

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FERNANDO FORTES PICOLI

**ANÁLISE DAS JURISPRUDÊNCIAS SOBRE ALEGADO ERRO ODONTOLÓGICO
EM TRATAMENTOS ORTODÔNTICOS NO BRASIL**

Goiânia

2017

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

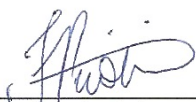
Nome completo do autor: Fernando Fortes Picoli

Título do trabalho: Análise das jurisprudências sobre alegado erro odontológico em tratamentos ortodônticos no Brasil

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.



Assinatura do (a) autor (a)

Data: 17 / 04 / 2017

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

FERNANDO FORTES PICOLI

**ANÁLISE DAS JURISPRUDÊNCIAS SOBRE ALEGADO ERRO ODONTOLÓGICO
EM TRATAMENTOS ORTODÔNTICOS NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de concentração Clínica Odontológica.

Linha de Pesquisa: Perspectivas em odontologia clínica

Orientador: Prof. Dr. Rhonan Ferreira da Silva

Co-orientador: Prof. Dr. Mauro Machado do Prado

GOIÂNIA

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Picoli, Fernando Fortes

ANÁLISE DAS JURISPRUDÊNCIAS SOBRE ALEGADO ERRO
ODONTOLÓGICO EM TRATAMENTOS ORTODÔNTICOS NO BRASIL
[manuscrito] / Fernando Fortes Picoli. - 2017.

xcviii, 98 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Rhonan Ferreira da Silva; co-orientador Dr.
Mauro Machado do Prado.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Odontologia (FO), Programa de Pós-Graduação em
Odontologia, Goiânia, 2017.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

1. Erros médicos. 2. Ortodontia. 3. Responsabilidade Civil. I. Silva,
Rhonan Ferreira da, orient. II. Título.

CDU 616.314

Ministério da Educação
Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Odontologia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia



Ata de Defesa de Dissertação número 169

Aos vinte dias do mês de março de 2017, às 14:30 horas, reuniu-se no auditório da Faculdade de Odontologia, a Comissão Julgadora infranomeada para proceder ao julgamento da Defesa de Dissertação de **Fernando Fortes Picoli** intitulada "Análise das jurisprudências sobre alegado erro odontológico em tratamentos ortodônticos no Brasil", como parte de requisitos necessários à obtenção do título de **Mestre**, área de concentração **Clínica Odontológica**. Inicialmente, Prof. Dr. Rhonan Ferreira da Silva apresentou a Comissão Examinadora da qual é presidente, e concedeu a palavra ao candidato, para exposição de sua dissertação em trinta minutos. A seguir, o senhor presidente concedeu a palavra aos examinadores, os quais passaram a arguir o candidato conforme os termos regimentais. Finalizada a arguição, a Comissão expressou seu Julgamento conforme abaixo:

Comissão Examinadora

Prof. Dr. Rhonan Ferreira da Silva - Presidente
Prof. Dr. José Valladares Neto - Membro
Prof. Dr. Luiz Renato Paranhos - Membro

Aprovado(a)/Reprovado(a)

APROVADO
APROVADO
aprovado

Em face do resultado obtido, a Comissão Examinadora considerou o candidato Fernando Fortes Picoli

☒ Aprovado – O candidato deverá fazer as modificações eventualmente sugeridas e apresentar a versão definitiva à Coordenadoria do Programa em no máximo trinta (30) dias após a defesa (artigo 57 da Resolução CEPEC 1136/2013 que regulamenta este Programa).
() Reprovado – O candidato () poderá () não poderá submeter-se a outra defesa em um prazo de dias (mínimo 30, máximo 90 dias) (artigo 55, parágrafo 2º, Resolução CEPEC 1136/2013).

Alteração de título da dissertação? ☒ Não () Sim,
para _____

Outras observações da Comissão Examinadora (se necessário):

Nada mais havendo a tratar eu, Gláucia Terra e Silva, secretária do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, lavrei a presente ata que segue assinada pelos membros da Comissão Examinadora, pela candidata e por mim.

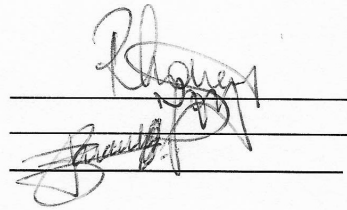
Comissão Examinadora

Assinatura

Prof. Dr. Rhonan Ferreira da Silva – Presidente

Prof. Dr. José Valladares Neto – Membro

Prof.. Dr. Luiz Renato Paranhos - Membro

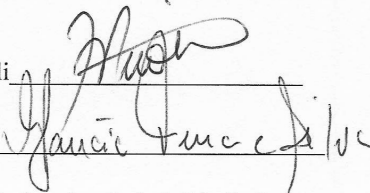


Candidato

Fernando Fortes Picoli

Secretária

Gláucia Terra e Silva



Ata homologada em reunião da Coordenadoria de Pós-Graduação em ____/____/____
Assinatura da Coordenadora do Programa:

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os brasileiros que exercitam a ética, o respeito e o amor ao próximo em seu dia a dia, que são capazes de reconhecer seus erros com humildade e de tentar reparar as consequências desses.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, origem e finalidade de todas as coisas, por ter iluminado minhas decisões em todos os dias da minha vida;

Aos meus pais e irmãos que, mais que compreender minha ausência, foram capazes de conviver e entender a introspecção que por vezes marcaram minha convivência com eles;

À minha esposa, Mayara, que, nesse período também galgou alguns degraus de status em minha vida, passando de namorada à esposa. Obrigado pela tolerância, amor, ensinamentos científicos e pessoais;

Ao meu amigo, colega e orientador Rhonan Ferreira da Silva pelo incentivo, ensinamentos científicos e humanos;

Ao meu coorientador, Mauro Machado do Prado, por suas contribuições em minha formação científica e para este trabalho;

Aos professores que compuseram minhas bancas de qualificação e defesa: An Tien Li, Cláudio de Góis Nery, Daniel de Almeida Decurcio, Érica Miranda de Torres, João Batista de Souza, José Valladares Neto, Luiz Renato Paranhos e Marcos Augusto Lenza;

À Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás – FO/UFG - na pessoa da diretora Profa. Dra. Enilza Maria Mendonça de Paiva;

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da FO/UFG, na pessoa da coordenadora Profa. Dra. Rejane Faria Ribeiro-Rotta;

Aos colegas de mestrado pela amizade e convivência;

Aos colegas da Superintendência de Polícia Técnico-Científica pelo companheirismo incondicional;

Aos meus colegas ortodontistas: meu pai (primeiro a me iniciar nesta arte e em quem ainda me espelho), antigos colegas e professores de especialização, além de outros com os quais tive a oportunidade de conviver;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás pelo apoio financeiro e, mais que isso, pela injeção de confiança que esse apoio representou para o desenvolver desse projeto.

RESUMO

Estando o cirurgião-dentista inserido no contexto social, sua atuação profissional também é mediada por normas jurídicas que podem exigir que os danos causados aos pacientes sejam ressarcidos na forma de indenizações. A literatura tem apontado um incremento significativo nas ações judiciais que cirurgiões-dentistas são demandados, estando a Ortodontia entre as especialidades mais envolvidas nessas lides. Este trabalho teve como objetivo analisar as decisões judiciais de segunda instância que envolviam a Ortodontia em alegado erro odontológico no Brasil. Para tanto, foram feitas pesquisas nas páginas virtuais dos Tribunais de Justiça dos estados brasileiros e do Distrito Federal, com o auxílio da internet, buscando por decisões publicadas até 31 de dezembro de 2015 e que tivessem como cerne da lide o tratamento ortodôntico. Foram utilizadas as palavras chave associadas a operador booleano: erro E odontológico; erro E odontologia; ortodontia; aparelho E dentário; dentário; ortodôntico. Dados relativos ao perfil das partes, valores monetários envolvidos, obrigação contratual, tipo de responsabilidade civil considerada e as sentenças das decisões judiciais foram coletados. Encontrou-se 319 acórdãos que atendiam ao escopo do trabalho, sendo que em 38,6% deles, o motivo alegado para instauração dos processos foi a insatisfação com o tratamento. Em 52,4% dos casos, houve absolvição do cirurgião-dentista. A condenação em primeira instância e o fato do tratamento ortodôntico ter sido considerado como obrigação contratual de resultado influenciaram de forma estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nas frequências de condenações dos profissionais em segunda instância. Por meio deste trabalho, pode-se concluir que a maior parte dos pacientes que processam os cirurgiões-dentistas por insatisfação com tratamento ortodônticos no Brasil alegaram estar insatisfeitos com o resultado do tratamento, sendo que a sentença condenatória em primeiro grau e a obrigação contratual da Ortodontia influenciaram na frequência de sentenças condenatórias em segundo grau.

Palavras-chave: Erros Médicos; Ortodontia; Responsabilidade Civil

ABSTRACT

Once the dentist is inserted in a social context, his professional performance is mediated by laws that may require compensation, as financial claims, for the damages caused to the patients. The literature has pointed out a significant increase in the lawsuits that dentists are involved, being orthodontics among the specialties most enrolled in these litigations. This study aimed to analyze the judicial decisions on second instance that involved Orthodontics in alleged dental error in Brazil. An on-line search was done on the virtual pages of the Courts of Justice of the Brazilian states and the Federal District, searching for decisions that were published until December 31st, and that had the orthodontic treatment as central focus. The following keywords were used in the search: erro AND odontológico; erro AND odontologia; ortodontia; aparelho AND dentário; dentário; ortodôntico. Data regarding the profile of the parties, monetary amounts involved, contractual obligation, type of civil liability considered and the judgments of judicial decisions were collected. A total of 319 judgments that were in line with the scope of research were found, and in 38.6% of them, the main reason for initiating the lawsuit was dissatisfaction with the orthodontic treatment. In 52.4% of the cases, there was absolution of the dentist. The conviction in the first instance and the fact that orthodontic treatment was considered as a contractual obligation of result had a statistically significant influence ($p < 0.05$) on the conviction frequencies of the professionals in the second instance. Through this study, it can be concluded that, in Brazil, most patients who demand dentists for malpractice in orthodontic therapy claimed to be dissatisfied with the treatment outcome. The conviction on the singular jury decision and the contractual obligation of the Orthodontics influenced the frequency of second-degree convictions.

Keywords: Damage Liability; Medical Errors; Orthodontics

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 – Prevalência de publicação dos acórdãos por ano com o decorrer dos anos	48
Gráfico 2 – Natureza Jurídica da pessoa do Réu nos Acórdãos	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de acórdãos que compuseram a amostra por Tribunal de Justiça	47
Tabela 2 – Frequências absoluta e percentual em relação ao tipo de dano solicitado em primeira instância	50
Tabela 3 – Insatisfações dos pacientes que motivaram a instauração das ações que originaram os acórdãos analisados	50
Tabela 4 – Concordâncias entre as sentenças de primeira e segunda instância	51
Tabela 5 – Valores das condenações por danos materiais, morais e estéticos deferidas nos acórdãos (segunda instância) avaliados	52
Tabela 6 – Cruzamento realizado de acordo com a data de publicação do acórdão e classificação do tipo de obrigação contratual	52
Tabela 7 – Associações entre a condenação em segunda instância e supostos fatores de risco	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.	Artigo
Arts.	Artigos
ATM	Articulação temporomandibular
CD	Cirurgião-dentista
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DTM	Disfunção temporomandibular
MAC OS	Macintosh Operating System
STJ	Superior Tribunal de Justiça
STF	Supremo Tribunal Federal
TJ	Tribunal de Justiça
TJAC	Tribunal de Justiça do Acre
TJAL	Tribunal de Justiça de Alagoas
TJAP	Tribunal de Justiça do Amapá
TJAM	Tribunal de Justiça do Amazonas
TJBA	Tribunal de Justiça da Bahia
TJCE	Tribunal de Justiça do Ceará
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios
TJES	Tribunal de Justiça do Espírito Santo
TJGO	Tribunal de Justiça de Goiás
TJMA	Tribunal de Justiça do Maranhão
TJMT	Tribunal de Justiça do Mato Grosso

TJMS	Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul
TJMG	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
TJPA	Tribunal de Justiça do Pará
TJPB	Tribunal de Justiça da Paraíba
TJPR	Tribunal de Justiça do Paraná
TJPE	Tribunal de Justiça de Pernambuco
TJPI	Tribunal de Justiça do Piauí
TJRJ	Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro
TJRO	Tribunal de Justiça de Rondônia
TJRN	Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte
TJRS	Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul
TJRR	Tribunal de Justiça de Roraima
TJSC	Tribunal de Justiça de Santa Catarina
TJSP	Tribunal de Justiça de São Paulo
TJSE	Tribunal de Justiça de Sergipe
TJTO	Tribunal de Justiça do Tocantins

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVOS GERAIS	16
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 CONCEITOS GERAIS E REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 RESPONSABILIDADE CIVIL	17
3.2 RESPONSABILIDADE CIVIL NA ODONTOLOGIA E NA ORTODONTIA	21
3.3 OBRIGAÇÃO CONTRATUAL NA ODONTOLOGIA E NA ORTODONTIA	25
3.4 FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR EM EVENTUAIS DEMANDAS JUDICIAIS NA ORTODONTIA	30
4 METODOLOGIA	44
5 RESULTADOS	47
6 DISCUSSÃO	54
6.1 NÚMERO DE PROCESSOS NO DECORRER DOS ANOS E SUAS SENTENÇAS	54
6.2 MOTIVAÇÃO PARA INSTAURAÇÃO DOS PROCESSOS	57
6.3 IMPACTO FINANCEIRO DAS AÇÕES PARA O CD	67
6.4 TIPO DE RESPONSABILIDADE CIVIL	68
6.5 TIPO DE OBRIGAÇÃO CONTRATUAL	69
6.6 MENÇÃO A DOCUMENTOS ODONTOLEGAIS NOS ACÓRDÃOS	71
6.7 FATORES DE RISCO PARA CONDENAÇÃO EM SEGUNDA INSTÂNCIA	73
7 CONCLUSÕES	78
REFERÊNCIAS	79

APÊNDICES E ANEXO

APÊNDICE I - Tribunais de Justiça pesquisados e respectivos web sites	86
APÊNDICE II – Quantidade de acórdãos que compuseram a amostra por Tribunal de Justiça	88
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFG	94

1 INTRODUÇÃO

O Direito é uma ciência social e, como tal, só pode ser considerada no contexto do convívio humano em grupo. De forma análoga, a vida social sem a existência de determinadas regras e normas que regulem as relações e as diferentes atividades dentro desse conjunto é inconcebível e, em geral, o descumprimento dessas vincula a algum tipo de sanção aplicada aos indivíduos que o fazem. Em grupos humanos primitivos, essa punição era aplicada diretamente pelo ofendido ou por seus próximos. Esse fato ainda pode ser observado, por exemplo, em algumas tribos de nativos da Austrália, mas, todavia, essa forma de reparação confunde-se com a ideia de vingança. Com a evolução das sociedades, algumas normas de conduta, com efeito aquelas consideradas mais importantes para aquele povo, passaram a ter força coercitiva, cabendo à autoridade constituída sua aplicação e fiscalização, aplicando eventuais sanções quando do seu descumprimento (Rodrigues, 2003).

Para a sociedade brasileira atual, a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) é a norma fundamental. Mais do que de representar um marco na redemocratização do país, a Carta Magna viabilizou a propositura de leis que modificaram as relações sociais. Especificamente com relação à Odontologia, a interface com as normas jurídicas que ainda vigoram iniciou-se há pouco mais de duas décadas antes da atual Constituição Federal, a partir da regulamentação do exercício da Odontologia no Brasil, por meio da Lei de nº 5.081, de 24 de agosto de 1966 (Brasil, 1966). Foram estabelecidos direitos e deveres dos cirurgiões-dentistas em nosso país, além de algumas condutas relativas à divulgação do seu *mister*.

O exercício de qualquer atividade laboral imputa ao trabalhador ou ao profissional a responsabilidade específica de responder pelos atos cometidos no exercício de sua atividade, ofício ou profissão. Com relação às profissões ligadas à saúde, essa obrigação de responder pelos atos profissionais (responsabilidade profissional) ocorre basicamente em quatro esferas: penal, civil, administrativa e ética (Silva *et al.*, 2009). Assim sendo, estando o exercício da Odontologia regulamentado em nosso país, os cirurgiões-dentistas também respondem pelos atos no exercício de sua atividade profissional, e não só por aqueles

desempenhados em virtude de sua participação social como cidadão (Terada *et al.*, 2014).

Além da lei que regulamentou o exercício da Odontologia, a relação profissional entre paciente e cirurgião-dentista é, também, balizada por leis específicas, sendo as mais notórias o Código de Defesa do Consumidor (Brasil, 1990) e o Código Civil (Brasil, 2002). A promulgação dessas duas normas jurídicas induziu a uma maior consciência da população com relação ao exercício da cidadania, direitos coletivos e individuais, sendo que os reflexos dessa nova forma de pensar foram percebidos pelos cirurgiões-dentistas (Da Silva, 2005; Barbosa *et al.*, 2010).

Concomitantemente a essa difusão de informações concernentes à legislação e prerrogativas de cidadania, ocorreu a divulgação de informações relativas aos métodos de tratamento, o que contribuiu para que o paciente tivesse uma maior consciência de um eventual dano sofrido (Silva *et al.*, 2009). Foi observado também, com o evoluir dos anos, uma mudança na forma como o paciente percebe a relação com o cirurgião-dentista, de forma que essa tornou-se mais horizontal e democrática, cabendo ao paciente um papel ativo na escolha das modalidades de tratamento (Minervino e Souza, 2004).

Nesse contexto de mudanças sociais, criou-se um anseio pelo respeito aos direitos, sobretudo, aqueles relacionados ao consumo de produtos e serviços, caso específico da Odontologia (Paranhos *et al.*, 2012). A busca dos pacientes por seus direitos de consumidor desencadeou a ampliação do número de lides judiciais envolvendo procedimentos odontológicos nos últimos anos (Barbosa *et al.*, 2010; Paranhos *et al.*, 2013; Zanin, Herrera e Melani, 2016). Os altos níveis de competição do mercado odontológico (Silva *et al.*, 2009) e a falta de diálogo entre cirurgião-dentista e paciente (Minervino e Souza, 2004) também podem ser apontados como fatores que contribuíram para o incremento dos processos.

A literatura aponta, ainda, como variáveis que potencialmente estão associadas ao aumento dessas demandas a falta de ética entre alguns profissionais, que, ao tecerem comentários depreciativos sobre procedimentos realizados por

outrem, podem exacerbar o desejo por justiça e o grande número de procedimentos realizados por profissionais pouco especializados, associado à complexidade do organismo humano (Paranhos *et al.*, 2012).

Se a Odontologia, em geral, é falível, a Ortodontia também o é, não podendo o cirurgião-dentista que se dedica ao exercício desta eximir-se de ressarcir o consumidor quando causar dano e agir com culpa (Minervino e Souza, 2004; Mizrahi, 2010). A exemplo do que acontece em outras especialidades, a expectativa gerada nos pacientes por parte dos profissionais, de forma verbal ou não, seja na comunicação intra ou extra-consultório, muitas vezes, constitui um fator que gera a obrigação de atingir o sucesso pleno do tratamento (Jerrold, 2014). Os tratamentos ortodônticos guardam, ainda, alguns aspectos específicos que, por vezes, não são observados nas demais terapias odontológicas e que podem modificar a relação entre profissional e paciente, favorecendo ou prejudicando-a e, conseqüentemente, repercutindo em uma eventual demanda jurídica (Mizrahi, 2010). O próprio desenvolvimento craniofacial do paciente pode representar uma dificuldade no diagnóstico e na condução do tratamento, devendo ser considerado inclusive quando da elaboração do termo de consentimento livre e esclarecido (Machen, 1991).

A literatura tem demonstrado que a Ortodontia é uma das especialidades odontológicas mais frequentemente questionadas no âmbito jurídico civil brasileiro (Cruz e Chaves Cruz, 2008; De Paula, 2008; Franco *et al.*, 2012; Castro *et al.*, 2015; Zanin, Herrera e Melani, 2016) e que as ações judiciais sujeitam os profissionais que realizam procedimentos relacionados a essa área da Odontologia a desgastes pessoais, emocionais e financeiros. Os cirurgiões-dentistas, mesmo que de forma aparentemente tímida, motivados por esses impactos negativos, têm se preocupado mais com o risco de serem demandados judicialmente e de que forma os processos poderiam ser evitados (Barbosa *et al.*, 2010).

Um bom diagnóstico das motivações, características e eventuais fatores de risco assumidos pelos cirurgiões-dentistas em processos judiciais iniciados mediante alegação de falha nos tratamentos ortodônticos deve ser o primeiro passo para o conhecimento do impacto dessas ações para a Ortodontia. Mediante a

análise dessas características, poderão ser estabelecidas medidas que assegurem uma melhor prestação dos serviços ortodônticos, minimizando as chances de insucessos, mesmo que esse só exista aos olhos do paciente, evitando desgastes pessoais, profissionais e financeiros aos cirurgiões-dentistas que se dedicam à Ortodontia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar acórdãos (decisões de segunda instância) de apelações cíveis de processos por alegado erro odontológico envolvendo tratamentos ortodônticos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as principais causas que levaram pacientes submetidos a tratamentos ortodônticos a recorrer à justiça buscando responsabilização dos profissionais que os atenderam;
- quantificar o número de condenações e absolvições nesse tipo de processo judicial;
- conhecer os valores pecuniários envolvidos nas decisões de primeira e segunda instância;
- reconhecer o perfil das partes requeridas, modalidade de obrigação contratual e teoria de responsabilidade mais comumente associada;
- inferir o risco de condenação do profissional em segunda instância com relação a: sentença de primeira instância e ao tipo de obrigação contratual considerada.

3 CONCEITOS GERAIS E REVISÃO DA LITERATURA

3.1 RESPONSABILIDADE CIVIL

Em uma sociedade, há vários tipos de normas que, dependendo de sua significância, ganham caráter mais ou menos impositivo. Aquelas cuja importância é tamanha que o Estado guarda para si o dever e a responsabilidade de sua aplicação, são as normas de direito. Esse tipo de norma e as normas morais situam-se em círculos concêntricos, ou seja, essa contém aquelas. Muitas normas do direito advêm de balizamentos morais que, com passar do tempo, dada sua importância, foi conveniente que lhes fossem atribuídas força coercitiva, com sanções em caso de sua desobediência. Dentre esses tipos de ordenamentos, destaca-se o direito privado: aquele que, ao regular as relações entre os indivíduos, tem o objetivo primordial de resguardar as prerrogativas particulares desses, ou a ordem privada, que pode ser equivalente ao Direito Civil em muitas ocasiões (Rodrigues, 2003).

De acordo com o Código Civil (Brasil, 2002) vigente, em seu Art. 186, “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”. O mesmo código trata de como se dará o ressarcimento nos casos em que o ato ilícito gera danos à saúde de outrem, inclusive com o resultado morte, em seus Art. 949 e 950:

Art. 949. No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido.

Art. 950. Se da ofensa resultar defeito pelo qual o ofendido não possa exercer o seu ofício ou profissão, ou se lhe diminua a capacidade de trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até ao fim da convalescença, incluirá pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu.

O Art. 951, do mesmo ordenamento jurídico, traz, especificamente, a questão da responsabilização civil em função de ato ilícito cometido em atividade laboral, *in verbis*: “O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho”.

Em situações em que uma pessoa (natural ou jurídica), em função de algum ato, fato ou negócio, gera prejuízo (dano), devendo arcar com suas consequências, usa-se o termo responsabilidade. O objetivo dessa responsabilização é a restauração do bem moral e/ou patrimonial violado, buscando o reequilíbrio da relação social. Há uma tendência dos ordenamentos contemporâneos em buscar cada vez mais o dever de indenizar, com o intuito de que cada vez menos ocorram situações em que os danos não sejam ressarcidos (Venosa, 2015).

Nesse toar, Venosa (2015) cita como requisitos para responsabilização a ação ou omissão voluntária, o nexo causal, o dano e a culpa. Entretanto, o autor assinala que há uma tendência jurisprudencial (ou seja, de pensamentos jurídicos) de alargamento do conceito de culpa e, até mesmo, de dispensá-la em alguns casos, sob a ótica da culpa presumida, quando há um dever genérico de não causar dano. Dessa forma, surgiu a teoria da responsabilidade objetiva. Considera-se, assim, que algumas atividades proporcionam vantagens com riscos inerentes, e que os danos causados em função dessas deve gerar o dever de indenizar mesmo não existindo culpa, haja vista que, em muitos casos, seria difícil de ser comprovada por uma parte presumivelmente mais fraca, hipossuficiente. Para o autor, a legislação do consumidor é o exemplo mais recente de responsabilidade objetiva e que presume a hipossuficiência do consumidor em relação ao fornecedor. O autor ressalta que o ato voluntário, ao qual faz referência a legislação, não indica que o desfecho também o é, pois, se assim o fosse, não haveria de se falar dano culposos, mas doloso. Entende-se, então, que apesar de ato ser voluntário, o desfecho negativo é involuntário, embora previsto ou previsível.

Ainda com relação à responsabilidade, o Código de Defesa do Consumidor (Brasil, 1990) leciona em seu Art. 14:

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

§ 1º O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais:

- I - o modo de seu fornecimento;
- II - o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam;
- III - a época em que foi fornecido.

§ 2º O serviço não é considerado defeituoso pela adoção de novas

técnicas.

§ 3º O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar:

I - que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste;

II - a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.

§ 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.

De acordo com Venosa (2015), culpa é a inobservância de um dever que o autor deveria observar e conhecer, podendo ser entendida como um erro ou desvio de conduta. Quanto às suas modalidades, na negligência, o agente comete ato com desatenção, havendo omissão de cuidado que poderia ter evitado o evento danoso. Na imprudência, o agente é precipitado, não sendo capaz de prever o resultado danoso de sua conduta. Na imperícia, também existe falha em prever-se o dano ocasionado pelo ato, sendo essa caracterizada pela falta de aptidão ou habilidade para o ofício.

Para Giostri (2012), considerando a legislação atual, a responsabilidade civil objetiva e subjetiva convivem pacificamente. De acordo com a autora, quando decorre de ação humana, a responsabilidade tem como pressupostos a existência de um ato voluntário, de um dano sofrido, de relação de causa e efeito entre o ato e o dano, além de poder-se atribuir a responsabilidade do dano ao agente, de forma objetiva ou subjetiva. Para a autora, a maior inovação com relação à responsabilidade civil do Código Civil de 2002 foi aquela prevista pelo parágrafo único do Art. 927, *in verbis*:

"Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem."

Para Minervino e Souza (2004), a responsabilidade civil do cirurgião-dentista está vinculada a uma relação contratual e obrigacional, que, sendo um dos pilares do Direito, obriga o profissional a responder pelos eventuais danos causados sempre que agir com culpa, em suas modalidades: imperícia, imprudência ou negligência. Somam-se, ainda, as relações comerciais entre profissionais da saúde e paciente (cliente), que são contempladas pelo Código de Defesa do Consumidor: de acordo com essas, paciente coloca-se na posição de consumidor nos termos do artigo 2º da lei nº. 8078/90, enquanto o médico (e, por analogia, o Cirurgião-dentista), ou pessoa jurídica que presta o serviço de saúde, coloca-se como fornecedor de

serviço, de acordo com o artigo 3º da mesma lei. Os autores relatam que, à exceção dos serviços prestados envolvendo vínculo empregatício, os demais são recepcionados pelo Código de Defesa do Consumidor. Na relação de prestação de serviço que ocorre entre profissional da saúde e paciente, este está no papel de consumidor enquanto aquele no papel de fornecedor de serviços.

Considerando a relação comercial entre cirurgião-dentista e paciente, o profissional da Odontologia enquadra-se perfeitamente na definição de prestador de serviços estabelecida pelo CDC. Em contrapartida, os pacientes são considerados consumidores pelo mesmo código, também pelo fato desses serem os destinatários finais do serviço (Garbin, Garbin e Lelis, 2006).

De acordo com Vanrell (2009), denomina-se erro o insucesso decorrente de uma ação ou omissão para a qual se possa atribuir culpa. Para o autor, os erros odontológicos podem advir da falta aos deveres de humanidade, citando como exemplo a insuficiência de informação sobre o estado de saúde, a quebra do sigilo profissional e o abandono do paciente. Relata, ainda, que o erro pode ser desencadeado por falhas da técnica odontológica, fazendo menção a planejamentos ou diagnósticos errôneos, além do uso de métodos de tratamento ou fármacos sem respaldo na literatura.

Para Rizzardo (2013), sempre que o procedimento odontológico se revele em desconformidade com boa diligência e perícia, impõe-se a indenização do paciente. Entretanto, para efetivação da reparação, é imprescindível haver a culpa do profissional, em qualquer de suas modalidades, independente do tipo de obrigação contratual assumida pelo profissional. De acordo com o autor, em geral, as falhas do tratamento já refletem falta de perícia do profissional, ainda que ocorram por desconhecimento técnico. Entre as razões comuns que geram indenizações, são citadas: extrações desnecessárias, execução insatisfatória do serviço e perda da capacidade mastigatória.

De acordo com De Melo (2014), a noção de que, segundo o CDC, a responsabilidade civil do cirurgião-dentista ser, via de regra, subjetiva e, portanto, apurada mediante culpa, é reforçada pelo teor do Art. 951 do Código Civil, que respalda o pleito à indenização por danos materiais (danos emergentes e lucros cessantes), enquanto o Art. 186 respalda o pleito por indenizações de cunho extrapatrimoniais (dano moral e dano estético).

3.2 RESPONSABILIDADE CIVIL NA ODONTOLOGIA E NA ORTODONTIA

De Paula (2008) realizou um levantamento jurisprudencial nos Tribunais de Justiça (TJ) dos estados e do Distrito Federal, no STJ e no STF, por meio da internet. As decisões pesquisadas relacionavam-se a processos de responsabilidade civil contra cirurgiões-dentistas por alegado erro odontológico. O pesquisador encontrou 482 decisões, sendo a maioria localizada no TJRJ (107 decisões), seguido de TJMG (101 decisões) e TJSP (94 decisões). Com relação às especialidades mais frequentemente demandadas, o autor encontrou: cirurgia (32,9%), prótese (26,4%) e ortodontia (15,6%). Dentre o total de decisões, 10,6% consideravam obrigação de resultado e 4,1% como obrigação de meio, enquanto 58,15% fundamentavam-se pela responsabilidade subjetiva e 8,15% pela responsabilidade objetiva. O autor desenvolveu um coeficiente de experiência processual, que considerava a quantidade de profissionais que já tinham sido processados civilmente em relação ao total, encontrando um valor de 2,23/1000 profissionais no Brasil.

Fernandes *et al.* (2012) realizaram estudo para analisar os valores pagos em indenizações por danos materiais, estéticos e morais nos processos de responsabilidade civil contra cirurgiões-dentistas julgados no TJRS e publicados entre os anos de 2007 e 2010. Utilizando as palavras-chave “responsabilidade civil”, “odontologia”, “dentista”, “cirurgião-dentista” e “erro odontológico”, os autores localizaram 67 acórdãos. Os autores encontraram valores de indenizações variando entre 0 e R\$128.886,00 (para danos materiais); entre 0 e R\$30.600,00 (para danos morais) e entre R\$5.100,00 e R\$23.250,00 (para danos estéticos). Os autores concluíram por uma tendência maior de deferimento nas indenizações por danos morais do que aquelas por danos materiais e pela não identificação de um critério objetivo e comparativo para valoração dos danos estéticos.

Rosa *et al.* (2012) fizeram um levantamento de jurisprudências publicadas entre os anos de 2007 e 2010 no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que envolviam responsabilização civil de cirurgiões-dentistas por parte de pacientes. Os autores utilizaram o mecanismo de busca do *website* desse TJ e os unitermos “erro odontológico”, “erro médico”, “odontologia”, “odontólogo”, “dente” e “dentista”, recuperando um total de 96 decisões em segundo grau. O ano que apresentou o maior número de acórdãos publicados foi o de 2010. Com relação ao réu, em 52%

dos casos, era apenas pessoa física; em 20%, somente pessoa jurídica; e em 18%, uma pessoa física e uma jurídica. As especialidades mais envolvidas nos processos foram a implantodontia (22%), ortodontia (21%) e a prótese dental (20%). Com relação aos valores de indenizações, os autores encontraram variações entre: R\$80,00 e R\$34.270,00 (danos materiais); R\$3.500,00 e R\$324.000,00. Não houve menção a indenizações por danos estéticos.

Wanderley E Lima *et al.* (2012) realizaram um levantamento nacional de acórdãos em que o cerne central da discussão era o erro odontológico. Para tanto, recorreram aos mecanismos de busca dos *websites* dos TJ brasileiros, limitando a data de publicação entre janeiro de 2006 e agosto de 2011. Por meio do uso de 11 unitermos diferentes, todos associados à Odontologia, os autores encontraram 1046 decisões judiciais de cujas ementas foram extraídos os dados analisados pela pesquisa. Os estados que mais concentraram decisões que compuseram a amostra do trabalho foram: São Paulo (35,76%), Rio de Janeiro (31,64%) e Minas Gerais (8,99%). Quanto ao tipo de obrigação assumida, não foi possível extrair a informação em 77,57% das ementas; em 9,51%, foi identificada como obrigação de resultado; e de meios em 4,19%. Considerando o tipo de responsabilidade, não havia tal relato em 70,33% das ementas; em 14,31%, foi considerada subjetiva; já em 6,37% das decisões, objetiva; enquanto em 0,26% delas, subjetiva e objetiva.

Em um estudo observacional, Bouchardet *et al.* (2013) analisaram jurisprudências do Tribunal de Justiça de Minas Gerais com o objetivo de avaliar a frequência com que, em processos em que o cirurgião-dentista era réu, havia solicitação de indenização por dano estético. Por meio de pesquisa no mecanismo de busca do TJMG, utilizando-se de palavras-chaves específicas, os pesquisadores localizaram 76 processos cujos acórdãos foram publicados entre os anos de 2009 e 2012. A análise dos documentos demonstrou que, em 35 dos processos, os profissionais foram absolvidos e, em 41 deles, foram condenados. Com relação às indenizações, nos processos em que houve condenação, o dano moral esteve configurado em 40 (97,6%), o dano material em 30 (83,3%) e o dano estético em apenas 1 (14,3%). Com relação ao valor pecuniário das indenizações, têm-se que esses variaram entre R\$1.000,00 e R\$62.250,00 para danos morais, entre R\$78,00 e R\$125.680,00 para danos materiais, e o valor arbitrado para indenização por dano

estético foi de R\$3.000,00. Os autores concluíram pela baixa incidência de solicitação de indenização por dano estético e deferimento desse nos processos analisados.

Castro *et al.* (2015) realizaram um levantamento jurisprudencial relacionado a erros odontológicos nos Tribunais de Justiça do Centro-Oeste do Brasil. Os autores valeram-se da *internet* para terem acessos aos bancos de dados de jurisprudências dos TJ dos estados da região Centro-Oeste, do Distrito Federal, além do STF e STJ. Utilizando os unitermos “dentista”, “odontologia” e “dental”, e limitando a pesquisa entre os anos de 2008 e 2010, foram obtidos 34 acórdãos que atendiam aos critérios da pesquisa. As decisões foram encontradas apenas nos TJ do DF (n=22), de GO (n=8) e MS (n=4). As duas especialidades mais frequentemente demandadas foram a Endodontia e a Ortodontia, com 28% e 19% dos acórdãos pesquisados, respectivamente. Em 36% dos casos, considerou-se que o profissional tinha obrigação contratual de meios, enquanto essa foi considerada como de resultado em 29%, sendo que 30% desses envolviam a Ortodontia. Com relação ao tipo de indenização requisitada, aquela por danos morais ocorreu em 33 ações; por danos materiais, em 28; e por danos estéticos em 2 delas. Os autores encontraram, ainda, valores de indenizações variando entre: R\$329,95 e 12.080,00 para danos materiais; R\$2.000,00 e 25.000,00 para danos materiais.

De Almeida *et al.* (2016) realizaram uma pesquisa com o objetivo de conhecer o perfil dos ortodontistas e suas condutas administrativas para prevenção de processos de responsabilidade civil. Para tanto, os autores enviaram questionários eletrônicos com perguntas abertas e fechadas para 1653 ortodontistas, cujos endereços eletrônicos foram obtidos por meio do portal da Associação Brasileira de Ortodontia e Ortopedia Facial. Pretendeu-se obter informações com relação ao perfil pessoal (sexo, idade, tempo de graduação e pós-graduação, dentre outras), além de informações concernentes às condutas dos profissionais com reflexos legais da profissão: requisição e guarda de exames complementares, celebração de contrato de prestação de serviços odontológicos, proposição de mais de um plano de tratamento e especificação de um tempo provável de tratamento. Os autores puderam concluir que o perfil dos ortodontistas é heterogêneo, sendo o sexo feminino mais cuidadoso com relação às obrigações legais e que os ortodontistas do

sexo masculinos fazem seguro de responsabilidade civil com frequência superior àqueles do sexo oposto.

Com o objetivo de conhecer o perfil dos pacientes e profissionais envolvidos em demandas judiciais no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, Zanin, Herrera e Melani (2016) realizaram um trabalho que buscou decisões de segunda instância nesse estado. Os autores pesquisaram acórdãos publicados entre maio de 2013 e abril de 2014 que estivessem relacionadas à tentativa de responsabilização de cirurgiões-dentistas em função de alegado erro odontológico. Os estudiosos encontraram 97 acórdãos que atenderam aos critérios de inclusão do estudo, sendo que as especialidades odontológicas mais envolvidas foram, em ordem de prevalência, Prótese Dentária, Cirurgia Buco-maxilo-facial (incluindo procedimentos relacionados a cirurgia oral menor), Ortodontia e Implantodontia. Especificamente com relação à Ortodontia, os autores encontraram que 6 decisões (42% dos acórdãos relacionados à especialidade) houve condenação do cirurgião-dentista. Os autores concluíram que a especialidade mais comumente envolvida em processos nas condições estudadas foi a Prótese Dentária, entretanto, aquela que obteve maior número porcentual de condenações foi a Cirurgia Buco-maxilo-facial. Com relação aos valores de condenações, foi observado que os valores deferidos de indenizações de danos materiais foram inferiores àqueles por danos morais.

Nalliah (2017) avaliaram as tendências de pagamento de indenizações por erro profissional em Odontologia em relação à outras profissões na área de saúde, no Estado Unidos da América. Para tanto, o autor analisou um banco de dados nacional daquele país que continha dados relativos a indenizações pagas por erro em diferentes profissões da área de saúde, dentre elas: diferentes tipos de enfermeiros, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, médicos, podólogos, dentre outros. Os dados coletados incluíram o tipo de assistência a saúde que era realizado, o estado em que a atividade era desenvolvida, o ano em que a indenização foi paga e os valores monetários envolvidos. Os resultados encontrados indicaram uma drástica queda (38,8%) no número de indenizações pagas por médicos entre 2004 e 2014. Também houve uma queda no número total de indenizações pagas no conjunto das profissões estudadas entre 2004 e 2014 (de 17.532 para 11.650), entretanto a participação porcentual da Odontologia nesse número de indenizações, aumentou de 10,3% para 13,4% entre esses anos. O autor conclui pela tendência de

aumento na participação do pagamento de indenizações por erro na Odontologia em relação ao total das demais áreas de saúde estudadas. Os autores atribuem esse fenômeno ao fato de os serviços odontológicos ainda serem prestados em pequenos consultórios em que os procedimentos nem sempre são realizados dentro de parâmetros científicos rigorosos e padrões de atendimento clínico.

3.3 OBRIGAÇÃO CONTRATUAL NA ODONTOLOGIA E NA ORTODONTIA

Os pacientes sempre esperam o sucesso pleno da terapêutica ortodôntica, nunca cogitando a possibilidade do infortúnio ou resultado insatisfatório, entendendo que gozam do direito ao bom resultado sem levar em consideração os aspectos da odontologia que são inexatos (Haag e Feres, 1999).

A forma como se dá a obrigação contratual profissional na odontologia ainda é discutida no âmbito jurídico, sendo tratada ora como obrigação de meio (aquela em que o profissional compromete-se a empregar todos os meios possíveis para atingir os objetivos previstos em contrato sem, contudo, comprometer-se com o resultado, tendo em vista a existência de fatores que fogem ao seu controle) ora como obrigação de resultado (quando o contratado se obriga a atingir um resultado, não podendo escusar-se dessa obrigação nem mesmo se o objetivo pretendido em contrato for impossível) (Minervino e Souza, 2004).

Para Rodrigues (2003), a obrigação de resultado na Odontologia é mais frequente quando comparada à Medicina. Tal fato deve-se àquela ciência estar mais associada a problemas estéticos. O autor cita, como exemplo de obrigação de meio em Odontologia, o tratamento endodôntico de um dente posterior, em que basicamente não há impacto estético da intervenção. Em contrapartida, a realização de um tratamento protético em dente anterior é procedimento predominantemente estético e, portanto, relacionado à obrigação contratual de resultado. O autor assinala, entretanto, que há casos em que os objetivos estéticos se entrelaçam de tal forma com aqueles funcionais que o exame do caso concreto é que irá determinar se houve o melhor desempenho da atividade do cirurgião-dentista ou não. Conclui que, na maioria dos casos, a responsabilidade por ato profissional na Odontologia está vinculada à necessidade da prova de que o profissional agiu com imprudência, imperícia ou negligência.

Visando a compreensão da relação entre profissional e paciente na Ortodontia, Da Silva (2005) realizou um estudo por meio de questionários enviados a 10 ortodontistas e a 100 pacientes tratados por esses profissionais. Toda a amostra foi composta por indivíduos do estado do Paraná. Os questionários continham perguntas relativas às expectativas com relação ao tratamento (para ambos), motivos que levaram os pacientes a buscarem o tratamento ortodôntico, além de condutas administrativas e legais dos profissionais. Todos os profissionais pesquisados acreditavam existir fatores imprevisíveis no tratamento ortodôntico (anquiloses, traumas e colaboração do paciente), contudo, 40% deles asseguravam sucesso do tratamento. Quanto à principal causa de descontentamento dos pacientes com relação ao tratamento, a maioria dos profissionais acreditava ser a insatisfação quanto à evolução clínica do tratamento, seguida da extensão do tempo de tratamento além do planejado. Com relação à motivação para buscar o tratamento, 61% dos pacientes pesquisados afirmaram ser por melhora da estética, enquanto apenas 17% consideravam os motivos funcionais. Quanto aos objetivos do tratamento, ambos, profissionais e pacientes, em diferentes proporções, consideravam ser estéticos e funcionais. A pesquisadora concluiu que todos os profissionais forneciam esclarecimentos acerca dos tratamentos, contudo, poucos o faziam de forma escrita ou com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); que os profissionais não deveriam assegurar resultados do tratamento, tendo em vista os fatores imprevisíveis por eles relatados e que os ortodontistas seriam vulneráveis com relação à processos no âmbito civil, por desconhecimento da legislação.

Relata Cavalieri Filho (2007) que os princípios da responsabilidade médica com frequência se aplicam às profissões semelhantes, dentre essas a Odontologia. No entanto, em relação aos médicos, considera-se, via de regra, que o profissional assume obrigação contratual de meio, enquanto o cirurgião-dentista, em regra, obrigação de resultado. O autor justifica a diferença argumentando que os problemas odontológicos que podem acometer os pacientes são mais regulares, específicos e menos complexos. Ressalta ainda a frequência com a qual a preocupação na Odontologia está intimamente relacionada à estética. Especificamente no que tange à Ortodontia, o autor salienta que, quando o paciente procura o profissional para colocação de um aparelho dentário, não basta a

obrigação de meio, tendo em vista que lhe interessa o resultado pretendido, motivo pelo qual procurou o serviço odontológico.

Com o objetivo de analisar o tipo de obrigação contratual (se de meio ou de resultado) considerada em ações cíveis envolvendo tratamentos ortodônticos, Barbosa *et al.* (2013) realizaram um estudo de coorte retrospectivo, buscando por decisões judiciais de segunda instância supostamente relacionadas a supostos insucessos nesses tratamentos. Em todos os processos pesquisados, houve a intenção de responsabilização dos cirurgiões-dentistas em função de alegado erro odontológico. Foi utilizada como única palavra-chave o termo “ortodontia”, sendo buscadas decisões publicadas entre os anos de 2001 e 2011. Além do tipo de obrigação contratual, os autores também buscaram o desfecho das ações, a incidência por região do país e o perfil dos apelantes. Os autores encontraram a maior concentração de processos na Região Sudeste, seguida das Regiões Sul, Centro-Oeste e Norte. Apontaram que, em 66% dos casos, as ações foram julgadas improcedentes e que a obrigação de meio do cirurgião-dentista prevaleceu sobre a obrigação de resultado em 83% delas.

Por meio da análise de questionários, Barroso *et al.* (2008) buscaram compreender quais as dificuldades enfrentadas pelos ortodontistas após o fim da terapia ortodôntica, considerando os procedimentos administrativos que podem contribuir para prevenção a processos judiciais. A amostra constitui-se de 337 questionários respondidos por especialistas em Ortodontia, inscritos no Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro. Os autores encontraram que 85,7% dos profissionais informaram solicitar documentação ortodôntica após o término do tratamento, sendo que 49,8% afirmaram que fazem o arquivamento dos exames dos pacientes por mais de 20 anos. Com relação ao retorno do paciente após o fim da fase ativa do tratamento, a maioria dos profissionais (52,8%) alegou fazer agendamentos de controle a cada seis meses, enquanto 39,7% informaram fazê-lo uma vez por ano. Os estudiosos puderam concluir, também, que 76,5% dos profissionais procurariam, de qualquer forma, evitar uma demanda civil e 87% desses realizavam algum tipo de contrato. Com relação especificamente ao tipo de obrigação que consideravam ser aquela à qual a Ortodontia os sujeitava, 65,8% acreditavam ser de resultado, enquanto apenas 23,1% pensavam ser de meio.

Franco *et al.* (2012) realizaram um levantamento jurisprudencial de acórdãos publicados nos Tribunais de Justiça brasileiros entre os anos de 2003 e 2009. Para tanto, utilizaram as palavras-chave “ortodontista”, “ortodontia” e “tratamento ortodôntico” para a busca dos documentos nas ferramentas de pesquisa existente nos *web sites* dos órgãos. Os autores encontraram 108 acórdãos que indicaram que a insatisfação pessoal com o tratamento foi o maior motivo para instauração dos processos (41% dos casos), seguido da influência de outro profissional (25%), lesões bucais (20,37%), longo tempo de tratamento (12,96%) e a omissão de informações (9,26%). Os autores encontraram que os dados relativos ao tipo de obrigação contratual considerada estavam ausentes em 44,44% dos documentos consultados. Nos casos em que esse dado pode ser coletado, houve incidências similares: 26,85% para obrigação de meio e 27,78% para obrigação de resultado. Com relação às sentenças, os autores relataram 78% de absolvições e 22% de condenações.

De acordo com Rizzardo (2013), a Odontologia não está frequentemente ligada a situações inesperadas, insondáveis e aleatórias como ocorre com a Medicina. Afirma que vários procedimentos seguem uma regularidade repetitiva, envolvendo situações idênticas e definidas, como, por exemplo, a colocação dos aparelhos dentários. Salienta que, por várias vezes, a cura mostra-se mais fácil e as patologias não comprometem tanto a saúde, tampouco direcionam ao risco de vida. Ainda que haja a extração de dentes, o que poderia trazer prejuízos físicos, a colocação de dentes postiços, por meio de próteses, é viável em geral. Assim sendo, o autor considera que os cirurgiões-dentistas assumem, em essência, obrigação de resultado em seus tratamentos, comportando indenizações por dano moral e material sempre que o trabalho for deficiente ou induzir a processo demasiadamente doloroso em função de erro profissional. O autor ressalta não ser incomum a obrigação de meio, sobretudo nos casos envolvendo cirurgias reparadoras e estruturas nervosas e ósseas, além de procedimentos relacionados à Periodontia.

De Melo (2014) explica que a obrigação de meio, também denominada de prudência e diligência, caracteriza-se pela obrigação do profissional em utilizar toda a sua diligência para obtenção do fim pretendido dentro de sua atividade profissional, não se responsabilizando por eventuais resultados adversos desses. Já na obrigação de resultado, o profissional extrapola mera diligência com intuito de

obtenção do resultado, obrigando-se a alcançá-lo. De acordo com o autor, a responsabilidade profissional em Odontologia é contratual, podendo ser extracontratual em algumas situações, quando, por exemplo, o paciente é atendido em uma emergência sem que o tratamento tenha sido previamente acordado. Citando os grandes avanços tecnológicos e seus impactos na prática odontológica, dentre eles a tomografia computadorizada, que transformou o diagnóstico por imagem, o autor afirma que, via de regra, a responsabilidade na Odontologia é de resultado, tendo em vista os procedimentos desempenhados serem menos complexos e previsíveis quando comparados àqueles necessários na Medicina.

Em estudo realizado com 56 cirurgiões-dentistas especialistas em Ortodontia da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Maia *et al.* (2014) pesquisaram as condutas éticas e legais desses profissionais no que tangia a responsabilidade civil e os conhecimentos que esses possuíam sobre o assunto. Por meio de questionários, os autores avaliaram a frequência de solicitação de documentações ortodônticas ao início e ao término da fase ativa do tratamento, percepção sobre o tipo de obrigação contratual assumida pelos profissionais nesse tipo de tratamento, tempo de guarda de documentos, conhecimento da legislação e do Código de Ética Odontológica, além do uso de algum tipo de contrato de prestação de serviços escrito. Os resultados indicaram que todos os profissionais pesquisados solicitavam documentação ortodôntica prévia ao tratamento e 71,5% deles a requisitam ao final desse; 86% dos profissionais utilizavam alguma forma de contrato formal e 30,4% daqueles considerava a responsabilidade contratual dos ortodontistas como de resultado.

Venosa (2015) enuncia que, apesar de a Odontologia no Brasil possuir autonomia própria, a responsabilidade do cirurgião-dentista encontra-se no mesmo plano da responsabilidade médica. O autor considera que há especialidades na Odontologia que claramente assumem obrigação de resultado, citando a Prótese, Radiologia e Dentística (“restauração de dentes”, *in verbis*). Já a Cirurgia Bucomaxilo-facial, Odontopediatria, Periodontia e, dentre outras, a Ortodontia geram obrigações de meio, merecendo análises individuais dos casos. Ressalta, ainda, o autor que, prometendo resultado, o profissional será responsabilizado sempre que esse não for atingido a contento.

Prado *et al.* (2016) consideram que existe uma clara divergência entre a interpretação dada pelo STJ, por meio do Recurso Especial Civil n. 1.238.746 – MS, que considera a Ortodontia mormente como especialidade em que há a obrigação de resultado, e a literatura odontológica. Para os autores, somente uma visão simplista da Ortodontia poderia atribuir ao cirurgião-dentista a obrigação de resultado diante de procedimento odontológico que, apesar de ser realizado pelo profissional, é inteiramente dependente da resposta tecidual do paciente. Os autores defendem que os procedimentos odontológicos relacionados à Ortodontia deveriam ser, a priori, considerados como obrigação de meios de forma que a participação do profissional diante de resultado adverso deveria ser avaliada judicialmente caso a caso.

3.4 FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR EM EVENTUAIS DEMANDAS JUDICIAIS NA ORTODONTIA

Cruz e Chaves Cruz (2008) discorrem sobre o gerenciamento de riscos na prática ortodôntica e enunciam os principais fatores de conduta profissional que estão envolvidos em processos judiciais. Com relação aos problemas de relacionamento, os autores citam que os pacientes se queixam de falta de atenção, falta de disponibilidade para o atendimento, insatisfação com o resultado do tratamento e discussões quanto aos honorários. Quanto aos aspectos clínicos, os autores enunciam como principais fatores que podem contribuir para problemas jurídicos com os pacientes: os tratamentos que culminam em reabsorções radiculares; a presença de problemas periodontais ou seu agravamento; manejo de dentes inclusos e impactados; pacientes portadores de disfunções de ATM; alterações na aparência facial e deficiência no controle de infecção. Os autores concluem que a atualização da documentação odontológico do paciente, a busca sempre a conduta baseada em evidência científica, a manutenção de um bom relacionamento com o paciente, são importantes ferramentas para que o profissional se proteja de problemas relacionados à justiça.

Barbosa *et al.* (2010) realizaram um estudo que, por meio de questionários enviados a ortodontistas, objetivou avaliar as condutas desses profissionais com relação aos aspectos odontolegais relevantes à “Ortodontia defensiva” que envolviam o prontuário odontológico. O perfil dos profissionais pesquisados foi de ortodontistas residentes na cidade de Belo Horizonte - MG,

graduados em faculdades públicas e privadas, de ambos os sexos e que tinham concluído seus cursos de pós-graduação em Ortodontia em diferentes épocas. Os resultados obtidos apontaram que 94,20% dos profissionais registravam no prontuário as quebras de acessórios ortodônticos; 51,47% registravam quando era verificada a má higiene bucal dos pacientes; 88,24% possuíam modelo próprio de contrato de prestação de serviços; e 86,96% requisitavam assinatura do paciente para autorização de execução do plano de tratamento. Com relação ao abandono de tratamento, 92,75% dos profissionais enviavam algum tipo de comunicação quando da ocorrência desse.

Chate (2013) chama atenção para a ascensão da odontologia cosmética nos últimos anos, estimulada pela mudança dos padrões estéticos e pelos programas de televisão do tipo “pareça dez anos mais novo”. Nesse contexto, segundo o autor, tratamentos ortodônticos de curta duração têm sido realizados com o propósito diverso daquele tradicionalmente pretendido. O objetivo desses tratamentos tem sido o de promover um alinhamento e nivelamento dos dentes anteriores com o propósito de reduzir o desgaste desses elementos dentais quando da reabilitação protética. O autor ressalta alguns aspectos desse tipo de tratamento que podem culminar em problemas jurídicos: o paciente deve ser capaz de compreender os objetivos do tratamento e consenti-los; em geral, os tipos de movimentos requeridos são instáveis e a contenção deve ser planejada de forma a contemplar essa e outras limitações; as consequências de eventuais recidivas do movimento, que pode requerer desgastes maiores no procedimento reabilitador ou nova intervenção ortodôntica; mudanças naturais da oclusão encontradas com o evoluir da idade. O autor cita um relatório elaborado por um grupo de estudo constituído pelo Departamento de Saúde do Reino Unido, que considerava que os pacientes submetidos a tratamentos estéticos são com frequência vulneráveis; consideram que a legislação está apta a protegê-los quando arriscam sua segurança. O mesmo relatório considera que esse tipo de paciente mantém o seu foco de atenção nos resultados que supostamente serão alcançados, não dando a devida atenção aos riscos e limitações.

Meeran (2013) fez uma revisão de literatura dos principais fatores de riscos que representavam problemas para os tratamentos ortodônticos. O autor enumera problemas como descalcificação do esmalte dental, fraturas do esmalte

dental durante a remoção de aparelho fixos, complicações periodontais (gengivite, perda de inserção, recessão gengival), reabsorções radiculares, lesões pulpares e perda da vitalidade de pulpar, sensibilidade dentinária em casos de desgastes dentários interproximais, pequenas lesões dos tecidos intrabuciais, lesões causadas por aparelhos para ancoragem extrabucal, deglutição acidental de partes de aparelhos ortodônticos, reações alérgicas às substâncias componentes dos aparelhos, extensão do tempo de tratamento, além do insucesso do tratamento e das recidivas. O autor salienta a importância de que os pacientes estejam cientes de todos os riscos do tratamento e que os profissionais usem de todo o empenho para minimizar as chances de que esses riscos se materializem em danos aos pacientes.

Na interpretação de Dias *et al.* (2014), as condutas do profissional que se dedicam à Ortodontia que podem prevenir problemas judiciais relacionados à sua atuação iniciam-se já na primeira consulta, quando o paciente apresenta sua queixa principal. A harmonização entre essa e os objetivos a serem atingidos pelo tratamento é maneira de assegurar que as expectativas do paciente sejam atendidas ao final do tratamento. Os autores consideram que, apesar de não constituir uma obrigação legal, a celebração do contrato de prestação de serviços odontológicos de forma escrita pode deixar claro às partes o que foi pactuado, de forma a cada uma delas estar ciente de seus direitos e obrigações durante o tratamento. Os autores chamam, ainda, atenção para a realização de TCLE a fim de esclarecer o paciente dos principais aspectos relacionados ao tratamento ortodôntico e à preservação da boa relação entre paciente e profissional.

Para Abdelkarim e Jerrold (2015a), a terapia empregada em Ortodontia utiliza meios seguros para se obter resultados estéticos e funcionais significativos, expondo os pacientes a riscos relativamente pequenos. Contudo, em uma sociedade em que, cada vez, mais os problemas tendem a ser resolvidos em tribunais, os profissionais devem adotar meios para preveni-los. Os autores fazem uma lista de 20 práticas para minimizar a chance de serem demandados judicialmente, englobando condutas administrativas (como a elaboração e manutenção de documentos odontolegais, dentre eles o TCLE); a preservação do bom relacionamento com o paciente; boa técnica ortodôntica, incluindo diagnóstico, diferentes planos de tratamento e prognóstico (sem garantia de resultado).

3.4.1 Expectativas dos pacientes quanto ao tratamento ortodôntico

Al-Omiri e Abu Alhaija (2006) avaliaram a satisfação dos pacientes com relação aos seus dentes após o término do tratamento ortodôntico. Para tanto, os autores aplicaram questionários a 50 pacientes submetidos a tratamento ortodônticos com aparelhos fixos (superior e inferior) seguido de período de contenção de 6 a 12 meses com placa de Howley superior e contenção fixa inferior. Os autores objetivaram correlacionar a satisfação com variáveis relacionadas ao paciente e também ao tratamento ao qual foi submetido. Os resultados encontrados pelos autores indicarem que 4% dos pacientes estavam insatisfeitos, 62% relativamente satisfeitos e 34% completamente satisfeitos com seus dentes após os tratamentos. Os resultados não indicaram correlação dos níveis de satisfação com o sexo ou intensidade da indicação para o tratamento ortodôntico. Os autores concluíram pela correlação entre a personalidade e os níveis de satisfação com o tratamento, sendo que pacientes tratados que tinham níveis de neuroticismo (traço de personalidade relacionado à instabilidade e ansiedade) mais alto estavam associados a menores níveis de satisfação com a dentição. A satisfação com o conforto, desempenho geral, mastigação e ausência de dor durante o tratamento estiveram associados a altos níveis de satisfação.

Keles e Bos (2013) avaliaram o nível de satisfação dos pacientes tratados ortodonticamente entre nos anos de 2008 e 2009 no Centro Acadêmico de Odontologia de Amsterdã. Para tanto, os autores utilizaram um questionário validado que foi enviado a todos os pacientes com idade abaixo de 20 anos e comparou os resultados com aqueles apresentados pelos pacientes tratados no ano 2000 no mesmo centro. O questionário aplicado aos pacientes era dividido em categorias que abordavam a satisfação quanto a relação com o profissional, à situação da clínica odontológica, aos ganhos dentofaciais, à melhora psicossocial, às funções dentais e, ainda, uma categoria residual. Os resultados das análises de 115 questionários indicarem que os maiores níveis de satisfação se deram na categoria relação profissional-paciente, enquanto os piores foram quanto à satisfação relacionada à melhora psicossocial. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa relacionado ao nível de satisfação em diferentes gêneros ou idades. Os autores afirmam que o fato de não haver na literatura uma conclusão definitiva com relação à

satisfação dos pacientes no que tange o tratamento ortodôntico pode estar relacionado às diferentes motivações e expectativas dos pacientes quanto a esse tratamento.

Souza *et al.* (2013) investigaram os níveis de satisfação de estudantes do estado da Bahia, no Brasil, quanto ao tratamento ortodôntico ao qual haviam sido submetidos ou no qual se encontravam em estágio final. Para tanto, os pesquisadores utilizaram um questionário constituído de 10 questões fechadas, que foi aplicado a 60 estudantes, com idades entre 18 e 25 anos. Os resultados encontrados indicaram que 38,3% da amostra considerava o tratamento como exitoso, enquanto 66,7% apontava que os desvios oclusais foram a principal motivação para a busca pelo tratamento. Para 43,3% dos pesquisados o resultado do tratamento foi considerado muito positivo e 58,3% relataram dor e desconforto durante o tratamento. Os autores consideram que é essencial que o profissional estabeleça um bom nível de comunicação com seus pacientes a fim de conhecer suas expectativas, alcançando um maior nível de confiança e cooperação para o sucesso do tratamento.

Por meio da utilização de questionários antes e depois de tratamentos ortodônticos, Feldmann (2014) estudou a satisfação de adolescentes com o tratamento ao qual foram submetidos e os fatores que influenciavam nessa. A amostra do estudo era constituída por 120 adolescentes consecutivamente selecionados no serviço público de atendimento odontológico, na Suécia. Após a análise de 110 pares de questionários respondidos, aos autores encontraram que houve uma correlação negativa entre desconforto ou dor experimentadas pelos pacientes durante o tratamento nos níveis de satisfação desses no pós-tratamento. Em geral, houve correlação entre a motivação inicial para o tratamento e os níveis de satisfação com esse ao seu término. Os autores concluíram que a satisfação dos pacientes com relação ao tratamento ortodôntico é dependente de muitos fatores, mas aqueles que mais apresentaram estar relacionados aos níveis dessa satisfação foram a qualidade do atendimento e a atenção durante o tratamento, sendo que esses fatores são traduzidos em um bom nível de informação, com os pacientes sendo incluídos na discussão do tratamento e tratados com respeito.

Yao *et al.* (2016) realizaram uma revisão sistemática da literatura a fim de conhecer quais seriam as expectativas dos pacientes com relação ao tratamento

ortodôntico. Os autores encontraram apenas 13 estudos que contemplaram todos os critérios de inclusão, de um total inicial de 615. Os resultados da pesquisa indicaram que, em geral, a melhoria da aparência e da função dental constituíram as maiores expectativas com o tratamento ortodôntico, sendo a severidade da maloclusão, a autoimagem e a idade as maiores motivações para busca pelo tratamento que impactaram nas expectativas. Os autores chamam atenção para o fato de que a expectativa de muitos dos pacientes analisados nos estudos selecionados era decorrente de conhecimentos prévios adquiridos de fontes cuja confiabilidade não podia ser comprovada, o que se mostrava mais relevante nos casos dos adolescentes, mais influenciáveis pelos padrões estéticos apresentados pelas mídias sociais. Dessa forma, poderia haver uma tendência de se subestimar a complexidade dos procedimentos ou de superestimar os resultados do tratamento. O autor salienta que nenhum dos estudos recuperados pela pesquisa teve como enfoque principal o risco representado pelas expectativas pouco realistas.

3.4.2 Surgimento e agravamento de problemas periodontais

Sallum *et al.* (2004) realizaram um trabalho com o objetivo de avaliar as mudanças clínicas e microbiológicas no periodonto ocasionadas pelo aparelho ortodôntico e a situação daquelas após a remoção desse. Para tanto, os autores avaliaram 10 indivíduos, com idades entre 12 e 20 anos, em fase final de tratamento ortodôntico e com sinais clínicos de inflamação relacionada ao periodonto. A pesquisa utilizou como parâmetros clínicos o índice de placa, índice de sangramento gengival e profundidade de sondagem com sondas de Williams. A presença e caracterização dos micro-organismos presentes nas placas bacterianas supra e subgengival foram avaliadas pela técnica de PCR. Os resultados encontrados indicaram que aproximadamente 60% das regiões analisadas apresentaram presença da *A. actinomycetemcomitans*, bactéria cuja presença pode ser considerada de risco para doença periodontal. Após a remoção do aparelho, profilaxia e instrução de higiene, os autores observaram uma redução de 50% nos níveis dessa bactéria. Fato semelhante foi observado quanto ao *B. forsythus*, microorganismo cuja presença tem sido relevantemente usada para distinção entre pacientes com periodonto saudável daqueles com doença periodontal. Também foi observada redução significativa dos índices de placa e sangramento gengival, além

da profundidade de sondagem, após a remoção do aparelho ortodôntico. Os autores concluíram que o controle da placa bacteriana é extremamente importante para a manutenção da saúde periodontal e prevenção da doença periodontal durante o tratamento ortodôntico.

Willmot (2008) relata que quase todos os pacientes submetidos a tratamento ortodôntico apresentam algum grau de gengivite durante esse, sendo a hiperplasia gengival um tipo de inflamação transitória com resolução espontânea quando da remoção do aparelho, em muitos casos. O aparelho ortodôntico fixo além de promover um aumento da contagem bacteriana, promove um incremento daquelas anaeróbias. Segundo o autor, estudos relatam a perda de inserção gengival e de osso alveolar durante o tratamento ortodôntico em porcentuais maiores a grupos controle, entretanto a progressão para uma periodontite franca é rara. Embora haja certa relutância de alguns profissionais em tratar ortodonticamente pacientes acometidos de doença periodontal instalada, há evidências científicas que suportam esse tipo de terapia com correto acompanhamento periodontal e manutenção de hábitos de higiene por parte do paciente, mesmo quando detectada perda óssea prévia. Os profissionais devem ainda atentar-se para mudança do centro de resistência dental provocada por eventual perda óssea, adequando a mecânica para essa realidade.

Bollen *et al.* (2008) relata que o impacto deletério das maloclusões na saúde periodontal, embora presente em alguns casos como aqueles em que há apinhamentos e mordidas profundas, não é de prevalência óbvia na maior parte dos pacientes. De forma análoga, os ganhos para saúde periodontal advindos dos tratamentos ortodônticos também não são sempre de fácil constatação. Com o objetivo de avaliar essa relação e, também, o prejuízo potencial ocasionado pelos tratamentos ortodônticos à saúde periodontal, os autores desenvolveram um trabalho de revisão sistemática a literatura. Neste sentido, os autores desenvolveram buscas sistemáticas por arquivos disponíveis em diferentes bases de dados, para responder às duas perguntas de pesquisas. Os autores puderam concluir que indivíduos que apresentam maloclusão possuem piores níveis de saúde periodontal em relação àqueles que não as apresenta e, com evidências de baixa qualidade, que os tratamentos ortodônticos podem resultar em pequenos efeitos deletérios ao

periodonto, quando comparados a indivíduos que não foram tratados ortodonticamente.

Com o objetivo de avaliar a relação entre o tratamento ortodôntico e a saúde gengival, Boke *et al.* (2014) realizaram um estudo retrospectivo com 251 pacientes, analisando fatores como tempo e tipo de tratamento ortodôntico, presença de placa e inflamações visíveis, recessões gengivais, além das inclinações dos incisivos. Os autores encontraram que tanto no grupo de pacientes tratados com extração quanto naqueles tratados sem extrações, os parâmetros associados à inflamação e placa visíveis, além daqueles de recessão gengival apresentaram aumento estatisticamente significantes nos pacientes tratados com aparelhos ortodônticos fixos. Os autores concluíram que existindo a relação entre o tratamento ortodôntico e a saúde periodontal, deve haver cooperação mútua entre paciente e profissionais (dedicados à Ortodontia e à Periodontia) a fim de se preservar as estruturas de suporte dental.

Moosa *et al.* (2015) realizaram um estudo transversal com o objetivo de avaliar o estado periodontal de pacientes em tratamento ortodôntico com relação àqueles que não estavam sendo submetidos a esse tipo de tratamento. Para tanto, os autores avaliaram dois grupos com essas características, formados por 100 indivíduos cada um, com idades entre 15 e 28 anos, os quais foram avaliados de acordo com o mesmo índice para necessidade de tratamento periodontal. Os indivíduos de ambos os grupos também responderam a um questionário com a fim de avaliar os seus hábitos de higiene bucal. Com base no estudo realizado, os autores concluíram que houve uma significativa piora do quadro periodontal no curso do tratamento ortodôntico, entretanto sem que houvesse perda óssea significativa ou mobilidade dentária decorrente dessa. Os estudiosos chamam atenção para a necessidade de se estimular boas práticas de higiene bucal e serem adotadas medidas preventivas específicas para a manutenção da saúde periodontal durante o tratamento ortodôntico.

3.4.3 Controvérsia quanto à necessidade extrações dentais

Xu *et al.* (2006) relatam que a decisão de envolver ou não extrações dentais como parte do planejamento ortodôntico é multifatorial, tomada pelos profissionais levando em consideração aspectos oclusais e os reflexos daquelas no

tecido mole facial. Os autores realizaram um estudo com objetivo de comparar os resultados dos tratamentos ortodônticos com e sem extrações dentárias em pacientes chineses limítrofes (cujos tratamentos poderiam ser planejados envolvendo ou não extrações dentárias). Para tanto, utilizaram uma amostra de pacientes tratados cujas documentações pré-tratamento foram disponibilizadas para diferentes ortodontistas. Esses, assumindo papel de examinadores, classificaram os planejamentos dos pacientes como com extrações, sem extrações ou limítrofe. Aqueles pacientes que foram classificados como limítrofes, tiveram suas documentações finais examinadas com o objetivo de terem avaliados os resultados de seus tratamentos, independente do tipo de planejamento adotado para o caso específico. Os resultados alcançados pelos autores indicaram que os aspectos oclusais (simetria de linha média, trespases vertical e horizontal, relação sagital dos arcos, dentre outros) foram similares em pacientes cujos tratamentos envolveram extrações dentais em relação àqueles que não foram submetidas às extrações. Quanto aos aspectos faciais, houve uma predileção dos examinadores pelo padrão facial dos pacientes tratados com extrações dentárias, fato que os autores atribuíram a critérios pessoais daqueles. Os estudiosos consideraram que os maiores impactos faciais das extrações foram no lábio inferior e região mentual.

Ileri *et al.* (2012) realizaram um estudo retrospectivo com o objetivo de comparar os resultados de tratamentos ortodônticos realizados com extrações de pré-molares e incisivos inferiores, com aqueles obtidos por tratamentos concluídos sem qualquer extração dentária. A amostra do estudo foi igualmente e de forma não randômica dividida em três grupos: sem extrações, extrações de pré-molares e extração de incisivo. Os indivíduos foram divididos em grupos de acordo com a quantidade de apinhamento que apresentavam. Após o tratamento ortodôntico, o resultado final foi avaliado comparativamente ao estado da oclusão anterior à terapêutica. Os resultados intergrupos foram avaliados estatisticamente. Os autores concluíram que, pela metodologia utilizada, os resultados dos tratamentos sem extrações foram superiores àqueles alcançados pelos tratamentos com extrações. Afirmaram, ainda, que a discrepância de tamanho dental deve ser avaliada no plano de tratamento para se alcançar uma boa oclusão ao final desse.

Konstantonis, Anthopoulou e Makou (2013) investigaram as medidas ortodônticas que mais influenciaram a decisão de ortodontistas em optar ou não por

extração de primeiros pré-molares em paciente Classe I. Foram analisados 542 pacientes adolescentes randomicamente selecionados, dos quais 145 tinham sido tratados com aparelhos ortodônticos fixos associados a extração dentárias. Foram realizadas medidas angulares e lineares de telerradiografias em norma lateral e modelos de gesso anteriores ao tratamento. A taxa de tratamentos com extrações dentais encontrada pelos autores foi de 26,8% da amostra. A análise medidas lineares e angulares indicaram que os ortodontistas balizam a decisão de extrair ou não dentes no tratamento ortodôntico de acordo com a medidas de apinhamento (superior e inferior), do trespasse horizontal e do lábio inferior ao plano “E”.

Com o objetivo de avaliar os resultados obtidos em tratamentos ortodônticos com e sem extração dentais, Anthopoulou, Konstantonis e Makou (2014) realizaram um estudo retrospectivo utilizando como método de avaliação o sistema de avaliação proposto pelo Conselho Americano de Ortodontia. Os autores analisaram uma amostra inicial de 542 pacientes portadores de maloclusão de Classe I de Angle, de ambos os sexos, brancos, sem tratamentos ortodônticos prévios, sem deformidades faciais. Da amostra inicial, os autores encontraram 55 pacientes cujos casos eram limítrofes, sendo que 25 desses foram tratados com extrações dos primeiros pré-molares, enquanto os outros 30 sem extrações dentais. Os resultados encontrados pelos autores não indicaram diferença estatisticamente significativa nos resultados observados nos tratamentos com e sem extrações, seja na média global ou em qualquer das oito variáveis analisadas (alinhamento, nivelamento, inclinação vestibulolingual, trespasse horizontal, contatos oclusais, relações oclusais, contatos interproximais e angulação radicular).

3.4.4 Reabsorções radiculares em tratamentos ortodônticos

A reabsorção radicular inflamatória induzida pela movimentação ortodôntica é uma consequência patológica inevitável dos tratamentos ortodônticos. A força ortodôntica aplicada sobre o dente induz a um processo inflamatório com todas as suas características nos tecidos de suporte. A reabsorção radicular advinda desse processo inflamatório pode ter diferentes graus de severidade, variando de uma simples remodelação do cemento até uma reabsorção radicular apical circunferencial em na qual há a reabsorção do ápice radicular e o encurtamento

radicular torna-se evidente, em diferentes graus de severidade (Brezniak e Wasserstein, 2002).

Segal, Schiffman e Tuncay (2004) realizaram uma meta-análise da literatura com o objetivo de estabelecer os fatores etiológicos das reabsorções radiculares que estariam relacionados ao tratamento ortodôntico. Os autores fizeram uma busca por pesquisas de ensaios clínicos em que o tema fosse tratado com relação aos incisivos superiores, encontrando apenas 9 artigos que contemplassem os critérios de inclusão. Os critérios de exclusão adotados foram: histórico de trauma, tratamento endodôntico ou existência de reabsorção radicular prévia. Os autores concluíram que há alta correlação entre o deslocamento apical e o tempo de tratamento ativo com as reabsorções radiculares em incisivos superiores. Fizeram, ainda, distinção do estudo por eles realizados com relação aos anteriores, que somente apontavam a relação da reabsorção radicular com fatores individuais dos pacientes, genético e adquiridos.

Weltman *et al.* (2010) desenvolveram uma pesquisa em forma de meta-análise de ensaios clínicos randomizados publicados na literatura com o objetivo de analisar a relação entre a movimentação dental induzida ortodonticamente e as reabsorções radiculares. Foram selecionados trabalhos científicos em diferentes bases de dados, sendo que 13 artigos satisfizeram os critérios de inclusão da pesquisa e foram analisados qualitativamente. Os autores concluíram que há um aumento na incidência e severidade das reabsorções radiculares observadas em pacientes sob tratamento ortodôntico e que forças ortodônticas intensas produzem significativamente mais esse tipo de reabsorção que forças brandas.

Roscoe, Meira e Cattaneo (2015), realizaram uma revisão sistemática a fim de buscar na literatura científica a reabsorção radicular externa como uma consequência do tratamento ortodôntico, determinando o nível de evidência que poderia indicar a associação entre esse fenômeno e diferentes tipos de sistemas de forças. Os autores encontraram 21 artigos, publicados entre 1982 e 2012, que preencheram todos os critérios de inclusão da pesquisa e que não foram eliminados pelos critérios de exclusão. Desses estudos, 17 sido realizados em dentes pré-molares: apesar desses dentes não serem os que mais prevalentemente são atingidos pelo problema examinado, a utilização de métodos de diagnósticos mais precisos é possível nesses, tendo em vista a extração em momento oportuno. Os

autores do estudo concluíram que há evidências científicas de alto nível para confirmar a associação entre a reabsorção dental e o tratamento ortodôntico; parece haver uma correlação positiva entre o aumento da magnitude da força e do tempo de tratamento com o aumento da reabsorção radicular; a paralização do movimento ortodôntico aparentemente favorece a redução da reabsorção radicular, na medida que proporciona a possibilidade de recuperação do cemento reabsorvido.

3.4.5 Planejamento ortodôntico envolvendo cirurgia ortognática

Phillips, Hill e Cannac (1995) estudaram as impressões dos pacientes e suas expectativas com relação ao tratamento ortocirúrgico quando eram utilizadas imagens em vídeo com simulações dos resultados esperados dos procedimentos em comparação com relação a quando esses resultados eram apresentados com a utilização de exames complementares (radiografias e traçados cefalométricos). A amostra do estudo foi constituída por 89 pacientes caucasianos, entre 15 e 50 anos, que tinham como uma das opções de tratamento aquele envolvendo a terapia ortodôntica associada ao tratamento cirúrgico. A amostra foi dividida em dois grupos: um que receberia informações sobre o tratamento e seus possíveis resultados de forma tradicional e outro que as receberia em forma de vídeo. Foram aplicados questionários para ambos os grupos, sendo um desses inicial e outro após as apresentações das informações. Os autores concluíram que, apesar de não terem influenciado diretamente na escolha dos pacientes com relação ao tratamento, houve um aumento da expectativa e da sensação de necessidade do procedimento cirúrgico; que a imagem em vídeo foi considerada a melhor fonte de informação pelos pacientes.

Com o objetivo de avaliar as queixas estético-funcionais de pacientes portadores de deformidades dento-faciais que os levaram a optar por tratamentos ortodôntico-cirúrgicos, Ambrizzi *et al.* (2007) realizaram uma pesquisa que avaliou 130 pacientes que se submeteram a esse tipo de procedimento. A média de idade dos indivíduos foi de 30,9 anos, sendo que 66,9% deles era do sexo feminino. Os indivíduos foram divididos em 3 grupos de acordo com o tipo de característica patológica apresentada. Foram aplicados questionários a fim de se conhecer a queixa principal e queixas secundárias dos pacientes. Os resultados encontrados pelos autores indicaram que a melhora estética foi a principal motivação para que os

pacientes procurassem pelo tratamento ortodôntico-cirúrgico, mas os pacientes apresentavam, paralelamente, anseios por melhoras funcionais.

Valladares-Neto *et al.* (2014) chamaram atenção para a importância da avaliação do impacto de fatores relacionados à saúde do paciente que influenciam em sua qualidade de vida, especificamente, com relação às deformidades dentofaciais. As maiores motivações que induzem os pacientes portadores de deformidades dentofaciais a procurarem tratamentos cirúrgicos estão associados à percepção que têm de sua aparência facial, fator esse que muitas vezes não é levado em consideração pelos profissionais quando do planejamento de um tratamento ortocirúrgico. Levar em consideração o impacto que a saúde bucal tem na qualidade de vida dos pacientes é essencial para o sucesso desse tipo de terapia. Os autores relatam a existência de questionários validados aptos a aferir esse impacto e que esses podem ser utilizados para pesquisas epidemiológicas e também para auxiliar os profissionais na decisão de como, quando e se é realmente necessário tratar aquela deformidade dentofacial. Concluem os pesquisadores que a abordagem de fatores relacionados aos impactos da deformidade dentofacial na qualidade de vida do paciente, além de ajudar a formar a convicção do profissional com relação ao melhor plano de tratamento a ser adotado, fortalece a relação entre profissional e paciente, maximizando a chance de sucesso terapêutico.

Proffit e White (2015) fizeram uma retrospectiva da evolução da cirurgia ortognática desde 1950 até os dias atuais, fazendo projeção para o futuro próximo. De acordo com os autores, a maioria dos pacientes que se submetem a tratamento ortocirúrgicos são tratados com técnicas criadas nas décadas de 50 e 60 e aprimoradas ao longo dos anos: a osteotomia sagital do ramo da mandíbula e a osteotomia da maxila com padrão LeFort 1. Segundo os autores, a mentoplastia foi inserida nas últimas décadas do século XX e, apesar de não ser tão documentada na literatura quanto às técnicas anteriormente citadas, oferece uma oportunidade de manipulação do mento em três dimensões de forma menos traumática. A discussão sobre a estabilidade do procedimento realizado deve ser feita com o paciente de forma aberta da mesma forma que este deve estar ciente de que os resultados finais podem demorar anos para serem obtidos. Quanto à conclusão para o melhor momento para a cirurgia, os autores salientam que a decisão deve ser tomada em conjunto entre ortodontista e cirurgião, com antecedência mínima de três semanas,

mas que isso nem sempre é possível devido à frequente falta de comunicação entre esses profissionais, o que pode dificultar os procedimentos relacionados à internação hospitalar.

4 METODOLOGIA

Para abordar o objetivo da pesquisa, os pesquisadores projetaram e implementaram uma busca sistemática de jurisprudências sobre alegado erro odontológico em tratamentos ortodônticos consultados nas bases de dados de jurisprudências de segunda instância. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob parecer número 1.431.093 CAAE 52857116.2.0000.5083 (Anexo I).

Para a busca dos acórdãos, foram consultados todos os Tribunais de Justiça dos Estados da Federação, além do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios.

Como critério de elegibilidade, foram incluídos acórdãos de apelações cíveis publicados até 31/12/2015. Foram excluídos acórdãos que: 1) não enfocavam alegado erro odontológico; 2) eram originários de processos trabalhistas ou criminais; 3) não tratavam especificamente de alegados erros odontológicos relacionados a tratamentos ortodônticos; 4) tiveram sentença do acórdão diferentes de condenação ou absolvição; 5) não continham como demandado um cirurgião-dentista e/ou empresa de prestação de serviços odontológicos.

Foi utilizado o recurso DeCS (Descritores em Ciências da Saúde - <http://decs.bvs.br/>) para selecionar os descritores controlados “Ortodontia” e “Odontologia”. Foram, ainda, utilizados os descritores “Erro”, “Odontológico”, “Aparelho” e “Dentário”. O operador booleano “E” foi utilizado para potencializar a estratégia de pesquisa. A busca foi realizada entre janeiro de 2016 e janeiro de 2017.

A seleção dos estudos foi feita em duas fases. A primeira fase constituiu-se da leitura e análise das ementas (resumos) dos acórdãos inicialmente recuperados. Neste momento, acórdãos relativos a processos judiciais criminais e trabalhistas foram excluídos. Quando o resumo do documento não possibilitava saber se algum dos critérios de exclusão estava presente, procedia-se à leitura do inteiro teor.

Na fase 2, os documentos inicialmente recuperados foram lidos em inteiro teor por um único pesquisador, com o objetivo de averiguar a existência de algum critério de exclusão no texto completo. Documentos que possuíam informações incompletas não foram excluídos. Verificada a ausência de elementos que justificassem a exclusão dos documentos, este era armazenado em diretório virtual

específico relacionado ao Estado da Federação em que se localizava o Tribunal de Justiça que o originara.

Após a seleção dos acórdãos, o inteiro teor desses foi analisado e os dados extraídos e de forma padronizada. As informações foram coletadas por um autor (F.F.P.) e conferidas por outro (R.F.S.), a fim de confirmar a qualidade dos dados extraídos. As informações extraídas foram relativas a: 1) Região a que pertencia o estado da federação em que o acórdão foi publicado; 2) Estado da federação a que pertencia o TJ em que o acórdão foi publicado; 3) Número do acórdão; 4) Ano em que se iniciou o tratamento ortodôntico cerne da lide; 5) Duração do tratamento ortodôntico (em anos); 6) Ano de instauração da ação em primeira instância; 7) Ano de publicação da sentença em primeira instância; 8) Ano de publicação do acórdão (segunda instância); 9) Alegação do paciente para instauração da ação (motivo da insatisfação do paciente); 10) Natureza do polo passivo: cirurgião-dentista como profissional liberal (pessoa física), clínica odontológica (pessoa jurídica) ou ambos; 11) Qual das partes foi o apelante no acórdão (paciente ou profissional); 12) Se foi solicitada indenização por dano material e o valor dessa; 13) Se foi solicitada indenização por dano moral e o valor dessa; 14) Se foi solicitada indenização por dano estético e o valor dessa; 15) Resultado da sentença da ação em primeira instância; 16) Valor da condenação por danos materiais (quando houve condenação); 17) Valor da condenação por danos morais (quando houve condenação); 18) Valor da condenação por danos estéticos (quando houve condenação); 19) A quem coube o ônus de sucumbência em primeira instância (ao profissional, ao paciente ou a ambos); 20) Valor dos honorários de sucumbência em primeira instância; 21) Forma de cálculo da correção monetária e dos juros de mora em primeira instância; 22) Decisão constante no acórdão (segunda instância); 23) Se havia menção a Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) feito pelo profissional ou à ausência desse; 24) Se havia menção a Contrato de Prestação de Serviços assinado entre as partes ou à ausência desse; 25) Tipo de responsabilidade civil em que o profissional se enquadrava, de acordo com o acórdão (objetiva, subjetiva ou ambas); 26) Tipo de obrigação contratual assumida pelo profissional, de acordo com o acórdão.

Para efeito do cálculo dos valores das indenizações, quando essa era mensurada exclusivamente em quantidade de salários mínimos, levou-se em

consideração o valor desse vigente no maior período do ano de publicação do acórdão. Para consulta do valor do salário mínimo vigente em cada ano, foi utilizada a tabela disponibilizada no endereço virtual do Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região (<http://www.trt3.jus.br/informe/calculos/minimo.htm>) (Brasil, 2017).

Foram avaliadas as variáveis relativas ao perfil das partes, critérios jurídicos, sentenças e valores de indenização de decisões judiciais de segunda instância nos estados brasileiros e no Distrito Federal e Territórios.

Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados elaborado no software *Statistical Package for the Social Sciences*®, versão 20.0.0 (SPSS, Chicago, IL). Inicialmente, os dados foram analisados com estatística descritiva. Em seguida, por meio do cálculo dos valores de qui-quadrado, foi avaliado se havia diferenças estatisticamente significantes nas frequências das condenações em segunda instância em relação a diferentes variáveis. Quando essa diferença foi encontrada, procedeu-se ao cálculo do risco relativo ($\alpha=5\%$).

5 RESULTADOS

Dentre os unitermos utilizados para busca por documentos nos bancos nos *web sites* dos Tribunais de Justiça pesquisados, aquele que retornava o maior número de resultados totais foi “dentário”. Contudo, nem todos os acórdãos localizados por esta pesquisa inicial tinham efetiva relação com a Odontologia e, tampouco, preenchiam os critérios de inclusão do presente estudo. A quantidade total de documentos, o número desses que efetivamente estavam relacionados à responsabilidade profissional em âmbito civil, na Odontologia e na Ortodontia, são apresentados no Apêndice II. Ressalta-se que, nessa tabela, não foram desconsiderados os acórdãos obtidos em duplicidade, ou seja, um mesmo acórdão que foi recuperado dois ou mais unitermos diferentes.

A realização da pesquisa por jurisprudências nos Tribunais de Justiça dos estados componentes da República Federativa do Brasil, além do Distrito Federal e Territórios, possibilitou a obtenção de 338 diferentes decisões de segunda instância que contemplavam os critérios de inclusão do presente estudo. Desse total, 19 documentos foram excluídos tendo em vista as sentenças dos acórdãos terem anulado os processos, os remetidos à primeira instância ou determinado a redistribuição desses, fato que constituiu critério de exclusão do presente estudo.

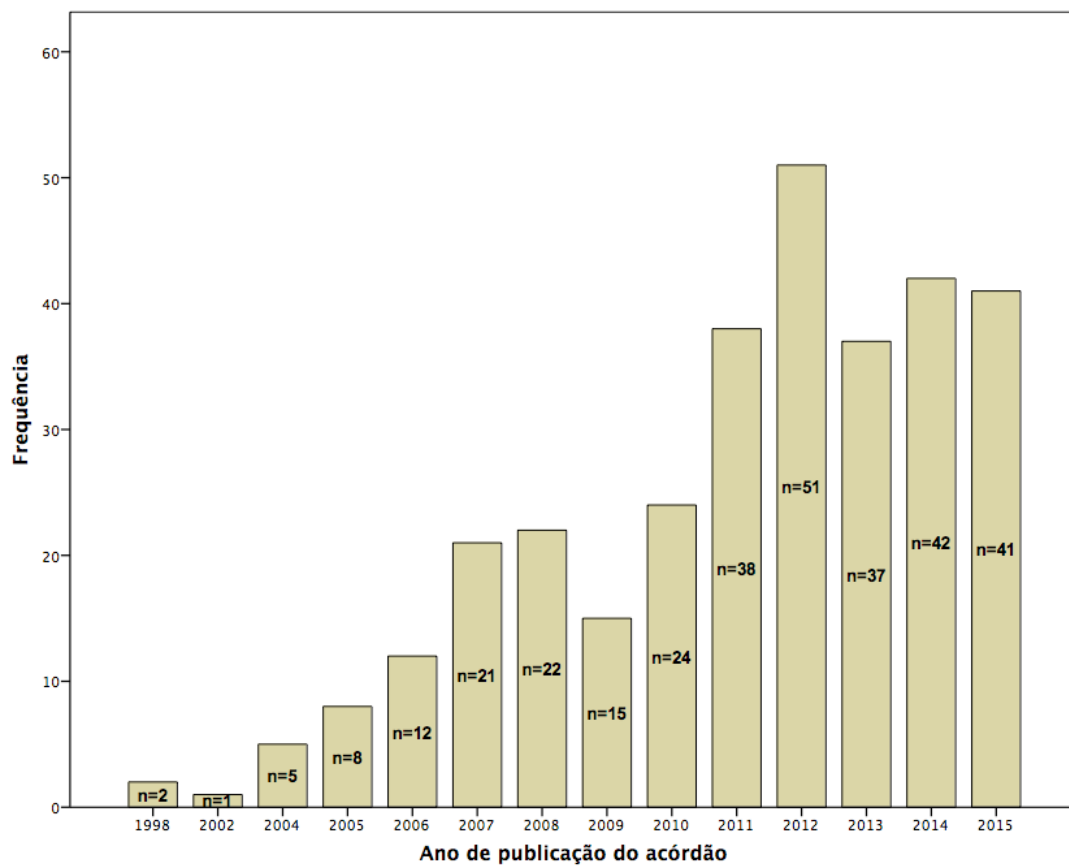
A Tabela 1 indica o número absoluto e valor percentual de acórdãos que compuseram a amostra em cada estado da Federação e no Distrito Federal e Territórios. A distribuição desses documentos de acordo com o ano de publicação desse é ilustrada no Gráfico 1.

Tabela 1 - Quantidade de acórdãos que compuseram a amostra por Tribunal de Justiça (n=319)

	N	%
TJSP	118	37,0
TJRS	72	22,6
TJRJ	26	8,2
TJMG	26	8,2
TJDFT	19	6,0
TJSC	19	6,0
TJPR	19	6,0
TJSE	6	1,9
TJGO	3	0,9
TJRN	3	0,9

TJMS	2	0,6
TJMT	2	0,6
TJPE	1	0,3
TJBA	1	0,3
TJAM	1	0,3
TJRO	1	0,3
TJES	0	0
TJPA	0	0
TJRR	0	0
TJAC	0	0
TJAP	0	0
TJTO	0	0
TJAL	0	0
TJCE	0	0
TJMA	0	0
TJPB	0	0
TJPI	0	0
Total	319	100

Gráfico 1 – Prevalência de publicação dos acórdãos por ano com o decorrer dos anos (n=319)

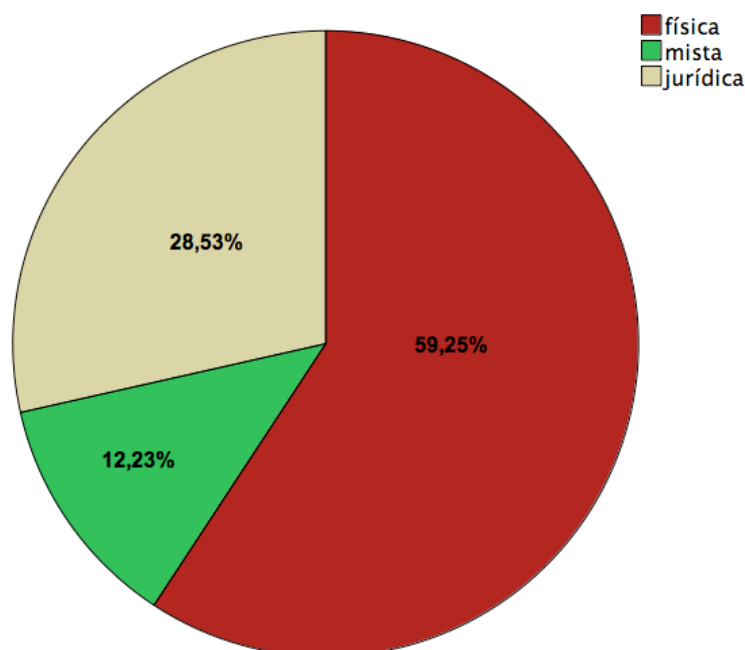


Dentre os documentos pesquisados, apenas 7,8% (n=25) traziam informações relativas ao ano de instauração da ação em primeira instância e somente 1,3% (n=4) informações relacionadas à época da sentença dessa. O tempo entre a instauração das ações em primeira instância e a publicação do acórdão no TJ variou entre 0 e 20 anos, sendo este em média de 4,44 anos (desvio padrão=3,94).

Em 50,5% dos casos (n=161), foi possível o cálculo do tempo decorrido entre o início do tratamento que motivou a lide e a publicação do acórdão, sendo esse em média de 10,63 anos (desvio padrão=4,64).

Com relação ao polo passivo das ações, em 59,2% das decisões (n=189), os réus eram exclusivamente pessoa física (Gráfico 2). Já com relação aos apelantes, em 55,8% dos casos (n=178) eram os pacientes, em 26,6% (n=85) os cirurgiões-dentistas e em 17,6% dos casos (n=56) ambas as partes apelaram da sentença primária.

Gráfico 2 - Natureza Jurídica da pessoa do Réu nos Acórdãos (n=319)



Com relação às indenizações pleiteadas, as frequências de solicitação, de acordo com o tipo, são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Frequências absoluta e percentual em relação ao tipo de dano solicitado em primeira instância (n=319)

	Dano Material	Dano moral	Dano estético
Sim	298 (93,4%)	312 (97,8%)	37 (11,6%)
Não	21 (6,6%)	7 (2,2%)	282 (88,4%)
Total	319 (100%)	319 (100%)	319 (100%)

Os valores pleiteados de indenizações por dano material variaram entre R\$ 225,00 e R\$ 394.000,00; por dano moral, entre R\$ 2.000,00 e R\$ 400.000,00; e em apenas duas oportunidades foram estabelecidos valores para o dano estético solicitado, sendo esses correspondentes a R\$ 35.000,00 e R\$50.000,00.

A Tabela 3 apresenta, em categorias, as principais alegações de insatisfação com relação aos tratamentos que, de acordo com os demandantes (pacientes) motivaram as ações judiciais.

Tabela 3 - Insatisfações dos pacientes que motivaram a instauração das ações que originaram os acórdãos analisados (n=319)

Motivação	Frequência	Porcentual
Insatisfação com o tratamento (em curso ou finalizado)	123	38,6
Surgimento/agravamento de problemas periodontais	35	11,0
Questionamento quanto às extrações	33	10,3
Reabsorções radiculares	27	8,5
Planejamento deveria ser orto-cirúrgico	19	6,0
Dores e desconfortos	14	4,4
Outras lesões dentais/bucais	10	3,1
Surgimento de lesões de cáries	9	2,8
Perda de dente(s)	6	1,9
Elevado tempo de tratamento	6	1,9
Dores, apertamento e surgimento de DTM	4	1,3
Falha na elaboração/guarda de documentos	3	0,9
Falha na informação sobre o tratamento	3	0,9
Recidiva do tratamento	3	0,9
Atendimento por auxiliar	3	0,9
Desgastes dentários desnecessários	2	0,6
Negativa de atendimento pelo CD	2	0,6
Lesões faciais e perda de função	1	0,3

Atendimento por vários profissionais	1	0,3
Discussão na sala de espera	1	0,3
Motivação indeterminada	14	4,4
Total	319	100

Em 164 casos (51,4%), o acórdão trazia informações acerca da duração do tratamento ortodôntico que motivou a lide. Esse tempo de tratamento variou entre 0,3 e 14 anos, com média de 3,81 anos (Desvio Padrão = 2,36).

No tocante às decisões judiciais primárias (sentenças), houve uma predominância das absolvições em relação às condenações dos prestadores de serviço odontológicos: 53,9% de absolvições (n=172) contra 46,1% de condenações (n=147).

Em 27% do total de casos (n=86), houve condenação à indenização por danos materiais em primeira instância, sendo que os valores variaram entre R\$ 70,90 e R\$ 23.151,64. Para as indenizações por danos morais, houve condenação em 36,7% dos casos (n=117), com valores variando entre R\$ 2.000,00 e R\$ 100.000,00. O valor mais comumente deferido para esse tipo de indenização foi R\$10.000,00. Quanto ao dano estético, em apenas 4 casos (1,3%) houve condenação ao pagamento desse tipo de indenização em específico, sendo que os valores variaram entre R\$ 3.000,00 e R\$ 50.000,00.

Também nas decisões de segunda instância (acórdãos), houve predominância das absolvições em relação às condenações, sendo os valores percentuais de 52,4% (n = 167) e 47,6% (n = 152), respectivamente. A Tabela 4 apresenta a prevalência de concordâncias entre as decisões de primeira e segunda instância de acordo com o resultado condenatório ou não dessas.

Tabela 4 – Cruzamento realizado entre as sentenças condenatórios em primeira e em segunda instância (n=319)

		Houve condenação em segunda instância?		Total
		Sim	Não	
Houve condenação em primeira instância?	Sim	128	19	147
	Não	24	148	172
Total		152	167	319

A frequência de condenações por danos materiais e morais aumentou em segunda instância em 11,63% (n=10) e 11,11% (n=13), respectivamente, com

relação às frequências apresentadas nas decisões singulares. Esse fato também foi observado nas condenações a indenizações por danos estéticos, que tiveram incremento de 25% (n=1) (Tabela 5).

Tabela 5 – Valores das condenações por danos materiais, morais e estéticos deferidas nos acórdãos (segunda instância) avaliados (n=319)

Tipo de indenização	N	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
Danos materiais	96	R\$ 70,90	R\$ 23.151,64	R\$ 4.438,12	R\$ 4.619,60
Danos morais	130	R\$ 2.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 12.375,21	R\$ 9.749,84
Danos estéticos	5	R\$ 3.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 18.800,00	R\$ 21.924,87

Em 42% dos acórdãos analisados (n=134), foi possível determinar qual o tipo de obrigação contratual assumida pelo prestador de serviço, na interpretação do julgador, estando essa informação ausente nos outros 58% dos documentos (n=185). Em 69,4% dos casos (n=93) em que foi obtida a informação, a obrigação contratual foi considerada como sendo de resultado; enquanto em 30,6% (n=41), de meio.

A possível mudança de tendência de classificação do tipo de obrigação contratual considerando o ano de 2011 é ilustrada na Tabela 6.

Tabela 6 – Cruzamento realizado de acordo com a data de publicação do acórdão e classificação do tipo de obrigação contratual (n=319)

		Foi considerada obrigação de resultado no acórdão?		Total
		Sim	Não	
Ano de publicação do acórdão foi após 2011?	Sim	81	89	170
	Não	71	78	149
Total		152	167	319

Em 72,4% das decisões (n=231), houve menção ao tipo de responsabilidade civil assumida pelo demandado, de acordo com a interpretação judicial colegiada, sendo que, em 84% dessas (n=194), considerou-se como responsabilidade subjetiva; em 13% (n=30), como responsabilidade objetiva; e em 3% decisões (n=7), que continham pessoa jurídica e pessoa física no polo passivo da ação de primeira instância, foi considerada responsabilidade objetiva ou subjetiva.

Quanto à frequência com a qual contratos de prestação de serviço e TCLE foram citados na decisão colegiada, foi constatado que essas foram de 25,1% (n=80) e 6,9% (n=22), respectivamente. Em apenas 1,3% dos casos (n=4), havia menção de que o profissional teria confeccionado TLCE para o tratamento em lide, enquanto ficou clara a não elaboração desse documento em 5,6% dos casos (n=18). Já com relação ao contrato de prestação de serviços, em 24,1% dos casos (n=77) foi relatado que os profissionais tinham elaborado o documento e em 0,9% dos acórdãos (n=3) havia clara referência à não elaboração desse documento.

As associações estatísticas estabelecidas entre a condenação de segunda instância e alguns fatores que supostamente poderiam influenciar nessa são apresentadas na Tabela 7.

Tabela 7 - Associações entre a condenação em segunda instância e supostos fatores de risco ($\alpha=95\%$)

Fator de risco		Ocorrência	Qui-Quadrado	Valor de p	Risco relativo	Intervalo de confiança (95%)
Houve condenação em primeira instância?	Sim	128	169,889	< 0,001*	6,24	4,283 – 9,092
	Não	24				
		n=152				
Tempo de tratamento superior a 3 anos?	Sim	55	0,526	0,468	1,123	0,816 – 1,546
	Não	29				
		n=84				
A publicação do acórdão foi após 2011?	Sim	81	0,000	0,999	1	0,811 – 1,259
	Não	71				
		n=152				
Havia pessoa jurídica no polo passivo?	Sim	64	0,335	0,563	1,071	0,850 – 1,350
	Não	88				
		n=152				
Foi considerada obrigação de resultado no acórdão?	Sim	66	20,340	< 0,001*	2,42	1,481 – 3,971
	Não	12				
		n=78				

* valores estatisticamente significantes.

6 DISCUSSÃO

6.1 NÚMERO DE PROCESSOS NO DECORRER DOS ANOS E SUAS SENTENÇAS

Os resultados obtidos no presente estudo indicam que houve um acréscimo do número de acórdãos envolvendo alegações de erros profissionais associados a tratamentos ortodônticos, no Brasil nos últimos anos. Apesar de todos os documentos consultados terem sido publicados entre o final da década de noventa e o ano de dois mil e quinze, esses são fruto de ações que foram instauradas em primeira instância em anos anteriores. Ainda considerando as três décadas para as quais foram recuperados acórdãos, para o ano de 1998, apenas dois acórdãos foram encontrados, enquanto no ano de 2015 foram recuperados 41 documentos, passando pelo ápice de 51 decisões publicadas no ano de 2012. Esses resultados coadunam com os resultados encontrados por De Paula (2008), que indicaram o aumento do número de demandas que envolviam procedimentos odontológicos que chegaram a ser discutidas em segunda instância, e também com os resultados apresentados por Barbosa *et al.* (2013), que pesquisou demandas originadas exclusivamente por procedimentos ortodônticos. Haag e Feres (1999) e Terra, Majolo e Carillo (2000) já afirmavam que, após a aprovação do Código de Defesa do Consumidor, houve um acréscimo no número de demandas judiciais, sendo que a Ortodontia brasileira também foi impactada por esse fenômeno.

O presente trabalho não restringiu a pesquisa a acórdãos em que o polo passivo (cirurgião-dentista) fosse especialista em Ortodontia. Assim a análise de prevalência de processos com relação a especialistas fica impossibilitada. Em pesquisa realizada com 56 cirurgiões-dentistas especialistas em Ortodontia, Maia *et al.* (2014) encontraram que 7,14% dos entrevistados já tinham se envolvido em demandas judiciais relativas a tratamentos ortodônticos. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Paranhos *et al.* (2011) em estudo que avaliou 535 questionários abrangendo cirurgiões-dentistas, que atuavam na área da Ortodontia no Brasil, encontrando que 7,8% dos profissionais relatavam já terem se envolvido em disputas judiciais com seus pacientes.

Com relação à distribuição dos acórdãos analisados por unidades da federação e, também, pelo Distrito Federal e Territórios, os resultados indicaram que os estados que mais concentraram acórdãos foram São Paulo, Rio Grande do Sul,

Rio de Janeiro e Minas Gerais, nesta ordem. Foi observado que a prevalência da observação dos acórdãos relacionados à alegação de erro em tratamentos ortodônticos não foi proporcional ao porte dos TJ pesquisados. De acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) no documento Justiça em Números 2016 (Brasil, 2016), os maiores TJ do país, em ordem do maior para menor, são os dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, sendo que TJRJ possui quase três vezes o número de processos em relação ao TJRS. Dessa forma, o número de recuperados no estado do Rio Grande do Sul merece destaque. Apesar de não ser objetivo do presente trabalho explicar esse fenômeno, o próprio documento do CNJ, ao apresentar indicadores de recorribilidade externa, fornece uma possibilidade para tanto. Esse indicador mede a proporção em que são apresentados recursos para instâncias superiores em ações instauradas em instâncias inferiores. São computados recursos como: apelações, agravos de instrumento, recursos especiais e extraordinários. De acordo com o CNJ, o indicador de recorribilidade externa do TJRS é de 24%, enquanto o do TJRJ é de 9,1%. Em outras palavras, de acordo com o CNJ em quase um quarto das ações instauradas no estado do RS há recursos para instância superiores, enquanto no RJ isso ocorre em menos de 10% dos casos. Seria esperado que o número de acórdãos encontrados no TJRS fosse proporcionalmente superior à maioria dos estados. Ressalta-se que apenas o TJPR apresenta um indicador de recorribilidade maior: 24,7% das ações.

Utilizando-se do mesmo indicador de recorribilidade externa da Justiça Estadual e considerando o número total de acórdãos recuperados no presente trabalho e que preencheram os critérios de inclusão da pesquisa ($n=319$), pode-se estimar o número de ações em primeira instância que foram motivadas pela alegação de erros em tratamentos ortodônticos. Para tanto, é necessário considerar-se que o número de recursos apelatórios nesse tipo de ação é semelhante àquele observado em ações com motivações diversas. De acordo com o Conselho Nacional de Justiça (Brasil, 2016), em 9,5% das ações no Brasil há recursos para instâncias superiores. Assim sendo, se considerarmos que o número de acórdãos recuperados por esta pesquisa representa essa fração do total de processos em primeira instância, poderíamos estimar em, aproximadamente, 3.358 o número total de ações com a mesma motivação.

No presente estudo, foi encontrada uma discreta tendência de absolvição dos profissionais, tanto em primeira quanto em segunda instância: 53,9% e 52,4% de absolvições, respectivamente. Bouchardet *et al.* (2013), em estudo que procedeu a levantamento jurisprudencial de processos cíveis sobre alegado erro odontológico publicados no TJMG no período compreendido entre os anos de 2009 a 2012, encontrou predominância de condenações em relação às absolvições (41 e 35, respectivamente). Rosa *et al.* (2012); Wanderley E Lima *et al.* (2012) e Castro *et al.* (2015) não informaram a prevalência de condenações encontradas.

No estudo realizado por Barbosa *et al.* (2013), que também contemplou somente acórdãos relacionados a erros envolvendo procedimentos relativos à Ortodontia, encontrou-se que, em 66% das ações, houve absolvição do cirurgião-dentista, ressaltando, inclusive, que a Região Centro-Oeste foi onde se verificou o maior número de improcedência dos pedidos. Uma predominância de absolvições ainda maior, de 78% dos casos, foi encontrada por Franco *et al.* (2012), ao analisar documentos de decisões de segunda instância, em âmbito nacional, motivadas por insatisfação com tratamento ortodônticos. Zanin, Herrera e Melani (2016), apesar de terem compreendido um lapso temporal de apenas um ano em seu estudo, encontraram 14 acórdãos relacionados à Ortodontia em nos quais foi observado uma frequência de condenações de 42,85%, ou seja, houve predominância de absolvições. Mesmo considerando as diferenças entre os tamanhos das amostras do estudo atual com aqueles pretéritos, com relação à predominância das absolvições com relação às condenações, houve concordância dos resultados. No estudo desenvolvido por Barbosa *et al.* (2013), foram incluídos acórdãos publicados em todos os Tribunais de Justiça do país, entre os anos de 2001 e 2011, e, ainda assim, foram recuperados somente 60 acórdãos que atenderam aos critérios de inclusão. Já naquele estudo realizado por Franco *et al.* (2012), foram recuperadas decisões entre os anos de 2003 e 2009, também em âmbito nacional, sendo recuperadas 108 decisões colegiadas. Apesar de o presente trabalho contemplar um período de tempo diverso desses citados (até o ano de 2015), o número de acórdãos recuperados foi significativamente maior: 319 documentos. O número inferior de acórdãos recuperados por Barbosa *et al.* (2013) e Franco *et al.* (2012) não constituiu viés com relação à conclusão da discreta predominância de absolvições de

cirurgiões-dentistas que se dedicam a Ortodontia em processos de reparação por alegado erro odontológico.

No presente estudo, o tempo decorrido entre o início do tratamento em lide e a publicação da decisão de segunda instância em média de 10,63 anos. Uma das explicações possíveis para essa observação é a morosidade do Poder Judiciário Brasileiro: desde o ano de 2009 o número de processos “em estoque” na Justiça Estadual, que atualmente é de 59 milhões, tem aumentado. Ainda que o ingresso de novas demandas na Justiça Estadual fosse impedido, seriam necessários cerca de 3 anos para que todo o passivo fosse eliminado (Brasil, 2016).

Outra possível hipótese (que não exclui aquela anteriormente abordada) para explicar o elevado tempo entre o início do tratamento e a sentença em segundo grau, seria o anunciado por Jerrold (1996): alguns dos processos contra ortodontistas são iniciados muito tempo após a finalização do tratamento. O autor considera que muitos pacientes acreditam estar sob os cuidados desses profissionais eternamente, buscando responsabilizá-los diante da constatação de algum problema supostamente relacionado ao tratamento ortodôntico.

Esse extenso lapso temporal também indica que as condutas clínicas e/ou administrativas que potencialmente podem reduzir a possibilidade de um cirurgião-dentista ser processado seriam eficientes somente em um longo prazo. O tratamento ortodôntico que é realizado hoje pelo cirurgião-dentista, em caso desacordo com o paciente que leve a discussão para o âmbito judicial, terá sua resolução definitiva praticamente uma década.

Há, ainda, uma implicação financeira para esse elevado tempo para a resolução da lide. Em caso de sucesso do pleito do paciente e de deferimento do pagamento de indenizações, poderá ser feito a correção monetária do valor, bem como podem ser arbitrados juros de mora. Em ambos os casos, o magistrado pode definir como marco temporal para a aplicação da correção e dos juros a citação ou o chamado evento danoso. Em qualquer dos casos, quanto maior o tempo necessário para a resolução da ação, maior o impacto financeiro para o profissional.

6.2 MOTIVAÇÃO PARA INSTAURAÇÃO DOS PROCESSOS

Os resultados da análise dos documentos coletados indicaram que a maior parte dos pacientes tinha como principal motivação para processar os

cirurgiões-dentistas que conduziam seus tratamentos ortodônticos: a insatisfação com os resultados do tratamento (38,6%); o surgimento ou agravamento de problemas periodontais (11%); a realização de extrações ou ausência dessas no tratamento ortodôntico (10,3%); a ocorrência de reabsorções radiculares (8,5%) e que o planejamento do tratamento deveria ter envolvido cirurgia ortognática (6%).

Quanto à principal causa, foram englobados nessa categoria tantos os processos em que essa insatisfação foi manifestada no transcorrer do tratamento ou quando do seu término. Os dois maiores fatores que podem estar associados aos critérios de sucesso do tratamento ortodôntico são: o resultado tecnicamente obtido e a percepção que o paciente tem desse. A simples análise dos acórdãos não permite uma avaliação técnica do tratamento ortodôntico em lide, mas mais importante que avaliar a qualidade técnica do tratamento executado, é mensurar o nível de satisfação do paciente com esse. Afinal, tratando-se de uma relação comercial, a satisfação do consumidor indica a boa prestação do serviço aos olhos deste, que é o maior interessado. As perspectivas quanto a um tratamento ortodôntico bem executado podem variar consideravelmente entre a percepção do profissional e do paciente. A harmonização das expectativas de ambas as partes é tarefa difícil, mas que pode ser atingida por meio do diálogo entre profissional, pacientes e, quando for o caso, os responsáveis destes (Ackerman e Proffit, 1995). Com relação à percepção do paciente quanto ao resultado do tratamento, podem ser destacados fatores psicossociais dos pacientes (Yao *et al.*, 2016) e que o conforto e controle da dor também parecem estar associados com a perspectiva de sucesso de tratamento por parte dos pacientes (Al-Omiri e Abu Alhaija, 2006).

Os achados do presente estudo divergem daqueles apontados por Machen (1992) em relação à motivação desse tipo de ação nos Estados Unidos da América. Segundo o autor, naquele país, as demandas jurídicas enfrentadas pelos ortodontistas raramente advinham de resultados insatisfatórios no tratamento, mas de problemas de interação entre o profissional, ou sua equipe, com o paciente. Calvielli (1996) afirma que a Odontologia necessita de um aprimoramento das relações entre cirurgião-dentista e paciente tanto quanto dos avanços técnico-científicos. Certamente, a boa relação entre profissional e paciente é fator determinante para que eventual desavença não se torne uma demanda judicial, fato esse comprovado por estudos que associam a satisfação do paciente quanto ao

tratamento ortodôntico com essa boa relação pessoal (Keles e Bos, 2013; Feldmann, 2014). Certamente, essa boa relação favorece o melhor conhecimento do paciente e, consequentemente de seus anseios, além de aumentar as chances de conciliação diante de eventual desconformidade aparente ou real. Assim, o desgaste da relação entre o profissional e paciente pode ser fator determinante para se desencadear uma demanda jurídica. Contudo o fato de quase 40% daqueles que procuram a justiça alegarem não estarem satisfeitos com o resultado do tratamento (ainda que esse não esteja concluído), pode indicar que os profissionais não estão sendo hábeis em informar aos seus pacientes quais seriam os objetivos e limitações do tratamento ou, ainda, que esses serviços odontológicos efetivamente não têm conseguido atingir a expectativa dos seus consumidores, mesmo quando a falha técnica não está presente. Acredita-se que os objetivos dos tratamentos não estejam em perfeita consonância com a real motivação que leva os pacientes à procura do tratamento ortodôntico: a melhoria estética (Da Silva, 2005) que cada vez mais é divulgada como plenamente atingível quando se observa a exposição da Ortodontia na mídia leiga, especialmente imagens do tipo “antes e depois” nas redes sociais (Lima, Cruz e Da Silva, 2016). Entretanto, se a satisfação do paciente é tida como um dos mais importantes resultados do tratamento ortodôntico por parte da literatura odontológica (Al-Omiri e Abu Alhaija, 2006), esse aspecto mostrou-se também muito relevante para se evitar demandas judiciais no Brasil.

Para Machen (1990), uma das grandes falhas dos ortodontistas está em serem ineficientes para registrarem em prontuário condutas dos pacientes que podem influenciar no tratamento ortodôntico, como má higiene bucal, quebras de acessórios ortodônticos, lesões de cárie e restaurações danificadas, além de cancelamentos ou faltas às consultas. Os resultados obtidos no presente estudo sugerem que esse tipo de falha não foi significativa para motivar muitas demandas contra os profissionais, no Brasil, tendo em vista que em apenas três dos casos houve alegação na elaboração e guarda de documentos. Esse tipo de omissão do profissional pode acarretar dificuldades em comprovar a culpa do paciente em eventual resultado adverso e, até mesmo, a culpa exclusiva desse, o que poderia afastar a chance de condenação.

Considerando os aspectos técnicos, os resultados do estudo ora apresentado são concordantes com a afirmação feita por Cruz e Chaves Cruz (2008).

Mais uma vez, os aspectos de relacionamento citados pelos autores não foram encontrados entre os principais motivos para motivação das demandas relacionadas a tratamentos ortodônticos nas regiões pesquisadas.

Melani e Silva (2006) identificaram, por meio de questionários, quais os motivos de insatisfação dos ortodontistas em relação ao tratamento por eles executado. A autora encontrou que 40% dos profissionais estavam insatisfeitos com a evolução clínica do tratamento, enquanto 30% deles com o tempo de duração desses. Quanto ao primeiro motivo de insatisfação apresentado pela autora, houve concordância entre a opinião dos profissionais e a motivação de instauração das disputas judiciais apresentadas pelo presente estudo. Embora os profissionais se mostrem insatisfeitos com os tratamentos que se estendem por longo período de tempo, esse fator representou 1,9% das reclamações que motivaram as ações na justiça.

Em seu trabalho, ao analisar as razões das queixas apresentadas por pacientes em processos judiciais, Franco *et al.* (2012) encontraram que 9,26% dos requerentes alegaram falta de informação com relação ao tratamento; 12,96% queixaram-se do excessivo tempo dispendido para a terapia; 25% indicaram influência de outro profissional; 20,37% afirmaram ter sofrido algum tipo de lesão bucal; enquanto 32,41% consideraram insatisfação pessoal. Os resultados ora apresentados também coadunam com esses, tendo em vista que, além dos 42,2% que relatam insatisfação com o resultado do tratamento, o que pode ter sido considerado no trabalho de Franco *et al.* (2012) “insatisfação pessoal”, o agrupamento de categorias do presente estudo relacionadas a lesões bucais, certamente resultaria em um dos maiores motivos de insatisfação com o tratamento.

Neste trabalho, uma das lesões bucais mais apresentadas como motivação para instauração dos processos foi a ocorrência de reabsorções dentais. A Ortodontia é provavelmente a única especialidade da Odontologia que utiliza a inflamação como ferramenta para solucionar problemas funcionais e estéticos (Brezniak e Wasserstein, 2002). Ao passo que inflamação assume um papel fundamental na movimentação ortodôntica, ela também ocasiona seus sintomas e sinais típicos, dentre estes, o mais indesejável pelos profissionais, talvez seja a reestruturação tecidual representada, no caso em tela, pela reabsorção radicular inflamatória. Os fatores relacionados ao tratamento ortodôntico que tem relação com

a reabsorção radicular contemplam a duração do tratamento ativo, método de aplicação da força (intermitente ou contínuo), intensidade da força e direção do movimento dentário. Já os fatores inerentes ao indivíduo estão relacionados a determinados tipos de medicações, densidade óssea alveolar, influências genéticas, tratamentos endodônticos, histórico de traumas, morfologia radicular, dentre outros (Segal, Schiffman e Tuncay, 2004; Consolaro, 2005; Weltman *et al.*, 2010; Castro *et al.*, 2013; Brito *et al.*, 2016). Entre 1 e 5% dos pacientes apresentam reabsorções radiculares inflamatórias induzidas por tratamentos ortodônticos em sua forma severa, ou seja, com mais de 4mm ou um terço de perda radicular com relação ao comprimento original (Killiany, 1999; Weltman *et al.*, 2010). Dessa forma, deve ser considerado que o paciente necessita de entender esse risco e, caso opte pelo tratamento ortodôntico, estar disposto a corrê-lo. Cabe ao profissional o dever ético e legal de informar e obter o consentimento do paciente também com relação a essa possibilidade, sendo que o TCLE tem papel fundamental nesse processo. Apesar de haver um risco inerente ao tratamento ortodôntico, o profissional não se exime de realizar o melhor planejamento, considerando as peculiaridades do caso, a fim de se evitar fatores que possam aumentar o risco desse tipo de reabsorção radicular, nem, tampouco, de realizar exames complementares e adotar as condutas recomendadas caso constate o problema.

As extrações dentais em um tratamento ortodôntico com aparelhos fixos constituem uma das abordagens terapêuticas frequentemente utilizadas com o objetivo de dissolver apinhamentos e reduzir a protrusão dos dentes e tecido mole por ele suportado. Essa abordagem foi mais ou menos utilizada de acordo com a época e fatores socioeconômicos (Ileri *et al.*, 2012). A decisão relativa às extrações dentárias ainda é um desafio para o cirurgião-dentista que se dedica à Ortodontia. A eficácia da extração de um incisivo inferior também já foi demonstrada na literatura (Ileri *et al.*, 2012).

Os resultados obtidos pela análise dos documentos selecionados neste trabalho permitem inferir que as extrações dentais ainda constituem motivo de discórdia entre pacientes e profissionais. A categoria criada neste estudo contém não somente os casos de insatisfação com relação às extrações realizadas, mas também quanto àquelas que não o foram. Em verdade, houve questionamento com relação ao planejamento realizado, ora considerando-se que deveria ter

contemplado extrações dentárias, e não o fez, ou a situação inversa. Em 10,3% dos casos, esse foi o principal fato que motivou as lides. Lutz (1938) já considerava a necessidade de extrações como um tema polêmico dentro da Ortodontia brasileira. Apesar de não possuir casuística forense para analisar o impacto que esse recurso teria para desencadear demandas judiciais, o autor já considerava que a extração dental deveria ser empregada com cautela. Para Jung e Kim (2016), um dos maiores problemas relativos à adoção ou não das extrações dentais como parte do planejamento do tratamento ortodôntico reside no fato de que, em muitos casos, a escolha é feita com base na experiência do profissional, o que pode causar diferenças de planejamento intra e interprofissionais. A literatura indica que os profissionais, ao planejar o tratamento ortodôntico, têm de forma bem definida a necessidade ou não de extrações dentárias em pacientes, sobretudo aqueles Classe I, exceto quando se trata de casos limítrofes, conhecidos como *borderline*. Nesse último caso, os estudos indicam que os resultados dos tratamentos são semelhantes, queira sejam realizados com ou sem extrações dentárias (Xu *et al.*, 2006; Ileri *et al.*, 2012; Konstantonis, Anthopoulou e Makou, 2013; Anthopoulou, Konstantonis e Makou, 2014). Dessa forma, sendo o paciente chamado a fazer parte da escolha do plano de tratamento, pode ser que a autonomia desse seja respeitada sem que haja impactos negativos para o resultado do tratamento. Em última análise, caso não haja consenso entre o plano de tratamento proposto pelo profissional (seja ele com ou sem extrações dentárias) e aquele predileto pelo paciente, sempre há a possibilidade de que aquele decline de tratar este.

Ainda com relação ao planejamento realizado, assumiu importância dentre as motivações para o questionamento judicial a não opção pelo tratamento combinado entre a Ortodontia e a Cirurgia Bucomaxilofacial. O bom diagnóstico, planejamento e execução do tratamento são etapas imprescindíveis para o tratamento dos problemas oclusais de forma exitosa. Contudo, a correção dos aspectos oclusais nem sempre garante a harmonização dos aspectos faciais (Arnett e Bergman, 1993). Para Arnett e Gunson (2004) a análise clínica da oclusão e modelos de trabalho indicam a presença de um problema, mas a abordagem terapêutica de como tratá-lo deve ser feita por meio da análise da face: quando as bases ósseas estão alteradas a ponto de ocasionar desequilíbrio da estética facial do paciente, um tratamento associada com cirurgia ortognáticas pode estar indicado.

O tratamento ortodôntico associado à cirurgia ortognática tem sido empregado com sucesso para proporcionar melhora da estética facial, funções mastigatórios e fonética de pacientes portadores de deformidades dentofaciais (Ambrizzi *et al.*, 2007). Os exames complementares podem contribuir para que o profissional forme sua convicção com relação à indicação do procedimento combinado entre a cirurgia e a Ortodontia, favorecendo um melhor diagnóstico e plano de tratamento.

Outro ponto fundamental para a definição do plano de tratamento a ser seguido é a percepção do paciente e, conseqüentemente, se há queixa quanto aos aspectos faciais. Embora a percepção da beleza facial seja inata, a tradução dessa em metas terapêuticas para tratamento é difícil (Arnett e Bergman, 1993). Pacientes portadores de deformidades dentofaciais muitas vezes são motivados a procurar tratamentos cirúrgicos em função da insatisfação com seu aspecto facial. Há que se levar em consideração também que esses pacientes podem apresentar problemas psicológicos relacionados à autoestima e sociabilidade (Ambrizzi *et al.*, 2007; Valladares-Neto *et al.*, 2014). Assim, além dos aspectos objetivos fornecidos por exames complementares, a imagem que o paciente tem de si próprio é essencial na escolha entre um tratamento compensatório ou aquele combinado com cirurgia ortognáticas. Caso o paciente manifeste insatisfação com seu aspecto facial, o resultado obtido por um tratamento compensatório pode representar uma frustração, estimulando a sensação de que o objetivo do tratamento não tenha sido atingido, ainda que os aspectos oclusais apresentem-se satisfatórios. O papel do profissional na informação com relação às possibilidades terapêuticas, ainda que inicialmente o paciente mostre-se avesso a procedimentos cirúrgicos, é essencial para dirimir dúvidas e excluir efetivamente a possibilidade de que de um ou outro plano de tratamento seja adotado. Ainda que se exclua uma das possibilidades de tratamento, é recomendável apresentar ambos em um TCLE, para que fique clara e documentada a participação do paciente na escolha da forma mais adequada para atingir o resultado almejado após ter sido empoderado pela correta informação. Pacientes que não podem compreender adequadamente as possibilidades terapêuticas apresentadas ou que não estão devidamente preparados para lidar com os resultados do tratamento podem desenvolver expectativas irreais e, conseqüentemente, insatisfação com relação a esses (Phillips, Hill e Cannac, 1995). Vale ressaltar, ainda, que em muitos casos o tratamento compensatório e aquele

associado à cirurgia ortognáticas possuem sentidos opostos, de forma que a mudança de planejamento já com o tratamento em curso pode ocasionar, além da perda de tempo e recursos financeiros, possibilidade de indução de movimentos dentários indesejáveis e desnecessários. Essa movimentação inoportuna ganha papel mais importante diante de eventuais limitações iniciais do caso ou de reabsorções dentárias, por exemplo. Também essa ressalva merece ser feita de forma explícita em documento que possa comprovar que o profissional alertou o paciente dos problemas que poderiam advir de uma mudança de plano de tratamento com a mecanoterapia em curso.

De acordo com as análises realizadas em 11% dos acórdãos o agravamento ou surgimento de doença periodontal foi a motivação principal para os processos de reparação civil. Apesar de não ter sido possível extrair dos documentos esta informação de forma explícita, é provável que os 1,9% de casos cuja motivação foi a perda de elementos dentários estejam, também, relacionados a agravamento da doença periodontal. Essa alegada falha constituiria quase 12% de todas as alegações, em realidade semelhante àquela apresentada já há décadas nos Estados Unidos da América, de acordo com Machen (1989). Ainda segundo o mesmo autor, é consenso entre os operadores do direito envolvidos em demandas entre pacientes e ortodontistas que, nos casos de negligência, a principal reclamação está relacionada a tratamentos ortodônticos iniciados em pacientes com situação periodontal adversa ou a falta de avaliação periodontal durante o período ativo do tratamento, resultado em desenvolvimento e evolução de doença periodontal. O autor salienta ainda que a falta do correto diagnóstico e planejamento ortodôntico pode contribuir ainda mais para o agravamento dessa situação, que, embora seja mais prevalente em pacientes adultos, pode ocorrer também em adolescentes com certa frequência. Kokich (2013) acredita que a prevalência da doença periodontal na população estadunidense e a influência desse nos tratamentos ortodônticos é maior que se acreditava. Segundo o autor, as metodologias utilizadas até o ano de 2010 não promoviam o correto acompanhamento dos pacientes a fim de determinar-se a presença ou não da doença periodontal, de forma que a prevalência desse problema foi subestimada. O aprimoramento das metodologias das pesquisas permitiu a conclusão de que 47% da população estadunidense acima dos 30 anos possui algum grau de doença

periodontal e a prevalência é de 70% em idades superiores aos 65 anos. O autor considera a realidade de que cada vez mais adultos procuram os consultórios odontológicos buscando por tratamentos ortodônticos e questiona se efetivamente os profissionais estão preparados para diagnosticar e planejar os casos em que a doença periodontal é um limitante. A presença do aparelho ortodôntico é associada a dificuldades na escovação dental, facilitação do acúmulo de restos alimentares (Moosa *et al.*, 2015), além de promover mudanças na microbiota associada à placa dental que potencialmente podem favorecer o desenvolvimento da doença periodontal (Sallum *et al.*, 2004; Willmot, 2008). O tratamento ortodôntico indubitavelmente pode trazer benefícios à saúde periodontal dos pacientes: a correção de apinhamentos, giroversões, mordidas profundas pode favorecer a melhor higienização ou evitar traumas que poderiam lesar o periodonto (Boke *et al.*, 2014). Entretanto, deve haver uma cooperação entre os cirurgiões-dentistas responsáveis pelos tratamentos ortodôntico e periodontal, e desses com o paciente, a fim de se preservar a saúde periodontal (Boke *et al.*, 2014).

Apesar de ter apresentado prevalência de apenas 1 caso, as lesões extrabuciais ocasionadas por aparelhos que usam essa região para ancoragem chamaram atenção pela gravidade. Um dos acórdãos recuperados na pesquisa no TJGO relatava perda da quase total da visão em uma criança pela deficiência na manipulação de aparelho para ancoragem extrabucal. A presença de apenas um caso com essa complicação poderia indicar sua raridade de ocorrência, entretanto um estudo com ortodontistas ingleses encontrou uma prevalência de 4% de lesões ocasionadas por aparelho de ancoragem extrabucal com tração alta, sendo que 40% dessas eram encontradas fora da cavidade bucal e, 50% das lesões extrabuciais ocorriam no terço médio da face (Travess, Roberts-Harry e Sandy, 2004). Meeran (2013) também relata o risco desse tipo de lesão seja pelo deslocamento do aparelho durante o sono ou mesmo durante a sua manipulação para sua colocação ou retirada. Além do risco do trauma mecânico, o autor salienta o risco biológico em potencial, tendo em vista a grande quantidade de bactérias presentes na cavidade bucal e que, transferidas pelo aparelho, poderiam ocasionar infecções em outras regiões, sobretudo nos olhos. O monitoramento do paciente por parte dos pais e responsáveis para a colocação e retirada desse tipo de aparelho, o uso de

mecanismos de segurança nos arcos são essenciais para minimizar as chances de ocorrência desse tipo de lesão.

De acordo com Yao *et al.* (2016) o risco de ocorrência de complicações inerentes ao tratamento ortodôntico, como o agravamento de doença periodontal, dores e desconfortos, pode ser ofuscado pelas expectativas exacerbadas dos pacientes. Fato semelhante pode acontecer quanto ao tempo que o paciente deve dispor para as visitas frequentes necessárias ao bom andamento do tratamento e manutenção de uma higiene bucal ideal. Dessa forma, é essencial o correto e bom esclarecimento acerca dos riscos e benefícios do tratamento.

Para Abdelkarim e Jerrold (2015b), tendo em vista a prática clínica da ortodontia resultar em um número relativamente pequeno de lides judiciais, os profissionais sentem-se enganosamente seguros com relação à possibilidade de serem questionados na justiça, o que pode encorajá-los a adotar práticas que os exponham a maiores riscos. Dentre essas práticas, os autores citam delegação inadequada de procedimentos à auxiliares e consultas clínicas que possam comprometer o processo de diagnóstico e/ou plano de tratamento. Os resultados alcançados pela presente pesquisa não indicaram, de forma direta, que a participação de auxiliares na parte ativa do tratamento ortodôntico tenha sido relevante como causa principal das lides judiciais, ainda que a participação das auxiliares extrapolando seus limites legais seja uma realidade nos consultórios odontológicos (Silva *et al.*, 2006). Essa atuação pode, sem dúvidas, contribuir para resultados adversos que se mostraram relevantes neste trabalho, como a não obtenção do resultado pactuado, desenvolvimento de lesões de cárie, doença periodontal, dentre outros.

Neste trabalho, todas as principais motivações alegadas para a instauração das ações podem estar relacionadas à etapa do tratamento ortodôntico que, segundo Proffit, Fields e Sarver (2012), é uma das mais importantes: a determinação do plano de tratamento. Notoriamente, a falha na determinação do plano de tratamento poderia ocasionar o insucesso da terapia podendo esse se manifestar na forma da não obtenção dos resultados pretendidos (categoria que poderia incluir os questionamentos relativos à realização ou não de extrações ou cirurgias ortognáticas) ou prejuízo aos tecidos de suporte dental.

Os resultados encontrados indicam que os procedimentos sugeridos por Abdelkarim e Jerrold (2015a) são adequados para minimizar-se as chances de processos também no Brasil. Esse fato pode sugerir que, embora a principal motivação das lides tenha se mostrado diferente nos dois países, as condutas a serem seguidas por parte dos cirurgiões-dentistas para minimizar as chances de serem demandados são semelhantes. Nesse toar, Capelozza Filho e Petrelli (1993) já sugeria que o estudo de experiências adquiridas por profissionais que atuam em sociedades mais desenvolvidas pode, incontestavelmente, possibilitar que se evite problemas previamente reconhecidos.

6.3 IMPACTO FINANCEIRO DAS AÇÕES PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA

A prevalência de condenações por danos morais encontrada no presente trabalho foi de 36,7%, maior que aquela por danos materiais (27%) e, também, que por danos estéticos (1,3%). Essa maior prevalência de condenações por danos morais em relação aos demais danos também foi encontrada por Fernandes *et al.* (2012), em pesquisa de acórdãos relacionados a alegado erro odontológico no TJ do Rio Grande do Sul, por Rosa *et al.* (2012), que pesquisou o mesmo tema no TJ de São Paulo, por Castro *et al.* (2015), em acórdãos da região Centro-Oeste e por Zanin, Herrera e Melani (2016), em pesquisa no TJ de São Paulo. A concordância desses resultados indica que, tanto nas ações em que são questionados procedimentos odontológicos em geral como naquelas em que são questionados exclusivamente procedimentos ortodônticos, há uma maior facilidade em se caracterizar o dano moral em detrimento do dano material.

Com relação aos valores de indenizações, o presente trabalho encontrou valores máximos superiores que aqueles relatados por Fernandes *et al.* (2012) e por Castro *et al.* (2015), mas inferior ao valor máximo de indenização por danos morais encontrado por Rosa *et al.* (2012), que foi de R\$324.000,00.

O presente estudo também encontrou uma baixa prevalência de solicitação de indenização por danos estéticos e baixa frequência de deferimento dessa, à semelhança dos achados de Bouchardet *et al.* (2013), Fernandes *et al.* (2012) e Castro *et al.* (2015). Apesar de a Súmula número 387 do STJ anunciar que “é lícita a cumulação das indenizações de dano estético e dano moral” (Brasil, 1988), os achados podem indicar que, na prática, os tribunais e as partes ainda não se

adequaram a essa possibilidade. Para alguns autores, o dano estético é uma modalidade de dano moral, enquanto, para outros, aquela é uma categoria autônoma de dano. Os autores que consideram essa última hipótese, fundam-se no Art. 5º da Constituição Federal, que prevê, de forma expressa, além do direito de resposta ao agravo, o direito à indenização pelo dano moral, pelo dano material e também pelo dano à imagem (De Melo, 2014). Tendo em vista a dúvida, para alguns, sobre a cumulatividade entre esses tipos de indenização, ou mesmo o desconhecimento com relação a possibilidade de solicitação do dano estético, a baixa frequência do pleito a esse pode justificar-se.

Ainda que não haja uma condenação, o simples fato de o profissional ser demandado acarreta ônus financeiro a esse, que nem sempre são revertidos ao final da ação. É importante ressaltar, ainda, que o valor das indenizações não reflete de forma fiel o impacto financeiro que cada ação provoca nas finanças do profissional demandado. A esses valores, são somados, ainda, para o cálculo do valor total dispendido pelo profissional: custas processuais, honorários de sucumbência, correções monetárias e juros de mora.

6.4 TIPO DE RESPONSABILIDADE CIVIL

A legislação atual traz de forma clara que a responsabilidade civil dos profissionais liberais é apurada diante da existência da culpa: a responsabilidade civil subjetiva. Da mesma forma, no caso dos prestadores de serviço que não possam ser considerados como profissionais liberais, a legislação considera que a sua responsabilidade existe independente de haver culpa: a responsabilidade objetiva (Brasil, 1990). Da forma como a legislação se coloca, o tipo de responsabilidade civil está intimamente relacionado ao tipo de entidade que se encontra no polo passivo da lide: se pessoa física, pessoa jurídica ou ambas. Os resultados alcançados por esta pesquisa indicam que, na maioria dos acórdãos analisados (59,25%), havia exclusivamente pessoas físicas no polo passivo das ações, ou seja, apenas cirurgiões-dentistas como profissionais liberais. Em 84% dos acórdãos dos quais se pode extrair o tipo de responsabilidade civil considerada, ocorreu a responsabilidade subjetiva e em apenas 13% a responsabilidade objetiva. A responsabilidade objetiva foi considerada quando havia exclusivamente pessoa jurídica no polo passivo, sendo essa, na grande maioria das oportunidades, clínica

odontológica ou operadora de plano de saúde. Em alguns casos, tanto a pessoa física quanto a pessoa jurídica foram demandados, situação em que os magistrados separaram a forma de responsabilização de cada um dos componentes do polo passivo. Houve situações em que se admitiu que a pessoa jurídica deveria responder independentemente da existência de culpa de cirurgião-dentista que realizou o tratamento em seu nome, ou seja, de seu preposto. Contudo, em muitos casos a responsabilidade objetiva da pessoa jurídica estava condicionada à apuração de culpa do cirurgião-dentista que desenvolveu o ato odontológico questionado. Esse comportamento dúbio em segunda instância pode gerar uma perspectiva de relativização da responsabilidade objetiva das clínicas odontológicas que se dedicam à prestação de serviços na área da Odontologia.

Atualmente, fatores como tributação diferenciada e facilidade para credenciamento em operadoras de planos odontológicos são atrativos aos cirurgiões-dentistas que atuam por meio de empresas (Pereira *et al.*, 2011), mas responder objetivamente por erros odontológicos pode ser um ponto de desequilíbrio nessa escolha. A possibilidade de discussão da culpa do preposto para, só então, responsabilizar-se a pessoa jurídica, na prática, é como se a própria empresa respondesse subjetivamente pelos serviços prestados. Talvez essa perspectiva possa ser o fator decisivo na escolha entre prestar os serviços como profissional autônomo ou por meio de uma pessoa jurídica. Essa perspectiva também tem reflexos na escolha dos profissionais que a empresa escolhe para prestarem serviço dentro de suas dependências: a boa qualificação do profissional pode refletir em menor quantidade de processos ou de condenações diante de eventuais demandas jurídicas.

Não foram constatadas dúvidas na literatura ou na análise proporcionada por este estudo quanto à forma de responsabilização da pessoa física do cirurgião-dentista.

6.5 TIPO DE OBRIGAÇÃO CONTRATUAL

No presente estudo, optou-se por somente coletar dados relativos à obrigação contratual do profissional quando esta estava explícita no acórdão, sem que fossem feitas interpretações. Adotou-se esse critério por considerar-se que, se esse aspecto não foi citado na fundamentação da decisão, possivelmente o

magistrado relator não o julgou relevante e, dessa forma, provavelmente exerceu pouco impacto em seu veredicto. Os resultados indicaram uma predominância dos documentos em que a obrigação contratual do profissional que desenvolveu o tratamento ortodôntico foi considerada como sendo de resultado: 69,4% dos casos. Ressalta-se que, em 58% do total de acórdãos examinados, não foi possível extrair essa informação de forma clara, não sendo possível saber se essa supressão foi maior para um tipo de obrigação contratual que para o outro. Os resultados encontrados foram divergentes daqueles encontrados por Barbosa *et al.* (2013) e indicaram que a caracterização da Ortodontia como obrigação de meio ocorreu em 83% da amostra, enquanto a obrigação de resultado em 17% dessa, sendo que, nessa última condição, houve uma maior tendência de condenação do CD. Essa diferença pode ser influenciada pela metodologia adotada nesse estudo, tendo em vista que nos casos em que não foi possível a extração clara da informação relativa ao tipo de obrigação contratual das decisões, um advogado inferiu a classificação. Resultado divergente também foi encontrado por Franco *et al.* (2012), que encontrou similaridade entre os tipos de obrigação nos acórdãos pesquisados.

A literatura demonstra que o profissional que se dedica a Ortodontia não tem convicção da forma como se dá sua obrigação contratual para com o paciente. Pode-se inferir que esses cirurgiões-dentistas, apesar de conhecerem as limitações biológicas dos pacientes, das técnicas disponíveis e até mesmo suas limitações pessoais, comprometem-se com a obtenção de determinado resultado exitoso do tratamento, seja pela falta de um pacto formal dos objetivos do tratamento ou pela efetiva garantia de se atingir a oclusão perfeita. Da Silva (2005) afirma que 40% dos ortodontistas envolvidos em seu estudo asseguravam sucesso do tratamento ortodôntico, embora 100% dos profissionais pesquisados reconhecesse que haviam fatores imprevisíveis que poderiam influenciar no desenvolvimento e no resultado do tratamento.

Ainda de acordo com Da Silva (2005), ao serem questionados com relação ao principal objetivo do tratamento ortodôntico, 90% dos profissionais responderam que seria a melhoria das condições estéticas e funcionais, em conjunto. Quando o mesmo questionamento foi feito aos pacientes desses profissionais, 60% responderam que esperavam uma melhora estética e funcional e 33% responderam que a melhora estética era a principal expectativa. Entretanto, quando foram

questionados quanto à principal razão para terem buscado o tratamento ortodôntico, 61% dos pacientes pesquisados responderam que os motivos eram estéticos, enquanto 17% afirmaram serem motivos funcionais. Sabendo-se que a maior parte dos pacientes busca o tratamento ortodôntico em função da melhoria estética, é natural que, aos olhos do leigo e da sociedade em geral, esse tipo de tratamento seja mais frequentemente associado a uma obrigação contratual de resultado, pois aquele que procura um serviço para melhora da aparência o faz buscando o resultado.

Para Prado *et al.* (2016), uma decisão do Superior Tribunal de Justiça como aquela proferida no Recurso Especial Civil n. 1.238.746 - MS, tem inegável potencial de influência nas sentenças dos juízes singulares, na medida em que classifica a Ortodontia como especialidade em que, mormente, há obrigação contratual de resultado. Poder-se-ia imaginar, então, que a influência dessa jurisprudência teria direcionado a um maior número de acórdãos em que os procedimentos relacionados à Ortodontia seriam dessa forma classificados. Entretanto, considerando o ano de publicação do acórdão (ano de 2011), não houve diferença estatisticamente significativa entre a frequência com a qual a Ortodontia foi considerada como especialidade em que há obrigação contratual de resultado nos acórdãos analisados, considerando como marco temporal o ano dessa publicação (Tabela 6). Assim, a jurisprudência do STJ não se constituiu de marco relevante para a mudança do posicionamento dos juízes singulares com relação a esse tema. Tal fato pode indicar que a Ortodontia já era vista aos olhos da justiça como área em que o profissional se obriga com o resultado ou que os juízes de primeira instância têm julgado os processos de acordo com suas peculiaridades, conduta essa inclusive sugerida por Prado *et al.* (2016). Outra possibilidade, ainda, é a de que os magistrados e as partes desconhecem a jurisprudência ora em tela.

6.6 MENÇÃO A DOCUMENTOS ODONTOLÓGICOS NOS ACÓRDÃOS

A autonomia do indivíduo reside no conceito racional do consentimento informado. A informação adequada ao paciente durante o tratamento ortodôntico com relação ao tratamento confirma que a relação entre esse e o cirurgião-dentista é baseada na confiança (Alagesan *et al.*, 2015). A confecção e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) comprova que a autonomia do

paciente foi respeitada antes e durante o tratamento, permitindo que o paciente tenha expectativas mais realistas com relação aos objetivos do tratamento (Franco *et al.*, 2012). Com relação à presença do TCLE nos acórdãos examinados, a baixa frequência com que esses foram citados (em apenas 1,3% dos acórdãos) pode refletir que, efetivamente, os profissionais demandados não têm se atentado para a importância ética e legal deste documento durante os tratamentos realizados, pelo menos não de forma formal e física (escrita). Embora seja possível que os profissionais processados tenham cumprido seu dever de informar de forma verbal, a apresentação de um documento escrito é prova do cumprimento dessa obrigação imposta pelo Código de Ética Odontológica (Brasil, 2013) e pelo Código de Defesa do Consumidor (Silva, 2008). Embora o presente trabalho não tenha se restringido à pesquisa exclusivamente de ortodontistas, os resultados encontrados quanto a não presença de TCLE para o tratamento são ainda mais expressivos do que aqueles encontrados por Da Silva (2005), que identificou que 70% dos ortodontistas pesquisados não elaboravam ou não anexavam ao prontuário de seus pacientes Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Da Silva (2005) identificou, ainda, que 30% dos ortodontistas por ela pesquisados não realizavam nenhum tipo de contrato de prestação de serviços com seus pacientes e, dentre aqueles que faziam contratos, apenas 10% o consideravam parte integrante do prontuário do paciente. No presente estudo, foi encontrada uma frequência menor de utilização de contrato de prestação de serviços para os profissionais demandados: apenas 24,1%. O resultado encontrado se mostra ainda mais contrastante quando considerado aquele constatado por Barroso *et al.* (2008) que encontrou que 87% dos ortodontistas que fizeram parte da amostra de seu estudo por questionários utilizavam algum tipo de contrato em seus tratamentos.

O TCLE é documento indispensável na prática odontológica em geral e também na ortodôntica, constituindo uma obrigação ética do cirurgião-dentista (Brasil, 2013). Na medida que esse documento é ferramenta para o empoderamento do paciente com relação às informações concernentes ao tratamento ao qual será submetido, ou seja, ao serviço que será consumido, constitui também uma obrigação legal do profissional, de acordo com o CDC (Brasil, 1990).

Com relação ao contrato de prestação de serviços, não há obrigatoriedade de elaboração desse em forma escrita, de acordo com o CDC.

Contudo, quando da ocorrência de uma lide judicial, o contrato formalmente celebrado pode ser anexado aos autos, comprovando as condições acordadas entre o cirurgião-dentista e o paciente para realização do tratamento, inclusive os valores e formas de pagamento dos honorários profissionais.

A baixa frequência com que esses documentos aparecem nos acórdãos analisados e a discordância entre essa e os valores apontados pela literatura, indica que o profissional que não elabora o TCLE e contrato de prestação de serviços é mais comumente demandado judicialmente. Apesar desse indício, outros estudos seriam necessários para confirmação dessa hipótese, tendo em vista que os acórdãos contêm informações que são a eles levados pelas partes.

6.7 FATORES DE RISCO PARA CONDENAÇÃO EM SEGUNDA INSTÂNCIA

A Tabela 7 apresenta a associação entre variáveis que supostamente poderiam influenciar na condenação do cirurgião-dentista em segunda instância, e a sentença da decisão colegiada condenatória nos acórdãos analisados.

A priori, admitiu-se que haveria uma influência entre a frequência observada de sentenças condenatórias em primeira instância com aquelas esperadas para decisão colegiada, fato esse que se mostrou estatisticamente significativo. Procedeu-se, então, ao cálculo do risco relativo de condenação em segunda instância tendo em vista uma condenação pelo juiz singular, obtendo-se um valor de 6,24 (4,283 – 9,092). Tendo como referência os acórdãos analisados, pode-se inferir que, ao ser condenado em primeira instância em função de uma alegada falha em tratamento ortodôntico, o profissional tem, em média, um risco de condenação de mais de seis vezes com relação aos casos em que houve absolvição. Essa afirmação pode impactar de forma definitiva a decisão do profissional em apelar de uma sentença desfavorável em primeira instância: haverá custos para tal recurso ao TJ e a chance de manutenção da condenação é grande. Essa associação estatística demonstra, também, concordância entre as sentenças primárias e dos TJ, pelo menos no que diz respeito ao resultado final. Importante ressaltar que, ainda que seja mantida a condenação, poderá ocorrer alteração nos valores da condenação, de forma que a análise individual do caso também deve ser levada em consideração para que o profissional decida entre apelar ou não da sentença desfavorável em primeira instância.

Analizou-se, também, a influência do tempo de tratamento nas frequências observadas e esperadas de decisões colegiadas condenatórias. Para tanto, dividiu-se os acórdãos em que foi possível registrar o tempo do tratamento ortodôntico em lide em dois grupos, levando-se em consideração a mediana: um grupo com tempo de tratamento superior a 3 anos e outro grupo com esse período igual ou inferior a 3 anos. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa para os dois grupos, o que indica que o tempo de tratamento não influenciou na condenação ou absolvição do profissional em segunda instância. Certamente, apesar de não influenciar na sentença do acórdão, o tempo de tratamento pode ser definitivo para motivação do paciente em recorrer à justiça. Também deve ser levado em consideração que, quanto maior o tempo de tratamento, maior a possibilidade de o paciente estar sujeito a acidentes de complicações inerentes à terapia ortodôntica.

Realizou-se tratamento estatístico a fim de se verificar se houve diferença significativa entre as frequências esperadas e observadas de condenações e absolvições, tendo como marco temporal o ano de 2011, ano de publicação da jurisprudência do STJ que classificou a Ortodontia como especialidade que, via de regra, obriga-se a atingir o resultado dos tratamentos. A análise estatística demonstrou não haver diferença estatisticamente significativa, de forma que a publicação da jurisprudência não impactou na tendência de condenação das ações julgadas pelos Tribunais de Justiça nas regiões pesquisadas.

A natureza jurídica do réu também foi considerada para análise das frequências esperadas e observadas de condenação em segunda instância. De acordo com o CDC, o fornecedor responde por eventual dano independente da existência de culpa, fazendo-se exceção à essa regra o profissional liberal (Silva, 2008). Esperava-se que a existência de pessoa jurídica no polo passivo das ações fosse impactar negativamente para o profissional, culminando em uma maior chance de condenação. Contudo, a análise dos acórdãos demonstrou não haver diferença estatisticamente significativa nas condenações quando há empresas no polo passivo em relação à presença somente de profissionais liberais nesse. A ausência dessa influência pode ter se dado por uma maior eficiência administrativa das empresas em relação à pessoa física. É possível que as pessoas jurídicas que se dedicam à prestação de serviços relacionados à Ortodontia estejam amparadas por uma estrutura de assessoria jurídica e administrativa que consegue resolver as

demandas consideradas com potencial de decisão desfavorável em primeira instância ou mesmo extrajudicialmente. Se essa hipótese for verdadeira, haveria influência na quantidade de condenações das pessoas jurídicas em segunda instância, tendo em vista que somente os casos em que houvesse uma indicação de tendência de absolvição chegariam a essa instância. Nalliah (2017) relatou que, nos Estados Unidos da América, os cirurgiões-dentistas não têm acompanhado a tendência de outras profissionais de saúde em desenvolver suas atividades de forma conglomerada, formando grupos maiores, com estruturas administrativas mais robustas. Ao contrário, os cirurgiões-dentistas naquele país em sua maioria ainda atendem em pequenos consultórios, muitas vezes sem padrões rígidos de condutas clínicas e de tomada de escolha. Os resultados encontrados no presente trabalho também podem indicar realidade similar, entretanto dentro da própria Odontologia, entre empresas e profissionais liberais.

Finalmente, considerou-se a influência do tipo e obrigação contratual considerada no acórdão nas frequências esperadas e observadas de condenações em segunda instância. Houve diferença estatisticamente significativa nas frequências de decisões condenatórias quando a decisão colegiada julgou a obrigação contratual do profissional que se dedica à Ortodontia como sendo de resultado. O risco relativo de haver uma condenação em segunda instância quando a obrigação contratual é considerada como sendo de resultado é, em média, 2,42 vezes o risco de condenação quando a obrigação contratual é considerada como sendo de meios. Essa associação demonstra que os cirurgiões-dentistas têm razão em temer o fato de a Ortodontia ser considerada especialidade em que o profissional se compromete com resultado, ao menos no que se refere às chances de condenações em demandas judiciais.

Considerando todas as variáveis contempladas nessa análise, embora algumas delas não tenham demonstrado influência estatisticamente significativa, há evidências de que deve haver mudanças no comportamento do profissional que se dedica à Ortodontia. Esforços devem ser realizados no sentido de se buscar o aprimoramento técnico-científico, não só com relação a temas exclusivos à técnica Ortodontia, mas também com relação à Odontologia Legal e às formas como as duas especialidades odontológicas podem colaborar entre si. O engrandecimento de conhecimentos relativos às condutas legais e administrativas pode ser determinante

diante de escolhas que vão impactar a carreira e também a vida pessoal do cirurgião-dentista. A diminuição do risco de demandas judiciais está associada ao aprimoramento da estrutura administrativa do consultório, seja por meio da elaboração de documentos mais sólidos e individualizados evitando as demandas, ou pela adoção de condutas que resguardecem o profissional diante da eventualidade de um questionamento judicial.

A otimização da técnica ortodôntica, não delegação de procedimentos de competência exclusiva do cirurgião-dentista e um tempo de consulta adequado ao melhor atendimento do paciente certamente irão refletir em um tratamento ortodôntico mais eficiente, minimizando a chance de dissabores provocados por acidentes e complicações inerentes aos procedimentos ou mesmo desgaste da relação pessoal com o paciente.

Quanto à natureza obrigacional, embora notadamente a consideração dos procedimentos ortodônticos como obrigação contratual de resultado seja um retrocesso para a Ortodontia e para a Odontologia em geral, é pouco provável que essa realidade sofra alteração em um futuro próximo. A Ortodontia é, aos olhos da sociedade, um reflexo da maior parte dos profissionais que a ela se dedicam. O mercado altamente competitivo enfrentado atualmente pelos profissionais (Silva *et al.*, 2009), quando associado a formação pessoal com alicerces éticos questionáveis, induz o profissional a práticas de publicidade antiéticas, dentre as quais se destaca a exposição de tratamentos realizados comparativamente à situação anterior a esse, os chamados “antes e depois”. O indivíduo leigo em Ortodontia, que tem acesso a uma publicidade dessa natureza, pode se identificar com a situação de pré-tratamento apresentada, almejando que o mesmo resultado seja atingido em seu caso particular, ignorando as eventuais limitações individuais. Esse tipo de prática de *marketing*, aliada aos avanços científicos da especialidade, induz o paciente e o leigo a acreditarem que o impossível não existe para a Ortodontia. Se pessoas supostamente com uma situação bucal muito pior do que a dele foram tratadas a contento, por que ele não seria? Nesses casos, o simples comprometimento do profissional com os melhores meios possíveis para a obtenção do resultado não bastará.

Diante desse contexto mercadológico e moral, tentar mudar a mentalidade do judiciário, buscando convencê-lo de que a Ortodontia não pode se comprometer

com o resultado, parece inócuo. Alternativa melhor é mudar o resultado almejado, não se comprometendo com a perfeição, nem estética, tampouco aquela funcional. Quando o profissional estabelece um contrato de prestação de serviços, são celebrados, entre as partes, os objetivos do serviço contratado. Nesse momento, aos olhos da justiça, o cirurgião-dentista compromete-se com um resultado; mas qual resultado? Se o profissional é omissos ao celebrar o contrato ou não o faz de forma formal (escrita), fatalmente esse se comprometerá a atingir o objetivo socialmente difundido e almejado: a perfeição estética e funcional. Entretanto, se o profissional, levando em conta seus conhecimentos técnico-científicos, o aparato ortodôntico a ele disponível, suas próprias limitações e as limitações do paciente, consegue estabelecer um objetivo de tratamento tangível e exequível, sem excessos de otimismo, talvez ter obrigação de resultado não seja um fardo tão pesado para se carregar.

Obviamente, para elaboração de um documento com tamanha minúcia, é necessária uma individualização dos termos, ou seja: um contrato diferente para cada paciente. Tal prática sem dúvida impactará na realidade do profissional, que será obrigado a consumir parte do seu tempo clínico com medidas administrativas, mas que podem refletir no futuro de sua carreira.

O profissional deve levar em consideração que, em realidade, a relação entre esse e o paciente caracteriza-se por esse duplo consentimento: da mesma forma que o paciente concorda em ser tratado, o profissional concorda em ser remunerado para isso (Jerrold, 2015), e esse acordo gera obrigações para ambas as partes.

7 CONCLUSÕES

Considerando a análise das jurisprudências recuperadas nessa pesquisa e a associação dessa com os achados descritos na literatura, é possível concluir que:

1. Os principais motivos que induziram os pacientes a processar cirurgiões-dentistas em função de alegada falha em tratamento ortodôntico, foram: insatisfação com o resultado do tratamento, surgimento ou agravamento da doença periodontal, questionamentos relativos a extrações dentárias no tratamento ortodôntico, ocorrência de reabsorções radiculares e questionamentos com relação à necessidade de um tratamento combinado com cirurgia ortognática.
2. Houve discreta predominância de absolvições dos cirurgiões-dentistas tanto em primeira como em segunda instância.
3. Os valores de condenações em segunda instância variaram entre R\$ 70,90 e R\$ 23.151,64 para os danos materiais; entre R\$ 2.000,00 e R\$ 70.000,00 para os danos morais; e entre R\$ 3.000,00 e R\$ 50.000,00 para os danos estéticos.
4. A maior parte dos cirurgiões-dentistas demandados exercia sua atividade profissional de forma autônoma e a grande maioria dos casos em que foi possível obter-se informações relativas ao tipo de responsabilidade civil considerada pelos magistrados do acórdão, essa foi considerada como subjetiva. Na maior parte dos documentos em que foi possível obter-se informações relativas ao tipo de obrigação contratual considerada pelos magistrados, essa foi avaliada como de obrigação de resultado.
5. O risco de condenação em segunda instância mostrou estar associado à condenação em primeira instância e à obrigação contratual de resultado, sendo esses riscos relativos de 6,24 e 2,42 vezes, respectivamente.

REFERÊNCIAS*

ABDELKARIM, A.; JERROLD, L. Litigation and Legislation. Risk management strategies in orthodontics. Part 1: Clinical considerations. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 148, n. 2, p. 345-9, Aug 2015a.

_____. Litigation and Legislation. Risk management strategies in orthodontics. Part 2: Administrative considerations. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 148, n. 3, p. 511-4, Sep 2015b.

ACKERMAN, J. L.; PROFFIT, W. R. Communication in orthodontic treatment planning: bioethical and informed consent issues. **Angle Orthod**, v. 65, n. 4, p. 253-61, 1995.

AL-OMIRI, M. K.; ABU ALHAIJA, E. S. Factors affecting patient satisfaction after orthodontic treatment. **Angle Orthod**, v. 76, n. 3, p. 422-31, May 2006.

ALAGESAN, A. et al. Knowledge and awareness of informed consent among orthodontists and patients: A pilot study. **Contemp Clin Dent**, v. 6, n. Suppl 1, p. S242-7, Sep 2015.

AMBRIZZI, D. R. et al. Avaliação das queixas estético-funcionais em pacientes portadores de deformidades dentofaciais. **Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 12, p. 63-70, 2007.

ANTHOPOULOU, C.; KONSTANTONIS, D.; MAKOU, M. Treatment outcomes after extraction and nonextraction treatment evaluated with the American Board of Orthodontics objective grading system. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 146, n. 6, p. 717-23, Dec 2014.

ARNETT, G. W.; BERGMAN, R. T. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. Part I. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 103, n. 4, p. 299-312, Apr 1993.

ARNETT, G. W.; GUNSON, M. J. Facial planning for orthodontists and oral surgeons. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 126, n. 3, p. 290-5, Sep 2004.

BARBOSA, A. C. F. et al. Decisões dos tribunais quanto à obrigação dos profissionais da ortodontia: uma revisão de 10 anos. **Biosci J**, v. 29, n. 5, p. 1388-1394, 2013.

BARBOSA, G. G. R. et al. O perfil dos ortodontistas em relação aos aspectos odontolegais dos prontuários odontológicos. **Dental Press J. Orthod.**, v. 15, n. 2, p. 105-112, 2010.

* Referências formatadas segundo a ABNT. Abreviaturas de periódicos segundo Medline.

BARROSO, M. G. et al. Responsabilidade civil do ortodontista após a terapia ortodôntica. **RGO**, v. 56, n. 1, p. 67-73, Jan./Mar. 2008.

BOKE, F. et al. Relationship between orthodontic treatment and gingival health: A retrospective study. **Eur J Dent**, v. 8, n. 3, p. 373-80, Jul 2014.

BOLLEN, A. M. et al. The effects of orthodontic therapy on periodontal health: a systematic review of controlled evidence. **J Am Dent Assoc**, v. 139, n. 4, p. 413-22, Apr 2008.

BOUCHARDET, F. C. H. et al. Valoração do danos estético nos acórdãos do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Rev Odontol Bras Central**, v. 22, n. 63, p. 116-119, 2013.

BRASIL. **Regulamenta o exercício da Odontologia no Brasil**. Brasília: Presidência da República - Casa Civil. Lei 5.081/66 1966.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Presidência da República - Casa Civil 1988.

_____. **Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências**. Brasília: Presidência da República - Casa Civil. Lei 8.078 1990.

_____. **Institui o Código Civil**. Brasília: Presidência da República - Casa Civil. Lei 10.406 2002.

_____. **Código de Ética Odontológica**. CFO. Brasília: Conselho Federal de Odontologia. Aprovado pela Resolução CFO -118/2012 2013.

_____. **Justiça em números 2016: ano-base 2015**. JUDICIÁRIO, P. Brasília: Conselho Nacional de Justiça 2016.

_____. Evolução do Salário Mínimo. Belo Horizonte, MG, 2017. Disponível em: < <http://www.trt3.jus.br/informe/calculos/minimo.htm> >. Acesso em: 15/02/2017.

BREZNIAK, N.; WASSERSTEIN, A. Orthodontically induced inflammatory root resorption. Part I: The basic science aspects. **Angle Orthod**, v. 72, n. 2, p. 175-9, Apr 2002.

BRITO, L. F. N. et al. Influence of orthodontic treatment on root resorption: a systematic review. **RFO**, v. 21, n. 2, p. 231-236, 2016.

CALVIELLI, I. T. P. Natureza da obrigação assumida pelo C. D. no contrato de locação de serviços odontológicos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, v. 50, n. 4, p. 315-8, 1996.

CAPELOZZA FILHO, L.; PETRELLI, N. E. Normas gerais para reger as relações de trabalho dos ortodontistas e seus pacientes: uma sugestão para uma necessidade inadiável. **Ortodontia (SPO)**, v. 26, n. 1, p. 87-97, 1993.

CASTRO, A. C. C. A. et al. Prevalence and content of legal suit founded on dental malpractice in the courts of midwest Brazil. **RBOL**, v. 2, n. 1, p. 46-52, 2015.

CASTRO, I. O. et al. Apical root resorption due to orthodontic treatment detected by cone beam computed tomography. **Angle Orthod**, v. 83, n. 2, p. 196-203, Mar 2013.

CAVALIERI FILHO, S. **Programa de Responsabilidade Civil**. 10a Edição. São Paulo: Atlas, 2007.

CHATE, R. A. Truth or consequences: the potential implications of short-term cosmetic orthodontics for general dental practitioners. **Br Dent J**, v. 215, n. 11, p. 551-3, Dec 2013.

CONSOLARO, A. **Reabsorções dentárias nas especialidades clínicas**. Maringá, PR: Dental Press, 2005. ISBN 85-88020-24-6.

CRUZ, R. M.; CHAVES CRUZ, C. P. A. Gerenciamento de riscos na prática ortodôntica: como se proteger de eventuais problemas legais. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 13, p. 141-156, 2008.

DA SILVA, R. D. **Relação profissional/paciente : o entendimento e implicações éticas e legais durante o tratamento ortodôntico**. 2005. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DE ALMEIDA, V. L. et al. Professional profile, legal obligations, and conduct of orthodontists in terms of litigation prevention. **Biosci. J.**, v. 32, n. 3, p. 831-38, 2016.

DE MELO, N. D. **Responsabilidade civil por erro médico: doutrina e jurisprudência**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2014. ISBN 978-85-224-9334-0.

DE PAULA, F. J. **Levantamento das jurisprudências de processos de responsabilidade civil contra o cirurgião-dentista nos Tribunais do Brasil por meio da Internet**. 2008. tese (Doutor). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DIAS, P. E. M. et al. Responsabilidade civil do ortodontista: evitando processos. **RBOL**, v. 1, n. 1, p. 40-51, 2014.

FELDMANN, I. Satisfaction with orthodontic treatment outcome. **Angle Orthod**, v. 84, n. 4, p. 581-7, Jul 2014.

FERNANDES, M. M. et al. Aspectos odontolegais relacionados ao dano estético nos processos julgados pelo TJ/RS. **Odonto**, v. 20, n. 40, p. 7-12, 2012.

FRANCO, A. et al. The orthodontist's responsibility and the bioethical aspects in the current jurisprudence. **Eur J Gen Dent**, v. 1, n. 1, p. 20-3, 2012.

GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; LELIS, R. T. Estudo da percepção de cirurgiões-dentistas quanto à natureza da obrigação assumida na prática odontológica. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 35, n. 2, p. 211-215, 2006.

GIOSTRI, H. T. **Da responsabilidade civil e ética do cirurgião dentista: uma nova visão**. 1a ed. Curitiba: Juruá, 2012. 416 ISBN 978853622589-0.

HAAG, C. A.; FERES, M. A. L. Aspectos Éticos e Legais da Ortodontia no Brasil. **Ortodontia**, v. 32, n. 2, p. 67-81, 1999.

ILERI, Z. et al. Comparison of the outcomes of the lower incisor extraction, premolar extraction and non-extraction treatments. **Eur J Orthod**, v. 34, n. 6, p. 681-5, Dec 2012.

JERROLD, L. It's not my Job. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 110, n. 4, p. 454-5, 1996.

_____. Litigation and legislation. Accelerated orthodontics or accelerated liability? **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 145, n. 4 Suppl, p. S148-51, Apr 2014.

_____. Litigation and legislation. Dento-legal and ethical observations on the last 100 years. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 147, n. 5 Suppl, p. S234-41, May 2015.

JUNG, S. K.; KIM, T. W. New approach for the diagnosis of extractions with neural network machine learning. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 149, n. 1, p. 127-33, Jan 2016.

KELES, F.; BOS, A. Satisfaction with orthodontic treatment. **Angle Orthod**, v. 83, n. 3, p. 507-11, May 2013.

KILLIANY, D. M. Root resorption caused by orthodontic treatment: an evidence-based review of literature. **Semin Orthod**, v. 5, n. 2, p. 128-33, Jun 1999.

KOKICH, V. G. It's worse than we thought! **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 143, n. 2, p. 155, Feb 2013.

KONSTANTONIS, D.; ANTHOPOULOU, C.; MAKOU, M. Extraction decision and identification of treatment predictors in Class I malocclusions. **Prog Orthod**, v. 14, p. 47, Nov 19 2013.

LIMA, A. I. C.; CRUZ, R. A.; DA SILVA, R. A. Análise dos perfis de clínicas odontológicas e de cirurgiões dentistas em duas redes sociais quanto aos aspectos éticos, de propaganda e publicidade. **RBOL**, v. 3, n. 2, p. 66-73, 2016.

LUTZ, G. A. **Erros e acidentes em Odontologia**. Rio de Janeiro: Mendes Junior, 1938.

MACHEN, D. E. Legal aspects of orthodontic practice: risk management concepts. Periodontal disease in orthodontic practice. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 95, n. 5, p. 445-7, May 1989.

_____. Legal aspects of orthodontic practice: risk management concepts. The uncooperative patient: terminating orthodontic care. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 97, n. 6, p. 528-9, Jun 1990.

_____. Legal aspects of orthodontic practice: risk management concepts. Written treatment requests avoid problems. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 99, n. 3, p. 281-2, Mar 1991.

_____. Legal Issues in Orthodontics **J. Clin. Orthod.**, v. 26, p. 347-352, 1992.

MAIA, L. V. D. A. et al. Ethical and legal issues regarding the action and knowledge of orthodontists before civil liability. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 36, n. 2, p. 251-256, 2014.

MEERAN, N. A. Iatrogenic possibilities of orthodontic treatment and modalities of prevention. **J Orthod Sci**, v. 2, n. 3, p. 73-86, Jul 2013.

MELANI, R. F. H.; SILVA, R. D. D. A relação profissional-paciente: o entendimento e implicações legais que se estabelecem durante o tratamento ortodôntico. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 11, p. 104-113, 2006.

MINERVINO, B.; SOUZA, O. T. Responsabilidade civil e ética do ortodontista. **Dental Press J Orthod**, v. 9, n. 6, p. 90-96, 2004.

MIZRAHI, E. Risk management in clinical practice. Part 7. Dento-legal aspects of orthodontic practice. **Br Dent J**, v. 209, n. 8, p. 381-90, Oct 23 2010.

MOOSA, Y. et al. Periodontal status of Pakistani orthodontic patients. **Braz Oral Res**, v. 29, 2015.

NALLIAH, R. P. Trends in US malpractice payments in dentistry compared to other health professions - dentistry payments increase, others fall. **Br Dent J**, v. 222, n. 1, p. 36-40, Jan 13 2017.

PARANHOS, L. R. et al. Ethical and legal considerations on professional liability of the orthodontist. **Dental Press J Orthod**, v. 17, n. 6, p. 146-53, 2012.

PARANHOS, L. R. et al. Time of guard of orthodontic records versus legal time for their prescription. **Dental Press J Orthod**, v. 18, n. 3, p. 113-7, May-Jun 2013.

PARANHOS, L. R. et al. Avaliação do perfil dos profissionais da área de Ortodontia quanto às condutas legais. **Dental Press J Orthod**, v. 16, p. 127-134, 2011.

PEREIRA, M. M. D. A. F. et al. Perception of dental surgeons on the ethical and legal aspects of exercising their profession as personal and corporate entities. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, v. 10, p. 246-249, 2011.

PHILLIPS, C.; HILL, B. J.; CANNAC, C. The influence of video imaging on patients' perceptions and expectations. **Angle Orthod**, v. 65, n. 4, p. 263-70, 1995.

PRADO, M. M. et al. Ortodontia e a interpretação de sua natureza obrigacional: análise do potencial de impacto de uma decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ). **RBOL**, v. 3, n. 2, p. 53-65, 2016.

PROFFIT, W. R.; FIELDS, H. W. J.; SARVER, D. M. **Ortodontia Contemporânea**. 5a Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. ISBN 978-85-352-6295-7.

PROFFIT, W. R.; WHITE, R. P., JR. Combined surgical-orthodontic treatment: how did it evolve and what are the best practices now? **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 147, n. 5 Suppl, p. S205-15, May 2015.

RIZZARDO, A. **Responsabilidade Civil**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013. ISBN 978-85-309-4954-9.

RODRIGUES, S. **Direito Civil**. 20. ed. São Paulo: 2003. ISBN 978-85-02-14149-0.

ROSA, F. M. et al. Danos materiais e morais em processos envolvendo cirurgiões-dentistas no estado de São Paulo. **RFO**, v. 17, n. 1, p. 26-30, 2012.

ROSCOE, M. G.; MEIRA, J. B.; CATTANEO, P. M. Association of orthodontic force system and root resorption: A systematic review. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 147, n. 5, p. 610-26, May 2015.

SALLUM, E. J. et al. Clinical and microbiologic changes after removal of orthodontic appliances. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 126, n. 3, p. 363-6, Sep 2004.

SEGAL, G. R.; SCHIFFMAN, P. H.; TUNCAY, O. C. Meta analysis of the treatment-related factors of external apical root resorption. **Orthod Craniofac Res**, v. 7, n. 2, p. 71-8, May 2004.

SILVA, J. A. Q. C. **Código de Defesa do Consumidor Anotado e Legislação Complementar**. 6. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2008.

SILVA, R. F. D. et al. Utilização de auxiliares odontológicos em Ortodontia: implicações éticas e legais. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 11, p. 121-128, 2006.

SILVA, R. H. A. et al. Responsabilidade civil do cirurgião-dentista: a importância do assistente técnico. **Dental Press J Orthod**, v. 14, n. 6, p. 65-71, 2009.

SOUZA, R. A. et al. Expectations of orthodontic treatment in adults: the conduct in orthodontist/patient relationship. **Dental Press J Orthod**, v. 18, n. 2, p. 88-94, Mar-Apr 2013.

TERADA, A. S. S. D. et al. Responsabilidad Civil del Cirujano-Dentista: Análisis de las Demandas Presentadas en el Municipio de Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil. **Int. J. Odontostomat.**, v. 8, n. 3, p. 365-369, 2014.

TERRA, M.; MAJOLO, M. S.; CARILLO, V. E. B. Responsabilidade profissional, ética e o paciente em ortodontia. **Ortodontia**, v. 33, n. 3, p. 74-85, 2000.

TRAVERS, H.; ROBERTS-HARRY, D.; SANDY, J. Orthodontics. Part 6: Risks in orthodontic treatment. **Br Dent J**, v. 196, n. 2, p. 71-7, Jan 24 2004.

VALLADARES-NETO, J. et al. Oral health-related quality of life in patients with dentofacial deformity: a new concept in decision-making treatment? **Oral Maxillofac Surg**, v. 18, n. 3, p. 265-70, Sep 2014.

VANRELL, J. P. **Odontologia Legal e antropologia forense**. 2a Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

VENOSA, S. S. **Direito Civil: responsabilidade Civil**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2015. ISBN 978-85-224-9618-1.

WANDERLEY E LIMA, R. B. W. et al. Levantamento das Jurisprudências de Processos de Responsabilidade Civil Contra Cirurgiões-Dentistas nos Tribunais de Justiça Brasileiros. **R bras ci Saúde**, v. 16, n. 1, p. 49-58, 2012.

WELTMAN, B. et al. Root resorption associated with orthodontic tooth movement: a systematic review. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 137, n. 4, p. 462-76; discussion 12A, Apr 2010.

WILLMOT, D. Orthodontic treatment and the compromised periodontal patient. **Eur J Dent**, v. 2, n. 1, p. 1-2, Jan 2008.

XU, T. M. et al. Comparison of extraction versus nonextraction orthodontic treatment outcomes for borderline Chinese patients. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 129, n. 5, p. 672-7, May 2006.

YAO, J. et al. What are patients' expectations of orthodontic treatment: a systematic review. **BMC Oral Health**, v. 16, p. 19, Feb 17 2016.

ZANIN, A. A.; HERRERA, L. M.; MELANI, R. F. Civil liability: characterization of the demand for lawsuits against dentists. **Braz Oral Res**, v. 30, n. 1, Aug 18 2016.

APÊNDICE I - Tribunais de Justiça pesquisados e respectivos web sites

Tribunal	Sigla	Web site
Tribunal de Justiça do Estado do Acre	TJAC	http://www.tjac.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas	TJAL	http://www.tjal.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado do Amapá	TJAP	http://www.tjap.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas	TJAM	http://www.tjam.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado da Bahia	TJBA	http://www.tjba.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará	TJCE	http://www.tjce.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo	TJES	http://www.tjes.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado de Goiás	TJGO	http://www.tjgo.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso	TJMT	http://www.tjmt.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul	TJMS	http://www.tjms.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais	TJMG	http://www.tjmg.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado do Pará	TJPA	http://www.tjpa.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba	TJPB	http://www.tjpb.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado do Paraná	TJPR	http://www.tjpr.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado do Pernambuco	TJPE	http://www.tjpe.jus.br

Tribunal de Justiça do Estado do Piauí	TJPI	http://www.tjpi.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro	TJRJ	http://www.tjrj.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte	TJRN	http://www.tjrn.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul	TJRS	http://www.tjrs.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado de Roraima	TJRR	http://www.tjrr.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina	TJSC	http://www.tjsc.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado do São Paulo	TJSP	http://www.tjsp.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe	TJSE	http://www.tjse.jus.br
Tribunal de Justiça do Estado de Tocantins	TJTO	http://www.tjto.jus.br
Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios	TJDFT	http://www.tjdf.jus.br

APÊNDICE II - QUANTIDADE DE ACÓRDÃOS RECUPERADOS POR UNITERMO EM CADA ESTADO E NO DF CONSIDERANDO O CONTEÚDO DA DECISÃO.

Tribunal	Unitermo	Total	Odontologia	Ortodontia
TJDF	erro E odontológico	25	25	4
	erro E odontologia	14	12	2
	ortodontia	4	2	2
	aparelho E dentário	2	2	2
	dentário	49	45	1
	ortodôntico	19	16	16
TJGO	erro E odontológico	1	4	0
	erro E odontologia	2	1	0
	ortodontia	6	0	0
	aparelho E dentário	1	1	1
	dentário	251	5	1
	ortodôntico	2	2	1
TJMT	erro E odontológico	2	2	0
	erro E odontologia	0	0	
	ortodontia	0	0	0
	aparelho E dentário	1	1	1
	dentário	15	6	1
	ortodôntico	5	2	2
TJMS	erro E odontológico	1	1	0
	erro E odontologia	0	0	0
	ortodontia	1	0	0
	aparelho E dentário	0	0	0
	dentário	24	10	0
	ortodôntico	6	3	2

TJPR	erro E odontológico	38	25	2
	erro E odontologia	12	3	0
	ortodontia	10	4	4
	aparelho E dentário	5	4	1
	dentário	85	25	2
	ortodôntico	40	20	19
TJRS	erro E odontológico	129	105	18
	erro E odontologia	115	99	21
	ortodontia	36	20	19
	aparelho E dentário	88	29	28
	dentário	295	91	22
	ortodôntico	243	85	81
TJSC	erro E odontológico	11	9	1
	erro E odontologia	0	0	0
	ortodontia	10	6	2
	aparelho E dentário	3	1	0
	dentário	56	13	1
	ortodôntico	36	24	22
TJSP	erro E odontológico	273	190	37
	erro E odontologia	24	18	5
	ortodontia	35	7	6
	aparelho E dentário	13	6	5
	dentário	1164	308	31
	ortodôntico	167	98	87
TJRJ	erro E odontológico	65	47	1
	erro E odontologia	16	12	3
	ortodontia	13	5	5
	aparelho E dentário	9	2	2
	dentário	300	114	5
	ortodôntico	56	29	24

TJMG	erro E odontológico	41	33	5
	erro E odontologia	15	13	3
	ortodontia	10	5	4
	aparelho E dentário	3	3	3
	dentário	135	56	13
	ortodôntico	48	19	19
TJAM	erro E odontológico	8	0	0
	erro E odontologia	4	0	0
	ortodontia	2	1	1
	aparelho E dentário	2	1	1
	dentário	10	1	0
	ortodôntico	3	1	1
TJAP	erro E odontológico	0	0	0
	erro E odontologia	0	0	0
	ortodontia	0	0	0
	aparelho E dentário	0	0	0
	dentário	14	0	0
	ortodôntico	1	0	0
TJAC	erro E odontológico	16	0	0
	erro E odontologia	1	0	0
	ortodontia	0	0	0
	aparelho E dentário	3	0	0
	dentário	23	1	0
	ortodôntico	3	0	0
TJPA	erro E odontológico	0	0	0
	erro E odontologia	12	1	0
	ortodontia	0	0	0
	aparelho E dentário	13	1	0
	dentário	173	---	---
	ortodôntico	9	0	0

TJRR	erro E odontológico	1	0	0
	erro E odontologia	1	0	0
	ortodontia	1	0	0
	aparelho E dentário	1	0	0
	dentário	18	1	0
	ortodôntico	3	0	0
TJRO	erro E odontológico	47	4	1
	erro E odontologia	47	4	1
	ortodontia	16	3	1
	aparelho E dentário	0	0	0
	dentário	33	5	1
	ortodôntico	16	3	1
TJTO	erro E odontológico	1	1	0
	erro E odontologia	1	0	0
	ortodontia	1	0	0
	aparelho E dentário	1	1	0
	dentário	34	1	0
	ortodôntico	4	0	0
TJMA	erro E odontológico	6	1	0
	erro E odontologia	0	0	0
	ortodontia	0	0	0
	aparelho E dentário	0	0	0
	dentário	17	2	0
	ortodôntico	0	0	0
TJPI	erro E odontológico	0	0	0
	erro E odontologia	0	0	0
	ortodontia	0	0	0
	aparelho E dentário	0	0	0
	dentário	5	0	0
	ortodôntico	1	0	0

TJCE	erro E odontológico	27	1	0
	erro E odontologia	1	0	0
	ortodontia	3	0	0
	aparelho E dentário	1	1	0
	dentário	21	1	0
	ortodôntico	6	1	0
TJRN	erro E odontológico	4	3	0
	erro E odontologia	0	0	0
	ortodontia	0	0	0
	aparelho E dentário	0	0	0
	dentário	10	3	1
	ortodôntico	3	3	3
TJPB	erro E odontológico	1	1	0
	erro E odontologia	0	0	0
	ortodontia	0	0	0
	aparelho E dentário	0	0	0
	dentário	13	0	0
	ortodôntico	0	0	0
TJPE	erro E odontológico	8	1	0
	erro E odontologia	8	1	0
	ortodontia	20	2	2
	aparelho E dentário	0	0	0
	dentário	48	0	0
	ortodôntico	20	2	2
TJAL	erro E odontológico	18	0	0
	erro E odontologia	11	0	0
	ortodontia	2	0	0
	aparelho E dentário	0	0	0
	dentário	27	0	0
	ortodôntico	4	0	0

TJSE	erro E odontológico	37	7	0
	erro E odontologia	10	4	0
	ortodontia	8	2	2
	aparelho E dentário	27	7	5
	dentário	154	12	4
	ortodôntico	31	10	7
TJBA	erro E odontológico	19	4	1
	erro E odontologia	11	2	1
	ortodontia	6	1	1
	aparelho E dentário	7	1	1
	dentário	43	4	1
	ortodôntico	9	1	1
TJES	erro E odontológico	2	0	0
	erro E odontologia	0	0	0
	ortodontia	0	0	0
	aparelho E dentário	0	0	0
	dentário	4	0	0
	ortodôntico	0	0	0

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS JURISPRUDÊNCIAS EM PROCESSOS SOBRE ALEGADO ERRO ODONTOLÓGICO NOS TRIBUNAIS BRASILEIROS

Pesquisador: Fernando Fortes Picoli

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52857116.2.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.431.093

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS JURISPRUDÊNCIAS EM PROCESSOS SOBRE ALEGADO ERRO ODONTOLÓGICO NOS TRIBUNAIS BRASILEIROS. Pesquisador Responsável: Fernando Fortes Picoli. N. CAAE: 52857116.2.0000.5083. Unidade Proponente Faculdade de Odontologia da UFG.

Trata de uma pesquisa nos Bancos de dados de acórdãos do Tribunais de Justiça do Brasil, públicos e de livre acesso.

Constam como membros da equipe de pesquisa: Mayara Barbosa Viandelli Mundim e Rhonan Ferreira da Silva.

Espera-se que os resultados do trabalho indiquem a Ortodontia como uma das especialidades mais demandadas judicialmente. Em relação à principal causa que motiva os pacientes a processarem os cirurgiões-dentistas por alegado erro em tratamento ortodôntico, espera-se encontrar a inabilidade do profissional em atingir os resultados almejados pelos pacientes. Já quanto à responsabilidade, espera-se uma hegemonia dos julgados considerando a Ortodontia como obrigação de resultado, sobretudo após o ano de 2012, em concordância com o Recurso Especial n. 1.238.746 - MS (Brasil 2011).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar as jurisprudências relativas às demandas que tem como centro da lide

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

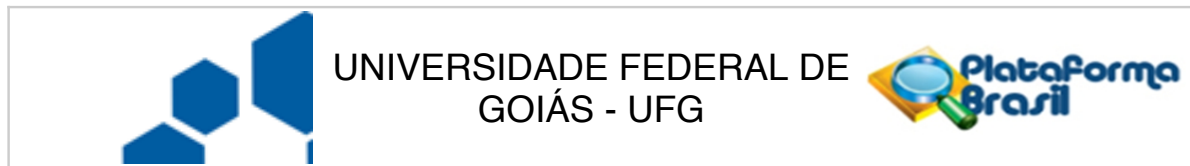
UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.431.093

a insatisfação dos tratamentos ortodônticos realizados por cirurgiões-dentistas.

Objetivo Secundário: • Estimar o tempo decorrido entre a instalação do processo e seu desfecho em segunda instância; • Caracterizar a natureza das partes envolvidas na lide; • Identificar o principal tipo de erro alegado para instalação da ação; • Calcular os valores médios de indenização solicitados e deferidos; • Expressar o tipo de obrigação e a natureza da responsabilidade profissional admitida na sentença do acórdão.

Mencionam que: "Neste contexto e considerando que a Ortodontia é uma das especialidades odontológicas que se encontra frequentemente questionada no âmbito jurídico brasileiro, o objetivo desse trabalho é analisar as jurisprudências (acórdãos) relacionadas a alegado erro odontológico envolvendo tratamentos ortodônticos nos Tribunais de Justiça dos estados brasileiros, as principais causas que levaram pacientes submetidos a esse tipo de tratamento a recorrer à justiça buscando responsabilização dos profissionais com consequente indenização, além de avaliar os valores obtidos por danos materiais, morais e estéticos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A disponibilidade dos dados está vinculada à estrutura dos Tribunais de Justiça das unidades federativas.

Benefícios:

O conhecimento das causas que geram os cirurgiões-dentistas a serem processados em virtude de alegado erro odontológico em tratamentos ortodônticos pode favorecer uma mudança no perfil técnico e comercial do profissional, a fim de atender melhor aos anseios dos pacientes (consumidores) e, também, resguardar-se de eventuais demandas cíveis. O estudo pode favorecer adequações no perfil do profissional, a fim de minimizar as chances de sofrer processos, mas também subsidiar as seguradoras que fornecem seguro de responsabilidade profissional para cirurgiões-dentistas, à medida que o valor das condenações será conhecido. Será conhecida, também, a visão que o Poder Judiciário tem da odontologia como atividade laboral.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Para este estudo transversal será utilizada como técnica de pesquisa a observação indireta a partir da análise documental de dados secundários, cujo início se dará após a aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Total de acórdão pesquisados: 300. Com o auxílio da rede mundial de computadores, proceder-se-á a uma busca por jurisprudências relacionadas a alegado erro odontológico vinculado a tratamento ortodôntico nos sites dos Tribunais de Justiça dos estados da federação, do Distrito Federal, bem como no Supremo Tribunal Federal e Superior Tribunal de

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

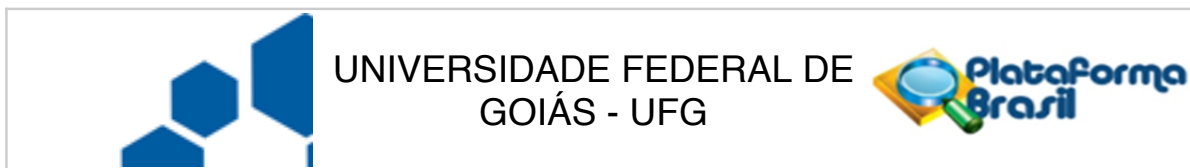
UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.431.093

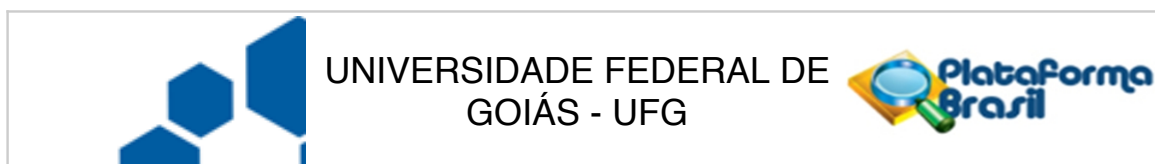
Justiça. Para tanto, será utilizado o mecanismo de busca constante na homepage dos sites e unitermos associados ao erro médico (expressão comumente utilizada para o erro dos profissionais na área de saúde). Em seguida, proceder-se-á à busca utilizando-se unitermos mais específicos à Odontologia, ao Cirurgião-dentista e especificamente a Ortodontia, sendo eles: erro E odontológico; erro E odontologia; ortodontia; dentário; aparelho E dentário; ortodôntico. A análise inicial dos acórdãos será realizada por meio da leitura de suas ementas, momento em que serão desconsiderados aqueles que não tiverem real relação com os objetivos do estudo. Após este filtro de exclusão, proceder-se-á a leitura do inteiro teor dos acórdãos selecionados, de onde serão obtidas, quando disponíveis, informações relativas ao número do processo; circunscrição do órgão colegiado (nacional, estadual ou distrital); ano de instauração do processo em primeira instância; ano de publicação do acórdão; tipo de erro alegado; tipo de dano solicitado (estético, material ou moral); tipo de obrigação contratual (meio/ resultado); natureza da responsabilidade profissional (objetiva/subjetiva); modalidades de culpa (imperícia/imprudência/negligência); tipo de dano caracterizado na sentença de segunda instância (estético/material/moral); a quem coube o ônus da prova; valores de indenização (pretendido e deferido) e a fundamentação jurídica para decisão colegiada. A pesquisa dos acórdãos, tabulação das variáveis e análise dos dados serão realizadas por um único examinador, que revisara os dados quando findado o período estabelecido como máximo para publicação dos acórdãos incluídos na pesquisa

Serão incluídos os acórdãos que se enquadrem no escopo do trabalho publicados até o dia 30 de junho de 2016, que estiverem disponíveis ao público em geral (acesso livre), em meio eletrônico e com inteiro teor.

Serão excluídos da amostra as jurisprudências que não tratem especificamente de lides envolvendo alegado erro ou que se restrinjam ao aspecto financeira (ações de cobrança) sem levar a alegação de falha técnica do profissional.

Solicitam a dispensa da aplicação do TCLE e apresentam a seguinte justificativa: "A pesquisa será realizada garantindo-se o anonimato das partes envolvidas no processo (pacientes ou cirurgiões-dentistas), sem conter qualquer indicador da sua identidade. Nem mesmo durante a coleta de dados a identificação das partes será registrada. Somente o número do documento consultado será armazenado com o fim de facilitar eventual consulta futura e para garantir a reprodutibilidade do estudo. Tendo em vista os dados consultados serem públicos e de livre acesso por meio de qualquer microcomputador ligado a rede mundial de computadores, não há necessidade de qualquer termo de anuência para uso do banco de dados de acórdãos do Tribunais de Justiça Brasileiros ou do Superior Tribunal de Justiça. Esses bancos são mantidos justamente com o

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131			
Bairro: Campus Samambaia		CEP: 74.001-970	
UF: GO	Município: GOIANIA		
Telefone: (62)3521-1215	Fax: (62)3521-1163	E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com	



Continuação do Parecer: 1.431.093

objetivo de serem consultados por membros do Poder Judiciário, advogados e pela população em geral."

Intentam com este projeto comprovar que o não atendimento das expectativas estéticas iniciais dos pacientes, quando não atendidas ao final do tratamento ortodônticos, é o principal fator que leva aqueles a processarem estes na esfera cível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam Folha de Rosto devidamente assinada. Cronograma com coleta de dados a partir de abril de 2016. Solicitação de dispensa de TCLE com a justificativa de tratar-se de dados públicos e garantem a anonimização quanto aos resultados. Termo de compromisso dos pesquisadores envolvidos.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise dos documentos postados somos favoráveis à aprovação do presente protocolo de pesquisa, smj deste comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_621316.pdf	29/01/2016 17:25:34		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso.pdf	29/01/2016 17:25:16	Fernando Fortes Picoli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Pedido_dispena_TCLE.pdf	29/01/2016 08:41:53	Fernando Fortes Picoli	Aceito

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

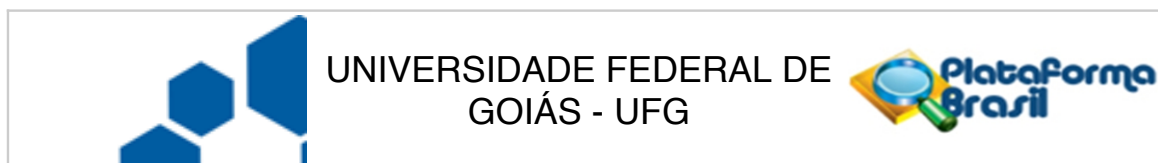
UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.431.093

Ausência	Pedido_dispenza_TCLE.pdf	29/01/2016 08:41:53	Fernando Fortes Picoli	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	29/01/2016 08:28:06	Fernando Fortes Picoli	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/01/2016 13:31:00	Fernando Fortes Picoli	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	28/01/2016 13:25:35	Fernando Fortes Picoli	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 01 de Março de 2016

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com