

RELEVÂNCIA DA ODONTOLOGIA FORENSE NUM PROCESSO DE PERITAGEM NUM CASO DE QUEIXA CRIME

Marques, D., Lopes, D., Fernandes, F., Feliciano, M.

Alunos

Faculdade de Ciências da Saúde - UFP

miguel_feliciano@hotmail.com

RESUMO

Com o presente artigo pretendemos mostrar a relevância da odontologia forense num processo de peritagem num caso de queixa-crime, visto esta ser o campo no qual se inserem situações litigiosas no tratamento inadequado dos pacientes.

O caso clínico descrito é decorrente de uma denúncia de negligência e má conduta por parte de uma clínica.

Observa-se no decorrer do processo que não foram seguidas as normas pelas quais os médicos dentistas se regem, havendo danos físicos, psicológicos e materiais para o paciente.

ABSTRACT

With the present article we pretend to demonstrate the relevance of the forensic odontology in an expert inspection process, in a case of crime- complaint, being this the field on which litigious situations in inadequate patients treatment are inserted.

The clinical case described provides from a denunciation of negligence and bad behaviour by one medical establishment.

By the running of the process we can observe that some norms that usually dentists practice were not respected, what resulted in some kind of physical, psychological and material damages for the patient.

1. INTRODUÇÃO

Como elemento fundamental de constituição anatómica, a fisionomia do rosto com tudo o que o constitui, é o elemento que mais se distingue, e o que o torna tão carismático: o sorriso.

O sorriso é como um cartão de visita da pessoa, revela traços fisionômicos distinguíveis e uma relevância do ponto de vista funcional/fisiológico, assim como estético. Contudo, nem sempre o sorriso se encontra da forma como é desejado, e por esse mesmo motivo cada vez mais as inovações da Medicina Dentária são uma mais-valia e recurso àqueles mais afortunados. E, apesar destes procurarem tais inovações e optarem por especialistas de renome, nem sempre o resultado atingido se revela o melhor/pretido. Por esse mesmo motivo, o presente artigo pretende elucidar e captar a atenção para situações decorrentes de um mau procedimento clínico, que, raros casos, é denunciado.

2. DESENVOLVIMENTO

O caso aqui retratado é decorrente de uma denúncia de negligência e má conduta por parte de uma clínica e que foi seguido e relatado por um Centro Médico- Legal a fim de ser constituída queixa-crime no âmbito de um processo jurídico.

No mês de Junho do ano de 2001, um indivíduo do sexo masculino, com cerca de 60 anos, dirigiu-se a uma clínica com o propósito de lhe ser efectuada uma reabilitação oral, através de colocação de implantes, a fim de substituírem as suas próteses, que se encontravam já desajustadas e com mobilidade.

Na sua história clínica consta que padece de apneia de sono, e por essa razão, utiliza um aparelho para a respiração denominado CPC. Consta também que possuiu hábito tabagista durante 40 anos, admitindo fumar 40 a 60 cigarros por dia e que sofre de periodontite crónica, causa essa que justificará a perda de seus dentes. No que se refere à higienização diária, utiliza jactos de Water-Pick.

Aquando da sua primeira deslocação à Clínica, foi-lhe proposto um primeiro orçamento (Junho de 2001) de 16 990, 75 euros. Numa segunda consulta (Setembro de 2001) o orçamento subiu para o valor de 26 897,86 euros com um incremento de maior número de parafusos de cicatrização, falsos cotos, elementos provisórios, elementos em metal-cerâmica e implantes cilíndricos.

Perante a sua relutância quanto ao custo do tratamento, a Clínica justificou pela sua forma de implantação com lâminas, tratamento esse só efectuado provavelmente nessa Clínica, ao que o paciente aceitou e iniciou-se o plano de tratamento.

Infelizmente, os procedimentos clínicos não correram como o previsto, já que após colocação do implante-lâmina 3º quadrante, o paciente sentiu dores, necessitando ser removida, assim como o implante -lâmina 4º quadrante, que também foi removida por outro médico-dentista.



FIGURA 1 Ortopantomografia inicial.

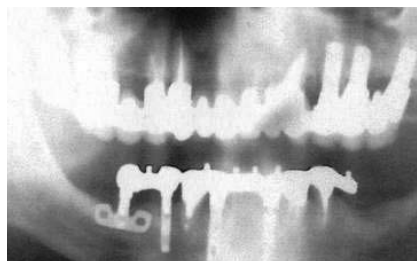


FIGURA 2 Ortopantomografia já com os implantes.

Os implantes cilíndricos colocados na região ântero-superior, foram extraídos pois não houve osteointegração.

Os 12 elementos de metalocerâmica da arcada inferior que foram acordados colocar-se, foram substituídos por uma prótese em acrílico, para desagrado do paciente.

Em Maio de 2003, foi-lhe proposto um terceiro orçamento, que resultou no valor de 26 870,00 euros com uma implementação de uma barra sobre dentes e implantes, attachments e over denture com 14 elementos.

Dada a insatisfação do paciente perante os actos clínicos a que foi sujeito, o paciente recorreu a outro médico dentista no mês de Julho de 2003, apresentando impossibilidade mastigatória e fonética, dores e instabilidade com mobilidade da prótese inferior. Após observação clínica, o Dr. constatou que os implantes que se supõe substituir os dentes 4.6 e 4.4 possuem mobilidade dentária de grau III com dor à percussão vertical e lateral e supuração, não se encontrando então osteointegrados; o dente 1.8 deveria ter sido já extraído, visto encontrar-se semi-incluso e na posição vertical, provocando retenção da placa bacteriana interdentária e conseqüente cárie no 1.6; houve necessidade também de remover a ponte dos dentes 1.6 a 1.4 já que os falsos cotos se encontravam desinseridos das respectivas

raízes e remoção do pilar da ponte 1.3 a 2.3 uma vez que não existe uma boa adaptação marginal ao nível do falso coto do 1.3 e portanto um selamento total com conseqüente infiltração bacteriana e possível infecção. Ao nível do pilar 2.3 há um espessamento do ligamento periodontal (visível no Rx), indicador de sobrecarga e infiltração bacteriana ao longo do ligamento. Quanto à arcada inferior, é visível uma reabsorção óssea muito acentuada no implante de lâmina e desajuste entre o implante do 4º quadrante e o elemento de liga metálica que suporta - sobredentadura. Assim, resolveu encaminhar-se o paciente para um outro médico dentista perito em implantes, que recolheu a história clínica do queixoso, tendo requerido exames subsidiários, tais como a Ortopantomografia (ver figura 2), Telerradiografia (ver figura 3), Modelos de estudo superior e inferior, Cera de mordida em relação cêntrica, Fotografias intra-orais e T.A.C. (ver figura 4).

Já que o implante e a lâmina do 4º quadrante se encontravam soltos da restante sobredentadura, com exsudado inflamatório e dor, procedeu-se à sua extração. Verificou-se também que o paciente apresenta oclusão tipo classe III Canina e Molar de Angle (ver figura 5), quando o objectivo de uma qualquer reabilitação implanto-protética é obter uma oclusão tipo classe I Canina e Molar de Angle.

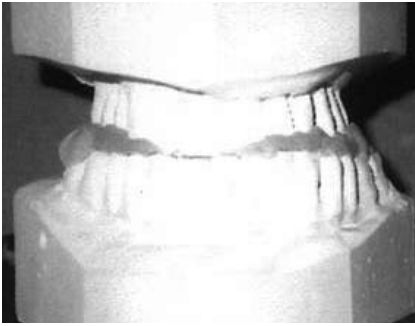


FIGURA 3 Modelos de estudo superior e inferior.

Na 1ª clínica foi cobrado ao paciente uma Elevação Atraumática do Seio Maxilar Esquerdo, que é uma técnica cirúrgica em que implica a elevação da membrana de Schneider e a colocação dos implantes numa posição mais elevada, contudo, torna-se visível na Ortopantomografia que apenas existe um espessamento da cortical óssea, como resultado da presença de inflamação e/ou infecção.

Na T.A.C. executada pelo 2º médico dentista a que recorreu o paciente (Julho de 2003) podem ser observadas irregularidades da cortical externa com perda da trabeculação da medular óssea; no 4º quadrante há uma estrutura laminar metálica na porção intermédia do ramo mandibular, situando-se entre os planos coronais; na região do 3º quadrante observa-se um “décalage” entre o topo do pilar e a placa suprajacente do implante, o que é também visível na Ortopantomografia e ainda neste quadrante encontra-se na T.A.C. uma solução de continuidade do rebordo supero-externo da crista mandibular em reformatação onde se encontram ausentes peças dentárias.

O objectivo supremo de alguém que se dirige a uma clínica é obter efeitos de melhoria funcional e estética da sua dentadura,

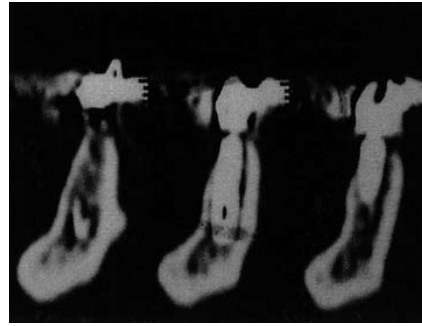


FIGURA 4 Tomografia Axial Computadorizada

pela procura dum clínico que seja o mais indicado, que elabore trabalhos, que pela sua eficácia e inovação sejam os melhores, porém, basta um qualquer acto correr menos bem que a reputação do clínico é afectada. Obviamente errar é humano e aceitável até certo ponto. No entanto, passar pelas provações pelo que este paciente sofreu devido a maus procedimentos condicionou a sua vida de forma inaceitável. A 1ª clínica à qual o paciente recorreu seguiu um tratamento mal conduzido e elaborado. A prová-lo: o dente 1.8 deveria ter sido extraído, por se encontrar semi-incluso e na posição vertical, causando uma retenção da placa bacteriana, já visível na ortopantomografia; foram cobrados 950 euros pela Elevação do Seio Maxilar Esquerdo, a qual não foi sequer realizada como é observável na T.A.C; foram cobrados honorários relativamente a 8 falsos cotos para o 2.4, 2.5, 2.6, 3.2, 4.3, 4.3, 4.4 e 4.6, os quais não existem, uma vez que foram colocados implantes e nunca falsos cotos; o falso coto colocado no 2.3 não é em ouro mas sim uma liga metálica contendo ouro; constava exodontia do 2.5, o qual era inexistente anteriormente ao tratamento, havendo portanto exodontia do 2.7; cobraram-se honorários correspondentes a 12 coroas provisórias entre os dentes 2.6 e 3.6, o que é impossível ligarem-se coroas da arcada superior



FIGURA 5 Oclusão tipo classe III canina e molar de Angle.

com a inferior, tendo sido ligadas coroas do 1.6 e o 2.6 revelando erros de descrição dos actos clínicos; de acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas, nos recibos devem constar o nome do médico dentista que realizou os devidos actos médicos dentários, o que tal não se sucedeu. No que concerne ao planeamento radiográfico não foi realizada nenhuma T.A.C. antes, durante ou após colocação de implantes pela 1ª clínica, guiando-se somente pela Ortopantomografia; não foi levada a cabo qualquer recolha de história clínica, antecedentes pessoais e familiares, medicação utilizada, ou recolha de hábitos para-funcionais sempre de valorizar e obrigatório em qualquer procedimento médico. Os implantes e lâminas utilizados pela 1ª clínica não são reconhecidos pela American Dental Association e não tendo sido cumpridos os princípios de Biossegurança exigíveis, pois a colocação de implantes jamais é efectuada na cadeira odontológica mas sim no Bloco Operatório.

É de admitir a existência de nexo de causalidade entre os dois primeiros dentistas e as lesões e sequelas resultantes, tendo em conta que o tipo de lesões é adequado a uma etiologia traumática do tipo da que foi efectuada pelos dentistas, existe adequação entre a sede dos traumatismos e a sede das

lesões, existe continuidade sintomatológica e adequação temporal entre o traumatismo, as lesões e as sequelas; as sequelas lesionais, funcionais e situacionais que o paciente apresenta devido aos maus procedimentos afectaram o seu desempenho a um nível familiar, social e laboral; o *quantum doloris* correspondente ao sofrimento psíquico e físico vivido pelo paciente durante o período de incapacidade temporária, que no caso descrito é de grau 3, numa escala ascendente de 7. É um dano extra-patrimonial, assim como o dano estético, consequência do prejuízo estético permanente resultante das sequelas, tendo em conta a idade e sexo; o tipo de ocorrência concede ao paciente a possibilidade de ser reparado pelos danos patrimoniais e extra patrimoniais resultantes da intervenção médico-dentária, que neste caso são reportados aos gastos com a intervenção clínica dentária, medicação e tempo de ausência de trabalho e os danos extra patrimoniais ao sofrimento vivido pelo paciente decorrente da intervenção incorrecta de que foi alvo.

Tendo em conta os registos clínicos analisados e o exame médico efectuado, poderá dizer-se que as lesões a que foi sujeito ainda não atingiram a estabilidade médico-legal, portanto não havendo esperanças de uma evolução positiva das lesões, mantendo-se o paciente em tratamento, portanto, somente após o término do tratamento será realizada uma melhor avaliação do dano corporal. Para finalizar, não foi cumprido o Consentimento Informado previsto no Código Deontológico dos Médicos Dentistas e no Código Penal em vigor.

3. CONCLUSÃO

Atendendo à forma como o tratamento foi instituído neste paciente, pode dizer-se que não foi de nenhum modo adequado

às *leges artis*, que não houve qualquer consentimento informado devidamente esclarecido e sua aceitação e violada a Deontologia da prática clínica Dentária no que concerne aos honorários cobrados.

O tratamento a que o paciente se submeteu não se encontra, contudo, ainda concluído, e atendendo ao tipo de dano sofrido não é de considerar um período de incapacidade absoluta temporária geral e profissional (que é o que é compreendido entre junho de 2001 e a actualidade, devendo estender-se até ao final do tratamento a decorrer) e determinar numa escala ascendente de 7 graus o seu *quantum doloris*, o qual se revelou ser de grau 3.

Infelizmente, estes casos ainda são uma constante, quer seja por desconhecimento, ignorância, má formação ou até disponibilidade da vítima, que no aconchego do seu ser sofre e consente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERGSTROM, J., ELIASSON, S., DOCK, J. (2000). Exposure to tobacco smoking and periodontal health. *In: J clinical periodontology*, Nº 27, pp. 61-68.

BOTTINO, M., QUINTAS, A., MURATONE, V. (2002). Implante dentário osteointegrado: uma nova perspectiva para o paciente idoso desdentado. *In: Fonseca, R., Montenegro, F. Odontogeriatrics- Noções de Interesse Clínico*. São Paulo, pp. 322-331.

KAROUSSIS, I., SALVI, G., BRAGGER, U., *et al.* (2003). Long-term implant prognosis in patients with and without a history of chronic periodontitis. *In: A 10- Year Prospective Cohort Study of the ITI Dental Implant System. Clin. Oral Implants Res.* Nº 14, pp. 329-339.

VASCONCELOS, A., SILVA, A., *et al.* (2000). Planejamento cirúrgico-protético das reabilitações tecido-integradas. *In: Vasconcelos, A., Silva, A., et al. (Editora Pancast). Implantantes Osseointegrados*. São Paulo, pp. 107-129.