

Artigo de Revisão de Literatura
Literature Review Article

Importância das informações prestadas ao paciente antes, durante e depois do tratamento endodôntico: abordagem à luz do Código de Defesa do Consumidor

Importance of the information provided to patient before, during, and after endodontic treatment considering the Consumer's Defense Code

Rhonan Ferreira da Silva^{1,2}

Loíse Barbieri¹

Cláudia Daniela Moreira Portilho³

Mauro Machado do Prado³

Eduardo Daruge-Júnior¹

Endereço para correspondência:

Corresponding author:

Rhonan Ferreira da Silva

Avenida Limeira, n.º 901 – Areião

CEP 13414-903 – Piracicaba – SP

E-mail: rhonanfs@terra.com.br

¹ Curso de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas – Piracicaba – SP – Brasil.

² Curso de Odontologia, Universidade Paulista – Goiânia – GO – Brasil.

³ Curso de Odontologia, Universidade Federal de Goiás – Goiânia – GO – Brasil.

Recebido em 31/3/2010. Aceito em 7/6/2010.

Received for publication: March 31, 2010. Accepted for publication: June 7, 2010.

Palavras-chave:

Endodontia;
consentimento
esclarecido; defesa do
consumidor.

Resumo

Introdução: O Código de Defesa do Consumidor completa 20 anos de vigência e deve ser adequadamente compreendido por todos os prestadores de serviços, inclusive os da área da saúde. Nesse documento, os direitos e as obrigações estabelecidos para cada parte (profissional e paciente) estão elencados em seu conteúdo e os aspectos legais relacionados à oferta, execução, entrega e garantia dos produtos e serviços prestados na prática odontológica são de observância obrigatória para evitar problemas nas relações de consumo.

Objetivo e revisão de literatura: Abordar os fatores de responsabilidade legal do cirurgião-dentista, especialmente à luz do Código de Defesa do Consumidor, por meio de uma revisão de literatura, uma vez que o profissional pode ser questionado em demandas ético-disciplinares e/ou judiciais em decorrência de falha na prestação de informações ao paciente sobre o tratamento endodôntico. **Conclusões:** A responsabilidade do cirurgião-dentista acerca da prestação de serviços endodônticos encontra obrigações em todas as fases do tratamento, até mesmo em determinado período depois de finalizados os procedimentos clínicos. Portanto, torna-se prudente que o profissional estabeleça um minucioso plano de tratamento, utilize um termo de consentimento livre e esclarecido, encaminhe o paciente ou realize a reabilitação final o mais rápido possível e determine critérios para prostrar os casos que julgar necessário, estabelecendo uma periodicidade de retorno e necessidade de avaliação radiográfica.

Keywords:

Endodontics; informed consent; consumer protection.

Abstract

Introduction: The Consumer's Defense Code was published twenty-years ago and must be properly understood by all service providers, including those of health care area. In this code, the rights and obligations established for each side (professional and patient) are listed in its contents. Besides that, the legal aspects related to the supply, implementation, delivery, and warranty of products and services offered by dental practice must be obligatorily observed to avoid problems in consumer relations. **Objective:** Since the endodontist can be ethically and/or legally demanded due to patient's lack of information about the endodontic treatment performed, this paper aims to discuss, through a literature review, the dentist's legal responsibility especially considering the Consumer's Defense Code. **Conclusions:** The clinician's responsibility when performing endodontic procedures is demanded at all phases of treatment, even at a certain period after the completion of clinical procedures. Therefore, the clinician should be cautious about establishing a comprehensive treatment planning; employing an Informed and Clarified Consent form; either referring the patient or executing the final rehabilitation as soon as possible; and also determining a follow-up criterion of the cases judged necessary, establishing a follow-up appointment frequency and the necessity of radiographic evaluation.

Introdução

A prestação de serviços em Odontologia constitui uma prática regulada pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC) [2] na qual o paciente é o consumidor e o cirurgião-dentista se enquadra como fornecedor de produtos e serviços [10]. Nesse sentido, há várias previsões legais quanto à oferta, execução, entrega e garantia dos produtos e serviços prestados tanto na prática comercial em geral quanto na área de saúde.

Conforme estabelece o artigo 6.º, inciso III, do CDC [2], todo consumidor tem o direito básico à informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e

preço, bem como sobre os riscos que apresentam. Na Odontologia, caso o paciente entenda que haja algum problema nos serviços realizados pelo cirurgião-dentista, ele também tem o amplo direito de acesso aos órgãos judiciários e administrativos com vistas à prevenção ou reparação de danos patrimoniais e morais decorrentes da relação de consumo [2], sendo as Superintendências de Proteção aos Direitos do Consumidor (Procon) os órgãos mais procurados.

Nesse contexto de defesa dos interesses do consumidor, Tanaka e Garbin [17] analisaram 25 reclamações contra cirurgiões-dentistas da cidade de Presidente Prudente (SP) e constataram que as queixas estavam relacionadas com erros (51%) e omissão (30%) no tratamento ou não cumprimento do contrato (19%). Chamadas as partes (paciente

e profissional) para uma conciliação no Procon do referido município, a devolução de valores foi a conduta seguida pela maioria dos cirurgiões-dentistas reclamados (68%), como forma de resolução do impasse. Quanto às especialidades envolvidas, observou-se que a Prótese Dentária, a Dentística e a Endodontia foram as áreas que tiveram a maior quantidade de reclamações.

Para a realização de serviços em Endodontia, especificamente, o profissional tem responsabilidade tanto sobre os procedimentos clínicos executados quanto sobre a orientação do paciente durante e após a conclusão do tratamento, objetivando o não comprometimento dos serviços realizados. No pós-tratamento endodôntico, esse comprometimento está principalmente relacionado à fratura dentária e à (re)contaminação do canal radicular com conseqüente surgimento/aumento de uma lesão periapical, ambas as situações advindas da não concretização da restauração final depois do tratamento endodôntico [1].

Diante do insucesso evidenciado no pós-tratamento endodôntico, diversos questionamentos podem surgir por parte do paciente em busca das causas do fracasso, de modo a exigir do profissional a reparação dos eventuais danos causados [5]. Em uma situação hipotética, supõe-se que um tratamento endodôntico seja feito em um dente que não apresenta lesão periapical e que servirá de pilar para uma prótese fixa. Passados cinco anos da reabilitação, sem proervação, foi detectada presença de lesão periapical em que seriam necessários retratamento do canal, cirurgia parendodôntica e troca da prótese fixa. Trata-se de insucesso do tratamento endodôntico executado, da contaminação dos canais (pela demora na reabilitação ou durante o preparo protético) ou de risco natural inerente à terapêutica endodôntica? Há necessidade de proervação dos casos por quanto tempo depois de finalizado um tratamento endodôntico (risco natural \times vício oculto)? Quem deverá arcar com os custos do novo tratamento (profissional, paciente ou ambos)?

Considerando que o profissional pode ser alvo de demandas ético-judiciais em decorrência da falta de informações prestadas sobre o tratamento endodôntico, da ausência de reabilitação dentária final e de outras complicações ocorridas após o tratamento endodôntico [13, 14], o presente trabalho teve como objetivo abordar os fatores de responsabilidade do cirurgião-dentista quanto ao fornecimento de informações acerca da realização de tratamentos endodônticos, especialmente à luz do Código de Defesa do Consumidor.

Direito à informação

O paciente tem direito a receber informações sobre o tratamento endodôntico em quaisquer de

suas etapas: pré, durante e pós-tratamento. Esse direito encontra sua correlação no chamado dever de informar do cirurgião-dentista, que constitui a categoria dos deveres laterais de conduta que integram o contrato de prestação de serviços odontológicos [6].

Antes de se iniciar a terapêutica endodôntica, as informações prestadas possuem caráter de esclarecimento quanto às etapas e aos procedimentos envolvidos no tratamento (anestesia, isolamento absoluto, abertura coronária, drenagem, instrumentação, colocação e possíveis trocas de medicação intracanal, obtenção, retirada de retentores intracanais, cirurgia parendodôntica etc.), com suas vantagens e desvantagens, benefícios e riscos, associados aos custos.

Esses itens precisam estar em um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), produzido em duas vias assinadas pelo paciente. Ressalta-se que no TCLE o profissional deve relatar ao paciente todos os riscos previsíveis do tratamento, deixando-o ciente das ocorrências que eventualmente possam surgir (riscos adicionais, como fratura de lima, extravasamento de material obturador e desconforto pós-operatório), e que tal documento pode perder a validade se o paciente não compreender o que ele disser [12]. Uma via do TCLE fica sob guarda profissional e a outra é entregue ao paciente para este ter a oportunidade de obter mais dados sobre o tratamento que lhe será empregado, além de ter a opção de interrompê-lo a qualquer época, consciente das implicações possíveis associadas à não conclusão do tratamento endodôntico.

Após tomar conhecimento das opções terapêuticas indicadas ao seu caso, o paciente deverá ter a condição de decidir, segundo sua livre convicção, se aceita os procedimentos propostos e se está em condições de se submeter a eles. Ressalta-se que em geral ele não tem o conhecimento mínimo suficiente para deliberar sobre o tipo de material que será utilizado no seu tratamento endodôntico, como o tipo/marca de limas, cimento, guta-percha, medicação intracanal, cones de papel etc. Desse modo, é o profissional quem necessitará escolher os materiais, as técnicas e os equipamentos empregados na execução do tratamento endodôntico, todos subsidiados pela literatura atualizada, sendo ele o responsável por sua aplicação e seu uso.

Ao longo do tratamento endodôntico, o profissional também tem o dever de orientar o paciente quanto aos aspectos de manutenção da higienização oral (dever de vigilância), de comparecimento assíduo às consultas marcadas (dever de continuidade) e de outros cuidados, buscando evitar a fratura do remanescente dentário, sobretudo durante a mastigação. Por sua vez, o paciente também tem de avisar imediatamente o cirurgião-dentista sobre eventuais intercorrências,

como fratura/perda da restauração provisória, e comparecer ao serviço de atendimento odontológico assim que sua consulta for agendada [6].

Ao término do tratamento, o paciente necessita ser alertado a respeito dos prazos para a reabilitação final do dente tratado endodonticamente, com o intuito de evitar o comprometimento dos procedimentos ora realizados. Caso o cirurgião-dentista seja o responsável pela reabilitação, este precisa estipular uma data para efetuar o procedimento em tempo suficiente para que não ocorra contaminação bacteriana dos canais radiculares via infiltração coronária. Se a reabilitação do dente tratado for feita por outro profissional, quem efetuou o tratamento endodôntico deve encaminhar, por escrito, o paciente, para que a reabilitação dentária aconteça o quanto antes, pelo mesmo motivo já mencionado.

Finalizando, o paciente ainda precisa ser avisado sobre a necessidade de retorno pós-tratamento endodôntico, bem como da periodicidade, para monitoração clínico-radiográfica de regressão de lesões periapicais, de reabsorções radiculares, de perfurações e de outras situações que o profissional julgar relevante preservar.

Importância da reabilitação dentária final

Após a finalização do tratamento endodôntico, o profissional deve orientar o paciente verbalmente e por escrito de modo que este reabilite o dente tratado o mais rápido possível, uma vez que a literatura

odontológica relata em diversas pesquisas que os cimentos provisórios são solúveis em água e têm baixa resistência à compressão, fatores que podem propiciar a fratura da restauração provisória e/ou a contaminação dos canais radiculares [4, 9, 16].

Saunders e Saunders [11] estudaram *in vitro* a microinfiltração coronária de três materiais restauradores temporários (Cavit G®, Kalzinol® e IRM®) e observaram que todas as restaurações confeccionadas com tais materiais, quando expostas à saliva artificial, tiveram infiltração coronária após um período de apenas três dias. Siqueira Júnior *et al.* [15] examinaram a infiltração coronária em canais vedados e obturados com três diferentes técnicas de obturação e viram que mais da metade da amostra teve completa contaminação *in vitro* à saliva humana depois de 30 e de 60 dias, e quase 90% dos dentes demonstraram contaminação do canal radicular. Pieper *et al.* [8] analisaram a infiltração coronária de quatro cimentos provisórios (Bioplic®, IRM®, Vidrion R® e Cavit®) e constataram que o IRM® teve o selamento mais pobre, seguido do Vidrion R® e do Cavit®; o Bioplic® não apresentou infiltração coronária durante os sete dias de investigação.

Caso a reabilitação dentária não seja feita pelo profissional que realizou a terapêutica endodôntica, este necessita encaminhar ou reencaminhar o paciente a quem o indicou ao menor tempo possível. O encaminhamento/reencaminhamento deve ser feito por escrito, e nesse documento é possível também inserir informações dirigidas ao paciente que exibam a data limite para o procedimento restaurador ser executado, sob pena de comprometer as práticas já efetuadas (figura 1).

ENCAMINHAMENTO (modelo)
Após a finalização do tratamento endodôntico do dente de número XX (especificar o dente por extenso) , encaminho o paciente FULANO DE TAL, RG. YYYYY , para que seja realizada a reabilitação funcional do dente acima citado.
O paciente/responsável legal foi <u>esclarecido</u> que somente o tratamento endodôntico foi concluído e está <u>ciente</u> de que deverá procurar o profissional que vai realizar a reabilitação final do dente ora tratado, num prazo máximo de ZZ (número por extenso) dias, visando ao não comprometimento dos procedimentos já executados.
Atenciosamente,
Local e data
Nome completo do profissional
Cirurgião-dentista
CRO-(UF) WWWW
Recebido por: _____
Local e data, ____/____/____

Figura 1 - Modelo de encaminhamento para reabilitação funcional de dente tratado endodonticamente. Deverá ser confeccionado em duas vias

Sob a ótica da responsabilidade profissional, esse reencaminhamento imediato atende tanto a princípios éticos para a manutenção da harmonia do relacionamento interprofissional, evitando o desvio de paciente e atuando apenas na área de especialidade solicitada (artigo 9.º, inciso I, e artigo 15 do Código de Ética Odontológica) [3], quanto a requisitos legais para a defesa profissional, em casos de intercorrências (fraturas dentárias) ou alegação de eventual insucesso da terapêutica empregada em razão da demora na reabilitação dentária. Ainda, o encaminhamento do paciente demonstra que o profissional zela pela saúde do paciente, conforme preceitua o artigo 5.º, inciso V, do Código de Ética Odontológica [3].

Prazos para reclamação de defeitos

O artigo 26 do CDC [2] estabelece o direito de reclamar sobre os vícios (defeitos) aparentes ou de fácil constatação no fornecimento de serviços ou produtos, duráveis ou não. Sob a ótica do CDC, os tratamentos ou retratamentos endodônticos podem ser considerados serviços duráveis, com uma garantia mínima de 90 dias, contados desde a finalização efetiva dos serviços. Desse modo, torna-se importante que o profissional registre adequadamente a data do término de um tratamento endodôntico, por meio de uma anotação no prontuário odontológico do paciente, no espaço destinado à evolução do tratamento.

Associado a esse registro, o cirurgião-dentista deve esclarecer ao paciente que apenas o tratamento endodôntico foi terminado e que o remanescente dentário tem de ser reabilitado por restauração ou prótese, de acordo com cada caso, o mais depressa possível [4, 9, 16]. A assinatura do paciente no registro de conclusão do tratamento endodôntico objetiva deixar explícito que ele foi avisado sobre o fim do procedimento e, nessa data, inicia-se a contagem do prazo de garantia, tendo o consumidor (paciente) 90 dias para reclamar de qualquer vício aparente ou de fácil constatação.

Como os tratamentos endodônticos não ficam expostos aos olhos do paciente para que este identifique possíveis defeitos, a detecção de insucessos ou complicações normalmente é notada pela presença de determinados sinais ou sintomas como dor, edema, mudança de coloração coronária, abscessos, fístulas, entre outros [1]. Desse modo, em casos de vícios ocultos ou de difícil constatação, como no surgimento/aumento de lesões crônicas ou de abscessos, o prazo de 90 dias começa quando

se dá a constatação do defeito. Essa situação pode estender a garantia inicial por vários meses ou anos, conforme cada situação.

A garantia de sucesso endodôntico

O tratamento endodôntico envolve uma série de etapas que visam sanar alterações pulpares e/ou periapicais, de natureza infecciosa ou asséptica (traumatismos), ou propiciar a reabilitação protética por meio de emprego de instrumentação, inserção de medicação e obturação de todo o sistema de canais radiculares.

Para tanto, inúmeras pesquisas são realizadas na área endodôntica com a finalidade de tornar esse tipo de tratamento quase infalível, sobretudo quando o profissional possui todas as condições terapêuticas para executá-lo com excelência conforme os padrões técnico-científicos atualmente preconizados. Entretanto há situações em que, mesmo se o cirurgião utilizar os melhores produtos e equipamentos associados às mais adequadas técnicas, nem sempre o sucesso terapêutico pode ser alcançado, circunstância que Selbst [12] concluiu em seu estudo, relatando que o tratamento endodôntico não pode ser garantido e que é possível perder alguns dentes independentemente da intervenção endodôntica.

Partindo dessa conclusão e sabendo-se que a presença de deltas apicais e canais radiculares secundários associada às particularidades biológicas/imunológicas do paciente são fatores capazes de interferir diretamente no prognóstico do tratamento e no restabelecimento da saúde do indivíduo, torna-se evidente e real a possibilidade de insucesso endodôntico por fatores intrínsecos ao paciente e fora do alcance do profissional. Portanto, a Endodontia deve ser considerada uma especialidade que provoca uma responsabilidade de meio, e não de resultado, pois nem todos os fatores que implicam o sucesso da terapêutica endodôntica estão sob o controle do cirurgião-dentista que a executa.

Ressalta-se que determinados tratamentos odontológicos, inclusive os endodônticos, podem deixar de gerar uma obrigação de meio e passar a acarretar uma obrigação de resultado, caso o profissional explicitamente que ele se obriga a atingir determinado resultado ou quando essa promessa constitui uma etapa fundamental para a contratação dos serviços ofertados [7]. Assim, torna-se importante que ele detalhe ao paciente as limitações do tratamento endodôntico e que o sucesso terapêutico não depende exclusivamente de sua atuação profissional.

Discussão

A responsabilidade do cirurgião-dentista acerca da prestação de serviços odontológicos, incluindo os endodônticos, encontra obrigações em todas as fases do tratamento, até mesmo em determinado período de tempo depois de finalizados os procedimentos clínicos. Portanto, torna-se prudente que o profissional defina critérios para proservar os casos que julgar necessário e, principalmente, estabeleça uma periodicidade de retorno e necessidade de avaliação radiográfica.

Destaca-se a importância de confeccionar um plano de tratamento detalhado e que contenha tanto os procedimentos concernentes à terapêutica endodôntica quanto outros possíveis tratamentos adicionais, caso haja mudança no plano de tratamento inicial. A previsão de procedimentos adicionais, no primeiro planejamento, em conjunto com a aplicação de um TCLE constitui atos que permitirão ao cirurgião-dentista estabelecer um novo plano de tratamento sem ter de assumir o ônus financeiro de uma terapêutica em que não obteve sucesso, por fatores incapazes de serem controlados pela atuação profissional. Ou seja, todo procedimento ou tratamento que não for tempestivamente previsto pelo profissional poderá ser encarado pelo paciente como uma terapêutica inclusa no planejamento inicialmente contratado, situação em que o profissional assumiria a responsabilidade pelos gastos relacionados aos procedimentos executados.

Conclusão

Em caso de insucesso endodôntico, as possíveis causas do fracasso devem ser determinadas e atribuídas aos seus responsáveis (paciente e/ou profissional), tarefa que envolve certa complexidade, principalmente quando há uma atuação multiprofissional.

Nesse sentido, há fatores que contam a favor do cirurgião-dentista que desenvolve tratamentos endodônticos, como: realização da terapêutica endodôntica conforme os preceitos técnico-científicos estabelecidos na literatura; execução de selamento coronário provisório eficaz; orientação do paciente quanto à necessidade de reabilitação dentária final o mais rápido possível e à importância da preservação sistematizada dos casos que julgar pertinente; e a não promessa explícita do sucesso do tratamento. Caso todas essas condutas sejam feitas e mesmo assim o insucesso endodôntico seja constatado, os fatores do fracasso estariam praticamente direcionados a alguma falha durante a reabilitação dentária ou

com aspectos intrínsecos ao paciente, respaldando o profissional que executou o tratamento endodôntico durante a sua prática clínica contra eventuais questionamentos judiciais.

Referências

1. Bramante CM, Berbert A, Bernadineli N, Moraes IG, Garcia RB. Acidentes e complicações no tratamento endodôntico: soluções clínicas. 2. ed. São Paulo: Santos; 2004.
2. Brasil. Lei n.º 8.078. Dispõe sobre a defesa do consumidor e dá outras providências. Brasília; 1990.
3. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução n.º 42. Aprova o Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro; 2003.
4. Estrela CRA, Ribeiro RG, Moura MS, Estrela C. Infiltração microbiana em dentes portadores de restaurações provisórias. *Robrac*. 2008;17(44):138-45.
5. Farah EE, Ferraro L. Como prevenir problemas com os pacientes: responsabilidade civil para dentistas, médicos e profissionais da saúde. 3. ed. São Paulo: Quest; 2000.
6. Kliemann A, Calvielli ITP. Os contratos de prestação de serviços odontológicos à luz atual da teoria dos contratos. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2007;61(2):111-4.
7. Oliveira MLL. Responsabilidade civil odontológica. Belo Horizonte: Del Rey; 2000.
8. Pieper CM, Zanchi CH, Rodrigues-Junior SA, Moraes RR, Pontes LS, Bueno M. Sealing ability, water sorption, solubility and toothbrushing abrasion resistance of temporary filling materials. *Int Endod Journal*. 2009;42(10):893-9.
9. Salazar-Silva JR, Pereira RCS, Ramalho LMP. Importância do selamento provisório no sucesso do tratamento endodôntico. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr*. 2004;4(2):143-9.
10. Saquy PC, Pécora JD, Silva RG, Souza Neto MD. O Código de Defesa do Consumidor e o cirurgião-dentista. *Rev Paul Odontol*. 1993;15(4):4-5.
11. Saunders WP, Saunders EM. Coronal leakage as a cause of failure in root canal therapy: a review. *Endod Dent Traumatol*. 1994;10:105-8.

12. Selbst AG. Understanding informed consent and its relationship to the incidence of adverse treatment events in conventional endodontic therapy. *J Endod.* 1990;16(8):387-90.
13. Silva RF, Daruge-Júnior E, Francesquini Júnior L, Estrela C, Paes FR, Portilho CDM. Aspectos legais frente a acidentes endodônticos. *J Bras Endod.* 2005;5(21/22):426-32.
14. Silva RF, Pereira SDR, Daruge-Júnior E, Francesquini Júnior L, Portilho CDM, Estrela C. Ethical aspects concerning endodontic instrument fracture. *Braz J Oral Sci.* 2008;7(25):1535-8.
15. Siqueira Júnior JF, Rôças IN, Favieri A, Abad EC, Castro AJR, Gahyva SM. Bacterial leakage in coronally unsealed root canals obturated with three different techniques. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000;90:647-50.
16. Siqueira Júnior JF. Aetiology of root canal treatment failure: why well-treated teeth can fail: a review. *Int Endod Journal.* 2001;34:1-10.
17. Tanaka H, Garbin CAS. Estudo das reclamações contra os cirurgiões-dentistas no Procon de Presidente Prudente, SP. *Rev Paul Odontol.* 2003;25(5):30-3.

Como citar este artigo:

Silva RF, Barbieri L, Portilho CDM, Prado MM, Daruge-Júnior E. Importância das informações prestadas ao paciente antes, durante e depois do tratamento endodôntico: abordagem à luz do Código de Defesa do Consumidor. *Rev Sul-Bras Odontol.* 2010 Oct-Dec;7(4):481-7.
