lesões nesses dentes foi de 70,1%. Já na pesquisa que AlSarheed, Bedi e Hunt (2003) realizaram na Arábia Saudita com crianças de 11 a 16 anos portadoras de necessidades especiais, todos os dentes lesados pertenciam ao grupo dos incisivos.

Também Skaare e Jacobsen (2003), que trabalharam com uma amostra constituída por jovens noruegueses de 7 a 18 anos, verificaram altíssima incidência de lesões traumáticas nos incisivos: 97%. Já Al-Jundi (2002) aponta menor índice (79%) de traumas nos dentes incisivos centrais superiores.

O predomínio de lesões nos dentes incisivos é uma unanimidade em todos os estudos que avaliam as lesões dentoalveolares, dada a posição anatômica desses elementos nos arcos dentários – localizados na região anterior - e a provável ausência do vedamento labial no momento do impacto.

2.2.3.1.2 lesões em tecidos moles

Habitualmente, todas as lesões bucais decorrentes de traumas atingem também os tecidos moles, principalmente os lábios e as gengivas.

Olson et al.¹ (1982, apud SOBREIRA et al., 2002), que pesquisaram lesões faciais em 580 pacientes que apresentavam 935 fraturas mandibulares, constataram que 46,6% dessas fraturas estavam associadas a lesões em tecidos moles, com prevalência das lesões de cabeça, laceração facial (29,8%) e das lesões oculares (5,7%).

¹ Olson RA, Fonseca RJ, Zeitler DL, Osbon DB Fractures of the mandible: a review of 580 cases. J Oral Maxillofac Surg 1982;40(1):23-8

2.2.3.1.3 lesões ósseas

Os acidentes de trânsito - com veículos automotivos -, os acidentes com bicicletas e as agressões físicas são os principais responsáveis pelas fraturas maxilofaciais.

Segundo pesquisa realizada por Sobreira et al. (2002) com 306 pacientes de várias localidades do estado da Paraíba submetidos a cirurgia no Hospital de Emergências e Trauma da Paraíba de agosto de 2001 a fevereiro de 2002, as fraturas mais freqüentes na face foram as de nariz (107), do complexo zigomático (95) e alveolares (59). De acordo com Schuchard² (1962, apud SOBREIRA et al., 2002), as estatísticas indicam uma razão de 1 fratura de maxila para 5,5 fraturas de mandíbula.

2.2.3.2 tipos de lesões

No que respeita ao tipo das lesões traumáticas, Perez et al. (1991) afirmam que as mais freqüentes na dentição permanente são as fraturas, enquanto na dentição decídua predominam as luxações avulsivas, o que é corroborado pelos achados de Meadow, Needleman e Lindner (1984) e de O'Neil et al. (1989). Na investigação conduzida por Garcia-Godoy, Garcia-Godoy e Garcia-Godoy (1987), somente em dentição decídua a concussão foi o tipo de lesão mais freqüente.

² Schuchard K. Tratado general de odontoestomatologia. Madri: Alhambra; 1962

Para Kargul, Çaglar e Tanboga (2003), as ocorrências lesivas mais freqüentes na dentição decídua são as avulsões e as fraturas coronárias de esmalte e, na dentição permanente, são as fraturas simples de esmalte e as fraturas de esmalte e dentina. Tais resultados também foram apontados por Saroglu e Sonmez (2002).

Na amostra avaliada por Al-Jundi (2002), constituída por 620 crianças, 76,6% tinham fraturas coronárias simples – principalmente em dentes permanentes -, e 16,9% apresentavam lesões em tecido mole.

Alguns estudos avaliam a prevalência de um único tipo de lesão em uma faixa etária específica, e outros avaliam a prevalência de um único tipo de lesão em uma determinada população, que é dividida em grupos de acordo com características pré-determinadas pelo(s) autor(es): classe social, escolaridade, gênero etc.

Assim é que Tapias et al. (2003) pesquisaram a prevalência de fraturas coronárias de incisivos permanentes decorrentes de trauma na população infantil de Móssoles, Espanha e, diante do elevado índice obtido, concluíram ser, esse tipo de lesão, um problema de saúde pública naquela região.

Alonge, Narendran e Wiliamson (2001) estudaram a prevalência de fraturas dentárias incisais na população infantil de Harris County, Texas, que foi dividida em grupos de acordo com o nível sócio-econômico. Os resultados revelaram índices significativamente maiores no grupo de nível sócio-econômico mais baixo, devido à falta de informação e de educação dos pais com relação aos métodos de prevenção de lesões dentárias em crianças, como o uso de protetores bucais durante a prática esportiva ou o transporte correto de crianças em automóveis.

2.3 TRATAMENTOS REABILITADORES

As ações terapêuticas podem ser categorizadas em necessárias, úteis, oportunas, inúteis, inoportunas e contra-indicadas. No que concerne ao princípio de ressarcimento de tratamentos, não restam dúvidas acerca daquelas categorizadas como necessárias e como úteis. As primeiras são representadas pelos atendimentos indispensáveis, insubstituíveis, de máxima eficiência terapêutica e que, se omitidos, inviabilizam ou retardam a cura; as segundas asseguram resultados efetivos mas não indispensáveis, porque o organismo alcança o equilíbrio biológico ainda que sem a presença destas (CARDOZO, 1994).

Para evitar maiores problemas, o cirurgião-dentista deve evitar, quando do atendimento a indivíduos traumatizados, iniciar imediatamente um tratamento definitivo. É necessário aguardar a estabilidade da lesão, para não incorrer no risco de instalar uma prótese complexa em um elemento que, em curto espaço de tempo, venha a apresentar necrose pulpar pós-traumática (YVO, 1998).

Os resultados obtidos por Kargul, Çaglar e Tanboga (2003) apontam que, enquanto para a dentição decídua o atendimento muitas vezes limita-se a um simples exame, para a reabilitação da dentição permanente curativos, restaurações e mantenedores de espaço são os procedimentos mais comumente realizados.

Os percentuais obtidos por Al-Jundi (2002) na Jordânia foram: atendimentos simples (62%); terapias endodônticas diversas (41,3%); próteses para a reposição artificial dos elementos dentários perdidos acidentalmente (5,1%).

Investigação conduzida por Rajab (2003) na Faculdade de Odontologia da Universidade da Jordânia revelou que somente 17,1% das crianças recebem

atendimento profissional no mesmo dia da ocorrência do trauma. Como os casos atendidos posteriormente necessitaram de um tratamento mais complexo, o autor concluiu que seria oportuna a instituição de um programa educacional de prevenção direcionado aos pais e professores, para informá-los sobre a importância das lesões dentárias e o benefício do atendimento imediato para tratá-las. Além disso, e ainda de acordo com o autor, o oferecimento de cursos de educação continuada para os cirurgiões-dentistas viria aumentar o conhecimento desses profissionais, o que também contribuiria para a diminuição das seqüelas das lesões dentárias traumáticas.

2.4 CUSTOS DECORRENTES DE TRAUMAS NO COMPLEXO BUCOMAXILOFACIAL

Em crianças ou jovens, o grau do dano econômico-social é mais elevado do que em adultos (CARDOZO, 1993). De fato, aqui as despesas de cura compreendem dois diferentes períodos: no primeiro instaura-se o tratamento necessário para permitir a maturação completa da dentição – tratamento conservador, ortodôntico e prótese removível -; no segundo, busca-se assegurar a situação de estabilidade no tempo (BUZZI et al., 1990).

Para avaliar os custos dos traumas que acometem o complexo maxilofacial em crianças e adolescentes, Glendor et al. (2001) realizaram uma pesquisa retrospectiva de dois anos nos arquivos de sinistros de companhias seguradoras suecas. A análise das informações obtidas revelou que, na média, o total de custos para dentes permanentes é de US\$500,00 e, para dentes decíduos, de US\$190,40.

Essa análise também permitiu observar que o custo indireto mais dispendioso é aquele relacionado à perda de produtividade ou lazer, e que as complicações decorrentes do trauma contribuem significativamente para a elevação dos custos em reabilitações de lesões em dentes permanentes e decíduos. Assim, e considerando a complexidade e os altos custos diretos e indiretos conseqüentes aos traumas maxilofaciais, os autores concluem o trabalho ressaltando que os seguros de acidentes pessoais apresentam um particular interesse para a odontologia.

Segundo Harding e Camp (1995), o gerenciamento dos casos que envolvem danos traumáticos dentários em crianças na idade pré-escolar deve ser muito minucioso e metódico no que se refere aos cuidados clínicos. As reivindicações de seguros e a possibilidade de impetração de recursos requerem documentação detalhada sobre o acidente, a natureza do dano, o tratamento executado, os cuidados pós-tratamento e as instruções verbais aos pais. O prognóstico do tratamento e as conseqüências para os dentes permanentes dependem da natureza e extensão do dano, além dos cuidados recebidos e executados pelo paciente. Os registros dentários devem ser guardados até a erupção dos dentes permanentes, para uma completa avaliação.

Lesões dentárias em crianças pequenas podem ter conseqüências sérias, principalmente no que diz respeito às alterações de coloração e de formação, e à possibilidade de perda do elemento. Além disso, o desgaste emocional provocado por essa situação pode ser de longo alcance (McTIGUE, 1994).

2.5 HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

O art. 594 do Novo Código Civil Brasileiro (BRASIL, 2003), cuja vigência deu-se a partir de 11 de janeiro de 2003, estabelece:

CAPÍTULO VII - Da Prestação de Serviço

Art. 594 Toda a espécie de serviço ou trabalho lícito, material ou imaterial, pode ser contratada mediante retribuição.

O art. 594 da seção “da prestação de serviços” do Novo Código Civil (BRASIL, 2003) substituiu o art. 1216 da seção “da locação de serviços” do Código Civil anterior, mas seu texto não foi alterado.

Fávero (1962) cita as Sagradas Escrituras (Lucas X-7): “Digno é o trabalhador do seu salário”, e lembra que a origem do termo honorário no sentido de retribuição a que o profissional faz jus pelos serviços prestados remonta à antiga Roma, onde os serviços eram divididos em materiais, passíveis de preço, e imateriais, que constituíam um favor, um gesto de amizade. E, a seguir, estabelece a distinção entre serviços puramente materiais e serviços de preferência intelectuais, destacando que quem põe a inteligência e o saber a serviço do público tem o direito de reclamar a retribuição sob o nome de honorários, enquanto aqueles que realizam serviços materiais têm como retribuição o salário.

Já de acordo com França (1975), honorário é a justa remuneração recebida pelos serviços prestados ao paciente quando na chamada clínica privada. Essa denominação teria sido adotada porque seria impossível, em termos de retribuição monetária, retribuir um bem de tão alto valor como a vida ou a saúde. Fica o doente, portanto, obrigado à consideração pelos benefícios que recebeu do médico ou do cirurgião-dentista.

O ajuste prévio de honorários é perfeitamente regular e válido. E, embora a relação paciente-profissional no âmbito da medicina constitua-se em uma forma de locação de serviços, não há nenhum laço de subordinação ou dependência que vincule o doente ao médico: o primeiro não se coloca na posição de empregador, nem o segundo na de empregado (MACHADO, 1922).

O contrato médico se estabelece como tácito, expresso, consentido, de objeto lícito, sinalagmático e oneroso. Portanto, no relacionamento médico-paciente admite-se a reciprocidade: o doente solicita cuidados e os remunera (PANASCO, 1984).

Para Oliveira e Oliveira (1999), honorário é a contraprestação recebida pelos profissionais liberais que trabalham de maneira autônoma. A classificação de profissional liberal diz respeito à liberdade de convicção para o profissional fazer seu diagnóstico, prognóstico e terapêutica, arcando com a responsabilidade de tais decisões. Portanto, o cirurgião-dentista se enquadra como profissional liberal mesmo quando desempenha as suas atividades na condição de empregado.

O cirurgião-dentista que trabalha em consultório particular, classificado como um profissional liberal autônomo (SILVA, 1997) deve, no entender de Oliveira e Oliveira (1999), ter uma receita – que nada mais é do que a soma dos honorários em um determinado período de tempo – que, além de custear as despesas do consultório, permita-lhe custear atividades voltadas à sua atualização profissional, gozar férias, arcar com os custos de seguros, planos de previdência privada, atividades de lazer etc., pois o profissional autônomo não recebe salário.

Segundo França (1975), a cobrança de honorários pode ser realizada de duas formas: mediante acordo prévio ou após o tratamento. Esse mesmo estudioso

ressalta que, na avaliação de honorários, os seguintes critérios devem ser considerados:

- Condição econômica do paciente. Normalmente cobram-se os honorários de acordo com a posse de cada um. Porém, há quem defenda uma taxa rígida de honorários para todos, pois o tratamento é o mesmo e as pessoas são iguais por direito e por natureza.
- Fama do médico. Os profissionais que adquirem fama no exercício de sua profissão, por contingência natural selecionam seus clientes, devendo tal critério ser levado em conta quando do estabelecimento do honorário.
- Valor do trabalho. A quantidade e a qualidade do serviço prestado deverão ser levadas em conta.
- Local e hora do trabalho. A distância a percorrer, as dificuldades de acesso e o afastamento das atividades normais e lucrativas devem ser igualmente ponderados.
- Uso e costume do lugar. Cada lugar tem sempre seu uso próprio, devendo a remuneração variar de acordo com a situação econômica da região e com a convenção estabelecida pelos médicos locais.
- Êxito dos serviços prestados. Alguns entendem que o valor dos honorários deve corresponder ao resultado obtido pelo tratamento.

Ressalte-se que, no que no que concerne ao item 5 acima mencionado, a Resolução nº 1.673/03 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2003), já menciona

Art. 2º- Os valores relativos aos portes de procedimentos deverão ser determinados pelas entidades médicas nacionais, por intermédio da Comissão Nacional de Honorários Médicos.

Parágrafo único – As variações, dentro das bandas determinadas nacionalmente, serão decididas pelas Comissões Estaduais ou Regionais de Honorários Médicos, levando-se em conta as peculiaridades regionais.

2.6 DOCUMENTAÇÃO

Em âmbito penal, o exame pericial pode acontecer logo após a ocorrência do evento lesivo, mas em ações cíveis, o hiato entre este e o exame pericial pode ser de meses ou anos. Nesses casos, as informações são aquelas fornecidas pela ficha clínica e pela documentação radiográfica. A primeira, em decorrência da utilização de símbolos e abreviaturas criadas pelo profissional, é de difícil interpretação e as radiografias, em geral, não são localizadas e, quando o são, na maioria das vezes, apresentam precária qualidade de imagem (CARDOZO, 1994).

Segundo Yvo (1998), em caso de dano dentário a vítima deve solicitar ao cirurgião-dentista que providencie as provas, e este deve acatar tal demanda, providenciando radiografias, fotografias bucais e modelos de estudo.

Em estudo retrospectivo dos registros odontológicos dos hospitais do setor governamental do município de São Paulo, Silva, Lebrão e Blachman (2001) observaram que, na maioria dos 2391 atendimentos odontológicos realizados entre 1996 e 1997, os diagnósticos eram vagos ou inespecíficos; as anotação constantes em 54 registros não permitiam sequer a identificação correta do paciente; em 25% dos casos ligados a violência e acidentes, a descrição da causa externa da lesão não foi mencionada, impossibilitando o estabelecimento do nexo causal.

Infelizmente, muitas vezes esse mesmo quadro é verificado em consultórios particulares. Assim, a obtenção de reembolso proveniente de seguro contratado torna-se difícil, quando não impossível.

2.7 SEGUROS PRIVADOS

Seguro é a proteção econômica que o homem busca para prevenir-se contra eventualidades que escapam ao seu controle (VIOLA, 1982).

Para Viola (1982), a precariedade da vida humana quanto aos acontecimentos futuros e a expectativa de ocorrências desfavoráveis capazes de afetar o equilíbrio financeiro foram os principais fatores que levaram o homem a pensar em seguros.

Em estudo voltado aos seguros privados para lesões dentárias traumáticas no ambiente escolar, Buzzi et al. (1990) apontam o perfil do traumatizado, a cobertura do seguro, as inclusões e as exclusões e os critérios de indenização. Em relação à avaliação dos tratamentos clínicos, os autores ressaltam a importância de cuidados especiais nos casos de dentição decídua, para evitar conseqüências indesejáveis para a dentição permanente.

Umani-Ronchi (1993) apresenta as condições, exclusões e inclusões dos diferentes tipos de seguros contra acidentes existentes na Itália, como o seguro geral - que cobre as conseqüências de acidentes independentemente das circunstâncias nas quais estes tenham ocorrido -, o seguro profissional coletivo - para acidentes que ocorrem durante o trabalho específico -, o seguro individual - quando o evento se der durante qualquer atividade lícita da vida privada.

Não há diferenças de vulto entre os seguros privados existentes no Brasil e aqueles de outros países, pois, como citado na introdução deste trabalho, as companhias seguradoras que operam no Brasil são multinacionais, e trazem produtos semelhantes àqueles que comercializam em seus países de origem.

3 PROPOSIÇÃO

Considerando a exposição até aqui realizada, o presente trabalho teve como objetivos:

- Levantar as informações contidas em 151 processos de sinistros - 132 Avisos de Acidentes e 19 Avisos de Continuidade de ocorrências não previstas.
- Analisar a adequação dos tratamentos propostos e dos custos previstos em tais processos.
- Analisar a qualidade da documentação constante desses processos e identificar as possíveis falhas neles existentes.
- Propor melhorias para o atendimento de traumatizados portadores de seguros pessoais.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 MATERIAL

Para a realização deste trabalho foram avaliados 151 processos de sinistros envolvendo lesões no complexo bucomaxilofacial, oriundos das seguradoras privadas a seguir mencionadas:

- ♦ **Cardif do Brasil Seguros e Previdência**
- ♦ **Cigna Seguradora S/A**
- ♦ **UNIBANCO/AIG Seguros e Previdência**

As três seguradoras envolvidas autorizaram a utilização do material para uso da pesquisa, desde que preservada a identidade dos segurados envolvidos nos processos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), conforme protocolo nº 08/04 (Anexo A).

Os produtos de seguro de dano à pessoa deste estudo estão assim distribuídos:

1. Seguro Escolar (Coletivo): 124 processos;
2. Seguro de Afastamento Profissional (Individual): 7;
3. Seguro de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores em Vias Terrestres - DPVAT - (Individual e Obrigatório): 1.

Tais produtos foram enviados às seguradoras em formulários de Avisos de Acidente – 132 - que são processos iniciais, e 19 destes retornaram como Avisos de Continuidade³, com novas conseqüências do evento inicial. Todos foram encaminhados à perícia para avaliação.

4.2 MÉTODO

O levantamento de dados foi organizado segundo as características dos formulários dos processos. A notificação inicial denominada Aviso de Acidente envolveu 132 processos. Destes, 19 originaram novos registros (Avisos de Continuidade), que são os formulários indicados para vincular novas conseqüências ao acidente inicial.

Destacaram-se as categorias: gênero, faixa etária, ocupação do segurado, etiologia do dano, local do acidente, tipo de lesão (tecido duro e tecido mole), tipo de tratamento (imediato e mediato), adequação do tratamento, adequação dos honorários e da documentação e falhas na documentação.

Os resultados foram analisados e apresentados sob a forma de gráficos e quadros, para melhor visualização das características da amostra.

³ Estes 19 processos pertencem a segurados já inclusos nos Avisos Iniciais, sendo que 1 segurado apresentou 2 avisos de continuidade diferentes.

5 RESULTADOS

Como mencionado no capítulo anterior, o levantamento dos dados foi realizado em 151 processos de seguros de dano à pessoa – envolvendo lesões no complexo bucomaxilofacial - encaminhados à perícia no período compreendido entre setembro de 2001 e junho de 2004. Ressalte-se que, destes processos, 132 constituíam-se em Avisos de Acidentes, e 19 em Avisos de Continuidade desse mesmo universo de 132 processos. Assim, os resultados ora apresentados referem-se à amostra de 132 processos.

5.1 GÊNERO

Na amostra estudada, o gênero mais vitimado por traumatismos que envolviam o complexo bucomaxilofacial foi o masculino, com 84 (63,6%) casos; o gênero feminino apresentou 48 (36,4%) casos.

5.2 FAIXA ETÁRIA

O Gráfico 5.1 ilustra os resultados referentes à faixa etária. Observa-se o predomínio de indivíduos de 6 a 10 anos de idade (42 = 31,82%), seguidos por

aqueles de 11 a 15 anos (29 = 21,97%), acima de 20 anos (26 = 19,70%), de 16 a 20 anos (16 = 12,12%) e de 0 a 5h anos (12 = 9,09%); nos processos examinados, 7 (5,30%) não continham especificação de idade.

Gráfico 5.1 – Distribuição etária dos segurados vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005

5.3 OCUPAÇÃO DOS SEGURADOS

Neste item, a pesquisa foi analisada por dois ângulos distintos, devido à predominância dos Seguros Coletivos Escolares (124) em relação aos Individuais (8).

5.3.1 Ocupação dos Segurados de Seguros Coletivos Escolares

No que concerne à ocupação dos segurados em Seguro Escolar Coletivo, os estudantes responderam por 103 (83,06%) casos, os indivíduos envolvidos em atividades de manutenção ou administrativas por 10 (8,06%) e os professores por 9 (7,26%) ocorrências; em dois processos (1,61%) não constava a identificação da ocupação dos segurados (Gráfico 5.2).

Gráfico 5.2 – Distribuição ocupacional dos segurados de Seguros Coletivos Escolares vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005

5.3.2 Ocupação dos Segurados de Seguros Individuais

Este produto está representado por apenas 8 (6,06%) processos da amostra estudada. Destes, 5 provinham de profissionais autônomos e/ou liberais - 3 dos quais inseridos na área de saúde e 2 de comerciantes. No único seguro DPVAT examinado, a vítima que se beneficiou do seguro era estudante. Dois processos não mencionavam a ocupação das vítimas.

5.4 ETIOLOGIA DO DANO

No Gráfico 5.3 observa-se a distribuição dos eventos em relação à etiologia do dano: acidentes de locomoção (59 = 44,70%)⁴, acidentes em atividades lúdicas (34 = 25,76%), acidentes esportivos (18 = 13,64%), acidentes domésticos (16 = 12,12%) e outras intercorrências (5 = 3,78)⁵ referentes à seguros de afastamento profissional que admitem tratamento de lesões decorrentes de causas diversas.

⁴ Dentre os acidentes de locomoção houve um evento de agressão.

⁵ Nesta categoria houve 1 acidente que ocorreu durante a remoção de uma coroa protética, ocasionando a fratura radicular do elemento remanescente.

Gráfico 5.3 – Distribuição etiológica dos danos dos segurados vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005

5.4.1 Acidentes de Locomoção

Os 59 processos que apresentaram como causa acidentes de locomoção foram subdivididos em acidentes de locomoção em vias públicas (38) e em áreas escolares (19). Dois processos não continham o local do acidente.

5.4.1.1 Acidentes de locomoção em vias públicas

Totalizaram 38 ocorrências, sendo 20 (52,63%) acidentes de trânsito - incluindo colisões entre veículos, colisões entre veículos e bicicletas e colisões entre veículos e pedestres (atropelamentos) -; 10 (26,32%) acidentes envolvendo bicicletas e seus usuários (quedas); e 8 (21,05%) ocorrências acidentais com pedestres, determinadas por 6 quedas e 1 colisão contra alvo fixo e 1 agressão.

5.4.1.2 - Acidentes de locomoção em área escolar

Em 19 eventos, os acidentes de locomoção em área escolar apresentaram as quedas como principal fator etiológico (14 = 73,68%), seguidas de 3 (15,79%) colisões contra alvo fixo e 2 (10,53%) colisões interpessoais.

5.4.2 Acidentes em Atividades Lúdicas

De um total de 34 acidentes que ocorreram durante atividades lúdicas, 30 (88,24%) foram produzidos por quedas e apenas 4 (11,76%) ocorreram por colisão contra alvo fixo.

5.4.3 Acidentes em Atividades Esportivas

Em relação aos acidentes decorrentes de práticas esportivas, em 18 processos, as quedas predominaram em 12 (66,66%) eventos, seguidas de colisão contra alvo fixo em 5 (27,78%) e apenas 1 (5,56%) por colisão interpessoal

5.4.4 Acidentes Domésticos

Dos processos analisados, 16 acidentes aconteceram em ambiente doméstico. Dentre estes, 10 (62,5%) foram ocasionados por quedas, 03 (18,75%) por mastigação, 2 (12,5%) por colisão contra alvo fixo e 1 (6,25%) por colisão interpessoal

5.5 LOCAL DO ACIDENTE

Os resultados apontaram, como principal local de ocorrência de traumatismos, as dependências da escola (57 = 44,53%), seguidas por vias públicas

(39 = 30,47%), residência (16 = 12,5%), clube ou parque (12 = 9,38%); não declarados, 3 (2,34%) e 1 (0,78%) acidente em consultório odontológico⁶.

Gráfico 5.4 – Distribuição dos locais de acidentes sofridos pelos segurados vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005

5.6 TIPOS DE LESÕES

Este item foi subdividido em lesões traumáticas dentoalveolares, em lesões traumáticas de tecido ósseo e de tecido mole – Avisos de Acidentes -, e em lesões traumáticas dentoalveolares e de tecido ósseo e de tecido mole – Avisos de Continuidade não previstos nos processos iniciais.

⁶ Dos processos estudados, 4 não foram classificados neste item por terem sido motivados por doença. O seguro de Afastamento Profissional permite o ressarcimento tanto para acidentes como para doenças, desde que não pré-existentes à assinatura do contrato.

5.6.1 Lesões Dentoalveolares em Avisos de Acidentes

Dos 132 segurados envolvidos nos Avisos de Acidente, 30 sofreram lesões em um único elemento dentário, 41 em dois dentes e 17 em três a sete dentes.

No Gráfico 5.5 observa-se que, dentre as 302 lesões dentoalveolares constantes dos processos iniciais, as fraturas dentárias coronárias simples predominaram (94 ocorrências = 31,13%), seguidas pelas avulsões (73 = 24,17%), luxações (46 = 15,23%), fraturas dentárias coronárias com comprometimento pulpar (36 = 11,92%), intrusões/extrusões (21 = 6,95%), fraturas dentárias radiculares (13 = 4,31%), luxações com comprometimento pulpar (13 = 4,31%) e comprometimento pulpar pós-trauma (6 = 1,98%)

Gráfico 5.5 – Distribuição dos tipos de lesões dentoalveolares sofridas pelos segurados vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais (Avisos de Acidentes) entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005

5.6.2 Lesões de Tecido Duro e de Tecido Mole em Avisos de Acidente

O Gráfico 5.6 ilustra os índices de lesões que envolveram tecido mole, sendo considerado lesões associadas (tecido duro - dente e/ou osso e tecido mole) 21 e somente 2 de tecido mole isoladamente. Das 21 lesões ósseas, 13 foram fraturas ósseas e 8 fraturas com perdas ósseas.

Gráfico 5.6 – Distribuição dos tipos de lesões de tecidos duro e mole sofridas pelos segurados vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais (Avisos de Acidentes) entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005

5.6.3 Lesões encontradas nos avisos de continuidade de ocorrências não previstas nos processos iniciais

Nas continuidades, predominaram os comprometimentos pulpares com 8 ocorrências; seguidos de fraturas coronárias,³; 2 reabsorções alveolares, 2 reabsorções de elementos reimplantados, 2 luxações que não regeneraram após o tratamento reabilitador, 1 lesão de côndilo e 1 alteração de oclusão; e em 1 processo não foi declarada a lesão.

5.7 TRATAMENTOS REABILITADORES

Como a amostra deste estudo foi dividida em Avisos de Acidente e Avisos de Continuidade, o presente tópico apresenta a mesma orientação.

5.7.1 Tratamentos Reabilitadores em Avisos de Acidente.

O Gráfico 5.7 demonstra a distribuição dos 400 procedimentos realizados pelos profissionais clínicos no atendimento a indivíduos traumatizados, sendo que muitos segurados necessitaram de vários procedimentos diferentes: a dentística respondeu por 112 (28%) atendimentos, seguida pela endodontia (70 = 17,5%), tratamentos diversos - como clareamento, fluoroterapia, raspagem corono-radicular e

suturas - (48 = 12%), contenção (43 = 10,75%), prótese, sendo que 4 são mantenedores de espaço, (35 = 8,75%), tratamentos cirúrgicos (32 = 8%), , reimplante (25 = 6,25%), implante (21 = 5,25%) e ortodontia e/ou ortopedia dos maxilares (14 = 3,5%).

Gráfico 5.7 – Distribuição dos tratamentos reabilitadores aos quais os segurados vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais (Avisos de Acidentes) foram submetidos entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005

5.7.2 Tratamentos reabilitadores em Avisos de Continuidade

Nas reabilitações realizadas nos indivíduos traumatizados em atendimentos posteriores ao atendimento inicial, destacaram-se os tratamentos endodônticos (8), protéticos (7) - sendo 1 mantenedor de espaço -, restauradores (6), -, cirúrgicos (6) e ortodônticos (4) e Implantes (2)

Os subitens 5.8, 5.9 e 5.10 descrevem os resultados referentes às adequações dos tratamentos propostos, aos honorários profissionais e à documentação nos Avisos de Acidentes (Quadro 5.1).

5.8 ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTOS PROPOSTOS EM AVISOS DE ACIDENTES

Dos 132 processos de Avisos de Acidente analisados, 117 (88,64%) apresentaram tratamentos considerados adequados em relação às lesões descritas; 15 (11,36%) tratamentos foram considerados inadequados.

5.9 ADEQUAÇÃO DE HONORÁRIOS PROFISSIONAIS EM AVISOS DE ACIDENTES

Dos 132 sinistros de Avisos de Acidentes analisados, 7 correspondiam a Afastamento Profissional, nos quais é avaliado o tempo de restabelecimento para o ressarcimento dos dias parados e não os custos de tratamento. Sendo assim, dos 125 processos restantes, os custos de tratamento apresentaram-se adequados em 74 (59,2%) e inadequados em 51 (40,8%).

5.10 ADEQUAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA EM AVISOS DE ACIDENTES

A análise da documentação apresentada nos Avisos de Acidentes demonstrou que 64 (48,48%) estavam satisfatórios, enquanto 68 (51,52%) apresentavam falhas.

<div>Fatores</div> <div>Processos</div>	Tratamentos propostos (132)	Honorários Profissionais (125)	Documentação Apresentada (132)
Adequados	117 (88,64%)	74 (59,2%)	64 (48,48%)
Inadequados	15 (11,36%)	51 (40,8%)	68 (51,52%)

Quadro 5.1 – Demonstrativo da adequação dos tratamentos propostos, honorários e documentação em aos quais os segurados vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais (Avisos de Acidentes) foram submetidos entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005

Nos subitens 5.11, 5.12 e 5.13 observa-se a casuística em relação às adequações dos tratamentos propostos, dos honorários profissionais e da documentação nos Avisos de Continuidade, conforme mostra o Quadro 5.2.

5.11 ADEQUAÇÃO DOS TRATAMENTOS PROPOSTOS EM AVISOS DE CONTINUIDADE

Nos 19 sinistros objeto de Avisos de Continuidade avaliados, 16 (84,21%) tratamentos foram considerados adequados e 03 (15,79) inadequados para as lesões referendadas.

5.12 ADEQUAÇÃO DOS HONORÁRIOS PROFISSIONAIS EM AVISOS DE CONTINUIDADE

Com relação aos honorários profissionais, nos Avisos de Continuidade, 15 (78,95%) estavam de acordo com os valores esperados e 04 (21,05%) acima destes.

5.13 ADEQUAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA EM AVISOS DE CONTINUIDADE

No que concerne à documentação apresentada, 10 (52,63%) processos de continuidade foram considerados suficientemente documentados, e 9 (47,37%) não apresentaram a documentação necessária.

<div>Fatores</div> <div>Processos</div>	Tratamentos propostos (19)	Honorários Profissionais (19)	Documentação Apresentada (19)
Adequados	16 (84,21%)	15 (78,95%)	10 (52,63%)
Inadequados	03 (15,79%)	04 (21,05%)	09 (47,37%)

Quadro 5.2 – Demonstrativo da adequação dos tratamentos propostos, honorários e documentação aos quais os segurados vitimados por traumatismos bucomaxilofaciais (Avisos de Continuidade) foram submetidos entre setembro de 2001 e junho de 2004. São Paulo, 2005

5.14 FALHAS NA DOCUMENTAÇÃO

Nos processos cuja documentação foi considerada insatisfatória, as falhas ocorridas foram discriminadas e avaliadas nos Avisos de Acidente (68) e nos Avisos de Continuidade (9).

O Gráfico 5.8 demonstra que, dos 68 processos que apresentaram falhas na documentação, 40 não enviaram radiografia inicial e/ou final, 26 apresentaram preenchimento incompleto dos formulários da seguradora, 7 não permitiram a comprovação do nexo causal e 6 não enviaram a documentação complementar após a perícia inicial⁷.

O Gráfico 5.9 ilustra as falhas de documentação nas continuidades não previstas nos processos iniciais. Também nesses casos predominou a ausência de radiografias iniciais ou finais (4), seguida pela ausência da comprovação do nexo causal (3); 2 não apresentaram a documentação complementar solicitada na avaliação pericial

Gráfico 5.8 - Falhas da Documentação em Avisos de Acidente

Gráfico 5.9 – Falhas da Documentação em Avisos de Continuidade

⁷ Alguns processos apresentaram mais de uma falha.

6 DISCUSSÃO

O trauma é considerado um problema de saúde pública, e os custos para a reabilitação das conseqüências por ele geradas por ele são altos e oneram a rede pública. Além disso, alguns tratamentos de maior complexidade são de difícil acesso ou não são realizados no prazo recomendado como ideal para a prevenção das seqüelas das lesões.

Tendo em vista que mesmo a camada da população com maior poder aquisitivo muitas vezes não está preparada para arcar com custos não previstos, os Seguros de Dano à Pessoa são uma forma de minimizar o impacto que acidentes possam provocar em seu orçamento.

Assim, a condição da rede pública de saúde, os altos custos dos tratamentos reabilitadores e a conscientização da necessidade de reparação de lesões têm aumentado a procura de produtos oferecidos pelas seguradoras. Esse interesse é tanto das empresas quanto das pessoas físicas, e tem como objetivo preservar o patrimônio, independentemente dos infortúnios que possam surgir.

Mas, para fazer frente à demanda por esse tipo de produto, as seguradoras necessitam de profissionais da área da saúde, que sejam tecnicamente capazes de avaliar se o segurado tem direito à indenização ou a parte dela, quando da ocorrência de um sinistro. Os profissionais que realizam esse tipo de avaliação emitem um parecer descritivo calcado em achados constantes da literatura científica e, quando necessário, em informações obtidas junto a especialistas da área na qual se baseia cada processo. Portanto, o trabalho pericial faz com que os cirurgiões-

dentistas que o realizam estejam em constante atualização nas várias áreas da odontologia.

Além disso, as perícias para seguradoras exigem que o profissional que as realiza conheça – e seja capaz de analisar - a legislação que rege os seguros privados no Brasil, o Código de Ética Odontológica e a legislação que rege os profissionais liberais autônomos.

Esse mercado de trabalho envolve três áreas distintas, todas elas detentoras de responsabilidades, a saber:

- 1 A seguradora - responsável pelo pagamento do reembolso ao segurado dentro do valor estipulado e das condições que constam nas cláusulas contratuais, como determina o Capítulo XV – Do Seguro – do Novo Código Civil (BRASIL, 2003):

Seção I - Disposições Gerais

Art. 760. A apólice ou o bilhete de seguro será nominativo, à ordem ou ao portador, e mencionam os riscos assumidos, o início e o fim de sua validade, **o limite da garantia** [grifo nosso] e o prêmio devido e, quando for o caso, o nome do segurado e o do beneficiário.

- 2 O profissional que realiza o atendimento clínico à vítima de traumatismo - responsável pela escolha do tratamento mais adequado e também por providenciar e fornecer documentação clínica e radiográfica que viabilize o ressarcimento, caso o traumatizado tenha algum tipo de seguro que lhe dê cobertura financeira.
- 3 O auditor ou, como é mais comumente denominado, perito – responsável por avaliar a documentação, proporcionando ao segurado o justo ressarcimento do dano sofrido e à seguradora uma avaliação técnica, precisa e embasada na literatura científica.

A análise de cada processo requer que o perito se baseie em aspectos que

norteiam a avaliação de dano à pessoa na área civil, como o sexo, a faixa etária, as condições sócio-econômicas, os tratamentos propostos, o tempo de restabelecimento, os honorários previstos e as condições de saúde bucal da vítima de traumatismo, que se constituem em importantes fatores para uma justa avaliação. Além desses fatores, o perito também deve se ater às cláusulas contratuais que, espera-se, sejam previamente conhecidas por todas as partes interessadas.

As considerações até aqui apresentadas tiveram o objetivo de proporcionar, aos profissionais que pretendem ingressar nesse novo mercado, e também àqueles que já estão nele inseridos, uma visão mais abrangente e adequada da atividade desenvolvida por cirurgiões-dentistas nesse ramo: a atualização constante é imprescindível, o conhecimento – e a capacidade de analisar – os diferentes instrumentos legais que regem tal atividade são elementos *sine qua non*, e a formação que, além da graduação, envolve diferenciadores como pós-graduação – *stricto ou lato sensu*, aí se incluindo cursos de atualização, aperfeiçoamento etc.

Isto posto, a itenização que segue é hierarquicamente igual àquela do capítulo anterior, até mesmo para permitir o confronto entre ambos.

6.1 GÊNERO

De acordo com a literatura (HARDING; CAMP, 1995; PEREZ et al., 1991; ZENG; SELLER; MILGROM, 1994), os indivíduos do sexo masculino são mais vitimados por traumatismos - aproximadamente 2/3 em relação aos indivíduos do sexo feminino. Esse resultado pôde ser comprovado quando da análise realizada no

presente trabalho, que investigou apólices de seguro de acidentes pessoais cuja amostra envolvia diferentes faixas etárias.

Apesar de todos os trabalhos apresentarem essa grande diferença entre os gêneros cumpre esclarecer que em algumas regiões, por motivos culturais e religiosos, as mulheres não podem ser examinadas por homens, como no estudo de Al-Majed, Murray e Maguire (2001), que pesquisaram a prevalência do trauma dentário em meninos de 5 a 6 anos e de 12 a 14 anos em Riyadh, Arábia Saudita. A pesquisa foi feita em 40 escolas freqüentadas exclusivamente por meninos porque, naquela cultura, escolas freqüentadas exclusivamente por meninas só contam com funcionárias do sexo feminino, e o ingresso de homens não é permitido sequer para pesquisa. Isso sugere que poucos estudos em relação ao sexo feminino tenham sido realizados naquelas regiões.

6.2 FAIXA ETÁRIA

Em relação à faixa etária, a literatura em geral aponta, em investigações sobre traumas em dentes decíduos, maior prevalência de vítimas na fase de início da independência física e da curiosidade da criança em conhecer o ambiente que a cerca - como mobília, utensílios domésticos ou brinquedos -, período que vai aproximadamente dos dois aos quatro anos de idade (HARDING; CAMP, 1995; MEADOW; NEEDLEMAN; LINDNER, 1984; O'NEIL et al., 1989; ZENG; SELLER; MILGROM, 1994).

Já os traumatismos em dentes permanentes de crianças e adolescentes jovens, de acordo com Al-Jundi (2002), Rajab (2003), Saroglu e Sonmez (2002) e Skaare e Jacobsen (2003), ocorre com maior frequência entre os 8 e os 12 anos de idade. Nessa faixa etária, a maioria das lesões decorre do envolvimento em atividades esportivas e lúdicas que podem implicar quedas, colisões interpessoais ou colisões contra alvos fixos.

Nos processos analisados na presente investigação, a divisão etária das vítimas de traumatismos foi a que segue: 0 a 5, 6 a 10, 11 a 15, 16 a 20 anos e acima de 20 anos. Como a maior parte do material avaliado era de Seguros Escolares (124 processos), predominaram os traumatizados de 6 a 10 anos, seguidos por aqueles de 11 a 15 anos (Gráfico 5.1).

Essa característica da amostra também interferiu nos achados referentes à idade dos segurados envolvidos em acidentes de trânsito, que diferem de outros estudos, que apontam predominância da faixa etária compreendida entre 21 e 30 anos, como os de Fasola et al. (2003) - que pesquisaram fraturas maxilofaciais com essa etiologia - e Sobreira et al. (2002) - que averiguaram a prevalência de traumatismos bucomaxilofaciais na capital da Paraíba. Na avaliação objeto desta dissertação constatou-se, entre os segurados vitimados por lesões bucomaxilofaciais decorrentes de acidentes de trânsito, maior incidência da faixa etária de 16 a 20 anos, embora essa correlação não tenha sido computada nos resultados. Segundo Wood e Freer (2001), que analisaram a incidência e a etiologia de lesões faciais resultantes de acidentes de trânsito em Queensland (Austrália) por um período de três anos, a maior incidência de vítimas tinha entre 18 e 22 anos, tanto no sexo masculino quanto no sexo feminino.

6.3 OCUPAÇÃO

Ainda em função da amostra utilizada nesta pesquisa, os resultados referentes à variável ocupação dos segurados foram bastante elevados para a classe dos estudantes. Por essa razão, optou-se por abordar separadamente os processos de Seguro Coletivo Escolar - 124 de um total de 132, com 83,06% de estudantes, 8,06% de funcionários administrativos ou operacionais, 7,26% de professores e 1,61% sem identificação de ocupação (Gráfico 5.2) e os processos de Seguro Individual - Afastamento Profissional e Danos Pessoais causados por Veículos Automotores em Vias Terrestres (DPVAT) – 5 profissionais autônomos e/ou liberais das 8 apólices analisadas.

Em análise realizada em registros de atendimentos do Serviço de Traumatologia Odontopediátrica Onetto, Flores e Garbarino (1994) constataram que, em relação à dentição permanente, 38% dos acidentes vitimaram estudantes. Esse dado, ao que tudo indica, estaria relacionado também à amostra estudada – composta por registros de atendimentos do Serviço de Traumatologia Odontopediátrica.

Em relação aos Seguros Individuais, que nesta pesquisa corresponderam a apenas 8 processos, 5 (71,25%) pertenciam a profissionais autônomos/liberais. Parece evidente que o profissional que não tem o respaldo securitário proporcionado pelo vínculo empregatício formal – que lhe garante alguma receita, por mínima que seja, em caso de impedimento da atividade laboral - tem maior interesse por produtos que lhe proporcionem a possibilidade de ganho quando da ocorrência de

acidentes ou afastamentos para tratamento, garantindo seu padrão de vida ou, pelo menos, a cobertura de seus compromissos financeiros.

6.4 ETIOLOGIA DO DANO

Como visto no capítulo 5, as causas de traumas bucomaxilofaciais foram divididas em acidentes de locomoção, acidentes em atividades esportivas, acidentes em atividades lúdicas e acidentes domésticos. Os acidentes de locomoção foram subdivididos em ocorridos em vias públicas e em ambiente escolar. Desta maneira, todos os tipos de agentes que ocasionaram lesões nos processos estudados foram elencados.

Dentre as formas que podem produzir dano à pessoa, os resultados demonstraram que os acidentes de locomoção foram predominantes, com 45,67%. Como nesse item encontram-se os acidentes de trânsito, que representaram 52,63% dos ocorridos em vias públicas, os dados coletados concordam com os achados de Crosato, Silva e Cardozo (1999) e Sobreira et al. (2002).

Em relação aos demais agentes lesivos, as quedas predominaram, o que corrobora os resultados obtidos nos trabalhos de Meadow, Needleman e Lindner (1984), Perez et al. (1991) e Zeng, Sheller e Milgrom (1994), entre outros que estudaram o principal agente etiológico dos traumatismos bucomaxilofaciais em crianças.

6.5 LOCAL DO ACIDENTE

Ainda em decorrência da amostra avaliada – composta por 124 Seguros Escolares -, neste item também predominaram os acidentes ocorridos em dependências escolares, com 57 ocorrências (Gráfico 5.4). Alguns estudos voltados a traumatismos em dentes permanentes em crianças, como o de Onetto, Flores e Garbarino (1994), apontam a escola como local predominante de ocorrência de traumas, porém a maior parte dos trabalhos que abordaram os traumatismos bucomaxilofaciais em crianças, como menciona AL-Jundi (2002), constataram que o local de maior risco para tais eventos são as dependências domiciliares (residências).

Já nas investigações cujo objetivo é correlacionar o local e a incidência desse tipo de trauma em adultos, a via pública - devido ao grande número de acidentes de trânsito, principal agente etiológico do trauma em adultos – apresenta predominância (CROSATO; SILVA; CARDOZO, 1999; SOBREIRA et al., 2002).

6.6 TIPOS DE LESÕES

Dos 132 processos, 19 sinistros retornaram à perícia como eventos de continuidade, embora com ocorrências não necessariamente previstas nos avisos de acidente. Por esse motivo, foram analisadas as lesões nos dois tipos de processos: os iniciais ou Avisos de Acidente e os posteriores ou Avisos de Continuidade.

Nos processos iniciais de lesões dentoalveolares – Avisos de Acidentes -, as fraturas coronárias simples predominaram (94 ocorrências – Gráfico 5.5). Também Al-Jundi (2002), O’Neil et al. (1989) e Perez et al. (1991) constataram tal prevalência.

Nos demais tipos de lesões, aquelas que associavam tecidos duro e tecido mole foram predominantes (21 – Gráfico 5.6) -, pois, nos traumatismos importantes, dificilmente ocorrem lesões em tecido duro sem o comprometimento dos tecidos moles. Já a ocorrência de lesões unicamente em tecido mole, apesar de comuns, foi pouco observada nos processos avaliados, devido ao fato de que traumas dessa natureza são, em geral, analisados pela perícia médica.

Nos 19 processos de continuidade com lesões não previstas, a maior incidência foi de comprometimentos pulpares, fato totalmente justificado, uma vez que as conseqüências do trauma dentário podem surgir algum tempo após o acidente, e as necroses pulpares são conseqüências pós-traumáticas comuns.

6.7 TRATAMENTOS REABILITADORES

Nos processos analisados neste estudo, grande parte dos tratamentos propostos foram coerentes com as lesões predominantes.

Nos avisos de acidentes, predominaram os procedimentos relacionados à dentística, seguidos pelos tratamentos endodônticos: a dentística, com 112 (Gráfico 5.7) procedimentos prevaleceu nas reabilitações de fraturas coronárias, e a endodontia, com 70 (Gráfico 5.7) das lesões que implicaram comprometimentos pulpares, tanto nas fraturas que envolveram a polpa como nas alterações pulpares

ocasionadas pelo próprio trauma, sem apresentar nenhuma lesão na coroa, ou ainda nas avulsões, nas quais parte dos elementos perdidos foram reimplantados e posteriormente necessitaram de tratamentos endodônticos .

Nos processos de continuidade, a endodontia predominou como reabilitação aos comprometimentos pulpaes pós-trauma.

Em geral, o trauma compreende duas fases de tratamentos reabilitadores: o tratamento imediato deve ser feito o mais breve possível, a fim de minimizar as seqüelas da lesão e possibilitar maior conforto ao traumatizado; já o tratamento mediato deve restabelecer o equilíbrio estomatognático, de forma a promover uma situação funcional e estética o mais satisfatória possível.

Após estudo sobre os procedimentos iniciais em vítimas de traumatismos dentários, Kahabuka et al. (2001) concluíram que a padronização de tratamentos iniciais promoveria melhores possibilidades de sucesso à reabilitação do paciente. Esse protocolo não foi observado nos processos analisados na presente dissertação e, em grande parte deles, observa-se que vários profissionais, com diferentes planos de tratamentos, atendem a vítima do trauma nas diversas fases da reabilitação.

Na ausência de um consenso ou de uma avaliação conjunta desses cirurgiões-dentistas em relação ao melhor planejamento, a vítima se vê desorientada em relação às suas reais necessidades diante das diferentes propostas apresentadas pelos profissionais.

Vale lembrar que o segurado tem direito ao reembolso das despesas da reabilitação referentes às conseqüências do acidente e muitos profissionais, quando cientes do respaldo de uma seguradora, tendem a incluir nos processos tratamentos gerais de lesões anteriores ao evento.

Não se questiona, tecnicamente, a necessidade de um tratamento ortodôntico em indivíduo que apresente oclusão inadequada, porém, como já exposto esse tratamento só teria cobertura da seguradora se fosse consequência direta de um acidente, exceto no seguro de afastamento profissional, que admite doença, desde que não pré-existente à contratação do produto. Quando esse fato não é comprovado através de documentação, o reembolso não é liberado e o processo é considerado irregular pelas cláusulas contratuais.

Portanto, o mais importante é o correto planejamento do tratamento pelo profissional que presta atendimento clínico ao traumatizado, independentemente das possibilidades financeiras deste. Em 32 dos 151 processos analisados constatou-se planejamento inadequado – Quadros 5.1 e 5.2 - para a lesão apresentada, para a situação bucal naquele momento ou, ainda, desaconselhável para a idade do traumatizado. Não raras vezes, verificaram-se indicações sem embasamento científico nas diferentes áreas da odontologia.

Em alguns processos, as orientações preconizadas para implantes não foram respeitadas, principalmente no tocante à precária situação de higiene bucal e à ausência do exame de densitometria óssea para pacientes que provavelmente, não haviam atingido o término do crescimento ósseo.

Os implantes, que na atualidade são procedimentos freqüentemente utilizados para substituir elementos perdidos, requerem que a situação bucal e o grau de desenvolvimento ósseo do paciente sejam adequados. Segundo Inada et al. (2004), quando da opção por esse tipo de reabilitação o planejamento deve ser cuidadoso e de longo prazo. A fase da implantação cirúrgica só deverá ser realizada após o completo crescimento ósseo e, caso isso não seja respeitado, podem ocorrer problemas futuros de difícil ou mesmo impossível solução, em decorrência do

crescimento posterior à colocação do implante. Mas a simples observação da idade do traumatizado nem sempre é suficiente para essa avaliação, pois o padrão de crescimento varia de indivíduo para indivíduo. Portanto, quando a vítima se encontra em uma fase de desenvolvimento passível de dúvidas em relação a esse fato, o exame de densitometria óssea serve de respaldo ao profissional responsável, garantindo maior possibilidade de sucesso à reabilitação e, conseqüentemente, menor sofrimento futuro ao paciente.

Quanto à reabilitação protética, é comum a eleição da prótese fixa, independentemente da situação periodontal ou dos hábitos de higiene do traumatizado. De acordo com Silva (2003), que avaliou os aspectos legais da durabilidade e da eficiência das próteses fixas e removíveis, 54,68% dos profissionais entrevistados realizam reabilitações protéticas em pacientes refratários aos procedimentos básicos de higiene bucal, mesmo cientes das conseqüências que esse tipo de conduta pode trazer. Evidentemente, a reabilitação realizada sem o respeito às normas preconizadas pela literatura científica tem pouca ou nenhuma possibilidade de cumprir a função a que se destina além de, em muitos casos, inviabilizar tratamentos futuros.

Nos casos odontopediátricos, alguns processos registravam o reimplante de elementos decíduos quando os elementos permanentes correspondentes já se encontravam em fase pré-eruptiva. Também foi constatada a requisição de tratamentos ortodônticos sem a documentação ortodôntica, ou a indicação desse tipo de reabilitação para alterações pré-existentes à assinatura do seguro e, portanto, desvinculadas da lesão decorrente do acidente.

Considerando que os cirurgiões-dentistas são profissionais habilitados, não é admissível que desconheçam as indicações corretas para cada procedimento

odontológico, e o correto planejamento deve abranger as opções pertinentes a cada caso, inclusive proporcionando ao paciente, além das orientações de higiene, a adequação das condições bucais e alternativas de tratamento.

Durante a reabilitação pós-trauma, no momento posterior à realização dos procedimentos que minimizem o sofrimento físico e os riscos de seqüelas futuras, nada impede que o profissional desenvolva um trabalho educativo junto ao paciente, o que fará com que a conduta clínica adotada tenha maiores possibilidades de sucesso.

Infelizmente, nos processos de seguradoras, a documentação não permite analisar se os profissionais observaram tais protocolos. O indivíduo traumatizado, por sua vez, leigo em relação às necessidades e às corretas indicações de cada tipo de tratamento, tem como único objetivo solucionar o seu problema o mais breve possível, sem saber que essa solução talvez não seja duradoura ou eficiente.

A ausência de padronização no atendimento a vítimas de traumatismos e a desconsideração dos profissionais em relação às corretas indicações e condições para a realização dos tratamentos reabilitadores dificultam a avaliação técnica e, conseqüentemente, adiam ou inviabilizam o reembolso do seguro.

Adicionar ao formulário das seguradoras espaços para que o clínico descreva as orientações educativas, a adequação bucal e as alternativas de tratamento complementar a documentação, lembrando ao profissional um protocolo de atendimento nem sempre observado.

6.8 HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

A avaliação de honorários profissionais é uma grande dificuldade no trabalho pericial. Isto porque os profissionais do atendimento clínico podem julgar que haja outros interesses, por parte do perito ou da seguradora, quando uma previsão de custos é glosada.

O presente trabalho objetiva, também, tentar esclarecer os motivos que levam o perito, em determinados sinistros, a não aceitar o valor estabelecido pelo clínico para tratamentos reabilitadores.

É evidente que não se questiona o direito à retribuição após o atendimento, e muito menos a autonomia do cirurgião-dentista em estabelecer os seus honorários. Porém é extremamente difícil, quando da execução de uma auditoria, afirmar à seguradora que o valor está de acordo com os usuais, uma vez que nosso país apresenta enormes disparidades econômico-financeiras, tanto dos profissionais como dos pacientes atendidos.

Para o estabelecimento de seus honorários, o cirurgião dentista deve se pautar na legislação específica, no Código de Ética Odontológica (CFO, 2003), e pode utilizar as tabelas de referência disponibilizadas por entidades de classe.

Na observação do Código de Ética Odontológica (CFO, 2003) percebe-se a preocupação com a condição do paciente e a situação profissional do cirurgião-dentista:

Cap. VII – Dos Honorários Profissionais

Art. 10. Na fixação dos Honorários Profissionais serão considerados:

I - a condição sócio-econômica do paciente e da comunidade;

II - o conceito do profissional;

III - o costume do lugar;

IV - a complexidade do caso;

V - o tempo utilizado no atendimento;

- VI - o caráter de permanência, temporariedade ou eventualidade do trabalho;
- VII - a circunstância em que tenha sido prestado o tratamento;
- VIII - a cooperação do paciente durante o tratamento
- IX - o custo operacional.

Vale lembrar que, em relação aos incisos do Código de Ética Odontológica (CFO, 2003), em uma perícia indireta apenas os objetivos são analisados, sendo impossível avaliar, através da documentação, o tempo utilizado no atendimento ou a cooperação do paciente, entre outros aspectos.

Para Ramos (2000), é muito difícil padronizar honorários em odontologia devido ao grande número de variáveis próprias do ofício, e as orientações do Código de Ética Odontológica (CFO, 2003) devem ser vistas como referenciais principais para este fim. Entretanto, as tabelas de procedimentos podem ser utilizadas como uma maneira de estabelecer o valor monetário do trabalho odontológico.

A preocupação em estabelecer valores referenciais para os procedimentos odontológicos data de 1987, com a criação da primeira Tabela Nacional de Convênios e Credenciamentos (TNCC), hoje denominada Valores Referenciais para Convênios e Credenciamentos (VRCC), cujos princípios básicos foram definidos pela Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos, comissão esta que elaborou planilhas para cada procedimento realizado pelo cirurgião-dentista. Seu reajuste era anual, sempre no mês de julho e baseava-se no Índice Geral de Preços de Mercado (IGPM), com a conseqüente publicação no Diário Oficial da União.

Destaca-se também, a tabela de Valores Referenciais de Procedimentos Odontológicos (VRPO) nacional que vinha sendo elaborada pela Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), em conjunto com os Sindicatos, e era divulgada pelo Conselho Federal de Odontologia com as seguintes características: cada Estado preenchia os custos fixos das planilhas, aproximando assim os Valores

Referenciais para Procedimentos Odontológicos da realidade local e estabeleçam valores fixos em reais.

Recentemente, em função de novas determinações, a FIO deixou de realizar o levantamento da VRPO, e cada Sindicato irá preparar uma VRPO para a sua respectiva região, disponibilizando-a em breve, segundo Pinto (informação obtida via web)⁸.

As tabelas acima referidas podem, portanto, fornecer referenciais para o profissional que realiza o atendimento clínico - permitindo-lhe estabelecer um valor suficiente para o bom desempenho profissional -, e constituir-se em um guia - que pode ser utilizado para todo o território nacional, uma vez que os processos são enviados de várias localidades do país - para o auditor.

Como respaldo à glosa de honorários, a Resolução CFO-20/2001, que normatiza perícias e auditorias odontológicas em sede administrativa, entre outras considerações, diz:

Art. 5º. São atribuições específicas do auditor seguir as normas técnicas administrativas da empresa em que presta serviço, observar se tais normas estão de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão do cirurgião-dentista, recusando-se a cumpri-las caso estejam em desacordo com o Código de Ética Odontológica.

§1º. Aplicar medidas técnicas e administrativas que visem corrigir a cobrança de procedimentos odontológicos indevidos ou equivocados com avaliação da exatidão e procedência dos valores e serviços apresentados para o pagamento (auditoria corretiva)".

Quando se trata de auditorias para seguradoras, deve-se sempre atentar às condições estipuladas nas cláusulas sobre limites de reembolso das apólices de seguro, cláusulas estas respaldadas pelas determinações da SUSEP, órgão regulador dos seguros privados no Brasil. Sob esse aspecto, poder-se-ia supor que o valor determinado pelo profissional, desde que dentro do limite, devesse ser aceito como justo, uma vez que o responsável pela auditoria não presenciou o atendimento

⁸ Pinto M. Informação obtida em consulta ao jornalcfo@org.br [2005 maio 15].

e, portanto não tem como avaliar a dificuldade, o tempo e a colaboração do paciente durante os procedimentos. Porém, a não utilização de um critério imparcial pode limitar a reabilitação do segurado, em face da complexidade das lesões bucomaxilofaciais e de suas conseqüências onerosas.

As seguradoras idôneas sabem que, como em qualquer mercado econômico, além de suas obrigações jurídicas, a satisfação do usuário com um determinado produto implicará em maior estabilidade empresarial, satisfação esta que será tanto maior quanto mais completa for a cobertura do seguro contratado sobre a reabilitação implementada. O cirurgião-dentista, por sua vez, deve entender que é o responsável pela reabilitação que se propôs a realizar e espera-se que, para estabelecer o plano de tratamento tenha avaliado, além das possibilidades financeiras do paciente, próprias ou amparadas por um seguro, também e principalmente, os limites biológicos daquele indivíduo.

Como já comentado, dificilmente as reabilitações odontológicas a lesões traumáticas limitam-se aos procedimentos imediatos. Assim, no presente estudo, parte dos processos retornou como Avisos de Continuidade não previstos nos Avisos de Acidentes. O perito, ciente dessas complexidades, deve adequar cada procedimento ao valor de mercado, a fim de proporcionar ao segurado maior possibilidade de receber um reembolso suficiente para cobrir futuro(s) dano(s) inesperado(s).

Neste estudo, dos 125 processos de Avisos de Acidentes que permitiram a análise de honorários, 51 eventos apresentaram valores acima dos usuais em alguns procedimentos ou em toda a reabilitação (Quadro 5.1).

O segurado que tem a liberdade de escolher o profissional clínico mas desconhece a complexidade de sua reabilitação tende a optar por cirurgões-

dentistas de alto padrão, escolha esta que seria improvável se o pagamento dos honorários dependesse de recursos próprios.

Uma possibilidade de estabelecer parâmetros para a escolha do segurado seria a criação, sob a orientação e a supervisão dos Conselhos de Odontologia e das Entidades de Classe, de unidades de serviço para cada procedimento odontológico, com validade nacional, assim como a tabela da Associação Médica Brasileira: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) ou como é popularmente conhecida Tabela AMB, que mantém este sistema de padronização. Ciente de quanto teria direito a receber para a sua reabilitação e dos valores cobrados pelo cirurgião-dentista de sua escolha, o segurado cuidaria de não dispor todo ou quase todo o reembolso nos procedimentos iniciais, mantendo parte deste para intercorrências futuras. Tendo acesso ao plano de tratamento com os valores discriminados dos procedimentos, à tabela de unidades de serviço e conhecendo o seu limite de reembolso, o segurado teria a oportunidade de eleger com maior discernimento o profissional, o que facilitaria a efetiva conclusão de sua reabilitação.

A padronização de unidades de serviço, além de possibilitar maior controle por parte do segurado em relação ao reembolso a que tem direito, facilita a avaliação do perto ou auditor.

6.9 DOCUMENTAÇÃO

Neste item são analisados os procedimentos administrativos ou formais dos profissionais que realizam atendimento clínico a vítimas de traumatismos bucodentários que, tão ou mais importantes do que os procedimentos técnicos, possibilitam ao segurado a correta avaliação do seu processo e demonstram o valor do profissional no que concerne à organização e à seriedade com as quais desenvolve seu trabalho.

Muitos são os estudos que orientam a seqüência e a melhor forma de armazenar as informações e a documentação envolvidas no atendimento, mas ainda assim observa-se que os cirurgiões-dentistas não têm a praxe de manter adequadamente a documentação de seus pacientes, independentemente dos recursos de que disponham para a reabilitação destes.

Silva (2000) propõe um protocolo para que o cirurgião-dentista organize e mantenha adequadamente, sob o ponto de vista jurídico, a documentação de seus pacientes:

- Registro cuidadoso da anamnese;
- Ficha clínica com pelo menos dois odontogramas registrando a situação anterior ao tratamento e os procedimentos do tratamento atual;
- Plano com as alternativas de tratamento mais adequadas à necessidade do paciente. Aquela escolhida pelo paciente deve ser assinada por ele ou por seu responsável;
- Receitas com cópia anexada no prontuário do paciente;

- Atestados odontológicos realizados com critério, pois a falsa informação em um documento odontológico pode levar à imputação de falsidade ideológica, crime previsto em Artigo 129 do Código Penal;
- Xerocópias de modelos que, dado o seu volume, sejam difíceis de serem armazenados;
- Radiografias adequadamente reveladas e fixadas, devidamente identificadas com nome, data, elemento dentário ou região analisada e indicação da necessidade do procedimento;
- Cópias, assinadas pelo paciente ou seu responsável, das orientações pós-operatórias e sobre higienização;
- Correspondência registrada sobre abandono do tratamento pelo paciente, em intervalos de 15 e 30 dias.

O respeito a tais orientações possibilita ao profissional melhores condições para qualquer eventualidade, como a necessidade de encaminhar a documentação necessária à companhia seguradora de um paciente, ou de se defender de possível processo de responsabilidade profissional. Assim, o cuidado que o profissional deve tomar com a documentação de seus pacientes não difere quer sejam estes vítimas de traumatismos bucodentários, quer sejam estes rotineiramente atendidos na prática clínica diária.

Dos 132 processos de Avisos de Acidentes analisados na presente investigação, 51,52% (68) apresentaram documentação insuficiente (Quadro 5.2). Nos processos de Avisos de Continuidade, esse percentual não diminuiu significativamente, apresentando documentação inadequada em 47,37% (9) dos 19 sinistros (Quadro 5.2). Essa diferença de percentual é ainda menos relevante quando se considera que, nessa etapa da reabilitação, já houve uma experiência no

preenchimento dos formulários e na complementação da documentação técnica necessária.

As falhas na documentação - tanto nos processos iniciais como nos de continuidade - foram analisadas, e constatou-se que os maiores problemas ocorrem em relação às radiografias - qualidade e armazenamento - e ao preenchimento dos formulários.

Cabe aqui uma reflexão em relação à necessidade de padronização dos procedimentos e dos documentos odontolegais: quando cuidadosamente conduzidos, a resolução dos processos de sinistros que envolvem a área estomatognática ocorreria em menor tempo, beneficiando o segurado - que obteria mais rapidamente o reembolso a que faz jus -, e a seguradora - que não teria que administrar os retornos de processos devido às requisições da perícia para a complementação de documentos.

7 CONCLUSÕES

Nas condições de realização do presente estudo, que contemplou 151 processos de seguros de dano à pessoa – envolvendo lesões no complexo bucomaxilofacial - encaminhados à perícia no período compreendido entre setembro de 2001 e junho de 2004, os resultados obtidos permitiram as seguintes conclusões:

- 1 Os indivíduos do sexo masculino sofrem mais traumatismos bucomaxilofaciais, na proporção de aproximadamente 2/3 em relação aos indivíduos do sexo feminino.
- 2 A faixa etária que apresentou maior incidência de lesões bucofaciais traumáticas foi aquela compreendida entre 6 e 10 anos, com 31,82% de ocorrências, seguida pela faixa etária de 11 a 15 anos, com 21,97% dos sinistros.
- 3 Dentre os 124 processos de Seguros Coletivos tipo Escolar, 83,06% eram estudantes. Já nos 8 processos de Seguros Individuais, predominaram os profissionais liberais.
- 4 No que concerne à etiologia do dano, predominaram os acidentes de locomoção, sendo que em vias públicas predominaram os acidentes de trânsito e nas demais áreas, as quedas.
- 5 Com relação ao tipo de lesão, nos Avisos de Acidente houve prevalência das fraturas coronárias simples (94), seguidas pelas avulsões (73). Os comprometimentos pulpares pós-traumáticos ocorreram em 8 dos 19 Avisos de Continuidade.
- 6 A dentística, com 118 (27,25%) ocorrências, e a endodontia com 78 (18%) foram as principais reabilitações empreendidas nos 151 processos analisados.

No que tange à conduta clínico-administrativa dos profissionais que prestam atendimento, há que considerar que:

- 7 Os tratamentos propostos foram considerados inadequados em somente 11,92%, porém, trazendo prejuízos significativos para os segurados.
- 8 Os honorários profissionais estavam acima dos usuais em 44% dos 125 processos nos quais esta avaliação era pertinente.acho que assim fica mais claro
- 9 A documentação foi insuficiente em 51% dos casos apresentados à perícia.
- 9.1 Dos processos nos quais a documentação foi considerada inadequada, cerca de 57% não continham as radiografias iniciais e/ou finais.

Assim, é necessário que os profissionais se conscientizem quanto aos cuidados relativos à escolha dos tratamentos reabilitadores, à definição dos honorários e à elaboração e armazenamento da documentação.

REFERÊNCIAS¹

Al -Jundi SH. Dental emergencies presenting to a dental teaching hospital due to complications from traumatic dental injuries. *Dent Traumatol* 2002;18(4):181-5.

Al-Majed I, Murray JJ, Maguire A. The prevalence of dental trauma in 5-6 and 12-14-year-old boys in Riyadh, Saudi Arabia. *Dent Traumatol* 2001;17(4):153-8.

Alonge OK, Narendran S, Wiliamson DD. Prevalence of fractured incisal teeth among children in Harris County, Texas. *Dent Traumatol* 2001;17(5):218-21.

AlSarheed M, Bedi R, Hunt NP. Traumatized permanent teeth in 11-16-year-old Saudi Arabian children with a sensory impairment attending special schools. *Dent Traumatol* 2003;19(3):123-5.

Associação Médica Brasileira: CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos 2003. Disponível em: [URL:http://www.amb.org.br/ent_cbhpm_index.php3](http://www.amb.org.br/ent_cbhpm_index.php3) [2005 maio 15]

Brasil. Código Civil: lei nº 10.406 de 10/01/2002. In: Pinto ALT, Windt MCVS, Céspedes, L. Código civil: mini-obra coletiva. 9ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

Brasil. Decreto nº 2.063, de 7 de março de 1940. Regulamenta sob novos moldes as operações de seguros privados e sua fiscalização. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro (GB), 1940 mar. 13; Sec. 1: p. 4387-99.

Brasil. Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros privados e regula as operações de seguros e resseguros. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF) 1966a nov. 22; Sec. 1: Pt. 1: 13524 -9.

Brasil. Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966. Regulamenta o exercício da odontologia no Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF) 1966b ago. 26; Sec. 1: 9843.

Buzzi S, Mocchi F, Buzzi S, Boccaccini C Sulla tutela assicurativa privata del danno dentario in ambiente scolastico: attualità e prospettive. *Minerva Ortognat* 1990;1(2):75-80.

¹ De acordo com o Estilo Vancouver. Abreviaturas de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

Caldas Jr. AF, Burgos MEA. A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic. *Dent Traumatol* 2001;17(6):250-3.

Cardozo HF. Avaliação das lesões dentárias em âmbito civil e a atuação do cirurgião-dentista. *Rev Odontol UNICID* 1994;6(1):45-56.

Cardozo HF. Avaliação do dano nas seqüelas faciais traumáticas em vítimas de acidentes de trânsito [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1993.

Carrasco L, Figueroa L. Estudio descriptivo de traumatismo.dentoalveolar em pacientes atendidos em hospitales del servicio de salud de la V región Año–2000. *Rev Fac Odont Valparaíso* 2002;2(6):452-9.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1673/2003, CBHPM A classificação brasileira hierarquizada de procedimentos médicos www.amb.org.br 15/maio/2005

Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO 20/2001, Normatiza perícias e auditorias odontológicas em sede administrativa. Rio de Janeiro: CFO, 2001.

Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO nº 42, de 20 de maio de 2003. Código de ética odontológica. Rio de Janeiro: CFO; 2003.

Crosato E, Silva MR, Cardozo HF. Traumatismos maxilo-mandibulares decorrentes de acidentes de trânsito e violência interpessoal. *RPG* 1999;6(3):288 [resumo 67].

Fasola AO, Lawoyin JO, Obiechina AE, Arotiba JT. Inner city maxillofacial fractures due to road traffic accidents. *Dent Traumatol* 2003;19(1):2-5.

Fávero F. Honorários médicos. 7ª ed. São Paulo: Martins, 1962. cap. 54, p.94-102.

França GV. Honorários médicos. São Paulo: Fundo Editorial BYK PROCIENX; 1975. cap. 6, p.159-80.

Gábris K, Tarjan I, Rozsa N. Dental trauma in children presenting for treatment at the Department of Dentistry for Children and Orthodontics, Budapest, 1985-1999. *Dent Traumatol* 2001;17(3):103-8.

Garcia-Godoy F, Garcia-Godoy F, Garcia-Godoy FM. Primary teeth traumatic injuries at a private pediatric dental center. *Endod Dent Traumatol* 1987;3(3):126-9.

Glendor U, Jonsson D, Halling A, Lindqvist K. Direct and indirect costs of dental trauma in Sweden: a 2-year prospective study of children and adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29(2):150-60.

Harding AM, Camp JH. Traumatic injuries in the preschool child. *Dent Clin North Am* 1995;39(4):817-35.

Inada E, Tortamano A, Tortamano Nel 2003;19(1):12-4.

Machado, A. A importância dos honorários. São Paulo: Mayensa; 1922. cap. 5, p. 99-131.

McTigue DJ. Introduction to dental trauma: managing traumatic injuries in the primary

ing traumatic injuries in the primary dentition In: Pinkham JR. Pediatric dentistry: infancy through adolescence. 2th ed. Iowa: W.B. Saunders; 1994. cap. 15, p. 209-22.

dow D, Needleman H, Lindner G. Oral trauma in children. *Pediatr Dent* 1984;6(4):248-51.

AC. Do Seguro. São Paulo: Minhoto Advogados Associados; 2002. cap.1, p. 4-16. I 2003;19(1):12-4.

Machado, A. A importância dos honorários. São Paulo: Mayensa; 1922. cap. 5, p. 99-131.

McTigue DJ. Introduction to dental trauma: managing traumatic injuries in the primary dentition In: Pinkham JR. Pediatric dentistry: infancy through adolescence. 2th ed. Iowa: W.B. Saunders; 1994. cap. 15, p. 209-22.

Meadow D, Needleman H, Lindner G. Oral trauma in children. *Pediatr Dent* 1984;6(4):248-51.

Minhoto HS, Minhoto PAC. Do Seguro. São Paulo: Minhoto Advogados Associados; 2002. cap.1, p. 4-16.

Nicolau B, Marcenes W, Sheiham A. Prevalence, causes and correlates of traumatic dental injuries among 13-year-olds in Brazil. *Dent Traumatol* 2001;17(5):213-7.

O'Neil DW., Clark MV, Lowe JW, Harrington MS. Oral trauma in children: a hospital survey. *Oral Surgery Oral Med Oral Pathol* 1989;68(6):691-6.

Oliveira RN, Oliveira OBJ. Honorários profissionais: sua importância no contexto do consultório odontológico. *Odontologia e Sociedade* 1999;1(1/2):51-4.

Onetto JE, Flores MT, Garbarino ML. Dental trauma in children and adolescents in Valparaíso, Chile. *Endod Dent Traumatol* 1994;10(5):223-7.

Panasco WL. O contrato médico. 2^a.ed. Rio de Janeiro: Forense; 1984. cap. 3, p. 47-51.

Perez R, Berkowitz R, McIveen L, Forrester D. Dental trauma in children: a survey. *Endod Dent Traumatol* 1991;7(5):212-3.

Prata THC, Duarte MSR, Miquilinto JL, Valera MC, Araújo MAM. Etiologia e frequência das injúrias dentárias traumáticas em pacientes do Centro de Traumatismos Dentários da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP. *Rev Odontol UNESP* 2000;29(1/2):43-53.

Rajab LD. Traumatic dental injuries in children presenting for treatment at the Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, University of Jordan, 1997–2000. *Dent Traumatol* 2003;19(1):6-11.

Ramos D.L.P, Honorários profissionais: quais os critérios a serem adotados? [reportagem de Israel Correia de Lima]. *Jornal APCD*, dez /2000. 35 (524):22

Robetti I, Iorio M., Dalle Molle M, Giordano M. La relazione odontoiatrico-legale per la valutazione del danno dentario di origine traumatica. *Minerva Ortognatod* 1989;8(2):71-85.

Samico AHR. A ética, perícias odontológicas e peritos. Brasília: Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal; 1993.

Saroglu I, Sonmez H. The prevalence of traumatic injuries treated in the pedodontic clinic of Ankara University, Turkey, during 18 months. *Dent Traumatol* 2002;18(6):299-303.

Silva M. Das perícias odontológicas. São Paulo: Medsi. 1997. cap. 24, p.415-25.

Silva M. Os dez mandamentos da documentação a ser realizada num consultório odontológico. *Rev ABO Nacional* 2000;8(1):42-4.

Silva OMP, Lebrão ML, Blachman IT. A qualidade dos registros odontológicos dos hospitais do setor governamental do município de São Paulo. *Rev Odontol UNESP* 2001;30(1):67-74.

Silva OMP, Lebrão ML. A organização do atendimento da odontologia hospitalar e da traumatologia buco-maxilo-facial no município de São Paulo. *Rev Odontol UNESP* 2001;30(1):43-54.

Silva RA Durabilidade das próteses dentárias fixas e removíveis: aspectos legais [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2003.

Skaare AB, Jacobsen I. Dental injuries in Norwegians aged 7–18 years. *Dent Traumatol* 2003;19(2):67-71.

Sobreira T, Vieira JAO, Lobo AR, Wanderley JNB, Costa LJ. Prevalência de traumatismos bucomaxilofacias em João Pessoa – Paraíba – Brasil. *R Bras Ci Saúde* 2002;6(1):25-32.

Tapias MA, Jiménez-García R, Lamas F, Gil AA. Prevalence of traumatic crown fractures to permanente incisors in a childhood population: Mósteles, Spain. *Dent Traumatol* 2003;19(3):119-22.

Traebert J, Peres MA, Blank V, Bóell RS, Pietruza JA. Prevalence of traumatic dental injury and associated factors among 12-year-old school children in Florianópolis, Brazil *Dent Traumatol* 2003;19(1):15-8.

Umani Ronchi G. L'assicurazione privata contro gli infortuni. in:Umani Ronchi G. *Medicina legale in odontostomatologia*. Roma: Edi-Lombardo; 1993. cap. 21, p.259-66.

Viola S. Seguro: noções gerais. In: Viola S. *Noções básicas de seguro: teoria geral do seguro*. Adaptado e atualizado por Sarah Motta Lima Leão de Aquino e Sergio Chakr. Rio de Janeiro: FUNENSEG; 1982. cap. 1, p. 5-6. [Material didático].

Wood EB, Freer TJ. Incidence and aetiology of facial injuries resulting from motor vehicle accidents in Queensland for a three-year period. *Aust Dent J* 2001;45(4):284-8.

Yvo V. Injury - damages - insurance: legal implications. *Rev Belge Med Dent* 1998;53(2):9-28.

Zeng Y, Sheller B, Milgrom P. Epidemiolgy of dental emergency visits to an urban children's hospital. *Pediatric Dent* 1994;16(6):419-23.

GLOSSÁRIO

Acidente Pessoal - evento com data e hora caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, independente de toda e qualquer coisa.

Apólice - documento emitido por Seguradoras em função da aceitação do risco apresentado pelo Segurado, de acordo com as informações registradas na proposta, que contém a especificação do risco, os limites de capital segurado, o valor do prêmio e as condições de cobertura.

Capital Segurado - importância máxima, em dinheiro, a ser paga em função do valor estabelecido para a cobertura contratada.

Cláusulas - condições que fazem parte de um contrato ou documento.

Cobertura - compromisso da Seguradora quanto ao pagamento de indenização, caso ocorra um dos eventos definidos nas garantias contratadas pelo Estipulante, observando-se os riscos excluídos previstos nas Condições Gerais, Especiais e Particulares do Seguro.

Condições Especiais - o conjunto de cláusulas suplementares às Condições Gerais.

Condições Gerais - conjunto de cláusulas que estabelecem as condições contratuais do Seguro, bem como os direitos e deveres do Estipulante, do Segurado e da Seguradora.

Condições Particulares - conjunto de cláusulas que estabelecem as diferentes condições contratuais, firmadas entre o Estipulante e a Seguradora, que não constam das Condições Gerais e Especiais do Seguro.

Doença - evento decorrente da perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que torne necessária a internação hospitalar ou o tratamento médico, não se enquadrando na classificação de Acidente Pessoal.

Doenças/Eventos/Lesões Preexistentes e suas Consequências – doenças, eventos e/ou lesões contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua inclusão no Seguro, inclusive as congênitas; são caracterizadas pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do estado de saúde do Segurado, diagnosticadas por médico ou cirurgião-dentista e que eram, por consequência, de conhecimento prévio do Segurado na data da assinatura da proposta individual.

Estipulante - pessoa jurídica ou entidade que possui alguma forma de vínculo jurídico com o Segurado e que subscreve a(s) cobertura(s) do Seguro; o estipulante é o contratante

Evento - ocorrência verificada após o início de vigência do Seguro que dá direito de percepção, pelo Segurado, da(s) cobertura(s) contratada(s) pelo Estipulante.

Indenização - valor, em dinheiro, a ser pago ao Beneficiário em caso de ocorrência de algum evento coberto pelo Seguro.

Prêmio - valor pago pelo Estipulante ou pelo Segurado à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade sobre a(s) cobertura(s) do Seguro.

Seguradora - empresa que assume os riscos inerentes à cobertura do Seguro, nos termos contidos nas Condições Gerais, Especiais e Particulares.

Seguro - conjunto de garantias e coberturas ofertadas pela Seguradora ao Segurado, em conjunto com as Condições Gerais, Especiais e Particulares.

Sinistro - evento coberto, ocorrido com o Segurado, durante a vigência da Apólice.

Tratamento - conjunto de procedimentos terapêuticos ou hospitalares que o profissional habilitado utiliza com a finalidade única e exclusiva da cura ou do alívio do evento mórbido do Segurado.

Apêndice A - Sinistros de avisos de acidente (132 casos)

S	G	I	Ocup	Etiol.Dano	Local	Tipo de lesão	Trat.exec. e proposto	Adeq. Tratam	Adeq valor	Adeq Doc.	Aus.na doc..
01	M	11	Estud	Ativ/Lúd Queda	Esc.	F.D.C.c/ Comp Pulp.21	Endo e Dent.21 c/ pino	Adeq.	Inad.	Adeq	-----
02	F	23	Estud	Acid/Loc Queda	---	Av. 11 P.Ôs. Alv.	Prót prov. Orto Imp.	Inad. Aus. Nexo Causal.	Inad.	Inad.	Rx in.
03	F	43	Aux. Adm.	Acid/Esp. Col./Alvo Fixo	Cl.	F.D.R. 14 (antes, prót.)	Exod. Prót prov Imp.	Inad. Alter. period. má higiene	Adeq	Adeq	---
04	M	04	Estud	Ativ/lúd. Queda/Pisc	Esc.	F.D.C.72 F.D.C.63c/ Comp.Pulp.	Endo e Dent.63 Dent 72	Adeq.	Adeq	Inad.	Rx in.
05	F	03	Estud	Ativ/lúd. Queda Brinq.	Esc.	Av.51 + Lux.61c/ comp. pulp.	Endo e Dent 61 Mant. de Esp..	Adeq.	Inad.	Inad.	Rx fin.
06	M	03	Estud	Acid/Dom. Queda	Res.	Av.61	Reimpl.	Adeq.	Adeq	Adeq	---
07	M	14	Estud	Acid/Loc Bic/Queda (quebra)	V.P.	F.Ôs P.Ôs.Alv. Av12,11,21,22 ,23,41 L.T.M.	Trat.Cirúrg. Sut. Prót prov. Enx. Ôs. Imp.	Inad. Idade ct. indicada p/ Imp.	Inad.	Inad.	Rx in. e aus. Dens.. Ossea
08	F	19	Estud	Acid/Loc (trânsito)	V.P. Estr.	F.Ôs.-Côndilo Lux.11,21, Lux.31,41 c/ Comp. Pulp.	Bloqueio Cont. Endo e Dent 41	Adeq.	Inad.	Adeq	---
09	F	17	Estud	Acid/Loc (trânsito)	V.P.	F.Ôs/face Av.22 P.Ôs. Desvio/linha média	Trat. Cirúrg. Prót. prov.e fixa Orto.	Adeq.	Inad.	Inad.	Rx fin.
10	M	13	Estud	Ativ/Lúd Bic/Queda	Esc.	Lux.11 Lux.21c/ Comp.Pulp.	Cont Endo e Dent 21 Claream.	Adeq.exc . claream.	Adeq	Inad.	Foto.
11	F	49	Fisiot.	Rem/cor.	Cons .Od.	F.D.R. P.Ôs.Alv.	Exod Enx+Imp Ped. 10 dias	Adeq.	SAP não avalia custos	Inad.	Atest. 03 dias Insuf. mín. 10
12	M	10	Estud	Acid/Esp. Queda	Esc.	F.D.C.11 F.D.C.21+ Comp. Pulp.	Endo Expect. e Endo/dent. 21 Dent.11	Adeq.	Inad.	Inad.	Aus. Relat. profis.
13	M	12	Estag	Ativ/Lúd. Col./Alvo Fixo	Cl.	Av.21, Lux.11 L.T.M.	Reimpl, Cont. Sut. Endo e dent21	Adeq.	Inad.	Inad.	Rx in. e fin.
14	F	08	Estag	Ativ/Lúd. Queda	Cl.	P.Ôs Alv. Lux.11 e 21c/ comp.pulp.	Cont. Endo e Dent 21	Adeq.	Inad.	Inad.	Relat. Profis. Incomp
15*	M	35	Prof.	Acid/Dom. Col./Alvo Fixo	Res.	F.D.C 21	Dent. 21	Adeq.	Adeq	Adeq	---
16	M	11	Estud	Ativ/Lúd. Queda	Pq.	F.D.C. 21	Dent.21c/Col. de fragm,	Adeq.	Inad.	Adeq	---
17	M	08	Estud	Ativ/Lúd. Queda	Esc	F.D.C.+ Lux.11	Cont.e Dent.11	Adeq.	Inad.	Adeq	---
18	M	18	Estag	Acid/Esp Queda	Esc.	Av.11 e 12 Int.21 e 22 L.T.M.	Reimp./Sut Cont.Endo e Dent.11/21	Adeq.	Adeq	Adeq	---

continua

continuação

S	G	I	Ocup.	Etiol/Dano	Local	Tipo de lesão	Trat.exec. e proposto	Adeq Tratam	Adeq valor	Adeq Doc.	Aus.na doc..
19	M	07	Estud	Acid/Loc Queda	Esc	Av.51 e 61 perda precoce	Orto	Inad. Aus. Nexo Causal	Inad.	Inad.	Aus. Doc. Ortod.
20	M	07	Estud	Ativ/Lúd Queda	Esc	F.D.C.11 e 21	Dent.11 e 21	Adeq.	Inad.	Adeq.	—
21	M	07	Estag	Acid/Loc Queda	Esc	F.D.C. Lux.21	T.Vital.Pu lp. Dent.21	Adeq.	Inad.	Adeq.	—
22*	M	04	Estud	Acid/DomQ ueda	Res.	Lux.51+ Comp Pulp.	Endo e Dent.51	Adeq.	Adeq.	Adeq.	—
23	M	10	Estud	Acid/Dom Bic/Queda	Res.	Av.21 Lux.11 L.T.M.	Sut,Reimp. Endo,Dent 21, Cont.	Adeq.	Adeq.	Adeq.	—
24	M	09	Estud	Acid/Loc Col./Alvo Fixo	Esc	Lux.21+ Comp.Pulp.	T.Vital. Pulp. Endo e Dent.21	Adeq.	Inad.	Adeq.	—
25	M	11	Estud	Ativ/Lúd Queda Piscina	Cl.	F.Ós.. F.D.C.26 Lux.11,21e 22	Trat. Cirúrg. Bloqueio Cont. Dent.26	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx panor.
26	M	11	Estud	Acid/Loc - Queda	Esc	Av.12 e 11	Reimp.12 e 11 Cont. Endo e Dent.12 e 11	Adeq.	Inad.	Adeq.	—
27	M	17	Estud	Acid/Loc Bic/Queda (quebra)	V.P.	F. c/ P.Ós. Av.12,11,21, 22,32,31,42, 41.	Trat Cirúrg. Bloqueio Imp.8 elem.	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx In. e fin. relat prof. Incomp .
28	M	10	Estud	Acid/Loc Queda	Esc	F.D.C.21 F.D.C.11+ Comp. Pulp. Av.+ F.D.C. 12	Reimp.12 Cont. Endo e Dent11 Dent 21.	Adeq.	Inad.	Adeq.	—
29*	M	16	Estag	Acid/Esp Col./Alvo Fixo	Esc	F.D.C 21+ Comp.Pulp. F.D.C.11	Endo e Dent. 21 Dent 11	Adeq.	Adeq.	Adeq.	— -
30	M	09	Estag	Ativ/Lúd Queda	Esc	F.D.C.+ Comp.Pulp. 21 e 11	Endo e Dent.21 e 11	Adeq.	Inad.	Inad.	Rx in. E relat. Prof Incomp
31	F	42	Com	Doença Period.	SAP-	Periodontose	Cirurgias Periodontais	Adeq.	SAP não avalia custos	Inad.	Atest. incoer.
32	F	36	Ad. Emp	Acid/Dom. Mastig.	Res	F.D.C.16+ Comp.Pulp.	Endo e Prót.	Adeq	Inad.	Adeq.	—
33	F	16	Estud	Acid/Loc Queda	Esc.	Int.11 e 21	Trat. Cirúrg. Cont.	Adeq.	Adeq.	Inad.	Preenc h. Incl.
34	F	24	Prof.	Acid/Dom Queda escada	Res.	F.Ós. Av.12,11, 21,22	Trat. Cirúrg. Reimp.4 elem Bloqueio Endo e Dent. 4 elem.	Adeq.	Adeq.	Adeq.	— -
35	F	14	Estud	Acid/Loc Col. Veic/Bic. (Transito).	V.P.	F.D.R.11	Exod. 11, Prót prov. e def.	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx. Fin.
36	M	—	Estud	Acid/loc (Transito)	V.P.	F.Ós. F.D.C.13,12, 11,41,42,43 L.T.M.	Trat. Cirúrg. Bloqueio Prót prov. e PPR sup e inf.	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx in.

continua

continuação

S	G	I	Ocup.	Etiol/Dano	Local	Tipo de lesão	Trat.exec. e proposto	Adeq. Tratam	Adeq valor	Adeq Doc.	Aus.na doc..
37	F	09	Estud	Acid/Loc Queda	Esc	Int.21 e 22 Comp Pulp 21 F.D.C. 73	Repos.21 e 22 Cont. Exod. 73 Endo e Dent.21	Adeq.	Adeq.	Adeq.	____ -
38	F	35	Com.	Doença Period.	SAP	Periodontite	Curet.Sub/Geng Ajuste oclusal Trat.Cirúrg.	Adeq.	SAP não avalia custos	Inad.	Doença Preexis tente
39	F	__	Estud	Acid/Esp col/Alvo Fixo	Esc	F.D.C.+ Comp. Pulp.11	Endo e Dent.11	Adeq.	Inad.	Inad.	Preenc h. Incl
40	F	05	Estud	Acid/Dom Queda	Res.	Av.61	Reimp. Cont./Orto	Inad. próx. erupção do 21	Adeq.	Adeq.	____
41	F	09	Estud	Acid/Esp Col/Alvo Fixo	Esc	Lux.11 e 21	Cont. T.Vital.Pulp.	Adeq.	Adeq.	Adeq.	____
42	F	10	Estud	Ativ/Lúd Queda	Pq.	F.D.C.11 e 21	Dent. c/col. fragm..11 e 21	Adeq.	Inad.	Inad.	Rx fin.
43*	F	10	Estud	Acid/Esp Queda	Esc	F.D.C.11 e 21	Dent.11 e 21	Adeq.	Inad.	Inad.	Rx s/ nitidez
44	M	19	Estud	Acid/Loc Agressão	V.P.	F.D.R.21 Lux. 11	Exod. 21, Cont. Prót.	Adeq.	Inad.	Inad.	Rx fin. Preenc h. Inc
45	M	09	Estud	Acid/Loc (trânsito) atropel.	V.P.	Int.21	Trat. Cirúrg. Repos..do 21, Cont. T.Vital.Pulp..	Adeq.	Adeq.	Adeq.	____
46	M	41	Méd	Doença	SAP	Disf.ATM	Cirurgia Ortognática	Adeq. porém sem cobert.	SAP não avalia custos	Inad.	Doenç a Preexis tente
47	F	16	Estud	Acid/Loc. (trânsito). atropel	V.P.	Av.11 P.Ós.Alv. L.T.M.	Prót Prov. Enx.Ós. Imp.	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx fin.e Preenc h. Inc.
48	F	24	Ativ Adm	Acid/Loc (Trânsito).	V.P.	F.D.C.11+ Comp.Pulp. F.D.C. 12	Endo 11 Dent. 11 e 12 Fluorteapia	Adeq	Inad.	Inad.	Preenc h. Inc.
49	F	40	Prof.	Acid/Dom Mastig.	Res.	F.D.C.15 e14	Prót prov. 15 e 14 Prót. def.unit	Adeq.	Adeq.	Adeq.	____
50	F	46	Prof.	Acid/Loc (trânsito)	V.P.	F.PT sup.+ PPR inf F.43(coroa)	Prót. prov e def 43.	Adeq porém sem cobert	Adeq.	Inad.	<u>Não há lesão física.</u>
51	F	07	Estud	Acid/Loc Queda	Esc	F.D.C.+ Av.21 F.D.C. 11	Reimp.21 Cont. Endo 21 Dent 11 e 21	Adeq.	Inad.	Adeq.	____
52	M	13	Estud	Ativ/Lúd Bic/Queda	Esc	Lux.11 Lux. 21+ Comp.Pulp. F.D.C.11	Cont. Endo 21 Dent 21 Claream.	Adeq exceto para o claream.	Adeq.	Inad.	Aus/ foto.
53	M	25	Estág	Acid/Esp queda	Esc	F.D.C. 15+ Comp.Pulp.	Endo Prót. 15	Adeq.	Adeq	Inad.	Rx fin.
54	F	43	Monit	Acid/Loc Col/ cabeçada.	Esc	F.Prót.	Prót prov e def.	Adeq. porém sem cobert.	Adeq.	Inad.	<u>Não há lesão física</u>

continua

continuação

S	G	I	Ocup.	Etiol/Dano	Local	Tipo de lesão	Trat.exec. e proposto	Adeq. Tratam	Adeq valor	Adeq Doc.	Aus.na doc..
55*	M	13	Estud	Acid/Loc Bic/Queda	V.P.	Av. 12 Lux. 11 Lux. 21 + Comp.Pulp.	Reimp.12 Endo e Dent 21	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
56	F	10	Estud	Acid/Dom Queda	Res	Av.11 e 21	Reimp.11 e 21 Endo Expect.11 Dent.11 RCR inf	Inad. P.Ôs.Alv.	Inad.	Adeq.	_____
57	M	20	Estud	Acid/Loc queda escada	Esc	F.D.R.12 F.D.C.13 e 21	Exod. 12 Prót prov 12 Dent 13 e 21 Orto p/ Post Imp.	Adeq.	Inad.	Inad.	Preench. Inc.
58	M	15	Estud	Acid/Loc (Trânsito) Col/Veíc./ Bic.	V.P.	F. c/ P.Ôs.. Av.12,11, 21, 22, 23, 32 e 42 F.D.C. 41,31	Enx.Ôs. Imp.7 elem Dent 31 e 41.	Inad. Imp. ct. indic. p/ idade	Adeq.	Adeq.	_____
59	M	09	Estud	Acid/Esp queda	Esc	F.D.C.+ Ext. 11 F.D.R. 21	Reimp. 11, Cont. Endo Expect.11 e 21, Dent.11 e 21 T.Vital.Pulp Pl. de Prot.	Adeq porém a Pl. de Prot. não tem cobert.	Inad.	Inad.	Preench. Inc.
60	M	24	-----	Doença	SAP	Artrose Pós-traum. ATM	Trat.Cirúrg.	Adeq.	SAP não avalia custos	Inad.	Aus. Nexo causal
61*	M	07	Estud	Ativ/Lúd Queda/ Piscina	Cl	Av. 21 F.c/P.Ôs. L.T.M.	Reimp. Cont. Endo, Gengivop. Dent.	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
62	M	04	Estud	Ativ/Lúd Queda	Cl	Av.61 e 51 L.T.M.	Sut. Gengivop. Manten. de Esp.	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
63	M	09	Estud	Ativ/Lúd Queda	Esc	Av.12 e 21	Orto	Inad.	Inad. p/ ressarc.	Inad.	Preench. Inc.
64	M	11	Estud	Acid/Esp Queda	Esc	Lux.11 e 21	Cont. T.Vital.Pulp.	Adeq.	Inad.	Adeq.	_____
65	M	17	Estud	Acid/Loc Bic/Queda	V.P.	Av. 21 F.D.C.32	Imp. 21 Prót prov.e def 32 Dent. 32	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx fin.
66	M	14	Estud	Acid/Esp Queda	___	F.Ôs. Lux. + comp. pulp11 e 21	Trat. Cirúrg. Endo 11 e 21 Dent 11 e 21	Adeq.	Inad.	Adeq.	_____
67	F	33	Prof.	Acid/Loc (trânsito)	V.P.	Av.11 e 21	Prót.prov/fixa	Adeq.	Inad.	Inad.	Rx fin.e Panor
68	M	___	-----	Acid/Loc (trânsito)	V.P.	F.D.C. 21 F.D.C.+ Comp.Pulp. 11 e 12	Endo 11 e 12 Prót. prov.11/ 12 Prót fixa unit Dent. 21 e 26	Adeq. porém o 26 não foi lesion. no acid.	Inad.	Adeq.	_____

continua

continuação

S	G	I	Ocup	Etiol/Dano	Local	Tipo de lesão	Trat.exec. e proposto	Adeq. Tratam	Adeq valor	Adeq Doc.	Aus.na doc..
69	M	13	Estud	Ativ/Lúd Queda	Esc	F.D.C.+ Lux.11 F.D.C. 21+ Comp. Pulp.	Endo 11 e 21 Dent.11 e 21	Adeq.	Inad.	Adeq.	_____
70	M	12	Estud	Ativ/Lúd Col/Alvo Fixo	Esc	F.D.C.21+ Comp Pulp.	Endo e Dent.21	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx fin.
71	F	17	Estag	Acid/Loc. (trânsito)	V.P DPV AT	Av.11 e 12 F.Ôs.Alv.	Red. Inc. da F.Ôs.Alv. Imp.	Inad. má cond. bucal	Inad.	Adeq	_____
72	F	10	Estag	Acid/Esp Queda	Esc	F.D.C.21 Lux.11 e 12 L.T.M.	Sut., Dent. 21	Adeq.	Adeq.	Inad.	Preenc h. Incomp.
73	F	40	Prof.	Acid/Dom Mastig.	Res	F.D.C.36+ Comp.Pulp.	Endo Prót Unit.	Adeq.	Adeq.	Adeq	_____
74*	F	08	Estud	Acid/Dom Queda	Res	F.D.C.11 e 21	Dent. 11 e 21	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
75	F	08	Estud	Ativ/Lúd Col/ bola	Esc	F.D.C.31 e 41 c/ comp pulp	Endo Expect.e Dent 31 e 41	Adeq.	Inad.	Adeq.	_____
76	M	31	Téc Man.	Acid/Loc (trânsito)	V.P	FDC15/14/25 Comp.Pulp. FDC24/26/47e 37	Endo15/14/25. Prót Fixa15/14 e 25/Dent 25	Inad. Má cond. bucal	Adeq.	Inad.	Rx In.
77	F	04	Estud	Ativ/Lúd Queda	Esc	Av. 51 F.Rest. no 61	Manten. de Esp. Dent. do 61	Adeq exc o 61	Adeq.	Adeq.	_____
78	M	09	Estud	Ativ/Lúd Queda	Esc	F.D.C.21+ Comp.Pulp. L.T.M.	Endo Expect.21 Dent Sut.	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
79	M	16	Estud	Acid/loc (Trânsito)	V.P	F.Ôs.Alv. Lux.21 L.T.M.	Sut. Red. Cirúrg., Cont.	Adeq.	Adeq.	inad.	Preenc h. Incompl
80	F	03	Estud	Acid/Dom Queda	Res	F.D.C.51+ Comp.Pulp. Lux.61+ Comp.Pulp.	Endo e Dent. 51 e 61	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx fin.
81*	M	11	Estud	Acid/Loc Bic/Queda	V.P	L.T.M.	Sut.	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
82*	M	10	Estud	Acid/Esp Col/ Alvo Fixo	Esc	F.D.C.21 + Comp.Pulp. Lux.11,12, 21,22	Dent. c/ Col.de fragm.21 Endo Expect. Cont.	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
83	F	08	Estud	Acid/Loc Queda	Esc	F.D.C.11 e 12	Dent. 11 e 12	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
84	M	10	Estud	Acid/Loc Queda	V.P	F.D.C.11 e 21, Av. 21 Lux. 22	Reimp. 21, Dent 21 e 11 Cont.	Adeq.	Inad.	Adeq.	_____
85*	M	11	Estud	Ativ./Lúd Queda	V.P	Int.12,11,21 e 22 L.T.M.	Repos.dentária Cont./Sutura Troca do ap. ortod.	Adeq	Inad.	Inad	Preenc h. Incomp.
86	M	13	Estud	Ativ/Lúd Queda	Esc	F.D.C.11 F.D.C.21+ Comp.Pulp Lux.12,11	Cont.Endo e Dent.21 Dent 11	Adeq.	Inad.	Inad.	Rx fin.
87	M	06	Estud	Acid/Dom Queda	Res	Lux. 51 e 61 L.T.M.	Cont. T.Vital. Pulp. Endo e Dent51 e 61	Inad.. próx. erupção 11 e 21	Inad.	Adeq.	_____
88	F	50	Secr.	Acid/Loc. Queda	V.P	F.D.C.11 e 12+ Comp.Pulp. F.Prót.21 e 22 F.de PPR	Endo 11 e 12, Prót. prov. unit Prot unit.21 e 22 Met.Cer.. 1 PPR .	Adeq. porém as prót. não tem cobert.	Adeq.	Inad.	Rx fin.

continua

continuação

S	G	I	Ocup	Etiol/Dano	Local	Tipo de lesão	Trat.exec. e proposto	Adeq. Tratam	Adeq valor	Adeq Doc.	Aus.na doc..
89	F	33	Serv Geral	Acid/Loc Col/Interp.	Esc	F.D.R. 22	Exod 22 Prót prov 3elem. Prót.def.Met.Cer 3 elem.	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx in.
90	F	40	At.Ad m	Acid/Loc Queda (escada)	Esc	F.D.C.26 Proc. Crôn.Endod	Rem.da coroa Retrat. Endod. Apic..c/ obtur. Retróg.	Adeq. porém não foi comp.. nexo causal	Adeq.	Inad.	Rx in. e Fin
91	F	03	Estud	Acid/Loc. Col/Alvo Fixo	V.P	Av.51	Mant.de Espaço	Adeq.	Inad.	Inad.	Rx in.e fin.
92	F	11	Estud	Acid/Loc Queda	V.P	F.D.C 11 e 21+.Lux.	Dent e Cont.	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
93*	M	08	Estud	Ativ/Lúd Col/Alvo Fixo	Esc	Av.21+ F.D.C.	Reimp. 21 Dent e Cont.	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
94	F	07	Estud	Ativ/Lúd Queda	Esc	F.Ôs.Alv. Int.11 e 12	Red.Inc da F.Ôs.Alv. Repos.e Cont.	Adeq.	Inad.	Inad.	Rx in.e fin.
95*	M	___	___	Acid/Loc Queda	Esc	Ext. 51 e 61 Int. 52 e 62 L.T.M.	Repos, Cont. Sutura	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx in. Preenc h. Incomp.
96	M	16	Estud	Acid/Loc (trânsito)	V.P	L.T.M. Av. 41 e 21 F.D.R. 33 F.Ôs.Alv F.D.C.31 e32	Sutura, Cont. Exod 33 Enx. Ôs. Imp.	Adeq. c/ Densit. Ôs.	Adsq.	Adeq.	_____
97*	F	11	Estud	Acid/Loc Bic/Queda	V.P	Av.21, Lux.11, Comp Pulp.12, 11, 21 e 22 F.D.C.11 e 21	Reimp. 21 Cont. Dent	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
98	M	09	Estud	Acid/Loc Col/ Alvo Fixo	Esc	L.T.M.	Sut.	Adeq	Adeq	Adeq.	_____
99	M	04	Estud	Ativ./Lúd Queda/ brinquedo	Esc	Av. 61	Trat. Ortop Facial Post. Orto	Inad.	Inad.	Adeq.	_____
100	M	11	Estud	Ativ/Lúd Queda/ brinquedo	Pq.	F.D.C.21 + Comp.Pulp.	Endo Dent 21	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
101	M	05	Estud	Ativ./Lúd Queda/ brinquedo	Pq.	F.D.C.53 Lux.11 e 21, L.T.M.	Cont. Sutura Dent 53	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
102	M	09	Estud	Acid/Dom Queda	Res	F.D.C.11,12, 31,32,41 e 42 Comp Pulp.31	Dent e Endo 31	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx in. e fin. Preenc h. Incomp.
103	M	___	Estud	Ativ/Lúd Queda	Esc	Lux. 51 e 61 L.T.M.	Exame Clínico	Adeq	Adeq.	Inad.	Preenc h. Incomp.
104	M	37	Prof.	Acid/Esp Imp.	Esc	F.D.C.25 e 26	Prót Unit 25 e 26	Adeq	Adeq.	Adeq.	_____

continua

continuação

S	G	I	Ocup	Etiol/Dano	Local	Tipo de lesão	Trat.exec. e proposto	Adeq. Tratam	Adeq valor	Adeq Doc.	Aus.na doc..
105*	M	04	Estud	Acid/Loc Queda	V.P	Av.51 Lux. 52 L.T.M.	Reimp. 51, Cont.	Adeq.	Adeq.	Inad.	Preenc h. Inc. Rx fin.
106	M	33	—	Acid/Loc Queda	SAP	Artrose de ATM pós-traumática	Trat. Cirúrg.	Adeq. porém foi definido como doença preexist	SAP não avalia custos	Inad.	Doença Preexist
107	M	14	Estud	Acid/Loc Bicicleta	V.P	Av. 21, Ext.11, F.D.C. 22, 21 e 11 L.T.M.	Reimp.21 e reposic. 11, Cont. e Dent. Sut.	Adeq.	Adeq.	Adeq.	—
108	M	50	Monit	Acid/Loc. Col./ bola	Esc	F.PPR F.D.R.13 (suporte de coroa)	Prót.	Adeq. porém PPR s/ cobert.	Inad.	Adeq.	—
109	M	13	Estud	Acid/Loc (trânsito)	V.P	Av.12, 11 e 21 F.D.C.11 e 21	Cont.e Endo e Dent 11 Dent 21	Adeq.	Adeq.	Adeq.	—
110	M	—	Estud	Acid/Loc Col/ Veíc./Bic. (Trânsito)	V.P	Av.22 e 12 F.D.R.11 e 21 F.D.C. 42 e 41 F.Ôs.Alv.	Exod. Raiz 11 e 21, Red.Incr.Alv. Prót. Fixa Dent	Adeq.	Adeq.	Adeq.	—
111	M	06	Estud	Acid/Loc Queda	Esc	F.D.C.11 e 21	Dent. flúor/ orto	Inad..	Inad.	Inad.	Preenc h. Inc.
112	M	10	Estud	Ativ./Lúd. Queda/ piscina	Cl.	F.D.C 11+. Lux.	Dent.	Adeq.	Inad.	Adeq.	—
113	M	10	Estud	Ativ./Lúd. Queda	Esc	F.D.C.11 F.D.C.+ Lux. 21	T.Vital.Pulp. Dent.	Adeq.	Adeq.	Adeq.	—
114	M	09	Estud	Ativ./Lúd. Queda	Esc	Lux. leve11 e 21	Cont. Rem. tártaro e flúor	Inad.	Adeq.	Inad.	Preenc h. Inc.
115	M	10	Estud	Acid/Esp. Queda	Esc	F.D.C.11, 21 e 22	Dent.c/ col. fragm.	Adeq.	Inad.	Inad.	Rx fin.
116*	M	14	Estud	Acid/Loc Bic/Queda	V.P	Av.11 e 21	Reimp. Cont.e Endo	Adeq.	Adeq.	Adeq.	—
117	M	11	Estud	Acid/Loc Queda	Esc	F.D.C.11 e 21+ Comp.Pulp.	Endo e Dent 11 e 21.	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx fin.
118	F	31	Prof.	Acid/Dom. Col/Interp.	Res	F.D.C.11+ Comp.Pulp.	Prót. prov. e def unit, Endo .	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx fin.
119	F	—	Prof.	Acid/Loc (trânsito)	V.P	F.D.C.45 Trat.Endod..	Prót.def. Met.Cer.	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx in.
120	F	08	Estud	Acid/Dom Col./Alvo Fixo	Res	Av. 21 L.T.M.	Reimp. Cont. Endo e Dent, Claream.	Adeq. exc. claream .- falta comp.	Inad.	Inad.	Preenc h. Inc.
121*	F	07	Estud	Acid/Loc Queda	Esc	F.D.C.21+ Comp.Pulp.	Endo e Dent. 21	Adeq.	Adeq	Adeq.	—
122*	M	10	Estud	Acid/Esp. Queda	Esc	Lux.,11, 21,22 F.D.C.+ Lux.12	Cont. Dent. 12	Adeq.	Adeq.	Adeq.	—
123	F	18	Estud	Acid/Loc Queda	V.P	F.Ôs.nasal F.D.C. 36	Trat.Cirúrg. Dent. 36	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx in.

continua

conclusão

S	G	I	Ocup	Etiol/Dano	Local	Tipo de lesão	Trat.exec. e proposto	Adeq. Tratam	Adeq valor	Adeq Doc.	Aus.na doc..
124	M	16	Estag	Acid/Loc (Trânsito) Atropel.	V.P	FD.C. 21+ Comp.Pulp.	Endo 21; Remin. 11, Claream. 21 Cont.	Inad.ex c p/ endo	Inad.	Inad.	Rx in. foto Preenc h. Inc.
125	M	17	Estag	Acid/Esp. Queda	Esc	F.D.C.11+ Comp Pulp.	Endo e Dent.	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx in.e fin. Preenc h. Inc..
126	M	08	Estud	Ativ/Lúd Queda	Esc	F.D.C.21 e 11	Dent.c/ col. fragm. 21 e 11	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx in.e fin.
127	M	09	Estag	Acid/Esp. Queda	Esc	F.D.C.11 e 21	Dent 21 e 11	Adeq.	Inad.	Inad.	Rx in.
128	F	49	Méd.	Acid/Loc (Trânsito)	V.PS AP	F.D.C. (elem n/ident.) Red.Cônd P.de esp.interd. Briquismo F.D.R.(2 elem.inf.).	Exod.2 dentes inf. Prót.	Adeq.	SAP não avalia custos	Inad. 10 dias de Afast.	Preenc h. Inc.
129	M	11	Estud	Ativ/Lúd Queda	Pq.	Av.11 e 21	Reimp. Cont. Endo e Dent.	Adeq.	Inad.	Inad.	Rx in.
130	M	12	Estag	Acid/Loc Bic/Queda	V.P	F.D.C.11,12, 21+ Lux.21 L.T.M.	Dent.c/ col. fragm. 11 Dent. 12 e 21	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx in.
131*	M	12	Estag	Acid/Loc Bic/Queda	V.P	F.D.C. 21	Dent. 21	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
132	M	12	Estud	Acid/Loc. Queda	V.P	F.D.C. 21+ Ext. F.D.C. 22+ Int.	Dent e Ortod	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____

* Sinistros que retornaram como avisos de continuidade (constantes da Tabela 2)

Observação: os destaques em negrito indicam alterações de elementos protéticos ou restauradores

Apêndice B - Sinistros de avisos de continuidade (19 casos)

S	G	I	Ocup	Etiol/Dano	Local	Tipo de lesão	Trat.exec. e proposto	Adeq. Tratam	Adeq. valor	Adeq. Doc.	Aus.na doc..
15*	M	37	Prof.	Acid. Dom. Imp.de obj.	Res.	F.D.C.11 Requis/Cont.de Acid de 2 anos ant.	Prót.11	Adeq.	Adeq.	Inad.	Aus.dDe Nexo causal e Rx in.
22*	M	04	Estud	Acid. Dom. Queda	Res.	Comp. Pulp. 53	Endo Dent.	Adeq.	Adeq.	Adeq.	-----
29*	M	16	Estud	Acid. Esp. Col./alvo fixo	Esc.	F.D.R. 21	Orto local. p/ tracionar raiz	Adeq.	Adeq.	Adeq.	-----
29**	M	17	Estud	Acid. Esp. Col./alvo fixo	Esc.	Reabsorção Alv. 21	Orto geral	Inad.	Inad.	Inad.	Aus Doc. Ortod./ Aus Nexo Causal
43*	F	10	Estud	Acid. Esp. Queda	Esc.	F.D.C.11	Reconst.c/ Art-glassPrót.	Adeq.	Adeq.	Adeq.	-----
55*	M	13	Estud	Acid.Loc. trânsito bicicleta	V.P.	Comp Pulp.12	Apicectomia, Endo c/obtur. retrógrada 12	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx fin.
61*	M	07	Estud	Ativ. Lúd. Queda/piscina	Cl.	Reab.elem. Reimp.	Exod. Enx. Ósseo Prót Ades..	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
74*	F	08	Estud	Acid. Dom. Queda	Res	Comp.Pulp.21	Endo Expect. 21 Dent.	Adeq.	Inad.	Adeq.	_____
81*	M	12	Estud	Acid.Loc. Trânsito bicicleta	V.P.	Pseudo Artrose de Côndilo	Trat.Orto-fisioter.	Adeq.	Adeq.	inad.	Aus doc. Ortod Aus. Nexo Causal
82*	M	10	Estud	Acid. Esp. Col.	Esc.	F.D.C.21 Comp. Pulp.21	Endo expect.	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
85*	M	11	Estud	Ativ. Lúd. Queda	V.P.	Comp. Pulp.11	Endo e Dent.	Adeq.	Inad.	Inad.	Preench. Incomp.
93*	M	08	Estud	Ativ. Lúd. Col./alvo fixo	Esc.	Comp. Pulp.21	Endo Expect. 21 Dent	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx fin.
95*	M	04	Estud	Acid.Loc. Queda	Esc.	Lux.n/ regen. 51 e 61	Exod. 51 e 61 Manten.de Esp.	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
97*	F	11	Estud	Acid. Loc. Trânsito bicicleta	V.P.	Comp.Pulp. 11 e 21	Endo	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
105*	M	04	Estud	Acid. Loc. Queda	V.P.	Reab.c/ perda 51	Pót. Fixa	Adeq.	Adeq.	Adeq.	_____
116*	M	15	Estud	Acid. Loc., Trânsito bicicleta	V.P.	Reab. Óssea Pós reimp.	Exod 11 e 21 Prót. prov. Futuram.Implantas	Adeq.	Inad.	Adeq.	_____
121*	F	12	Estud	Acid.Loc. Queda	Esc.	_____	Prót.Unit.	Inad. Aus. nexo causal	Adeq.	Inad.	Rx in. e Docum. Incomp.
122*	M	15	Estud	Acid. Esp. Queda	Esc.	Protrusão.ant. e Ausência.de Vedamento Labial	Exod.,Dent Ortod.	Inad. Aus. nexo causal	Adeq.	Inad.	Preench. Incomp. Aus doc ortod Aus Nexo Causal
131*	M	12	Estud	Acid.Loc. Trânsito bicicleta	V.P.	Comp. Pulp 21	Endo Dent	Adeq.	Adeq.	Inad.	Rx In.

*Processos dos mesmos segurados da Tabela 1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ANEXO A - Parecer de Aprovação do CEP

PARECER DE APROVAÇÃO
Protocolo 08/04

O Grupo de Trabalho indicado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, **APROVOU** o protocolo de pesquisa *"Perícias de ressarcimento de danos em Companhias Seguradoras: análise da adequação da documentação, tratamentos propostos e custos de tratamento"*, de responsabilidade da Pesquisadora Suelly Rizzo Cavalcanti Cosentino, sob orientação da Profa. Dra. Rilda Ferreira Cardoso.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 18 de fevereiro de 2004

Prof.^a Dr.^a ROSA HELENA MIRANDA GRANDE
Coordenadora do CEP-FOUSP