



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

**A TRAUMATOLOGIA INFANTIL E OS SEGUROS, ESCOLARES
E DESPORTIVOS, NO ENQUADRAMENTO MÉDICO-LEGAL**

Ana Filipa Catarino Pratas Soares

Orientadora:

Professora Doutora Ana Teresa Corte-Real Gonçalves

Coimbra 2013

A TRAUMATOLOGIA INFANTIL E OS SEGUROS, ESCOLARES E DESPORTIVOS, NO ENQUADRAMENTO MÉDICO-LEGAL

Ana Filipa Soares¹; Ana Corte-Real²

1 Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

2 Doutorada pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Departamento de Medicina Dentária, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Av. Bissaya Barreto, Blocos de Celas

3000-075 Coimbra, Portugal

E-mail: filipa.pratas.soares@gmail.com

ABSTRACT: The increase of child trauma situations in school, home and sport is a reality of our days. The role of the expert in the valuation of oro-facial damages within child trauma situations is often associated with insurers procedures. Our study aimed to analyze child trauma and the role of insurance in damages' compensation. For this study we analyzed the clinical files of patients with ages bellow eighteen years old from Dental Traumatology CHUC's query.

Keywords: Dental Traumatology; oral damage; forensic evaluation

Sumário:

Introdução.....5

Material e Método.....13

Resultados.....16

Discussão.....17

Conclusão.....22

Agradecimentos.....23

Bibliografia.....24

Introdução

O aumento da casuística do traumatismo infantil no espaço escola, casa e desporto é a realidade dos nossos dias.

Trinta por cento das crianças sofre de trauma na dentição decídua, na proporção de dois meninos para uma menina. A prevalência de trauma em dentes definitivos também tem vindo a demonstrar-se alta, entre quinze e sessenta e um por cento.(1)(2)

Quedas e acidentes durante os primeiros anos de vida são comuns e, um trauma na dentição decídua pode afetar dos dentes permanentes, devido à íntima relação que existe entre eles.(1)

Os dentes mais afetados são os anteriores, principalmente os incisivos centrais superiores.

Os traumatismos dentários apresentam fatores etiológico, fatores desencadeantes e predisponentes.(3) Relativamente à etiologia, são referidas como as principais causas de traumatismos dentários as quedas na prática desportiva e o contacto, interpessoal e com objetos do meio envolvente, fatores presentes no dia-a-dia das crianças, tanto em casa como no ambiente escolar.(4) As características físicas presentes no espaço escola como as condições do piso, as condições das janelas, as escadas, a área do pátio e tipo de superfície do mesmo, o número de alunos e número de vigilantes presentes no recreio são fatores desencadeantes deste tipo de traumatismos, bem como as próprias brigas entre as crianças.(4) Considerando fatores predisponentes dos traumatismos dentários podemos considerar: o overjet incisal aumentado; a presença de mordida aberta esquelética associada a uma incompetência labial; a epilepsia, o autismo, a paralisia cerebral, a incapacidade auditiva e visual e a hiperatividade. Podemos considerar os fatores individuais na prevalência dos traumatismos em escolas. Alunos do sexo masculino, com estado de saúde insatisfatório, com baixa concentração, com problemas de comportamento e elevado stress têm maior risco para a ocorrência de traumatismo em ambiente escolar e fora do mesmo.(5)(6)

Consideramos neste estudo e segundo o artigo 122º do Código Civil, que “é menor quem não tiver ainda completado dezoito anos de idade”.(7). O grupo infantil que nos propomos estudar compreende os indivíduos que frequentam a escolaridade

obrigatória. Porém não deixamos de considerar os indivíduos inimputáveis, que frequentam o espaço escola e que se enquadram no regulamento do Seguro Escolar.(8)

Ao longo dos anos, várias foram as escalas de classificação propostas, no âmbito de traumatologia orofacial, destacamos a de Andreasen (9)(10) International Association for Dental Traumatology Guidelines (IADT Guidelines) (11), Ellis, Organização Mundial de Saúde (OMS) e Garcia Godoy.

Destacamos a classificação da IADT, que distingue os traumas dentários em catorze classes para dentes decíduos e em quinze classes para dentes permanentes que se caracterizam se seguida.

A **concussão** e a **subluxação**, em dentes decíduos e permanentes, afetam as estruturas de suporte dentário. Na concussão não existe mobilidade, nem deslocamento do dente, nem hemorragia gengival, contudo ocorre a dor à percussão. Comparativamente, na subluxação, existe aumento da mobilidade do dente e presença de hemorragia no sulco gengival. Em relação ao tratamento é preconizado o controlo clínico após o acidente, na primeira semana, na sexta e oitava semanas para a dentição decídua. Na dentição permanente, pode ser considerada a colocação de férula flexível por duas semanas e é preconizada a monitorização pulpar durante o primeiro ano.

A **extrusão** e a **intrusão** correspondem ao deslocamento parcial do dente para o exterior e interior do alvéolo, respetivamente, com a separação total ou parcial do ligamento periodontal na extrusão e a fragmentação ou fratura do alvéolo na intrusão. Em relação ao tratamento preconizado para a dentição decídua, em situação de extrusão, é considerado o reposicionamento e a monitorização clínica e radiográfica, na primeira semana, na sexta semana, aos seis meses e um ano. Os mesmos controlos acontecem para a intrusão, no entanto, também devem ser feitos controlos anuais até à erupção do dente permanente sucessor. Na situação de extrusão grave podemos considerar a eventual extração dentária. Na dentição permanente, com o reposicionamento deve ser considerada a colocação de uma férula por duas semanas e os controlos clínicos e radiográficos devem ser feitos após duas, quatro e seis semanas, seis meses, um ano e anuais durante cinco anos.

A **luxação lateral** corresponde ao deslocamento do dente no sentido axial, relativamente ao dente adjacente. Este deslocamento pode ser acompanhado por fragmentação ou fratura, do osso alveolar, quer em vestibular, quer em palatino ou

lingual. A luxação para palatino dos incisivos superiores pode resultar na interferência oclusal expressa pelo contacto prematuro com os dentes oponentes. Os ferimentos causados pela luxação lateral são caracterizados pela separação parcial ou total do ligamento periodontal e, na maioria dos casos, o ápex também é dirigido para o interior do osso. Em relação ao tratamento preconizado para a dentição decídua a monitorização clínica é preconizada entre a primeira e terceira semana; a monitorização radiográfica é preconizada na sexta-oitava semana e um ano. Em relação ao tratamento preconizado para a dentição permanente, a monitorização clínica e radiográfica é preconizada na segunda-quarta-sexta-oitava semana, aos seis meses, um ano e anualmente até aos cinco anos.

A **avulsão** corresponde à deslocação total do dente para fora do alvéolo, que clinicamente se encontra vazio ou preenchido por um coágulo. Não é recomendado tratamento para a dentição decídua, apenas a monitorização clínica e radiográfica até um ano. Em relação ao tratamento preconizado para a dentição permanente, a monitorização clínica e radiográfica é preconizada na segunda-quarta-sexta-oitava semana, aos seis meses, um ano e anualmente até aos cinco anos.

A **fissura de esmalte** é outro tipo de traumatismo particularizado, em que sucede a fratura incompleta do esmalte sem perda de estrutura do dente. Para este tipo de traumatismo não são necessários tratamentos e controlos, o que acontece em ambas as dentações.

Na **fratura de esmalte** há a perda de estrutura do dente, no entanto, a fratura é apenas confinada ao esmalte. Em dentição decídua não é necessário qualquer controlo, nem restauração. Em dentição permanente, deve ser feita a restauração dos dentes envolvidos e respetivos controlos clínicos e radiográficos ao fim de seis-oito semanas e um ano. Na **fratura de esmalte-dentina** a dentina também é atingida, mas sem envolvimento pulpar. Em relação ao tratamento preconizado para a dentição decídua a monitorização clínica é preconizada na terceira-quarta semana. Em dentição permanente é possível tratamento, no entanto os controlos clínicos e radiográficos devem ser feitos ao fim de seis-oito semanas e um ano. Nos casos em que ocorre exposição pulpar a fratura da coroa é complicada e foi denominada como **fratura de esmalte-dentina com envolvimento pulpar**. Em dentição decídua, o tratamento é possível dependendo da maturidade do dente, devendo ser feito o controlo clínico ao fim de uma semana e os controlos clínicos e radiográficos após seis-oito semanas e um ano. No entanto, por vezes, a alternativa poderá ser a

extração. Em relação ao tratamento preconizado para a dentição permanente, a monitorização clínica e radiográfica é preconizada na sexta-oitava semana e um ano.

A **fratura da coroa e raiz sem envolvimento pulpar** atinge esmalte, dentina e cimento. Em dentição decídua, é preconizado o tratamento e neste caso os controlos devem ser feitos uma, três-quatro semanas e um ano depois; nos casos em que o dente em causa foi extraído, deve ser feito o controlo clínico e radiográfico ao fim de um ano e anualmente até erupção do sucessor. Em dentição permanente é preconizado o tratamento e os controlos clínicos e radiográficos devem ser feitos ao fim de seis-oito semanas e um ano. Também poderá ocorrer envolvimento pulpar – **fratura da coroa e raiz com envolvimento pulpar**. Em dentição decídua, é preconizado o tratamento nos casos em que apenas uma pequena parte da raiz está envolvida; nas restantes situações é considerada a extração do dente. A monitorização é preconizada ao fim de um ano e anualmente até à erupção do dente sucessor. Em dentição permanente, é preconizado o tratamento nas situações de afetação parcial da raiz e os controlos devem ser feitos ao fim de seis-oito semanas e um ano.

A **fratura radicular** envolve o cimento, a dentina e a polpa. Este tipo de fraturas pode ser classificado segundo o deslocamento ou não do fragmento coronal. Existem três tipos de fraturas radiculares, fratura do terço apical, fratura do terço médio e fratura do terço coronário. Os casos de fratura do terço coronário têm pior prognóstico. Em situações de dentição decídua, sem deslocamento do fragmento, não é preconizado tratamento, porém se o fragmento está deslocado podemos considerar a sua reposição ou eventual extração. O controlo clínico deve ser feito após uma semana e o controlo clínico e radiográfico após seis-oito semanas e um ano. Em caso de extração do fragmento os controlos clínico e radiográfico devem ser ao fim de um ano e anualmente até à erupção do sucessor. Em dentição permanente também é possível tratamento. Devem ser feitos controlos clínicos e radiográficos após seis-oito semanas, quatro meses, seis meses, um ano e anuais durante cinco anos. Neste tipo de fratura ao fim de três meses é possível verificar a necessidade ou não de prosseguir para tratamento endodôntico.

A **fratura alveolar** corresponde à mobilidade do processo alveolar. Em dentição decídua é possível tratamento, o reposicionamento. E neste caso, o controlo clínico deve ser feito uma semana depois e os controlos clínico e radiográfico após seis-oito semanas, um ano depois e anualmente até à exfoliação do dente envolvido. Em dentição permanente também é possível o reposicionamento e, quatro semanas

após deve ser feito o primeiro controle clínico e radiográfico e seis-oito semanas depois, aos quatro e seis meses, ao um ano e anualmente durante cinco anos.

Por último, podemos considerar as **fraturas maxilar/ mandibular**, que se caracterizam pelo envolvimento das estruturas, maxilar e mandíbula (12)

Segundo Le Fort, as fraturas craniofaciais são classificadas em três tipos: Le Fort I, Le Fort II e Le Fort III. No tipo Le Fort I ocorre uma linha de fratura horizontal do maxilar que separa os processos alveolar, dentes e palato do resto do crânio. No Le Fort II, a fratura envolve ambos os lados, o osso nasal, processo frontal da maxila, soalho da órbita, processo zigomático da maxila e processo pterigoide. No Le Fort III a linha de fratura é horizontal e passa, de cada lado, pela sutura frontonasal, sutura frontomaxilar, lacrimal, etmóide, fissura orbital superior, asa maior do esfenóide e sutura frontozigomática.

Segundo as referências da AO, as fraturas mandibulares podem ser subdivididas em: fratura da sínfise e parasínfise simples ou complexa; fratura do corpo da mandíbula simples ou complexa; fratura do ângulo ou ramo da mandíbula simples ou complexa e fratura do processo condilar simples ou complexa.(13) Em relação ao tratamento as fraturas mandibulares devem ser estabilizadas e monitorizadas, clínica e radiograficamente, na sexta-oitava semana, no quarto e sexto mês, ao primeiro ano e anualmente durante cinco anos após o evento.(13)

O reconhecimento da relação causa /efeito é um princípio relevante na medicina legal e na medicina, em geral. A complexidade do estudo da traumatologia oro facial está em relação com o diagnóstico das patologias e suas inter-relações com as arcadas dentárias, complexo muscular crânio facial e equilíbrio sensorial. A avaliação médico-legal de um evento traumático deve ser iniciada desde o momento do evento com a identificação espacial e temporal do acidente.(14) A evolução das lesões para a sua cura ou consolidação e existência de sequelas, no âmbito do nosso estudo deve ser interpretada, em sede de direito civil. Neste âmbito diversos são os parâmetros a serem valorizados, patrimoniais e não patrimoniais.

São considerados parâmetros de avaliação, da tabela de incapacidades (permanentes) em direito civil, as perdas dentárias, as disfunções mandibulares, a limitação da abertura bucal e a perturbação pós traumática da oclusão dentária ou da articulação temporo mandibular.(15) A avaliação das sequelas é efetuada segundo parâmetros temporários, quantum doloris; e permanentes, **Afetação Permanente da Integridade Físico-Psíquica (APIFP) Repercussão na Atividade Profissional (RAP)**

Dano Estético (DE) Repercussão na Atividade Sexual (RAS) Repercussão nas Atividades Desportivas e de Lazer (RADL) Dependências (D).(15)

O papel do perito na valorização do dano oro-facial pós-traumático está correlacionado com a ação das seguradoras, entidades que avaliam a evolução das lesões e colaboram no ajuste do valor indenizatório das sequelas decorrentes.

Parâmetros de avaliação em Direito Civil.

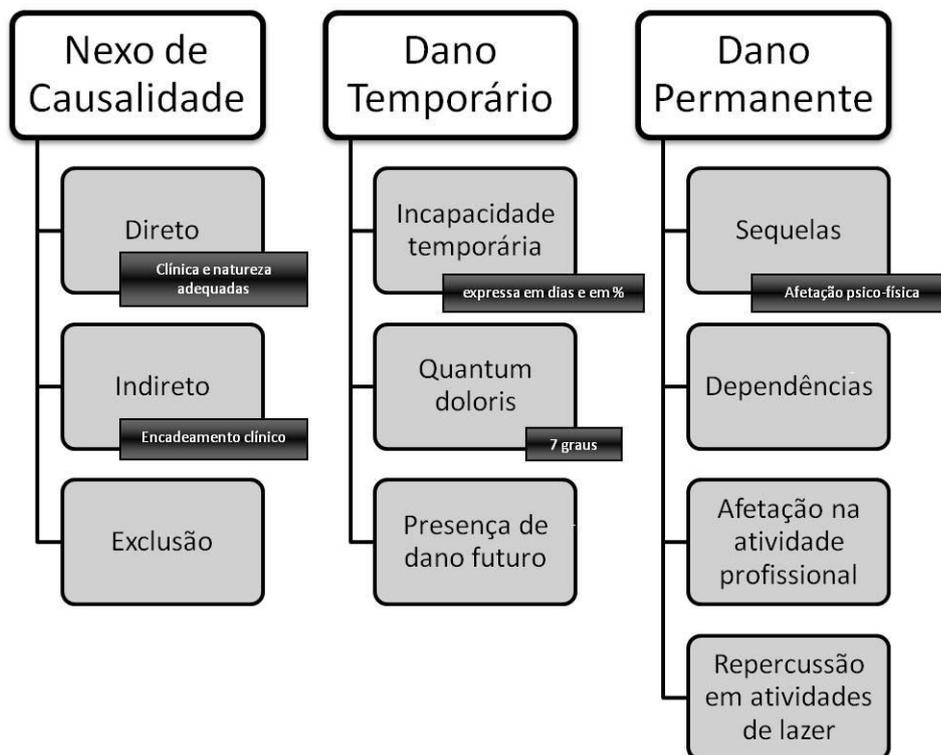


Figura 1 – Parâmetros de avaliação em direito civil

Tab. 1 – Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanente em Direito Civil

Código		Valorização em pontos
Sc0701	Edentação completa insuscetível de correção por prótese..... (atendendo à repercussão sobre o estado geral)	20 a 28
	Perda de dente insuscetível de correção por prótese	
Sc0702	Incisivo ou canino.....	1
Sc0703	Pré-molar ou molar.....	1,5
Sc0704	Disfunções mandibulares.....	21 a 30
Sc0705	Limitações de abertura bucal igual ou inferior a 10mm.....	6 a 20
	Limitações de abertura bucal entre 10 e 30mm.....	
Sc0706	Limitações de abertura bucal entre 31 e 40mm..... (atendendo à bilateralidade, fenómenos dolorosos e perturbação da função)	até 5
Sc0707	Perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou da articulação temporo-mandibular..... (segundo a repercussão sobre a mastigação, a fonação e as algias)	2 a 10
Sc0708	Amputação da parte móvel da língua..... (tendo em consideração a repercussão sobre a palavra, a mastigação e a deglutição, segundo a importância das perturbações)	3 a 30

O seguro escolar garante a cobertura dos danos ocorridos em acidente escolar e abrange as crianças matriculadas em jardins-de-infância da rede pública e os alunos dos ensinos básico e secundário, ensinos profissional e artístico, os alunos do ensino particular e cooperativo em regime de contrato de associação, e ainda, os que frequentam cursos de ensino recorrente e de educação extra-escolar realizados por iniciativa e/ou colaboração do Ministério da Educação; as crianças abrangidas pela educação pré-escolar e os alunos do 1º ciclo do ensino básico que frequentem atividades de animação sócio-educativa, organizadas pelas associações de pais ou pelas autarquias, em estabelecimentos de educação e ensino; os alunos dos ensinos básico e secundário que frequentam estágios ou desenvolvam experiências de formação em contexto de trabalho, que constituam o prolongamento temporal e curricular necessário à certificação; os alunos participantes em atividades do desporto escolar; as crianças inscritas em atividades ou programas de ocupação de tempos livres, organizados pelos estabelecimentos de educação ou ensino e desenvolvidos em período de férias. O seguro escolar abrange ainda os alunos que se desloquem ao estrangeiro, integrados em visitas de estudo, projetos de intercâmbio e competições desportivas no âmbito do desporto escolar. E ainda, os danos ocorridos em

consequência de acidentes no trajeto entre a residência e o estabelecimento de ensino, ou vice-versa, desde que no período de tempo que precede imediatamente o início da atividade escolar ou imediatamente a seguir a atividade escolar.(8)

É considerado acidente escolar o evento ocorrido no local e tempo de atividade escolar que provoque ao aluno lesão, doença ou morte.(8)

O seguro escolar garante a cobertura financeira da assistência a prestar ao aluno sinistrado na assistência médica e medicamentosa, no transporte, alojamento e alimentação indispensáveis para garantir a assistência. A assistência médica em situações de urgência é prestada ao sinistrado por instituições hospitalares públicas. A assistência médica de “continuidade” pode ser prestada por instituições hospitalares privadas ou por médicos particulares abrangidos por sistema, subsistema ou seguro de saúde de que aquele seja beneficiário. O doente é soberano na sua decisão, ou seja, pode decidir pelo acompanhamento clínico da sua situação, no hospital público ou noutra instituição.(8)

O seguro escolar garante o pagamento de indemnização por incapacidade temporária, cujo montante será o de prejuízo efetivamente sofrido devidamente comprovado; indemnização por incapacidade permanente e indemnização por danos corporais. A indemnização é calculada em função do grau de incapacidade que lhe seja atribuído e o coeficiente de incapacidade é fixado por junta médica, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades.(16) Os parâmetros de dano a avaliar são diferentes conforme o domínio do direito em que se processa, face aos princípios jurídicos que os caracterizam. A Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil (Tab. 1) visa a criação de um instrumento de avaliação neste domínio específico do direito, consolidado numa tabela médica com valor indicativo, destinada à avaliação e pontuação das incapacidades resultantes de alterações na integridade psico-física.(16)

Material e método

Foram selecionados 10 doentes da Consulta de Traumatologia Dentária dos CHUC. Esta seleção teve como princípio a faixa etária até aos 17 anos e 364 dias ou 365 nos anos bissextos, momento em que a maioridade é atingida. Os processos hospitalares destes doentes foram devidamente consultados e analisados. Obtivemos desta consulta três doentes com traumatismos dentários aos oito anos, três doentes com traumatismos dentários aos doze anos, um doente com traumatismo dentário aos treze anos e dois doentes com traumatismos dentários aos dezassete anos. (Tabs. 2 e 3)

Tab.2 – Doentes da consulta de Traumatologia Dentária dos CHUC.

	Idade à data do acidente (anos)	Tipo e local do Acidente	Estruturas Envolvidas			Tipo de Traumatismo (IADT)	Tratamentos efetuados	Tratamentos programados
			D	O	M			
1	8	Atividade desportiva	X			FC com EP (11).	Pulpotomia e RP	TE e RD
2	8	Escola	X			FC esmalte e dentina (31).	Restauração	RD ou TE e RD
3	8	Escola	X		X	Ext. com retrusão (31 e 32). L (22).	Ferulização (74 a 83). Sutura das feridas. E(32)	Correção por PF implanto-suportada (32, 31 e 22)
4	12	Educação Física	X	X		FC esmalte e dentina (85 e 26). FM, condilar direita.	Restauração. Controlo da abertura bucal e recomendação de exercícios em ambulatório	TE
5	12	Atropelamento	X	X	X	FR (11). FA com L dentária e Mob. (12, 21 e 22). FC (21 e 22).	E (11). TE e restauração (21 e 22). Tratamento ortodôntico bi-maxilar. E (13 e 24).	PR até aos 18 anos. Implante. Facetas cerâmicas ou coroas totais (12 e 13).

Legenda da Tabela :

FC – fratura coronária; EP – envolvimento pulpar; Ext. – extração; FM – Fratura mandibular; FR – fratura radicular; FA – fratura alveolar; L – luxação; SL – subluxação; A – avulsão; Mob. – mobilidade; D – dentário; O – ósseo; M – mucosa; TE- tratamento endodôntico; RP – restauração provisória;

E – extração; PR – prótese removível; PF – prótese fixa; RD – restauração definitiva

Tab. 3 - Doentes da consulta de Traumatologia Dentária dos CHUC

	Idade à data do acidente (anos)	Tipo e local do Acidente	Estruturas envolvidas			Tipo de Traumatismo (IADT)	Tratamentos efetuados	Tratamentos programados
			D	O	M			
6	12	Atropelamento	X		X	Escoriações no lábio inferior. FAD (11 e 21) A (11). L intrusiva e FC esmalte-dentina (21). SL (12 e 22).	TE (21), sua tração ortodôntica.	PR (11). Tratamento ortodôntico. PF (11 e 21).
7	13	Escola	X			FC com EP (11)	Pulpotomia parcial e RP	RD ou TE e RD.
8	17	Educação Física	X			FC oblíqua (21)	Restauração (colagem do fragmento)	TE e RD
9	17	Atividade desportiva	X		X	FC esmalte-dentina. (11,12 e 21) SL dos dentes adjacentes e escoriações no lábio superior.	TE (12). Restaurações a compósito (11 e 21).	PF (12). Controlo (11 e 21) por eventual necessidade de TE e PF. Proteção bucal.
10	12	Escola	X			FC (21)	RP	TE e RD

Legenda da Tabela 3:

FC – fratura coronária; EP – envolvimento pulpar; Ext. – extração; FM – Fratura mandibular; FR – fratura radicular; FA – fratura alveolar; L – luxação; SL – subluxação; A – avulsão; Mob. – mobilidade; D – dentário; O – ósseo; M – mucosa; TE- tratamento endodôntico; RP – restauração provisória;

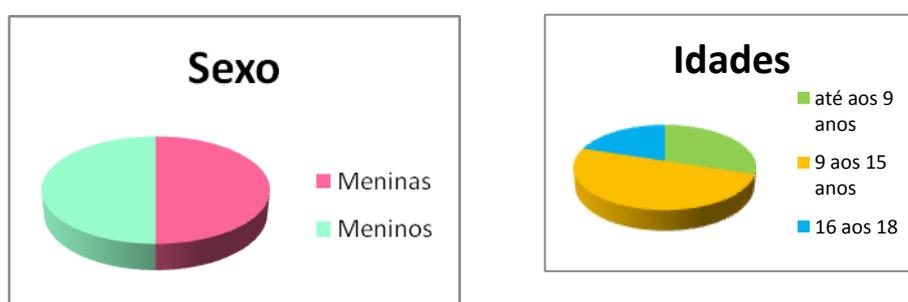
E – extração; PR – prótese removível; PF – prótese fixa; RD – restauração definitiva

Resultados

Na análise dos processos dos doentes da consulta de Traumatologia Dentária dos da área de Medicina dentária da FMUC/CHUC verificámos que, em sete dos dez doentes, os traumatismos dentários tiveram incidência nos incisivos superiores (73%); dos doentes traumatizados foram atingidos os incisivos inferiores (13%). Noutra criança foram afetados o molar superior definitivo e o molar inferior decíduo. Também verificámos a ocorrência de uma fratura mandibular, condilar direita.

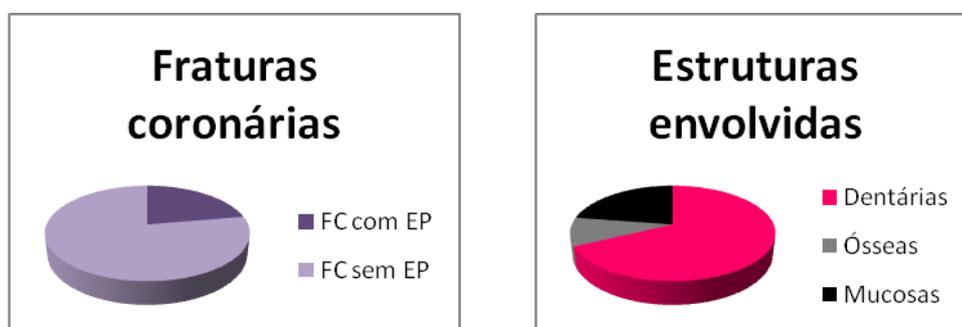
Graf. 1 - Distribuição de Traumatismos Oro-faciais por sexo.

Graf. 2 - Distribuição de Traumatismos Oro-faciais por idade

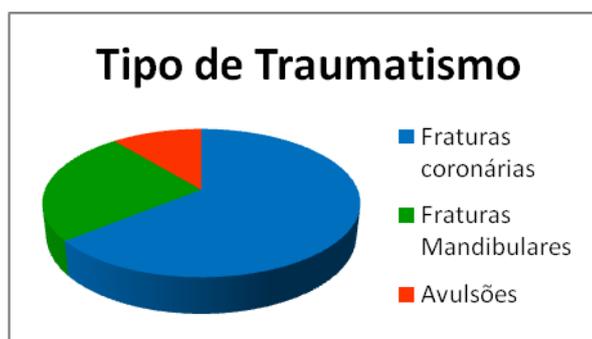


Graf. 3 – Distribuição de Traumatismos Oro-faciais por fraturas coronárias.

Graf. 4 – Distribuição de Traumatismos Oro-faciais por estruturas envolvidas.



Graf. 5 – Distribuição de Traumatismos Oro-faciais por tipo de traumatismo.



Discussão

No universo da nossa amostra, o tipo de traumatismo oro facial predominante foi a fratura coronária dos incisivos superiores, o que corrobora os estudos existentes neste contexto.(3)

No âmbito médico-legal, a valorização do dano corporal, da nossa amostra é realizada em sede de direito civil, com a valoração de parâmetros patrimoniais e não patrimoniais (figuras 2, 3 e 4)

A **informação clínica** do evento é fundamental para a correta elaboração do relatório médico/legal. A descrição do evento e a identificação do tipo de traumatismo oro facial e respetivas lesões são elementos basilares para a atribuição do nexos de causalidade. Consideramos que o estabelecimento do referido nexos é fundamental no estabelecimento da correta valoração médico legal do dano corporal.

Em relação à **partilha** de informação clínica, podemos considerar que a referida informação pode ser prestada pela entidade que acompanha o doente diretamente ao tutor legal ou a pedido do ministério público através do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF,IP). Podemos considerar que o pedido de informação requerida pelas seguradoras diretamente ao profissional de saúde pressupõe o pedido de suspensão do sigilo profissional à Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) pelo profissional, para a divulgação da mesma.

Face à faixa etária predominante da nossa amostra consideramos que na atribuição do *quantum doloris* influi uma componente social de integração escolar, que não seria relevante na faixa etária inferior, podendo corresponder a uma qualificação superior, até moderado (5/7)

O tipo de traumatismo predominante, fratura coronária dos incisivos superiores, corresponde a um período de incapacidade temporária curto, por volta dos sete dias . O período de incapacidade temporária é o tempo em que há perda ou redução da capacidade para as atividades de dia-a-dia resultante do acidente escolar ou desportivo, alimentação/mastigação e fala. Contudo salientamos que os tratamentos que correspondem à reabilitação fixa correspondem a períodos de incapacidade temporária longos comparativamente com as fraturas de ortopedia, como por exemplo a fratura da cabeça do fémur, que tem um período de três meses de imobilização, ou seja, tem um período de incapacidade inferior.

Na nossa amostragem não foi possível a atribuição de data de consolidação pelo que os relatórios efetuados apenas correspondem a uma discussão preliminar. O relatório clínico é um documento elaborado pelo Médico Dentista responsável pelo sinistrado e no seu conteúdo deve compreender: a informação descritiva do traumatismo oro facial, os tratamentos efetuados, o prognóstico e a data da nova reavaliação.

Consideramos, com base no regulamento do Seguro Escolar que as seguradoras atribuem um período de dezoito meses para tratamento dos danos causados em acidentes escolares e/ou desportivos, a partir desse tempo o processo do sinistrado (criança) é arquivado. Pelo exposto, face aos longos períodos de monitorização clínica e radiográfica, devem ser efetuados relatórios intercalares, para evitar o arquivamento e esquecimento do processo.

Ao efetuar a correlação entre os tipos de traumatismos oro faciais do universo da nossa amostra e o enquadramento médico legal (figuras 2, 3 e 4), destacamos a necessidade de monitorização por um período mínimo de 1 ano. O período necessário de 12 meses decorrentes do acidente corresponde a um período equivalente de acompanhamento do sinistrado pela entidade seguradora, no suporte de honorários e assistência. Ao qual não se excluí a reabilitação aos 18 anos, data que se considera, em termos médico-legais, como data de consolidação. Pelo exposto o alargamento de 1 ano, por um período variável, consoante a idade do sinistrado à data do acidente (na faixa etária predominante pelo menos de 3 anos), atinge longos períodos de incapacidade temporária. Estes extensos períodos de valorização do dano são contornados pelas entidades seguradoras com acordos entre as partes na atribuição de um valor total para a reabilitação e valorização do dano. Pelo que a elaboração do relatório médico-legal se revela de extrema importância e correção.

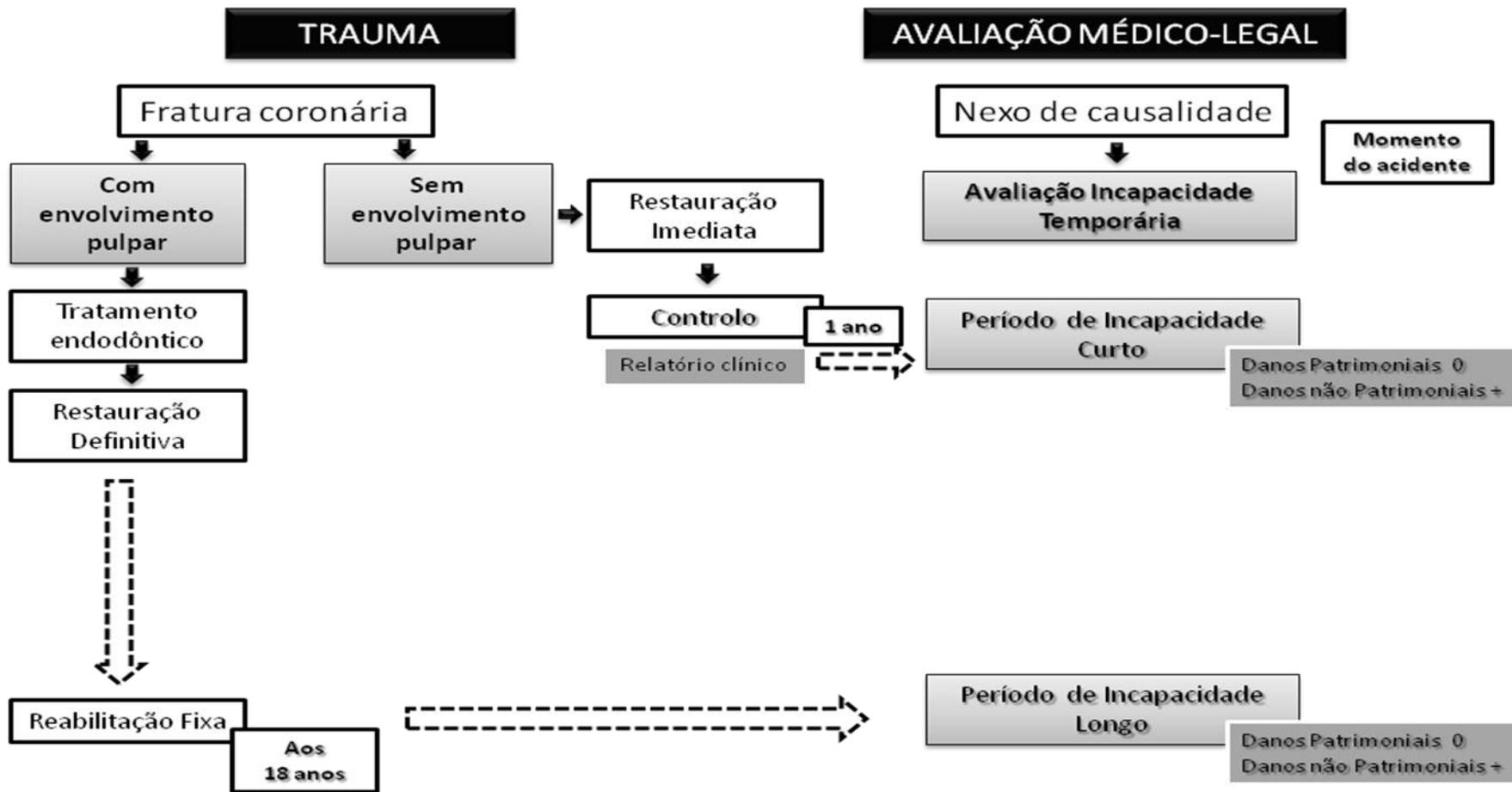


Figura 2 – Enquadramento médico legal da fratura coronária.

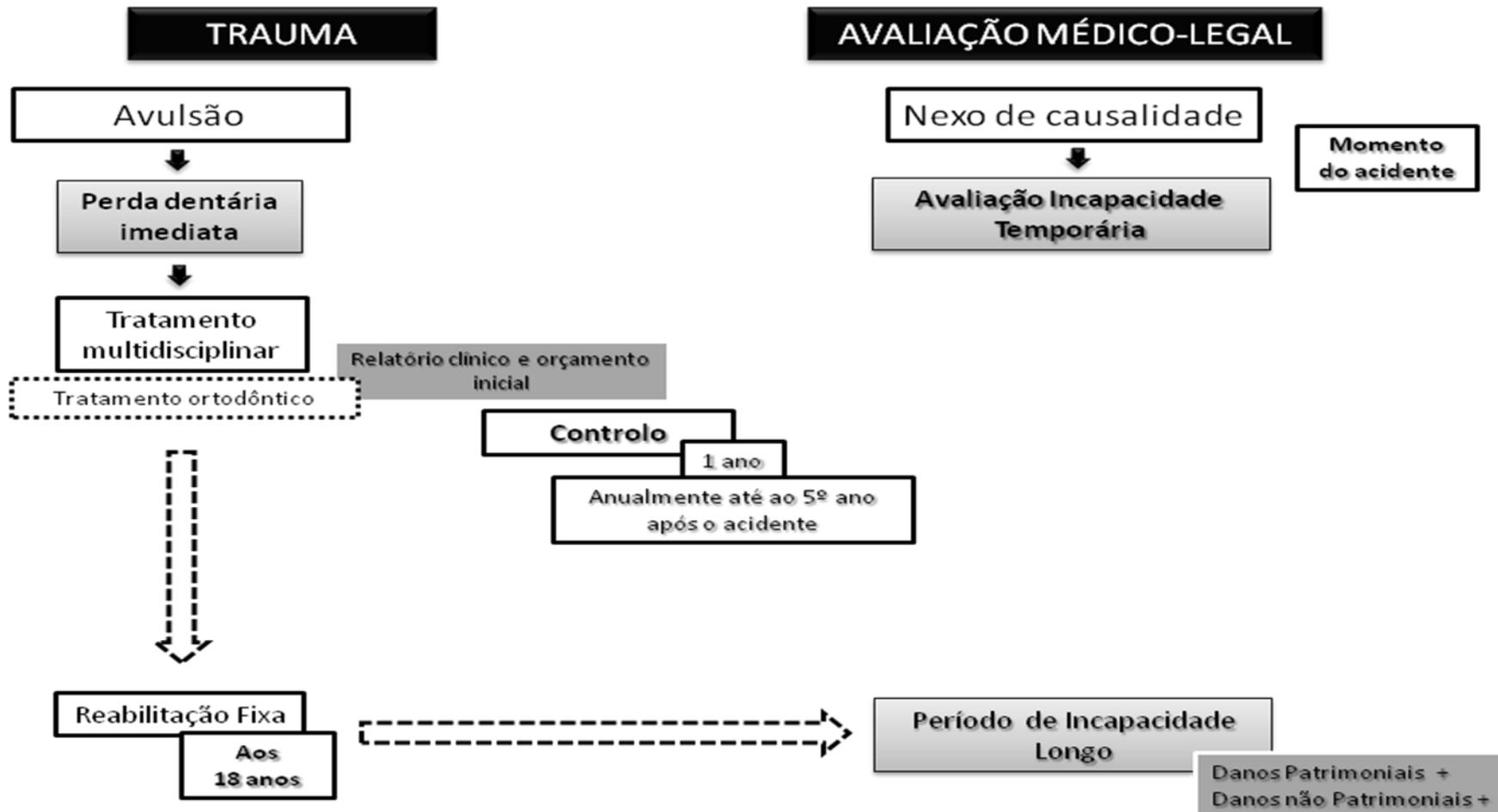


Figura 3 – Enquadramento médico legal da avulsão.

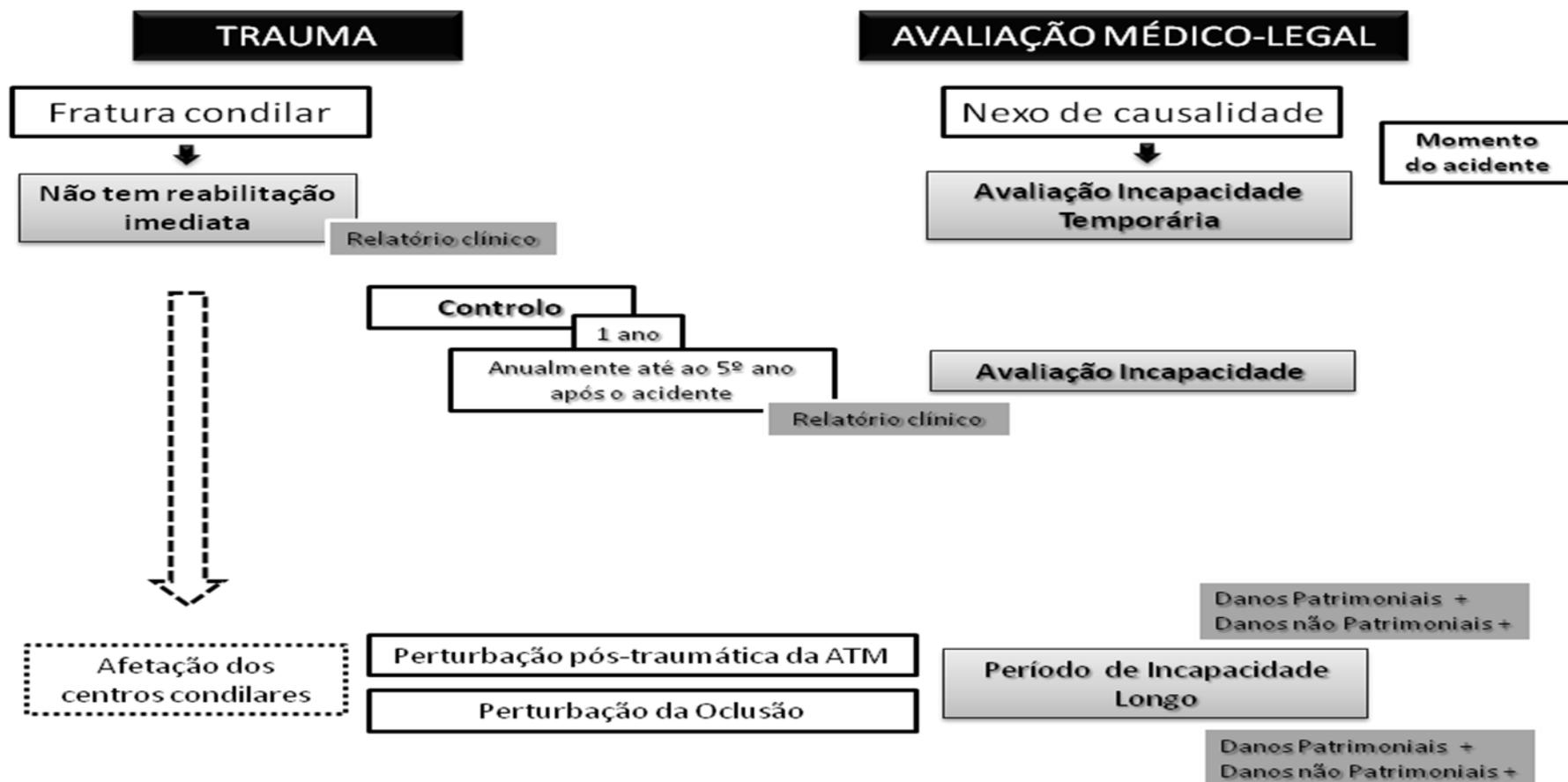


Figura 4 – Enquadramento médico legal da fratura coronária.

Conclusão

Com este trabalho podemos concluir que o tipo de traumatismo oro facial predominante da consulta de Traumatologia Dentária da AMDFMUC é a fratura coronária dos Incisivos Superiores.

Este tipo de traumatismo corresponde a um período de incapacidade temporário baixo.

Para reabilitações fixas na faixa etária predominante correspondem a pelo menos 3 anos de incapacidade temporária, sendo períodos longos. Face ao que aconselham relatórios intercalares.

Na consulta de Traumatologia Dentária da AMDFMUC embora haja uma standardização de critérios para formular corretamente todos os documentos necessários para garantir a cobertura de todos os tratamentos dentários, ocorridos em acidentes escolares e desportivos, pelas Seguradoras (Seguro Escolar e Seguro Desportivo) o formulário nem sempre é preenchido,

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à minha Orientadora, Professora Doutora Ana Teresa Corte-Real por toda a disponibilidade, prestação, incentivo e ensinamentos que me transmitiu ao longo deste trabalho.

E aos meus colegas por todo o apoio ao longo deste trabalho.

Bibliografia

1. Zuanon A, Pansani C. Bad Formation in Permanent Teeth, RGO, P.Alegre, v.53, n.3, p.198-200, jul/ago/set. 2005.
2. Caldas IM, Magalhães T, Afonso A, E. Matos. Orofacial damage resulting from road accidents Dental Traumatology 2008 24, 410-415.
3. Pádua MC De, Mendes FM, Benedetto MS De, Volpi AC, Imparato JC, Azevedo G, et al. Prevalência de lesões dentárias traumáticas em pré-escolares de escolas públicas e particulares Prevalence of traumatic dental injuries in preschool children of private and public schools. 2010;28(3):237-40.
4. Correa MB. Traumatismos Dentários e Ambiente Físico Escolar, Pelotas, RS, Brasil. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada [Internet]. 2011 Apr 1 [cited 2013 Jul 10];11(2):269-74. Available from: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/726/675>
5. Suu Y, Yu I, Wang T, Y Z. Unintentional Injuries at School in China: Patterns and Risk factors. Accident Analysis and Prevention. 2006;
6. Odoi R, Croucher R, Wong F, Marcenés W. The Relationship between problem behaviour and traumatic dental injury amongst children aged 7-15 years old. Community Dent Oral Epidemiol. 2002;
7. Art. 122º Código Civil, Editora Almedina. 2009.
8. Regulamento Seguro Escolar - Diário da República nº132. 1999;3221-8.
9. Andreasen JO. Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth (4th ed.), Oxford, Blackwell. 2007.
10. Andreasen JO, Andreasen FM. Essentials of Traumatic injuries to the teeth. 1990;
11. Bastone EB, Freer TJ, Mcnamara JR. Epidemiology of dental trauma : A review of the literature. 2000;(1):2-9.
12. Guidelines International Association for Dental Traumatology. 2010.
13. AO Surgery References. 2008.
14. Magalhães T. Clínica Médico-Legal, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2003.
15. Confédération européenne d'experts en évaluation et réparation du dommage corporel; Guide-barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique, 2ª Ed. Anthemis L.G.D.J., Louvain-la-Neuve, 2006.

16. TABELA NACIONAL DE INCAPACIDADES (TNI). 2008;1-172.