NELSON MASSANOBU SAKAGUTI

**Análise da percepção do dano estético facial por diferentes
grupos de profissionais**

São Paulo

2017

NELSON MASSANOBU SAKAGUTI

**Análise da percepção do dano estético facial por diferentes
grupos de profissionais**

Versão Original

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

Área de Concentração: Odontologia Legal

Orientador: Prof. Dr. Rogério Nogueira de Oliveira

Co-Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Capurucho Horta Bouchardet

São Paulo
2017

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.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Sakaguti, Nelson Massanobu.

Análise da percepção do dano estético facial por diferentes grupos de profissionais / Nelson Massanobu Sakaguti ; orientador Rogério Nogueira de Oliveira; co-orientador Fernanda Capurucho Horta Bouchardet -- São Paulo, 2017.
121 p. : fig., tab.; 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 original

1. Metodologias de avaliação de danos. 2. Odontologia Legal. 3. Responsabilidade Civil. 4. Odontologia forense. I. Oliveira, Rogério Nogueira. II. Bouchardet, Fernanda Capurucho Horta. III. Título

Sakaguti NM. Análise da percepção do dano estético facial por diferentes grupos de profissionais. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /2017

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: _____

Dedico este trabalho aos meus avós e bisavós que emigraram para um lugar desconhecido chamado Brasil, onde plantaram e cultivaram seus sonhos, deixando os frutos para serem colhidos muito tempo depois, pelos seus descendentes.

Agradecimento especial à minha família, esposa Suely, filhas Katia e Gabi, meus pais Antonio e Teresa. Este trabalho tem o esforço de cada um de vocês.

AGRADECIMENTOS

Orientador e Co-orientadora

Aos Professores Rogerio Nogueira de Oliveira e Fernanda Capurucho Horta Bouchardet um agradecimento mais que especial pela confiança depositada, dedicação e muita paciência na orientação que recebi.

Professores e Colaboradores:

Cesário Antonio Duarte, Claudio Panucci, Dalton Luiz de Paula Ramos, Edgard Michel Crosato, Evelyn Anzai, Fausto Mendes, Luiz Eugenio Nigro Mazzilli, Marcelo Paraiso Cavalcanti, Mario Cappellette Junior, Thiago Beaini, Mario Marques Fernandes, Rosane Baldasso, Gabriela Rosa, Marcio Pitteli, Mary Caroline Skelton Macedo, Rafael Ayelo, João Roberto Oba, Marcos Vinícios Coltri, Adriano Sakurada, Daniel Romero Munhoz, Josimario Silva, Maria Goretti, Rogerio Sakurada, Adimir dos Santos, Delvonei Alves de Andrade, Elaine Gomes do Reis Alves, Maria Julia Kovacs, Regina Célia Cescato, Vânia Funaro, Glauci Fidelis.

Instituições:

Cooper Atlético Clube, Escola Paulista de Direito – EPD, Faculdades Diadema da UNIESP, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Faculdade de Medicina da USP, Faculdade de Medicina da UNIFESP, Faculdade Mozarteum de São Paulo – FAMOSP, Faculdade de Odontologia da USP, Green Office Jaguaré. Rede Brasileira de Professores de Bioética.

RESUMO

Sakaguti NM. Análise da percepção do dano estético facial por diferentes grupos de profissionais [tese] São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2017. Versão Original.

Introdução: A avaliação do dano ou prejuízo estético na área forense tornou-se um tema de grande importância nos últimos anos, principalmente devido à atenção que a sociedade de hoje dedica à estética, a harmonia do corpo, ou à “beleza” do ser humano. A aparência estética tem influência nas esferas sociais, no trabalho, bem como nas relações interpessoais. Cotidianamente, um grande número de pessoas são vítimas de acidentes de trânsito e de trabalho, violência urbana, traumas pela prática desportiva, e também do erro profissional, as quais apresentam sequelas de ferimentos sediados na região maxilo-facial, e oriundos destas ocorrências. Com o aumento dessas lesões, aumentaram também a preocupação com o conteúdo dos laudos e a justa avaliação destas lesões em consequência da perda estética. Uma dificuldade para os peritos nesse tipo de avaliação são os múltiplos detalhes no exame pericial, e muito em razão da carência de padronização de protocolos e de uma metodologia adequada capaz de abordar o dano estético de maneira objetiva.

Objetivo: Valendo-se de metodologia analítica específica de impressão do impacto de prejuízo estético (método AIPE adaptado transculturalmente para o Brasil – Fernandes et al, 2016) o presente trabalho voltou-se ao estudo comparativo da percepção de dano estético em quatro grupos distintos de profissionais sendo eles: Profissionais da área do Direito, médicos, cirurgiões-dentistas, e outros profissionais que não das áreas da saúde e do Direito, representando as pessoas comuns da sociedade, com intuito de verificar a homogeneidade ou não de impressões, e assim fomentar e proporcionar uma melhor aplicabilidade na Justiça. **Metodologia:** Os profissionais voluntários receberam presencialmente do pesquisador o método AIPE que foi aplicado numa série de casos de prejuízo estético facial simulado.

Resultados: Participaram do estudo 391 pessoas, sendo elas 93 do Direito, 93 da Medicina, 107 da Odontologia e 98 de outras áreas profissionais. Os grupos mostraram diferenças de opinião, onde os grupos Direito e Medicina, próximos entre si nas valorações, exprimiram mensurações significativamente menores

comparativamente aos grupos Odontologia e Outros profissionais, que também foram próximos entre si nas valorações. Os profissionais com mais de 35 anos valoraram mais que os de menos de 35 anos de idade ($p < 0.05$). Não houve variação de opinião significativa entre homens e mulheres. **Conclusão:** O estudo demonstrou ser possível a análise da impressão do impacto do dano estético pelo método AIPE por grupos de profissionais de diferentes formações onde foram evidenciadas as diferenças de percepção entre eles. O trabalho incorporou o tema, com intuito de unificar o entendimento de conceitos e também propiciar discussões no âmbito do Poder Judiciário e demais envolvidos, como a sociedade, pacientes e peritos na busca das melhores formas da ciência, bom senso e justiça nas avaliações do dano estético facial. O estudo demonstrou que a percepção do dano estético facial dos cirurgiões-dentistas alinha-se ao senso comum da sociedade (outros profissionais), contemplando assim a perspectiva de laudos mais condizentes, quando redigidos por estes profissionais.

Palavras-chave: Dano estético facial. Metodologias de avaliação de danos. Odontologia legal. Responsabilidade civil. Prejuízo estético.

ABSTRACT

Sakaguti NM. Analysis of the perception of facial aesthetic damage by different groups of professionals [thesis] São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2017. Versão Original.

Introduction: In the field of forensics, the evaluation of the aesthetic damage has become a subject of great importance in recent years. This is mainly due to the attention that the today's society dedicates to esthetics, the harmony of the body, or the "beauty" of the human being. Aesthetic appearance has an influence in social, professional, as well as interpersonal relationships. Every day, a significant number of people are victims of traffic and work-related accidents, urban violence, sports traumas, and also medical errors, which result in disfigurement and residual scarring in the maxillofacial region. With an increasing number of incidents and resulting lesions, there has been a rising concern with the content of the reports and the whether correct evaluation of these lesions was performed regarding the consequential aesthetic loss from these lesions. Some of the difficulties for experts in this type of assessment are the quantity of details needed, combined with the lack of standardized protocols and adequate methodology capable of addressing the aesthetic damage objectively. **Objective:** Using the specific analytical methodology of impression of the impact of aesthetic damage (AIPE method cross-culturally adapted for Brazil – Fernandes et al., 2016) the work focuses on the comparative study of the perception of aesthetic damage in four distinct groups of professionals: law professionals, doctors, dentists, and others no Health and no Law professionals who represent a miscellaneous group in society with a view to verify the homogeneity or otherwise of impressions, and thus fostering and providing greater applicability in court. **Methodology:** The volunteer professionals were presented by the researcher with the AIPE method, which they applied to a series of simulated facial aesthetic damage cases. **Results:** In total, 391 people participated in the study; 93 in Law, 93 in Medicine, 107 in Dentistry and 98 were "Other areas Professionals". The groups showed differences in their opinion where the Law and Medicine groups were similar to each other in their evaluations, expressing significantly smaller

measurements compared to the Dentistry group and Other professionals group, who also similar to each other. Evaluations by the professionals who were older than 35 were closer in range than those by the professionals less than 35 years of age ($p < 0.05$). There was no significant difference in opinion between men and women.

Conclusion: The study showed that it is possible to analyze the impression of the impact of aesthetic damage by the AIPE method by groups of professionals from different fields where the differences of perception between them were evidenced. The work regarding the assessment of facial aesthetic damage, was done in order to unify the understanding of concepts and also to foster discussions within the judiciary system (including society, patients, and experts) in the search of fairness, optimal use of science, and common sense. The study showed that the perception of facial aesthetic damage by dentists is aligned with the common sense of society (other professionals), thus suggesting a more appropriate perspective in reports drafted by these professionals.

Keywords: Facial aesthetic damage. Damage assessment methodologies. Legal dentistry. Civil responsibility. Aesthetic damage.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1	A preocupação estética.....	18
2.2	O rosto lesionado	20
2.3	Dano corporal no Direito	24
2.4	Dano corporal no Direito Cível.....	26
2.4.1	Dano patrimonial	28
2.4.2	Dano extrapatrimonial	28
2.4.3	Dano corporal	29
2.4.4	A avaliação do dano corporal	30
2.5	O dano estético	32
2.5.1	Da indenização do dano estético	34
2.5.2	A avaliação do dano estético.....	35
2.5.3	Momento da avaliação do dano estético	38
2.5.4	Lesões estéticas estabilizadas: cicatrizes	39
2.6	Métodos de avaliação do dano estético.....	40
2.6.1	Método descritivo	40
2.6.2	Método qualitativo	41
2.6.3	Método quantitativo.....	42
2.7	Avaliação do dano estético no Brasil	42
2.8	Métodos de avaliação de danos estéticos por cicatrizes.....	43
2.9	O Método AIPE	45
2.10	Comparativo de metodologias de dano estético.....	50
2.11	Da avaliação do dano estético entre mulheres e homens	50

2.12	Dos grupos de profissionais	52
2.12.1	Médicos e Cirurgiões dentistas	52
2.12.2	Direito	54
2.12.3	Outros profissionais não da área da saúde e nem do Direito	55
2.13	Justiça.....	56
3	PROPOSIÇÃO	57
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	58
4.1	Material.....	58
4.2	Tipo de estudo.....	58
4.3	População do estudo	58
4.4	Critérios de inclusão	59
4.5	Critérios de exclusão	59
4.6	Instrumento de coleta	59
4.7	Método.....	60
4.7.1	Convite aos coordenadores.....	60
4.7.2	Locais de coleta e sistemática de aplicação do instrumento	60
4.8	Avaliações estatísticas	66
4.9	Aspectos éticos	67
5	RESULTADOS	68
5.1	Da coleta do material	68
5.2	Da amostra	68
5.2.1	Direito	69
5.2.2	Medicina	69
5.2.3	Odontologia	70
5.2.4	Outros profissionais não da área da saúde e nem do Direito	70
5.3	Da avaliação do dano estético no geral	71

5.4	Das avaliações por lesão	72
5.4.1	Lesão 1, feminino 1 – F1 (leve)	73
5.4.2	Lesão 2, masculino 2 – M2 (moderado)	74
5.4.3	Lesão 3, feminino 3 – F3 (médio)	75
5.4.4	Lesão 4, feminino 4 – F4 (importante)	76
5.4.5	Lesão 5, masculino 5 – M5 (bastante importante)	77
5.4.6	Lesão 6, feminino 1 – L6 F1 (leve)	78
5.4.7	Lesão 7, masculino 7 – M6 (importantíssimo)	80
5.4.8	Lesão 8, feminino 3 – L8 F3 (médio)	81
5.4.9	Lesão 9, masculino 0 – M0 (não relevante)	82
5.4.10	Lesão 10, masculino 5 – L10 M5 (bastante importante)	83
5.5	Da diferença de opinião entre homens e mulheres	84
5.6	Das avaliações por idade	85
5.7	Do valor esperado, sub avaliação e super avaliação	87
5.8	Da releitura da mesma lesão	88
6	DISCUSSÃO	90
6.1	A percepção do dano estético	90
6.2	Da aplicação do método AIPE	90
6.3	Dos grupos	93
6.3.1	Direito	93
6.3.2	Medicina	94
6.3.3	Odontologia	97
6.3.4	Outros profissionais não da área da saúde e nem do Direito	98
6.4	Da diferença de opinião entre mulheres e homens	99
6.5	Diferenças de opinião quanto à idade	100
6.6	Do valor esperado, sub avaliação e super avaliação	100

6.7	Da releitura da mesma lesão	101
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
8	CONCLUSÕES	105
	REFERÊNCIAS.....	106
	ANEXOS	116

1 INTRODUÇÃO

O número de pessoas que sofreram traumatismos na região maxilo-facial tem aumentado nas últimas décadas. Essas pessoas geralmente são vítimas de acidentes de trânsito, violência urbana, traumas pela prática esportiva, acidentes de trabalho e de erros profissionais. Em consequência destes traumas, aumentam também as sequelas, como as cicatrizes, que infelizmente, na maioria das vezes, ficam evidentes mesmo com o passar dos anos, ainda que os tratamentos instituídos tenham sido bem indicados e conduzidos de maneira adequada (Cardozo, 1997; Mohan et al., 2006; Kovacs, 2016).

O rosto é considerado a zona de maior importância estética do corpo humano e de pior adaptação psicológica. Vieira e Quintero (2008) ressaltam que além da problemática da existência de uma alta porcentagem de casos, outra questão não menos impactante, diz respeito às pessoas com cicatrizes faciais que são muitas vezes lembradas por portá-las e que potencializa o efeito da lesão.

Nesta mesma linha de pensamento, a psicóloga Elaine Alves (Alves, 2016), afirma que as pessoas que sofreram alguma lesão na face com sequelas como cicatrizes, mesmo que pequenas, têm em comum a tristeza e o desejo de recuperar o rosto que possuíam antes. A autora observou que estas pessoas nas avaliações clínicas, traziam consigo uma foto do rosto delas em um momento feliz de suas vidas como um aniversário, o casamento, a formatura. Outra característica destas pessoas, segundo a autora, é o desejo de punir o responsável pela aparência atual, e também de serem indenizadas financeiramente pelo ocorrido.

As questões relacionadas à avaliação do dano ou prejuízo estético especificamente no Direito Civil no Brasil atualmente, apresentam algumas particularidades importantes, como a falta de metodologia e padronização. Semelhante ao que se observa na Europa, a padronização de conceitos, método e linguagem é um preceito fundamental para o estabelecimento de formas mais justas de indenização, com vistas à reparação integral do dano corporal, seja ele permanente ou temporário (Silva; Santos, 2010). No dano corporal por sua vez, quando da necessidade de uma avaliação estética é feita por um perito que examina

a pessoa lesionada, redige um relatório com suas considerações, e um juiz de Direito estipula e sentencia a indenização (Carvalho; Silva, 2010).

A principal dificuldade para os peritos nesse tipo de avaliação são os múltiplos detalhes no exame pericial e a carência de uma metodologia capaz de abordar o dano estético em suas diferentes nuances (Cobo Plana, 2010). O autor ressalta que os peritos especialistas médicos ou cirurgiões dentistas forenses, com conhecimento de anatomia humana e formação pericial, têm condições de realizar uma apreciação mais apurada do dano estético, até porque possuem acesso ilimitado à totalidade do corpo e das lesões, e assim, a garantia de uma “**avaliação**” globalizada da pessoa lesionada. Porém segundo o autor, estes especialistas não são os únicos que têm capacidade de compreensão, de valorar a “**percepção**”, de um dano estético. O autor afirma que é possível estender os conceitos de entendimento deste dano a pessoas comuns da sociedade, e a constatação de diferença relevante de um mesmo dano entre os peritos forenses e estas pessoas comuns, que não possuem esta formação específica, é inaceitável, injusta (grifos nossos).

Diferentes métodos para avaliação do dano estético foram propostos, desde o uso variado de adjetivos à quantificação numa escala numérica, mesmo assim, ainda há uma dificuldade de comunicação de forma clara e objetiva entre seguradoras, advogados, juízes na sua valoração pelos peritos (Bouchardet; Santos, 2015).

Nesta mesma linha de raciocínio na visão dos profissionais em geral, não peritos, a questão ainda é mais complexa e subjetiva, dada a dificuldade de se quantificar o entendimento da “beleza” e “feiura” (Cobo Plana, 2010).

Com a assistência de um método de análise da percepção do dano estético maxilo-facial objetivo, padronizado, com clareza de classificação e, bem estruturado seria possível que até mesmo outros profissionais, que não da área de saúde, da sociedade em geral, possam analisar o dano estético sofrido por uma pessoa? E se é possível estender os conceitos do dano estético, a opinião a respeito, seria a mesma entre eles a ponto de considerarmos justos os pareceres dos profissionais peritos?

Em 2016b, Fernandes et al. publicaram a tradução trans-cultural do espanhol para a língua portuguesa e validação do método/ instrumento AIPE – Análise da

Impressão ou do Impacto do Prejuízo Estético (Cobo Plana, 2010). Estes autores aplicaram o método em profissionais cirurgiões dentistas, estudantes de pós-graduação em Odontologia Legal, e comprovaram a eficiência com parâmetros objetiváveis e a efetiva confiabilidade do método na avaliação do dano estético.

Tendo em vista os aspectos levantados pelo autor do método, Cobo Plana (2010), acerca das opiniões a respeito do dano estético por cicatrizes no rosto ou especificamente maxilo-facial idealizamos esta pesquisa para uma análise das opiniões a respeito do dano estético por cicatrizes no rosto ou especificamente maxilo-facial em diferentes grupos de profissionais graduados: cirurgiões-dentistas (não especialistas na área forense ou Odontologia Legal) e médicos (grupos que potencialmente fazem a avaliação clínica/forense do dano estético), profissionais do Direito (auxiliam juridicamente as pessoas que sofreram ou deram causa ao dano) e outros profissionais que não da área de saúde e tampouco do Direito (pessoas comuns, da sociedade, sem conhecimento específico do assunto) para identificar eventuais diferenças de percepções a respeito do tema, com objetivo de promover uma melhor aplicabilidade na Justiça.

Um levantamento feito pela Fundação Mapfre da Espanha, em 2005, concluiu que a maioria dos acidentados de trânsito avaliados com envolvimento por dano estético facial são do sexo masculino (61%), possuíam entre 16 e 30 anos de idade (48%) e de prejuízo estético leve a moderado (93%) (Vieira; Quintero, 2008). Ribeiro e Góes (2006) elencam vários trabalhos que comprovam a maior frequência de acidentados homens em relação às mulheres, em diversas outras ocorrências no trânsito.

Pease e Pease (2004), em seus estudos concluíram que os hormônios e a morfologia do cérebro são responsáveis pela diferença de atitudes e comportamento entre homens e mulheres. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD de 2013 o contingente de mulheres que frequentam e concluem o ensino superior é maior (57,1%) em relação aos homens, o que consequentemente interfere no nível educacional.

Em nosso estudo verificaremos a existência ou não de diferença na análise de impressão do dano estético, entre a população feminina e masculina, em avaliados femininos e masculinos. Verificaremos também, a existência de diferenças

de opinião entre pessoas em diferentes momentos da experiência de vida e profissional como sugere uma variação de opinião por Vieira e Quintero (2008).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A preocupação estética

A palavra “estética”, de acordo com o dicionário Houaiss (2001), é definida como parte da filosofia voltada à reflexão a respeito da beleza e do fenômeno artístico. Para o Dicionário do Aurélio (2010), “estética” é também o estudo racional do belo, quer na sua conceituação quanto à sua diversidade de emoções e sentimentos que suscitam no homem.

A busca pela beleza ou estética pessoal é o assunto do momento. Milhares de pessoas no mundo inteiro consomem artigos de vestuário, alimentos e dietas, aulas em academias de esportes, dança, fisiculturismo, cirurgias plásticas e toda uma literatura relacionada ao “corpo perfeito” (Silva, 2004; Dukan, 2015).

Uma das características da natureza do ser humano é a vida social, que sabe quem é a partir de quem e com quem se relaciona (Ramos et al., 2009). Desde os primórdios da sua existência, o homem, consciente de que é fruto da sociedade em que vive, formou-se de acordo com valores éticos, morais e religiosos para melhor satisfazer seus objetivos (Silva, 2004). Neste sentido, segundo a autora, sempre existiu no ser humano uma preocupação com sua aparência, pois foi através desta aparência, que se pôde analisar o grau de aceitação pessoal, no trabalho e na sociedade.

A importância da aparência pessoal é tema de um estudo protagonizado por Rohrich (2000), ao qual concluiu que as cirurgias plásticas ou cosméticas estão se tornando cada vez mais populares. Este estudo compilou o número de cirurgias realizadas nos Estados Unidos e Canadá em 1999, e observou um aumento de até 34% em relação ao ano anterior dependendo do tipo de cirurgia. Outro estudo realizado por Krieger e Lee (2004) observou que os cirurgiões plásticos aumentaram sua carga de cirurgias em 41% em média, ao longo dos últimos 10 anos. Segundo estes autores, o percentual médio da prática da cirurgia estética aumentou de 27% em 1992 para 58% em 2002.

Outro estudo mais recente realizado pela Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética demonstrou que, em 2013, foram realizadas mais de 23 milhões de procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos em todo o mundo, o que confirma a popularização destes procedimentos na população mundial (ISAPS, 2015).

Segundo Alves (2016), existe uma tendência de se avaliar uma pessoa bela como mais inteligente, melhor, mais bondosa que outra não tão bela. Pease e Pease (2003) confirmaram em vários estudos que as pessoas mais atraentes obtêm melhores resultados ou vantagens, do que as pessoas menos atraentes em questões como salários (renda), em processos judiciais, nas penalidades em tribunais e nas multas.

Eco (2014a) explica que desde os primórdios o ser humano busca a beleza, “o modelo de perfeição”, um modelo que de acordo com o autor, nem sempre foi absoluto ou imutável. Em diferentes épocas e culturas, e até mesmo nas mesmas épocas, a beleza sofreu alterações. O autor define o “belo” como “gracioso”, “bonito” ou “sublime”, “maravilhoso”, “soberbo” ou ainda algo que nos agrada e que é bom. Ainda segundo o autor, algo belo e bom é o que gostaríamos de ter, mas mesmo que pertencente a outros, continuaríamos felizes em admirá-los.

O conceito de beleza, segundo Lopez (2004), sempre obedeceu às tendências ou às verdades de cada filósofo ou filosofia. A beleza pode estar relacionada à verdade intelectual, moral ou ainda ao que é justo, bom, prazeroso, útil. Ainda de acordo com a autora, a beleza é definida como a harmonia e equilíbrio das formas, e que são observados pelos sentidos humanos: visão, audição, olfato, tato e paladar.

Nietzsche (2014) vai além e explica que o homem considera belo tudo que lhe devolva a sua imagem. O contrário, o “feio” é entendido como sinal e sintoma da degradação, da redução do estado anterior. Segundo o autor, quando uma pessoa se sente feia fica deprimida, entristecida, e sem forças para uma recuperação.

O feio formal para Eco (2014b) é um desequilíbrio desproporcional na relação orgânica entre as partes de um todo. Para o autor, um rosto feio é quando há uma incoerência de um conjunto, incompletude, ou quando falta algo que deveria estar num determinado local, mas não está.

O rosto humano, de acordo com Alves (2016), se sobressai do conjunto harmonioso do corpo, influenciando e interferindo nos relacionamentos interpessoais. Segundo a autora, o rosto é a representação da identidade do ser humano, pois é com o rosto que somos apresentados às pessoas e reconhecidos por elas. A autora lembra que um documento de identidade possui uma foto do rosto que identifica o seu possuidor. Para entender a complexidade da questão beleza ou a perda desta, Alves (2016) sugere que imaginemos todos nós, em especial juízes, advogados e peritos, assim como aqueles que provocaram o dano, os nossos rostos deformados e a repercussão deste evento em nosso trabalho, na relação social, para compreender o significado desta perda.

Para o filósofo britânico Roger Scruton (Scruton, 2013), a beleza não é subjetiva, ela está nos olhos de quem vê e, portanto possui fundamentos racionais. A beleza é fundamental para uma vida bem vivida, e ainda segundo o autor, sem o interesse da beleza, o mundo não seria um lar para nossa espécie.

2.2 O rosto lesionado

O complexo anatômico da região maxilofacial de acordo com Ribeiro e Góes (2006), tem envolvimento de ossos (maxila, mandíbula, zigomático, complexo nasoetmoidal, estruturas orbitais), articulação têmporo-mandibular (ATM) e suas relações com tecidos moles, vasos, nervos, dentes, músculos mastigadores (proporcionam os movimentos). Segundo os autores, por este complexo localizar-se numa região anatômica mais proeminente da face, estes órgãos tornam-se mais vulneráveis e, conseqüentemente suscetíveis a lesões de maior complexidade estética.

Apesar da região maxilofacial ser uma área limitada, Jorge e Milani (2009) afirmam que é uma região onde as pessoas expressam todos os seus sentimentos, quer pela voz, olhar, respiração e alimentação. Segundo os autores, é a região mais nobre do corpo humano e o comprometimento desta envolveria não apenas as funções fisiológicas, mas o emocional da pessoa.

Com relação ao emocional, Alves (2016) compara a dor de uma pessoa que sofreu uma deformidade facial ou uma desfiguração, à de uma morte simbólica cuja dor não é validada efetivamente, apenas em razão da pessoa continuar a sobreviver. Segundo a autora, a dor também é sentida pelos familiares dela, que para manter as aparências, simulam estar tudo bem para proteger e consolar a pessoa lesionada.

Cardozo (1997) constatou em seu estudo um aumento nas últimas décadas da preocupação com os aspectos periciais em razão de sequelas oriundas dos ferimentos e traumas sediados na região maxilofacial. Segundo a autora, esta preocupação é devido ao grande número de vítimas de acidentes de trânsito, violência urbana, traumas pela prática desportiva, acidentes de trabalho e de erros profissionais, ainda que os tratamentos instituídos tenham sido bem indicados e conduzidos adequadamente.

Sobre os acidentes de trânsito, Mohan et al. (2006) calcula que, anualmente, 1,2 milhão de pessoas morrem no trânsito. Estes números são por si impressionantes, porém apenas representam os danos gerais dos acidentes de trânsito. Estes autores estimam um número de feridos entre 20 e 50 milhões de indivíduos e que se nada for feito, as projeções indicam que as lesões causadas pelo trânsito devem subir do décimo lugar em 2002 para o oitavo lugar até 2030 como um fator contribuinte para a carga global de doenças.

Um estudo conduzido por Hernando Lorenzo et al. em 2013, específico da biomecânica das lesões produzidas por acidentes de trânsito, demonstrou as implicações na cabeça e no pescoço dos ocupantes nas colisões de veículos frontais e laterais. Segundo o estudo, a situação das vítimas ainda é mais grave quando estas estão conduzindo motocicletas ou quando são atropeladas, que nestes casos, têm uma maior probabilidade de terem fraturas crânio-encefálicas e faciais. Ainda segundo o estudo, por estarem estas vítimas com os corpos mais expostos, são suscetíveis às lesões de pele por erosão, queimaduras cutâneas quando são friccionadas ou arrastadas no asfalto.

Um estudo da Fundação Mapfre da Espanha, em 2005 (Vieira; Quintero, 2008), analisou o perfil dos acidentados de trânsito naquele país e concluiu que a maioria dos avaliados com envolvimento por dano estético facial é do sexo

masculino (61%), possuíam de 16 a 30 anos de idade (48%) e de grau leve a moderado (93%) a graduação da gravidade estética da lesão.

A violência urbana segundo Ribeiro e Góes (2006), é a causa mais prevalente do trauma maxilofacial tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. De acordo com os autores, diferentes tipos de violência como assaltos, violência doméstica, agressões pessoais e outros, aparecem associados ao consumo de álcool e ao desemprego.

O aumento das lesões faciais no complexo maxilo-mandibular também foram objeto de estudo de Frugoli (2000) onde a violência urbana foi a principal responsável pelas lesões. As agressões físicas e projéteis de arma de fogo foram, de acordo com o autor, as ocorrências mais frequentes atendidas pelo Núcleo de Odontologia Legal – NOL, do Instituto Médico Legal – IML de São Paulo entre os anos de 1993 e 1998.

Wulkan et al. (2005) realizaram um outro estudo para determinar a incidência, etiologia e gravidade do trauma facial em pacientes atendidos no pronto socorro da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – SP, entre junho a dezembro de 2003, e concluíram que a violência interpessoal foi a etiologia mais comum (48%). Acidentes pessoais (28%), acidentes com envolvimento de veículos (13%) e traumas decorrentes do esporte (5%) foram, na sequência, as etiologias mais frequentes. Ainda segundo o estudo, ocorreram 1% de trauma facial decorrente a acidente de trabalho.

Os traumas maxilofaciais decorrente do esporte ou injúrias esportivas são de várias causas, porém a maioria delas é atribuída ao impacto de um jogador contra o outro e que segundo Ribeiro e Góes (2006), são responsáveis por 56% das fraturas faciais.

Quanto aos acidentes de trabalho Ribeiro e Góes (2006) relatam que a causa mais comum é a queda da própria altura (70%), e que mais de 66% dos casos ocorreram em indústrias e obras em construção. Segundo os autores, os trabalhadores expostos a estas atividades teriam um risco 15 vezes maior de um trauma maxilofacial, comparados aos que trabalham em escritórios.

Mazzilli (2013) elenca outras situações que podem ser incluídas na lista de acidentes de trabalho, como uma ocorrência na ida ou volta ao trabalho, a execução

de serviço sob a autoridade da empresa, viagem a serviço inclusive de estudos. O autor alerta que os números notificados podem ainda, não representar a realidade destes acidentes, pois se tratam de situações onde a empresa ou instituição reconheceu a causa. Segundo o autor, há um contingente desconhecido de trabalhadores que não notificam o acidente ou não tiveram a justificativa aceita por estarem em desconformidade com as normas da empresa.

Na área da Odontologia destaca-se um crescimento significativo das casuísticas dos exames de lesão corporal atendidos no NOL, do Instituto Médico Legal do Estado de São Paulo (Coelho; Jorge, 2008). Tais exames estão relacionados a processos de responsabilidade profissional contra cirurgiões-dentistas, com o objetivo de apurar a existência de um possível erro odontológico. Nesses casos é analisada a ocorrência ou não, de lesão corporal, bem como verificada a conduta técnica do profissional quanto ao planejamento do tratamento proposto e executado ao paciente.

Dados mais recentes mostram que o erro profissional na área da Odontologia corresponde a 10% dos atendimentos do NOL de acordo com perito odontólogo Eduardo Gomes. Em palestra proferida no I Congresso de Odontologia Forense e Medicina Legal da FOU SP em setembro de 2015, este especialista apresentou estatisticamente o número de casos que aumenta a cada ano ao ponto de se realizar um exame com envolvimento desta área por semana (informação verbal).¹

Grande parte dos lesionados, de acordo com Ferreira (2000), procuram cirurgias plásticas para procedimentos com objetivo de melhorar aspectos estéticos da face. Segundo o autor, evidentemente que o conceito ideal de beleza não deva ser utilizado para definir o resultado da cirurgia e a capacidade do cirurgião plástico. Ainda segundo o autor, os procedimentos cirúrgicos devem procurar melhorar aspectos estéticos daquela parte corpórea, neste caso específico a face, supondo que haja um "déficit estético", lembrando que o estágio atual da ciência não permite chegarmos à perfeição estética para todos os casos.

¹ Palestra proferida no I Congresso de Odontologia Forense e Medicina Legal da FOU SP em setembro de 2015.

2.3 Dano corporal no Direito

A palavra “dano”, para Lopez (2004), etimologicamente, vem do latim “demere” que significa tirar, apoucar, diminuir. O dano é uma diminuição do patrimônio, quer seja material ou moral e resultaria das alterações do estado de bem-estar da pessoa, consequente da diminuição ou perda de bens originários ou derivados extrapatrimoniais ou patrimoniais.

Para Faria Junior (2003), dano vem de outra palavra do latim, “damnum”, que significa o prejuízo impingido a um bem protegido, que pode diminuir um patrimônio ou um sentimento. Segundo este autor, é um mal que se faz a alguém, uma deterioração da coisa alheia. Lloret et al. (2013) dizem que danar é causar prejuízo e prejudicar é causar um dano.

Apesar de muitos autores tratarem das palavras “dano” e “prejuízo” como sinônimos, outros fazem uma distinção no significado entre elas. A palavra “dano” para Náufel (1998) tem um sentido mais amplo, é diminuição dos bens jurídicos de uma pessoa, sejam eles sobre o patrimônio, a personalidade, ou ainda de ser privado de qualquer lucro ou vantagem. Ainda de acordo com o autor, “prejuízo”, é um dano que alguém sofre sobre o patrimônio material (grifo nosso). Para Cobo Plana (2010) prejuízo é um dano básico e Bouchardet e Santos (2015) classificam prejuízo como um termo “jurídico” e dano um termo “médico legal”.

Neste trabalho independentemente da conotação linguística que as palavras “dano” e “prejuízo” possam trazer, manteremos as palavras como se encontram nos textos originais e de acordo com os autores. Dessa forma, utilizaremos a palavra “dano” no sentido médico legal como redução, diminuição, perda, deterioração e a palavra “prejuízo” no sentido jurídico como propõe Bouchardet e Santos (2015).

As pessoas têm direito a vida privada, a intimidade, a honra, e a imagem, um direito que é inviolável e assegurado pela Constituição da República de 1988 (Lopez, 2004; Silva, 2004; Sarmiento, 2009). De acordo com os autores, a Constituição também assegura o direito a uma reparação ou uma indenização quando uma pessoa sofre uma ofensa, um dano, um prejuízo: “São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.

Faria Junior (2003) explica que quando uma ofensa é dirigida ao indivíduo, o direito privado se impõe e exige uma imediata resposta do ofensor, no sentido de reparar o mal causado e restabelecer a condição anterior e é chamado de Direito Civil. Ainda de acordo com o autor, existe o Direito Público que se preocupa com a sociedade e esta exige satisfação do agente perturbador fazendo recair sobre ele as consequências contidas na lei penal.

De acordo com Silva (2004) independente da ofensa a qualquer bem jurídico atingido, o dano só poderá ser identificável em dois âmbitos: no prejuízo econômico causado e na ofensa interna do indivíduo, representada pelas frustrações, sofrimentos e reações constrangedoras perante a si mesmo e à sociedade. Com relação ao prejuízo econômico, trata-se do dano patrimonial, pois atinge diretamente o patrimônio do ofendido. Na questão da ofensa, interna tem-se o dano moral, também denominado, não econômico ou extrapatrimonial, porque reflete uma ofensa e interesses subjetivos da vítima.

Diniz (2004) explica que enquanto o Direito Civil ficará com a obrigação de recompor a posição do lesado, no Direito Penal vê, sobretudo, restabelecer o equilíbrio social, a investigação da culpabilidade do agente, punir o criminoso, onde o lesante deverá suportar a respectiva repressão, uma pena que lhe será imposta.

Na responsabilidade penal segundo Faria Junior (2003), existe um caráter disciplinador, onde o lesante, aquele que provocou a lesão, deverá suportar a respectiva repressão, de forma individualizada. O Direito Penal de acordo com o autor prevê, sobretudo uma punição ao criminoso pelas regras ditadas pela sociedade chamadas de ordem pública.

Sobre o crime de lesões corporais e suas respectivas cominações legais em seu artigo 129, o Código Penal brasileiro versa (Brasil, 2015):

“Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:
Pena – detenção de três meses a um ano
Lesão corporal de natureza grave
§ 1º Se resulta:
I – Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;
II – perigo de vida;
III – debilidade permanente de membro, sentido ou função;
IV – aceleração de parto:
Pena – reclusão, de um a cinco anos.
§ 2º Se resulta:
I – Incapacidade permanente para o trabalho
II – enfermidade incurável;

III – perda ou inutilização do membro, sentido ou função;
IV – deformidade permanente;
V – aborto;
Pena – reclusão, de dois a oito anos.”

A lesão corporal pode ser avaliada sob os pontos de vista quantitativo ou qualitativo. No primeiro caso a lesão causada pode ser classificada como leve (art. 129 do Código Penal - CP), grave (§1º do art. 129 do CP) e gravíssima (§2º do art. 129 do CP) que são aquelas que têm maior potencial lesivo e que, portanto, implicam em penalidades mais severas. A avaliação qualitativa da lesão, por sua vez, está relacionada com a natureza do dano efetivamente causado à saúde ou a integridade corporal (como simples ofensa, perigo de vida, deformidade permanente), cabendo ao perito a qualificação e ao magistrado a quantificação da lesão (Porto et al., 2014).

O dano em âmbito penal é limitado à noção de deformidade permanente. No âmbito civil, a questão pode ser analisada de forma mais abrangente até mesmo às implicações e reflexos do ato que causou a lesão (Cardozo, 1997; França, 2001).

Existe ainda no âmbito do Direito do Trabalho, segundo Oliveira (2015), alguns danos que podem gerar indenizações como acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Segundo o autor, são danos indenizáveis nos acidentes de trabalho: integridade psico-biofísica do trabalhador, capacidade de trabalho, redução da capacidade laboral e danos patrimoniais (emergentes e lucros cessantes ou pensão). Ainda segundo o autor, nas doenças ocupacionais são danos indenizáveis: danos extrapatrimoniais, danos estéticos, perda de uma chance.

2.4 Dano corporal no Direito Cível

O dano no Direito Cível é indenizável ou requer uma indenização seja contratual (acordado; convencionado) ou extracontratual (não depende de um acordo), e quando ocorre na pessoa, podem ser efetivo, quando se produz concretamente um prejuízo material à pessoa atingida; potencial, quando o agente tem capacidade para a plena produção do resultado desejado; patrimonial ou material, quando fere os interesses materiais da pessoa; extrapatrimonial ou moral, quando fere o íntimo da personalidade; e ainda estético (Náufel, 1998).

Os danos indenizáveis classificam-se em “danos à pessoa” ou corporal onde se tem a pessoa humana como referencial e “danos atípicos” ou danos à coisa ou ainda danos não corporais quando não impingidos à pessoa humana (Matos, 2008). Tanto os danos pessoais (corporais) quanto os danos não pessoais (à coisa ou danos atípicos) podem ser patrimoniais e extrapatrimoniais. A classificação dos danos pode ser melhor visualizada na esquematização a seguir (Figura 2.1). Existem outros tipos de danos no Direito, mas para objetivar a essência deste estudo reportaremos a estes citados.

Figura 2.1 – Danos indenizáveis

Fonte: Matos (2008)

2.4.1 Dano patrimonial

O dano patrimonial ou material é a perda sofrida pela vítima de caráter pecuniário caracterizado pelo dano emergente e o lucro cessante (Náufel, 1998; Diniz, 2004). O dano patrimonial pode ser temporário (quando limitado a um espaço de tempo antes da consolidação) ou permanente (após a consolidação) (Bouchardet; Santos, 2015).

O dano patrimonial é o tipo de dano causado exclusivamente à propriedade material da pessoa. Podem ser “emergente” ou “imediato” que é o dano que gerado imediatamente após o evento ou em decorrência deste, como por exemplo, a necessidade de um medicamento ou um novo tratamento médico para o paciente (Bouchardet; Santos, 2015). O dano pode ser também de “lucro cessante”, que é o ganho que alguém deixou de auferir em decorrência deste evento, por exemplo, em decorrência de uma intervenção odontológica o paciente ficou impossibilitado de trabalhar e receber seus rendimentos, neste caso, o cirurgião dentista fica obrigado a indenizar o mesmo pelos lucros cessantes (Bouchardet; Santos, 2015).

2.4.2 Dano extrapatrimonial

O dano extrapatrimonial corresponde ao prejuízo sentido e vivenciado pela vítima sem a repercussão econômica e pecuniária ao menos imediata. Um dano que tem consequências psíquicas, afetivas ou sentimentais sobre a personalidade da vítima (Sarmiento, 2009). Nos danos extrapatrimoniais também se avaliam danos temporários e permanentes e por não haver quantificação monetária, são de caráter subjetivo para aqueles que os sofrem (Bouchardet; Santos, 2015).

Dano extrapatrimonial pode ser definido como o dano que atinge a propriedade “imaterial” da pessoa ou não patrimonial (Oliva, 2009). É aquele que traz como consequência a ofensa à honra, ao afeto, à liberdade, à profissão, ao respeito aos mortos, à psique, à saúde, ao nome, ao crédito, ao bem-estar e à vida, sem necessidade de ocorrência de prejuízo econômico imediata. Segundo o autor, não existe uma tabela para fixar o valor da indenização por danos morais no Brasil, e o valor é definido por um Juiz de Direito.

As pessoas que sofrem este tipo de dano segundo Alves (2016) podem ficar impossibilitadas de trabalhar e estudar, além de necessitarem ficar à disposição para tratamentos, acompanhamentos e até mesmo cirurgias reparadoras. Ainda segundo a autora, estas pessoas também podem se afastar de suas vidas sociais por vergonha, entre outros motivos.

2.4.3 Dano corporal

Dano corporal ou ao corpo é quando uma lesão determina qualquer prejuízo à integridade do conjunto orgânico de uma pessoa (Náufel, 1998). É todo aquele que atinge o físico de uma pessoa, e que implique em perda ou redução de membro ou função. Por exemplo, é o dano que deve se indenizado à pessoa que ficar com um encurtamento de perna, em razão de um atropelamento. Pode causar prejuízos anatômicos, como por exemplo, escoriações, feridas, cicatrizes, aleijão ou mutilação; ou pode resultar em perda ou diminuição de capacidade funcional, como por exemplo, dificuldade de respiração, circulação, de motricidade, ou mesmo, de equilíbrio psicológico (Faria Júnior, 2003).

O dano corporal também é chamado de dano à pessoa humana e, como lembra Matos (2008), tendo em vista que a dignidade humana é o “valor dos valores”, a valoração do dano corporal deverá ser sempre considerada por esta condição. O dano à pessoa humana é o mais grave a ser reparado pela importância do bem ofendido, e o grande vértice da responsabilidade civil. Segundo o autor dos danos patrimoniais indenizáveis decorrentes da lesão corporal destacam-se: a incapacidade laborativa (uma pensão mensal por impossibilidade de trabalho), o tratamento médico (hospital, equipe médica), além de verbas extraordinárias de gastos (medicamentos, transporte, equipe auxiliar, etc.) para a restituição integral ao estado anterior ao evento danoso ou período de convalescência da pessoa lesionada.

2.4.4 A avaliação do dano corporal

Tendo em vista que todo o dano patrimonial depende de prova irrefutável de sua existência, tem-se que a reparação só pode ser concedida após a caracterização por prova pericial (Matos, 2008).

A avaliação do dano corporal deve ser feita por profissional com formação adequada (Cobo Plana, 2010; Criado Del Rio, 2010; Vieira; Quintero, 2008). Um perito, especialista com conhecimentos na área clínica e do Direito são indispensáveis para um bom desempenho na avaliação do dano à pessoa (Bouchardet; Santos, 2015).

A escolha do perito é da alçada do Juiz de Direito que deverá nomeá-lo dentre os expertos oficiais cadastrados. A atuação dos peritos é uma função oficial, e estes deverão relatar a realidade dos fatos que lhes são pertinentes, afim de esclarecimentos dos fatos como início de prova (Fávero, 1991; Croce; Croce Jr, 1998; Moraes, 1998; Rosa, 1999).

De acordo com o § 1º do artigo 156 do novo Código de Processo Civil – CPC (Brasil, 2015), "os peritos serão nomeados entre os profissionais legalmente habilitados e os órgãos técnicos ou científicos devidamente inscritos em cadastro mantido pelo tribunal ao qual o juiz está vinculado".

O mesmo Código estabelece também no § 5º do mesmo artigo, que em algumas localidades, principalmente em pequenas comarcas, onde não houver inscrito ou um cadastro disponibilizado pelo tribunal, a nomeação do perito é de livre escolha pelo juiz e deverá recair sobre um profissional ou órgão técnico ou científico comprovadamente detentor do conhecimento necessário à realização da perícia.

Lembra o advogado especialista em Direito Médico e Odontológico Marcos Coltri em palestra proferida no XIII Congresso Brasileiro de Odontologia Legal em novembro de 2016, que o CPC estabelece que a nomeação pelo juiz, será a partir da escolha de um "profissional ou órgão técnico detentor do conhecimento" (grifos

nossos) e que em nenhum momento estabelece um “especialista” de formação acadêmica (informação verbal)².

Os peritos, segundo Pereira e Castello Filho (2000), devem possuir um perfil calcado no tripé “honestidade, bom senso e profissionalismo” e ainda ter procedimento imparcial, dirigido para a verdade, pois na condição de perito judicial, designado por um juiz, tornam-se os olhos e os ouvidos deste.

Gomes (1994) ressalta ainda, outras três qualidades que considera essenciais para um perito: “ciência, consciência e técnica”. Com estes três sintéticos, mas fundamentais requisitos, o perito estará sempre apto a servir a Justiça com imparcialidade e exemplar ética profissional e assim cumprir o seu dever.

Os profissionais com estas qualidades poderão exercer a atividade pericial com competência (Silva, 1997; Croce; Croce Jr, 1998). Na área médica deverá ser escolhido um perito médico, assim como na área buco-maxilo-facial é justo que as perícias sejam atribuídas ao cirurgião-dentista (Daruge; Massini, 1978; Silva, 1997).

Quando do perito for um médico, Sá (1999) ressalta um cuidado especial na perícia, onde não existe a relação médico-paciente e, ante o descompromisso do profissional com o periciado pode acarretar danos ao doente. Segundo a autora, tal hipótese pode acontecer quando o profissional ignora as angústias do paciente, coisificando o, às vezes para proteger-se e assegurar uma neutralidade e imparcialidade na avaliação.

Para as atividades do odontólogo como perito, são estabelecidas normas através da Lei 5081, de 24 de agosto de 1966, que regulamenta o exercício da Odontologia no Brasil (Brasil, 1966):

Art.6º.

Compete ao cirurgião-dentista:

IV – proceder à perícia odontolegal em foro cível, criminal, trabalhista e em sede administrativa.

Porém, como ressalta Porto et al. (2014), em que pese o fato do perito ser o especialista em determinada matéria, a perícia não tem valor absoluto e não vincula à aceitação o juiz, que pode aceitar ou rejeitar o laudo pericial, no todo ou em parte, desde que, de forma fundamentada.

² Palestra proferida no XIII Congresso Brasileiro de Odontologia Legal em novembro de 2016.

Na avaliação do dano corporal o perito deve diferenciar o comprometimento anatômico ou funcional de uma alteração estética (Bouchardet; Criado Del Rio, 2010). Das alterações estéticas por sua vez, que não causam nenhum impacto sobre as atividades da vida diária da pessoa lesionada, e da alteração estética que provoca uma alteração da atração e também afeta negativamente as atividades da vida diária produzindo algum tipo de incapacidade no âmbito laboral, familiar, afetivo. Uma deformidade severa de acordo com as autoras pode causar uma incapacidade ou deficiência das pessoas lesionadas no desenvolvimento de atividades do cotidiano e em suas relações interpessoais.

A principal dificuldade na avaliação do dano corporal cuja existência se observa pelos sentidos principalmente pela visão, reside na quantificação e na medição de sua importância e gravidade, porque a avaliação do grau de “feiura” decorrente de um fato lesivo gerador de responsabilidade civil é de apreciação subjetiva tanto para uma pessoa lesionada, quanto para os que irão valorá-lo seja um médico ou cirurgião-dentista, assim como para os profissionais que proporão a repará-lo. A valoração do dano estético deve ser definida através de critérios que estimem, de uma forma evidente e de fácil comunicação aos tribunais e autoridades. Que definam também, o efeito que essa alteração do aspecto exterior provoca na pessoa lesionada e de como as outras pessoas o veem (Bouchardet; Criado Del Rio, 2010).

Silva e Santos (2010), afirmam que atualmente a avaliação do dano corporal em Direito Civil no Brasil, apresenta falta de padrão nas abordagens e que a uniformização de conceitos, método e linguagem é fundamental para o estabelecimento de formas mais justas de indenização, para uma reparação integral do dano corporal.

2.5 O dano estético

O dano estético é a lesão causada à pessoa, deformando-a de modo irreparável (Naúfel, 1998). É um dano que resulta uma deformidade física permanente e que a pessoa lesionada necessitará de cirurgia plástica para uma melhora clínica ou possível correção (Guimarães, 2016).

De acordo com Oliva (2009) o dano estético possui diversas terminologias, como: dano corporal, dano físico, dano deformidade, dano fisiológico, dano à saúde, dano biológico, onde todas designam uma lesão à integridade física da vítima. Porém é necessário que se diferencie uma alteração anatômica ou funcional de outra que causa apenas uma alteração estética, da atração física.

Considera-se dano estético toda alteração da morfologia externa ou alteração funcional corporal da pessoa que resulta em uma perda ou diminuição da beleza ou de atração em relação ao seu estado anterior. Trata-se de toda diminuição ou perda da beleza ou ainda, da atração das pessoas que sofreram a lesão (Lopez, 2004; Criado Del Rio, 2010). Se dissermos que uma pessoa é bela ou "estética" não nos apoiamos em conceitos determinados, mas em critérios subjetivos que determinam os sentimentos de agrado ou desagradado da pessoa (Criado Del Rio, 2010).

Para Cobo Plana (2010) o dano estético é qualquer modificação com a redução de modo negativo da imagem de uma pessoa. O autor afirma que o prejuízo estético é outra dimensão do prejuízo fisiológico e se refere tanto na expressão estática quanto na expressão dinâmica.

Danos estéticos podem ocorrer devido ao erro profissional como ressalta Lopez (2004). Segundo a autora, médicos, farmacêuticos, cirurgiões-dentistas, cabeleireiros, esteticistas, etc., também podem causar graves danos estéticos por erro ou engano, no exercício da profissão.

Na área médica segundo Lopez (2004), os danos estéticos podem acontecer em qualquer dos campos de atuação: tratamentos de pele, aplicação de radioterapia, procedimentos curativos que deformaram o paciente, paralisias decorrentes de anestésias e outros procedimentos.

Silva (2004) ressalta que o dano estético representa uma alteração do equilíbrio do corpo humano, e que desfigurado por lesões físicas, também sofre prejuízos na área emocional. A autora reafirma que é necessário observar a modificação para pior do estado da pessoa lesionada, comparando-se com a beleza anterior. Ainda de acordo com a autora, até mesmo uma lesão que não seja visível a todo momento pode ser considerada dano estético, desde que provoque uma sensação de constrangimento ou um vexame para o ofendido.

As pessoas que sofreram um dano estético na região maxilofacial, de acordo com Alves (2016), compartilham sentimentos como medo, angústia, expectativa, ansiedade, tristeza, dor e principalmente o desejo de recuperar o que foi perdido e que se traduz na própria identidade do lesionado. A autora observou que estas pessoas traziam nas avaliações, uma foto do rosto delas em um momento feliz de suas vidas como um aniversário, casamento, formatura. Outra característica destas pessoas é o desejo de processar judicialmente o responsável pela aparência atual, além de serem indenizadas monetariamente pelo ocorrido.

O mesmo pensamento é compartilhado por Cardozo (1997) onde afirma que as lesões nesta região diferem de qualquer outro dano corporal, pois a vítima pode estar fisicamente apta para trabalhar, mas não apta psicologicamente em razão de alterações estéticas e funcionais que podem demandar um tratamento especializado e um longo período de tempo.

O dano estético origina sempre prejuízos morais e, por vezes, também prejuízos materiais, pois pode refletir sobre a capacidade laborativa específica e genérica e sobre a capacidade de ganho seja na vida de relação ou eficiência social (Lopez, 2004).

O dano estético representa uma ofensa ao direito de personalidade e, portanto, uma ofensa à integridade física e moral do cidadão (Silva, 2004). É o sofrimento pela deformação com sequelas permanentes facilmente percebidas (Oliveira, 2015).

2.5.1 Da indenização do dano estético

A indenização do dano é uma sanção cível que tem por objetivo, compensar pecuniariamente o sofrimento da vítima em decorrência do ato que resultou a lesão e violou os direitos de personalidade (Sarmiento, 2009).

O Supremo Tribunal de Justiça – STJ estabeleceu na Súmula 37 que “são cumuláveis as indenizações por dano material e dano moral oriundo do mesmo fato” (Silva, 2004). Em 01 de setembro de 2009 o mesmo STJ estabeleceu na Súmula 387 que “é lícita a cumulação das indenizações de dano estético e dano moral” e

portanto, ambas as indenizações podem existir, serem deferidas de forma autônoma, mesmo decorrentes do mesmo fato (Oliva, 2009; Oliveira, 2015).

Silva (2004) ressalta que todo e qualquer dano civil que repercuta em prejuízo econômico ou uma ofensa à personalidade da vítima deverá ser indenizado. A autora justifica a cumulação por ser o dano estético como espécie do dano moral e refere-se unicamente à dor causada pela lesão física, enquanto o dano moral representaria uma forma mais ampla de se indenizar aquela dor, ultrapassando a ofensa estética e assim devendo ser apurado separadamente.

Oliveira (2015) explica que o dano estético se materializa no aspecto exterior da vítima onde todos podem ver, enquanto o dano moral reside nas entranhas ocultas dos seus dramas interiores, onde é encoberto e poucos percebem. O autor finaliza: “o dano estético o corpo mostra; o dano moral a alma sente”.

Silva (2004) afirma que a indenização do dano estético é especial, pois visa alcançar uma lesão irreparável, e que pela própria essência de sua natureza produzirá efeitos permanentes na vítima, prevista e assegurada pela Constituição Federal.

De acordo com o artigo 944 do Código Civil Brasileiro, todos os parâmetros de dano avaliáveis devem ser valorados para uma reparação integral do dano corporal. Para o cálculo do valor da indenização, o uso de tabelas é uma ferramenta que permite o princípio da seguridade jurídica, o princípio da igualdade, unificar critérios médicos e clínicos, bem como ajuda a evitar disparidades em casos duvidosos. São elementos de consultas e estabelecem a mesma referência para situações semelhantes (Silva, 2010).

2.5.2 A avaliação do dano estético

A avaliação do dano estético na área forense tornou-se um tema de grande importância nos últimos anos, principalmente devido à atenção que a sociedade de hoje dedica à estética, a harmonia do corpo, ou à “beleza” do ser humano. A aparência estética tem influência nas esferas sociais, do trabalho, bem como nas relações interpessoais (Robinat et al., 2014). A morfologia humana tem um impacto

significativo no desenvolvimento social, individual, econômico, psicológico e até psiquiátrico de uma pessoa, sem distinção de sexo, idade ou profissão (Manso, 2003).

A valoração do dano estético é uma das principais dificuldades que os profissionais da saúde encontram frente a uma pessoa com danos corporais. Sua complexidade de avaliação transcorre tanto da confluência das perspectivas técnicas e jurídicas na emissão do relatório pericial à falta de padronização ou de um protocolo para uma adequada avaliação (Bouchardet; Criado Del Rio, 2010; Porto et al., 2014; Valiente; Sasot, 2014).

Cobo Plana (2010) afirma que a imagem de uma pessoa como patrimônio, é mais que o visual ou daquilo que as outras pessoas veem dela. Neste conjunto da imagem da pessoa encontram-se a imagem da voz, imagem do cheiro, imagem tátil e a imagem gustativa. Dessa maneira segundo o autor, o dano estético pode ir além dos limites do sentido da visão, pois podem provocar mudanças auditivas (alterar o timbre ou o tom de voz, provocar uma voz estridente ou extremamente alta, ou ainda deixar a pessoa completamente rouca), de modo a não controlar o ruído, etc. Pode alterar a imagem olfativa ao provocar halitose, ozena (mau cheiro vindo de passagens nasais). Alterar a imagem tátil, difundir processos esclerodermia, o endurecimento das camadas profundas da pele em razão de cicatrizes. Por fim, a imagem gustativa é o prejuízo mais difícil de ser percebido e avaliado, e até mesmo, de se considerar como dano estético, onde a pessoa lesionada relata perda da sensação do gosto dos alimentos.

Para Sarmento (2009), é através da imagem que o ser humano os aspectos de sua personalidade que o ajudam a formar o conceito social sobre seus atributos morais, pessoais, familiares e profissionais. Ainda, segundo o autor, a transmissão da imagem provoca efeitos positivos ou negativos e que são determinantes para a aceitabilidade do indivíduo no círculo social a que pertence.

Cobo Plana (2010) afirma que quando a pessoa tem a redução da imagem, esta pessoa tem a perda de um “patrimônio”. A perda do patrimônio estético deverá ser reparado com o ressarcimento dos custos de possíveis tratamentos e intervenções cirúrgicas.

O avaliador de um dano estético, de acordo com Cobo Plana (2010) deve liberar-se dos fatores condicionantes que provocam o decoro, educação, compaixão, etc, que podem alterar o olhar, a observação e por consequência a valoração do dano. Nesse sentido o autor recomenda que a avaliação seja feita de modo natural sem inibições ou condições que possam interferir no resultado.

Vieira e Quintero (2008) ressaltam a importância de se conhecer a opinião da própria pessoa lesionada e também das pessoas do convívio dela, pois serão estas pessoas que verão com maior frequência e particularmente sofrerão com a alteração estética, dada a proximidade com a pessoa lesionada.

Vieira e Quintero (2008) preconizam ainda uma subdivisão do prejuízo estético. São eles: estático e dinâmico. O dano estético estático é aquele que é possível observar apenas pelo olhar à pessoa lesionada. O dano estético dinâmico é aquele que está relacionado com a alteração ou dificuldade de movimentos usuais decorrente da cicatrização da lesão.

Ramos et al. (2009), explicam que os valores do ser humano não mudam, são incondicionalmente independentes e, portanto, serão os mesmos sendo a pessoa sadia ou lesionada. Ocorre que de acordo com os autores, nem sempre os valores da pessoa são considerados. O olhar, o julgamento daqueles que observam podem ser diferentes, dependendo da proximidade ou do grau de afetividade para com a pessoa lesionada, caso esta pessoa seja muito próxima ou totalmente estranha.

A respeito de quem deve valorar o dano estético, Cobo Plana (2010) opina: parece razoável a contribuição médico especialista forense (legista com conhecimento anatômico) para o processo de valoração em razão de ter um acesso mais facilitado da imagem completa da pessoa assim como sua integridade física com maior facilidade do que outras pessoas que áreas anatômicas escondidas que não são acessíveis. Ainda segundo o autor, também o médico, em seu desempenho, pode captar de modo mais adequado a imagem visual por meio da mídia convencional como a fotografia em papel, esboços, desenhos ou até mesmo fitas de vídeo. No que diz respeito à avaliação dos danos estéticos não visuais, tais como o toque, à palpação, o perito tem maior acesso aos problemas de endurecimento local, ou alteração da consistência. Cobo Plana (2010) salienta ainda que com relação a outros danos não visuais estéticos, como olfativa e auditiva, a acessibilidade é semelhante à de outros observadores não médicos.

2.5.3 Momento da avaliação do dano estético

De uma pessoa lesionada espera-se que após um período de tempo, a sua recuperação total ocorra e esta volte a exercer suas atividades normais como antes do dano sofrido. Ocorre que muitas vezes esta recuperação não se confirma e esta pessoa passa a ser afetada por prejuízos de ordem anatômica, funcional, psico-sensorial ou uma combinação destes (Vieira; Quintero, 2008).

Para a análise do momento da avaliação do dano estético há de se considerar sob o aspecto penal, cível e do trabalho. Do ponto de vista do Direito Penal o dano estético, de acordo com o Código de Processo Penal – CPP, Art. 168, § 2º especifica que: “Se o exame tiver por fim precisar a classificação do delito no art. 129, § 1o, I, do Código Penal, deverá ser feito logo que decorra o prazo de 30 dias, contado da data do crime” (Brasil, 1940). Ainda segundo o Código Penal, a alteração estética refere-se exclusivamente à deformidade permanente. O dano estético com deformidade permanente é entendida como de intensidade que causa um incômodo permanente, um constrangimento constante para o ofendido (França, 2001; Bouchardet; Criado Del Rio, 2010).

Do ponto de vista cível, a avaliação do dano deverá ocorrer quando da estabilização da lesão ou da condição considerada permanente ou ainda, quando não se pode corrigir a lesão de forma relevante. Quando o organismo alcançar o máximo de sua auto-reparação da lesão ou quando não for possível o cirurgião plástico alcançar uma melhor reparação estética (Cobo Plana, 2010).

De acordo com Sá (1992), a fixação de uma data de consolidação ou estabilização das lesões não é uma tarefa fácil, e que vai depender de avaliações clínicas, relatos do examinado para esclarecer e confirmar as informações.

Cobo Plana (2010) afirma que não é possível estabelecer um período preciso para a estabilização das lesões, mas que de maneira geral o tempo médio é de nove meses, o mesmo tempo de aguardo para que a pessoa lesionada sofra uma nova intervenção cirúrgica, que nestes casos, deverão aguardar minimamente dezoito meses após a lesão inicial.

O melhor momento para a avaliação do dano estético é o mais tardio possível, até mesmo o do julgamento da ação e que se justifica em razão de verificar

a irreversibilidade da lesão. Tal procedimento seria para que não se configure uma indenização indevida após uma melhora ou até mesmo o retorno ao estado anterior que se encontrava a lesão (Lopez, 2004; Silva, 2004).

Como visto, as análises do dano estético têm condições de ser realizadas nos âmbitos penal, cível e do trabalho, entretanto manteremos o enfoque neste estudo das questões cíveis onde as análises são a partir de lesões estabilizadas.

2.5.4 Lesões estéticas estabilizadas: cicatrizes

A cicatrização é o nome do complexo fenômeno da reparação dos tecidos e órgãos (Manuila et al., 1997). Quando este processo de reparação resulta na destruição da pele é chamado de cicatriz (Rivitti, 2014). A cicatriz é um tecido fibroso neoformado que substitui uma perda de substância, um tecido inflamatório ou reúne duas partes separadas por um ferimento ou um corte operatório (Manuila et al., 1997). Tem aspecto variável, podendo ser saliente ou deprimida, móvel retrátil ou aderente. Não tem sulcos, poros ou pelos (Rivitti, 2014).

De acordo com Avram et al. (2009), as cicatrizes mais comuns pós traumatismo ou uma cirurgia pregressa são as cicatrizes hipertróficas e os quelóides.

Cicatriz hipertrófica uma é proliferação da pele, elevada e restringir-se aos limites das áreas do traumatismo. A lesão tende à regressão espontânea e apresenta proliferação fibroblástica inespecífica associada a atrofia epidérmica (Bogliolo, 2012).

Quelóide é uma proliferação fibrosa exuberante da pele. Surgem após traumatismo, queimaduras, dermatoses ou ainda, feridas cirúrgicas. A lesão é mais elevada que a cicatriz hipertrófica, circunscrita, com superfície lisa e torna-se endurecida com o tempo podendo se estender além da área do traumatismo (Bogliolo, 2012). O quelóide segundo Avram et al. (2009), não regride espontaneamente.

As cicatrizes hipertróficas e os quelóides são também as complicações que mais incomodam os pacientes em razão do aspecto desagradável e porque os fazem lembrar do trauma pregresso (Avram et al., 2009).

As cicatrizes são os elementos mais frequentes na avaliação do dano estético de acordo com Vieira e Quintero (2008) e a avaliação destas lesões vão depender do local onde se encontram (se visível ou não), da orientação (se a repercussão acompanha ou não as linhas de expressão) e das características (forma, tamanho, cor, relevo, etc.).

2.6 Métodos de avaliação do dano estético

Os métodos de avaliação do dano estético são os mesmos utilizados na avaliação de outros danos extrapatrimoniais (Bouchardet; Santos, 2015). Porém esta avaliação não é a considerada da mesma maneira nos diversos países do mundo. Alguns países associam a incapacidade funcional permanente e o dano estético, ou seja é avaliado juntos com outros danos corporais. Outros países fazem uso de tabelas que avaliam o dano funcional e dano estético dinâmico ou o dano funcional e o dano estético estático separadamente (Criado Del Rio, 2010; Tricot, 2011).

A metodologia utilizada para a valoração do dano estético segundo Bermudez (2004), compreende três métodos: descritivo, qualitativo e quantitativo.

2.6.1 Método descritivo

O método descritivo de acordo com Criado Del Rio (2010) é o mais utilizado para valoração médica legal deste dano no mundo, onde se faz uma descrição pormenorizada de todas as deformidades ou defeitos que possam ser relevantes para a valoração do prejuízo estético. O método descritivo é imprescindível, porque de acordo com a autora, é um meio que o perito possui para demonstrar a natureza da alteração estética, sua importância e os efeitos da perda de atração.

Apesar de pormenorizar o dano estético, Vieira e Quintero (2008) ressaltam a desvantagem deste método de ser o mais subjetivo de todos, pois nem sempre utilizam uma linguagem adequada e nem parâmetros capazes de descrever a real perda estética. Neste sentido, Cobo Plana (2010) acrescenta que ao descrever uma

pequena lesão e utilizar uma linguagem inadequada, pode potencializar seu grau de gravidade, assim como uma descrição pormenorizada e detalhada, sugere uma tendência acumulativa, e que não é compatível, com o conceito geral e global do dano estético.

2.6.2 Método qualitativo

O método qualitativo segundo Bermudez (2004) consiste em expressar o dano estético numa graduação de qualificação ou situações. De acordo com o autor, seu uso faz a correspondência de uma sequela a um determinado adjetivo enumerado em uma escala expressa como: leve, moderado, médio, importante, bastante importante e importantíssimo.

De acordo com Tricot (2011), trata-se do método utilizado na maioria dos países europeus, para descrever e classificar o dano estético. Segundo este autor, dependendo do país em questão, são descritas de cinco a sete categorias, de acordo com a extensão e gravidade dos danos.

Na atualidade, o método qualitativo mais utilizado é a do Ministério de Justiça francês, uma tabela proposta por Thierry e Nicourt desde 1971. Esta tabela também é chamada de “Escala de Sete Graus”, porque é ao mesmo tempo numérica e qualificativa. Barrot, em 1982, propôs a transformação dos graus em percentagens o que resultou com relação ao dano estético as seguintes quantificações: 1. Muito ligeiro ou muito leve (1/7): 14%; 2. Ligeiro ou leve (2/7): 29%; 3. Moderado (3/7): 43%; 4. Médio (4/7): 58%; 5. Considerável ou bastante grave (5/7): 73%; 6. Importante ou grave (6/7): 88%; 7. Muito importante ou muito grave (7/7): 100% (Fonseca, 1999; Vieira; Quintero, 2008).

O método qualitativo, de acordo com Bouchardet e Santos (2015), é um método que mostra a importância ou a gravidade da perda estética de maneira simples e direta, o que favorece a homogeneidade de termos e semelhança de resultados pelos diferentes peritos. Porém quando da avaliação do dano estético feita pelos peritos, apresenta o inconveniente de não ser um método utilizado exclusivamente ou isoladamente.

2.6.3 Método quantitativo

O método quantitativo, segundo Bermudez (2004) consiste em expressar por meio de uma porcentagem o grau de perda estética partindo do pressuposto que a integridade estética de uma pessoa corresponde a 100% ou baseia-se no emprego de tabelas em percentuais. Cobo Plana (2010) denomina o método quantitativo também de analítico, pois estes métodos baseiam-se em fórmulas estatísticas e matemáticas, concedendo determinados valores a cada tipo de defeito ou deformidade, dependendo de sua localização ou visualização externa.

De acordo com Bouchardet e Santos (2015), estes métodos podem proporcionar alguns problemas como a imprecisão, pois não compreendem todos os elementos constitutivos do dano estético.

2.7 Avaliação do dano estético no Brasil

Como a maioria dos países europeus, o Brasil também utiliza a Escala de Sete Graus na avaliação do prejuízo estético no âmbito cível. O impacto da sequência das lesões é descrito a partir de uma perspectiva estática e dinâmica. Não existem parâmetros ou métodos específicos de avaliação de danos estéticos. Fatores como idade, sexo, padrão social, nível de escolaridade, familiar, são aspectos que dependem da avaliação do perito que poderá incluir ou não em sua avaliação (Bouchardet; Criado Del Rio, 2010).

Outro estudo coordenado por Bouchardet et al. (2013), concluiu que no Brasil não há um parâmetro objetivo específico para avaliação do dano estético, porém como na maioria dos países, também se utiliza o método descritivo na valoração do dano estético nas esferas cível e criminal (Bouchardet et al., 2013).

Os peritos ao redigirem os laudos enfrentam alguns desafios como ressaltam Bouchardet e Criado Del Rio (2010), quando se encontram frente a parâmetros subjetivos na avaliação e que dependem de critérios e interpretação pessoal. As autoras citam como exemplo qualificar uma situação de perda de atração ou não, de uma pessoa lesionada, provocada por uma cicatriz, assim como diferenciar uma

alteração estética, que pode agravar a ofensa às vítimas se não forem bem conduzidas.

Sobre a estruturação do laudo pericial, o artigo 473 do CPC exige que o perito judicial apresente:

“a) a exposição do objeto da perícia”. Trata-se de uma explanação clara do perito sobre os elementos que integram o objeto da perícia, inclusive destacando as principais questões a serem esclarecidas pelo trabalho pericial (Donizetti, 2017).

“b) a análise técnica ou científica realizada”. Explicita que o perito deverá relatar detalhadamente e através de linguagem simples como foi desenvolvido o trabalho técnico ou científico, de modo a permitir que o juiz, as partes e o Ministério Público compreendam todos os fundamentos que o levaram a uma determinada conclusão (Donizetti, 2017).

“c) a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou”. Detalha que além de relatar a “análise técnica ou científica realizada”, deve o perito indicar e esclarecer qual método utilizou para alcançar suas conclusões, comprovando que tal metodologia é a predominantemente aceita pelos especialistas dessa área do saber (Donizetti, 2017).

2.8 Métodos de avaliação de danos estéticos por cicatrizes

Trata-se segundo Bermudez (2004) de valorar exclusivamente o impacto estético da cicatriz ou das cicatrizes, e relatar a deformidade produzida. Segundo o autor, é necessário deixar de lado as implicações que possam ter com outros danos e que estes deverão ser avaliados com os outros danos correspondentes.

Apesar da avaliação do dano estético possuir componentes subjetivos, é imprescindível que se utilize um método mais objetivo possível para que se possa avaliar de forma mais justa (Vieira; Quintero, 2008). Apresentamos alguns métodos relevantes para consideração neste estudo.

Proposto por Danon et al. (1972), o "coeficiente de danos estéticos por cicatrizes na face" é um método utilizado para avaliar o dano estético causado no

rosto. Para encontrar o coeficiente do dano estético é preciso multiplicar o coeficiente de localização (um valor de 10 pontos no máximo) pelo coeficiente de identificação (um máximo de 10 pontos), de modo que o resultado irá variar entre 0 e 100 pontos. Para o cálculo do coeficiente de localização é preciso avaliar os seguintes fatores: topografia (face dividida em 4 regiões: 1- frontolateral, submentoniana; 2- frontal anterior e orelhas; 3- palpebrais e maxilares; 4- nariz e região perioral), o envolvimento da direção das lesões em relação às dobras naturais e alteração de mimetismo. O coeficiente de identificação leva em conta os seguintes fatores: tamanho, forma, nivelamento e cor. Segundo Lloret et al. (2013) o método possui a desvantagem de ser demasiado complexo no cálculo do dano quando várias cicatrizes coexistem.

O "método de distâncias do dano estético para cicatrizes no rosto", é o método proposto por Rouge et al. (1996) que estabelece critérios descritivos, avaliando tanto a localização da cicatriz (centro-facial ou peri-orifical e do lado ou oculta pelo couro cabeludo) bem como as suas características: cicatriz ou deformidade existente, coloração, alívio, modificação deformação de harmonia ou alívio da face, ulceração e um critério normativo, definido como a distância que a cicatriz é percebida. O autor recomenda examinar a pessoa lesionada nos primeiros 50 cm (distância próxima ou íntima) e, em seguida, a três metros (distância social). Uma vez que a cicatriz avaliada em pontos de acordo com estes critérios move-se para a tabela correspondente que realizará a conversão que inclui os sete graus de danos estéticos.

Proposto por Bermúdez (2004), a "fórmula de cálculo do dano estético causado por cicatrizes em qualquer parte do corpo", valoriza variáveis como comprimento e largura da cicatriz, a localização do mesmo, através da definição de cinco zonas e ordenando-as alto para visibilidade inferior (nariz e os lábios seria a máxima visibilidade e pé e visibilidade mínima axila), sua relação com vincos e rugas e características da cicatriz: aparência, de superfície e cor. Este autor acrescenta na avaliação das cicatrizes, os danos causados por fatores tais como sexo, idade e estado anterior.

Com o objetivo de contribuir para valoração médico-legal do prejuízo estético e deformidade nos diversos âmbitos judiciais, foi proposta por Bouchardet e Criado Del Rio em 2010, uma guia para realização do exame e auxiliar no trabalho pericial.

Nas guias de exame são inseridas informações das lesões (tamanho, localização, forma, cor, relevo e outros), numa perspectiva estática e dinâmica. Além da descrição das cicatrizes são descritas as repercussões na vida diária da pessoa lesionada como a afetiva, familiar, estudo, profissional, desportivo e outros.

Valiente e Sasot (2014) após uma revisão bibliográfica, análise crítica dos textos encontrados e com o objetivo de diminuir ao máximo a subjetividade e valorar diferentes partes do prejuízo estético propuseram uma nova tabela. Estes autores consideraram três aspectos principais: alterações na pele (cicatrizes e queimaduras), amputações e perdas de substância, e ainda alterações dinâmicas (marcha, postura, expressão e fala) tomando como referência a classificação de seis graus da legislação espanhola no capítulo da Tabela VI de 8/2004 RDL – Real Decreto Legislativo da Espanha em 2004. O resultado da valoração é uma fórmula matemática dos aspectos considerados. O RDL 08/2004 foi instituído pelo governo espanhol na época, e previa uma indenização às pessoas que haviam sofrido algum prejuízo decorrente de acidente de trânsito (Aso Escario; Cobo Plana, 2006).

Para Aso Escario e Cobo Plana (2006), a apreciação visual de um observador externo é importantíssimo, e um método de avaliação de dano estético deve contemplar uma média das análises da impressão da perda estética, por várias pessoas representantes dos diversos âmbitos sociais do lesionado, e assim garantir um valor individualizado do dano estético sofrido.

2.9 O Método AIPE

O Método “AIPE” – Análise da Impressão ou do Impacto do Prejuízo Estético foi proposto na Espanha pelo médico forense e diretor do Instituto de Medicina Legal da Aragón (Espanha), Dr. Juan Antonio Cobo Plana, que consiste numa orientação geral, de forma esquemática para quantificação individual do prejuízo estético. Trata-se do desenvolvimento de outro estudo iniciado pelo próprio Cobo Plana conjuntamente com o médico neurocirurgião forense, José Aso Escario em 2006, onde ambos procuraram estabelecer critérios por meio de uma escala, para a qualificação e valoração do dano estético em qualquer parte do corpo. Tal trabalho tinha como objetivo, auxiliar os peritos forenses na valoração do dano estético de

modo mais homogêneo e também oferecer subsídios a Lei 34/2003, uma normativa a respeito dos seguros privados e também ao recém-criado na época, RDL 08/2004 (Aso Escario; Cobo Plana, 2006).

A Ley 34/2003 tinha como pressuposto uma tabela de outra lei anterior (30/1995) que orientava o “nível de interesse do olhar” daqueles que observavam o defeito estético e conseqüentemente a valoração do dano estético (Tabela 2.1).

Tabela 2.1 – Aspectos gerais da valoração do dano estético em pessoas segundo a Lei espanhola 34/2003

	Muito leve	Leve	Moderado	Médio	Importante	Bastante importante	Importantíssimo
Nível de comprovação visual	Muito pouco	Se vê	Se vê claramente	Se vê claramente	Se vê claramente	Se vê claramente	Se vê claramente
Tendência de fixar a imagem	Nenhum	Nenhum	Tende a fixar	Fixa	Fixa	Fixa	Tende a evitar o olhar
Nível de lembrança da imagem	Nenhum	Nenhum	Lembra	Protagoniza a lembrança	Protagoniza a lembrança	Protagoniza a lembrança	Protagoniza a lembrança
Nível de emoção que provoca	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Provoca emoção leve	Provoca emoção intensa	Provoca emoção intensa
Tipo de emoção que provoca	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Não altera a relação	Altera superficialmente	Altera profundamente

Fonte: Aso Escario e Cobo Plana (2006).

O AIPE é um método que utiliza uma sequência de forma simplificada e graduada, do processo de percepção que um impacto do dano estético de uma pessoa lesionada causa em si mesma e possibilita também, a análise de como este impacto é visto por terceiros (Bouchardet; Santos, 2015). Cinco perguntas auxiliam na categorização da análise: a) “até que ponto se vê ou se percebe a alteração da imagem da pessoa?”; b) “nosso olhar ou nossos outros sentidos tendem a fixar-se nesta alteração?”; c) “quando lembramos da pessoa, o descrevemos a partir da alteração de sua imagem?”; d) “a pessoa lesionada nos provoca alguma emoção

como tristeza ou outra?"; e) "se fôssemos familiares ou pessoas próximas da pessoa lesionada, sua imagem poderia afetar a relação com ela?" (Cobo Plana, 2010).

Também chamado de global ou geral, é um método científico que mede a perda estética de cada caso em particular, a partir de uma imagem anterior para comparação da simetria anatômica. O instrumento é composto de quatro tabelas, sendo a primeira para a análise da impressão do impacto do prejuízo estético. A segunda tabela para valoração da categoria do prejuízo estético, e uma terceira para aferir o nível de impacto em cada categoria. Por fim, uma quarta e última tabela presta-se para a valoração dos critérios complementares do prejuízo estético (Cobo Plana, 2010).

A utilização do método da AIPE na avaliação do prejuízo estético foi proposta nos casos de avaliação do prejuízo estético no âmbito civil e criminal, sobre o grau da deformidade. AIPE é um método que auxilia o perito, médico, cirurgião-dentista ou profissional do Direito, a adoção de um critério de intensidade ou gravidade sobre esse prejuízo estético e uma eventual deformidade provocada. Ao estabelecer regras de uso sujeitas a reavaliações por outros avaliadores é capaz de melhorar os princípios de contradição e mediação, ao expor ao julgador as bases dessa avaliação de uma forma descomplicada e evidente. Uma vez qualificado um método de avaliação da intensidade ou gravidade do prejuízo estético, este método pode ser perfeitamente aplicado a qualquer legislação civil ou penal (Bouchardet; Cobo Plana, 2011).

A Tabela AIPE 1 do método AIPE (Anexo A) presta-se para comprovar a percepção ou não da lesão. Por meio de uma guia de perguntas, questiona ao examinador como percebe uma eventual alteração da imagem e anota: "não se vê ou praticamente não se vê" (neste caso a alteração não é relevante); "se vê" (uma lesão de grau leve); ou ainda "se vê claramente" (neste caso uma lesão pode se situar entre as categorias de moderado, médio, importante, bastante importante e importantíssimo) (Cobo Plana, 2010).

A Tabela AIPE 2 (Anexo A) define além da comprovação, a categorização do dano estético onde se correlaciona o grau de gravidade com o impacto visual do defeito podendo ser: moderado (tendência de fixar o olhar no defeito, porém não se lembrar da imagem do lesionado); médio (se lembra da imagem do lesionado, mas não provoca resposta emocional); importante (provoca resposta emocional, mas não

altera a relação interpessoal); bastante importante (provoca uma emoção intensa e até poderia alterar a relação interpessoal); importantíssimo (além de provocar uma emoção intensa, altera a relação interpessoal profundamente) (Cobo Plana, 2010). A Tabela AIPE 2 utiliza os graus de intensidade do capítulo especial da Tabela VI do RDL 8/2004 (Bouchardet; Santos, 2015).

A Tabela AIPE 3 (Anexo A) do método AIPE presta-se para aferir para cada categoria do dano estético, outros cinco níveis de impacto, detalhando a pontuação encontrada na Tabela AIPE 2, em ordem crescente entre: muito pouco, um pouco, moderado, severo e muito intenso, a gravidade do dano (Cobo Plana, 2010).

O método AIPE possui ainda uma quarta tabela (AIPE 4, Anexo A) onde são valorados critérios complementares como a relação do dano estético com a comunicação, relação sexual, áreas particulares do corpo não expostas habitualmente à visão como em situações especiais (trajes de banho), transcendências em atividades de trabalho onde requeira uma exposição específica (Cobo Plana, 2010).

As categorias do método AIPE são definidas com as respectivas correspondências em pontos de: a) lesão não relevante, zero ponto; b) lesão grau um ou leve, entre 1 e 6 pontos; c) lesão grau dois ou moderada, entre 7 e 12 pontos; d) lesão grau três ou média, entre 13 e 18 pontos; e) lesão grau 4 ou importante, entre 19 e 24 pontos; f) lesão grau 5 ou bastante importante, entre 25 a 30 pontos; e g) lesão grau 6 ou importantíssimo, entre 31 e 50 pontos. Tal pontuação é transformada em valor pecuniário em favor do lesionado (Cobo Plana, 2010).

De acordo com Valiente e Sasot (2014), estes valores referem-se ao capítulo da Tabela VI de 8/2004 – RDL, chamado capítulo especial. As consequências estéticas são classificadas em seis graus: leve (1-6 pontos), moderado (7 a 12), médio (13 a 18), importante (19 a 24), bastante importante (25 a 30) e importantíssimo (31 a 50). Segundo os autores, também inclui nove regras de uso, definindo a desfiguração física como qualquer mudança pejorativa que afeta a imagem, tanto estática e dinâmica. A questão fisiológica e desfiguração são conceitos diferentes e devem ser avaliados separadamente. Ainda segundo os autores, a desfiguração terá uma pontuação máxima de 50 pontos, que correspondem a 100% dos danos permanentes da herança estética. Acrescentam os autores, que a compensação é compatível com o custo da cirurgia para a

correção, e que a incapacidade intensificaria a correção desta importância e que uma lesão quantificada como muito importante é extremamente grave.

O RDL 8/2004 sofreu uma atualização em setembro de 2015 e passou a ser a “Ley 35/2015” com vistas a uma maior proteção aos acidentados do trânsito (Espanha, 2015).

Das metodologias atualmente utilizadas para avaliação do dano estético, o método AIPE mostrou-se de maior objetividade de acordo com Fernandes et al. (2016b). Segundo os autores, a interpretação psicométrica permite atribuir um número aos seus resultados, possibilitando comparar as características psicológicas de diferentes pessoas de forma objetiva. Ainda segundo os autores, o método é objetivável, onde propõe aos avaliadores um conjunto de perguntas que ao respondê-las sequencialmente propicia a categorização do dano estético.

O método AIPE foi traduzido trans-culturalmente do espanhol para língua portuguesa e validado no Brasil por Fernandes et al. (2016a). Os autores aplicaram o método em profissionais cirurgiões dentistas, estudantes de pós-graduação em Odontologia Legal, e comprovaram a maior eficiência do método na avaliação do dano estético.

Cobo Plana (2010) ressalta que a “imagem” é o “patrimônio” exterior de uma pessoa, e que uma valoração idônea, ideal da intensidade ou gravidade da alteração da imagem pode ser percebida por pessoas com quem ela se relaciona ou com as que ela tem atividades habituais, e que o impacto desta percepção do dano estético deve ser homogêneo. O autor ressalta ainda que a avaliação do dano estético de especialistas médicos ou cirurgiões dentistas forenses com conhecimento de anatomia humana, não podem desconsiderar a opinião de pessoas sem a formação específica pericial forense, até porque estes profissionais têm acesso ilimitado à totalidade da imagem de uma pessoa e, portanto, garantia de uma avaliação globalizada da pessoa lesionada. Porém ainda segundo o autor, estes especialistas não são os únicos que têm capacidade de se impactarem, de oferecer uma impressão perante um prejuízo estético. É possível estender esses conceitos a respeito do dano estético, dentro dos limites de atuação, e uma diferença de avaliação relevante de um mesmo dano entre os peritos forenses e a sociedade, as pessoas sem esta formação específica, é inaceitável.

2.10 Comparativo de metodologias de dano estético

Um estudo comparativo de metodologias para avaliação de dano estético proposto por Fernandes et al. (2016b) concluiu que tal comparação não é possível pois os critérios utilizados para cada método são diferentes e mostraram resultados específicos. Uma das dificuldades encontradas pelos autores refere-se ao fato das tabelas, quadros e escalas não terem sido traduzidas e validadas transculturalmente. Tal procedimento segundo os autores tem como objetivo evitar ambiguidades e assegurar a equivalência conceitual da tradução.

Se comparar metodologias não foi possível, um estudo comparativo entre cirurgiões dentistas e pessoas leigas proposto por Barbosa et al. (2016) de percepção estética em relação às alterações faciais concluiu que a maioria dos estudos revelou que os dentistas eram mais críticos do que os leigos.

2.11 Da avaliação do dano estético entre mulheres e homens

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (Magar, 2015), sexo se refere a diferenças puramente biológicas, enquanto gênero se refere às características socialmente construídas das mulheres e dos homens, em toda sua diversidade. Segundo a OMS, a igualdade de gênero é, por vezes, confundida de forma restrita no que se refere apenas às diferenças entre mulheres e homens.

As diferenças entre mulheres e homens são claras e não se restringem apenas no campo físico e biológico. Gray (1996) afirma que ambos diferem em todas as áreas de suas vidas. Segundo o autor, homens e mulheres não apenas se comunicam de maneira diferente, mas pensam, sentem, percebem, reagem, respondem, amam, precisam e apreciam diferentemente um do outro.

Pease e Pease (2004) em seus estudos concluíram que os hormônios e a morfologia do cérebro são responsáveis pela diferença de atitudes e comportamento entre ambos. Segundo os autores, as pessoas do sexo feminino têm habilidades sensoriais mais aguçadas e, portanto, uma percepção mais rápida que a do masculino. Ainda segundo os autores é a chamada "intuição feminina" que

proporciona percepções mínimas nas alterações da aparência e comportamento de outras pessoas.

Segundo Kimura (1999), homens e mulheres diferem não só em seus atributos físicos e função reprodutiva, mas também em muitas outras características, incluindo a forma como eles resolvem problemas intelectuais. A autora investigou as diferenças sexuais no cérebro, uma das linhas de pesquisas da Neurologia. De acordo com esta autora, o mecanismo do cérebro dos homens são extremamente lógicos, e propiciam a resolução de problemas de matemática com mais desenvoltura do que as mulheres, e essa tendência à lógica, acabam se expressando em vários momentos do cotidiano.

Pease e Pease (2004) descrevem outras diferenças em favor do sexo feminino, como a utilização dos dois lados do cérebro, visão mais abrangente, percepção de objetos em curta distância e uma capacidade de maior de detectar e descrever cores.

A sensibilidade feminina segundo Kimura (1999) está relacionada com outro hormônio não sexual, a prolactina, e que ajuda o cérebro a provocar o estado do choro. De acordo com a autora, este hormônio fabricado no próprio sistema nervoso, é mais presente no organismo das mulheres e participa diretamente da produção de leite, no período de amamentação do bebê. Por este motivo segundo a autora, as mulheres teriam, biologicamente, uma propensão maior a sensibilizarem-se em relação aos homens.

Ferreira (2000) avaliou a satisfação dos pacientes em relação ao resultado estético pós-cirúrgico de rejuvenescimento facial, e concluiu que as mulheres são mais críticas em relação aos homens revelando um maior rigor quanto ao resultado estético final. O estudo revelou este mesmo rigor tanto pelas pacientes quanto pelas outras mulheres apenas observadoras, que ofereceram uma nota mais baixa em relação aos homens quanto à satisfação do resultado estético.

2.12 Dos grupos de profissionais

Um estudo de Souza (2006), junto à área de Deontologia e Odontologia Legal da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para avaliação do grau de perda estética em alterações faciais, foram avaliados o grau de severidade e da gravidade das lesões na opinião de grupos de profissionais da área jurídica, médicos, cirurgiões-dentistas e empregadores do comércio. A autora concluiu que, em relação às cicatrizes faciais localizadas na região frontal, tanto a área jurídica como os profissionais da saúde consideraram uma desarmonia da estética facial. Ao analisar as cicatrizes faciais localizadas na região lateral, houve grande variação na categorização dessas lesões pelos diferentes grupos.

Outro estudo conduzido por Saldanha et al. (2016) concluiu que não há evidências de diferenças de opiniões entre cirurgiões dentistas e leigos. Esta conclusão corrobora com a conclusão de nosso estudo onde o grupo dos leigos foram mais críticos, mas muito próximos de opiniões entre cirurgiões dentistas a respeito desta percepção.

2.12.1 Médicos e Cirurgiões Dentistas

O profissional de saúde deve ter consciência crítica de sua responsabilidade de proporcionar a aquele que é cuidado, o respeito e identificação como um sujeito de direitos, que não pode ter seus valores, princípios, crenças e individualidade moral desconsiderados (Garrafa et al., 2005).

São destes profissionais a responsabilidade da sociabilização ou de devolver a paciente à sociedade (Ramos et al., 2009). Para tanto, segundo os autores, é necessário que estes profissionais ouçam os questionamentos, o motivo do sofrimento, reconheçam o valor de cada pessoa humana, e assim restabeleçam o sentido de vida destas pessoas.

Os médicos e cirurgiões dentistas são profissionais habilitados com o conhecimento específico das técnicas de prevenção, alívio e principalmente a cura de doenças. O pediatra e psicanalista Paulo Schiller (Schiller, 2002) considera estas

profissões as mais nobres e éticas das atividades humanas e preconiza que os profissionais que as exercem para serem completos, devem saber reconhecer os anseios e expectativas das pessoas lesionadas.

Estes profissionais quando do atendimento aos traumatizados faciais, após uma verificação inicial de urgência, terão como objetivo primordial a manutenção da vida dos pacientes (Jorge; Milani, 2009). Em seguida com uma avaliação sistemática e completa do estado de saúde geral do paciente, se determinará as prioridades de tratamento das lesões.

Além do atendimento e tratamento dos lesionados, médicos e cirurgiões dentistas fazem parte do grupo dos profissionais da saúde que realizam as perícias de dano corporal e estético. De acordo com Jorge (2009), estes profissionais têm em comum, os princípios básicos de procedimentos, fundamentados na tríade (diagnóstico, terapêutica, alta do paciente) além do acompanhamento, que definem o objetivo profissional na busca da cura do paciente. Estes profissionais têm como prerrogativa legal comum, de serem os únicos da área da saúde a instituir terapêuticas invasivas como a medicamentosa, clínica e cirúrgica, para buscar a cura e devolver o paciente à sociedade em sua bionormalidade.

Estes profissionais, por suas próprias naturezas, possuem uma confiança especial por parte de seu paciente e que em nada se assemelha a outros profissionais, o que lhe confere uma responsabilidade maior, senão das maiores por se tratar de um bem que não tem preço: o ser humano. Aqueles que abraçam a estas profissões têm que ter consciência desta responsabilidade e os sacrifícios que, e por ela exigem, não apenas pela competência, como também pela vocação nata de transmitir ao paciente a sensação de importância como pessoa (Ismael, 2002; Wolf, 2002).

De acordo com o médico Wilmar Klug (Klug, 2002), os pacientes confiam nos profissionais que os assistem e esperam destes profissionais, que estejam propensos à amizade, cordialidade, gentileza, carinho e solidariedade ao sofrimento, enfim, que sejam capazes de oferecerem o apoio emocional que necessitam.

Ismael (2002) diz que o paciente além da confiar no profissional, quer e precisa ser olhado, pois necessita da certeza de existir, de ser importante para o profissional. Segundo o autor, em nenhuma outra profissão, o olhar ou o saber ver,

tem tanta importância como na medicina. Para tanto, Miziara (2002) afirma que o médico deve identificar-se com o paciente, ou mais, “transcender” a doença e buscar pelas manifestações o indivíduo que sofre e que precisa ser confortado com o mesmo empenho que o dedicado ao combate à doença, com respeito, ternura e compaixão pelo paciente.

A confiança dos pacientes nestes profissionais é garantida ainda, pelos respectivos Códigos de Ética Médica – CEM e Código de Ética Odontológica – CEO, onde revelar qualquer fato, segredo, informação que possa expor, identificar o paciente é passível de penalidades éticas (Conselho Federal de Medicina, 2010; Conselho Federal de Odontologia, 2012).

Com relação à Odontologia, a área de atuação do cirurgião-dentista é definida pela Resolução CFO – 176 de 6 de setembro de 2016 (Conselho Federal de Odontologia, 2016).

§ 1º. A área anatômica de atuação clínico-cirúrgica do cirurgião-dentista é superiormente ao osso hioide, até o limite do ponto násio (ossos próprios de nariz) e anteriormente ao tragus, abrangendo estruturas anexas e afins.

§ 2º. Para os casos de procedimentos não cirúrgicos, de finalidade estética de harmonização facial em sua amplitude, inclui-se também o terço superior da face.

O Odontólogo tem em seu Código de Ética Odontológica – CEO, a definição em seu Art. 2º “é uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano, da coletividade e do meio ambiente, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto” onde evidencia o compromisso ético da beneficência e justiça.

2.12.2 Direito

Os profissionais graduados em Direito de acordo com Vieira (2005) regulam as relações do homem com a sociedade, que pautados nas leis e na ética, que caminham juntos, defendem os interesses das pessoas. Segundo a autora, estes profissionais são constantemente requisitados para contribuir para soluções onde há impasses, insegurança.

De acordo com Vieira (2005), fazem parte deste grupo os advogados, delegados de polícia, promotores, magistrados sendo possuidores de responsabilidades técnicas em comum, pois lidam com a justiça e assim se deparam com conciliação de interesses, prevenção e regulamentação de conflitos, além de lutarem por proteger a liberdade e a dignidade do indivíduo. Ressalta a autora que a indiferença ao que lhe parece injusto não condiz com o perfil do profissional ou estudante de Direito.

Neste grupo incluem-se os bacharéis em Direito, que são aqueles profissionais graduados no curso de Direito e que ainda não estão habilitados legalmente a exercer a advocacia, devendo prestar o exame de admissão ou de ordem na OAB – Ordem dos Advogados do Brasil.

2.12.3 Outros profissionais não da área da saúde e nem do Direito

Quanto aos demais profissionais não da área de saúde ou do Direito, são pessoas leigas no amplo sentido, que não têm conhecimento de anatomia, jurisprudência a respeito da avaliação do dano corporal, ou o pouco que adquiriram, foi a partir de experiências, vivências e observações do mundo. Pessoas comuns da sociedade, representantes do modo de pensar da maioria (Fachin, 2005).

Essas pessoas de acordo com Rios et al. (2007), tem um saber popular, um entendimento não específico, chamado de “senso comum”. O senso comum, de acordo com os autores, contribui para o progresso da ciência, pois as pesquisas emergem a partir de dificuldades no dia-a-dia destas pessoas. Ainda segundo os autores, os problemas e situações vividos nos contextos sociais exigem da comunidade científica a necessidade de pesquisar, de aprofundar interpretações dos achados, de propor soluções ou ainda, indicar caminhos para as dificuldades enfrentadas pela população. Ressaltam os autores, é necessário que os profissionais da saúde compreendam o elo entre a ciência e o senso comum para que possamos construir novos conhecimentos, levando a ciência para a realidade de cada comunidade sem menosprezar o seu saber, seu “senso comum”.

Vieira (2005) ressalta que a responsabilidade pela elaboração das normas é de todos que trabalham por uma sociedade justa, igualitária e solidária respeitando os direitos e garantias individuais. Ainda segundo a autora, onde existe uma maior vulnerabilidade, a tutela deve ser maior.

2.13 Justiça

A palavra justiça foi aceita na língua portuguesa a partir do século XIII. O seu significado é de caráter, ou de algo que está em conformidade com o que é direito, com o que é justo. Náufel (1998) define como a vontade constante e perpétua de dar a cada um o que é seu. É um princípio moral pelo qual o respeito à pessoa humana é observado (Ramos et al., 2009).

Para Diniz (1995), a justiça apresenta dois significados fundamentais: um primeiro objetivo de ordem social, uma exigência da vida em sociedade e um segundo significado subjetivo quando designa uma qualidade da pessoa, como virtude ou perfeição subjetiva, expressa uma maneira pessoal de perceber e avaliar aquilo que é direito, que é justo.

Justiça é o poder de fazer valer o direito de alguém ou de cada um, assim como o direito é aquilo que está de acordo com o senso comum, com as normas morais e éticas aceitas pelas pessoas, é aquilo que é certo, correto e justo (Guimarães, 2016).

3 PROPOSIÇÃO

- Analisar comparativamente a percepção do dano estético por diferentes grupos de profissionais: cirurgiões-dentistas, médicos, profissionais do Direito e outros profissionais não da área da saúde e nem do Direito, utilizando o método/instrumento de Análise da Impressão ou do Impacto do Prejuízo Estético (AIPE) para verificar se há homogeneidade de entendimento, o que proporcionaria uma melhor aplicação da justiça.
- Comparar as análises dos profissionais mais jovens com a dos mais experientes.
- Verificar se há interferência na avaliação entre mulheres e homens quando avaliam pessoas do mesmo sexo e do outro.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Material

- Projetor multimídia da marca Epson, modelo Powerlite X29 3lcd XGA hdmi 3000 lumens.
- Tela de projeção branca e lisa da marca Tes 4X3, com 2,00 X 1,50 metros.
- Computador pessoal notebook marca Samsung ATIVE Book 3 com processador Core I5, 8GB de memória de Ram e 1TB de memória em disco.
- Licença do Programa Office Home and Student 2013 da Microsoft.
- 500 conjuntos de 24 folhas impressas em papel sulfite, contendo 11 conjuntos de tabelas AIPE traduzidas, dois termos de consentimento livre e esclarecido, sendo um para o sujeito da pesquisa e outro para o pesquisador e por último, a folha de qualificação profissional (Anexos).
- Software de análise estatística SPSS v.17.

4.2 Tipo de estudo

Corte transversal baseado em aplicação de questionário (quatro tabelas de Análise da Impressão ou do Impacto do Prejuízo Estético “AIPE”), proposto pelo autor Juan Antonio Cobo Plana (Cobo Plana, 2010), traduzido transculturalmente da língua espanhola para o português e validado por Fernandes et al. (2016a) (Anexo A).

4.3 População do estudo

Com base no projeto piloto e nos primeiros resultados obtidos deste projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de número 1121864 de 24/06/2015

(Anexo B), delineou-se um tamanho amostral mínimo de 320 sujeitos de pesquisa, separados em quatro grupos, preferencialmente pareados (femininos e masculinos), e assim distribuídos (em ordem alfabética):

GRUPO Direito – 80 (oitenta) profissionais de Direito (advogados, bacharéis, juízes, promotores, etc.).

GRUPO Medicina – 80 (oitenta) profissionais médicos.

GRUPO Odontologia – 80 (oitenta) cirurgiões-dentistas.

GRUPO Outros profissionais – 80 (oitenta) profissionais de diferentes áreas do conhecimento, não da área de saúde e nem do Direito.

4.4 Critérios de inclusão

Profissionais graduados nas áreas de Odontologia, Medicina, Direito e outras áreas não pertencentes a da saúde ou do Direito.

4.5 Critérios de exclusão

Cirurgiões-dentistas especialistas em Odontologia Legal, estes contemplados em trabalho de pesquisa anterior (Fernandes et al., 2016a).

Profissionais da área da saúde não cirurgiões-dentistas ou médicos.

4.6 Instrumento de coleta

- Método AIPE composto de quatro tabelas impressas em papel traduzidas transculturalmente (Fernandes et al., 2016a), (Anexo A). A tabela quatro onde são valorados critérios complementares como a relação do dano estético com a comunicação, relação sexual, áreas do corpo não expostas à visão como em situações especiais não foi utilizada.

4.7 Método

4.7.1 Convite aos coordenadores

Foram convidados profissionais graduados participantes de cursos de atualização, especialização e pós-graduação, selecionados aleatoriamente de associações de classe, instituições de ensino e entidades públicas e privadas onde ocorriam reuniões profissionais ou estudo, nas áreas de Direito, Medicina, Odontologia e outros cursos não da área da saúde ou do Direito.

Inicialmente foram enviadas cartas e e-mails aos coordenadores de cursos de pós-graduação da USP e outras instituições de ensino superior. Após os respectivos aceites dos convites dos coordenadores destes cursos, foram agendadas as datas e horários para a aplicação do método e realização da pesquisa.

4.7.2 Locais de coleta e sistemática de aplicação do instrumento

Na data agendada e anteriormente à coleta foram instalados os equipamentos (projektor multimídia e computador, tela de projeção conforme descrito em “Material e Métodos”).

Inicialmente realizou-se uma breve apresentação pessoal e a proposta do projeto de pesquisa e em seguida os profissionais foram convidados a participar do estudo.

Os voluntários que consentiram na participação receberam um bloco contendo 24 folhas de papel sulfite impressas no total. As duas primeiras folhas foram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo C), sendo a primeira destinada ao sujeito da pesquisa como comprovante de participação e meio de comunicação com o pesquisador, conforme determinação da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. A segunda folha continha além do TCLE do pesquisador, um QUESTIONÁRIO de QUALIFICAÇÃO no verso, onde o voluntário de pesquisa preencheu com os seus dados (Anexo D).

As demais folhas consistiram no método AIPE em onze conjuntos de questionários impressos e numerados, com duas folhas cada uma, contendo as quatro tabelas para aplicação do instrumento. Para cada conjunto das tabelas AIPE havia uma correspondência a um caso para avaliação.

As imagens foram projetadas na tela utilizando-se o projetor multimídia acoplado ao computador pessoal do pesquisador, respeitando-se a distância da tela ao projetor em 2 metros.

Na sequência, foi oferecida uma orientação inicial a respeito do dano estético (uma palestra de 10 a 15 minutos), onde os grupos interagiram com o apresentador duas imagens da face normais e outras duas imagens didáticas de lesões estabilizadas (cicatrizadas) da epiderme e derme, apresentadas em trabalhos encontrados na literatura (Figuras 4.1 e 4.2). Os voluntários foram questionados a respeito da boa visibilidade (clareza), das imagens e sem qualquer dúvida, da visão das lesões. Os participantes como parte da instrução, responderam conjuntamente com o pesquisador a correlação das imagens com as tabelas AIPE. Uma terceira imagem do trabalho de Cobo Plana (2010) de cicatriz facial na bochecha (Figura 4.3) também foi questionada e respondida.

Figura 4.1 – Dano estético

Fonte: Vulin (2015).

Figura 4.2 – Dano estético não relevante

Fonte: Fernandes et al. (2017)

Figura 4.3 – Dano estético importante

COBO PLANA (2010)

Fonte: Imagem cedida por Juan A. Cobo Plana (2010)

Os participantes da pesquisa fizeram a avaliação de imagens de um total de dez casos de lesões simuladas do protocolo de Fernandes et al. (2016a). Os casos foram numerados de um a dez e continham três posições faciais diferentes (frontal, oblíqua e lateral). Cada um deles foi apresentado de duas maneiras: uma mais distante e outra aproximada mostrando em close, toda a região da lesão, de acordo com protocolo proposto por Claman et al. (1990). Utilizou-se como critério de aproximação, a visão total da região maxilofacial (anterior do aparelho estomatognático), área de atuação do cirurgião-dentista. Cada imagem (distante e aproximada) foi analisada num intervalo entre dois e três minutos.

Conforme a tabela AIPE, a sequência de 10 conjuntos de imagens continham casos de diferentes graus de lesões quantificadas por faixa de pontos. Um caso com

zero ponto e outros seis com diferentes faixas de pontos. Além destes, outros três casos de imagens repetidas formaram o conjunto. As três imagens foram repetidas com o objetivo de se verificar a consistência e concordância destas leituras (primeira visualização e repetição). As faixas de pontos, de zero a 50, quantificaram a categoria do dano estético e o grau de impacto do dano: não relevante, leve, moderado, médio, importante, bastante importante e importantíssimo (Figuras 4.4 a 4.13).

A sequência de apresentação das imagens foi a mesma do trabalho de Fernandes et al. (2016a) que sorteou e randomizou tanto o grau de gravidade das lesões, quanto às duas pessoas que participaram como modelos (masculino/feminino), conforme apresentamos a seguir:

Figura 4.4 – Lesão 1, feminino 1 – L1 F1 (leve)

Figura 4.5 – Lesão 2, masculino 2 – L2 M2 (moderado)

Figura 4.6 – Lesão 3, feminino 3 – L3 F3 (médio)

Figura 4.7 – Lesão 4, feminino 4 – L4 F4 (importante)

Figura 4.8 – Lesão 5, masculino 5 – L5 M5 (bastante importante)

Figura 4.9 – Lesão 6, feminino 1 – L6 F1 (leve)

Figura 4.10 – Lesão 7, masculino 7 – L7 M6 (importantíssimo)

Figura 4.11 – Lesão 8, feminino 3 – L8 F3 (médio)

Figura 4.12 – Lesão 9, masculino 0 – L9 M0 (não relevante)

Figura 4.13 – Lesão 10, masculino 5 – L10 M5 (bastante importante)

Todo o processo de apresentação, instrução e aplicação do método demandou cerca de 40 a 50 minutos conforme o local, grupo e quantidade de participantes da pesquisa na apresentação.

4.8 Avaliações estatísticas

Uma vez que a validade da construção do questionário, bem como a sua confiabilidade para a versão em português foram validados por Fernandes et al. (2016a), bastou à presente pesquisa verificar e comprovar a consistência das leituras o que foi feito por intermédio do coeficiente de correlação intraclass (ICC), ao que se seguiu o aprofundamento analítico dos resultados e o teste de hipóteses.

As pontuações médias de valoração intra e intergrupos foram avaliados pelo teste “*t*” de “*Student*” e pelo cálculo de análise de variância “ANOVA”, adotado o nível de significância de 5%.

4.9 Aspectos éticos

Todos os participantes constantes na amostra (população do estudo), assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para participar da pesquisa de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – FOU SP (Anexo C).

5 RESULTADOS

5.1 Da coleta do material

O processo de coleta de material iniciou-se em julho de 2015 com o envio de correspondência eletrônica para os professores coordenadores de especialização e pós-graduação nas instituições de ensino que ofereciam estes cursos. Os convites para a participação foram feitas diretamente nas páginas eletrônicas (internet) destas instituições.

Neste início de processo identificamos algumas dificuldades na coleta como a pouca adesão à pesquisa. Os coordenadores identificados através das páginas das instituições de ensino, raramente respondiam os convites enviados por correio eletrônico. Os que respondiam geralmente informavam que não eram coordenadores e não poderiam autorizar a pesquisa. Posteriormente identificamos muitas páginas desatualizadas.

O tempo exigido para a aplicação do método AIPE foi um dos empecilhos e motivo das recusas dos coordenadores, pois como informado em materiais e métodos, seriam necessários minimamente 40 minutos para a coleta. Muitos coordenadores alegaram ser um tempo demasiado longo em razão da carga horária e do conteúdo programático dos cursos. A justificativa destes seria de não poder dispor deste tempo para a atividade, principalmente quando se tratava de um curso particular, pago pelo participante.

5.2 Da amostra

Foram ao todo realizadas 47 coletas ou apresentações. Dos 500 conjuntos de método AIPE impressos, foram utilizados 466. Destes, 33 participantes não completaram a pesquisa por falta de tempo. O critério de exclusão removeu outros seis participantes: três cirurgiões-dentistas especialistas em odontologia legal, uma enfermeira, uma farmacêutica e um fisioterapeuta que estavam presentes nas apresentações. A dificuldade de entendimento do método e formulários incompletos

ou inconsistentes foram o principal motivo de exclusão, resultando na eliminação de 35 participantes. Finalmente, um caso ofereceu avaliação ou valores discrepantes (*outliers*) e também foi excluído. Portanto, o número amostral deste trabalho é de 391 participantes (n=391) (Tabela 5.1). A coleta foi encerrada em 30 de setembro de 2016.

Tabela 5.1 – Do total de participantes (n=391)

AIPE utilizados	Falta de tempo	Critério de exclusão	Dificuldade de entendimento/ formulários inconsistentes	<i>Outliers</i>	Total de participantes
466	33	6	35	1	391

Fonte: o autor.

5.2.1 Direito

Os participantes da amostra de profissionais graduados em Direito foram em sua maioria da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, Faculdades Diadema – FAD da UNIESP – União das Instituições Educacionais do Estado de São Paulo, e de cursos de especialização da Escola Paulista de Direito – EPD. Também participaram profissionais sem vínculo acadêmico que ao todo, completaram 93 profissionais neste grupo amostral.

Participaram desta amostra bacharéis em Direito, advogados, juízes, promotores, delegados e escrivães de polícia, e desembargadores.

5.2.2 Medicina

No grupo “Medicina” participaram 93 profissionais. Apesar de se ter atingido um valor adequado, o grupo dos médicos foi o que proporcionou a maior dificuldade para a obtenção do número amostral.

Os participantes da amostra de médicos vieram dos mais diversos locais. Cidades como Brasília – DF, Campo Grande e Dourados – MS, Cascavel – PR, Diadema e São Paulo – SP foram alguns locais que ofereceram os voluntários para este grupo de pesquisa. Os primeiros profissionais médicos participantes, inicialmente não tinham vínculo acadêmico, mas ao longo da coleta das amostras, outros profissionais coordenadores de cursos na área da Medicina também aderiram à pesquisa, motivo pelo qual este grupo demandou maiores deslocamentos entre unidades de trabalho e ensino como cursos de especialização e atualização.

5.2.3 Odontologia

Os participantes deste grupo foram em sua maioria requisitados na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – FOU SP. Também participaram profissionais de cursos de especialização, atualização de outras instituições sem vínculo acadêmico. É o grupo com o maior número de participantes, 107 no total, e principalmente do sexo feminino.

5.2.4 Outros profissionais não da área da saúde e nem do Direito

Os participantes da amostra de profissionais não da área da saúde e nem do Direito foram o primeiro grupo a ser concluído, em número de participantes num total de 98 sujeitos de pesquisa. O grupo “Outros” é composto em sua maioria por profissionais da área de exatas como engenheiros, contabilistas, físicos, administradores, de tecnologia da informação, entre outros.

Apesar da precoce conclusão do número amostral deste grupo, foi o que se mostrou mais relutante na participação, pois na maioria das vezes “o dano estético” era um assunto, apesar de reconhecidamente importante pelos próprios coordenadores dos cursos, que pouco acrescentaria à grade curricular dos alunos, principalmente daqueles de pós-graduação em outras áreas do conhecimento. Por

este motivo este grupo foi composto em sua maioria por indicação de pesquisadores e profissionais sem vínculo acadêmico.

5.3 Da avaliação do dano estético no geral

No geral os grupos se mostraram de opiniões diferentes ao dano estético. As lesões de maior divergência foram as lesões mais leves (as de menor gravidade como as de grau não relevante, leve, moderado e médio). As valorações foram semelhantes (maiores) entre cirurgiões-dentistas e outros profissionais. Profissionais do Direito, no geral, apresentaram valoração nitidamente menor (Figura 5.1).

Figura 5.1 – Média das avaliações por lesão e grupo

Fonte: o autor.

As valorações médias para o grupo da Medicina foram as menores comparativamente aos demais grupos para a maioria das lesões (70%), exceção às lesões L5 M5, L6 M6 e L10 M5 onde só não foram menores que o grupo do Direito. Interessante observar que L10 M5, lesão 10 apresentada ao final, manteve-se

consistente na ordem de valoração dos grupos, porém com valores inferiores à sua primeira leitura. Entre as avaliações interpôs-se uma lesão mais grave M6. Do outro lado as valorações do grupo “Outros” foram sempre as maiores. A única lesão onde não há diferença significativa de opinião entre os grupos foi a lesão 7 (L7 M6) do dano estético de grau importantíssimo (em destaque) p-valor de 0,185 *ns (Tabela 5.2).

Tabela 5.2 – Média de valoração por grupo e lesão

Grupo	L1 F1	L2 M2	L3 F3	L4 F4	L5 M5	L6 F1	L7 M6	L8 F3	L9 M0	L10 M5
Direito	4,108	2,392	8,145	13,651	22,645	3,941	33,151	5,968	2,430	20,183
Medicina	3,677	2,005	7,177	12,333	24,317	3,280	33,651	5,667	2,210	22,597
Odontologia	5,112	4,645	10,860	17,093	25,684	5,136	33,000	8,224	4,093	22,771
Outros	6,862	7,311	11,617	17,255	26,474	5,673	35,827	8,663	6,593	24,330
Total	4,971	4,150	9,528	15,183	24,832	4,545	33,899	7,189	3,869	22,500
p	0,001	0,000	0,000	0,000	0,010	0,030	0,185 *ns	0,001	0,000	0,018

L – lesão; F – feminino; M – masculino; p – valor; *ns – não significativo

Fonte: o autor.

5.4 Das avaliações por lesão

Além da porcentagem da opinião do total de profissionais para cada uma das lesões e tendo-se para cada lesão uma faixa de valores correspondentes ao seu grau padrão ouro ou “*golden standard*”, foi possível classificar as pontuações ou “*scores*” atribuídos pelos participantes em três situações: sub avaliação, avaliação dentro do esperado e super avaliação. Por exemplo a lesão 1, feminino 1 (L1 F1), lesão considerada leve conforme o AIPE), situava-se entre 1 a 6 pontos. Os escores abaixo de 1 foram considerados sub avaliação, e os escores de 7 ou mais de super avaliados.

5.4.1 Lesão 1, feminino 1 – F1 (leve)

Na lesão 1 (Figura 5.2a) especificamente, a maioria ou 47,6% do total dos participantes a classificaram como leve; 19,4% não relevante; 14,8% moderado; 13,3% médio; 4,3% importante e 0,5% bastante importante (Tabela 5.3).

No geral todos os grupos concordam com a avaliação esperada desta lesão. O grupo Odontologia porém, foi o que mais se aproximou desta pontuação, ou quase 60% dos cirurgiões dentistas concordam com o padrão ouro da avaliação. O grupo dos Outros profissionais avaliou em segundo o score mais próximo do esperado (quase 50%), seguido pelo grupo Medicina e bem próximo deste o grupo do Direito (40%) (Figura 5.2b).

Figura 5.2 – (a) imagem da lesão 1; (b) valor esperado, super e sub avaliação

Fonte: o autor.

Tabela 5.3 – Porcentagem da opinião do total de profissionais em relação à lesão 1, feminino de grau leve

Valoração	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Não relevante	76	19,4	19,4	19,4
Leve	186	47,6	47,6	67,0
Moderado	58	14,8	14,8	81,8
Médio	52	13,3	13,3	95,1
Importante	17	4,3	4,3	99,5
Bastante importante	2	0,5	0,5	100,0
Total	391	100,0	100,0	

Fonte: o autor.

5.4.2 Lesão 2, masculino 2 – M2 (moderado).

Na lesão 2 (Figura 5.3a), a maioria ou 46,5% do total dos participantes a classificaram como leve; 25,6% não relevante; 15,3% moderado; 8,4% médio, 3,8% importante e 0,3% bastante importante (Tabela 5.4).

Nesta lesão, ao contrário da primeira, no geral os grupos não concordaram com valor esperado desta lesão. O grupo Medicina, e bem próximo deste o grupo, o do Direito foram os que mais discordaram com a pontuação (mais de 80%). O grupo Odontologia também discordou deste valor, ou quase 70% dos cirurgiões dentistas. O grupo dos Outros profissionais desconcordaram com o padrão ouro da avaliação em 50%. (Figura 5.3b).

Figura 5.3 – (a) imagem da lesão 2; (b) valor esperado, super e sub avaliação

(a)
Fonte: o autor.

Tabela 5.4 – Porcentagem da opinião do total de profissionais em relação à lesão 2, masculino de grau moderado

Valoração	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Não relevante	100	25,6	25,6	25,6
Leve	182	46,5	46,5	72,1
Moderado	60	15,3	15,3	87,5
Médio	33	8,4	8,4	95,9
Importante	15	3,8	3,8	99,7
Bastante importante	1	0,3	0,3	100,0
Total	391	100,0	100,0	

Fonte: o autor.

5.4.3 Lesão 3, feminino 3 – F3 (médio).

Na lesão 3 (Figura 5.4a), 33,5% do total dos participantes a classificaram como leve; 26,6% moderado; 25,8% médio; 10,7% importante; 1,8% não relevante, 1,0% bastante importante e 0,5% importantíssimo (Tabela 5.5).

Nesta lesão, assim como a primeira, houve uma sub avaliação pela maioria dos participantes onde a classificaram como leve a moderado (Figura 5.4b).

Figura 5.4 – (a) imagem da lesão 3; (b) valor esperado, super e sub avaliação

Fonte: o autor.

Tabela 5.5 – Porcentagem da opinião do total de profissionais em relação à lesão 3, feminino de grau médio

Valoração	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Não relevante	7	1,8	1,8	1,8
Leve	131	33,5	33,5	35,3
Moderado	104	26,6	26,6	61,9
Médio	101	25,8	25,8	87,7
Importante	42	10,7	10,7	98,5
Bastante importante	4	1,0	1,0	99,5
Importantíssimo	2	0,5	0,5	100,0
Total	391	100,0	100,0	

Fonte: o autor.

5.4.4 Lesão 4, feminino 4 – F4 (importante).

Na lesão 4 (Figura 5.5a), 33,2% do total dos participantes a classificaram como grau médio; 25,6% importante; 22,5% moderado; 10% leve; 6,1% bastante importante; 1,8% importantíssimo e 0,8% não relevante (Tabela 5.6).

Os cirurgiões dentistas foram os que mais se aproximaram do valor esperado, seguido pelos Outros profissionais e em terceiro o grupo do Direito. O grupo dos médicos foram os que menos valoraram a lesão. Foi este grupo também, o da

Medicina, que mais sub avaliaram esta lesão ou mais de 80% dos médicos acreditaram ser esta lesão menos grave do que se apresenta (Figura 5.5b).

Figura 5.5 – (a) imagem da lesão 4; (b) valor esperado, super e sub avaliação

Fonte: o autor.

Tabela 5.6 – Porcentagem da opinião do total de profissionais em relação à lesão 4, feminino de grau importante

Valoração	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Não relevante	3	0,8	0,8	0,8
Leve	39	10,0	10,0	10,7
Moderado	88	22,5	22,5	33,2
Médio	130	33,2	33,2	66,5
Importante	100	25,6	25,6	92,1
Bastante importante	24	6,1	6,1	98,2
Importantíssimo	7	1,8	1,8	100,0
Total	391	100,0	100,0	

Fonte: o autor.

5.4.5 Lesão 5, masculino 5 – M5 (bastante importante)

A lesão de número 5 (Figura 5.6a), a maioria ou 48,2% dos participantes a consideraram como de grau importante; 24,9% bastante importante; 12,3% importantíssimo; 9,5% médio; 3,6% moderado; 1,3% leve e 0,3% não relevante. Nesta lesão, um participante ou 0,3%, não anotou nenhuma valoração e foi considerado como um dado perdido (Tabela 5.7).

Nesta lesão considerada de grau bastante importante, foi avaliada pela maioria dos participantes como importante por quase a metade dos participantes (Figura 5.6b).

Figura 5.6 – (a) imagem da lesão 5; (b) valor esperado, super e sub avaliação

Fonte: o autor.

Tabela 5.7 – Porcentagem da opinião do total de profissionais em relação à lesão 5, masculino de grau bastante importante

Valoração	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Não relevante	1	0,3	0,3	0,3
Leve	5	1,3	1,3	1,5
Moderado	14	3,6	3,6	5,1
Médio	37	9,5	9,5	14,6
Importante	188	48,1	48,2	62,8
Bastante importante	97	24,8	24,9	87,7
Importantíssimo	48	12,3	12,3	100,0
Total válido	390	99,7	100,0	
Perdido	1	0,3		
Total	391	100,0		

Fonte: o autor.

5.4.6 Lesão 6, feminino 1 – L6 F1 (leve).

Nesta lesão específica, a maioria ou 48,3% do total dos participantes classificaram a lesão 6 (Figura 5.7a) como leve; 22,3% não relevante; 14,8%

moderado; 10,2% médio; 2,8% importante; 1,3% bastante importante e 0,3% importantíssimo (Tabela 5.8).

A lesão 6 é a lesão 1 repetida para observar a concordância (ICC) com a primeira leitura. Como na primeira apresentação, todos os grupos concordaram com o valor esperado, sendo nesta lesão em especial, o grupo dos médicos foram os mais concordantes (Figura 5.7b).

Figura 5.7 – (a) imagem da lesão 6; (b) valor esperado, super e sub avaliação

Fonte: o autor.

Tabela 5.8 – Porcentagem da opinião do total de profissionais em relação à lesão 6, feminino de grau leve

Valoração	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Não relevante	87	22,3	22,3	22,3
Leve	189	48,3	48,3	70,6
Moderado	58	14,8	14,8	85,4
Médio	40	10,2	10,2	95,7
Importante	11	2,8	2,8	98,5
Bastante importante	5	1,3	1,3	99,7
Importantíssimo	1	0,3	0,3	100,0
Total	391	100,0	100,0	

Fonte: o autor.

5.4.7 Lesão 7, masculino 7 – M6 (importantíssimo).

Na lesão de número 7 (Figura 5.8a), a maioria ou 43,7% dos participantes a classificaram como de grau importantíssimo; 34,3% bastante importante ; 18,7% importante; 2,8% médio; 0,3% moderado; 0,3% leve (Tabela 5.9).

Esta lesão de grau importantíssimo, houve um equilíbrio entre o valor esperado e uma sub avaliação por todos os grupos. O grupo odontologia por sua vez foi o que mais sub valorou entre os grupos (Figura 5.8b).

Figura 5.8 – (a) imagem da lesão 7; (b) valor esperado, super e sub avaliação

Fonte: o autor.

Tabela 5.9 – Porcentagem da opinião do total de profissionais em relação à lesão 7, masculino de grau importantíssimo

Valoração	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Leve	1	0,3	0,3	0,3
Moderado	1	0,3	0,3	0,5
Médio	11	2,8	2,8	3,3
Importante	73	18,7	18,7	22,0
Bastante importante	134	34,3	34,3	56,3
Importantíssimo	171	43,7	43,7	100,0
Total	391	100,0	100,0	

Fonte: o autor.

5.4.8 Lesão 8, feminino 3 – L8 F3 (médio).

A lesão 8 (Figura 5.9a), a maioria ou 44,8% dos participantes a classificaram como leve; 26,1% moderado; 17,6% médio; 6,1% importante; 4,1% não relevante e 1,3% bastante importante (Tabela 5.10).

A lesão 8 corresponde à reapresentação da lesão 3. Assim como na primeira reapresentação, houve uma sub avaliação pela maioria dos participantes que a classificaram como de leve a moderado (Figura 5.9b).

Figura 5.9 – (a) imagem da lesão 8; (b) valor esperado, super e sub avaliação

Fonte: o autor.

Tabela 5.10 – Porcentagem da opinião do total de profissionais em relação à lesão 8, feminino de grau médio

Valoração	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Não relevante	16	4,1	4,1	4,1
Leve	175	44,8	44,8	48,8
Moderado	102	26,1	26,1	74,9
Médio	69	17,6	17,6	92,6
Importante	24	6,1	6,1	98,7
Bastante importante	5	1,3	1,3	100,0
Total	391	100,0	100,0	

Fonte: o autor.

5.4.9 Lesão 9, masculino 0 – M0 (não relevante).

Na lesão 9 (Figura 5.10a), a maioria ou 37,9% do total dos participantes a classificaram como não relevante; com 36,7% considerando-a como leve; 12,6% moderado; 8,2% médio; 3,3% importante e 1,3% bastante importante. Nesta lesão um participante não anotou nenhuma valoração e foi considerado como dado perdido (Tabela 5.11).

Nesta lesão especificamente os grupos super avaliaram em relação ao valor esperado. O grupo dos Outros profissionais foram os que mais valoraram, seguido por Odontologia, Medicina e Direito, respectivamente (Figura 5.10b).

Figura 5.10 – (a) imagem da lesão 9; (b) valor esperado, super e sub avaliação

Fonte: o autor.

Tabela 5.11 – Porcentagem da opinião do total de profissionais em relação à lesão 9, masculino de grau não relevante

Valoração	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Não relevante	148	37,9	37,9	37,9
Leve	143	36,6	36,7	74,6
Moderado	49	12,5	12,6	87,2
Médio	32	8,2	8,2	95,4
Importante	13	3,3	3,3	98,7
Bastante importante	5	1,3	1,3	100,0
Total válido	390	99,7	100,0	
Perdido	1	0,3		
Total	391	100,0		

Fonte: o autor.

5.4.10 Lesão 10, masculino 5 – L10 M5 (bastante importante)

A última lesão, a de número 10 (Figura 5.11a), a maioria ou 38,2% dos participantes a consideraram importante; 23,3% médio; 20% bastante importante; 9,7% importantíssimo; 7,7% moderado e 1,0% leve. Nesta lesão, um participante ou 0,3%, não anotou nenhuma valoração e assim, considerado como um dado perdido e excluído da estatística nesta lesão específica (Tabela 5.12).

A lesão 10 é a reavaliação da lesão 5, onde ocorreu também, uma sub avaliação ao valor esperado entre todos os grupos (Figura 5.11b).

Figura 5.11 – (a) imagem da lesão 10; (b) valor esperado, super e sub avaliação

Fonte: o autor.

Tabela 5.12 – Porcentagem da opinião do total de profissionais em relação à lesão 10, masculino de grau bastante importante

Valoração	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Leve	4	1,0	1,0	1,0
Moderado	30	7,7	7,7	8,7
Médio	91	23,3	23,3	32,1
Importante	149	38,1	38,2	70,3
Bastante importante	78	19,9	20,0	90,3
Importantíssimo	38	9,7	9,7	100,0
Total válido	390	99,7	100,0	
Perdido	1	0,3		
Total	391	100,0		

Fonte: o autor.

5.5 Da diferença de opinião entre homens e mulheres

Do total geral do estudo ou das 391 pessoas, 223 são mulheres e 168 homens, com média de idade de 39 anos. Destaque para uma participante do sexo feminino (390) de 81 anos e outro masculino (391) de 87 anos (Figura 5.12).

Fonte: o autor.

Quanto às amostras feminina e masculina na divisão por grupos: 93 são do Grupo Direito (56 femininos, 37 masculinos); 93 do Grupo Medicina (45 femininos, 48 masculinos); 107 do Grupo Odontologia (72 femininos, 35 masculinos) e 98, do Grupo Outros (50 femininos, 48 masculinos) (Tabela 5.13).

Tabela 5.13 – Divisão feminina e masculina nos grupos: Direito, Medicina, Odontologia e outros profissionais

		Direito	Medicina	Odontologia	Outros	Total
Sexo	Feminino	56	45	72	50	223
	Masculino	37	48	35	48	168
	Total	93	93	107	98	391

Fonte: o autor.

Quando comparados mulheres e homens na interpretação (pontuação) das lesões, não existiram diferenças estatísticas significantes na avaliação de dano estético tanto de quem avalia (se masculino ou feminino) quanto de quem é avaliado. Todas as lesões com valor de $p \geq 0,05$ (Tabela 5.14).

Tabela 5.14 – Valores médios da pontuação (de 1 a 50) para mulheres e homens como avaliadores e avaliados

Sexo do avaliado	L1 F1	L2 M2	L3 F3	L4 F4	L5 M5	L6 F1	L7 M6	L8 F3	L9 M0	L10 M5
avaliador Feminino	4.8	4.0	9.8	15.3	25.1	4.2	34.2	7.2	3.8	22.4
avaliador Masculino	5.2	4.3	9.1	14.9	24.3	5.0	33.2	7.1	3.9	22.5
Média	5.0	4.1	9.5	15.1	24.7	4.5	33.8	7.1	3.9	22.4
p	0.558	0.611	0.295	0.624	0.420	0.237	0.346	0.873	0.847	0.857

L – lesão; F – feminino; M – masculino; p – valor

Fonte: o autor.

5.6 Das avaliações por idade

Dos 391 profissionais participantes, o mais jovem possuía 20 anos de idade e o participante com mais idade tinha 87 anos. A média de idade dos participantes foi de 39 anos e desvio padrão de 13,25 (Figura 5.13).

Figura 5.13 – Idade dos participantes do estudo com média de 39 anos. Dispersão entre 28 e 50 anos

Fonte: o autor.

Tendo-se em conta a distribuição etária na amostra, a população de estudo foi classificada em dois grupos: abaixo e acima de 35 anos. Para representar a experiência profissional utilizamos o mesmo critério tendo como limite de corte a idade de 35 anos como fator de experiência de vida.

Quanto à diferença de avaliação entre grupos etários, houve uma valoração menor do dano estético pelas pessoas de menos idade, até 35 anos. Pessoas de mais idade, acima de 35 anos valoraram mais o dano estético. Essa diferença significativa ocorreu em sete dentre as dez lesões avaliadas, e foram verificadas nas lesões de menor grau de gravidade (Tabela 5.15).

Tabela 5.15 – Diferença de avaliação conforme grupos etários com menos e mais de 35 anos para cada lesão

Grupo etário	L1 F1	L2 M2	L3 F3	L4 F4	L5 M5	L6 F1	L7 M6	L8 F3	L9 M0	L10 M5
Menos de 35 anos	3,98	2,90	8,42	14,04	24,97	3,61	33,86	6,16	2,68	23,05
Mais de 35 anos	5,99	5,44	10,67	16,36	24,69	5,50	33,94	8,25	5,09	21,93
Média	4,97	4,15	9,53	15,18	24,83	4,54	33,90	7,19	3,87	22,50
p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,76 *ns	0,00	0,94 *ns	0,00	0,00	0,22 *ns

L – lesão; F – feminino; M – masculino; p – valor; *ns – não significativa

Fonte: o autor.

5.7 Do valor esperado, sub avaliação e super avaliação

No conjunto de casos observou-se uma menor valoração pelos grupos, com relação ao dano estético comparado ao Golden Standard. No caso específico da lesão M2 (em destaque), que será discutida mais adiante, o valor esperado de grau moderado, foi confirmado por apenas 15,3 % (Tabela 5.16).

Observou-se no quadro geral uma frequência de sub valoração das lesões em relação ao esperado (Golden) da magnitude média de 50% (metade das leituras foram sub valoradas). A interpretação foi estatisticamente diversa (Chi quadrado de Pearson) entre os diferentes grupos profissionais para as lesões de leve a médio. As diferenças entre os grupos profissionais não foram estatisticamente significativas (*ns) para lesões de grau bastante importante e importantíssimo, ou seja, as lesões L5 M5, L7 M6 e L10 M5.

Tabela 5.16 – Dos valores esperados, significância

Lesão	Sub avaliação	esperado	Super avaliação	p
L1 F1	19.6	47.4	32.9	0.000
L2 M2	72.2	15.3	12.5	0.000
L3 F3	62.0	25.8	12.2	0.000
L4 F4	66.6	25.5	7.9	0.000
L5 M5	62.9	24.8	12.3	0.281 *ns
L6 F1	22.4	48.2	29.3	0.019
L7 M6	56.4	43.6	0.0	0.328 *ns
L8 F3	75.0	17.6	7.4	0.004
L9 M0	0.0	37.9	62.1	0.000
L10 M5	70.3	19.9	9.7	0.304 *ns
Totais		50.74	30.6	18.63

L – lesão; F – Feminino; M – Masculino; p – valor; *ns – não significativo.

Fonte: o autor.

5.8 Da releitura da mesma lesão

A sequência de 10 conjuntos de imagens continham sete casos de diferentes graus de lesões quantificadas por faixa de pontos. Um caso com zero ponto e outros seis com diferentes faixas de pontos, além de outros três casos de imagens repetidas que formaram o conjunto. As três imagens foram repetidas tinham como objetivo, verificar a concordância dos examinadores relativamente às suas leituras.

Em quase todas as repetições ou quando a mesma lesão foi apresentada pela segunda vez houve uma redução da valoração do dano estético para todos os grupos, exceto a lesão L6 F1 do grupo Odontologia que não sofreu alteração significativa (Tabela 5.17).

As lesões L6 F1 e L10 M5 tiveram uma redução da valoração em 9% e a lesão L8 F3 teve uma redução de 25% na média total entre os grupos na segunda avaliação da mesma lesão (Tabela 5.17).

Tabela 5.17 – Da releitura da mesma lesão

Grupo	L1 F1	L6 F1	Diferença	L3 F3	L8 F3	Diferença	L5 M5	L10 M5	Diferença
Direito	4,11	3,94	-4%	8,15	5,97	-27%	22,65	20,18	-11%
Medicina	3,68	3,28	-11%	7,18	5,67	-21%	24,32	22,6	-7%
Odontologia	5,11	5,14	0%	10,86	8,22	-24%	25,68	22,77	-11%
Outros	6,86	5,67	-17%	11,62	8,66	-25%	26,47	24,33	-8%
Total	4,97	4,55	-9%	9,53	7,19	-25%	24,83	22,5	-9%

L- Lesão; F- Feminino; M- Masculino.

Fonte: o autor.

O Coeficiente de Correlação Intraclassa – ICC que indica a concordância dos examinadores entre as primeiras e as segundas leituras podem ser observadas na Tabela 5.18.

Tabela 5.18 – Coeficiente de correlação intraclasse: primeira e segunda avaliação (n=391)

Lesão	Primeira avaliação	Segunda avaliação	ICC
F1	Lesão 1	Lesão 6	0,788
F3	Lesão 3	Lesão 8	0,721
M5	Lesão 5	Lesão 10	0,781

F- Feminino; M- Masculino.

Fonte: o autor.

6 DISCUSSÃO

6.1 A percepção do dano estético

As pessoas comuns da sociedade são representantes do modo de pensar da maioria (Fachin, 2005) o que nos faz refletir o quanto sua opinião deve ser considerada quanto ao dano estético de uma pessoa. Rios et al. (2007) aponta que a comunidade científica deve pesquisar, aprofundar interpretações dos achados, de propor soluções e construir novos conhecimentos tendo em conta o senso comum das pessoas.

Cobo Plana (2010) autor do método AIPE, sustenta que uma diferença relevante de percepção de um mesmo dano entre os peritos forenses e a sociedade, as pessoas comuns sem esta formação específica, é injusta, inaceitável. A impressão ou a valoração do dano estético é pessoal e manifesta-se do íntimo da pessoa e, portanto deve ser analisado de maneira distinta, pessoal.

Neste estudo, observamos diferenças de percepção de um mesmo dano estético entre os grupos de outros profissionais, representantes da sociedade, valoraram mais, na sequência cirurgiões dentistas, Direito e por fim, os médicos valoraram menos. Justamente este grupo que potencialmente faz a avaliação do dano estético. Esta questão especificamente será discutida nos grupos mais adiante.

6.2 Da aplicação do método AIPE

Como visto neste trabalho, existem outros métodos de avaliação do dano estético, que poderiam muito bem alcançar um resultado significativo com relação a esta análise. Porém optamos pelo AIPE, por este ser este entre outros fatores, um método qualitativo que utiliza uma sequência de forma simplificada, graduada, e sem muitas variáveis, o que dispensaria uma série de tabelas e cálculos matemáticos para a análise da percepção ou do impacto do dano estético. Um método que retira a exclusividade do saber técnico e permite a análise da percepção pela pessoa lesionada e por outras pessoas (terceiros) sem um conhecimento específico.

Outra questão importante a ser analisada, são os problemas da aplicação de qualquer metodologia de trabalho originalmente escrita em língua estrangeira. Becker (2008) exemplifica que nas traduções, palavras que tem um sentido certo, claramente entendidas em um país, perdem o sentido ou são enganosas em outro lugar ou outra língua.

Neste contexto, o trabalho de Fernandes et al. (2016a) possibilitou uma maior segurança na aplicação das tabelas quando os autores realizaram a tradução transcultural do método AIPE, evitando-se assim, a ocorrência de equívocos ou deslizes de interpretação do método.

Passado a questão da tradução transcultural do método, outra dificuldade constatada foi na aplicação do método físico, em folhas de papel. Os voluntários de pesquisa tiveram dificuldade de transportar os resultados de uma tabela para outra quando mudavam de página. Por exemplo: valores da tabela dois, em alguns casos foram transcritos de maneira equivocada para a tabela três. Neste caso, os avaliadores trocavam de linha o que ocasionava a mudança do grau da lesão. Tal equívoco proporcionou um alto índice de inconsistências (35 participantes ou 8,7% do total) e foram excluídos. As inconsistências nos fez reconsiderar a metodologia da pesquisa impressa em papel e na construção de um programa de computador ou um “software” de análise de dano estético que não proporcionasse tais incongruências nos resultados. Com relação à pesquisa impressa, há de se considerar o peso e o impacto ecológico proporcionado por 500 conjuntos de AIPE (12.000 folhas), correspondente a pouco mais de 55 quilogramas de papel.

O tempo para aplicação do método, considerado demasiado longo pelos coordenadores e voluntários da pesquisa, também seria atenuado com um software de acesso livre na internet, onde o participante conscientemente pudesse acessar a pesquisa por um computador remoto, mini computador ou “*tablet*” ou até mesmo um aparelho de telefone celular com sistema operacional ou “*smartphone*” ligado à rede de computadores, em um momento mais oportuno, quando e onde desejasse.

O método AIPE proposto para quantificação de dano estético neste trabalho é regulamentado e utilizado na Espanha, buscando estabelecer um número preciso e final de pontos na tabela 3 do AIPE, o que é posteriormente é transformado em valor pecuniário ao lesionado. Embora conste no Código Civil brasileiro (Brasil, 2002) a previsão de reparação de danos por lesões, o mesmo não disciplina a liquidação

desses, tampouco fornece orientações sobre como analisá-los. Neste sentido o método AIPE pode auxiliar na determinação de um valor indenizatório desde que se estabeleça um fator de correção, um valor em moeda nacional (Real), que seria multiplicado à pontuação final do grau da lesão.

Fernandes (2016a) sugere como protocolo para abordagens de avaliação de danos estéticos ou tipificação de deformidade na rotina dos serviços periciais e de institutos de medicina legal, que além do método AIPE, se utilize um descritivo com uma pormenorizada avaliação técnica das alterações estéticas como proposto por Bouchardet e Criado Del Río (2010), como complemento, pois contribuirá para valorar uma real dimensão do prejuízo estético (Cobo Plana, 2010). Para uma análise mais profunda a respeito do dano estético, concordamos que um descritivo ou até mesmo a inclusão de outros métodos poderiam agregar uma valoração mais adequada.

Embora a análise do prejuízo estético permaneça subjetiva na origem, os resultados verificados em relação ao estudo da concordância intra-examinador (tanto para categoria das lesões como para o nível de impacto), assim como os valores do coeficiente de variação mostraram-se de satisfatórios a excelentes. Dessa maneira, o método AIPE possibilitou a argumentação e questionamentos de maneira mais embasada, sobre a quantificação do dano estético, cumprindo também uma exigência do CPC que impõe aos peritos que constem nos laudos, de acordo com o Art. 473, a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento (Donizetti, 2017), e finalmente, serviu ao nosso propósito de se verificar diferenças de opiniões entre profissionais com envolvimento no tema.

No estudo de Souza (2006) de avaliação do grau de perda estética em alterações faciais avaliou o grau de severidade e da gravidade na visão de grupos de profissionais da área jurídica, médicos, cirurgiões-dentistas e empregadores do comércio. O estudo concluiu que, em relação às cicatrizes faciais localizadas na região frontal, tanto a área jurídica como os profissionais da saúde consideraram uma desarmonia da estética facial. Ao analisar as cicatrizes faciais localizadas na região lateral, houve grande variação na categorização dessas lesões pelos diferentes grupos.

Em nosso estudo, não houve homogeneidade de opinião ou no geral os grupos também se mostraram de opiniões diferentes ao dano estético, com exceção das lesões de maior gravidade (bastante importante e importantíssimo). As lesões que sofreram maior variação entre os grupos (de maior significado estatístico), foram as de menor gravidade (grau não relevante, leve, moderado e médio). As valorações foram semelhantes entre cirurgiões-dentistas e outros profissionais. Profissionais do Direito e médicos, no geral, apresentaram valoração nitidamente menor.

O estudo da Fundação Mapfre (Vieira; Quintero, 2008) que analisou o perfil dos acidentados de trânsito, concluiu que na maioria dos avaliados com envolvimento por dano estético facial, a graduação da gravidade estética da lesão foi leve e moderado (93%), justamente na faixa de graduação (não relevante a médio) onde em nosso estudo, ocorreram as maiores diferenças de opinião entre os grupos. Nestas circunstâncias fica mais que evidente a necessidade de um preparo daqueles que vão colaborar com a Justiça na valoração deste dano.

6.3 Dos grupos

6.3.1 Direito

Os profissionais graduados em Direito são constantemente requisitados para contribuir para soluções onde há impasse, insegurança. É o profissional que de acordo com Vieira (2005) regula as relações do homem com a sociedade, pautados nas leis e na ética. Lidam com a justiça e assim, com a conciliação de interesses, prevenção e regulamentação de conflitos, além de lutarem pela liberdade e a dignidade do indivíduo. Ressalta a autora que a indiferença ao que lhe parece injusto não condiz com o perfil deste profissional.

Apesar da maioria dos profissionais do Direito possuírem na formação a disciplina de Medicina Legal e atuarem na área forense, não possuem a especialidade ou, dedicam particularmente à avaliação do dano estético. Para tanto, necessitam do auxílio de um profissional com conhecimento anatômico e

familiaridade na intersecção Direito/saúde, neste caso, médico ou cirurgião dentista, para fazerem juízo de um caso em questão.

Em nosso estudo, o grupo do Direito foi o que no geral atribuiu o menor valor ao dano estético pelo conjunto de imagens. Uma das razões pressupõe a própria “Teoria Geral do Direito” com base na composição de valores, onde é sabidamente e concordante o valor do dano, porém se oferece um valor aquém, mas tangível. A ideia de composição é explicada por Pasukanis (1989), onde o processo assume, igualmente, o caráter de um contrato comercial. “Devemos figurar aqui, um mercado no qual uma das partes propõe e a outra contrapropõe, até que finalmente cheguem a um acordo. Isto era expresso pelo termo em latim: *pacisci* (pechincha) e o acordo propriamente dito pelo termo *pactum*”. Ainda segundo o autor, “neste momento aparece no velho direito nórdico o ofício de mediador, escolhido pelas duas partes, que determina o montante da soma para a conciliação, o *arbiter* (juiz) no sentido romano originário”. Em outras palavras, as relações entre os envolvidos situam-se nos quadros de um negócio comercial legalmente estabelecido.

Este estudo buscou a percepção geral destes profissionais no entendimento que têm das lesões, independentemente destes oferecerem suporte ao lesionado ou aos que provocaram as lesões. Um possível desdobramento deste estudo, de muita relevância, seria uma análise destes grupos (profissionais do Direito que dão suporte às pessoas lesionadas e profissionais que dão suporte aos que deram causa ao dano), para verificar diferenças de opinião entre eles.

6.3.2 Medicina

É o grupo que demandou o maior tempo para se concluir o número amostral e dentre os motivos, constatamos primeiramente a dificuldade de acesso aos mesmos, compreensível pela própria dinâmica profissional aos atendimentos clínicos.

Duas peculiaridades foram constatadas neste grupo: primeiro foi a rapidez com que os voluntários realizaram as análises de valoração das imagens e consequentemente a conclusão da pesquisa. A segunda característica deste grupo foi a dificuldade de leitura por parte dos pesquisadores, dos escritos como a qualificação e até mesmo dos nomes destes voluntários da pesquisa.

Estes profissionais possuem uma confiança especial por parte de seu paciente, o que também lhes conferem uma responsabilidade ainda maior, a de tratar o ser humano e transmitir-lhe a sensação de importância como pessoa, pois o paciente gosta e necessita deste olhar (Ismael, 2002; Wolf, 2002).

De acordo com Klug (2002), os pacientes além de confiarem nos profissionais que os assistem, esperam deles carinho, solidariedade ao sofrimento, e que sejam capazes de oferecer o apoio emocional que necessitam. Com relação aos profissionais de saúde, Miziara (2002) afirma que o médico deve identificar-se com o paciente, ou “transcender” a doença e buscar pelas manifestações o indivíduo que sofre e que precisa ser confortado com o mesmo empenho que o dedicado ao combate a doença, com respeito, ternura e compaixão pelo paciente.

Schiller (2002) aponta uma de suas preocupações da medicina atual, onde existe um avanço indiscutível da ciência, a cura de um número cada vez maior de doenças e consequentemente um prolongamento do tempo médio de vida, porém a relação médico/paciente de hoje, chega a parecer quase esvaziada de sentido, transformando-se numa relação entre a instituição médica e a doença. De acordo com o autor, estes profissionais devem reconhecer os anseios e expectativas das pessoas lesionadas e para tanto propõe uma reformulação, um reposicionamento do ensino e da prática, do que considera a medicina, a mais nobre e ética das atividades humanas.

Sá (1999) salienta um cuidado especial na perícia quando esta é realizada por um médico, onde não existe a relação médico-paciente e, ante o descompromisso do profissional com o periciado e que pode acarretar danos ao doente. Segundo a autora, tal hipótese pode acontecer quando o profissional ignora as angústias do paciente, coisificando-o, por vezes para proteger-se e assegurar uma neutralidade e imparcialidade na avaliação.

Como ressaltou Jorge (2009), a Medicina assim como Odontologia possuem os princípios básicos de procedimentos, fundamentados na tríade: diagnóstico, terapêutica e alta do paciente, (além do acompanhamento), que define a responsabilidade profissional na busca da cura, do restabelecimento do paciente à sociedade em sua bionormalidade.

Souza (2006), em seu estudo também observou uma menor valoração do dano estético de lesões menos graves por estes profissionais em relação aos demais. Segundo a autora este resultado foi devido aos profissionais de medicina acreditarem na possibilidade de correção destas lesões por cirurgias plásticas.

Em nosso estudo, a valoração do grupo dos médicos foi menor que a do grupo dos outros profissionais, da percepção da sociedade. Uma menor valoração do dano estético destes profissionais justifica-se talvez, em razão da perspectiva destes, de uma correção cirúrgica, mas é necessário salientar de tratar-se de uma possibilidade, pois os procedimentos atualmente da ciência visam apenas melhorar os aspectos e não permite chegarmos à correção como uma perfeição estética da face independentemente da capacidade do profissional (Ferreira, 2000).

Outra razão deste grupo ter avaliado de modo mais baixo o dano estético talvez, seja por justamente por estes profissionais terem acesso, e poderem avaliar de maneira geral as demais partes do corpo humano, e assim não consideraram as lesões tão graves.

Outra questão que poderia explicar uma menor valoração do dano estético pelos médicos seria a manutenção da vida como principal preocupação destes profissionais onde a questão estética seria relevada a um segundo plano (Jorge; Milani, 2009).

Seja qual for o motivo de uma subvaloração por estes profissionais, não nos parece justo quando da percepção de um mesmo dano é analisada de maneira diferente, e justamente por aqueles que os pacientes/população esperam o melhor.

Este estudo buscou a percepção dos profissionais médicos de maneira heterogênea, abrangente, no entendimento que estes têm das lesões, independente da especialização. Outro possível desdobramento deste estudo seria um aumento do número amostral de médicos, para uma adequada estratificação por especialidade e observação de possíveis diferenças de opinião.

6.3.3 Odontologia

Barbosa et al. (2016) em seu trabalho, comparou cirurgiões dentistas com pessoas leigas, quanto à percepção estética em relação às alterações faciais e concluiu que a maioria dos estudos revelou que os dentistas eram mais críticos do que os leigos.

Fabré et al. (2009) demonstrou que leigos e cirurgiões dentistas (ortodontistas) consideraram indivíduos de perfil reto mais atraentes que indivíduos de perfil côncavo e que, ao avaliar perfis côncavos, os leigos são mais condescendentes que os ortodontistas. Os autores observaram que o grau da concavidade facial e a inclinação do plano mandibular foram fatores determinantes para a baixa pontuação na avaliação de perfil dos indivíduos. Em outro estudo, Silva et al. (2011) mostraram que os ortodontistas tendem a ser mais críticos em assimetrias severas que os leigos. Em ambos os estudos não houve diferenças estatisticamente significativas nas comparações, mas demonstram o caráter crítico dos cirurgiões dentistas com relação à estética facial.

Um estudo de Zaidel e Cohen (2005) com objetivo de avaliar a percepção de cirurgiões dentistas com relação às diferenças no rosto das pessoas, mais especificamente a comparação da hemi-face direita e esquerda ou a assimetria normal, que é mais comum. O estudo concluiu que estes profissionais, tem uma melhor percepção, e é determinada pelo senso clínico do cirurgião-dentista.

Em nosso estudo, porém as pessoas leigas no geral foram mais críticas acompanhadas de perto pelos cirurgiões dentistas. A região maxilofacial compõe o rosto, a primeira região do corpo humano visível na apresentação pessoal, onde nos identificamos e apresentamos. O cirurgião-dentista é o especialista nesta região, e onde realiza todo, e qualquer procedimento em seu paciente, além de ser uma das profissões que atuam mais próxima dele.

Uma maior participação feminina deste grupo é explicada por serem os cirurgiões-dentistas formados atualmente, por maioria de mulheres (56%), proporção esta que ainda continua em pleno crescimento em razão da maior graduação feminina em relação à masculina em Odontologia (Morita et al., 2010). Vale ressaltar que essa diferença de porcentagem entre os sexos não representa, conforme

resultados observados, aspecto relevante que modificasse o entendimento deste grupo profissional.

6.3.4 Outros profissionais não da área da saúde e nem do Direito

Quanto aos demais profissionais não da área de saúde ou do Direito, são pessoas leigas no amplo sentido, que não têm conhecimento do assunto. Pessoas comuns da sociedade, representantes do modo de pensar da maioria (Fachin, 2005). É o grupo das pessoas comuns da sociedade que podem melhor avaliar a perda estética, de maneira idônea, como se estivessem frente ao espelho, avaliando a elas mesmas. O subjetivo é individual, pessoal, particular, pertence à pessoa, ao sujeito e ao seu íntimo. A beleza não é subjetiva, ela está nos olhos de quem vê, fundamentada racionalmente e assim deve ser valorada e respeitada.

Vieira (2005) afirma que a responsabilidade pela elaboração das normas é de **“todos”** que trabalham por uma sociedade justa, igualitária e solidária respeitando os direitos e garantias individuais, e onde existe uma maior vulnerabilidade, a tutela deve ser maior (grifo nosso). Dentre os grupos estudados, o “Outros profissionais”, das pessoas leigas, é o de maior vulnerabilidade, pois não detêm um conhecimento específico e é para este grupo que nós pesquisadores, vamos trabalhar.

Essas pessoas que de acordo com Rios et al. (2007), tem um saber popular não específico, chamado de “senso comum”. É a partir de situações vividas e dificuldades que emergem no dia-a-dia das pessoas de senso comum, que a comunidade científica deve pesquisar e aprofundar os achados das pesquisas, e dela, indicar os caminhos e propor soluções. Ressaltam os autores, é necessário que os profissionais da saúde compreendam o elo entre a ciência e o senso comum para que possamos construir novos conhecimentos, levando a ciência para a realidade e sem menosprezar o seu saber, seu “senso comum”.

Um estudo comparativo de percepção estética entre cirurgiões dentistas e leigos de Saldanha et al. (2016) concluiu que não há evidências de diferenças de opiniões entre estes dois grupos. Esta conclusão corrobora com a conclusão de

nosso estudo onde o grupo dos leigos foram mais críticos, mas muito próximos de opiniões entre cirurgiões dentistas a respeito desta percepção.

6.4 Da diferença de opinião entre mulheres e homens

Um dos objetivos deste trabalho foi avaliar a percepção do dano estético de homens e mulheres de acordo com suas características biológicas, independentemente da questão do gênero. Portanto, quando nos referimos ao sexo, consideramos as variáveis feminino e masculino sem a conotação de preferência sexual, e respeitando as características construídas nas suas diversidades.

Com relação às diferenças entre homens e mulheres, de acordo com o IBGE (2015) tanto a população brasileira quanto aos concluintes do ensino superior é formada por maioria de mulheres, o que consequentemente interfere no nível educacional. Ferreira (2000) em seu estudo concluiu que as mulheres sejam pacientes ou apenas observadoras, são mais críticas em relação aos homens revelando um maior rigor quanto à satisfação do resultado estético final das cirurgias plásticas rejuvenescedoras.

Uma preocupação adicional numa diferença de percepção entre mulheres e homens seria uma tendência de super valorar resultados para o feminino ou para o masculino, num possível laudo de dano estético. Nosso estudo, porém não encontrou diferenças significativas para avaliações entre homens e mulheres. Também não houve diferenças de mulheres avaliando mulheres ou homens, da mesma maneira homens avaliando homens ou mulheres, confirmando a não interferência do fator sexo ($p>0.05$). Fernandes et al. (2016a) também verificaram não haver diferença significativa para as pontuações quando comparadas entre os sexos dos avaliadores do dano estético.

Quando o assunto diz respeito à percepção de dano estético facial, nosso estudo evidenciou que homens e mulheres pensam, sentem, percebem, reagem, respondem, e apreciam de maneira semelhante, diferentemente dos resultados encontrados nos estudos de Gray (1996), Kimura (1999) e Pease e Pease (2004) que observaram diferenças entre os sexos. É preciso considerar que nos estudos destes autores, as diferenças encontradas entre sexos referem-se a partir de

comparações na rapidez de resoluções de problemas, como: lógica, matemática, cálculos (Kimura, 1999), percepções sensoriais e comportamentais (Kimura, 1999; Pease; Pease, 2004). Em nosso estudo os participantes tiveram um tempo determinado e suficiente para poderem oferecer a opinião sobre a percepção estética. Para que pudéssemos obter um resultado totalmente comparativo entre os sexos seria necessário também, cronometrar o tempo de resposta para cada caso de dano estético apresentado.

6.5 Diferenças de opinião quanto à idade

Fernandes et al. (2016a) verificou em seu estudo, que a idade e o tempo de formado dos avaliadores apresentaram resultados significativos na lesão de grau moderado. Tal significância foi classificada como direta, ou seja, quanto maior a idade do avaliador, maior tende a ser a pontuação. Segundo os autores, a experiência pessoal de vida e profissional, no caso com mais tempo de formado, ajuda o avaliador, e pode explicar a relação direta encontrada nos avaliadores com mais idade no rigor da valoração de uma lesão.

Em nosso estudo a experiência de vida também diferenciou os resultados. Pessoas com menos de 35 valoraram o dano estético para menos que os maiores de 35 anos. Se as pessoas são mais exigentes e criteriosas conforme aumenta a experiência de vida profissional, o estudo contribuiu para confirmar que com relação à perda estética facial, também são mais criteriosos quando mais experientes.

6.6 Do valor esperado, sub avaliação e super avaliação

Observou-se no quadro geral uma frequência de sub valoração das lesões em relação ao esperado (Golden) da magnitude média de 50% (metade das leituras foram sub valoradas). A interpretação foi estatisticamente diversa (Chi quadrado de Pearson) ou não houve homogeneidade entre os diferentes grupos profissionais para as lesões de leve a médio. As diferenças entre os grupos profissionais não foram estatisticamente significativas para lesões de importante a importantíssimo, ou

seja, as lesões L5 M5 e L7 M6. Os grupos não encontraram nas imagens a correspondência com a gravidade pré-estabelecida na grande maioria delas, porém não invalidou o estudo, muito pelo contrário, foram nas lesões de menor gravidade que se pôde estabelecer a significância dos resultados ou as maiores diferenças de opiniões, lembrando que todos os grupos avaliaram as mesmas lesões numa mesma metodologia.

No caso específico da lesão 2 (L2 M2) onde ocorreu a maior sub avaliação (15,3%) acreditamos que por ser uma lesão na lateral da asa do nariz, e dessa forma de visualização prejudicada, os grupos a consideraram menos grave que o grau moderado.

O trabalho de Fernandes et al. (2016a) também observou uma sub valoração para a maioria do conjunto de lesões. Neste sentido sugerimos uma reavaliação das imagens para adequação e instrução do método em novas pesquisas com metodologia semelhante.

6.7 Da releitura da mesma lesão

As três imagens repetidas F1 na posição 6, F3 na posição 8 e M5 na posição 10, tinham como objetivo verificar a concordância dos examinadores em relação à valoração do dano, concordância esta que ocorreu em excelente medida, conforme coeficiente de correlação intraclasse que será discutido mais adiante. Apesar disso, observou-se uma tendência de redução da valoração do dano estético na segunda leitura para todos os grupos. Tal fato pode ser devido ao participante antes da releitura ter visualizado lesões mais graves.

Apenas o grupo Odontologia não alterou sua opinião justamente na lesão de cunho leve (L6 F1) onde por possuir uma maior experiência e especialidade na região maxilofacial pode manter sua convicção ao dano estético da lesão, o que reforça um maior preparo deste grupo para tal avaliação.

Considerando que o Coeficiente de Correlação Intraclasse – ICC acima de 0,75 é de excelente concordância, podemos concluir que a média das medidas das três lesões repetidas mostrou-se concordantes entre si. A primeira repetição (L1 –

L6) e a terceira (L5 – L10) alcançaram um resultado de 0,788 e 0,781 respectivamente. Somente a segunda repetição (L3 – L8) ficou com uma leitura abaixo, porém, bem próximo do excelente quando obteve o valor de 0,721 o que confirma as propriedades do instrumento (Método AIPE) e qualifica os resultados desta pesquisa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perda estética não é subjetiva, pois é sentida pela pessoa que sofre o dano, e por ser íntimo e pessoal, a impressão/valoração de um dano estético deve ser analisado de maneira distinta. As pessoas do relacionamento e outras com um mínimo de sensibilidade e sentimento de solidariedade são capazes de quantificar o dano perdido.

O estudo concluiu que profissionais de diferentes áreas do conhecimento têm percepções distintas, a respeito do dano estético maxilofacial. Concluiu também, que existe uma preocupação maior com a questão estética entre os profissionais que não pertencem à área de saúde e nem do Direito, pessoas que melhor correspondem ao senso da sociedade ou o senso comum. Na sequência, com uma valoração muito próxima destes profissionais, os cirurgiões-dentistas. Em terceiro o grupo dos médicos e por fim, com opinião muito próxima dos médicos, os profissionais do Direito foram os que menos valoraram o dano estético.

Quando da avaliação de lesões graves, de cunho importante ou importantíssimo, todos os profissionais têm uma opinião comum ou avaliam de forma semelhante o dano estético. Porém, quando são avaliadas as lesões de cunho não relevante, leve, moderado e médio, as diferenças entre os grupos de profissionais se evidenciam, justamente na faixa onde há uma maior ocorrência destas lesões. Cirurgiões-dentistas e outros profissionais não da área da saúde ou do Direito têm opinião semelhante, com uma valoração maior. Da mesma maneira médicos e profissionais do Direito também possuem semelhanças, mas com uma menor valoração do dano estético.

Em nosso estudo observamos uma valoração menor dos médicos para o dano estético do que as pessoas da sociedade sem formação específica. Cobo Plana é médico forense, especialista em avaliação corporal e criador do método AIPE que avalia o dano estético do corpo como um todo. A região maxilofacial é rica em detalhes anatômicos que são mais perceptíveis por um cirurgião-dentista, profissional especialista que atua nesta região com maior frequência que os médicos.

A semelhança de opinião do dano estético entre os cirurgiões-dentistas e profissionais de outras áreas que não da saúde e do Direito, sinaliza que sua valoração se aproximaria da percepção coletiva, do senso comum da sociedade, a respeito do patrimônio estético maxilofacial, contemplando assim a perspectiva de laudos mais condizentes às melhores formas da ciência, bom senso e justiça quando elaborados por estes profissionais.

A região maxilofacial é área de atuação dos cirurgiões dentistas e por estes profissionais possuírem maior senso clínico e especialização nesta região, ficou evidente a sutileza de percepção nas lesões leves, moderadas e médias, onde puderam valorar com maior proximidade o conceito estético da maioria da população.

O estudo concluiu também que os profissionais acima de 35 anos de idade, tem um entendimento diferente daqueles com menos idade (abaixo de 35 anos). Os profissionais mais experientes são mais criteriosos nas ações e têm um rigor maior na valoração do dano estético que os menos experientes.

Com relação à diferença de avaliação entre mulheres e homens, este estudo permitiu concluir que não há diferença na percepção estética facial entre homens e mulheres, assim como também não é relevante, o sexo da pessoa que é avaliada, se feminino ou masculino.

Pesquisas com profissionais de saúde que avaliam lesões faciais com dano estético devem ser incentivadas e realizadas, assim como as atividades que melhor preparem estes profissionais, no sentido de atualizá-los com relação à postura e a realidade para as necessidades das pessoas que sofreram ou sofrem uma lesão estética.

Este estudo produziu um material impresso (folhas de pesquisa) com cerca de 55 kg de papel e será doado para uma ONG em São Paulo. A partir desta tese e conjuntamente com outros trabalhos, contribuíram para a construção de um software de uso livre, auxiliar de avaliação do dano estético inserido na internet e pode ser acessado por profissionais e peritos no site: www.danoestetic.com.

8 CONCLUSÕES

O estudo concluiu que profissionais de diferentes áreas do conhecimento têm percepções distintas a respeito do dano estético maxilofacial. Existe uma preocupação maior com a questão estética entre os profissionais que não pertencem à área de saúde e nem do Direito, pessoas que melhor correspondem ao senso da sociedade ou o senso comum.

Os grupos de outros profissionais e os da Odontologia, próximos entre si, exprimiram mensurações significativamente maiores comparativamente aos grupos da Medicina e do Direito, o que, portanto aproxima o grupo da Odontologia do senso comum da sociedade.

O estudo concluiu também, que os profissionais acima de 35 anos de idade, tem um entendimento diferente daqueles com menos idade (abaixo de 35 anos). Os profissionais com mais de 35 anos valoraram mais o dano estético facial que os de menos de 35 anos de idade

Não houve variação de opinião a respeito do dano estético facial significativa entre avaliadores homens e mulheres, assim como também não é relevante, se a pessoa avaliada é do sexo feminino ou masculino.

REFERÊNCIAS³

Alves EGR. Considerações psicossociais sobre deformidade facial. São Paulo: Paco Editorial; 2016.

Aso Escario J, Cobo Plana JA. Valoración de las lesiones causadas a las personas em accidentes de circulación a partir de la ley 34/03. 3ª. ed. Barcelona: Masson; 2006.

Avram MR, Tsao S, Tannous Z, Avram MM. Color atlas of cosmetic dermatology. Mexico: MacGraw Hill Companies; 2009.

Barbosa PBC, Matos FS, Cericato GO, Rosario HD, Pithon MM, Paranhos LR. Perception of laypersons and dentists regarding esthetic facial changes: a systematic review. Biosci J. 2016 Jul-Aug;32(4):1128-37.

Becker HS. Segredos e truques da pesquisa. Rio de Janeiro: Zahar; 2008.

Bermudez J. Valoración del daño estético por cicatrices. Cuad Valoración [Internet] 2004 [citado 19 mar. 2016];2(3):35-42. Disponível em: <http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d3345029/Cuadernos%20de%20Valoracion,%20Tomo%20II,%20A%C3%B1o%202004,%20n%C2%BA%203.pdf>.

Bogliolo L. Bogliolo, patologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

Bouchardet FCH, Cobo Plana JA. Utilización del método “AIPE” em la valoración del perjuicio estético y su aplicación em la legislación brasileña civil e penal. Rev Port Dano Corporal. 2011;22:167-81.

Bouchardet FCH, Criado del Río MT. Propuesta de una guía para la valoración médico-legal de la alteración estética: daño estético/deformidad. Rev Port Dano Corporal. 2010;21:119-30.

Bouchardet FCH, Santos WB. Avaliação do dano corporal no âmbito civil e do trabalho. Belo Horizonte: Coopmed; 2015.

³ De acordo com estilo Vancouver.

Bouchardet FCH, Vieira SLG, Miranda GE, Fernandes MM, Vieira DNP, Silva RF. Valoração do dano estético nos acórdãos do tribunal de justiça de Minas Gerais. Rev Odontol Bras Central [Internet] 2013 [citado 17 ago. 2016];22(63):116-9. Disponível em: <http://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/820/704>.

Brasil. Decreto Lei 2848, de 07 de dezembro de 1940. [citado 15 jun. 2015]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm.

Brasil. Decreto Lei 13.105, de 16 de março de 2015. Altera a Lei no 5.869, de 11 de janeiro de 1973 - Código de Processo Civil. [citado 15 jun. 2015]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm#art1045.

Brasil. Lei 5081, de 24 de agosto de 1966. Regulamenta o exercício da odontologia em todo território nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 26 ago. 1966.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002 [citado 20 ago. 2016]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm.

Cardozo HF. Avaliação médico-legal das lesões do complexo maxilo mandibular. In: Silva M. Compêndio de odontologia legal. Rio de Janeiro: Medsi; 1997. p. 289-317.

Carvalho CM, Silva WFM. Atuação pericial. In: Silva BR, Carvalho CM, Bouchardet FCH, Silva WFM, Santos WB. Avaliação do dano corporal pós-traumático: metodologia europeia aplicada ao contexto brasileiro. Belo Horizonte: Mazza; 2010. p. 13-9.

Claman L, Patton D, Rashid R. Standardized portrait photography for dental patients. Am J Orthod Dentofac Orthop. 1990 Sep;98(3):197-205.

Cobo Plana JA. La valoración del daños a la personas por accidentes de tráfico. Barcelona: Bosch; 2010.

Coelho CAS, Jorge Jr JJ, editores. Manual técnico-operacional para os médicos-legistas do Estado de São Paulo – 2008. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. [citado 20 jun. 2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/Livro%20IML%20para%20Os%20site.pdf>.

Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica (2010). 2010 [citado 18 set. 2016]. Disponível em: www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem_atual.

Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica, 2012. [citado 04 abr. 2015]. Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.

Conselho Federal de Odontologia. Resolução 176/2016. [citado 11 nov. 2016]. Disponível em: <http://cfo.org.br/legislacao/ato-normativo/?id=2331>.

Criado del Río MT. Valoración médico-legal del daño a la persona. Tomo II. Doctrina médico-legal de valoración de daños personales. Madrid: COLEX; 2010. p. 375-432.

Croce D, Croce Jr. D. Manual de medicina legal. 4ª ed. São Paulo: Editora Saraiva; 1998.

Danon J, Jost G, Laval R, Mahe E, Meresse B, Oulio J, Pollet J, Robin JL. Esasi d'évaluation objective du prejudice esthetique. Application à quelques cas de cicatrices de la face. Ann Chir Plast. 1972;17(3):155-63.

Daruge E, Massini N. Direitos profissionais na odontologia. São Paulo: Editora Saraiva; 1978.

Dicionário do Aurélio online: dicionário de português. 2010. [citado 15 maio 2015]. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com>.

Diniz MH. Compêndio de introdução à ciência do direito. 8ª ed. São Paulo: Editora Saraiva; 1995.

Diniz MH. Curso de direito civil brasileiro. 18ª ed. São Paulo: Editora Saraiva; 2004.

Donizetti E. Novo Código de processo civil comentado. 2. ed. São Paulo: Atlas; 2017.

Dukan P. Ame suas curvas. Rio de Janeiro: Editora Best Seller; 2015.

Eco U. História da beleza. 4ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2014a.

Eco U. História da feiura. Rio de Janeiro: Record; 2014b.

Espanha. Ley 35/2015 de reforma del Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Boletín Oficial del Estado, Núm. 228 de 23 de septiembre de 2015, p. 84473-84979. [citado 20 dez. 2015]. Disponível em: <http://www.boe.es/boe/dias/2015/09/23/pdfs/BOE-A-2015-10197.pdf>

Fabré M, Mossaz C, Christou P, Kiliaridis S. Orthodontists' and laypersons' aesthetic assessment of Class III subjects referred for orthognathic surgery. Eur J Orthod. 2009 Aug;31(4):443-8. doi: 10.1093/ejo/cjp002. Epub 2009 Apr 23.

Fachin O. Fundamentos de metodologia. São Paulo: Saraiva; 2005.

Faria Junior AP. Reparação civil do dano moral. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira; 2003.

Fávero F. Medicina legal. 12ª ed. Belo Horizonte: Vila Rica; 1991. vol. 1

Fernandes MM, Cobo Plana JA, Bouchardet FCH, Crosato EM, Oliveira RN. Validação de instrumento para análise do dano estético no Brasil. Saúde Debate. 2016a jan-mar;40(108):118-30.

Fernandes MM, Bouchardet FCH, Delwig F, Tinoco RLR, Daruge Junior E, Oliveira RN. Valoração do dano estético odontológico utilizando três métodos: relato de caso pericial civil. Rev Bras Odontol Leg. 2016b;3(1):84-94.

Fernandes MM, Baldasso RP, Sakaguti NM, Bouchardet FCH, Cobo Plana JA, Oliveira RN. Como justificar a ausência de dano estético? Relato de perícia civil odontológica. Rev Bras Odontol Leg. 2017;4(1):84-94.

Ferreira MC. Cirurgia plástica estética - avaliação dos resultados. Rev Soc Bras Cir Plast. 2000 jan-abr;15(1):55-66.

Fonseca RH. La valoración del perjuicio estético para su aplicación a la ley 30/1995. La Ley. 1999;(3):2098-106.

França GV. Medicina legal. 6ª ed. Rio de Janeiro: Koogan; 2001.

Frugoli UO. Avaliação dos danos do complexo maxilomandibular provocados por violência interpessoal: análise comparativa entre pareceres odontológicos e os laudo médicos emitidos pelo Instituto Médico Legal de São Paulo nos anos de 1993 e 1998 [dissertação]. Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2000.

Garrafa V, Prado MM, Bugarin Jr JG. Bioética e odontologia. In: Vieira TR, organizador. Bioética nas profissões. Petrópolis: Editora Vozes; 2005. p. 85-100.

Gomes HS. Medicina legal. 31^a ed. Rio de Janeiro: Bibl. Jurídica Freitas Bastos; 1994.

Gray J. Men are from mars, women are from venus: a practical guide for improving communication and getting what you want in your relationships. Rio de Janeiro: Rocco; 1996.

Guimarães DT. Dicionário técnico jurídico. 19^a ed. São Paulo: Rideel; 2016.

Hernando Lorenzo AE, García-Nieto Gómez-Guillamón F, Menchaca Anduaga A. Biomecánica de lesiones: utilidad em valoración del daño corporal. Rev Port Dano Corporal. 2013;24:41-55. Doi: http://dx.doi.org/10.14195/1647-8630_24_3.

Houaiss A. Dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [citado 17 ago. 2015]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatística/pesquisas/pesquisa_resultados.php.

ISAPS – International Society of Aesthetic Plastic Surgery. [citado 19 mar. 2015]. Disponível em: www.isaps.org/new/isaps-global-statistics.

Ismael JC. O médico e o paciente: uma breve história de uma relação delicada. São Paulo: T. A. Queiroz; 2002.

Jorge WA. Palavras iniciais. In: Jorge WA et al. Odontologia hospitalar: bucomaxilofacial, urgências odontológicas e primeiros socorros. Rio de Janeiro: Medbook; 2009. p.3-8.

Jorge WA, Milani BA. Urgências em traumatologia bucomaxilofacial. In: Jorge WA et al. Odontologia hospitalar: bucomaxilofacial, urgências odontológicas e primeiros socorros. Rio de Janeiro: Medbook; 2009. p.547-59.

Kimura D. Sex and cognition. New York: MIT Press; 1999.

Klug WA. O que o paciente espera. In: Ismael JC. O médico e o paciente: uma breve história de uma relação delicada. São Paulo: T. A. Queiroz; 2002.

Kovacs MJ. Prefácio. In: Alves EGR. Considerações psicossociais sobre deformidade facial. São Paulo: Paco Editorial; 2016.

Krieger LM, Lee GK. The economics of plastic surgery practices: trends in income, procedure mix, and volume. *Plast Reconstruct Surg*. 2004 Jul;114(1):192-9.

Lopez TA. O dano estético: responsabilidade civil. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2004.

Lloret FR, Sánchez Navas LD, Borrás Rocher F, Pastor Bravo M, Cañete de Silva Z. Propuesta de un método para la valoración médico legal del perjuicio estético por cicatrices. *Cuad Med Forense*. 2013;19(1-2):13-9.

Magar V. Gender, health and the Sustainable Development Goals. *Bulletin of the World Health Organization* 2015;93:743. [citado 19 mar. 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/gender-equity-rights/news/gender-health-sdgs/en/>

Manso JA. Daño estético. Concepto y consideración como perjuicio. In: Libro de Ponencias de las V Jornadas Mapfre sobre Valoración del Daño Corporal. Tema: latigazo cervical y perjuicio estético. Madrid: Fundación Mapfre; 2003. p. 291-9.

Manuila L, Manuila A, Nicolin M. Dicionário médico Andrei. São Paulo: Andrei Editora; 1997.

Matos EO. Dano moral e dano estético. Rio de Janeiro: Renovar; 2008.

Mazzilli LEM. Odontologia do trabalho: teoria e prática. 3ª ed. São Paulo: Santos; 2013.

Miziara HA. Transcender a doença, uma obrigação. In: Ismael JC. O médico e o paciente: uma breve história de uma relação delicada. São Paulo: T. A. Queiroz; 2002.

Mohan D, Tiwari G, Khayesi M, Muyia Nafukho F. Prevenção de lesões causadas pelo trânsito: manual de treinamento [Internet]. [local desconhecido]: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2006 [citado 20 ago. 2016]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1495&Itemid=965.

Moraes JM. Manual de medicina legal. Belo Horizonte: Livraria e Editora Health; 1998.

Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá: Dental Press International; 2010.

Náufel J. Novo dicionário jurídico brasileiro. 9ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 1998.

Nietzsche FW. Crepúsculo dos ídolos ou como se filosofa com o martelo. Petrópolis: Vozes; 2014.

Oliva BK. Dano estético: autonomia e cumulação na responsabilidade civil. Âmbito Jurídico. 2009. [citado 19 mar. 2016]. Disponível em <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php>.

Oliveira SG. Responsabilidade no direito do trabalho. In: Bouchardet FCH, Santos WB. Avaliação do dano corporal no âmbito civil e do trabalho. Belo Horizonte: Coopmed; 2015. p. 22-44.

Pasukanis EB. A teoria geral do direito e o marxismo. Rio de Janeiro: Renovar; 1989.

Pease A, Pease B. Why men lie and women cry. [local desconhecido]: Manjul Publising House; 2003.

Pease A, Pease B. Why men don't listen and women can't read maps: how we're different and what to do about it. [local desconhecido]: Manjul Publising House; 2004.

Pereira FJ, Castello Filho O. Manual prático: como elaborar uma perícia de insalubridade e periculosidade. 2ª ed. São Paulo: LTr; 2000.

Porto LVMG, Sousa JR, Souza EHA, Silva Neto JC. Medical law and bioethics. Braz J Forensic Sci. 2014;4(1):134-46.

Ramos DLP, Silva MMP, Caldato MCF. A pessoa e a vida humana: um fundamento para a bioética. In: Ramos DLP. Bioética: pessoa e vida. São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2009. p 39-54.

Ribeiro MFP, Góes PSA. Trauma maxilofacial. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 145-51.

Rios ERG, Franchi KMB, Silva RMD, Amorim RFD, Costa NDC. Senso comum, ciência e filosofia: elo dos saberes necessários à promoção da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2007 mar-apr;12(2):501-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200026>.

Rivitti EA. Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti. São Paulo: Artes Médicas; 2014.

Robinat AP, Marcalain EB, Muñiz JM, Gutiérrez CV. Assessment of aesthetic injury: evaluation criteria. In: Bausili LP. Controversies in the assessment of bodily injury. Catalunya: Institute of Legal Medicine of Catalonia; 2014.

Rohrich RJ. The increasing popularity of cosmetic surgery procedures: a look at statistics in plastic surgery. Plast Reconstruct Surg. 2000 Nov;106(6):1363-6.

Rosa MVF. Perícia judicial teoria e prática. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor; 1999.

Rouge D, Blanc A, Telmon N, Ster F, Gavroy JP, Costagliola M. Evaluation du dommage esthétique de la face: la method des distances. Rev Fr Dommage Corpor. 1996;22(4):363-74.

Sá E. Biodireito. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris; 1999.

Sá FO. Clínica médico legal da reparação do dano corporal em direito civil. Coimbra:

APADAC; 1992.

Saldanha JH, Lima APB, Mendes CVT, Mendes Junior TE, Mendes TE, Paranhos LR. A atratividade facial percebida por leigos e cirurgiões-dentistas: uma revisão sistemática. RFO. 2016 jan-abr;21(1):55-60. doi: <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v21i1.5677>.

Sarmento G. Danos morais. São Paulo: Saraiva; 2009.

Schiller P. Em busca da subjetividade perdida. In: Ismael JC. O médico e o paciente: uma breve história de uma relação delicada. São Paulo: T. A. Queiroz; 2002.

Scruton R. Beleza. São Paulo: É Realizações; 2013.

Silva BR, Santos WB. Antecedentes históricos. In: Silva BR, Carvalho CM, Bouchardet FCH, Silva WFM, Santos WB. Avaliação do dano corporal pós-traumático: metodologia europeia aplicada ao contexto brasileiro. Belo Horizonte: Mazza; 2010. p. 23-8.

Silva BR. Natureza jurídica do dano corporal. In: Silva BR, Carvalho CM, Bouchardet FCH, Silva WFM, Santos WB. Avaliação do dano corporal pós-traumático: metodologia europeia aplicada ao contexto brasileiro. Belo Horizonte: Mazza; 2010. p. 84.

Silva M. Compêndio de odontologia legal. São Paulo: Medsi; 1997.

Silva NCF, Aquino ERB, Mello KCFR, Mattos JNR, Normando D. Habilidade de ortodontistas e leigos na percepção de assimetrias da mandíbula. Dental Press J Orthod. 2011 jul-ago;16(4):38.e1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S2176-94512011000400007>.

Silva NV. Dano estético. São Paulo: LTR Editora; 2004.

Souza AM. Verificação do grau de severidade em alterações faciais segundo a análise de quatro grupos profissionais [dissertação]. Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2006.

Tricot JP. Évaluation du dommage esthétique en Europe. Rev Fr Dommage Corpor. 2011;37(2):115-23.

Valiente AR, Sasot AV. Revisión y crítica de la valoración del daño estético. Propuesta de un nuevo baremo. Cuad Med Forense. 2014 ene-mar;20(1):26-35. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062014000100004>.

Vieira DN, Quintero JA. Aspectos práticos de avaliação do dano corporal em direito civil. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008.

Vieira TR. Bioética nas profissões. Petrópolis: Vozes; 2005.

Vulin D. Dana Vulin. 2015 [citado 05 abr. 2015]. Disponível em: www.danavulin.com.

Wolf SMR. Psicologia no consultório odontológico. São Paulo: Arte & Ciência; 2002.

Wulkan M, Parreira Júnior JG, Botter DA. Epidemiologia do trauma facial. Rev Assoc Med Bras. 2005 set-out;51(5):290-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302005000500022>.

Zaidel DW, Cohen JA. The face, beauty, and symmetry: perceiving asymmetry in beautiful faces. Inst J Neurosci. 2005 Aug;115(8):1165-73.

ANEXO A – Tabela AIPE

TABELA AIPE 1. GUIA PARA ANÁLISE ESQUEMÁTICA DA IMPRESSÃO

a. Nível de “comprovação”. Responder a pergunta: até que ponto se “vê” ou se “percebe” a alteração da imagem da pessoa?	☐ não se vê ou praticamente não se vê ☐ se vê ☐ se vê claramente
b. Nível de tendência do “olhar” ao se fixar ou a se manter atento no sentido de perceber a mudança da imagem. Responder a pergunta: Nosso olhar ou nossos outros sentidos tendem a fixar-se especificamente nessa alteração da imagem da pessoa?	☐ não tende a fixar o olhar, ou nossos outros sentidos ☐ tende a se fixar e/ou fixa ☐ tende a evitar olhar
c. Nível de “lembança” da imagem do lesionado ou o nível de “interesse” que provoca qualquer elemento ou aspecto objetivo. Responder a pergunta: quando lembramos do nosso paciente, o descrevemos a partir da alteração da imagem da pessoa?	☐ não se lembra ☐ se lembra ☐ protagoniza a lembrança e sem dúvida serve para descrever e identificar o lesionado
d. Nível de “emoção” que provoca. Responder a pergunta: A pessoa lesionada provoca-nos algum tipo de emoção como, por exemplo, tristeza ou outra emoção similar?	☐ não provoca resposta emocional ☐ provoca ligeira resposta emocional ☐ provoca resposta emocional intensa
e. “Tipo de emoção” que provoca. Responder a pergunta: Se fôssemos familiares ou pessoas próximas da pessoa lesionada, sua imagem poderia afetar a nossa relação com ela?	☐ não ☐ sim, mas não muito ☐ sim, muito

TABELA AIPE 2. PARA A VALORAÇÃO DA CATEGORIA DE PREJUÍZO ESTÉTICO

AVALIAÇÃO EM PONTOS	VALORAÇÃO EM GRAUS DE PREJUÍZO ESTÉTICO	Nível de comprovação visual do defeito	Tendência do olhar a fixar o defeito	Nível de lembrança na imagem do lesionado	Nível de emoção provocada	Possibilidade de provocar uma alteração na relação interpessoal
0	Não relevante	Não se vê ou praticamente não se vê ☐				
1 a 6	Leve	Se vê ☐	Não tende a se fixar ☐			
7 a 12	Moderado	Se vê claramente ☐	Tende a se fixar ou se fixa ☐	Não costuma se lembrar ☐		
13 a 18	Médio	Se vê claramente ☐	A tendência é evitar olhar ☐	Lembra ☐	Não provoca resposta emocional ☐	
19 a 24	Importante	Se vê claramente ☐	Tende a evitar olhar ☐	Protagoniza a lembrança (serve para descrever) ☐	Provoca resposta emocional ☐	Não altera a relação interpessoal ☐
25 a 30	Bastante importante	Se vê claramente ☐	Tende a evitar olhar ☐	Protagoniza a lembrança (serve para descrever) ☐	Provoca emoção intensa ☐	Poderia alterar a relação interpessoal superficialmente ☐
31 a 50	Importantíssimo	Se vê claramente ☐	Tende a evitar olhar ☐	Protagoniza a lembrança (serve para descrever) ☐	Provoca emoção intensa ☐	Poderia alterar a relação interpessoal profundamente ☐

Considerando a tendência do olhar como algo natural sem inibições ou condicionamentos. O observador/avaliador deve liberar-se dos fatores condicionantes que provocam o decoro, educação, compaixão, etc. que podem alterar a tendência de seguir olhando.

DATA DA COLETA: ____/____/____ LOCAL: _____ Nº DA AMOSTRA _____

TABELA AIPE 3. PARA A VALORAÇÃO DO NÍVEL DE IMPACTO EM CADA CATEGORIA

	Muito pouco	Um pouco	Moderado	Severo	Muito intenso
1- No caso de um prejuízo estético leve (faixa de 1-6) a pergunta seria: Se vê ou se identifica quando se olha ou ainda se percebe por outro sentido? O limite inferior é de 1 ponto por tratar-se de um dano muito importante. A faixa possível é de 6 pontos.	□ 1-4% de 6 pontos = 0 a 1 ponto	□ 5-24% de 6 pontos = 2 pontos	□ 25-75% de 6 pontos = 3 a 4 pontos	□ 76-95% de 6 pontos = 5 pontos	□ 96-100% de 6 pontos = 6 pontos
Valor final	1 ponto	2 pontos	3 a 4 pontos	5 pontos	6 pontos

	Muito pouco	Um pouco	Moderado	Severo	Muito intenso
2- No caso de um prejuízo estético moderado (faixa de 7-12) a pergunta seria: Uma vez percebida a alteração da imagem, tende-se a fixar-se e lembrar? O limite inferior é de 7 pontos por tratar-se de um dano muito importante. A faixa possível é de 6 pontos.	□ 1-4% de 6 pontos = 0 a 1 ponto	□ 5-24% de 6 pontos = 2 pontos	□ 25-75% de 6 pontos = 3 a 4 pontos	□ 76-95% de 6 pontos = 5 pontos	□ 96-100% de 6 pontos = 6 pontos
Valor final	7 pontos	8 pontos	9 a 10 pontos	11 pontos	12 pontos

	Muito pouco	Um pouco	Moderado	Severo	Muito intenso
3- No caso de um prejuízo estético médio (faixa de 13-18) a pergunta seria: A alteração de imagem do corpo é parte da descrição da pessoa porque protagoniza seu aspecto? O limite inferior é de 13 pontos por tratar-se de um dano muito importante. A faixa possível é de 6 pontos.	□ 1-4% de 6 pontos = 0 a 1 ponto	□ 5-24% de 6 pontos = 2 pontos	□ 25-75% de 6 pontos = 3 a 4 pontos	□ 76-95% de 6 pontos = 5 pontos	□ 96-100% de 6 pontos = 6 pontos
Valor final	13 pontos	14 pontos	15 a 16 pontos	17 pontos	18 pontos

	Muito pouco	Um pouco	Moderado	Severo	Muito intenso
4- No caso de um prejuízo estético importante (faixa de 19-24) a pergunta seria: A alteração da imagem provoca reações emocionais? O limite inferior é de 19 pontos por tratar-se de um dano importante. A faixa possível é de 5 pontos.	□ 1-4% de 6 pontos = 0 a 1 ponto	□ 5-24% de 6 pontos = 2 pontos	□ 25-75% de 6 pontos = 3 a 4 pontos	□ 76-95% de 6 pontos = 5 pontos	□ 96-100% de 6 pontos = 6 pontos
Valor final	19 pontos	20 pontos	21 a 22 pontos	23 pontos	24 pontos

	Muito pouco	Um pouco	Moderado	Severo	Muito intenso
5- No caso de um prejuízo estético bastante importante (faixa de 25-30) a pergunta seria: O nível de emoção provocado na pessoa poderia afetar superficialmente a relação? O limite inferior é de 25 pontos por tratar-se de um dano bastante importante. A faixa possível é de 6 pontos.	□ 1-4% de 6 pontos = 0 a 1 ponto	□ 5-24% de 6 pontos = 2 pontos	□ 25-75% de 6 pontos = 3 a 4 pontos	□ 76-95% de 6 pontos = 5 pontos	□ 96-100% de 6 pontos = 6 pontos
Valor final	25 pontos	26 pontos	27 a 28 pontos	29 pontos	30 pontos

	Muito pouco	Um pouco	Moderado	Severo	Muito intenso
6- No caso de um prejuízo estético importantíssimo (faixa de 31-50) a pergunta seria: Se eu tivesse que conviver com esta pessoa, essa deformidade apresentada afetaria profundamente a minha relação com ele ou com ela? O limite inferior é de 31 pontos por tratar-se de um dano muito importante. A faixa possível é de 20 pontos.	□ 1-4% de 6 pontos = 0 a 1 ponto	□ 5-24% de 6 pontos = 2 pontos	□ 25-75% de 6 pontos = 3 a 4 pontos	□ 76-95% de 6 pontos = 5 pontos	□ 96-100% de 6 pontos = 6 pontos
Valor final	31 a 32	33 a 35	36 a 40	41 a 48	49 a 50 pontos

	pontos	pontos	pontos	pontos	
--	--------	--------	--------	--------	--

**TABELA AIPE 4. PARA VALORAÇÃO DOS CRITÉRIOS COMPLEMENTARES
REFERENTES AO VALOR DO PREJUÍZO ESTÉTICO**

CRITÉRIOS COMPLEMENTARES AO VALOR DO PREJUÍZO ESTÉTICO	
Focos de relação na comunicação: especial referência aos objetivos visuais convencionais num diálogo direto, como o rosto, com especial importância dos olhos e da boca assim como das mãos, como complemento ou ajuda na expressão oral.	☐ não se percebe ou praticamente não se percebe ☐ se percebe ☐ se percebe claramente
Focos de atenção na relação sexual: zonas sexuais primárias e secundárias; mãos (tanto no aspecto visual como de contato ou uso sexual).	☐ não se percebe ou praticamente não se percebe ☐ se percebe ☐ se percebe claramente
Focos transitórios especiais: áreas do corpo habitualmente não expostas à visão, mas sim em situações específicas como banhos de sol, trajes de banho, etc.	☐ não se percebe ou praticamente não se percebe ☐ se percebe ☐ se percebe claramente
Focos de especial transcendência em atividades de trabalho, dependendo da atividade (exemplo, uma cicatriz glútea em um profissional que requeira uma exposição específica).	☐ não se percebe ou praticamente não se percebe ☐ se percebe ☐ se percebe claramente
Outros focos especiais.	☐ não se percebe ou praticamente não se percebe ☐ se percebe ☐ se percebe claramente

Referência: “Ayuda orientativa para realizar el análisis de la impresión o del impacto del perjuicio estético (AIPE*)”, en Cobo JA. Medicina Forense para Abogado, Volumen I - de Valoración de los daños a las personas por accidentes de circulación, Barcelona 2010, Bosch.

DATA DA COLETA: ____/____/____ LOCAL: _____ Nº DA AMOSTRA _____

ANEXO B – Parecer aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP				
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA				
Título da Pesquisa: ANÁLISE COMPARATIVA DA PERCEPÇÃO DO DANO ESTÉTICO ENTRE PROFISSIONAIS BRASILEIROS DE NÍVEL SUPERIOR				
Pesquisador: rogerio nogueira de oliveira				
Área Temática:				
Versão: 2				
CAAE: 43009915.2.0000.0075				
Instituição Proponente: Universidade de São Paulo				
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio				
DADOS DO PARECER				
Número do Parecer: 1.121.864				
Data da Relatoria: 24/06/2015				
Apresentação do Projeto: Cada vez mais na sociedade existe uma preocupação com a estética e ela pode ser extremamente subjetiva na sua avaliação. Os pesquisadores procuram formas de reduzir a subjetividade dessas avaliações para que possam ser utilizadas em laudos periciais em danos estéticos.				
Objetivo da Pesquisa: A pesquisa tem como objetivo analisar comparativamente a percepção dos danos estéticos por diferentes grupos de profissionais, utilizando o método/instrumento de análise da impressão do impacto de prejuízo estético (AIPE).				
Avaliação dos Riscos e Benefícios: Os riscos da pesquisa foram bem avaliados. Quanto aos benefícios há o indireto pois com a pesquisa se pretende obter uma melhoria na discussão e avaliação do dano estético com um método objetivo, claro e padronizado permitindo laudos periciais mais justos à sociedade.				
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A pesquisa foi bem delineada, com uma proposta e objetivos bem explícitos. Por se tratar de um tema que envolve a subjetividade trará importantes benefícios ao conhecimento na área forense.				
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: A folha de rosto, projeto na íntegra, as autorizações para a abordagem dos sujeitos de pesquisa				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227 Bairro: Cidade Universitária UF: SP Município: SÃO PAULO </td> <td style="width: 50%; border: none; text-align: right;"> CEP: 05.508-900 Telefone: (11)3091-7560 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepfo@usp.br </td> </tr> </table>			Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227 Bairro: Cidade Universitária UF: SP Município: SÃO PAULO	CEP: 05.508-900 Telefone: (11)3091-7560 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepfo@usp.br
Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227 Bairro: Cidade Universitária UF: SP Município: SÃO PAULO	CEP: 05.508-900 Telefone: (11)3091-7560 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepfo@usp.br			

Página 21 de 22

continua

ANEXO B – Parecer aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

conclusão

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
<small>Continuação do Parecer: 1.121.864</small>														
<p>e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estão todos de acordo com as exigências do CEP-FO</p>														
<p>Recomendações:</p> <p>Não há recomendações para os pesquisadores, apenas lembra-los de que 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.</p>														
<p>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:</p> <p>O projeto está de acordo com as normas do CEP e não há nada de fora a ética em pesquisa.</p>														
<p>Situação do Parecer:</p> <p>Aprovado</p>														
<p>Necessita Apreciação da CONEP:</p> <p>Não</p>														
<p>Considerações Finais a critério do CEP:</p>														
<p>SAO PAULO, 24 de Junho de 2015</p> <hr style="width: 30%; margin: auto;"/> <p>Assinado por: Décio dos Santos Pinto Junior (Coordenador)</p>														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td colspan="2"><small>Endereço: Av Prof Linou Prestes 2227</small></td><td><small>CEP: 05.508-900</small></td></tr><tr><td><small>Bairro: Cidade Universitária</small></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td><small>UF: SP</small></td><td colspan="2"><small>Município: SAO PAULO</small></td></tr><tr><td><small>Telefone: (11)3091-7960</small></td><td><small>Fax: (11)3091-7814</small></td><td><small>E-mail: cepfo@usp.br</small></td></tr></table>			<small>Endereço: Av Prof Linou Prestes 2227</small>		<small>CEP: 05.508-900</small>	<small>Bairro: Cidade Universitária</small>			<small>UF: SP</small>	<small>Município: SAO PAULO</small>		<small>Telefone: (11)3091-7960</small>	<small>Fax: (11)3091-7814</small>	<small>E-mail: cepfo@usp.br</small>
<small>Endereço: Av Prof Linou Prestes 2227</small>		<small>CEP: 05.508-900</small>												
<small>Bairro: Cidade Universitária</small>														
<small>UF: SP</small>	<small>Município: SAO PAULO</small>													
<small>Telefone: (11)3091-7960</small>	<small>Fax: (11)3091-7814</small>	<small>E-mail: cepfo@usp.br</small>												
<small>Página 02 de 02</small>														

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Nº da amostra: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ R.G. _____

abaixo assinado, estou devidamente esclarecido(a) sobre todas as condições do projeto de Pesquisa intitulado “Análise comparativa da percepção do dano estético entre profissionais brasileiros de nível superior”, tendo como pesquisadores: Dr. Nelson Massanobu Sakaguti, orientador Prof. Dr. Rogério Nogueira de Oliveira e co-orientadora, Dra. Fernanda Capurucho H. Bouchardet. As informações abaixo são para esclarecer e pedir a sua participação voluntária neste estudo que tem por objetivo comparar a percepção diversos grupos de profissionais a análise de Impressão do Impacto do Prejuízo Estético (AIPE).

O procedimento consiste em uma palestra de aproximadamente de 20 a 30 minutos, aplicação do método para quantificação do prejuízo estético após um exame de fotos da região próxima da boca, de cicatrizes simuladas (derme e epiderme).

Para a realização dos procedimentos, existem riscos mínimos de danos e/ou desconfortos aos participantes.

Os pesquisadores prestarão esclarecimentos a eventuais dúvidas que podem surgir a qualquer momento, durante o andamento da pesquisa, onde poderá ser encontrado pelo telefone: (11) 3719-3957. Qualquer dúvida quanto às questões éticas da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia (endereço: Professor Lineu Prestes, nº 2227, CEP: 05508-000, telefone (11)3091-7960 ou pelo e-mail cepfo@usp.br – Cidade Universitária – SP).

Declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram asseguradas nesta proposta, a seguir relacionadas:

- 1- A liberdade de retirar o meu consentimento e de deixar de participar do estudo, a qualquer momento.
- 2- A segurança de que não serei identificado(a) e as informações fornecidas serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis, mesmo quando os dados forem reutilizados para outras pesquisas.
- 3- O compromisso de que será prestada toda e quaisquer outra informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar participando dele.
- 4- O compromisso de que serei devidamente acompanhado(a) e assistido(a) durante todo o período de minha participação no projeto.
- 5- Que terei como benefício direto, os conhecimentos a respeito do tema do dano estético durante a apresentação e treinamento da pesquisa. Como benefício indireto a pesquisa pretende obter uma melhoria na discussão e avaliação do dano estético por um método objetivo, claro e padronizado permitindo laudos periciais mais justos à sociedade.

Declaro, ainda, que após ter sido informado(a) e ter minhas dúvidas suficientemente esclarecidas pelos pesquisadores concordo em participar de forma voluntária desta pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 201__.

Dr. Nelson Sakaguti

Prof. Dr. Rogério N. de Oliveira

Assinatura do(a) voluntário(a)

Nome do(a) Voluntário(a): _____

Endereço: _____

Telefones para contato: _____

E-mail: _____

ANEXO D – QUESTIONÁRIO de QUALIFICAÇÃO

Nº da amostra: _____

Data da coleta: ____ / ____ / ____ Local da coleta: _____

I - PERFIL PROFISSIONAL

1. Sexo: () masculino () feminino

2. Nascimento: ____ / ____ / ____.

3. Graduação/formação em: _____ 4. Ano da formatura: _____.

5. Possui especialização? () sim () não

Se sim, qual(is): _____

6. Teve ministrados conteúdos sobre metodologia de quantificação de dano em algum curso realizado? (Aqui considere qualquer tipo de curso. Não considere a aula recente, ministrada antes dessa atividade).

() sim () não

6. Você já atuou como assistente técnico ou realizou perícias envolvendo valoração de danos em algum Serviço ou Instituição ? (Aqui considere IML, Tribunal de Justiça, Ministério Público ou outra).

() sim () não

II – SOMENTE PROFISSIONAIS EM DIREITO

7. Possui OAB? () sim () não

8. Teve alguma experiência com avaliação de dano estético? () sim () não

Se sim: pró-lesionado () ou pró-réu/terceiro ()