CAROLINA BURNI VERÇOSA

Avaliação de sequelas odontológicas em perícias cíveis

São Paulo

2013

CAROLINA BURNI VERÇOSA

Avaliação de sequelas odontológicas em perícias cíveis

Versão Corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Doutor, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Legal

Orientador: Prof. Dr. Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani

Co-orientador: Prof. Dr. Duarte Nuno Pessoa Vieira

São Paulo

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Verçosa, Carolina Burni.
Avaliação de sequelas odontológicas em perícias cíveis / Carolina Burni Verçosa; orientador Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani; co-orientador Duarte Nuno Pessoa Vieira. -- São Paulo, 2013.
119 p.: il. : tab., fig.; 30 cm.

Tese (Doutorado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Legal. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
Versão corrigida.

1. Odontologia Legal. 2. Perícia odontológica. 3. Legislação odontológica 4. Dano - Responsabilidade civil. I. Melani, Rodolfo Francisco Haltenhoff. II. Vieira, Duarte Nuno Pessoa. III. Título.

Verçosa CB. Avaliação de sequelas odontológicas em perícias cíveis. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /2013

Banca Examinadora

Prof(a).Dr(a)._____

Instituição:_____Julgamento:_____

Prof(a).Dr(a)._____

Instituição:_____Julgamento:_____

Prof(a).Dr(a)._____

Instituição:_____Julgamento:_____

Prof(a).Dr(a)._____

Instituição:_____Julgamento:_____

Prof(a).Dr(a)._____

Instituição:_____Julgamento:_____

Aos meus pais, Carlos e Noemia.

Aos meus irmãos, Daniel e Jamile.

AGRADECIMENTOS

A Deus por providenciar tudo de forma tão perfeita.

Aos meus pais, Carlos e Noemia, pela dedicação e amor incondicional.

Aos meus irmãos, Daniel e Jamile, pelo carinho e companheirismo.

Ao Henrique pelo apoio e incentivo.

À Dri pelo conforto e amizade.

À Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo pela oportunidade.

Ao Professor Doutor Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani pela paciência e orientação segura e objetiva em todas as fases do meu doutorado.

Ao Professor Doutor Duarte Nuno Vieira, presidente do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses de Portugal, por possibilitar a realização deste estudo e pela orientação precisa.

À Professora Doutora Ana Corte-Real pelo carinho que me recebeu em Portugal e dedicação a este estudo.

Aos diretores das Delegações de Coimbra, Porto e Lisboa, do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses de Portugal, Doutores Francisco Corte-Real, Teresa Magalhães e Jorge Costa Santos, e de suas respectivas clínicas, Doutores Graça Santos Costa, Maria Fernanda Rodrigues e Fernando Manuel Vieira por viabilizarem esta pesquisa.

Aos professores do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Em especial, ao Professor Doutor

Dalton Luiz de Paula Ramos, pelo incentivo aos estudos em Portugal e à sua orientada Nelita Puplaksis, pelo auxílio durante todo esse processo.

Aos colegas do curso de Pós-Graduação em Odontologia Legal da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Cristiane Escudeiro, Patrícia Zeilmann, Liz Brito, Thiago Beaini, Paulo Miamoto, Natalie Haddad, Mário Fernandes, Thaís Lopez e Lara Herrera pelo convívio e aprendizado.

Às Doutoras Rosário Silva, Rita Sanches, Ascenção Rebelo e Senhora Cristina Mendes, da clínica de Medicina Legal de Coimbra, pela disponibilidade e paciência.

Aos internos de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Gonçalo Castanheira, Carina Oliveira, André Henriques, César Santos e João Nóbrega pela receptividade e auxílio.

À querida Doutora Helena Teixeira, por viabilizar minhas viagens ao Porto e torná-las extremamente agradáveis.

Às secretárias do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Andréia, Laura e Sônia pela gentileza e disponibilidade.

Às bibliotecárias da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo Glauci, Maria Cláudia e Vânia pela competência e presteza.

À professora Fernanda Capurucho Horta Bouchardet pelo incentivo ao meu ingresso no doutorado.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo fomento à esta pesquisa.

"Deus nos concede, a cada dia, uma página de vida nova no livro do tempo. Aquilo que colocarmos nela, corre por nossa conta. Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito."

Chico Xavier

RESUMO

Verçosa CB. Avaliação de sequelas odontológicas em perícias cíveis [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2013. Versão Corrigida.

A avaliação do dano corporal no âmbito do direito civil constitui uma área de intervenção pericial cada vez mais relevante no âmbito da clínica forense. A realidade das perícias realizadas no Brasil tem sido bem diferente das utilizadas nos países europeus, que, mesmo com algumas diferenças, acabam por ter o mesmo princípio fundamental, baseando-se em tabelas de incapacidades e parâmetros de avaliação do dano civil. A ausência de definição destes parâmetros, no Brasil, possibilita divergências à medida que dá liberdade ao perito para que este expresse no laudo sua própria forma de realizar a perícia. O objetivo deste trabalho foi verificar parâmetros de avaliação de danos corporais da metodologia portuguesa de avaliação de danos em perícias odontológicas. O estudo consistiu em uma análise dos relatórios periciais (n=64) produzidos entre os anos de 2002 e 2011, do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (IP) nas suas Delegações Centro (Coimbra), Norte (Porto) e do Sul (Lisboa), em que foi atribuída a valorização de danos odontológicos. A maioria dos indivíduos eram mulheres (60,9%) e a média de idade foi de 32,83 anos. Acidentes de trânsito foram a principal causa das sequelas odontológicas (54,7%) e as agressões, significativamente associadas ao sexo masculino, caracterizando a perda dentária a lesão mais frequente (56,3%). O tempo de consolidação das lesões foi superior a 180 dias (43,8%), mas o tempo de afastamento das atividades gerais e de trabalho foi de até 30 dias. O *Quantum Doloris* atribuído foi de 3 a 4 pontos (65,7%) numa escala crescente de 7 graus, embora em nenhum caso tenha sido atribuída a valorização máxima (pontos 6 ou 7). Em 25% dos casos, o dano estético não foi considerado e, em 51,6% dos casos, foi pontuado entre os graus 1 e 2. A média da porcentagem atribuída ao Déficit funcional permanente foi de 6,63%. O dano futuro foi considerado em 25% dos casos e esteve, significativamente, associado à faixa de idade até 15 anos. Concluiu-se que o dano orofacial envolve menos parâmetros de avaliação de danos que os danos corporais globais, o que representa um menor período de deficiência,

com menos consequências permanentes, com um impacto socioeconômico menor em termos de dias de trabalho e diminuição da produtividade perdida. A semelhança nas decisões em todos os parâmetros avaliados, observadas estatisticamente, indica que a definição de critérios propicia uma abordagem pericial mais uniforme, evitando, assim, distorções frequentes.

Palavras-chave: Odontologia Legal. Perícia odontológica. Legislação odontológica. Dano - Responsabilidade civil.

ABSTRACT

Verçosa CB. Assessment of dentistry sequelae in civil expertise [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2013. Versão corrigida.

The assessment of the body damage in the scope of civil law constitutes an area of expert intervention each time more relevant in the scope of the forensic clinic. The reality of the expertise performed in Brazil has been different from the one in the European countries, which even with some differences have the same fundamental principle, being based in tables of incapacities and parameters of the civil damage evaluation. The lack of definition of these parameters in Brazil allows divergences while it gives freedom to the expert to express his or her own way to perform the expertise in the report. The aim of this study was to verify assessment parameters of body damages of the Portuguese methodology of the damage evaluation in dentistry expertise. The study consisted in an analysis of the expert reports (n = 64) produced between 2002 and 2011, from the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences (IP) in its Branches (Coimbra), North (Porto) and South (Lisbon), in which the valorization of dentistry damages was assigned. The majority of individuals were women (60.9%) and the age average was 32.83 years old. Traffic accidents were the main cause of these sequelae (54.7%) and the aggressions were significantly associated to the male sex, being the dental loss the more frequent lesion (56.3%). The consolidation time of the lesions was superior to 180 days (43.8%), but the time away from general activities and work was until 30 days. The attributed *Quantum Doloris* was from 3 to 4 points (65.7%) in a growing scale of 7 grades, although in no case the maximum valorization has been assigned (points 6 or 7). In 25% of the cases, the aesthetic damage was not considered and in 51.6% of the cases, it was punctuated between the grades 1 and 2. The average of percentage of permanent functional deficit was 6.63%. The future damage was attributed in 25% of the cases and it was significantly associated to the age period until 15 years old. It has been concluded that the orofacial damage involves less parameters of damage assessment than the global body damages, that represents a shorter period of deficiency, with less permanent consequences, with a smaller socioeconomic impact

related to work days and decreasing of productivity that has been lost. The similarity of the decisions in all statistically observed and evaluated parameters shows that the criteria definition provides an expert approach more uniform, thus avoiding frequent distortions.

Keywords: Forensic Dentistry.Dentristry expertise. Dental legislation. Damage liability

LISTA DE FIGURAS

Figura 5.1 - Tipos de lesões orofaciais e reabilitações 81

Figura 5.2 - Descrição dos parâmetros relacionados a Danos Temporários 85

Figura 5.3 - Descrição dos parâmetros relacionados a Danos Permanentes 88

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 - Seção de Estomatologia da Tabela de Incapacidades da União Europeia. 66

Tabela 2.2 - Seção de Estomatologia da Tabela de Incapacidades da França 67

Tabela 2.3 - Seção de Estomatologia da Tabela de Incapacidades da Espanha 69

Tabela 2.4 - Seção de Estomatologia da Tabela de Incapacidades da Itália 70

Tabela 2.5 - Seção de Estomatologia da Tabela de Incapacidades de Portugal 72

Tabela 2.6 - Seção de Estomatologia da Tabela de Invalidez Permanente do Brasil 73

Tabela 5.1 - Número de relatórios de Dano Corporal em Direito Civil realizados no INMLCF entre os anos de 2002 e 2011..... 77

Tabela 5.2 - Descrição da amostra investigada. 78

Tabela 5.3 - Causa das lesões orofaciais..... 78

Tabela 5.4 - Gênero X Causas das lesões orofaciais..... 79

Tabela 5.5 - Idade X Causas das lesões orofaciais..... 79

Tabela 5.6 - Tipos de lesões orofaciais e reabilitações..... 80

Tabela 5.7 - Gênero X Lesões orofaciais e reabilitações. 81

Tabela 5.8 - Idade X Lesões orofaciais e reabilitações. 82

Tabela 5.9 - Gênero X Estado anterior..... 83

Tabela 5.10 -Idade X Estado anterior... 83

Tabela 5.11 -Tempo de consolidação. 83

Tabela 5.12 -Gênero X Tempo de consolidação. 84

Tabela 5.13 -Idade X Tempo de consolidação. 84

Tabela 5.14 -Parâmetros de avaliação de Danos Temporários (médias).....84

Tabela 5.15 -Descrição dos parâmetros relacionados aos Danos Temporários. 85

Tabela 5.16 -Comparação dos parâmetros de avaliação dos Danos Temporários entre os gêneros. 86

Tabela 5.17 -Comparação dos parâmetros de avaliação dos Danos Temporários entre as faixas de idade. 87

Tabela 5.18 -Parâmetros de avaliação de Danos Permanentes (médias) 87

Tabela 5.19 -Descrição dos parâmetros relacionados aos Danos Permanentes. 88

Tabela 5.20 -Comparação dos parâmetros de avaliação dos Danos Permanentes entre os gêneros. 89

Tabela 5.21 -Comparação dos parâmetros de avaliação dos Danos Permanentes entre as faixas de idade. 90

Tabela 5.22 -Comparação dos valores de DFP entre os gêneros. 90

Tabela 5.23 -Comparação dos valores de DFP entre as faixas de idade 91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM	Articulação temporomandibular
DCM	Desordem crânio-mandibular
DEP	Dano estético permanente
DF	Dano futuro
DFP	Déficit funcional permanente
DFTP	Déficit funcional temporário parcial
DFTT	Déficit funcional temporário total
DP	Desvio padrão
DTM	Disfunção temporomandibular
INMLCF	Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses
IODD	Índice dos impactos odontológicos no desempenho diário
OHIP	Oral Health Impact Profile
PPR	Prótese parcial removível
QD	*Quantum Doloris*
RADL	Repercussão nas atividades desportivas e de lazer
RAS	Repercussão na atividade sexual
RPAP	Repercussão permanente na atividade profissional
RTAPP	Repercussão temporária na atividade profissional parcial
RTAPT	Repercussão temporária na atividade profissional total
SNC	Sistema nervoso central
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18
2 REVISÃO DA LITERATURA 21
2.1 AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL 21
2.2 FISIOLOGIA DO APARELHO ESTOMATOGNÁTICO 22
2.2.1 Função Mastigatória 22
2.2.2 Função Estética 24
2.2.3 Função Fonética 26
2.3 DANOS AO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO 27
2.3.1 Língua e Função Gustativa 27
2.3.2 Articulação Temporomandibular e Oclusão Dentária 29
2.3.3 Traumatismo Dentário 37
2.3.3.1 Dentes substituídos proteticamente 40
2.3.4 Limitação da Abertura Bucal 43
2.4 METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL 45
2.4.1 O Panorama Brasileiro 45
2.4.1.1 Epidemiologia do trauma orofacial no Brasil 47
2.4.2 O Panorama Português 54
2.4.2.1 Danos temporários 55
2.4.2.1.1 Déficit funcional temporário 55
2.4.2.1.2 Repercussão temporária na atividade profissional 56
2.4.2.1.3 Quantum Doloris 57
2.4.2.2 Danos permanentes 58
2.4.2.2.1 Déficit funcional permanente 58
2.4.2.2.2 Repercussão permanente na atividade profissional 60
2.4.2.2.3 Dano estético permanente 60
2.4.2.2.4 Repercussão na atividade sexual 61
2.4.2.2.5 Repercussão nas atividades desportivas e de lazer 62
2.4.2.2.6 Dependências 63
2.5 TABELAS OU BAREMAS DO DIREITO CIVIL 63

2.5.1 Tabela Europeia 65
2.5.2 Tabela Francesa 66
2.5.3 Tabela Espanhola 68
2.5.4 Tabela Italiana 70
2.5.5 Tabela Portuguesa 70
2.5.6 Tabela Brasileira 72
3 PROPOSIÇÃO 74
4 MATERIAL E MÉTODOS 75
4.1 MATERIAL 75
4.2 MÉTODOS 75
5 RESULTADOS 77
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS 77
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO TRAUMÁTICO 78
5.3 LESÕES OROFACIAIS 80
5.4 PARÂMETROS DE DANO CORPORAL 82
5.4.1 Parâmetros de Danos Temporários 84
5.4.2 Parâmetros de Danos Permanentes 87
6 DISCUSSÃO 92
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS 92
6.2 CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO TRAUMÁTICO 93
6.3 LESÕES OROFACIAIS 93
6.4 PARÂMETROS DE DANOS CORPORAIS 94
6.4.1 Parâmetros de Danos Temporários 95
6.4.2 Parâmetros de Danos Permanentes 97
7 CONCLUSÕES 101
REFERÊNCIAS 102
APÊNDICE 117
ANEXO 119

1 INTRODUÇÃO

A definição atual de saúde envolve tanto aspectos clínicos quanto subjetivos, mas a preocupação com a saúde bucal é relativamente recente e sofreu grandes modificações. Pesquisadores deixaram de medir apenas os sinais clínicos das doenças bucais e começaram a trabalhar também com medidas subjetivas, ao observarem que diferentes níveis de saúde bucal proporcionavam diferentes impactos no cotidiano das pessoas. Estas medidas procuram refletir a percepção do indivíduo sobre sua condição bucal e podem incluir desde uma avaliação da quantidade de dentes presentes até uma autoavaliação da sua aparência (1).

Até recentemente, poucos estudos investigaram a relação entre as condições bucais e seu impacto na vida das pessoas; mas, na última década, houve aumento do interesse em quantificar as consequências das doenças e traumas (2). Observa-se que a perda de dentes causa transtornos psicossociais, como dificuldade de relacionamento, insegurança e outros de ordem sistêmica, como disfunções gastrointestinais e má nutrição (3, 4). Trabalhos realizados atestam que a estética, a fonação e, principalmente, a capacidade mastigatória sofrem significativa redução na ausência de dentes (5). Os resultados de pesquisas desenvolvidas nessa perspectiva demonstram que as repercussões de uma saúde bucal comprometida não se limitam aos tradicionais aspectos clínicos e podem afetar os indivíduos em várias atividades do seu dia a dia (6).

Entende-se o corpo como um sistema biológico que é afetado pela religião, ocupação, grupo familiar, classe e outros intervenientes sociais e culturais. É a cultura que dita normas para o corpo. A boca tem funções biológicas e sociais, conota proximidade e intimidade nas relações sociais cotidianas e é instrumento de comunicação com o mundo e com a sociedade (7).

Lesões traumáticas orofaciais são problemas comuns e vários estudos relatam o aumento da prevalência destas lesões durante as últimas décadas (8-11). A combinação do decréscimo significativo da prevalência das cáries dentárias com o aumento da violência e atividades esportivas têm contribuído para o estabelecimento das fraturas e perdas dentárias traumáticas, configurando-se como um problema

relacionado à saúde pública, com consequências econômicas significativas (12). Acidentes de trânsito são apontados como a causa mais frequente (13).

Lesões orofaciais podem ser consideradas pouco importantes no contexto de outras lesões sensitivas ou motoras, por causa da severidade de muitos acidentes. Mas, nem por isso, deve-se descuidar do rigor de sua avaliação e valoração (14). O trauma na região da face pode afetar tanto a pele, gordura, músculos, nervos, como fraturar ossos e dentes, por isso, essas lesões podem afetar consideravelmente a vida da vítima (15-17).

A cavidade bucal, portanto, tem grande influência na qualidade de vida dos indivíduos, alterando os padrões biológico, psicológico e social e refletindo, diretamente, na perda da autoestima, capacidade de autoexpressão e comunicação, além de prejudicar a estética facial. Os problemas na vida diária, relacionados às lesões orofaciais, são de natureza funcional (comer, mastigar, falar) e social (mudanças no comportamento, insatisfação com a aparência, prejuízo na aceitação social) e profissional (dificuldade de acesso ao mercado de trabalho) (2, 18).

Em todos os âmbitos jurídicos, podem ser pleiteadas valorações sobre danos odontológicos. No âmbito civil, encontram-se os casos mais frequentes, pois englobam todos os acidentes assegurados (esportes, trânsito, acidentes escolares) e todos os casos derivados da má prática profissional (19).

A avaliação dos danos corporais, em Direito Civil, constitui uma área de intervenção pericial cada vez mais relevante no ambiente da clínica forense. É realizada para se conhecer as consequências que um traumatismo tem sobre a integridade psicofísica e a saúde de uma pessoa, procurando restabelecer o equilíbrio destruído pelo dano e recolocando a vítima na situação em que esta se encontraria se o fato produtor das lesões não tivesse ocorrido (20-22).

Em Portugal, os acidentes em que não houve acordo entre as vítimas e as seguradoras, correspondentes a cerca de 3% do total, são registrados no Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses. As vítimas passam por uma avaliação forense, em que é realizado um relatório após a cura ou consolidação das lesões.

A desvalorização do sistema estomatognático e, principalmente, do órgão dental no âmbito securitário é um fator cultural brasileiro. Na Europa, o dente é valorado como órgão anatômico e funcional. A realidade das perícias realizadas no Brasil tem sido bem diferente das utilizadas nos países europeus, que, mesmo com algumas diferenças, acabam por ter o mesmo princípio fundamental, baseando-se em tabelas de incapacidades e parâmetros de avaliação do dano civil, previamente estabelecidos. A falta destes parâmetros no Brasil traz, por um lado, a total liberdade ao perito para que este expresse, no laudo, sua forma de realizar a perícia. Por outro, faz com que o mesmo tipo de sequela seja avaliado de diferentes formas, trazendo diferentes tipos de interpretação, o que acaba por ocasionar uma falta de uniformidade nos critérios que fundamentam o laudo. O que se tem na atualidade são perícias incompletas, abrangendo, frequentemente, apenas a avaliação de parte dos parâmetros de dano reparáveis em Direito Civil. Uma das causas para esse fato é o desconhecimento das diferentes doutrinas, filosofias e metodologias periciais que caracterizam esta avaliação (23, 24).

Considerando o exposto acima, este estudo justificou-se pela importância que a definição de critérios de avaliação exerce sobre uma abordagem pericial mais uniforme.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL

O dano à integridade corporal foi sempre tido como de grande relevância, tendo seu causador uma punição à altura do prejuízo social e individual criado. O objetivo de sua reparação evoluiu de um desejo de vingança para a responsabilização do agressor, tendo este que recompensar economicamente a vítima (23).

Consiste num prejuízo, primariamente, biológico, caracterizando-se por prejuízos das capacidades, situações de vida e subjetividade da vítima, podendo, inclusive, manifestar-se, unicamente, no nível psíquico com repercussões funcionais e situacionais (18).

Desenvolvida, essencialmente, a partir de meados do século passado, sobretudo no rescaldo da segunda guerra mundial com o incremento da circulação rodoviária e dos acidentes dela decorrentes, a avaliação do dano corporal culmina na quantificação das sequelas provenientes de prejuízos à integridade física e/ou psíquica da pessoa, avaliável por um perito de forma objetiva e reproduzível (24).

O objetivo da reparação é fazer com que a vítima retome sua situação de vida anterior ao evento traumático, mesmo que de forma adaptada às particularidades do seu novo estado físico e/ou psíquico. Desta forma, o dano indenizável deverá concentrar-se mais nas múltiplas consequências da vida cotidiana, familiar e profissional e menos nas sequelas anátomo-fisiológicas (23).

A reparação do dano integra-se em contextos financeiros e socioculturais complexos: o dano é a diferença da vida quotidiana antes e depois do acidente. Julgar a dor e valorizar as sequelas de maneira imparcial e correta são atos mais complexos para o perito ficar de bem com a sua consciência. A normalidade não tem correspondência, unicamente, na ausência de patologia definida. Implica um sentimento de bem-estar e a faculdade de exercer plenamente as capacidades intelectuais, físicas e emocionais do indivíduo (25).

O método de avaliação apresenta-se sob a forma de relatório, no qual se descrevem os resultados dos exames efetuados, assim como suas respectivas interpretações e conclusões, devidamente fundamentadas, de maneira a satisfazer os objetivos a que se destina, variando conforme a área do Direito correspondente. Idealmente, preconiza-se que o relatório apresente uma descrição clara, objetiva, pormenorizada e sistematizada das observações feitas; definição de conceitos e parâmetros e instrumentos utilizados (22).

Ciente de que este assunto possui múltiplas concepções técnicas, que ultrapassam limites geográficos de diferentes países, entende-se que, para a avaliação do dano corporal, é imprescindível a existência de critérios fundamentais, como um diagnóstico preciso com a avaliação da incapacidade funcional completa (26).

2.2 FISIOLOGIA DO APARELHO ESTOMATOGNÁTICO

2.2.1 Função Mastigatória

O sistema estomatognático é composto por dois grupos distintos de estruturas orais: as estruturas estáticas ou passivas e as estruturas dinâmicas ou ativas. O primeiro grupo é representado pelos arcos osteodentários, maxila, mandíbula – relacionados entre si pela articulação temporomandibular (ATM) –, outros ossos cranianos e o osso hioide; e o segundo grupo pela unidade neuromuscular, que mobiliza as partes estáticas do primeiro grupo. Estas estruturas, quando equilibradas e controladas pelo sistema nervoso central, são responsáveis pelo funcionamento harmônico da face e pelas funções estomatognáticas de respiração, mastigação, sucção, deglutição e fala (27).

A mastigação é um ato fisiológico e complexo, que envolve atividades neuromusculares e digestivas sequenciais. Depende dos padrões de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento do complexo crânio-facial, do sistema nervoso

central e das guias oclusais, que são fundamentais para que as funções de deglutição e fala sejam desempenhadas com eficiência e precisão, para que não ocorram distúrbios miofuncionais. Pode ser classificada em bilateral alternada ou unilateral e é dividida em três fases: incisão ou mordida; trituração; e pulverização – processo responsável pela formação de um bolo alimentar homogêneo e coeso, juntamente com a eficiência dos golpes mastigatórios (27).

A força, os movimentos, o tempo e o tipo de mastigação são aspectos influenciáveis por variáveis, como: a morfologia, o estado de saúde das estruturas orofaciais, a capacidade funcional muscular e articular, além das características dos alimentos (28).

Estudos relatam que uma mastigação debilitada leva as pessoas a modificar seus hábitos alimentares e a optar por alimentos mais macios, de mais fácil mastigação e, muitas vezes, de valor nutritivo crítico (5). Mastigar e sentir o gosto dos alimentos são, essencialmente, prazerosos e emocionalmente necessários para o bem-estar do indivíduo e sua qualidade de vida (29).

A deglutição é uma sequência reflexa de contrações musculares ordenadas, que levam o bolo alimentar ou líquidos da cavidade oral até o estômago, sendo, portanto, uma atividade neuromuscular complexa e integrada. Assim como a mastigação, a deglutição também pode ser dividida em fases: antecipatória, preparatória oral, oral propriamente dita, orofaríngea e esofágica. Existem fatores, como as neoplasias de cavidade oral, que podem comprometer o processo normal de mastigação e deglutição. A mastigação e a deglutição são funções da cavidade oral que dão suporte à vida e que estão intimamente relacionadas à nutrição. Embora a perda da mastigação possa ser compensada pela mudança da consistência alimentar apropriada, a perda da deglutição é uma condição ameaçadora à vida (27).

Alguns autores apontaram que a maioria das pessoas que apresenta redução no número de dentes posteriores relatou ter suas atividades mastigatórias consideradas satisfatórias, com, pelo menos, vinte dentes (dentes anteriores presentes e quatro pares de posteriores ocluindo) bem distribuídos (30, 31).

2.2.2 Função Estética

Problemas advindos da falta dos dentes podem abranger não só a limitação da capacidade mastigatória e capacidade de fonação, mas também o comprometimento da aparência estética e a descaracterização da identidade facial.

Para o indivíduo, se caracteriza um quadro social de menor privilégio, o que o leva a se tornar uma pessoa com dificuldades de aceitação social plena, portador de um estigma (32).

Dos traumatismos faciais podem decorrer sequelas funcionais e estéticas permanentes. A face, mais do que qualquer outra região do corpo, é atingida por alterações estáticas, uma vez que é sempre visível, sendo os danos percebidos de imediato. O trauma na região da face pode afetar tanto a pele, gordura, músculos, nervos, como fraturar ossos e dentes, por isso, essas lesões podem afetar, consideravelmente, a vida da vítima (15-17).

A sociedade atual valoriza muito a aparência. O rosto é a parte mais diferenciada do corpo e está, indissociavelmente, ligado ao indivíduo e à sua identidade. A imagem que o sujeito tem de si mesmo, geralmente, é associada a partir de um padrão ideal imposto pelas exigências sociais. Por consequência, o sorriso, que na sociedade contemporânea tem conotações muito significativas, entre outras, as de bem-estar, alegria, segurança, autossatisfação, satisfação em relação ao outro e boa acolhida à aproximação (33).

Os dentes, sem os quais a função do sorriso não se completa devidamente, relacionam-se, mais frequentemente, à juventude, beleza, produtividade e possibilidade de realização. A falta de dentes anteriores, na cultura ocidental, constitui uma desfiguração facial que configura um estigma (2). Assim sendo, são considerados aspectos importantes nas relações empregatícias, sociais e culturais (16, 34, 35).

A preocupação com os aspectos periciais aumentou nas últimas décadas, devido ao grande número de vítimas oriundas de acidentes de trânsito, violência urbana, traumas pela prática desportiva, acidentes de trabalho e do próprio erro

profissional, as quais apresentam sequelas oriundas desses ferimentos e traumas sediados na região maxilofacial. Uma dificuldade para os peritos odontólogos, nesse tipo de avaliação, são os múltiplos detalhes no exame pericial e a correta metodologia para se abordar o dano estético.

O dano estético é toda alteração da morfologia externa ou alteração funcional corporal da pessoa, que se traduz em uma perda ou diminuição da beleza ou alteração do seu estado anterior (36). São subjetivos os critérios que determinam os sentimentos de agrado ou desagrado em relação a uma pessoa (34). Corresponde à repercussão das sequelas, numa perspectiva estática e dinâmica, envolvendo uma avaliação personalizada da afetação da imagem da vítima quer em relação a si próprio, quer perante os outros.

Para uma correta e justa avaliação, são considerados o desgosto manifestado ou vivenciado pela vítima, a idade, o gênero, o estado civil, a profissão e assinalada, ainda, a sua eventual possibilidade de recuperação, até mesmo cirúrgica (37), assim como a perda de chance do indivíduo nas relações pessoais e profissionais no momento da avaliação.

Não se pode esquecer o valor estético da face no conjunto da harmonia da vida social e os dentes que se apresentam nesse contexto de forma muito significativa. Sendo assim, é imperioso lembrar que os elementos dentários, principalmente, os incisivos e caninos, constituem pontos qualitativos na estética individual. A ausência dessas peças dentárias traz prejuízo e comprometimento à função estética (38).

A valorização do dano estético tem sido exaustivamente tratada na literatura jurídica e médico-legal. Enquanto tal dano, em âmbito penal, é limitado pela noção de deformidade permanente, em sede civil, ao contrário, a questão pode ser analisada no que respeita a todas as implicações e reflexos que desse evento decorrem. Hoje, entende-se que do dano da função estética restará sempre uma diminuição da capacidade de ganho, pois esse prejuízo, no mais das vezes, gera dificuldades na possibilidade de obtenção de trabalho e de ambientação no mundo profissional. Ainda vale salientar que uma diminuição estética que incida sobre uma criança, um adolescente ou mesmo um adulto jovem exige reparação econômica mais significativa do que a de um adulto, pois este último, em geral, já conquistou o

seu espaço na sociedade, enquanto o primeiro terá, ainda, que fazê-lo e, a partir da lesão, com reduzidas possibilidades de afirmação (39).

Uma pessoa que perde os dentes compara-se a outra que teve extirpada alguma parte do corpo, como a mama, por exemplo. No entanto, o desdentado não desperta, necessariamente, os mesmos sentimentos de compaixão que, no caso, a mulher mastectomizada (40). Com frequência, a perda total dos dentes é associada à falta de cuidados e higiene, bem como à falta de condições socioeconômicas e culturais. Assim sendo, além de apresentar a sequela, o sujeito é apontado como o responsável exclusivo por ela, quando, na verdade, pode se tratar apenas de uma vítima (41).

2.2.3 Função Fonética

A fonação só ocorre com a presença dos articuladores da fala: lábios, língua, dentes, palato. Depende, também, de múltiplos músculos. Os mais importantes são: os respiratórios; os que regulam o apertamento das cordas vocais e modificam a ressonância; e os da caixa de ressonância supraglótica, músculos periorais e a língua, com sua posição sobre os dentes ou palato, que modifica a ressonância, dando um tom nasal (42, 43). Durante a fala, ocorre o funcionamento de diversos mecanismos, com o equilíbrio entre estruturas estáticas e dinâmicas (coordenação da língua, da laringe, das cordas vocais, respiração e sistema estomatognático) (44, 45).

Assim como a disposição dos dentes anteriores (46), o seu contorno e anatomia também exercem influência na articulação da fala (47). O comprimento dos dentes ântero-superiores é dado pelos fonemas /f/ e /v/, quando a borda incisal dos incisivos centrais (órgão passivo) toca a linha seco-úmida do lábio inferior (órgão ativo) (48). Dentes anteriores superiores muito espessos acarretam em dificuldade de produzir o som /s/ e, se estes estão ausentes, obtém-se um som sibilante (49). Nas letras intermediárias, por exemplo, /z/, o órgão ativo é a ponta da língua e o passivo o bordo dos incisivos superiores. Nas letras dentais explosivas, como /t/ e

/d/, o órgão ativo é a língua e o passivo a face palatina (posterior ou interna) dos incisivos superiores. Também participam os pré-molares e molares na letra /l/. Portanto, mais importância se dá à bateria anterior e à maxila sobre a mandíbula. O dano a essa função é chamado perturbação funcional do órgão da fonação (38, 42).

As alterações da fala, acompanhadas de mudanças na expressão facial, são decorrentes de defeitos na dentição ou na prótese, enfermidades gerais ou específicas e alterações geriátricas. A perda de dentes posteriores acarreta no alargamento e espalhamento da língua, enquanto a perda de dentes anteriores diminui o suporte labial (45). A recuperação e manutenção da dimensão vertical de oclusão são de extrema importância para a correta produção da fala (46, 50).

O tratamento protético reabilitador, inevitavelmente, interfere na função fonética. Para a correta produção da fala, deve haver uma sintonia entre os seus articuladores e equilíbrio no sistema estomatognático.

A maioria dos trabalhos na literatura odontológica mostra que os pacientes passam a ter limitações funcionais com a perda dentária, mas não especificam o problema com a fala (2). Apenas quando se usou o OHIP (Oral Health Impact Profile), um índice psicossocial desenvolvido (51), verificou-se que parte dos pacientes tinha problemas para pronunciar palavras. Como o indivíduo se expressa e se comunica com o mundo, por meio da boca, o fato de não conseguir pronunciar corretamente as palavras gera enorme transtorno (2).

2.3 DANOS AO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

2.3.1 Língua e Função Gustativa

Todos os três componentes da mastigação (manipulação, trituração e consolidação) são necessários para que ela seja eficiente. Por exemplo, quando a capacidade de manipular o bolo alimentar, direcionando-o para as superfícies oclusais está comprometida devido à perda parcial do volume e/ou sensação da

língua, resulta em ineficiência mastigatória mesmo se o paciente tiver adequada oclusão para triturar efetivamente o bolo alimentar (52).

A língua desempenha importante papel na mastigação por causa de sua mobilidade, sensibilidade tátil e capacidade de manipular o bolo alimentar. Ela pode esmagar os alimentos, pressionando-os contra as rugosidades palatinas, manipular o bolo alimentar em direção às superfícies oclusais e ajudar a misturar os alimentos com a saliva. Funciona, também, juntamente com o músculo bucinador, como auxiliar na manipulação e manutenção do bolo alimentar sobre as superfícies oclusais. Além disso, ela pode discriminar o tamanho das partículas, de modo que as maiores, de alimento que precisa ser subdividido, sejam colocadas seletivamente sobre a plataforma oclusal. A língua pode, ainda, ajudar a estabilizar uma prótese mandibular. Com o comprometimento da função do nervo hipoglosso, o controle motor é acometido e a falta de movimentos em lateralidade interfere na eficiência mastigatória. Com a perda sensitiva do nervo lingual ou do nervo alveolar inferior, a capacidade de o paciente discriminar o tamanho das partículas de alimentos, bem como de manipular um bolo alimentar, torna-se comprometida. Com o acometimento na mobilidade ou no volume da língua, a eliminação de partículas de alimento do vestíbulo ou o ato de pressionar o alimento contra o palato tornam-se dificultados. Até mesmo se apenas 20% da língua for removida, a função mastigatória poderá ser prejudicada (52).

O sentido do gosto está extremamente relacionado com o sistema estomatognático. Os estímulos gustativos, doce, salgado e ácido são captados por uma série de receptores situados nas papilas linguais, véu do paladar e zonas periféricas. As alterações mais frequentes são diminuição do gosto (hipogeusia) e alteração da percepção (parageusias). São fatores que atuam nas alterações: efeitos da idade; tabagismo; uso de próteses removíveis superiores que bloqueiam os receptores; e medicamentos (42).

Quando uma doença ou trauma se manifesta na boca, é fundamental realizar o acompanhamento fonoaudiológico. Esse acompanhamento visa a orientar e tratar o paciente, tendo em vista as sequelas ocasionadas pelas modalidades de tratamento, uma vez que estas trarão prejuízos para o bom funcionamento das funções estomatognáticas, principalmente, a mastigação e deglutição e,

consequentemente, o processo de alimentação, que deve ser priorizado na atuação fonoaudiológica, a fim de promover melhor qualidade de vida para o indivíduo. É importante que o fonoaudiólogo saiba exatamente qual a modalidade terapêutica preconizada, para que possa fazer a avaliação adequada e traçar o plano terapêutico específico. Traumatismos parciais de ponta de língua deixam lesões diferentes daquelas que acometem a borda lateral, assim como perda de porções inferiores a 50% da língua deixam sequelas funcionais menores quando comparadas às perdas de porções acima de 50%, como nas glossectomias quase totais (27).

As principais sequelas dos traumatismos relacionados ao processo de mastigação e deglutição são as dificuldades na formação, propulsão ântero-posterior e retenção do bolo alimentar; aumento do tempo de trânsito oral; redução do movimento vertical e lateral da mandíbula; estase de alimentos nos sulcos anterior e lateral; palato duro (alimentos mais espessos); valécula; e aumento do número de deglutições (27).

Os pacientes submetidos à glossectomia parcial apresentam alterações significantes na mastigação e deglutição. Identifica-se como mudança na função mastigatória o desenvolvimento de mastigação ineficiente e dificuldade de manipulação do bolo alimentar na cavidade oral. Em relação à deglutição, identificam-se estase intraoral e movimentos compensatórios de cabeça (27).

2.3.2 Articulação Temporomandibular e Oclusão Dentária

A estabilidade oclusal é responsável pela manutenção das boas condições dos músculos mastigatórios. A melhor estabilidade oclusal é obtida com a mandíbula em posição de intercuspidação, que tem sido definida como uma posição oclusal da mandíbula, na qual ocorre a intercuspidação máxima dos dentes antagonistas. A estabilidade oclusal é considerada “a harmonização dos contatos que impede o movimento dentário após o fechamento bucal”. Essas definições sugerem que os dentes devem ter cúspides e fossas e uma relação maxilomandibular, na qual as

superfícies oclusais dos dentes sejam intercuspidadas a fim de resistir às forças fisiológicas verticais e horizontais que incidem sobre eles (53).

As alterações no sistema estomatognático, que vão desde modificação no padrão de contração muscular até mudanças intracapsulares, têm potencial suficiente para alterar o posicionamento mandibular, a intercuspidação dentária e, consequentemente, os pontos de contatos existentes (28, 54). As interferências oclusais também podem ser consequências de uma modificação da posição oclusal, secundária à presença de dor articular e/ou muscular (55).

Em 1972, Andrews (56) realizou a pesquisa que identificou as seis chaves de uma oclusão normal, descrevendo as características fundamentais de uma oclusão dentária sob o ponto de vista morfológico. Em sua pesquisa com modelos ortodônticos de indivíduos com oclusão normal, reconheceu e estabeleceu seis características comuns entre esses modelos:

1. Relação dos molares – os primeiros molares permanentes superiores devem mostrar três pontos de contato evidentes com os dentes antagonistas; a superfície distal da crista marginal do primeiro molar permanente superior contata e se oclui com a superfície mesial da crista marginal mesial do segundo molar permanente inferior; a cúspide mésio-vestibular, do primeiro molar permanente superior, oclui-se dentro do sulco existente entre a cúspide mésio-vestibular e a mediana do primeiro molar inferior, e a cúspide mésio-palatina do primeiro molar permanente superior, adaptando-se à fossa central do primeiro molar permanente inferior;
2. angulação das coroas – a porção cervical do longo eixo de cada coroa encontra-se, distalmente, à sua porção oclusal;
3. inclinação das coroas – a porção cervical do longo eixo da coroa dos incisivos superiores encontra-se por lingual à superfície incisal, aumentando a inclinação lingual, progressivamente, na região posterior;
4. rotações – não deve haver rotações dentárias indesejáveis;
5. contatos interproximais – não deve haver espaços interproximais e/ou articulações proximais;
6. curva de *Spee* – deve apresentar-se plana ou suave.

O autor relatou que as chaves eram interdependentes de um sistema estrutural e que serviam como base para a avaliação dos pacientes ortodônticos, sendo que a falha de uma ou mais chaves indicaria uma oclusão inadequada (56).

A funcionalidade estabelecida na relação interoclusal é o fator de maior importância para a oclusão, independentemente, de quais dentes estejam estabelecendo essa relação, desde que se possibilite a distribuição equilibrada de forças durante a mastigação e excursões mandibulares (57).

O equilíbrio oclusal não é o único fator que determina a estabilidade dentária, nem o mais importante. Fatores musculares, ligados a características genéticas e ambientais, parecem ter mais influência. Os contatos oclusais sem equilíbrio só podem gerar força e consequente movimento dentário quando consideradas a intensidade e a duração. Uma força gera movimento apenas se exercida sobre um dente, em média, seis horas por dia. Se forem somadas as horas que os dentes entram em contato, nas funções de mastigação e deglutição, dificilmente ultrapassarão três horas diárias, insuficientes para gerar movimento dentário (58).

Quando existe conflito entre os músculos e os dentes, estes perdem. A evidência disto é o desgaste excessivo, fratura, hipermobilidade dentária ou migração dos dentes que estão no percurso dos movimentos mandibulares controlados pela musculatura (59).

Estudos apontam os requisitos primários para uma oclusão bem-sucedida: articulações confortáveis e estáveis; dentes anteriores em harmonia com o envelope de função e em relação adequada com os lábios, língua e plano oclusal; dentes posteriores sem interferências. Mesmo a mínima desarmonia pode causar hiperatividade grave e falta de coordenação na função dos músculos mastigatórios No entanto, muitas más-oclusões podem ser mantidas em boa saúde e estabilidade, permanecendo completamente confortáveis (60).

Os sinais de instabilidade (hipermobilidade de um ou mais dentes; desgaste excessivo; migração de um ou mais dentes, com deslocamento horizontal, intrusão ou supraerupção), em tempo, sempre ocorrem quando os dentes não estão em equilíbrio com os músculos. Quando eles entram em confronto, os músculos nunca

perdem. Caso qualquer um dos cinco requisitos não seja cumprido: ATMs estáveis e confortáveis; guia anterior em harmonia com os movimentos funcionais mandibulares; ausência de interferências nos dentes posteriores; todos os dentes em harmonia vertical com o comprimento contraído repetitivo dos músculos de fechamento; todos os dentes em harmonia horizontal com a zona neutra, o sistema não está em equilíbrio e vai tentar recuperá-lo a partir de mudanças adaptativas, geralmente destrutivas (60).

A mesma pesquisa estabelece cinco requisitos para a estabilidade oclusal: paradas estáveis em todos os dentes quando os côndilos estão em relação cêntrica; guia anterior em harmonia com o movimento bordejante do envelope de função; desoclusão de todos os dentes posteriores nos movimentos protrusivos; desoclusão de todos os dentes posteriores no lado de não-trabalho (balanceio); ausência de interferências em todos os dentes posteriores do lado de trabalho, tanto no guia anterior lateral como nos movimentos bordejantes mandibulares. Se qualquer um dos cinco requisitos de estabilidade oclusal não for preenchido, a oclusão vai se tornar instável. Sendo assim, um ou mais sinais de instabilidade serão vistos; um ou mais dentes vão entrar em mobilidade e apresentar desgaste excessivo (60).

As disfunções temporomandibulares (DTM) são caracterizadas por vários sinais e sintomas que incluem dores faciais, limitações de movimentação mandibular, ruídos articulares, dores de cabeça e dores de origem cervical (61).

Há muitas controvérsias em relação à oclusão e à DTM. Os contatos oclusais prematuros foram considerados, por muito tempo, uma das principais causas da DTM. A teoria dente-músculo ganhou força na década de 50 quando se sugeriu que a má-oclusão poderia causar desvio mandibular que resultaria em uma pressão excessiva para a articulação. Sabe-se, porém, que esses contatos podem provocar mais a redução do que o aumento da atividade muscular e expressar-se como decorrência de algumas doenças de ATM e musculatura mastigatória (61).

Durante muitos anos, as DTMs foram consideradas consequência da ação deletéria dos contatos prematuros, que desviavam os movimentos mandibulares. Essa situação, supostamente, teria direto efeito na fisiologia do sistema estomatognático, levando a dores e disfunção. No entanto, com a evolução das pesquisas, pôde-se observar que a influência desses contatos sobre o

funcionamento das ATMs assumia menos importância do que se imaginava e que muitos dos sinais apresentados deveriam ser considerados adaptações funcionais com pouca significância na qualidade de vida da maioria das pessoas. Muitos desses contatos poderiam ser, ao contrário do que se imaginava, desenvolvidos a partir da instalação do quadro de DTM, principalmente, em função dos distúrbios musculares e intracapsulares agudos e/ou de destruição tecidual, que alteravam o padrão de movimentação mandibular e resultavam em consequente intercuspidação dentária (61).

As DTMs são caracterizadas por vários sinais e sintomas que incluem dores faciais, limitações de movimentação mandibular, ruídos articulares, dores de cabeça e dores de origem cervical. Essas condições não possuem etiologia ou justificativa biológica comum e, desta forma, caracterizam um grupo heterogêneo de problemas de saúde. Seus sintomas característicos são: dor à palpação muscular e/ou articular, função mandibular limitada e ruídos articulares, com a prevalência total desses sintomas atingindo mais de 75% da população adulta (62).

A luxação da ATM ocorre, frequentemente, e é causada pela hipermobilidade mandibular. A subluxação é um deslocamento do côndilo, o qual é autorredutível e geralmente não requer tratamento. Uma condição mais séria surge quando o côndilo translada anteriormente para frente da eminência articular e permanece em tal posição. O deslocamento pode ser unilateral ou bilateral e ocorrer espontaneamente após ampla abertura da boca, como acontece durante um bocejo, ao comer ou em uma intervenção odontológica. O deslocamento do côndilo que persiste por mais que alguns segundos, geralmente, torna-se doloroso e frequentemente associado a espasmos musculares intensos (61).

Os sintomas otológicos são frequentes em indivíduos com desordem temporomandibular e o tratamento odontológico contribui para sua remissão. Contudo, a origem e as possíveis relações dos sintomas otológicos com outras manifestações do problema não estão totalmente esclarecidas (63).

A perda do suporte dental posterior e a consequente alteração no posicionamento do côndilo da mandíbula podem resultar em um conjunto de sintomas, entre eles os otológicos. Desde então, a origem de sintomas otológicos em indivíduos com DTM, como a sensação de plenitude auricular, zumbido, otalgia,

vertigem, prurido na orelha externa e a sensação de perda auditiva, tem sido hipotetizada com base na relação anatomofuncional, entre articulação temporomandibular, músculos inervados pelo trigêmeo e estruturas do ouvido. Todavia, estudos eletromiográficos nem sempre confirmam essa relação. O risco de sintomas otológicos é considerado mais alto em indivíduos com dor à palpação da ATM, dos músculos mastigatórios e cervicais e durante a abertura bucal (64).

A mastigação sofre influência da morfologia do sistema estomatognático, assim como de outros fatores, como dor e falta de suporte oclusal posterior, que causam mudanças e compensações, as quais podem ser patogênicas. Análises funcionais do sistema mastigatório de pacientes com DTM têm enfatizado redução no movimento mandibular de abertura bucal, o que pode resultar em sensação de dificuldade para realizar as funções estomatognáticas, entre elas, mastigar e falar. Pesquisas apontam que os sintomas otológicos foram associados de forma significante às dificuldades nos movimentos mandibulares e nas funções estomatognáticas. Mais especificamente, a otalgia apresenta associação com a percepção de dificuldade para falar, abrir a boca e, também, fechá-la. A plenitude auricular está associada à dificuldade para falar. Assim como os sintomas otológicos, os distúrbios das funções estomatognáticas são frequentes em portadores de DTM (64).

Interferências oclusais podem aumentar a carga funcional sobre as ATMs, por alterar a coordenação muscular entre os lados direito e esquerdo e a estabilidade da movimentação mandibular, durante a mastigação, apresenta íntima relação com a eficiência mastigatória (65). Tem-se, como consequência direta da mastigação unilateral viciosa, a desarmonia facial com alterações verticais, transversais e horizontais nos ossos maxilares e, ainda, modificações no padrão muscular, propiciando alteração do órgão mastigatório, na fonação e na respiração (66).

As compensações realizadas para executar a função mastigatória em condições adversas, mesmo que de modo reflexo, nem sempre são eficazes e podem contribuir com a progressão da DTM, em longo prazo (28).

As fraturas do côndilo mandibular podem ser classificadas, basicamente, em unilaterais ou bilaterais, sem luxação e com luxação. As sem luxação podem

apresentar desvio ou não do côndilo com resto da mandíbula e o tratamento é sempre conservador, com fisioterapia elástica para corrigir a oclusão. É possível encontrarem-se fraturas de côndilo sem repercussão na oclusão dentária. Nesses casos, o tratamento se resume em dieta líquida por duas semanas e observação. Nos casos de luxação, há a indicação de tratamento cirúrgico, com fixação do côndilo para o restabelecimento da dimensão vertical em pacientes acima de oito anos de idade. Antes dessa idade, a cirurgia não se faz necessária devido à alta capacidade de remodelação óssea e crescimento ósseo mandibular que ocorre, principalmente, em nível do côndilo, permitindo um tratamento conservador (67).

Em crianças e adultos, a região do colo do côndilo mandibular representa a parte mais vulnerável da mandíbula. As injúrias da articulação temporomandibular são quase sempre causadas por trauma na mandíbula, que se propaga até a região do côndilo. Raramente, as fraturas são por impacto direto na região pré-auricular. A direção e o grau da força aplicada são importantes para o entendimento do mecanismo da injúria. Uma força axial aplicada contra a sínfise mandibular dirige-se em direção bilateral ao corpo, podendo resultar em fratura de côndilo bilateral. Caso a força tenha direção perpendicular ao corpo da mandíbula, pode originar uma lesão no local do impacto e, possivelmente, uma fratura de côndilo contralateral. A reabsorção condilar é atribuída à posição não-fisiológica do côndilo, após sua fixação e aumento da força funcional. Acredita-se que o côndilo não-reduzido pode causar sobrecarga do lado operado, levando, desse modo, à reabsorção condilar (67).

A fixação interna rígida ou osteossíntese com fio de aço é contraindicada aos côndilos deslocados para fora da fossa mandibular, por levar à reabsorção condilar e disfunção, com envolvimento da articulação contralateral. A fratura do côndilo mandibular pode estar associada a outras fraturas de mandíbula e de outros ossos da face. Muitas fraturas de côndilo podem ter tratamento conservador, com restrição alimentar e analgésicos, principalmente, em crianças, que ainda apresentam grande potencial de remodelamento ósseo, e em idosos, nos quais o bloqueio maxilomandibular pode levar a um distúrbio nutricional. Diversos fatores devem ser levados em consideração na escolha do tratamento a ser aplicado, tais como: o grau de deslocamento do segmento fraturado em relação à fossa articular, o

nível da fratura, a idade do paciente e a constatação de outras fraturas faciais associadas (67).

O papel dos sinais e sintomas clínicos nas síndromes dolorosas das desordens crânio-mandibulares (DCM) e a perda de dentes posteriores de um dos lados de um mesmo arco, têm sido investigados em estudos clínicos epidemiológicos e histopatológicos, sugerindo uma correlação entre a perda unilateral desses elementos e alterações fisiopatológicas e funcionais, tanto musculares quanto da ATM propriamente dita. Esses sinais e sintomas podem, também, estar associados à microtraumas crônicos (frendor e bruxismo), má-oclusão, exodontias traumáticas, ortodontia mal orientada, ocorrência de fatores parafuncionais e deslocamento condilar anterior ou posterior. O edentulismo parcial é, portanto, frequentemente relacionado à destruição oclusal, que pode resultar em desequilíbrio, interferência e alterações funcionais da oclusão, em relação ao estado original desses pacientes. Tais alterações poderão, com o passar do tempo, causar as chamadas DCMs, embora a etiologia dessas desordens permaneça controversa. Ante esta assertiva, parece não haver dúvida quanto ao efeito negativo que a ausência unilateral de dentes pode ocasionar nos pacientes, no âmbito das alterações crânio-mandibulares (68).

Por meio de estudos desenvolvidos, fica cada vez mais evidente a necessidade de se considerar a estreita relação entre a condição ósseo-dentária e a musculatura e funções do sistema estomatognático. Tem-se reconhecido que a oclusão modula as funções, mas, também, que não basta reposicionar as bases ósseas e/ou adequar a oclusão dentária se não for desenvolvida ou recuperada a funcionalidade (64).

O adequado funcionamento da ATM depende da harmonia entre a neuromusculatura, a articulação propriamente dita e a oclusão dentária. Em um estudo desenvolvido, dentre os indivíduos acometidos pela desordem da ATM, 62,9% apresentavam algum tipo de alteração nos órgãos fonoarticulatórios – lábios, língua e bochechas – e nas funções de deglutição, mastigação, respiração e fala, necessitando da atuação fonoaudiológica para sua completa reabilitação. O principal objetivo do tratamento das DTMs é o controle da dor e do desconforto, obtido com tratamento medicamentoso e exercícios, visando obter o relaxamento muscular. O

treino da função muscular rítmica e coordenada aumenta a amplitude do movimento mandibular e a força muscular (54, 64).

2.3.3 Traumatismo Dentário

Os traumatismos dentários representam um dos mais sérios problemas de saúde pública, entre crianças e adolescentes. Isto se explica devido à sua alta prevalência reportada em estudos populacionais, seu alto impacto psicossocial e à possibilidade de estabelecer programas de prevenção e controle, já que suas causas são amplamente conhecidas. Além disto, o traumatismo da dentição permanente requer alto custo, pois, somada aos gastos com o tratamento inicial está a necessidade do controle pós-tratamento, que se estende por muitos anos em cuidados ao paciente (69).

Além de processos biológicos, condições socioeconômicas podem interferir nas perdas dentárias. Nos países mais ricos, os traumatismos dentários são mais prevalentes na população, economicamente, menos favorecida devido à restrição de acesso aos equipamentos de proteção para as práticas desportivas (70).

A perda dentária pode se constituir em um evento de forte impacto, que, além de causar danos funcionais, é capaz de desequilibrar a organização psíquica e social das pessoas (32). Em face à perda dentária, os sentimentos observados podem passar por estágios que vão desde negação, raiva, depressão, até adaptação e aceitação (40). Autores afirmam que a perda total dos elementos dentais implica consequências como dificuldades para uma adequada alimentação, sentimentos de constrangimento, de incompletude e resignação (33).

Uma pesquisa confirmou que os problemas na vida diária relatados pelos indivíduos que perderam seus dentes foram de natureza funcional e social, tais como: dificuldades para mastigar, falar, mudanças no comportamento, insatisfação com a aparência, prejuízo na aceitação social e dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, causando forte impacto na qualidade de vida (2).

A perda dentária vem sendo classificada como um fator de risco para a demência senil. Na doença de Alzheimer, por exemplo, devido à redução da habilidade mastigatória e consequente diminuição de movimentos coordenados e rítmicos dos músculos envolvidos nesse processo, há diminuição da intensidade de estimulação de mecanorreceptores da região orofacial, influenciadores do desenvolvimento e da excitabilidade de áreas específicas no sistema nervoso central (SNC). Portanto, a diminuição da atividade desses receptores pode levar a alterações quantitativas dos impulsos aferentes dos receptores sensoriais para o SNC, podendo produzir modificações neuroanatômicas nas vias de informação da região orofacial. Dessa forma, a redução da atividade mastigatória pode implicar alterações no trabalho neural do encéfalo e está relacionada com a disfunção de aprendizado e memória (71).

Pesquisas realizadas elaboraram classificações para os diferentes tipos de injúrias aos dentes e estruturas periodontais. O sistema de classificação preconizado por Andreasen (72), que inclui dente, tecido periodontal, gengivas e mucosa oral e injúrias ao osso de suporte, é o mais utilizado por ser de fácil memorização e de ordenação lógica do traumatismo dental (69).

De acordo com este autor, as fraturas coronárias são divididas em: trinca de esmalte; fratura de esmalte; fratura de esmalte e dentina e fratura de esmalte, dentina e polpa. Há uma subdivisão das fraturas coronorradiculares em complicada, quando há envolvimento pulpar, e não complicada, quando o mesmo não ocorre. As fraturas radiculares compreendem fraturas horizontais e oblíquas; terço cervical; terço médio; terço apical e fraturas verticais. Por sua vez, as lesões com envolvimento de dentes e tecidos periodontais de suporte são classificadas da seguinte maneira: concussão (lesão às estruturas de suporte sem mobilidade anormal nem deslocamento do dente, mas evidente reação à percussão); subluxação (lesão nas estruturas de suporte com mobilidade anormal, mas sem deslocamento do dente); luxação lateral (deslocamento do dente em outra direção que não a axial); luxação extrusiva (deslocamento parcial do dente para fora do alvéolo); intrusão (deslocamento do dente para o interior do alvéolo, acompanhado de cominução ou fratura do alvéolo); e avulsão (deslocamento completo do dente para fora do alvéolo) (72).

A difícil tarefa de classificar uma fratura deve-se à utilização de diversas nomenclaturas para um mesmo caso. Outros autores, por exemplo, consideram apenas as fraturas coronorradiculares, sem subdividi-las (73, 74). Pesquisas afirmam que esse tipo de fratura compreende 5% das lesões traumáticas que afetam a dentição permanente e 2% das lesões que ocorrem na dentição decídua (75-77).

Um dos tipos mais comuns de lesão traumática em dentes permanentes é a fratura coronária, sendo os dentes anteriores superiores, em especial os incisivos centrais, os mais frequentemente acometidos (72, 78, 79). As fraturas em esmalte são significativamente mais comuns, acontecendo com maior frequência em indivíduos do sexo masculino, crianças com overjet incisal maior que três mm e que apresentam selamento labial deficiente (80-82).

Um estudo apontou a fratura coronária com a lesão dentária mais frequente na dentadura permanente (51,4%), embora as luxações e as concussões também ocorram e comprometam os incisivos centrais superiores (38,9%), os quais são mais atingidos em função de sua posição no arco dentário (79).

A dor, a perda de função e da estética, a necrose pulpar, a obliteração dos canais radiculares, a reabsorção radicular e a perda óssea são algumas sequelas decorrentes das injúrias dentárias (72, 83). Como a perda ou fratura dos dentes anteriores implica danos estéticos, que podem ser responsáveis por futuros problemas psicológicos e desvios de comportamento da criança (79), é de grande importância o restabelecimento da função e da estética. Isto pode ser conseguido por meio de restaurações em resina composta ou da colagem de fragmentos dentários (83).

A evolução das sequelas na criança merece atenção, já que por estudos recentes do crescimento e desenvolvimento facial estabelecem-se três grupos de idades: de zero a três anos: idade craniana; de três a sete anos: idade maxilar, crescimento de seios e erupção dentária; de sete a 18 anos: idade mandibular, com crescimento do terço inferior do rosto. Nas crianças, os traumatismos conduzem não só à perda de dentes temporários, como também a alterações em seu crescimento e desenvolvimento ósseo. As reparações terapêuticas devem ser realizadas o quanto antes para limitar as sequelas do tempo, já que estas podem se manifestar vários anos após o traumatismo (42).

2.3.3.1 Dentes substituídos proteticamente

A maior parte das pessoas que perdem os dentes vê-se impossibilitada de recompor as perdas por meio de próteses, principalmente, devido à falta de recursos financeiros. Além disso, os brasileiros que fazem uso de próteses totais removíveis utilizam-na por um tempo que se estende muito além do prazo recomendado para sua devida substituição. A mutilação dentária, resultado da perda dos dentes, acaba por impor às pessoas mudanças físicas, biológicas e emocionais (32).

A função mastigatória está diretamente relacionada com as condições da dentição. Assim sendo, na avaliação da performance mastigatória, índices máximos são conseguidos por indivíduos com dentição natural completa e saudável e índices mínimos com sujeitos desdentados totais, existindo entre esses dois extremos vários valores, de acordo com o estado da dentição e do tipo de tratamento reabilitador presente (54, 64).

A adaptação dos pacientes às suas próteses, influenciada pelo tempo de uso das mesmas, deve ser considerada na compreensão das diferenças interindividuais. O aumento significativo da força de mordida e pressão oclusal e um pequeno aumento na eficiência mastigatória dos pacientes reabilitados por próteses muco-suportadas podem ser verificados somente após dois meses de uso. A performance e/ou eficiência mastigatória aumenta com a elevação do número de ciclos mastigatórios (84).

Sabe-se que os pacientes que utilizam próteses muco-suportadas e apresentam índices muito baixos de performance mastigatória evitam alimentos difíceis de serem mastigados e/ou deglutem pedaços grandes de alimentos. As evidências de que a mastigação de menores porções de alimento, por vez, aumenta o desempenho mastigatório e a constatação de que, com o aumento do número de ciclos mastigatórios, há significativo aumento da performance mastigatória fundamentam a orientação dada aos pacientes no sentido de compensarem as limitações mastigatórias, não por meio da redução, modificação ou seleção inadequada dos alimentos, mas mastigando porções menores e por número de ciclos, de cada vez (84).

Falhas dentárias e o uso de próteses foram anteriormente associados à assimetria dos músculos masseteres e temporais em contração, observados à palpação, que por sua vez poderia ser justificado pela predominância do tipo mastigatório unilateral (85).

As alterações da mastigação podem contribuir com mudanças sistêmicas, incluindo aquelas relacionadas ao sistema nervoso central. A revisão dos aspectos relacionados à influência da mastigação nos resultados dos testes comportamentais revela os possíveis sistemas neurais envolvidos no processo, bem como a dimensão do problema a ser enfrentado (84).

A reposição dos dentes posteriores ausentes, por meio de uma prótese parcial removível (PPR), tem comportamento semelhante ao daqueles com dentes naturais, enfatizando que a ação terapêutica obtida pela instalação da prótese diminui a incidência de ruídos e da sensibilidade dolorosa da ATM, levando-os, possivelmente, a níveis existentes antes da perda dos dentes posteriores. Deve-se reforçar a importância do diagnóstico preciso ser precedido de minucioso exame clínico, que abranja o mais alto número possível de fatores**,** para prevenção e tratamento das desordens crânio-mandibulares (DCM). O correto emprego da PPR, como elemento reparador, pode diminuir, significativamente, a incidência e prevalência das disfunções miofasciais e da ATM em pacientes edentados unilaterais, correspondentes à classe II de Kennedy (71).

Embora muitas pesquisas já tenham abordado as forças de mordida, pouco se encontrou, especificamente, envolvendo PPR de classes I, II ou III de Kennedy. As selas de extremidade livre de PPR, principalmente, em suas posições extremas, conduzem a forças muito baixas de mordida. Sendo a arcada antagonista uma dentadura, as forças de mordida conduzem a baixos valores. O sexo masculino apresenta mais força de mordida que o feminino. Quando as PPRs são de classe III, os dentes naturais conduzem a forças de mordida superiores quando são de classes I e II (68).

As alterações produzidas pela perda total dos dentes deveriam se constituir em objeto de preocupação da classe odontológica. No entanto, a abordagem dos profissionais, na maioria das vezes, apenas considera as perspectivas biológicas e restauradoras, ou seja, a recomposição dos dentes deve ser realizada dentro dos

melhores princípios da técnica, negligenciando-se as repercussões da perda dental na qualidade de vida dos indivíduos. O impacto da utilização de próteses removíveis na qualidade de vida das pessoas e os resultados das pesquisas desenvolvidas nessa direção demonstram que as repercussões são relevantes e não podem ser desconsideradas (32).

Por meio de um estudo, verificou-se que a ausência de dentes ou a utilização de próteses inadequadas pouco interfere na capacidade dos indivíduos realizarem suas atividades diárias e de se inter-relacionarem no meio em que vivem, embora provoquem impactos negativos em algumas dimensões da qualidade de vida, como desconforto psicológico, dor e inabilidade psicológica. Os autores relataram, ainda, que a ausência total dos dentes e a utilização de próteses totais removíveis inadequadas podem causar efeitos, como dificuldade para relaxar, embaraço, restrição em comer determinados alimentos e até perda da vontade de sair de casa. A estabilidade das próteses, especialmente as mandibulares, e uma adequada mastigação dos alimentos podem ser citadas como fatores que muito interferem na qualidade de vida, levando a uma pior condição de saúde geral (32).

Outros estudos afirmam que a utilização de próteses inadequadas envolve, como consequências, problemas de fala e de aceitação da aparência física com graves repercussões, como diminuição da autoestima, dificuldades de socialização, sensação de envelhecimento e sentimento de humilhação (86, 87).

Para alguns autores, a expectativa de recomposição da cavidade bucal gera grande ansiedade, principalmente, em relação à estabilidade e adaptação das próteses totais removíveis. No entanto, embora as pessoas tenham consciência de que a utilização das próteses pode representar sacrifícios e implicar muita abnegação, a possibilidade de retorno ao padrão social geralmente aceito e de recuperação da própria imagem rejuvenescida faz valer a pena o sacrifício (33).

Após a instalação de próteses, o indivíduo leva de 6 a 8 meses para se acostumar (46, 47, 88). Quanto maior a língua, mais difícil é o processo de adaptação (49). No entanto, há variações no posicionamento dos dentes e formato do palato que a tornam impossível (47, 89).

A perda dos dentes e o recobrimento do palato por uma prótese total acarretam na perda da propriocepção, diminuindo a resposta sensorial, auxiliar na produção dos sons. Com a instalação de próteses sobre implantes, essa função sensorial fica restaurada, satisfatoriamente (45, 89, 90).

A ausência de dentes instaura a anormalidade, que pode ser reconduzida à normalidade, por meio de uma prótese dentária e, assim, o que é anormal passa a ser aceito como normal, social e profissionalmente (91).

2.3.4 Limitação da Abertura Bucal

A limitação da abertura bucal é um dos principais sintomas miofuncionais orofaciais em casos de traumas de face, seguida por dor na musculatura facial e/ou cervical, cansaço e redução de força ao mastigar, alteração da oclusão, limitação e desvios dos movimentos mandibulares e ruído articular (92, 93). A ocorrência da hipertrofia dos músculos masseteres e a alteração na estrutura dos processos condilares e coronóide da mandíbula, são fatores que podem acarretar na redução da abertura bucal (93).

Uma amplitude normal da abertura bucal em um adulto é de cerca de 50 mm, verticalmente, e de 10 mm na protrusão e lateralidade. O movimento normal é retilíneo e simétrico. Em alguns casos, a sensibilidade articular ou muscular pode limitar a abertura. Deve-se verificar tanto a abertura voluntária indolor como a abertura máxima. Em alguns casos, o periciado pode aparentar obstrução mecânica na articulação, causando limitação na abertura, mas com uma suave pressão digital pode ser alcançada abertura próxima do normal. Isso pode sugerir um problema muscular em vez de intracapsular (47).

Com o intuito de determinar os padrões de normalidade, foram verificados os parâmetros de amplitude dos movimentos mandibulares – abertura, protrusão e lateralidade bucal – em crianças, A amplitude mínima dos movimentos mandibulares, na abertura, foi de 36 mm, lateralidade de 4 mm e protrusão de 5 mm. Os valores encontrados para os movimentos mandibulares foram: abertura bucal

máxima (48,33 mm), lateralidade máxima (7,85 mm) e protrusão máxima (8,41 mm). Notou-se que os valores da amplitude de abertura bucal aumentam com a idade e não diferem com relação aos valores encontrados em adultos (94).

A limitação da abertura bucal é uma característica que se correlaciona com perda, essencialmente, funcional e não anatômica. A redução do espaço entre as duas arcadas reflete-se na volumetria dos alimentos que podem ser apreendidos e na fonação, pelo ar que passa entre as duas arcadas. Dor e insuficiência funcional, como um resultado de DTMs, também afetam a vítima nas atividades sociais e profissionais. Podem ocorrer, não apenas devido a um traumatismo, mas também como consequência do estresse emocional (95, 96).

Indivíduos com sinais otológicos apresentam mais probabilidade de sentir dor durante a abertura bucal. Estudos eletromiográficos, em humanos, demonstraram que a contração do músculo periorbital durante os movimentos faciais provoca atividade do músculo tensor do tímpano. Além disto, a atividade do músculo tensor do tímpano foi detectada, também, durante a fala e a deglutição (97).

Dor e trismo podem revelar-se como complicações pós-operatórias comuns advindas da cirurgia de remoção de terceiros molares inferiores. Uma pesquisa teve como objetivo principal avaliar o grau de abertura bucal e dor pós-operatória em pacientes submetidos à remoção de terceiros molares inferiores, em uma Clínica de Cirurgia Buco-Dental de Adultos em Fortaleza. Dentre os resultados mais relevantes, os autores destacaram a presença de cinco graus de limitação de abertura de boca e dor pós-operatória. Encontraram associação significativa ($p<0,05$), entre o grau IV (21 a 30 mm) de limitação de abertura bucal, com o grau severo de dor pós-operatória. Ressaltaram, ainda, a subjetividade e caráter individual desta sintomatologia, não a associando a causas orgânicas reais (98).

Estudos enfatizam que os recursos fisioterapêuticos (terapia manual, massoterapia e cinesioterapia) apresentam bons resultados na melhora da amplitude de movimentos da mandíbula (93).

Autores realizaram um estudo comparativo da abertura bucal de pacientes com neoplasias malignas da região de cabeça e pescoço antes e após três meses

do tratamento radioterápico. Notaram que não houve agravamento da limitação de abertura bucal após a radioterapia (99).

2.4 METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL

2.4.1 O Panorama Brasileiro

No ordenamento jurídico brasileiro, pode-se distinguir diversas formas de perícias (judiciária, laboral, seguros privados) que avaliam o dano corporal e, por conseguinte, as incapacidades. Ao procedimento promovido por autoridade policial ou judiciária, visando esclarecimentos solicitados, chama-se de perícia judiciária. A esse perito cabe apontar às autoridades os fatos de natureza específica necessários ao esclarecimento de um processo. Na perícia judicial, cabe ao perito realizar o inventário de lesões e balanço funcional, dos quais resultará certa taxa de incapacidade. A partir dessa constatação, deverá confrontar as alterações funcionais e o entorno em que se aloca a vítima, concluindo sobre a existência de incapacidade temporária ou definitiva em relação à determinada atividade funcional (26).

Entretanto, pode haver uma contundente discrepância entre o enfoque forense, pretendendo estabelecer critérios objetivos, já que implica indenizações e o enfoque médico, mais preocupado com a qualidade de vida, com o sofrimento e com o conforto emocional do indivíduo. O problema vai muito além da detecção do prejuízo traumático. Consiste, na realidade, em transformar o fato em uma proposta com objetivos de se estabelecer o valor da indenização. Se alguém tem que pagar pelo dano, é essencial que haja critérios para o estabelecimento do *quantum,* até que este possa ser contestado (26).

Nos países europeus, existe metodologia clara, que pode ser utilizada com algum treinamento pelo profissional médico/dentista. No Brasil, não existe normatização que seja clara nessa forma de avaliação, ficando, muitas vezes, na percepção e opinião do perito. Faltam parâmetros objetivos, inclusive de

conhecimento da população em geral, para caracterizar uma avaliação quantitativa do déficit funcional. Mesmo a tabela de invalidez, oficialmente, prevista e outras orientações legais existentes não são usadas com frequência. Este fato em nada pode beneficiar a qualidade das perícias e é, seguramente, prejudicial para a boa administração de justiça (26, 100).

Acontece, muitas vezes, que, como não existe uma norma específica para avaliação destes danos em sede de Direito Civil, com parâmetros de dano definidos, segue-se o modelo do Direito Penal, apesar de estes dois ramos do Direito terem objetivos distintos (100).

Foi realizado um estudo com o objetivo de analisar, do ponto de vista médico-legal e forense, a metodologia de avaliação do dano corporal em vítimas de acidentes de viação no Brasil para, a partir dos resultados obtidos, refletir sobre os procedimentos adotados em termos desta metodologia, tendo como elementos de comparação o modelo em uso no Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses de Portugal. Foi efetuado um estudo observacional, com componente analítico, que consistiu numa análise de relatórios médico-legais elaborados no IML de Belo Horizonte, relativos a acidentes de trânsito (n=254). Notou-se que os relatórios são altamente omissos no que se referem a: dados sobre a vítima - idade e estado civil (3.1% e 8.3%); antecedentes patológicos e traumáticos da vítima (100%); data do acidente (86.6%); caracterização do acidente (81.9%); referência ao tipo de veículo envolvido (68.5%); local e tipo de lesões sofridas (20.5% e 31.9%); sequelas corporais, funcionais e situacionais (3.1%, 9.1% e 79.5%); nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano (100%); data de consolidação médico-legal das lesões (100%); parâmetros de dano temporário (100%); parâmetros de dano permanente (93.3%). Constatou-se que, num elevadíssimo número de casos, os peritos se limitam a dar apenas resposta direta aos quesitos. Os autores sugerem, ainda, uma reflexão no sentido de se encontrar um caminho para se mudar os procedimentos nesta matéria, dada a relevância das questões em causa (100).

2.4.1.1 Epidemiologia do trauma orofacial no Brasil

A compreensão dos problemas diários, psicossociais e funcionais que as pessoas relatam por terem sofrido traumas orofaciais, e o que isso interfere na sua qualidade de vida, auxilia a interpretação do conhecimento epidemiológico já registrado na literatura brasileira (2).

Considerando o alarmante crescimento dos índices das diversas modalidades de violência na vida humana e a preocupação que desperta nos órgãos governamentais o elevado número de homicídios e de lesões corporais, um pesquisador procurou analisar os pareceres odontológicos resultantes de exames diretos, e os respectivos laudos, de vítimas de lesão corporal – cuja etiologia foi a violência interpessoal – atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do Instituto Médico Legal da cidade de São Paulo, Sede, dos anos de 1993 e 1998. Foi verificada a casuística dos exames, analisando a distribuição dos casos em relação a sexo, etiologia da agressão que resultou na lesão corporal do complexo maxilomandibular, tipo de dano odontológico, e classificação jurídica da lesão corporal no parecer odontológico e no laudo médico. Também foi considerada a distribuição geográfica dos casos, conforme a localização do Distrito Policial em que foi lavrado o Boletim de Ocorrência ou o Inquérito Policial que deu origem ao pedido de exame de corpo de delito direto de lesão corporal. Os resultados evidenciaram crescimento dos casos de agressão, com predominância de vítimas do sexo masculino nos dois anos estudados. O intervalo de idade, de 20 a 30 anos, prevaleceu em ambos os sexos. Os socos e/ou pontapés foram os principais responsáveis por lesões do complexo maxilomandibular, sendo as fraturas e as perdas dentárias os danos mais comuns. Dentre as fraturas ósseas, a fratura mandibular preponderou sobre a maxilar. No ano de 1993, houve discordância entre os resultados médicos e odontológicos em 29% dos casos. No ano de 1998, houve concordância em todos os casos. Quanto à distribuição geográfica dos casos na cidade de São Paulo, em 1993, a região leste foi responsável por 48% dos casos. Em 1998, a região centro-oeste foi responsável por 40% do total de exames (101).

Outro estudo avaliou os dados epidemiológicos e as causas das injúrias dentárias traumáticas dos pacientes que procuraram atendimento no Centro de

Traumatismos Dentários (Cetrade) da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP. Foram avaliados 151 casos de pacientes com registro completo, atendidos no Cetrade, de setembro de 1995 a outubro de 1998, observando o trauma mais frequente, as causas, sexo e idade dos pacientes e dentes mais envolvidos. Os dados foram catalogados e comparados entre si. Verificou-se que 62,91% dos pacientes eram do gênero masculino e a maior incidência dos traumatismos ocorreu aos 9 anos de idade. A causa mais comum foi queda (48,34%), seguida por queda de bicicleta (22,52%) e golpe (15,89%). O dente mais afetado foi o incisivo central superior (92,8%). Os traumas mais frequentes foram as fraturas coronárias (42,81%), seguidas de avulsão (26,76%), fratura radicular (7,57%), luxação lateral (7,2%), luxação extrusiva (6,44%), concussão (1,89%), fratura corono-radicular (1,14%) e subluxação (0,76%) (102).

Outros autores avaliaram a prevalência dos traumatismos bucomaxilofaciais, correlacionando etiologia, faixa etária, gênero e localização das lesões nos pacientes submetidos à cirurgia no Hospital de Emergência e Trauma da Paraíba, no período de agosto de 2001 a fevereiro de 2002. Foi empregada uma abordagem indutiva com procedimentos estatísticos e descritivos. A técnica de pesquisa foi a documental indireta com a utilização de 306 prontuários dos pacientes atendidos, entre agosto de 2001 e fevereiro de 2002. Os resultados mostraram que as etiologias mais frequentes foram os acidentes de trânsito, com 40% das ocorrências, seguidos pelas agressões físicas, com 32%, e as outras somadas representaram 28% das ocorrências. As faixas etárias mais frequentes foram dos 21 aos 30 anos, com 35%, dos 31 aos 40 anos, com 21,2%, e dos 11 aos 20 anos, com 20%. As áreas mais afetadas foram o nariz, com 107 casos, o complexo zigomático, com 95 casos, os alvéolos dentários, com 59 casos. O gênero mais frequente foi o masculino com 83,3% da amostra (103).

Em outro estudo, foi abordada a morbidade observada pelas consultas realizadas em unidades de internação e emergência, segundo sexo, idade, diagnóstico e causa externa da lesão. Triaram-se as instituições que atendiam a emergência odontológica geral e a traumatologia bucomaxilofacial, a partir das fontes de dados governamentais (SIH-SUS e SAI-SUS), tomando-se como base os meses ímpares dos anos de 1996 e 1997. Por meio de questionários, configurou-se a rede governamental para esses serviços. Para os vinte e um hospitais que

atendiam esses casos, elaborou-se uma amostra por conglomerado único, abrangendo 5% dos atendimentos de cada uma das instituições. Mais da metade (57%) dos atendimentos estava ligada à emergência odontológica comum e 34% à traumatologia bucomaxilofacial, área na qual apareceu, prioritariamente, o adulto jovem do sexo masculino, configurando perfil semelhante ao encontrado na mortalidade por causas externas. Verificou-se concentração maior de casos para diagnósticos mais graves, como as fraturas e ferimentos, do que para os traumatismos superficiais. Os ferimentos da cabeça e os traumatismos superficiais mostraram uma distribuição, segundo sexo, mais equitativa do que no grupo de fraturas da face, que tendem a acometer mais o sexo masculino. A distribuição proporcional, segundo as causas, é semelhante em ambos os sexos, mas a mulher se expõe menos às lesões por causas externas (104).

As lesões traumáticas em dentes decíduos e permanentes e suas repercussões em nível pulpar e periodontal são problemáticas, principalmente, em crianças e adolescentes, merecendo, por parte do cirurgião-dentista, um atendimento especial e imediato. Tendo em vista essa importância, foi realizado um trabalho para avaliar e quantificar os diferentes aspectos etiológicos e predisponentes das lesões traumáticas atendidas no PSO Cajuru, no período de maio de 2000 a maio de 2002. Foi examinado um total de 1.310 pacientes, com 2.234 dentes traumatizados. Dessa amostra foi observada uma maior ocorrência nos pacientes do sexo masculino (65,49%) em relação ao sexo feminino (34,51%). A faixa etária mais atingida foi entre 1 e 7 anos (51,90%), destacando-se a idade de 3 anos (9,47%) e, em seguida, de 1 ano (9,19%), tendo como a maior causa a queda de nível (32,68%). Os dentes que apresentaram maior predisposição ao trauma foram os incisivos centrais superiores (57,87%), evidenciando-se neles a frequência das seguintes lesões: subluxação (21,46%), avulsão (17,18%) e luxação lateral (16,66%) (105).

Realizou-se um levantamento sobre as causas de traumatismos maxilofaciais e dentais em pacientes atendidos, no ambulatório do setor de Traumatologia Bucomaxilofacial do Pronto Socorro Municipal de uma cidade do Estado de São Paulo, com 600.000 habitantes, no período de janeiro de 1998 a abril de 2002. Foram selecionados 756 casos e anotados os dados referentes ao sexo, idade, data de atendimento, causa do trauma, áreas envolvidas, envolvimento

dentário e tipo de trauma dental. Os resultados mostraram que 80,29% dos traumatismos ocorreram no sexo masculino; a faixa etária mais envolvida foi 25-29 anos (51,87%); a causa mais frequente foi acidente automobilístico/bicicleta (25,33%); a região dos ossos nasais foi a mais acometida, representando 32% dos casos; os dentes permanentes anteriores os mais afetados (69,39%) e o tipo de trauma dental mais frequente foi a avulsão (35,37%) (106).

Um estudo epidemiológico, realizado na cidade de Aracajú, foi baseado em uma pesquisa prospectiva, transversal e observacional com a finalidade de analisar as características dos traumatismos bucomaxilofaciais por agressão, no Hospital de Urgência de Sergipe. Foram atendidos 106 pacientes, cuja análise estatística demonstrou uma prevalência por indivíduos do gênero masculino (69,4%), da cor parda (52,7%), predominantemente, na faixa etária de 21 a 30 anos (72,6%); o principal agressor foi uma pessoa desconhecida (31,1%), e a discussão foi o motivo mais frequente da agressão (52,7%). Todos os pacientes apresentaram algum tipo de lesão de tecido mole, ocorrendo predominância das lacerações (66,1%). Traumatismos dento-alveolares ocorreram em 40,5%, e as fraturas faciais, em 64,1% do pacientes. Foi constatado que a violência doméstica esteve mais correlacionada às agressões em mulheres, e que os homens foram predominantemente vítimas de agressores desconhecidos (107).

Em um projeto realizado, foram analisados 437 prontuários hospitalares de pacientes, de ambos os sexos, portadores de fraturas faciais atendidos no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, na cidade de João Pessoa (PB), no período de janeiro de 2005 a agosto de 2008. Foram estudadas as variáveis sexo, faixa etária, dia da semana e horário da ocorrência, etiologia, ingestão de álcool, região óssea envolvida, presença de lesão na cavidade bucal e existência de traumatismo dentário. Em relação à distribuição, segundo o sexo das vítimas, 81,7% eram homens e 18,3% eram mulheres, sendo a faixa etária de 21 a 30 anos a mais atingida (34,6%). O período noturno registrou o maior número de casos (33,6%), com o domingo concentrando a maior frequência de atendimentos (26,5%). A violência interpessoal (agressão física, arma de fogo e arma branca) foi a causa mais frequente, correspondendo a 38,7% dos casos. Os ossos nasais foram os mais acometidos (58,4%), seguida da fratura mandibular (25,7%). Lesões na cavidade

bucal foram verificadas em 11% da amostra, não sendo observada diferença entre os sexos. Um percentual de 6,4% apresentava trauma dentário, sem diferença entre os sexos (108).

Para avaliar a realização de tratamento em dentes permanentes traumatizados, foi realizado um estudo transversal em 380 escolares, entre sete e quinze anos de idade, de uma escola pública de Vitória/ES. Dos 380 escolares participantes, 121 crianças e adolescentes (31,8%) apresentaram algum tipo de traumatismos dentário, com 142 dentes envolvidos, sendo os incisivos centrais superiores os mais acometidos (76,8%). Em 34 pessoas (28,1%), o tratamento foi realizado. O tempo de procura por um cirurgião-dentista mais frequente foi até 24 horas após o acidente (40%). O tipo de serviço mais utilizado foi o privado (68%), não havendo acompanhamento em 77,7% dos casos. O tipo de tratamento mais realizado foi restauração estética com resina composta (94,1%). Meninas procuraram mais por tratamento (64,4%) (108).

Em um estudo exploratório, foram descritos aspectos do traumatismo dentário relacionados ao gênero, tipo de lesão e localização, entre escolares de 12 anos de idade, considerando suas sequelas, os tratamentos realizados e as necessidades de tratamento no município de Blumenau/SC. Os exames foram realizados por dois examinadores calibrados. Foram examinadas 145 crianças com idade de 12 anos de escolas públicas. Observou-se prevalência de casos de traumatismo: 29,7%, frequência no gênero masculino 15,2% e feminino 14,5%; tipos de lesão: 91,4% esmalte, 6,9% esmalte e dentina e 1,7% esmalte e escurecimento; elementos afetados: elemento 11 (50%), 21 (34,5%), 12 (6,9%), 22 (5,2%) e 31 (3,4%), condições de tratamentos encontrados: 94,8% sem tratamento e 5,2% restauração; necessidade de tratamento: 1,7% (109).

Outros autores realizaram um estudo retrospectivo sobre a prevalência e a etiologia das fraturas radiculares e corono-radiculares, em 366 pacientes atendidos no Centro de Traumatismo Dentário da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, no período de 2002-2009. Os resultados mostraram que as fraturas radiculares ocorreram em 43 dentes e as fraturas corono-radiculares em 23 dentes, totalizando 53 pacientes. A maior prevalência destes traumas ocorreu em pacientes do gênero

masculino com idade acima de 26 anos e as principais causas foram quedas e acidentes de trabalho (110).

Nas últimas décadas, houve elevação dos acidentes e a violência urbana nas grandes metrópoles. Dessa forma, o trauma maxilofacial representa um importante problema de saúde pública. Acreditando nisso, alguns autores realizaram um estudo retrospectivo das fraturas maxilofaciais tratadas de 2004 a 2007, num hospital universitário terciário. As informações obtidas dos prontuários foram transcritas para um protocolo e 591 pacientes foram incluídos no estudo. A idade média da população estudada foi de 31 anos, sendo que a grande maioria era homens numa proporção de 5:1. O fator etiológico mais comum foi a agressão física (38,2%) e a grande maioria dos pacientes referia algum hábito ou vício. Entre todos os tipos de fraturas, a de mandíbula foi a mais prevalente (37,3%), sendo que a região anatômica mais acometida foi o ângulo mandibular (32,4%), seguido da região de sínfise/parassínfise (28%), côndilo mandibular (18,6%), ramo mandibular (0,7%) e coronóide (0,3%). As fraturas de mandíbula ocorreram isoladamente em 49,6% dos casos e associadas a outros terços da face em 50,4% dos casos. O tempo médio decorrido do trauma, até o tratamento definitivo, foi de 10 dias, com tempo médio de internação de 6 dias (111).

Outro estudo procurou obter uma estimativa dos custos diretamente ligados ao atendimento de lesões traumáticas maxilofaciais em crianças e adolescentes, comparados com a população adulta acometida do mesmo agravo, bem como o perfil sociodemográfico da população atendida em um Hospital Público do Município de São Paulo, com o intuito de fornecer evidências para avaliação do dano em perícias odontolegais. Os dados dos prontuários foram colhidos no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2008 dos pacientes atendidos no serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial de um hospital do Município de São Paulo. Para a análise dos custos diretos foram utilizados os valores de referência da Tabela do Sistema de Informações de Tratamento Ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SAI-SUS do Ministério da Saúde. Dos 1.200 casos analisados, 419 preencheram os requisitos da pesquisa. O grupo caso obteve 108 registros (faixa etária até 19 anos), e os demais foram classificados como grupo controle (acima de 20 anos de idade). O grupo caso apresentou uma incidência de 1,5% ao ano de lesões traumáticas, e a média de idade no grupo caso foi de 14,35±4,76 e no grupo controle foi de 33,65±11,73 anos

de idade. Em relação ao sexo, predominaram os indivíduos do sexo masculino em ambos os subgrupos, e o tempo de internação em dias foi cerca de duas vezes maior no grupo controle em relação ao grupo caso, entretanto, as complicações foram mais frequentes no grupo caso em relação ao grupo controle. Os tipos de lesões mais frequentes no grupo caso foram as fraturas nasais/dentárias, seguidas das fraturas de mandíbula. No grupo controle, o quadro inverteu-se. A distribuição de custos teve o maior número de casos na faixa de custos até R$ 500,00, em ambos os subgrupos amostrais. A frequência de ocorrência de complicações foi, significativamente, maior no grupo caso, em relação ao grupo controle, da mesma forma que os retornos ambulatoriais foram também significativamente maiores neste grupo. A distribuição de custos teve o maior número de casos na faixa de custos até R$ 300,00, em ambos os subgrupos amostrais; esses custos foram calculados com base no repasse de verbas da Tabela de Valores do Sistema Único de Saúde, onde não está discriminado o custo dos honorários profissionais. A valoração do dano nas atividades periciais deve considerar, além dos custos diretamente envolvidos com o atendimento do traumatizado, as consequências para suas atividades diárias, especialmente, quando se trata de criança ou adolescentes, cuja função social ainda está por se definir (112).

Outro grupo de pesquisadores avaliou a mortalidade por acidentes de trânsito e ocorrência de fraturas maxilofaciais em Campina Grande, Paraíba. Efetuou-se um estudo transversal, por meio da análise de laudos médicos de adultos vitimados por acidentes de trânsito, sendo os dados coletados no Núcleo de Medicina Legal (Numol). A amostra foi composta por 273 laudos de vítimas por acidentes automotivos no ano de 2005. Foram analisadas as variáveis: sexo, idade, dia e horário, tipos de causas, quantificação das lesões, região da lesão (cabeça e face), fratura maxilofacial, avulsão dentária e ossos faciais fraturados. Concluiu-se que as mortes nos acidentes de trânsito envolvem jovens do sexo masculino vítimas de acidentes com motocicletas, que apresentam múltiplas lesões. As regiões da cabeça e face são frequentemente envolvidas, sendo comuns as fraturas dos ossos maxilares (113).

Apesar de muitos estudos discorrerem sobre lesões bucais, poucos avaliaram suas consequências na vida diária dos traumatizados. Com o objetivo de estabelecer a relação entre os aspectos relacionados ao número de dentes

presentes na cavidade bucal e o impacto no desempenho diário, pesquisadores realizaram um estudo com 75 pacientes que foram divididos em três grupos: arco curto, arco completo e desdentado. Para avaliar o impacto, foi utilizado o IODD (Índice dos Impactos Odontológicos no Desempenho Diário). Os resultados evidenciaram que 16% dos pesquisados tiveram, pelo menos, uma atividade diária afetada. Embora não tenha sido registrada diferença significante entre os grupos em relação a cada uma das atividades, o percentual dos que tiveram a atividade mais afetada foi menos elevado no grupo de arco completo, para as atividades mastigar, falar/pronunciar palavras claramente e sorrir; e o menor percentual de atividades afetadas ocorreu no grupo desdentado, para as atividades limpar a boca/escovar os dentes e dormir. Em relação à média do IODD, esta foi menor no grupo com arco completo e foi similar entre os outros dois grupos. As médias das variáveis frequências e severidade dos impactos foram menos elevadas no grupo arco completo e tiveram valores aproximados nos outros dois grupos (1).

2.4.2 O Panorama Português

Em Portugal, anteriormente a 1990, a maior parte dos exames em Direito Civil, elaborados nos três Institutos de Medicina Legal, então existentes, eram muito vagos, seguindo-se, por vezes, o modelo penal para descrição das lesões e usando-se a Tabela de Incapacidades para Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais para avaliar a incapacidade permanente. Privilegiava-se a resposta aos quesitos. No ano de 1990, ministrou-se o primeiro Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático em Direito Civil (114). A partir daí iniciaram-se mudanças de concepção da forma de avaliação das lesões e sequelas e que foram consolidadas pela criação do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), em 2000, responsável pela harmonização da atividade pericial (100).

Atualmente, o dano corporal é avaliado em função dos elementos que o constituem e traduzível em dano com conteúdo patrimonial e não patrimonial. É

considerado um dano real que afeta a pessoa em sua integridade física e psíquica (23, 114).

Depois da identificação e descrição do dano no relatório pericial, procede-se à sua interpretação e valoração (qualitativa ou quantitativa, dependendo do parâmetro de dano em causa) concretizada à luz das normas legalmente definidas para a avaliação do dano na pessoa (20).

Na avaliação do dano corporal de natureza cível, contemplam-se danos temporários e permanentes, patrimoniais (econômicos) e não patrimoniais (não econômicos), dentro do princípio geral da reparação integral dos danos, importando que esta valoração seja, como sempre, isenta, imparcial e o mais objetiva e fundamentada possível, definindo-se os conceitos usados e identificando-se os métodos e técnicas utilizados (20, 23, 115).

2.4.2.1 Danos temporários

2.4.2.1.1 Déficit funcional temporário

Corresponde ao período durante o qual a vítima, em virtude do processo evolutivo das lesões no sentido da cura ou da consolidação, viu condicionada a sua autonomia na realização dos atos correntes da vida diária, familiar e social. Pode ser total (períodos de internamento e/ou de repouso absoluto) ou parcial (algum grau de autonomia na realização desses atos, ainda que com limitações) (23, 24, 115).

Descreve-se em número de dias de déficit funcional temporário total e de déficit funcional temporário parcial, determinados com base na análise dos registros clínicos relativos à situação, do quadro clínico concreto, da informação obtida e das limitações decorrentes da situação clínica. No caso de não existirem elementos suficientemente esclarecedores, este parâmetro de dano é estipulado com base nos períodos de tempo de déficit funcional temporário total e de déficit funcional temporário parcial, habitualmente, esperáveis para um quadro lesional similar ao

verificado, tendo em consideração a situação clínica concreta e respectiva evolução (23, 115, 116).

2.4.2.1.2 Repercussão temporária na atividade profissional

Corresponde ao período durante o qual a vítima, em virtude do processo evolutivo das lesões no sentido da cura ou da consolidação, viu condicionada a sua autonomia na realização dos atos inerentes à sua atividade profissional habitual. Pode ser total ou parcial. O tempo de repercussão temporária absoluta (total) nas atividades profissionais envolve os períodos de internamento e/ou de repouso absoluto, entre outros, passando a repercussão temporária parcial nas atividades profissionais logo que a evolução das lesões consinta algum grau de autonomia na realização dessas mesmas atividades, ainda que com limitações (23, 115, 116).

Valora-se em número de dias de interrupção temporária absoluta das atividades profissionais e número de dias em que as mesmas foram concretizadas com limitações, determinados com base na análise dos registros clínicos relativos à situação do quadro clínico concreto, da informação obtida e das limitações decorrentes da situação clínica. No caso de não existirem elementos suficientemente esclarecedores, este parâmetro de dano é estipulado com base nos períodos de tempo, habitualmente, esperáveis para cada um deles num quadro lesional similar ao verificado, tendo em consideração a situação clínica concreta e respectiva evolução (23, 115, 116).

No caso dos estudantes, o período de repercussão temporária é referido na sua atividade de formação. Já em relação à situação das domésticas ou de pessoas com atividades ocupacionais, lucrativas ou de subsistência, é referido o período de afetação dessas atividades. Os períodos de déficit funcional temporário podem não coincidir com os períodos de repercussão nas atividades profissionais (23, 115, 116).

2.4.2.1.3 Quantum Doloris

Constitui um parâmetro de dano que corresponde à valoração do sofrimento físico e psíquico vivenciado pela vítima, durante o período de danos temporários (entre a data do evento e a cura ou consolidação das lesões). Excepcionalmente, pode ser valorado também como dano permanente (115-117).

Como critérios de valoração, deverão ser avaliados a natureza e contexto do evento traumático, suas circunstâncias e eventos imediatos; tipo e número de lesões e de tratamentos instituídos; duração do(s) internamento(s) e número de intervenções cirúrgicas; complicações médicas e cirúrgicas; duração e complexidade do período de reabilitação funcional. Devem, ainda, considerados os sentimentos vivenciados pela vítima durante esse período, como os sofrimentos psíquicos representados pelas perturbações e fenômenos emocionais decorrentes da situação, especialmente em termos de angústia, ansiedade, medo, consciência do perigo de vida, sofrimento pelo afastamento do meio familiar e das atividades profissionais, que o perito saiba que estão habitualmente ligados à natureza das lesões e à sua evolução. São, também, ponderados e tidos em consideração elementos indiretos de informação, como a medicação concretizada ao longo dessa fase e a sua plausibilidade em termos clínicos. A esta avaliação pode ser incluído o sofrimento psíquico decorrente de um dano estético temporário ou de um prejuízo sexual temporário (115-117).

A sua valoração é expressa por uma escala quantitativa de sete graus de gravidade crescente (1/7 a 7/7), podendo recorrer-se, a título orientativo, a tabelas indicativas do quantum de dor correspondente a cada situação lesional, por exemplo, à Tabela de Thierry e Nicourt. A fundamentação da valoração atribuída a este parâmetro de dano é obrigatória e relatada na discussão do relatório (115-117).

2.4.2.2 Danos permanentes

2.4.2.2.1 Déficit funcional permanente

Trata-se de um parâmetro de dano que corresponde à afetação definitiva da integridade física e/ou psíquica da pessoa, constitutiva de um déficit funcional permanente com eventual repercussão nas atividades da vida diária, incluindo as familiares e sociais, e sendo independente das atividades profissionais. O déficit funcional permanente constitui uma redução definitiva do potencial físico, psico-sensorial e/ou intelectual resultante de um dano anátomo-fisiológico medicamente constatável, e como tal apreciável, através de um exame clínico apropriado, adicionado de estudo dos exames complementares eventualmente realizados, ao qual se juntam os fenômenos dolorosos e as repercussões psicológicas normalmente associadas à alteração sequelar descrita, assim como as consequências na vida diária, objetiva e habitualmente associadas a essa alteração (23, 115, 116).

É avaliado em relação à capacidade integral do indivíduo (100 pontos), podendo, eventualmente, traduzir-se num compromisso total dessa capacidade (estado vegetativo). Deve-se ponderar, em função das especificidades do caso concreto, o déficit funcional permanente decorrente de um estado anterior. Trata-se de um dano que, sendo personalizado, é valorado de forma metodologicamente igual em todas as pessoas, independentemente da sua atividade profissional ou ocupacional. É determinado, tendo em conta a globalidade das sequelas do caso concreto (corpo, funções e situações de vida) (18), e tendo, como elemento indicativo de referência, a Tabela Nacional de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil (118).

Na utilização de tal tabela, valoriza-se não só o dano no corpo, como a sua repercussão funcional e para as atividades da vida diária. Cada sequela é valorada apenas uma vez, mesmo que a sua sintomatologia se encontre descrita em vários capítulos, excepcionando-se o caso do Dano Estético. Não se valoram as sequelas que estejam incluídas ou derivem de outra, ainda que descritas de forma

independente. Nas situações em que a tabela apenas contemple o déficit completo, a avaliação de sequelas que impliquem apenas um déficit parcial é feita, tendo em consideração os pontos correspondentes à perda total. Na pontuação atribuída a cada sequela, o perito deve ter em conta a sua intensidade e gravidade, do ponto de vista físico e biofuncional, bem como o sexo e a idade da vítima. As situações sequelares, não descritas na tabela, são avaliadas por analogia, ou seja, por comparação com as situações contempladas e quantificadas (18, 115, 116).

O(s) número(s) de código e respectiva valorização a que se recorreu para a determinação do valor de cada sequela são indicados no relatório, bem como a metodologia usada para a determinação do déficit funcional permanente - Regra da Capacidade Restante ou pontuação equivalente à afetação global do(s) órgão(s) ou função (ões). Nas sequelas múltiplas sinérgicas, isto é, envolvendo a mesma função, realiza-se o somatório direto da pontuação de cada uma delas, ajustando-se o valor final por comparação com a pontuação mais elevada correspondente à perda total da função ou órgão, que não poderá ser superada. Nas sequelas não sinérgicas, isto é, naquelas que envolvam órgão(s) e/ou funções distintas, a determinação do déficit funcional permanente atende ao valor da afetação global do(s) órgão(s) ou função (ões), sendo que os pontos obtidos têm, necessariamente, que ser inferiores à soma das pontuações isoladas. Se, no caso das sequelas múltiplas, não for possível proceder desta forma, o perito deve recorrer à utilização da Regra da Capacidade Restante. Os valores são apresentados num número inteiro e não em valores aproximados com decimais, reforçando-se, assim, a ideia que se trata de um valor estimado e não aritmeticamente calculado, dada a falta de rigor absoluto deste tipo de cálculo quando aplicado à avaliação de danos na pessoa (115, 116).

Nos casos de previsão certa e segura do agravamento das sequelas, o Dano Futuro era referido no relatório, traduzindo-se num aumento do déficit funcional permanente, anteriormente denominada incapacidade permanente. No entanto, a sua inexistência no momento da avaliação e as dificuldades na fixação objetiva de uma pontuação justificam que, pericialmente, não se proceda mais a qualquer quantificação deste dano, assinalando-se apenas a sua verificação e deixando em aberto a eventualidade de uma reabertura do processo com posterior reavaliação (115, 116).

2.4.2.2.2 Repercussão permanente na atividade profissional

Corresponde ao rebate das sequelas no exercício da atividade profissional habitual da vítima (atividade à data do evento). Pode referir-se a uma modificação da formação prevista ou ao seu abandono, no caso de um estudante, por exemplo. Em relação a este parâmetro de dano, verificam-se as seguintes situações: ser compatível com o exercício da atividade profissional; ser compatível com o exercício da atividade profissional, mas implicando esforços suplementares; ser impeditivo do exercício da atividade profissional, sendo, no entanto, compatível com outras profissões na área da sua preparação técnico-profissional; ser impeditivo do exercício da atividade profissional, bem como de qualquer outra dentro da área da sua preparação técnico-profissional (115, 116, 119).

2.4.2.2.3 Dano estético permanente

Corresponde à repercussão das sequelas, numa perspectiva estática e dinâmica, envolvendo uma avaliação personalizada da afetação da imagem da vítima quer em relação a si próprio quer perante os outros. As dificuldades resultantes da dupla subjetividade nesta avaliação (por parte do perito e da vítima) atenuam-se, descrevendo, minuciosamente, as sequelas quanto à sua localização, forma, dimensões, relevo, textura, coloração e número, e documentando-as fotograficamente (mediante prévia autorização da vítima) para que o juiz as possa também apreciar. Ainda assim, a avaliação deve ser personalizada, dado que danos estéticos similares podem ter repercussões substancialmente diferentes (16, 120).

Eventualmente, em casos muito específicos, pode haver a valoração pericial de um Dano Estético temporário. No entanto, este parâmetro nunca deverá ser incluído na avaliação do *Quantum Doloris* (115, 116).

O dano estético é toda alteração da morfologia externa ou alteração funcional corporal da pessoa, que se traduz em uma perda ou diminuição da harmonia ou alteração do seu estado anterior. Pode ser definido, ainda, como

qualquer irregularidade física ou alteração corporal externa, visível e permanente que pressuponha fealdade ostensiva à simples vista (36).

Embora habitualmente a palavra deformidade nos conduza a pensar quase exclusivamente nas cicatrizes, deve-se recordar que deformidade é um conceito muito mais amplo, porque se refere à afetação do direito à própria imagem da pessoa e à perda de seu patrimônio estético entendido como a alteração da imagem, que pode ser percebido por qualquer sentido (visão, audição, olfato, tato, paladar) (37).

O método quantitativo de avaliação e quantificação deste dano é utilizado na maior parte dos países europeus. Este consiste em estabelecer a importância ou intensidade deste dano uma vez descrito, igualando-o a uma das categorias ou adjetivos referidos em uma escala de 1 a 7 graus de gravidade, respectivamente, muito ligeiro, ligeiro, moderado, médio, considerável, importante, muito importante. Deve-se assinalar que Portugal excluiu oficialmente a valoração qualitativa da norma legal há dois anos, apontando, nos relatórios, somente grau do dano. Usa-se a mesma escala, mas não os adjetivos qualificativos (37, 115, 116).

2.4.2.2.4 Repercussão na atividade sexual

Corresponde à limitação total ou parcial do nível de desempenho/gratificação de natureza sexual, decorrente das sequelas físicas e/ou psíquicas, não se incluindo, aqui, os aspectos relacionados com a capacidade de procriação. Este dano é frequentemente subavaliado ou não avaliado, dada a relevância de outras sequelas graves, mas, sobretudo, devido a algum preconceito e reserva que ainda subsiste na abordagem deste tema, por parte de peritos e vítimas. Na sua valoração, o perito deve atender particularmente aos elementos obtidos no decurso da entrevista, dando especial atenção ao teor do relato e ressonância afetiva, idade e estado anterior da vítima e ao dano físico ou psicológico. Este dano pode manifestar-se através de perturbação da libido, desconforto, disfunção erétil, da ejaculação ou do orgasmo, sendo aconselhável, sempre que possível, objetivar estas queixas através de exames complementares. A sua avaliação tem em conta

as lesões iniciais, as complicações resultantes e os estudos complementares efetuados. Caso não seja medicamente constatável dano de etiologia orgânica, deve o perito pronunciar-se sobre a plausibilidade clínica das queixas, tendo como base os elementos anteriormente referidos e a vivência do trauma. Este dano é distinto do dano na capacidade reprodutora que, a existir, será valorizado em pontos, no âmbito da alteração da integridade físico-psíquica. Constitui, também, um dano não econômico, quantificado numa escala com sete graus de gravidade crescente (1/7 a 7/7), cuja fundamentação é obrigatória não só no capítulo da Discussão, mas também por meio da descrição correta e pormenorizada das queixas (funcionais e situacionais) e sequelas, nos respectivos capítulos (115, 116).

2.4.2.2.5 Repercussão nas atividades desportivas e de lazer

Corresponde à impossibilidade estrita e específica para a vítima de se dedicar a certas atividades lúdicas, de lazer e de convívio social, que exercia de forma regular e que, para ela, representavam um amplo e manifesto espaço de realização e gratificação pessoal. Não estão aqui, em causa, intenções ou projetos futuros, mas sim atividades comprovadamente exercidas, previamente, ao evento traumático em causa e cuja prática e vivência assumia uma dimensão e dignidade suscetível de merecer a tutela do direito, dentro do princípio da reparação integral dos danos. Está, uma vez mais em causa, o procurar apreender a vivência da vítima quanto à impossibilidade de dar continuidade àquilo que, para ela, constituía uma das suas razões de vida, um espaço de realização e gratificação pessoal, como anteriormente assinalado. A sua valoração pode ser feita através de uma escala com sete graus de gravidade crescente (1/7 a 7/7). Trata-se de um dano não econômico, devendo ser sempre muito bem fundamentado, não só no capítulo da Discussão, mas também por meio da descrição correta e pormenorizada das queixas (sobretudo situacionais) e sequelas, nos respectivos capítulos (115, 116).

2.4.2.2.6 Dependências

As dependências podem ser temporárias ou permanentes, sendo as permanentes mais valorizadas, frequentemente. Como tais, podem ser incluídas: ajudas medicamentosas (correspondem à necessidade permanente de recurso a medicação regular); tratamentos médicos regulares (correspondem à necessidade de recurso regular a tratamentos médicos para evitar um retrocesso ou agravamento das sequelas); ajudas técnicas (referem-se à necessidade permanente de recurso a tecnologia para prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar o dano pessoal); adaptação do domicílio, do local de trabalho ou do veículo (corresponde à necessidade de recurso à tecnologia em nível arquitetônico, de mobiliário e/ou equipamentos, no sentido de permitir a realização de determinadas atividades diárias); ajuda de terceira pessoa (corresponde à ajuda humana apropriada à vítima que se tornou dependente, como complemento ou substituição na realização de uma determinada função ou situação de vida diária) (115, 116).

2.5 TABELAS OU BAREMAS DO DIREITO CIVIL

Hoje, existem fortes disparidades de critérios entre distintos países e distintos foros judiciais na hora de se fixar as porcentagens de incapacidades decorrentes de um trauma ou acidente. A essa valoração do dano corporal se fixa o montante econômico a ser pago pela seguradora. Por isso, há algum tempo, o âmbito civil e o setor segurador vêm relatando as disparidades e solicitando um único barema que permita uma valoração unânime do dano corporal (26).

O barema não fornece números exatos, mas impõe uma aproximação clínica das sequelas e a análise das consequências objetivas na vida cotidiana. Nele, cada dano corporal é passível de ser avaliado e pontuado pelos médicos legistas, entre um mínimo e um máximo. Depois, a pontuação é transformada numa taxa percentual que se encontra previamente indexada a determinado fator (por exemplo,

o salário mínimo). O relatório, devidamente, fundamentado é, então, apresentado ao juiz. Com isso, consegue-se limitar muito o campo do arbítrio (121).

Uma das principais consequências derivadas da falta de uma tabela é a falta de equidade. A falta de um barema gera enormes inequidades. Isso quer dizer que, ante os danos físicos similares e, muitas vezes, idênticos, as porcentagens de incapacidades atribuídas são muito distintas (122).

Tendo em conta o princípio de proporcionalidade que deve reagir a avaliação dos danos corporais, é aconselhável a utilização de um único barema para o âmbito civil, de modo que a avaliação da incapacidade, reprodutível por diferentes peritos, permita a obtenção de conclusões idênticas ao se valorar sequelas muito semelhantes (123, 124). A esta constatação chegaram os países que vêm adotando o sistema barêmico.

As tabelas não são uma vantagem, mas uma ferramenta imprescindível. Podem e devem ser questionadas. Se por um lado medem a perda da integridade física, valorando o ponto de vista anatômico com transcrições numéricas puras, por outro, não traduzem verdades absolutas, não são nem podem vir a ser completas e perfeitas, tampouco conseguirão avaliar de forma individualizada todos os casos (25).

A utilização de um barema requer a aplicação de um critério clínico na valoração das sequelas e análise objetiva de suas consequências na vida diária dos lesionados. Um barema deverá contemplar a maioria das sequelas que se apresenta, habitualmente, na prática diária. Deverá manter-se atualizado, incorporando as mudanças nos fatores que determinam a evolução e prognóstico das lesões: os avanços do conhecimento científico, a incorporação de novos diagnósticos, melhorias nos procedimentos médicos/odontológicos, cirúrgicos e de reabilitação (24).

A elaboração de tabelas em direito civil é difícil, no entanto, acredita-se ser ainda mais complexo formar peritos com capacidade para interpretá-las. Os critérios de referência são múltiplos e variam individualmente. Criam-se, assim, verdadeiras desigualdades e injustiças sociais (25).

De certa forma, como regra geral de aplicação das Tabelas, uma sequela deve ser avaliada somente uma vez, mesmo que seus sintomas se encontrem descritos em várias seções. Não se valoram as sequelas que estejam incluídas e/ou se derivem de outra, mesmo que estejam descritas de forma independente. Para ser válido, um barema deve classificar as doenças, segundo sua gravidade real, sendo que as enfermidades similares devem ter taxa de incapacidade idêntica. As situações não descritas avaliam-se por comparação com situações descritas e quantificadas.

Subsidiadas pelo posicionamento médico-jurídico de cada país, apresentam-se as Tabelas para atribuição de taxas de incapacidades permanentes utilizadas em diferentes países, esclarecendo que os tipos de perícias existentes estão subordinados a legislações distintas.

2.5.1 Tabela Europeia

A tabela que segue (Tabela 2.1) é utilizada na União Europeia para avaliação das incapacidades em Odontologia. Como regra de utilização, as situações não contempladas no capítulo, especificamente as de caráter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas. No caso da substituição das perdas por próteses removíveis, as taxas propostas são reduzidas em 50%. No caso de próteses fixas, são reduzidas em 75 %. A colocação de implantes suprime a atribuição de uma taxa de incapacidade permanente (125).

Autores defendem que, numa Europa sem fronteiras, as sequelas referentes às perdas dos mesmos órgãos e das mesmas funções não sejam avaliadas de forma diferente. A avaliação feita por peritos distintos em diferentes países, conduzindo a conclusões idênticas, sugere a utilização de um único barema europeu (121).

Tabela 2.1 - Seção de Estomatologia da Tabela de Incapacidades da União Europeia

ESTOMATOLOGIA	
Edentação completa insuscetível de correção por prótese (Atendendo à repercussão sobre o estado geral)	28
Perda de dente insuscetível de correção por prótese **Incisivo ou canino** **Pré-molar ou molar**	 1 1,5
Disfunções mandibulares	
Limitação da abertura bucal igual ou inferior a 10 mm	25-28
Limitação da abertura bucal entre 10 e 30 mm	5-25
Perturbação pós-traumática da oclusão dentária (Segundo a repercussão sobre a capacidade mastigatória)	2-10
Amputação da parte móvel da língua (Tendo em consideração a repercussão sobre a palavra, a mastigação e a deglutição, segundo a importância das perturbações)	3-30

Fonte: Guia Europeu para Avaliação do Dano à Integridade Física e Psíquica (União Europeia, 2000) (125). [Tradução do autor].

2.5.2 Tabela Francesa

No caso da Tabela de valoração odontológica utilizada na França (Tabela 2.2), a incapacidade permanente pode ser expressa em percentagem, o que significa que o paciente perdeu um percentual da capacidade fisiológica total. Não é empregado o percentual de 100%, inclusive para enfermidades muito graves, pois a totalidade corresponde à morte (26).

As taxas de incapacidades atribuídas às perdas dentárias são diminuídas pela metade, em caso de substituição por prótese removível e em um terço em caso de substituição por prótese fixa. Em caso de perda de um dente em que houver substituição por implante, não é atribuída taxa de incapacidade (126).

Tabela 2.2 - Seção de Estomatologia da Tabela de Incapacidades da França

ESTOMATOLOGIA	
A – Perda de dentes	
Edentação completa insubstituível por prótese	35%
Perda de um incisivo	1%
Perda de um pré-molar ou terceiro molar na arcada	1%
Perda de um canino ou molar	1,5%
Necrose pulpar de um dente	0,50%
B – Disfunções mandibulares	
Limitação permanente da abertura bucal (Mensurada entre as bordas livres dos incisivos centrais)	
Limitação até 30 mm	5%
Limitação até 20 mm	17%
Limitação até 10 mm	25%
Perturbação da articulação temporomandibular	
Forma leve	
Unilateral	3%
Bilateral	5%
Forma severa	5-10%
C – Perturbação pós-traumática da oclusão dentária	
Em proporção à perda da capacidade de mastigar	2-10%
D – Alterações neuro sensoriais	
Hipoestesia ou anestesia com disestesia no território do nervo supraorbital	até 3%
Hipoestesia ou anestesia com disestesia no território do nervo supraorbital, incluindo o déficit gengivo-dentário	até 5%
Hipoestesia ou anestesia com disestesia no território do nervo alveolar inferior com incontinência labial, incluindo o déficit sensorial dentário	
Unilateral	até 5%
Bilateral	5-12%
Hipoestesia ou anestesia com disestesia no território do nervo lingual	
Unilateral	até 5%
Bilateral	10-12%
E – Alterações neuro motoras (Ver também capítulo ORL)	
Paralisia facial (Não compreendendo complicações oftálmicas)	
Unilateral	5-15%
Bilateral	15-25%

F – Comunicação buco-sinusal ou buco-nasal	
De acordo com a localização, a superfície e o desconforto funcional, incluindo impacto na deglutição e na qualidade da fonação	2-15%
G – Patologia salivar	
Fístula salivar cutânea de origem parotidiana	até 15%
Síndrome de Frey (Epidrose pós-prandial, látero-facial da região pré-auricular e parotidiana)	6-8%

Fonte: Tabela Indicativa para Avaliação das Taxas de Incapacidade em Direito Civil – Decreto número 2003-314, de 04 de abril (França, 2003) (126). [Tradução do autor].

2.5.3 Tabela Espanhola

Na Espanha, por definição legal, a incapacidade permanente é definida como um estado posterior ao tratamento a que foi submetido periciado, em que este apresente reduções anatômicas ou funcionais graves, suscetíveis de determinação objetiva e previsivelmente definitiva.

A pontuação outorgada pela Tabela Espanhola (Tabela 2.3) a cada sequela, segundo critério clínico e dentro da margem permitida, leva em conta sua intensidade e gravidade a partir do ponto de vista físico ou biológico, sem levar em consideração a idade, o sexo ou a profissão. As denominadas sequelas temporárias, ou seja, aquelas que são propensas à cura, a curto e médio prazo, não são consideradas lesões permanentes, mas devem ser valoradas tendo em conta seu efeito impeditivo ou não e com base no cálculo razoável de sua duração, depois de se estabilizarem. Nos casos em que a sequela definitiva está estabilizada, utiliza-se a Tabela de Avaliações (127).

Entretanto, em alguns casos, é difícil quantificar essa sequela, como nas queixas de dor, devido à sua subjetividade. Assim, devem ser levados em conta, na avaliação da queixa de dor, fatores externos (objetivos) e fatores internos (subjetivos). Entre os primeiros, observa-se a característica da lesão, extensão e profundidade, o tratamento realizado, bem como a evolução da lesão. Entre os fatores internos, podem ser utilizadas as escalas da avaliação de dor, levando-se em conta a experiência própria do perito (128).

Tabela 2.3 - Seção de Estomatologia da Tabela de Incapacidades da Espanha

CAPÍTULO 1 – CABEÇA	
Face	
Sistema Osteoarticular	
Alteração traumática da oclusão dental por lesão inoperável (consolidação viciosa, pseudoartrose do maxilar inferior e/ou superior, perda de substâncias, etc.).	
Com contato dental	
Unilateral	5-15
Bilateral	1-5
Sem contato dental	15-30
Deterioração estrutural de maxilar superior e/ou inferior (sem possibilidade de reparação). Valorar segundo repercussão funcional sobre a mastigação.	40-75
Perda de substância (palato duro e mole)	
Sem comunicação com a cavidade nasal	20-25
Com comunicação com a cavidade nasal	25-35
Limitação da abertura da articulação temporomandibular (de 0 a 45 mm) segundo sua repercussão	1-30
Luxação recidivante da articulação temporomandibular	
Luxação entre 20 e 45 mm de abertura	5-10
Luxação entre 0 e 20 mm de abertura	10-25
Subluxação recidivante da articulação temporomandibular	1-5
Material de osteossíntese	1-8
Boca	
Dentes (perda completa traumática):	
De um incisivo	1
De um canino	1
De um pré-molar	1
De um molar	1
Língua	
Distúrbios cicatriciais (cicatrizes retráteis da língua que originem alterações funcionais – após correção cirúrgica)	1-5
Amputação	
Parcial	
Menos de 50%	5-20
Mais de 50%	20-45
Total	45
Alteração parcial do gosto	5-12

Fonte: Classificação e Valoração de Sequelas – Real Decreto Legislativo 8/2004, 29 de outubro (Espanha, 2004) (127). [Tradução do autor].

2.5.4 Tabela Italiana

Para o caso da Tabela utilizada na Itália (Tabela 2.4), em caso de lesões simultâneas em diversos níveis do mesmo membro ou órgão, a taxa global não consiste na soma das taxas isoladas, mas na resultante da sua sinergia, não podendo ultrapassar a taxa correspondente à perda total do membro ou órgão. Tratando-se de lesões simultâneas sinérgicas, tocando membros ou órgãos diferentes, a ofensa global da função é avaliada. No caso de invalidezes múltiplas não sinérgicas, a taxa global é sempre inferior à soma das taxas isoladas (129).

Tabela 2.4 - Seção de Estomatologia da Tabela de Incapacidades da Itália

APARELHO MASTIGATÓRIO	
Perda de um incisivo central superior	1,25
Perda de um incisivo lateral ou de um incisivo central inferior	0,50
Perda de um canino	1,50
Perda do primeiro pré-molar	0,75
Perda do segundo pré-molar	0,75
Perda do primeiro molar	1,25
Perda do segundo molar	1
Perda do terceiro molar	0,50
Limitação da abertura bucal com distância interincisiva máxima de 20 mm	10
Limitação da abertura bucal com distância interincisiva máxima entre 20 mm e 10 mm	11-20
Limitação da abertura bucal com distância interincisiva inferior a 10 mm, não tratável cirurgicamente, com distúrbios de fonação	21-35

Fonte: Tabela de Incapacidades prevista no artigo número 138 – Decreto Legislativo de 7 de setembro (Itália, 2005) (129). [Tradução do autor].

2.5.5 Tabela Portuguesa

A Tabela Portuguesa para o Direito Civil foi adaptada da Tabela Europeia, tendo sido elaborada por um grupo misto de peritos de Portugal e Espanha (121).

Os esforços realizados no sentido de uma harmonização das avaliações do dano corporal levaram à formulação de uma tabela de incapacidades portuguesa (Tabela 2.5), cujo objetivo é propiciar bases de avaliação do déficit funcional. É reconhecida pela característica de uma visão não exclusiva do comprometimento de segmento corporal atingido, mas contemplativa da avaliação psicofísica. Considerando-se as semelhanças entre a legislação brasileira e os princípios em que a mesma foi idealizada, esta tabela é válida como referência de estudo e aplicação no Brasil (124).

De acordo com as normas que regem a aplicação da Tabela Nacional de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil (118), seção de Odontologia, a descrição metódica começa pelos dentes do quadrante superior direito, seguida dos do superior esquerdo, dos do lado inferior esquerdo e dos do lado inferior direito. Ainda de acordo com esta Tabela, a incapacidade temporária parcial por lesões dentárias só pode resultar de: fraturas coronais; fraturas das raízes em que o traço de fratura esteja ao nível do terço coronal e terço médio; luxação dentária. Nas primeira e terceira situações, pode haver restauração do dente *in situ,* enquanto na segunda a evolução é para a extração dentária e, neste caso, aplica -se a taxa correspondente à perda de dente.

As situações não contempladas neste capítulo, especificamente as de caráter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas. No caso de reabilitação por prótese removível, as taxas de incapacidade propostas são reduzidas em 50%. No caso de reabilitação por prótese fixa, são reduzidas em 75%. A colocação de implantes determina apenas a atribuição de uma taxa entre 1 e 3 (118).

Tabela 2.5 - Seção de Estomatologia da Tabela de Incapacidades de Portugal

ESTOMATOLOGIA	
Edentação completa insuscetível de correção por prótese (Atendendo à repercussão sobre o estado geral)	20-28
Perda de dente insuscetível de correção por prótese **Incisivo ou canino** **Pré-molar ou molar**	 1 1,5
Disfunções mandibulares	21-30
Limitação da abertura bucal igual ou inferior a 10 mm **Limitação da abertura bucal entre 10 e 30 mm** **Limitação da abertura entre 31 e 40 mm** (Atendendo à bilateralidade, fenômenos dolorosos e perturbação da função)	6-20 até 5
Perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou da articulação temporomandibular (Segundo a repercussão sobre a mastigação, a fonação e as algias)	2-10
Amputação da parte móvel da língua (Tendo em consideração a repercussão sobre a palavra, a mastigação e a deglutição, segundo a importância das perturbações)	3-30

Fonte: Tabela Nacional de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil - Decreto Lei número 352/2007, de 23 de outubro (Portugal, 2007) (118).

2.5.6 Tabela Brasileira

A utilização da tabela de quantificação dos danos para determinar valores de indenização para invalidez não é algo novo no universo de perícias das seguradoras. Os seguros pessoais já se valem deste recurso e a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) (130) possui uma tabela para cálculo de indenização em caso de invalidez permanente decorrente de acidentes pessoais, Tabela de Invalidez Total ou Parcial por Acidente (Tabela 2.6).

Neste sentido, serão indenizadas as sequelas, de acordo com o grau de déficit funcional permanente observado, subdivididas em total ou parcial, completa ou incompleta. Na tabela, constam itens, com valores percentuais, para uma invalidez permanente total ou parcial, sendo esta, ainda, dividida em completa e incompleta. Se a invalidez for incompleta, será efetuado um enquadramento com uma percentagem proporcional, que corresponde a 75% para sequelas com

repercussão intensa, 50% quando a repercussão é moderada e 25% para uma repercussão leve. Adota-se, ainda, uma percentagem de 10% para sequelas residuais. O enquadramento dessas perdas na tabela de danos pessoais indica o grau de invalidez e a percentagem aplicável ao valor de cobertura (100).

Embora exista uma tabela utilizada no Brasil, a mesma não contempla plenamente todos os possíveis danos que podem envolver o campo odontológico, como fraturas, perdas dentárias, comprometimento de tecido periodontal e os respectivos reflexos na oclusão dentária, se comparada com as Tabelas de incapacidades que vigoram nos países Europeus e que elencam um número maior de sequelas.

Infelizmente, no Brasil, muitos consideram as taxas percentuais ou pontuação sugerida pelas tabelas cômodas para os advogados, e causadoras de uma valoração “engessada”. Então, a realidade das perícias realizadas em nosso país tem sido bem diferente das utilizadas nos países europeus, que, com uma ou outra diferença, acabam por ter o mesmo princípio fundamental, baseando-se na tão polêmica tabela de incapacidades e parâmetros de avaliação do dano civil, previamente, estabelecidos. A falta destes parâmetros no Brasil traz, por um lado, a total liberdade ao perito para que este expresse no laudo sua forma de realizar a perícia. Por outro, faz com que o mesmo tipo de sequela seja avaliado de diferentes formas, trazendo diferentes tipos de interpretação, o que acaba por ocasionar uma falta de uniformidade nos critérios que fundamentam o laudo.

Tabela 2.6 - Seção de Estomatologia da Tabela de Invalidez Permanente do Brasil

PARCIAL-DIVERSOS	
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20%

Fonte: Tabela de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Superintendência de Seguros Privados – SUSEP (Brasil, 2005) (130).

3 PROPOSIÇÃO

Verificar parâmetros de avaliação de danos corporais da metodologia portuguesa de avaliação de danos em perícias odontológicas.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 MATERIAL

A amostra constituiu-se por relatórios elaborados nas Delegações do Centro (Coimbra), do Norte (Porto) e do Sul (Lisboa) do INMLCF de Portugal, entre os anos de 2002 e 2011, em sede de Direito Civil, e em que foram atribuídos danos odontológicos. Foram incluídos apenas relatórios médico-legais únicos e concluídos. Do número total de processos encontrados (n = 180), 64 foram analisados, por apresentarem lesões exclusivamente odontológicas e, assim, possibilitarem a análise dos parâmetros de forma isolada, e sem interferência de outras lesões.

4.2 MÉTODOS

O estudo consistiu numa análise retrospectiva dos relatórios periciais, sendo para tal utilizada uma ficha de coleta de dados (Apêndice A) em que se caracterizaram as vítimas, o tipo de evento traumático, os danos odontológicos sofridos e respectivos parâmetros utilizados para avaliação dos mesmos.

Fez-se uma busca, nas bases de dado do INMLCF, pelos relatórios que envolviam lesões odontológicas. Na Delegação do Centro, do número total de relatórios cíveis (57), foram analisados 49, pois 07 não foram encontrados e 01 apresentava conclusão preliminar. Na Delegação do Norte, do número total (124), foram analisados 88, pois 36 apresentavam conclusões preliminares ou intercalares.

Na Delegação do Sul, do número total de relatórios (68), foram utilizados 43, pois 11 não foram encontrados e 14 apresentavam conclusões preliminares ou intercalares.

Os dados foram recolhidos pela autora, tendo em vista garantir os critérios e, portanto, a fiabilidade da coleta, e inseridos no programa estatístico Microsoft Office Excel 2007.

Para a verificação de associação significativa entre as variáveis, utilizou-se os testes Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher. Para a comparação dos valores da variável DFP, entre os sexos, utilizou-se o teste não-paramétrico Mann-Whitney, e para a comparação entre as faixas de idade, o teste não-paramétrico Kruskal-Wallis. Para os testes acima, o nível de significância máximo assumido foi de 5% ($p \leq 0,05$) e o software utilizado para a análise estatística foi o SPSS versão 13.0.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, sob o Processo nº 71/11, C.A.A.E. 0080.0.017.000-11 (Anexo A).

5 RESULTADOS

Durante um período de 10 anos, dentre, aproximadamente, 11.517 relatórios de avaliação de danos corporais em Direito Civil (Tabela 5.1) traumas odontológicos foram referidos em 180 deles (1,56%). Destes, 64 apresentaram lesões exclusivamente odontológicas.

Tabela 5.1 - Número de relatórios de Dano Corporal em Direito Civil realizados no INMLCF entre os anos de 2002 e 2011

Ano	Delegação do Norte (Porto)	Delegação do Centro (Coimbra)	Delegação do Sul (Lisboa)
2002	não disponível	não disponível	não disponível
2003	667	305	471
2004	614	170	519
2005	554	137	475
2006	522	185	512
2007	538	231	461
2008	306	350	467
2009	563	313	509
2010	456	309	478
2011	547	305	553
Total	4767	2305	4445

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS

A maioria das vítimas era do gênero feminino (60,9%) e suas idades variaram de 4-75 anos, com uma média de 32,83 anos (DP 16,82) (Tabela 5.2).

Tabela 5.2 - Descrição da amostra investigada

Variável	Categoria	Nº casos	%
Gênero	Feminino	39	60,9
	Masculino	25	39,1
Idade	Até 15	13	20,3
	De 16 a 30	17	26,6
	De 31 a 46	18	28,1
	Mais de 46	16	25,0

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO TRAUMÁTICO

Acidentes de trânsito foram a principal causa das injúrias (54,7%), seguidos por atropelamentos (18,8%), agressões (12,5%), responsabilidade profissional (9,4%) e outras causas (4,7%) (Tabela 5.3). Por meio dos testes Qui-quadrado e teste Exato de Fisher, verificou-se que as agressões e outras causas estavam significativamente associadas ao gênero masculino (p=0,003) (Tabela 5.4). Pelos resultados dos testes Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher, verificou-se que nenhuma variável, dentre os tipos de eventos traumáticos, foi significativamente associada à idade (Tabela 5.5).

Tabela 5.3 - Causas das lesões orofaciais

Variável	Categoria	Nº casos	%
Causas das lesões orofaciais	Acidente de trânsito	35	54,7
	Atropelamento	12	18,8
	Agressão murros e/ou pontapés	8	12,5
	Responsabilidade profissional	6	9,4
	Outros	3	4,7

Tabela 5.4 - Gênero X Causas das lesões orofaciais

Variável	Categoria	Sexo				P
		Feminino		Masculino		
		n	%	n	%	
Causas das lesões orofaciais	Acidente de trânsito	24	61,5	11	44,0	0,003**
	Atropelamento	9	23,1	3	12,0	
	Agressão murros e/ou pontapés	1	2,6	**7**	**28,0**	
	Responsabilidade profissional	5	12,8	1	4,0	
	Outros	-	-	**3**	**12,0**	

ns – não significativo; * significativo p≤0,05; ** significativo p≤0,01

Tabela 5.5 - Idade X Causas das lesões orofaciais

Variável	Categoria	Idade								P
		Até 15		De 16 a 30		De 31 a 46		Mais de 46		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Causas das lesões orofaciais	Acidente de trânsito	6	46,2	13	76,5	9	50,0	7	43,8	0,053^{ns}
	Atropelamento	5	38,5	2	11,8	4	22,2	1	6,3	
	Agressão murros e/ou pontapés	-	-	1	5,9	4	22,2	3	18,8	
	Resp. profissional	-	-	1	5,9	1	5,6	4	25,0	
	Outros	2	15,4	-	-	-	-	1	6,3	

ns – não significativo

5.3 LESÕES OROFACIAIS

Tabela 5.6 - Tipos de lesões orofaciais e reabilitações

Variável	Categoria	Nº casos	%
Fratura coronal	Ausente	50	78,1
	Presente	14	21,9
Cicatrizes	Ausente	45	70,3
	Presente	19	29,7
Perda dentária	Ausente	28	43,8
	Presente	36	56,3
Limitação da abertura bucal	Ausente	59	92,2
	Presente	5	7,8
Perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou ATM	Ausente	42	65,6
	Presente	22	34,4
Reabilitação por prótese removível	Ausente	57	89,1
	Presente	7	10,9
Reabilitação por prótese fixa	Ausente	54	84,4
	Presente	10	15,6
Reabilitação por implante	Ausente	56	87,5
	Presente	8	12,5

A mesma pessoa pode apresentar lesões múltiplas, por conseguinte, houve um aumento do número de lesões (n = 96) em relação ao número de relatórios (n = 64), considerando-se os casos em que houve lesões odontológicas isoladas. Dentre as lesões orofaciais descritas (Tabela 5.6) (Figura 5.1), a perda dentária esteve presente em 56,3% da amostra, assim como a perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou articulação temporomandibular em 34,4%, cicatriz em 29,7%, fratura coronal em 21,9% e limitação da abertura bucal em 7,8%. No momento do exame pericial, 69,4% das perdas dentárias já haviam passado por tratamentos reabilitadores (n = 25) (Tabela 5.6) (Figura 5.1), notando-se a presença de próteses fixas em 15,6%, implantes em 12,5%, e próteses removíveis em 10,9%.

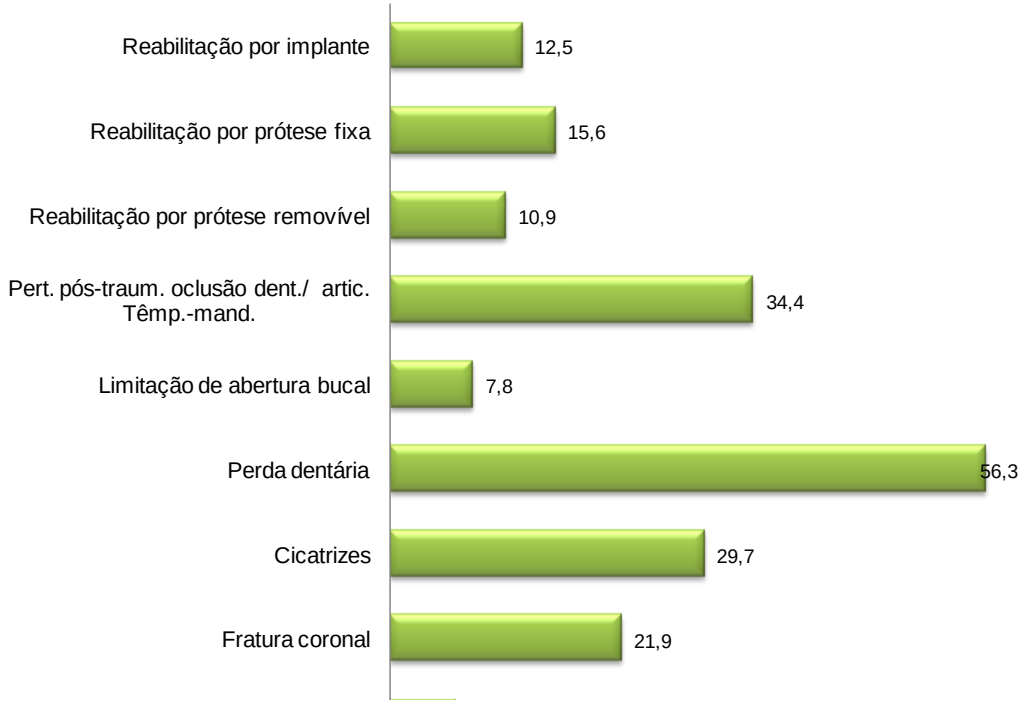

Figura 5.1 - Tipos de lesões orofaciais e reabilitações

Tabela 5.7 - Gênero X Lesões orofaciais e reabilitações

Variável	Categoria	Gênero				p
		Feminino		Masculino		
		n	%	N	%	
Fratura coronal	Ausente	31	79,5	19	76,0	0,765^{ns}
	Presente	8	20,5	6	24,0	
Cicatrizes	Ausente	26	66,7	19	76,0	0,425^{ns}
	Presente	13	33,3	6	24,0	
Perda dentária	Ausente	16	41,0	12	48,0	0,583^{ns}
	Presente	23	59,0	13	52,0	
Limitação da abertura bucal	Ausente	35	89,7	24	96,0	0,345^{ns}
	Presente	4	10,3	1	4,0	
Perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou ATM	Ausente	26	66,7	16	64,0	0,827^{ns}
	Presente	13	33,3	9	36,0	
Reabilitação por prótese removível	Ausente	34	87,2	23	92,0	0,434^{ns}
	Presente	5	12,8	2	8,0	
Reabilitação por prótese fixa	Ausente	31	79,5	23	92,0	0,179^{ns}
	Presente	8	20,5	2	8,0	
Reabilitação por implante	Ausente	34	87,2	22	88,0	1,000^{ns}
	Presente	5	12,8	3	12,0	

ns – não significativo; * significativo p≤0,05; ** significativo p≤0,01

Tabela 5.8 - Idade X Lesões orofaciais e reabilitações.

Variável	Categoria	Idade								p
		Até 15		De 16 a 30		De 31 a 46		Mais de 46		
		n	%	n	%	n	%	N	%	
Fratura coronal	Ausente	9	69,2	15	88,2	14	77,8	12	75,0	0,648^{ns}
	Presente	4	30,8	2	11,8	4	22,2	4	25,0	
Cicatrizes	Ausente	9	69,2	12	70,6	13	72,2	11	68,8	1,000^{ns}
	Presente	4	30,8	5	29,4	5	27,8	5	31,3	
Perda dentária	Ausente	7	53,8	8	47,1	6	33,3	7	43,8	0,704^{ns}
	Presente	6	46,2	9	52,9	12	66,7	9	56,3	
Limitação da abertura bucal	Ausente	13	100,0	15	88,2	16	88,9	15	93,8	0,750^{ns}
	Presente	-	-	2	11,8	2	11,1	1	6,3	
Perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou ATM	Ausente	5	38,5	10	58,8	15	83,3	12	75,0	0,052^{ns}
	Presente	8	61,5	7	41,2	3	16,7	4	25,0	
Reabilitação por prótese removível	Ausente	11	84,6	16	94,1	17	94,4	13	81,3	0,581^{ns}
	Presente	2	15,4	1	5,9	1	5,6	3	18,8	
Reabilitação por prótese fixa	Ausente	13	100,0	13	76,5	13	72,2	15	93,8	0,098^{ns}
	Presente	-	-	4	23,5	5	27,8	1	6,3	
Reabilitação por implante	Ausente	11	84,6	15	88,2	14	77,8	16	100,0	0,282^{ns}
	Presente	2	15,4	2	11,8	4	22,2	-	-	

ns – não significativo

Dentre as lesões orofaciais descritas e tipos de reabilitações, verificou-se que nenhuma variável foi significativamente associada ao gênero (Tabela 5.7) ou à idade (Tabela 5.8).

5.4 PARÂMETROS DE DANO CORPORAL

Os parâmetros de avaliação de danos corporais analisados foram: déficit funcional (total e parcial, geral e profissional), *Quantum Doloris*, dano estético permanente, repercussão permanente na atividade profissional, repercussão na atividade sexual, repercussão nas atividades desportivas e de lazer, déficit funcional permanente, dependências e dano futuro. Relatórios forenses que referiram danos

odontológicos isolados representaram 36% do número total de casos estudados (n = 64). Nos relatórios analisados, o estado anterior esteve presente em 6,3% dos casos (n = 4) e não foi significativamente associado ao gênero (Tabela 5.9) ou à idade (Tabela 5.10).

Tabela 5.9 - Gênero X Estado anterior

Variável	Categoria	Gênero				p
		Feminino		Masculino		
		n	%	N	%	
Estado anterior	Ausente	36	92,3	24	96,0	1,000^{ns}
	Presente	3	7,7	1	4,0	

ns – não significativo; * significativo p≤0,05; ** significativo p≤0,01

Tabela 5.10 - Idade X Estado anterior

Variável	Categoria	Idade								p
		Até 15		De 16 a 30		De 31 a 46		Mais de 46		
		n	%	n	%	n	%	N	%	
Estado anterior	Ausente	13	100,0	17	100,0	17	94,4	13	81,3	0,106^{ns}
	Presente	-	-	-	-	1	5,6	3	18,8	

ns – não significativo

O tempo de cura ou consolidação das lesões foi de mais de 180 dias (43,8%), sendo que 29,7% se curaram ou se consolidaram, entre 31 e 180 dias, e 26,6 % delas em até 30 dias (Tabela 5.11). Também não foi significativamente associado ao gênero (Tabela 5.12) ou à idade (Tabela 5.13).

Tabela 5.11 - Tempo de consolidação

Variável	Categoria	Nº casos	%
Tempo de Consolidação	Até 30 dias	17	26,6
	31 a 180 dias	19	29,7
	Mais de 180 dias	28	43,8

Tabela 5.12 - Gênero X Tempo de consolidação

Variável	Categoria	Sexo				p
		Feminino		Masculino		
		n	%	n	%	
Tempo de Consolidação	Até 30 dias	8	20,5	9	36,0	0,263^{ns}
	31 a 180 dias	14	35,9	5	20,0	
	Mais de 180 dias	17	43,6	11	44,0	

ns – não significativo; * significativo p≤0,05; ** significativo p≤0,01

Tabela 5.13 - Idade X Tempo de consolidação

Variável	Categoria	Idade								p
		Até 15		De 16 a 30		De 31 a 46		Mais de 46		
		n	%	n	%	n	%	N	%	
Tempo de Consolidação	Até 30 dias	3	23,1	4	23,5	3	16,7	7	43,8	0,285^{ns}
	31 a 180 dias	3	23,1	6	35,3	4	22,2	6	37,5	
	Mais de 180 dias	7	53,8	7	41,2	11	61,1	3	18,8	

ns – não significativo

5.4.1 Parâmetros de Danos Temporários

Tabela 5.14 - Parâmetros de avaliação de Danos Temporários (médias)

	Danos Temporários				
	DFTT	DFTP	RTAPT	RTAPP	QD
Máximo	180	3527	1018	2299	5
Mínimo	0	0	0	0	1
Média	25.23	330.88	110.36	172.6	3.27
Desvio Padrão	34.11	562.69	212.97	447.4	1.1

Tabela 5.15 - Descrição dos parâmetros relacionados aos Danos Temporários

Variável	Categoria	Nº casos	%
DFTT (Déficit funcional temporário total)	Até 30 dias	51	79,7
	31 a 180 dias	13	20,3
DFTP (Déficit funcional temporário parcial)	Até 30 dias	17	26,6
	31 a 180 dias	21	32,8
	Mais de 180 dias	26	40,6
RTAPT (Repercussão temporária na atividade profissional total)	Até 30 dias	37	57,8
	31 a 180 dias	14	21,9
	Mais de 180 dias	13	20,3
RTAPP (Repercussão temporária na atividade profissional parcial)	Até 30 dias	45	70,3
	31 a 180 dias	7	10,9
	Mais de 180 dias	12	18,8
Quantum Doloris	Muito ligeiro	5	7,8
	Ligeiro	9	14,1
	Moderado	22	34,4
	Médio	20	31,3
	Considerável	8	12,5

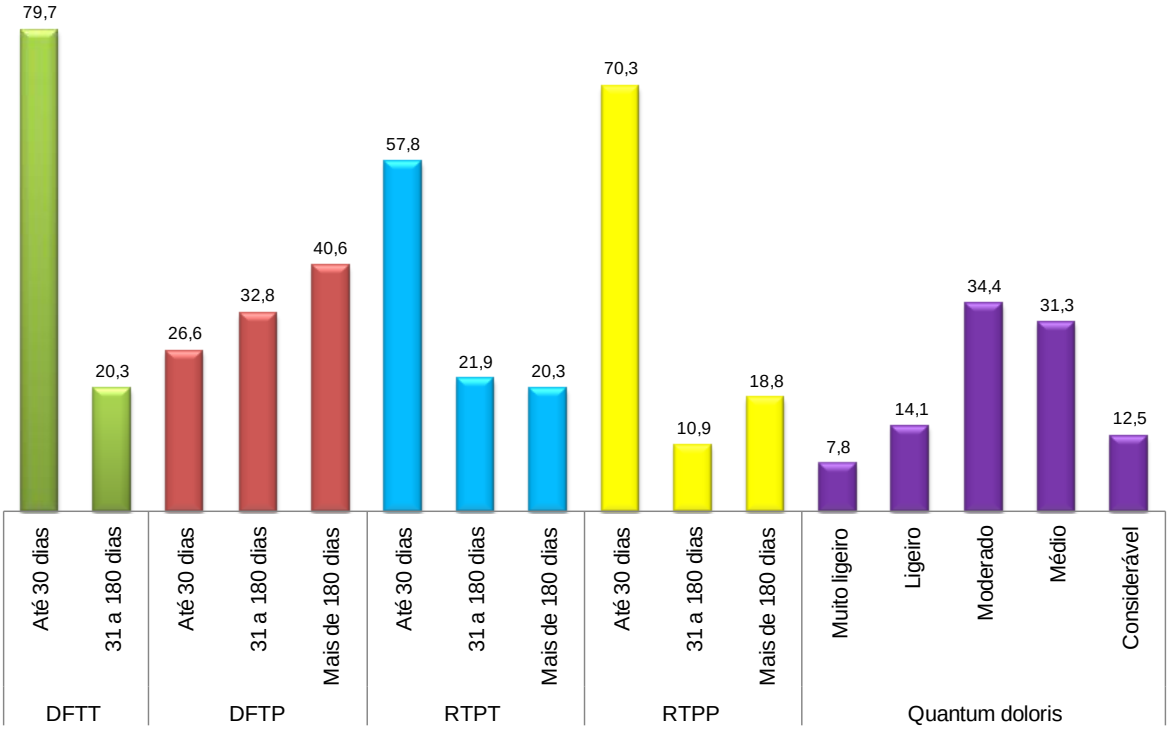

Figura 5.2 - Descrição dos parâmetros relacionados aos Danos Temporários

Tabela 5.16 - Comparação dos parâmetros de avaliação dos Danos Temporários entre os gêneros

Variável	Categoria	Gênero				P
		Feminino		Masculino		
		n	%	n	%	
DFTT	Até 30 dias	31	79,5	20	80,0	0,960^{ns}
	31 a 180 dias	8	20,5	5	20,0	
DFTP	Até 30 dias	8	20,5	9	36,0	0,309^{ns}
	31 a 180 dias	15	38,5	6	24,0	
	Mais de 180 dias	16	41,0	10	40,0	
RTAPT	Até 30 dias	21	53,8	16	64,0	0,305^{ns}
	31 a 180 dias	11	28,2	3	12,0	
	Mais de 180 dias	7	17,9	6	24,0	
RTAPP	Até 30 dias	30	76,9	15	60,0	0,030*
	31 a 180 dias	1	2,6	**6**	**24,0**	
	Mais de 180 dias	8	20,5	4	16,0	
Quantum Doloris	Muito ligeiro	4	10,3	1	4,0	0,934^{ns}
	Ligeiro	6	15,4	3	12,0	
	Moderado	13	33,3	9	36,0	
	Médio	11	28,2	9	36,0	
	Considerável	5	12,8	3	12,0	

ns – não significativo; * significativo p≤0,05; ** significativo p≤0,01

Para os parâmetros relacionados aos danos temporários, pelos resultados dos testes Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher, verificou-se que a única variável significativamente associada ao gênero foi RTPP (Repercussão Temporária na Atividade Profissional Parcial). Para esta variável, observou-se que o período de 31 a 180 dias foi significativamente associado ao gênero masculino (p=0,030) (Tabela 5.16). A única variável significativamente associada à idade foi *Quantum Doloris*. Para esta variável, observou-se que a categoria *ligeiro* foi significativamente associada à faixa de idade *mais de 46 anos* e a categoria *médio* à faixa *até 15 anos* (p=0,013) (Tabela 5.17).

Tabela 5.17 - Comparação dos parâmetros de avaliação dos Danos Temporários entre as faixas de idade

Variável	Categoria	Idade								p
		Até 15		De 16 a 30		De 31 a 46		Mais de 46		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
DFTT	Até 30 dias	8	61,5	13	76,5	16	88,9	14	87,5	0,254^{ns}
	31 a 180 dias	5	38,5	4	23,5	2	11,1	2	12,5	
DFTP	Até 30 dias	3	23,1	3	17,6	4	22,2	7	43,8	0,152^{ns}
	31 a 180 dias	3	23,1	7	41,2	4	22,2	7	43,8	
	Mais de 180 dias	7	53,8	7	41,2	10	55,6	2	12,5	
RTAPT	Até 30 dias	8	61,5	7	41,2	9	50,0	13	81,3	0,160^{ns}
	31 a 180 dias	3	23,1	4	23,5	4	22,2	3	18,8	
	Mais de 180 dias	2	15,4	6	35,3	5	27,8	-	-	
RTAPP	Até 30 dias	8	61,5	13	76,5	11	61,1	13	81,3	0,136^{ns}
	31 a 180 dias	1	7,7	2	11,8	1	5,6	3	18,8	
	Mais de 180 dias	4	30,8	2	11,8	6	33,3	-	-	
Quantum Doloris	Muito ligeiro	1	7,7	-	-	2	11,1	2	12,5	0,013*
	Ligeiro	-	-	3	17,6	1	5,6	**5**	**31,3**	
	Moderado	1	7,7	8	47,1	6	33,3	7	43,8	
	Médio	**8**	**61,5**	3	17,6	7	38,9	2	12,5	
	Considerável	3	23,1	3	17,6	2	11,1	-	-	

ns – não significativo; * significativo p≤0,05; ** significativo p≤0,01

5.4.2 Parâmetros de Danos Permanentes

Tabela 5.18 - Parâmetros de avaliação de Danos Permanentes (médias)

	Danos Permanentes				
	DEP	**RPAP**	**RAS**	**RADL**	**DFP**
Máximo	5	2	3	7	30
Mínimo	0	1	0	0	0
Média	1.69	1.22	0.09	0.61	6.6
Desvio Padrão	1.37	0.42	0.53	1.23	8.03

Tabela 5.19 - Descrição dos parâmetros relacionados aos Danos Permanentes

Variável	Categoria	Nº casos	%
DEP (Dano estético permanente)	0	16	25,0
	Muito ligeiro	13	20,3
	Ligeiro	20	31,3
	Moderado	6	9,4
	Médio	8	12,5
	Considerável	1	1,6
RPAP (Repercussão permanente na atividade profissional)	Compatível	50	78,1
	Compatível com esforços	14	21,9
RAS (Repercussão na atividade sexual)	0	62	96,9
	Moderado	2	3,1
RADL (Repercussão nas atividades desportivas e de lazer)	0	46	71,9
	Muito ligeiro	6	9,4
	Ligeiro	7	10,9
	Moderado	4	6,3
	Muito importante	1	1,6
Dependências	Ausente	57	89,1
	Presente	7	10,9
DF (Dano futuro)	Ausente	48	75,0
	Presente	16	25,0

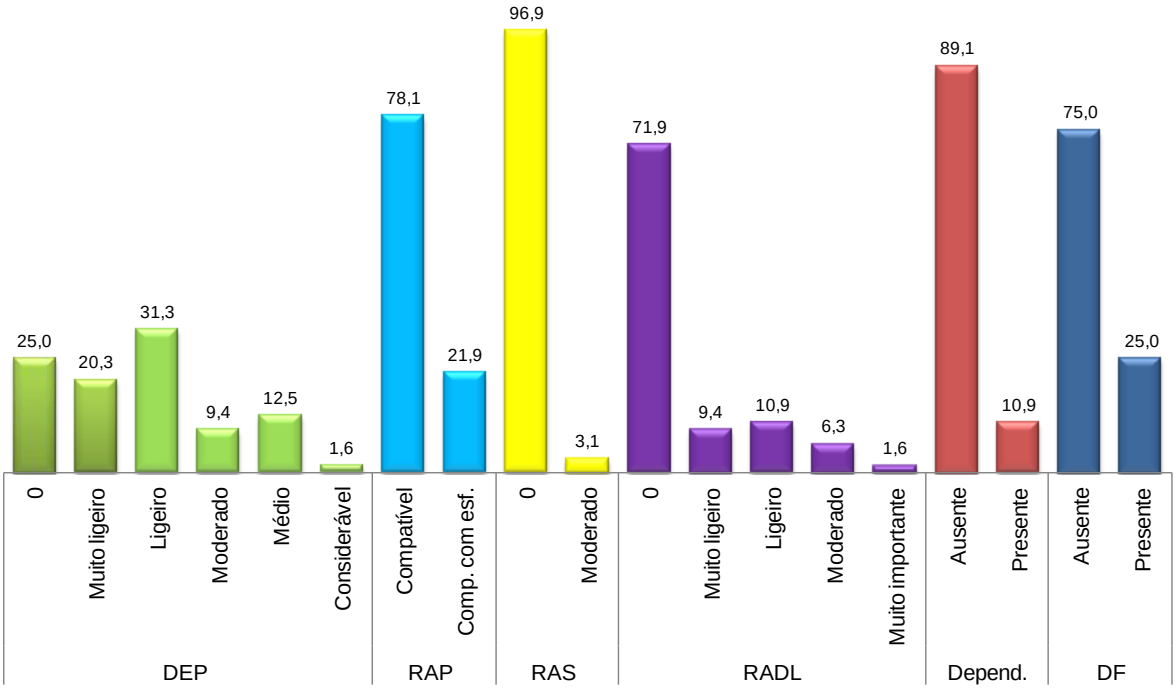

Figura 5.3 - Descrição dos parâmetros relacionados aos Danos Permanentes

Tabela 5.20 - Comparação dos parâmetros de avaliação dos Danos Permanentes entre os gêneros

Variável	Categoria	Gênero				p
		Feminino		Masculino		
		n	%	n	%	
DEP	0	13	33,3	3	12,0	0,125^{ns}
	Muito ligeiro	5	12,8	8	32,0	
	Ligeiro	13	33,3	7	28,0	
	Moderado	2	5,1	4	16,0	
	Médio	5	12,8	3	12,0	
	Considerável	1	2,6	-	-	
RPAP	Compatível	31	79,5	19	76,0	0,742^{ns}
	Compatível com esforços	8	20,5	6	24,0	
RAS	0	37	94,9	25	100,0	
	Moderado	2	5,1	-	-	
RADL	0	30	76,9	16	64,0	0,372^{ns}
	Muito ligeiro	2	5,1	4	16,0	
	Ligeiro	4	10,3	3	12,0	
	Moderado	3	7,7	1	4,0	
	Muito importante	-	-	1	4,0	
Dependências	Ausente	32	82,1	**25**	**100,0**	0,025*
	Presente	**7**	**17,9**	-	-	
DF	Ausente	30	76,9	18	72,0	0,657^{ns}
	Presente	9	23,1	7	28,0	

ns – não significativo; * significativo p≤0,05; ** significativo p≤0,01

Para os parâmetros relacionados aos danos permanentes, verificou-se que a única variável significativamente associada ao gênero foi *dependência*. Para esta variável, observou-se que a categoria *ausente* foi significativamente associada ao gênero masculino e a categoria *presente*, ao feminino (p=0,025) (Tabela 5.20). As variáveis significativamente associadas à idade foram (Tabela 5.21):

- RAS (Repercussão na Atividade Sexual): para esta variável observou-se que a categoria *moderado* foi significativamente associada à faixa de idade *até 15 anos* (p=0,039).
- RADL (Repercussão nas Atividades Desportivas e de Lazer): para esta variável, observou-se que a categoria *moderado* foi significativamente associada à faixa de idade *até 15 anos* (p=0,026).
- DF (Dano Futuro): para esta variável, observou-se que a categoria *presente* foi significativamente associada à faixa de idade *até 15 anos* (p=0,010).

Tabela 5.21 - Comparação dos parâmetros de avaliação dos Danos Permanentes entre as faixas de idade

Variável	Categoria	Idade								p
		Até 15		De 16 a 30		De 31 a 46		Mais de 46		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
DEP	0	2	15,4	2	11,8	5	27,8	7	43,8	0,398^{ns}
	Muito ligeiro	2	15,4	4	23,5	4	22,2	3	18,8	
	Ligeiro	3	23,1	7	41,2	5	27,8	5	31,3	
	Moderado	1	7,7	1	5,9	3	16,7	1	6,3	
	Médio	4	30,8	3	17,6	1	5,6	-	-	
	Considerável	1	7,7	-	-	-	-	-	-	
RPAP	Compatível	9	69,2	11	64,7	15	83,3	15	93,8	0,172^{ns}
	Comp.c/ esforços	4	30,8	6	35,3	3	16,7	1	6,3	
RAS	0	11	84,6	17	100,0	18	100,0	16	100,0	0,039*
	Moderado	**2**	**15,4**	-	-	-	-	-	-	
RADL	0	7	53,8	10	58,8	16	88,9	13	81,3	0,026*
	Muito ligeiro	3	23,1	1	5,9	-	-	2	12,5	
	Ligeiro	-	-	4	23,5	2	11,1	1	6,3	
	Moderado	**3**	**23,1**	1	5,9	-	-	-	-	
	Muito importante	-	-	1	5,9	-	-	-	-	
Dependências	Ausente	12	92,3	16	94,1	15	83,3	14	87,5	0,793^{ns}
	Presente	1	7,7	1	5,9	3	16,7	2	12,5	
DF	Ausente	5	38,5	13	76,5	16	88,9	14	87,5	0,010**
	Presente	**8**	**61,5**	4	23,5	2	11,1	2	12,5	

ns – não significativo; * significativo p≤0,05; ** significativo p≤0,01

A média dos valores de DFP (Déficit funcional permanente) foi de 6,63 (DP 8,03). De acordo com resultados do teste não-paramétrico de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, verificou-se que não houve diferença significativa para os valores de DFP entre os gêneros (Tabela 5.22) ou entre as faixas de idade (Tabela 5.23).

Tabela 5.22 - Comparação dos valores de DFP entre os gêneros

Gênero	n	DFP				p
		Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	
Feminino	39	0	27	6,4	7,8	0,604^{ns}
Masculino	25	0	30	7,0	8,5	
Total	64	0	30	6,6	8,0	

ns – não significativo; * significativo p≤0,05; ** significativo p≤0,01

Tabela 5.23 - Comparação dos valores de DFP entre as faixas de idade

Idade	n	DFP				p
		Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	
Até 15	13	0	25	12,7	10,7	0,219^{ns}
De 16 a 30	17	0	30	7,9	9,8	
De 31 a 46	18	0	10	3,7	3,4	
Mais de 46	16	0	10	3,7	3,3	
Total	64	0	30	6,6	8,0	

ns – não significativo; * significativo p≤0,05; ** significativo p≤0,01

6 DISCUSSÃO

Embora já se tenha comprovado prejuízo funcional que os danos às estruturas do sistema estomatognático acarretam ao indivíduo, apenas recentemente a saúde bucal tem sido considerada como parte integrante da saúde geral e como fator de influência na qualidade de vida nos níveis biológicos, psicológicos e sociais (86, 131, 132).

As perícias para avaliação do dano corporal têm como objetivo final orientar a reparação integral dos danos na pessoa, quer sejam de natureza econômica ou não econômica, de forma justa e adequada às reais necessidades das vítimas (24). Por outro lado, o objetivo principal da reparação será ajudar a vítima, de uma forma não estandardizada, mas adaptada às particularidades do seu estado, de modo a repor a sua situação de vida tal como era antes do evento. Desta forma, o dano indenizável deverá residir muito menos nas sequelas anátomo-fisiológicas do que nas múltiplas consequências no plano da vida cotidiana, da vida afetiva, familiar e da vida profissional ou de formação (11, 15, 17, 23, 43, 120, 133).

Os resultados, no que se refere à caracterização dos casos em análise, estão, em linhas gerais, de acordo com a literatura quanto às características das vítimas, bem como ao tipo de lesões e sequelas resultantes e sua localização (11, 15, 17, 43, 133).

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS

Conforme os resultados obtidos, houve a predominância de vítimas do gênero feminino, contrariando os resultados de diversas pesquisas (17, 43, 72, 78, 79, 120, 133). Este fato pode ser explicado pelo maior cuidado que as mulheres têm com a saúde. No entanto, no que se refere às agressões, estas foram associadas ao gênero masculino. O homem, ser mais atingido por traumas, não obedece a nenhuma lei biológica, mas deve-se a fatores culturais (15). A soma dos indivíduos das faixas etárias compreendidas entre 16 a 30 anos e daqueles entre 31 a 46 anos

resultou em 54,7%, ratificando os resultados de outro estudo (34). Os homens de meia idade, entre 21 e 40 anos, envolvem-se em mais acidentes de trânsito e agressão física que as mulheres (15).

A média de idade (32,83 anos) coincidiu com a média de 30 anos (correspondendo o pico mais elevado às idades compreendidas entre os 21 e os 40 anos – 67%) encontrada em outro estudo, que realizou uma reflexão sobre a avaliação do dano corporal pós-traumático por acidentes de viação e de trabalho em Angola (133).

6.2 CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO TRAUMÁTICO

As lesões orofaciais apresentam como causas mais frequentes as quedas, colisões, atividades esportivas (78, 79, 134), sendo que os dentes se apresentam particularmente mais vulneráveis em acidentes de trânsito e violência (17).

Acidentes automobilísticos foram a principal causa dos traumas faciais, 73,5% do total avaliado (acidente de trânsito 54,7% e atropelamento 18,8%), concordando com outros estudos (8, 15, 43). As agressões representaram 12,5% do total das causas. Em contrapartida, outros estudos observaram mudança na frequência do agente etiológico, afirmando que as ofensas promovidas por comportamento agressivo superaram aquelas por acidente de trânsito (135). Em acréscimo, observa-se a importância de medida educativa e preventiva para a população.

6.3 LESÕES OROFACIAIS

Um estudo sobre lesões resultantes de acidentes de trânsito no Porto (43) constatou que lesões orofaciais podem ter várias consequências em longo prazo. Apontou, ainda, uma prevalência de 38,6% de lesões de tecidos moles da boca em

relação a todas as sequelas corporais (n = 194), que podem ter tanto consequências funcionais quanto estéticas. Sequelas dentais e periodontais foram as segundas mais prevalentes, com ausências dentais, sendo as sequelas orgânicas permanentes mais frequentemente identificadas (46,7%), concordando com nossos achados.

Dentre os estudos de base populacional, é consenso que as fraturas coronárias são as injúrias mais prevalentes (79-82), tendo sido constatado que a grande maioria permanece sem o tratamento adequado (136-139). Apesar desta pesquisa ter apontado a perda dentária como lesão mais frequente e tendo em conta a classificação dos traumatismos dos dentes realizada por Andreasen (72, 136), podemos sugerir que fraturas dentárias sejam valorizadas no dano corporal, já que estiveram presentes em 21,9% da nossa amostra e em 8,9% do total de lesões do estudo realizado no Porto (43). Atualmente, esta lesão não é contemplada pela Tabela Nacional de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil (118), que atribui um valor de Déficit funcional permanente para cada tipo de sequela. As fraturas da coroa correspondem à perda de tecidos dentários, particularmente, de esmalte, um tecido que não se forma na vida do indivíduo após a erupção dentária e sua reabilitação não restitui *ad intregrum* o indivíduo. Este valor de incapacidade pode variar consoante o material de reabilitação, tipo de restauração (direta ou indireta).

Muitos estudos (140-146) enfocam lesões orofaciais e não suas sequelas. Entretanto, o acompanhamento destas é de extrema importância para a correta avaliação, quer seja em âmbito clínico ou pericial.

6.4 PARÂMETROS DE DANOS CORPORAIS

No Brasil, não existe um modelo de relatório pericial de avaliação do dano corporal em Direito Civil, o que impede a harmonização das práticas. Este modelo supre a necessária definição dos diversos parâmetros de dano que serão avaliados. O modelo de relatório (115, 116), atualmente, em vigor no INMLCF para a avaliação

do dano corporal pós-traumático é perfeitamente adaptável às necessidades deste país. Inclui “Preâmbulo”, “Informação”, “Estado atual”, “Discussão” e “Conclusões”.

A grande e importante diferença em relação aos diversos relatórios periciais adotados por outros países encontra-se no capítulo da “Discussão”. Neste, incluiu-se a discussão do nexo de causalidade e a definição da data da cura ou de consolidação médico/odonto-legal das lesões. Em seguida, procede-se à interpretação dos resultados do exame efetuado, relatados em dois possíveis momentos: período de danos temporários e período de danos permanentes. Nesta avaliação, contemplam-se danos patrimoniais (econômicos) e não patrimoniais (não econômicos), dentro do princípio geral da reparação integral dos danos (115, 116).

Neste estudo, o tempo de cura ou consolidação das lesões foi superior a 180 dias, ou seja, 43,8% delas precisaram deste período para desaparecer ou estabilizarem-se. A data de consolidação é aquela a que se recorre quando as lesões se estabilizaram, tendo, contudo, resultado em sequelas que, do ponto de vista médico/odonto-legal, não são suscetíveis de significativa evolução. Já a cura acontece nos casos em que não resultem sequelas. Assim, a data de cura ou consolidação é fundamental para separar os períodos de dano temporário e de dano permanente e, desta forma, quantificar os primeiros (que terminam na data de cura) (115).

As informações relativas ao estado anterior, presente em apenas 6,3% dos relatórios, confirmam-se, por outro estudo (133), em que apenas em um caso dos relatórios periciais constava o antecedente psiquiátrico, não havendo qualquer outra referência a este aspeto nos restantes relatórios.

6.4.1 Parâmetros de Danos Temporários

Apesar do longo período encontrado entre a data do evento traumático e a data de cura ou consolidação das lesões, o tempo de afastamento das atividades gerais e de trabalho foi de até 30 dias. Avaliar a extensão da incapacidade do desfigurado facial é extremamente difícil, uma vez que três aspectos ocorrem simultaneamente: funcional, anatômico e situacional (18, 23). A reabilitação de

traumatismos orofaciais pode demandar tratamentos especializados e de longa duração, o que implica limitações especiais, pois o indivíduo pode estar apto fisicamente para o exercício de atividades gerais, mas não psicologicamente.

No âmbito da Odontologia, o tempo de execução de uma reabilitação, ora dependente de uma etapa laboratorial ou de um tratamento ortodôntico, o que estende o intervalo de tempo para a datação da reabilitação clínica total (*restituim ad integrum*). Isso explica os longos períodos (médios) de incapacidade encontrados, antes de estratificá-los.

Por outro lado, a introdução no meio científico de novas tecnologias podem reajustar parâmetros de valorização já atribuídos, destacando-se a necessidade de uma avaliação extra, intermediária ou após a uma atribuição definitiva anterior.

O referido estudo realizado no Porto (43) também avaliou o impacto emocional atribuído às lesões orofaciais e, assim como em nossa investigação, o *Quantum Doloris* foi atribuído em todos os casos. A categoria máxima encontrada no primeiro foi 7 (muito importante), enquanto obtivemos um grau máximo de 5 (considerável). No entanto, as médias foram coincidentes, 3.45 (DP 1.6) e 3.27 (DP 1.1), respectivamente.

Em uma pesquisa, os sentimentos relatados com a perda dentária foram bastante negativos, deixando claro que esses não são decorrentes apenas dos problemas estéticos ou funcionais que o dano odontológico traz, mas também porque os dentes e a boca têm um significado psicológico importante na formação do psiquismo humano. Segundo os autores, os pacientes se sentiram apavorados, envergonhados e tiveram a sensação de perda irreparável (2). Na verdade, as pessoas não estão preparadas para a perda de seus dentes e não avaliam o impacto que este fato terá nas suas vidas.

6.4.2 Parâmetros de Danos Permanentes

Em relação aos valores de déficit funcional permanente atribuídos (DFP), obtivemos uma média de 21.7 para lesões corporais e 6.6 para lesões odontológicas isoladas, concordando com outros achados (43) que apontam médias de 20.5 e 9.4, respectivamente.

Na verdade, o desdentado não é considerado doente. As perdas dentárias e de demais estruturas do sistema estomatognático são tratadas diferentemente de perdas de outras estruturas do corpo. Tais condições não provocam nenhuma simpatia especial e, ao contrário, espera-se que a pessoa se recupere sem maiores problemas. Uma reação mais exacerbada pode ser considerada como uma deficiência na psique ou personalidade (40).

Dos traumatismos faciais podem decorrer sequelas funcionais e estéticas permanentes. A face, mais do que qualquer outra região do corpo, é atingida por alterações estáticas, uma vez que é sempre visível, sendo os danos percebidos de imediato (15, 37). De acordo com os dados desta pesquisa, 69,4% das perdas dentárias estavam reabilitadas de alguma forma (implante, prótese fixa ou removível) no momento da avaliação, o que sugere uma preocupação com a estética e função, demonstrando como essas lesões podem afetar consideravelmente a vida da vítima.

A função estética dos dentes é, muitas vezes, considerada mais importante que a função mastigatória. Sob o ponto de vista subjetivo, já se verificou que a perda de elementos localizados mais posteriormente na boca tem pouco ou nenhum impacto na vida das pessoas, diferentemente da perda dental total ou de dentes anteriores, que motiva as pessoas a buscar tratamento para sua substituição (32, 147).

O dano estético atribuído às lesões resultantes de acidentes automobilísticos também foi avaliado pelo estudo realizado no Porto (43). Houve casos em que o dano estético também não foi atribuído. A categoria máxima encontrada foi 4 (médio), com média de 1,64 (DP 1,2), concordando com nossos achados, em que a média foi de 1,69 (DP 1,37) e a categoria máxima foi 5 (considerável).

Estes resultados divergem de um estudo (148) que objetivou analisar as diretrizes para a avaliação do dano estético relacionado à perda dentária anterior superior. Foram analisados o grau de gravidade de perdas dentárias anteriores superiores – um, dois, três, quatro, cinco, seis dentes, dois e três dentes alternados, e a avaliação da gravidade do dano entre médicos e dentistas. A amostra investigada avaliou estes danos de acordo com a mesma escala utilizada em nosso estudo. Verificou-se que, pela metodologia europeia de avaliação do dano estético, mais da metade do total de atribuições de grau de severidade entre todos os grupos de sequelas odontológicas apresentadas foram situadas entre os graus 6 (25%) e 7 (53%) numa escala de sete graus de gravidade crescente. Apesar do conceito de dano estético ter sido semelhante entre as áreas médica e odontológica no Brasil, foi demonstrada ausência de parâmetros para aplicação da metodologia apresentada, tendo em vista que, para os diferentes prejuízos gerados pelos diferentes danos, a percepção estética foi alta (148).

Isso se deve à falta de parâmetros para avaliação de um dano de caráter subjetivo e reforça a ideia de que lesões similares são quantificadas de formas diferentes, acarretando prejuízos aos que sofreram as injúrias e que necessitam ser indenizados. A dificuldade de conceituar o dano estético e valorá-lo pauta-se nas próprias metodologias em uso, que não são claras em relação ao critério valorador (148).

Existe, ainda, o fato de que, em Portugal, as lesões são avaliadas por médicos-dentistas, enquanto no Brasil, elas somente são avaliadas por cirurgiões-dentistas nos Institutos Médicos Legais que possuem esse profissional. De outra maneira, ainda hoje existem avaliações odontolegais realizadas por médicos. O fato dos médicos terem avaliado alguns danos de maneira menos severa revela, possivelmente, a noção que estes profissionais têm do indivíduo como um todo, não apenas focando suas atenções no sorriso. Ou ainda por entenderem que é possível repará-las cirurgicamente ou com auxílio de próteses (16). O mesmo não acontece com os cirurgiões-dentistas, que têm a tendência de supervalorar as injúrias que acometem o sistema estomatognático (148). Pode-se observar, ainda, uma sobrevaloração da alteração estética devido à importância que a sociedade brasileira atribui à beleza, tendo em vista que cada cultura condiciona seus

integrantes no tocante à percepção para pormenores ou fragmentos corporais considerados atraentes ou desagradáveis (34).

O Código Civil de 2002 (149) não regulamentou de forma específica o dano estético, sendo enquadrado por muitos, na categoria de “outros prejuízos”. Dessa forma, o dano estético não se restringe à deformidade, que é caracterizada por lesões de grande monta, nem ao aleijão, que seria a amputação de membros, podendo ser caracterizado como qualquer atentado à integridade corporal, que abrange a integridade da aparência física em todos os seus aspectos, como a imagem, a voz, o modo de andar, de gesticular, de comportar-se.

Neste trabalho, as categorias médio e moderado tiveram maior número de atribuições na faixa etária de até 15 anos e no gênero feminino. Uma hipótese explicativa para este achado, pode ser a maior utilização dos serviços odontológicos pelo sexo feminino, tanto por razões de cuidado com a saúde, quanto por motivos estéticos (150). No entanto, estes dados não foram estatisticamente significativos, o que sugere a necessidade da realização de outros estudos para que, com uma amostra maior, estes dados sejam confirmados. Ainda que muitos estudos sobre dano estético sejam europeus, entendemos que pesquisas junto a outros países também seriam importantes para dimensionar a existência e, principalmente, a utilização de outras metodologias para valoração desse tipo de dano.

As dependências podem ser temporárias ou permanentes, sendo valorizadas mais frequentemente as permanentes. Estas dependências podem ser relativas a diversos tipos de necessidades, como ajudas medicamentosas, tratamentos médicos regulares, ajudas técnicas, adaptação do domicílio, ajuda de terceira pessoa (20, 116, 151). Neste estudo, a atribuição das dependências foi significativamente associada ao sexo feminino, e pode ser justificado pela complexidade das lesões e fragilidade maior deste biótipo.

Ao longo dos anos, o tempo de avaliação do dano corporal em relação às tecnologias de reabilitação e gravidade do evento, tem sido maior, ocorrendo a necessidade de uma avaliação intermediária, ou mesmo de uma reavaliação do valor de incapacidade atribuído (DFP). Esta reavaliação tem relação com a visão atualizada à realidade do momento na integração do individuo na sociedade e na sua atividade profissional (152).

No Brasil, ao contrário do que acontece com a maior parte dos países Europeus, não se incluem, nos laudos periciais, as necessidades futuras da vítima e os seus custos inerentes, descrevendo-se e valorizando-se estas necessidades. Atualmente, o Dano Futuro não consta do modelo oficial de relatório do INMLCF, no entanto era atribuído como um acréscimo ao valor da incapacidade permanente nos relatórios utilizados nesta pesquisa. Em nosso estudo, o dano futuro foi significativamente associado à faixa etária de até 15 anos, o que demonstra uma preocupação com o prognóstico incerto de algumas lesões odontológicas. Este achado é corroborado por autores que relatam que a manutenção funcional e estética na adolescência pode se constituir em medidas preventivas de maiores agravos na fase adulta (150). Em um estudo de coorte, pesquisadores encontraram um maior índice de cuidado – medida que indica o uso de serviços odontológicos – para adolescentes, independente da trajetória socioeconômica familiar vivenciada (153).

A avaliação do dano corporal pós-traumático em Direito Civil, no Brasil, não obedece qualquer tipo de norma, como dito anteriormente. Acresce que os procedimentos com vista à avaliação e reparação dos danos não estão legalmente regulamentados. Por isso, além da definição de normas para avaliação do dano corporal, existe também a necessidade de se definir, em termos legais, e de uma forma clara, um sistema organizacional, bem como de repensar a formação dos peritos (133).

É imprescindível uma reforma nas normativas judiciais que introduza o Brasil em um sistema de arbitragem semelhante a países mais avançados na área de avaliação do dano corporal (118, 125-127, 129), com peritos adequadamente qualificados, resultando em menor intervenção dos tribunais de justiça.

Por meio deste estudo, pode-se dizer que as normas portuguesas para avaliação do dano odontológico, com as devidas observações à realidade brasileira, sobretudo aos aspetos legais, podem facilmente ser adaptadas à situação legal nacional. Desta maneira, poderiam constituir um importante contributo à promoção da qualidade das perícias efetuadas no Brasil, orientando-as melhor para o objetivo que se propõem servir, já que, como comprovado pela literatura, a ausência de uma metodologia promove a realização de relatórios incompletos (100, 133).

7 CONCLUSÕES

A maioria das vítimas era do gênero feminino (60,9%) e a média de idade foi de 32,83 anos.

Acidentes de trânsito foram a principal causa das sequelas odontológicas (54,7%) e as agressões, significativamente associadas ao sexo masculino, caracterizando a perda dentária a lesão mais frequente (56,3%).

O tempo de consolidação das lesões foi superior a 180 dias (43,8%), mas o tempo de afastamento das atividades gerais e de trabalho foi de até 30 dias. O *Quantum Doloris* atribuído, em 65,7% dos casos, foi de 3 a 4 pontos (65,7%) numa escala crescente de 7 graus, não sendo verificada a atribuição de valorização máxima (pontos 6 ou 7).

Em 25% dos casos o dano estético não foi considerado e em 51,6% dos casos foi pontuado entre os graus 1 e 2. A média da porcentagem atribuída ao Déficit funcional permanente foi de 6,63%. O dano futuro foi considerado em 25% dos casos e esteve significativamente associado à faixa de idade até 15 anos.

A semelhança nas decisões, nos parâmetros avaliados e analisados estatisticamente, indica que a definição de critérios propicia uma abordagem pericial uniforme, evitando, assim, distorções e promovendo, para o caso de pessoas que sofreram injúrias e que necessitam ser indenizados, critérios claros de avaliação.

REFERÊNCIAS[1]

1. Mendonça BMC, Cimões R, Araújo ACS, Caldas Jr AF, Silva PV. Impacto do número de dentes presentes no desempenho de atividades diárias: estudo piloto. Cien Saude Colet. 2010 May;15:775-84.

2. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. Cien Saude Colet. 2005 Oct/Dec;10:1015-24.

3. Sheiham A, Steele J, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates C, et al. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. J Dent Res. 2001;80(2):408-13.

4. Cimões R, Caldas Júnior AF, Souza EHA, Gusmão ES. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. Cien Saude Colet. 2007 Nov/Dec;12:1691-6.

5. Campos MTFS, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar ea nutrição do idoso; Factors that affect the aged people food intake and nutrition. Rev Nutr. 2000;13(3):157-65.

6. Strassburger C, Kerschbaum T, Heydecke G. Influence of implant and conventional prostheses on satisfaction and quality of life: A literature review. Part 2: Qualitative analysis and evaluation of the studies. Int J Prost. 2006 Jul-Aug;19(4):339-48.

7. Rodrigues JC. O tabu do corpo. Rio de Janeiro: Achiamé; 1979. 176 p.

8. Gassner R, Tuli T, Hächl O, Rudisch A, Ulmer H. Craniomaxillofacial trauma: a 10 year review of 9543 cases with 21067 injuries. J Cranio Maxillofac Surg. 2003 Feb;31(1):51-61.

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

[1] De acordo com Estilo Vancouver.

10. Traebert J, Peres MA, Blank V, Pietruza JA. Prevalence of traumatic dental injury and associated factors among 12-years-old school children in Florianópolis, Brazil. Dent Traumatol. 2001;17:250-3.

11. França Caldas A, Burgos ME. A restrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic. Dent Traumatol. 2001;2001(17):250-3.

12. Pedroni LBG, Barcellos LA, Miotto MHMB. Tratamento de dentes permanentes traumatizados. Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr. 2009;9(1):107-12.

13. Sharma BR, Harish D, Sharma V, Vij K. Road-traffic accidents - a demographic and topographic analysis. Med Sci Law. 2001;41:266-74.

14. Pérez BP, Garrido BR, Sánchez JAS. Metodología para la valoración del daño bucodental. Madrid: Editorial Mapfre Medicina; 1996.

15. Cardozo HF. Verificação da ocorrência de traumatismos faciais e de elementos dentários, ocupantes de acidentes de trânsito [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de odontologia; 1990.

16. Mori AT. Expectativas com relação aos resultados estéticos dos tratamentos odontológicos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2003.

17. Caldas IM, Magalhães T, Afonso A, Matos E. The consequences of orofacial trauma resulting from violence: a study in Porto. Dent Traumatol. 2010 Dec;26(6):484-9.

18. Magalhães T. Estudo tridimensional do dano corporal: lesão função e situação.Sua aplicação médico-legal. Coimbra: Almedina; 1998. 258 p.

19. Pérez MGB. Nuevo Manual de Valoración y Baremación del Daño Corporal. 14, editor. Granada: Editorial Comares; 2006.

20. Vieira D. Assessment of bodily damage in civil law: harmonisation of an expert protocol. Rev Port Dano Corp. 2003;12(13):29-36.

21. Lucas P, Bargagna M, Boróbia C, Béjui-Huges H, Streck W, Vieira D. La rationalisation de Íévaluation européenne des atteints à la personne humaine. Rev Port Dano Corp. 2001;10(11):21-35.

22. Boróbia C. Valoración del daño corporal: legislación, metodología y prueba pericial médica: Barcelona: Masson, SA; 2006.

23. Magalhães T, Pinto da Costa D. Avaliação do dano na pessoa em sede de Direito Civil. Perspectivas actuais. Rev Fac Direito Univ Porto. 2007;4:421-54.

24. Vieira DN, Quintero JA. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: Biblioteca Seguros; 2008. 242 p.

25. Lucas FM. Avaliação das sequelas em direito civil. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2005. 262 p.

26. Fernandes FC, Cherem AJ. Dano corporal e mensuração da incapacidade. Rev Bras Med Trab. 2005;3(2):123-34.

27. Oliveira LCS. Identificação das mudanças na mastigação e deglutição de indivíduos submetidos à glossectomia parcial. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2008;13(4):338-43.

28. Felício CM, Melchior MO, Silva MAMR, Celeghini RMS. Desempenho mastigatório em adultos relacionado com a desordem temporomandibular e com a oclusão. Pro Fono. 2007 Abr/Jun;19:151-8.

29. Ettinger R. Oral disease and its effect on the quality of life. Gerodontics. 1987;3(4):103-6.

30. Agerberg G, Carlsson GE. Chewing ability in relation to dental and general health: analyses of data obtained from a questionnaire. Acta Odontol. 1981;39(3):147-53.

31. Käyser A. Shortened dental arches and oral function. J Oral Rehabil. 1981;8(5):457-62.

32. Silva MESe, Villaça ÊL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. Cien Saude Colet. 2010 May;15:841-50.

33. Silva MESe, Magalhães CS, Ferreira EF. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. Cien Saude Colet. 2010 May;15:813-20.

34. Souza AM. Verificação do grau de perda estética em alterações faciais [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2006.

35. Elias MS, Cano MAT, Mestriner Jr W, Ferriani MDGC. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. Rev Lat-am Enfermagem. 2001;9(1):88-95.

36. Criado del Río MT. Valoración médico-legal del daño a la persona. Madrid: Mapfre; 1994. 310 p.

37. Alonso Santos JA. Avaliação do Prejuízo Estético. In: Vieira D, Quintero J, editors. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008. p. 85-94.

38. França GV. Deontologia médica. In: França GV, editor. Medicina Legal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 75-184.

39. Cardozo HF. Avaliação das lesões dentárias em âmbito civil e a atuação do cirurgião-dentista. Rev Odontol Univ Sao Paulo. 1994;6(1):45-66.

40. Fiske J, Davis D, Frances C, Gelbier S. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. Br Dent J. 1998 Jan;184(2):90-3.

41. Mendonça TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária Dental mutilation: rural workers' concepts of responsibility for tooth loss. Cad Saude Publica. 2001;17(6):1545-7.

42. Gómez RR. Manual para la valoración del daño odontológico. La Paz: Bolívia; 2008. 46 p.

43. Caldas IM, Magalhães T, Afonso A, Matos E. Orofacial damage resulting from road accidents. Dent Traumatol. 2008 Aug;24(4):410-5.

44. Okeson J. Neuroanatomia funcional e fisiologia do sistema mastigatório. In: JP O, editor. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 23-50.

45. Palmer JM. Analysis of speech in prosthodontic practice. J Prosthet Dent. 1974;31(6):605-14.

46. Allen LR, Colonel L. Improved phonetics in artificial denture construction. J Prosthet Dent. 1958;8(5):753-7.

47. Petrović A. Speech sound distortions caused by changes in complete denture morphology. J Oral Rehabil. 1985;12(1):69-79.

48. Weir F. Relating Tooth Positions in Full Dentures to the Oral Vestibule to Obtain Accuracy of Speech, Esthetics and Anatomic Function. J Am Dent Assoc. 1932;19:1706-14.

49. Tench RW. The influence of speech habits on the design of full artificial dentures. J Am Dent Assoc. 1927;14:644-8.

50. Martone AL. Clinical applications of concepts of functional anatomy and speech science to complete denture prosthodontics: Part VIII. The final phases of denture construction. J Prosthet Dent. 1963;13(2):204-28.

51. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. Community Dent Health. 1994 Mar;11(3):3-11.

52. Curtis D. Mensurações do desempenho mastigatório das próteses maxilofaciais. In: McNeill C, editor. Ciência e prática da oclusão. São Paulo: Quintessence; 2000. p. 468-73.

53. Douglass GD, DeVreugd RR. A dinâmica das relações oclusais. In: McNeill C, editor. Ciência e prática da oclusão. São Paulo: Quintessence; 2000. p. 69-78.

54. Pereira CC, Felício CM. Os distúrbios miofuncionais orofaciais na literatura odontológica: revisão crítica. Rev Dent Press Ortodont Ortoped Facial. 2005;17(4):134-42.

55. Fujii T. Occlusal conditions just after the relief of temporomandibular joint and masticatory muscle pain. Journal Oral Rehabil. 2002 Apr;29(4):323-9.

56. Andrews LF. The six keys to normal occlusion. Am J Orthod. 1972 Sept;62(3):296-309.

57. Maltagliati LA. Avaliação da prevalência das seis chaves de oclusão de Andrews em jovens brasileiros com oclusão normal natural. Rev Dent Press Ortodont Ortoped Facial. 2006;11(1):99-106.

58. Brandão RCB, Brandão LBC. Ajuste oclusal na ortodontia: por que, quando e como? Rev Dent Press Ortodont Ortoped Facial. 2008;13(3):124-56.

59. Dawson PE. Os determinantes da oclusão. In: Dowson PE, editor. Oclusão funcional: da ATM ao desempenho do sorriso. Santos: Santos; 2008. p. 27-32.

60. Dawson PE. Requisitos para a editabilidade oclusal. In: Dawson PE, editor. Oclusão funcional: da ATM ao desempenho do sorriso. Santos: Santos; 2008. p. 345-48.

61. Pereira JR, Conti PCR. Alterações oclusais e sua relação com a disfunção temporomandibular. Rev Facul Odontol Bauru. 2001;9(3):139-44.

62. Branco RS. Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios disgnósticos para pesquisa em disfunções têmporo-mandibulares (RDC/TMD). Rev Dent Press Ortodont Ortoped Facial. 2008;13(2):61-9.

63. Tucker MR, Dolwick MF. Tratamento das desordens têmporo-mandibulares. In: Peterson LJ, editor. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 692-715.

64. Felício CM. Desordem têmporo-mandibular: relações entre sintomas otológicos e orofaciais. Rev Bras Otorrinolaringol. 2004;70(6):786-93.

65. Nishigawa K, Nakano M, Bando E. Study of jaw movement and masticatory muscle activity during unilateral chewing with and without balancing side molar contacts. J Oral Rehabil. 1997 Sept;24(9):691-6.

66. Planas P. Reabilitação neuroclusal. São Paulo: Medsi; 1997.

67. Manganello LC, Silva AAF. Fraturas do côndilo mandibular: classificação e tratamento. Rev Bras Otorrinolaringol. 2002;68(5):249-55.

68. Gil C, Nakamae AEM. Avaliação das disfunções crânio-mandibulares em pacientes parcialmente edentados unilaterais: um estudo longitudinal sobre o efeito da utilização de prótese parcial removível (PPR). Rev Odontol Univ Sao Paulo. 1999;13(3):275-82.

69. Côrtes MIS, Bastos JV. Traumatismo dentário. In: Estrela C, editor. Ciência endodôntica. 2. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 799-918.

70. Traebert JL. Traumatismo dentário. In: Antunes JLF, Peres MA, editors. Fundamentos de odontologia: epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 135-441.

71. Costa ACR, Rodrigues MCSG, Lima RR. Deficiência da capacidade mastigatória e sua influência sobre memória e aprendizagem-revisão de literatura. Rev Paraense Med. 2006;20(3):51-4.

72. Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. Copenhagen: Munksgaard; 1994.

73. Lopes HP, Siqueira Jr. JF. Endodontia. Biologia e técnica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 980 p.

74. Cohen S, Hargreaves KM. Caminhos da polpa. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. 928 p.

75. Turgut MD, Gönül N, Altay N. Multiple complicated crown–root fracture of a permanent incisor. Dent Traumatol. 2004 Sep;20(5):288-92.

76. Olsburgh S, Jacoby T, Krejci I. Crown fractures in the permanent dentition: pulpal and restorative considerations. Dent Traumatol. 2002 May;18(3):103-15.

77. Altay N, Güngör HC. A retrospective study of dento-alveolar injuries of children in Ankara, Turkey. Dent Traumatol. 2001 Jan;17(5):197-200.

78. Celenk S, Sezgin B, Ayna B, Atakul F. Causes of dental fractures in the early permanent dentition: a retrospective study. J Endod. 2002;28(3):208-10.

79. Rocha MJC, Cardoso M. Traumatized permanent teeth in Brazilian children assisted at the Federal University of Santa Catarina, Brazil. Dent Traumatol. 2001 Jul;17(6):245-9.

80. Silva GR, Martins LRM, Barreto BCF, Soares CJ, Waechter DM. Técnicas restauradoras para fraturas coronárias de dentes anteriores traumatizados. UNOPAR Cient Cienc Biol Saude. 2012;14(4):251-6.

81. Teixeira ND, Alves LS, Susin C, Maltz M. Traumatic dental injury among 12-year-old South Brazilian schoolchildren: prevalence, severity, and risk indicators. Dent Traumatol. 2013 Feb;29(1):52-8.

82. Bauss O, Röhling J, Schwestka-Polly R. Prevalence of traumatic injuries to the permanent incisors in candidates for orthodontic treatment. Dent Traumatol. 2004 Apr;20(2):61-6.

83. Diniz MB, Aranha AMF, Giro EMA. Reabilitação de dentes anteriores traumatizados pela técnica da colagem de fragmentos. Rev Inst Cienc Saude. 2008;26(3):366-71.

84. Prado MMS. Função mastigatória de indivíduos reabilitados com próteses totais muco-suportadas. Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr. 2006;6(3):259-66.

85. Monteiro MP, Carneiro FP, Felipe NdAP, Motta AR. Mastigação e dispepsia funcional: um novo campo de atuação. Rev CEFAC. 2005 Jul/Set;7(3):340-7.

86. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner C, Alves M. A dor ea perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. Cien Saude Colet. 2006;11(1):211-8.

87. Jones JA, Orner MB, Spiro III A, Kressin NR. Tooth loss and dentures: patients' lerspectives. Int Dent J. 2003;53(5):327-34.

88. Pomilio A, El Guinndy M. Recuperação da função fonética em indivíduos edentados: com emprego de dentaduras duplas confeccionadas com base na técnica de zona neutra. RGO. 1998;46(3):132-4.

89. Tanaka H. Speech patterns of edentulous patients and morphology of the palate in relation to phonetics. J Prosthet dentistry. 1973;29(1):16-28.

90. Ghi H, McGivney GP. Influence of tooth p roprioception on speech articulation. J Prosthet Dent. 1979;42(6):609-13.

91. Iyda M. Saude bucal: uma prática social; Oral health: a social practice. In: Botazzo C, Freitas SFT, editors. Ciências sociais e saúde bucal:questões e perspectivas. São Paulo: UNESP; 1998. p. 127-39.

92. Andrade Filho EF, Fadul Jr R, Azevedo RAA, Rocha MAD, Santos RA, Toledo SR, et al. Fraturas de mandíbula: análise de 166 casos. Rev Assoc Med Bras. 2000;46(3):272-76.

93. Alves RLBR, dos Santos Silva PF, Veiga PHA, de Melo Daher CR. A eficácia dos recursos fisioterapêuticos no ganho da amplitude de abertura bucal em pacientes com disfunções craniomandibulares. Rev Odontol UNESP. 2010 Jan-Fev;39(1):55-61.

94. Hamazaki CM, Kawaura R, Bianchini EMG, Assencio-Ferreira VJ. Verificação da amplitude dos movimentos mandibulares em crianças. Rev CEFAC. 2002;4(1):35-40.

95. Raphael KG, Marbach JJ, Klausner J. Myofacial face pain. Clinical characteristics of those with regional vs. widespread pain. J Am Dent Assoc. 2000;131:161-71.

96. Okesson JP. Signos y sintomas de los transtornos temporo-mandibulares. In: Okesson JP, editor. Tratamiento de Occlusion y Afecciones Temporomandibulares. Madrid: Harcourt Brace de España; 1999.

97. Bianchini EMG. Pacientes acometidos por trauma da face: caracterização, aplicabilidade e resultados do tratamento fonoaudiológico específico. Rev Atual Cient Fonoaudiol Educ. 2004;6(4):388-95.

98. Aguiar A, Oliveira ACX, Martins PC, Freire ROM. Avaliação do grau de abertura bucal e dor pós-operatória após a remoção de terceiros molares inferiores retidos. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2005 Jul-Set;5(3):57-64.

99. Ribas PF, Savioli C, André M, Dias RB. Avaliação da abertura bucal em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço. Odonto. 2011;19(38):99-104.

100. Silva WFM, Magalhães T. Avaliação do dano corporal no Brasil. O caso dos acidentes de viação. Rev Port Dano Corp. 2011;22:99-132.

101. Frugoli UO. Avaliação dos danos do complexo maxilomandibular provocados por violência interpessoal: análise comparativa entre os pareceres odontológicos e os laudos médicos emitidos pelo instituto médico legal de São Paulo nos anos de 1993 e 1998. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2000.

102. Prata THC, Duarte MSR, Miquilito 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.

103. Sobreira T, Vieira JAO, Lobo AR, Wanderley JNB, Costa LJ. Prevalência de traumatismos bucomaxilofaciais em João Pessoa-Paraíba-Brasil. Rev Bras Cienc Saude. 2002;6(1):25-32.

104. Silva OMP, Lebrão ML. Estudo da emergência odontológica e traumatologia buco-maxilo-facial nas unidades de internação e de emergência dos hospitais do Município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2003;6(1).

105. Simões FG, Leonardi DP, Baratto Filho F, Ferreira EL, Fariniuk LF, Sayão SMA. Fatores etiológicos relacionados ao traumatismo alvéolo-dentário de pacientes atendidos no pronto-socorro odontológico do Hospital Universitário Cajuru. Ver Sul-Bras Odontol. 2004;1(1):51-5.

106. Menezes MM, Yui KCK, Araújo MAM, Valera MC. Prevalência de traumatismos maxilo-faciais e dentais em pacientes atendidos no pronto-socorro municipal de São José dos Campos/SP. Rev Odonto Cienc. 2007;22(57):210-6.

107. Oliveira CMCS, Santos JS, Brasileiro BF, Santos TS. Epidemiologia dos traumatismos buco-maxilo-faciais por agressões em Aracajú/SE. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial. 2008;8(3):57-68.

108. Cavalcanti AL, Lima IJD, Leite RB. Perfil dos pacientes com fraturas maxilo-faciais atendidos em um hospital de emergência e trauma, João Pessoa, PB, Brasil. Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr. 2009;9(3):339-45.

109. Silveira JLGC, Bona AJ, Arruda JAB. Traumatismos dentários em escolares de 12 anos do município de Blumenau, SC, Brasil. Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr. 2010;10(1):23-6.

110. Soares AJ, Semencio KAP, Lins FF, Lima TFR, Souza-Filho FJ. Prevalência das fraturas radiculares e corono-radiculares no serviço de traumatismo dentário da FOP-Unicamp: estudo retrospectivo. Rev Bras Odontol. 2010;67(2):270-3.

111. Tino MT, Andrade FA, Gonçalves AJ, Freitas RR. Epidemiologia do trauma maxilofacial num hospital universitário terciário da cidade de São Paulo. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2010;39(2):139-45.

112. Mendonça MALC. Estimativa de custo direto de lesões traumáticas maxilofaciais em crianças e adolescentes em um hospital público do município de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de odontologia; 2010.

113. Cavalcanti AL, Monteiro BVB, Oliveira TBS, Ribeiro RA, Monteiro BSB. Mortalidade por acidentes de trânsito e ocorrência de fraturas maxilofaciais. Rev Bras Odontol. 2011;68(2):220.

114. Oliveira Sá F. Clínica médico-legal da reparação do dano corporal em direito civil. Coimbra: APADAC; 1992.

115. Magalhães T, Corte-Real F, Vieira DN. O relatório pericial de avaliação do dano corporal em direito civil. In: Vieira DN, Quintero JA, editors. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em direito civil. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008. p. 95-107.

116. Magalhães T, Vieira DN. Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito Civil. Rev Port Dano Corp. 2010;19(20):79-90.

117. Laborda Calvo E. *Quantum Doloris*. In: Vieira D, JA Q, editors. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. 1. 2 ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008. p. 97-104.

118. Portugal. Tabela nacional de avaliação de incapacidades permanentes em direto civil. Decreto Lei nº352/2007 de 23 de Outubro. Portugal: Diário da República; 2007.

119. Ramírez LB. Tiempos de Curación en Traumatologia. Madrid: Praxis; 1996. 391 p.

120. Bastos KABS. Análise da ocorrência e classificação penal das lesões maxilofaciais do Instituto Médico Legal do Município de Taubaté [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2005.

121. Sousa Dinis JJ. A baremização do dano corporal na Responsabilidade Civil. Rev Estud Ibericos. 2009;5:177-22.

122. Verçosa CB, Melani RFH. Tabelas como referência para estabelecimento do valor indenizatório dos danos odontológicos. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2011;65(6):426-9.

123. Carvalho CM. Tabelas ou baremas do direito civil. In: Bouchardet FCH, editor. Avaliação do dano corporal pós-traumático. 1. 1 ed. Belo Horizonte: Mazza; 2010. p. 168.

124. Bouchardet FCH. Avaliação do dano bucomaxilofacial:metodologia européia aplicada ao contexto brasileiro [dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2006.

125. Europeia U. Guide barème européen dévaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique. França: Confédération européenne d'experts en évaluation et réparation du dommage corporel; 2000.

126. France. Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun. Décret nº 2003-314 du 4 Avril France: Journal Officiel de la République Française; 2003.

127. España. Clasificaciones y valoración de secuelas. Real Decreto Legislativo 8/2004 de 29 de Octubre. Espanha: Ministerio de La Presidencia; 2004.

128. Cueto CH. Breve revisión crítica del actual sistema de valoración médica de los daños corporales en España Derecho y salud. 1995;3:205-24.

129. Itália. Tabella delle menomazioni prevista dall'articolo n.138, del Decreto Legislativo 7 settembre 2005 n.209. Itália: Gazzetta Ufficiale; 2005.

130. Susep. Tabela de invalidez permanente total ou parcial por acidente. Circular nº302 de 19 de Setembro. Brasil: Ministério da Fazenda. Superintendência de Seguros Privados; 2005.

131. Appollonio I, Carabellese C, Frattola A, Trabucchi M. Dental status, quality of life, and mortality in an older community population: a multivariate approach. J Am Geriatr Soc. 1997;45(11):1315-23.

132. Atchison KA, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. J Dent Educ. 1990;54(11):680-7.

133. Sózinho G, Coelho L, Magalhães T. Avaliação do dano corporal pós-traumático por acidentes de viação e de trabalho em Angola. Rev Port Dano Corp. 2011;22:133-65.

134. Gutmann JL, Gutmann M. Cause, incidence, and prevention of trauma to teeth. Dent Clin North Am. 1995;39(1):1-13.

135. Loducca FE. Estudo epidemiológico dos traumatismos de face, causados por acidentes de trânsito, em serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial do município de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1997.

136. Andreasen JO, Mayne JR. Traumatic injuries of the teeth. Aust Endod J. 1982;8(2):18.

137. Kramer PF, Zembruski C, Ferreira SH, Feldens CA. Traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. Dent Traumatol. 2003 Dec;19(6):299-303.

138. Grimm S, Frazão P, Antunes JL, Castellanos RA, Narvai PC. Dental injury among Brazilian schoolchildren in the state of São Paulo. Dent Traumatol. 2004 Jun;20(3):134-8.

139. Granville-Garcia AF, de Menezes VA, de Lira PI. Dental trauma and associated factors in Brazilian preschoolers. Dent Traumatol. 2006 Dec;22(6):318-22.

140. Ogini FO, Ugboko VI, Ogundipe O, Adegbehingbe BO. Motocycle - related maxillofacial injuries among nigerian intracity road users. J Oral Maxillofac Surg. 2006 Jan;64(1):56-62.

141. Gopalakrishna G, Peek-Asa C, Kraus JF. Epidemiologic features of facial injuries among motorcyclist. Ann Emerg Med. 1998 Oct;32(4):425-30.

142. Tuli T, Hachl O, Rasse M, Kloss F, Gassner R. Dentoalveolar trauma. Analysis of 4763 patients with 6237 injuries in 10 years. Mund Kiefer Geichtschir. 2005 Sep;9(5):324-9.

143. Gassner R, Bösch R, Tuli T, Emshoff R. Prevalence of dental trauma in 6000 patients with facial injuries. Implications for prevention. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999 Jan;87(1):27-33.

144. Adeyemo WL, Ladeinde AL, Ogunlewe MO, James O. Trends and characteristics of oral and maxillofacial injuries in Nigéria: a review of the literature. Head Face Med. 2005 Oct;4(1):7.

145. Van Beck GJ, Merkx CA. Changes in the pattern of fractures of the maxillofacial skeketon. Int J Oral Maxillofac Surg. 1999 Dec;28(6):424-8.

146. Olasoji HO, Tahir A, Arotiba GT. Changing picture of facial fractures in northern Nigéria. Br J Oral Maxillofac Surg. 2002 Apr;40(2):140-3.

147. Elias A, Sheiham A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. J O Rehabil. 1998;25(9):649-61.

148. Verçosa C, Santos C, Shimokawa C, Vieira G, Melani R. Verificação do grau de severidade estética em perdas dentárias anteriores superiores. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2012;66(3):200.

149. Brasil. Código Civil. Lei nº 10.406, de 10 de Janeiro. Brasil, 2002.

150. Barbato PR, Peres MA. Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional. Rev Saude Publica. 2009 Fev;43(1):13-25.

151. Magalhães T, Vieira D. Avaliação dos grandes traumatizados e a avaliação de terceira pessoa. In: Vieira DN, Quintero JA, editors. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em direito civil. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008.

152. Frazão SMLM. Avaliação Médico-Legal do "Dano Futuro". Que critérios? [dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2008.

153. Peres MA, Peres KG, de Barros AJD, Victora CG. The relation between family socioeconomic trajectories from childhood to adolescence and dental caries and associated oral behaviours. J Epidemiol Community Health. 2007 Jul;61(2):141-5.

APÊNDICE A – Ficha de coleta de dados

1. Nº processo:
2. Gênero: Feminino = 1 Masculino = 2
3. Idade do examinado à data do evento:
4. Causa do dano: Acidente de trânsito = 1 Atropelamento = 2 Agressão = 3 Mordida = 4 Responsabilidade profissional = 5 Outros = 6
5. Lesões Odontológicas Descritas (Sim = 1;Não = 0)**:** Fratura dentária Perda dentária Limitação da abertura bucal Perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou da articulação temporomandibular Cicatriz
6. Reabilitações (Sim = 1;Não = 0): Prótese removível Prótese fixa Implante
7. Outras lesões associadas (Sim = 1;Não = 0):
8. Estado anterior (Sim = 1;Não = 0):
9. Tempo de cura/consolidação (dias):
10. DFTT (dias):
11. DFTP (dias):
12. RTAPT (dias):
13. RTAPP (dias):
14. QD (0 a 7): Muito ligeiro = 1 Ligeiro = 2 Moderado = 3 Médio = 4 Considerável = 5 Importante = 6 Muito importante = 7
15. DEP (0 a 7): Muito ligeiro = 1 Ligeiro = 2 Moderado = 3 Médio = 4 Considerável = 5 Importante = 6 Muito importante = 7
16. DFP (0% a 100%):

17. RPAP: Compatível com o exercício da atividade profissional= 1 Compatível com o exercício da atividade profissional, mas implicando esforços suplementares = 2 Impeditivo do exercício da atividade profissional, sendo compatível com outras profissões na área da sua preparação técnico-profissional = 3 Impeditivo do exercício da atividade profissional, bem assim como de qualquer outra dentro da área de sua preparação técnico-profissional = 4
18. RAS (0 a 7): Muito ligeiro = 1 Ligeiro = 2 Moderado = 3 Médio = 4 Considerável = 5 Importante = 6 Muito importante = 7
19. RADL (0 a 7): Muito ligeiro = 1 Ligeiro = 2 Moderado = 3 Médio = 4 Considerável = 5 Importante = 6 Muito importante = 7
20. Dependências (Sim = 1;Não = 0):
21. DF (Sim = 1;Não = 0):

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Comitê de Ética em Pesquisa

176-MTW São Paulo, 20 de dezembro de 2012.

Prof. Dr. Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani
Carolina Burni Verçosa
Pesquisadores responsáveis

PROJETO COM COOPERAÇÃO ESTRANGEIRA ENVIADO PARA AVALIAÇÃO DA CONEP

Em reposta ao envio do projeto de pesquisa no. 71/11, C.A.A.E 0080.0.017.000-11, **"AVALIAÇÃO DAS SEQÜELAS ODONTOLÓGICAS EM PERÍCIAS CÍVEIS",** comunico a aprovação do projeto pela CONEP em 31 de julho de 2012. Sendo que as solicitações feitas pela CONEP foram acatadas pelos pesquisadores e aprovadas por este CEP.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Marcia Turolla Wanderley
Coordenadora do CEP-FOUSP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani
Departamento de Odontologia Social

Av. Prof. Lineu Prestes, 2227,Cidade Universitária "Armando Salles Oliveira"
São Paulo – SP CEP 05508-900 Tel. (11) 3091-7960 www.fo.usp.br