

**AS OBRIGAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS DO ORTODONTISTA NO PÓS-
TRATAMENTO**
**THE ETHICAL AND LEGAL OBLIGATIONS OF THE ORTHODONTISTS IN
THE POST-TREATMENT**

CAMILA ANSELMO DA SILVA

Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Estadual do
Sudoeste da Bahia

ISMAR EDUARDO MARTINS FILHO

Doutorando pelo Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia
da Universidade de São Paulo

GUSTAVO SILVA SIÉCOLA

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ortodontia e Odontologia em Saúde
Coletiva do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva da
Faculdade de Odontologia de Bauru de Universidade de São Paulo.

LEOPOLDINO CAPELOZZA FILHO

Professor Associado do Programa de Pós-Graduação em Ortodontia e Odontologia
em Saúde Coletiva do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde
Coletiva da Faculdade de Odontologia de Bauru de Universidade de São Paulo;

SÍLVIA HELENA DE CARVALHO SALES-PERES

Professora Associada do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde
Coletiva da Faculdade de Odontologia de Bauru de Universidade de São Paulo;

ARSENIO SALES-PERES

Professor Associado do Programa de Pós-Graduação em Ortodontia e Odontologia
em Saúde Coletiva do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde
Coletiva da Faculdade de Odontologia de Bauru de Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência:

Ismar Eduardo Martins Filho
Departamento de Saúde - DS (UESB/JQ)
Av José Moreira Sobrinho, S/N – Bairro: Jequiezinho
CEP 45206-190 – Jequié - Bahia
Telefone:(73) 3528-9623
iemfilho@uesb.edu.br

AS OBRIGAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS DO ORTODONTISTA NO PÓS-TRATAMENTO

RESUMO

Nos últimos 10 anos vêm sendo muito freqüentes os processos contra cirurgiões-dentistas em geral. Muitas vezes esses processos são causados por erros profissionais, descuidos com tratamento e, com os maus preenchimentos de fichas e prontuários. Nessa circunstância o profissional fica sem possibilidade de qualquer defesa. Sendo assim, este trabalho tem por objetivo alertar e nortear os profissionais de Odontologia, principalmente os especialistas em ortodontia, no correto e completo preenchimento e armazenamento de prontuários. Mesmo sendo esses profissionais, os que têm o mais consistente protocolo de documentação de seus pacientes, é preciso atenção com sua qualidade. O ortodontista também tem, perante a maioria dos magistrados, uma obrigação de resultado, embora isto seja questionado por juristas e profissionais da Odontologia, pois está se trabalhando com um humano, com mudanças biológicas acontecendo o tempo todo. Desta forma, a previsão de um resultado final de forma categórica pode levar a insatisfação do profissional e criar uma falsa expectativa ao paciente, logo o ortodontista deve sempre estar atualizado e em contato com as leis vigentes para evitar ser processado pelos seus pacientes, por insatisfação com o resultado do tratamento, sendo que, o próprio paciente pode ser o responsável pelas alterações (recidiva e instabilidade) pós-tratamento.

Palavras-chave: *ética, responsabilidade profissional, ortodontia, pós-tratamento*

ABSTRACT

Recently, the processes against dentists in general. are being very frequent. Most of the times those processes are caused by professional mistakes, negligences with treatment and bad completions of records and handbooks. In this situation, the professional don't have any defense possibility. This way, this work has for objective to alert and to orientate the dentistry professionals, mainly for the Orthodontist, which a lot of times can if they neglect in the completion and storage of handbooks, although those professionals are the ones that have the best and more completes their patients' documentation. The Orthodontists also have, in most of the magistrate, a result obligation, being that questioned by many jurists and dentistry professionals, because they are working with a human being, with biological changes happening the whole time, where the forecast of a final result in a categorical way can take the dissatisfaction as much of the professional as to create a false expectation to the patient. Therefore, the orthodontist should always be updated and in contact with the effective laws to avoid to be processed by their patients, for dissatisfaction with the result of the treatment, and, the own patient can be the responsible for the recurrences post-treatment.

Key-words: *ethics, legal responsibility, orthodontia, after-treatment*

INTRODUÇÃO

É compreendido pelos ortodontistas que a importância de seus tratamentos e benefícios não param com a retirada de seus aparatos mecânicos, mas continuam com a fase de contenção, tão fundamental quanto a fase ativa. Este período pode estar relacionado diretamente com o sucesso de seus tratamentos em longo prazo, minimizando recidivas, prognosticando e interceptando instabilidades. Em consequência diminuem-se os casos de insatisfação por parte do paciente, evitando-se inconvenientes em seus ambientes de trabalho e futuro profissional.

Existem quatro fatores de extrema importância a serem investigados para se realizar uma intervenção ortodôntica: diagnóstico, plano de tratamento, colaboração do paciente e padrão de crescimento (ADES et al., 1990; CAPELOZZA FILHO, 2004; DERMAUT e AELBERS, 1996). Desses fatores, o mais importante, o padrão de crescimento, é absolutamente independente da ação do profissional, pois não pode ser modificado de modo definitivo por qualquer terapia ortodôntica ou ortopédica. É claro que isso reduz o questionamento por parte do paciente quando resultados limitados são o máximo que se pode obter, mas é preciso que isso seja prognosticado. O tempo certo para o prognóstico é o pré-tratamento.

Parece claro que o período pós-tratamento deve ter acompanhamentos e supervisão do profissional responsável, respeitando os intervalos prescritos na literatura ou se necessário, com frequência maiores. Nesta fase o ortodontista fica vulnerável de forma excessiva a cooperação de seus pacientes, e, portanto, cabe ao profissional identificar qualquer falha na utilização de seus aparelhos de contenção e alertar o paciente da importância de seu correto uso, visando estabilidade do caso no futuro.

Outro aspecto de suma importância para a segurança do ortodontista refere-se à documentação final do caso, na intenção de preservar tanto a integridade física de seu paciente, quanto à segurança do profissional contra possíveis inconvenientes. Esta documentação é de guarda do ortodontista e deve ser preservado sob sua custódia por um período bastante controverso quando exposto na literatura. Só assim o ortodontista pode estar seguro e respaldado legalmente sobre a qualidade de seu serviço e a quantificação do custo biológico de seu tratamento. Ainda nesta linha que cuidados, isto se faz necessário, pois o tratamento ortodôntico, por ser considerado uma obrigação de resultado, garante ao paciente, respaldado pelo Código Civil Brasileiro (BRASIL, 2003) e pelo Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990), direito de reivindicação sobre tratamentos onde haja insatisfação do paciente, bem como onde exista custo biológico excessivo, causando dano a integridade deste.

O cirurgião-dentista tem na sociedade um trabalho de grande responsabilidade, pois, vai cuidar da saúde de seus semelhantes. É exatamente em função desta responsabilidade que existe uma série de normas legais e éticas que devem nortear o profissional em sua atividade laborativa (SILVA, 1999).

REVISÃO DE LITERATURA

Relação cirurgião-dentista X paciente

Constitui infração ética do cirurgião-dentista pelo Código de Ética Odontológica (BRASIL, 2003), artigo 6º, inciso II, deixar de esclarecer adequadamente, os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento para o paciente. Isso deve acontecer de forma rotineira dentro dos consultórios odontológicos, onde todo e qualquer procedimento a ser executado obrigatoriamente deve estar explicitado de forma clara, concisa e sempre que possível, com consentimento do paciente, permitindo a este não aceitar o tratamento.

Segundo Silva (1999; 1997), o profissional nunca deve garantir seus serviços, lembrando sempre, que seu campo de trabalho é na área biológica. Este também afirma que o profissional deve com firmeza conveniente e consciência, fazer valer suas palavras e a sua autoridade, traçando sem titubear, a conduta a ser seguida, respeitando-se o direito do paciente em não aceitar o tratamento.

Período de contenção ortodôntica

Segundo Strang e Thompson (1958), a variabilidade do tempo que o paciente deve usar os aparelhos de contenção depende de diversos fatores, como por exemplo, idade do paciente, características da má oclusão, fatores etiológicos envolvidos, forma anatômica e perfeição dos tecidos envolvidos, características dos processos vitais do paciente e grau de perfeição resultante do tratamento ativo. Reitan (1969) salientou que o período de contenção é importante e deve ocorrer até que o tecido fibroso tenha se reorganizado e as camadas do novo osso tenham se calcificado. As fibras principais do ligamento periodontal se reorganizam após um período de 8 a 9 semanas, mas as estruturas supra-alveolares podem permanecer estiradas por um período maior e, portanto, a fase de contenção deve exceder estas 9 semanas.

Riedel (1969) caracteriza esta fase não como um período pós-tratamento ortodôntico, mas como parte do tratamento, dependente e associado com as alterações provocadas pela fase ativa. O diagnóstico correto e plano de tratamento lógico deve visar um equilíbrio funcional, estético e com isto uma estabilidade que amenize a atuação dos aparelhos de contenção. Mcnamara; Kramer e Juenker (1985) relatam como contenções habituais à placa de Hawley superior e o retentor lingual fixo no arco inferior. Este último, segundo Haas (1980), não deve ser retirado antes de 6-8 anos, pois o homem, em análise celular, é um novo ser a cada sete anos, e todas as fibras estiradas agora estarão relaxadas.

Capelozza Filho (2004) deixa claro que para cada tipo de tratamento existe uma modificação no período de contenção, respeitando sempre as características genéticas e padrão de crescimento facial. Também afirma que quanto maior a intervenção ortodôntica e alterações por esta provocada, maior a probabilidade de recidiva e, portanto, maior deve ser o período de contenção.

Recidivas do tratamento ortodôntico

Moyers (1991) declara que “todas as oclusões tratadas ortodonticamente eram, talvez, estáveis antes do tratamento. Se, no final do tratamento, elas não permanecerem estáveis, é culpa do dentista”. Já a definição de Enlow e Hans (1998) para recidiva: “é uma negativa histo e morfogenética à quebra de uma situação de equilíbrio imposta pela oclusão criada pelo ortodontista”. Isso mostra a importância do diagnóstico e a necessidade de humildade quanto aos resultados obtidos, bem como a necessidade de

documentar e acompanhar os casos tratados. Watson (1988) estudou as causas da recidiva e identificou que esta é uma exceção dentro da ortodontia, e não a regra, e, portanto, é pequena. Afirmou também que um plano de tratamento bem realizado e uma análise detalhada do caso constituem um passo importante e inicial para eliminar as situações de recidiva.

A opinião da literatura é oposta. É consenso de que, independente da técnica adotada, alterações no pós-tratamento são rotina (NANDA e BURNSTONE, 1994). Como exemplo, os resultados de Elms, Buschang e Alexander (1996) discordam da afirmativa de que a recidiva seja uma exceção. Em seus estudos onde avaliaram estabilidade de casos de classe II divisão 1 de Angle tratados sem extração com AEB, verificou-se alterações dimensionais dos arcos dentários a longo prazo, ou seja, houve um aumento da distância intra-arcos durante o tratamento, porém no pós-tratamento, isto ocorreu de forma inversa. A distância intercanina inferior diminuiu 0,3mm no período pós-tratamento. O comprimento de arco não alterou durante o tratamento, porém diminuiu 1mm depois do tratamento. Overjet e overbite demonstraram pequenos aumentos após a contenção (0,5 e 0,4 mm, respectivamente). Desta forma, demonstrou que as alterações pós-tratamento estão presentes e que em algum grau, maior ou menor, afetaram o resultado final do tratamento realizado. Segundo Nanda e Burstone (1994) a presença de alterações pós-tratamento são uma somatória de recidiva, alterações de crescimento durante o período ativo e de maturação e depois do envelhecimento. Nada é estável na morfologia humana.

Sadowsky (1994) comentou que certas alterações ocorridas no pós-tratamento devem ser encaradas como normais e aceitáveis, de tal forma que os anseios do profissional e paciente devem ser estabelecidos e determinados antes do início do tratamento, e reforçado no período de contenção.

Para Aelbers e Dermaut (1996) não existe manejo ortopédico com alteração definitiva do padrão de crescimento. Portanto, ocorrerão alterações de oclusão e face em paciente com problemas de esqueleto no período pós-tratamento (provavelmente 70 %). Isso pode ser recidiva, mas provavelmente será mais correto chamar isso de instabilidade. Ainda nestes estudos, ficou claro que a necessidade deste tipo de intervenção é válida para correção das relações oclusais, porém o que se questionou é sua colaboração para a qualidade final da face a longo prazo, uma vez que não foram encontradas evidências científicas que suportem a idéia de estabilidade em períodos longos de controle

Requerimento de documentação ortodôntica final e sua guarda

Fernandes (2000) descreveu em seu estudo que a grande maioria dos ortodontistas fazem pedido de documentação ortodôntica inicial para planejamento dos casos, porém neste mesmo trabalho revelou um dado alarmante que referiu que 16% destes profissionais não requerem documentação final, e que 5% o fazem às vezes.

Segundo o Código Civil Brasileiro (2003), o profissional responsável pela documentação deve mantê-la por 3 anos a partir da última data na qual o paciente freqüentou o consultório. Para o Conselho Federal de Odontologia, o tempo de guarda do prontuário odontológico, por parte dos profissionais e clínicas, particulares ou públicas, é de dez anos após o último comparecimento do paciente, ou, se o paciente tiver idade inferior aos dezoito anos à época do último contato profissional, dez anos a partir do dia que o paciente tiver completado ou vier a completar os dezoito anos, segundo a Resolução 174 do Conselho Federal de Odontologia.

Já o Código de Defesa do Consumidor (1990) prescreve em cinco anos a pretensão à reparação dos danos causados por fato do produto ou do serviço (previsto na seção II capítulo IV), iniciando-se a contagem do prazo a partir do conhecimento do dano e de sua autoria.

Assim, constituindo a documentação odontológica o meio de prova, por excelência, para a comprovação do cumprimento da obrigação, pelo cirurgião-dentista e sendo de vinte anos o prazo de que dispõe o paciente para promover ação pessoal (indenizatória, por exemplo), a documentação deverá ser bem guardada pelo mesmo prazo pelo profissional.

DISCUSSÃO

O primeiro contato do profissional com o paciente deve ser estabelecido de forma clara, concisa, permitindo que o paciente relate seus anseios e preocupações, e o profissional deve então realizar os procedimentos inerentes à primeira consulta odontológica, que compreende o preenchimento de fichas e/ou anamnese inicial, exame clínico e pedido de documentação ortodôntica completa para um planejamento adequado.

O ortodontista não deve em hipótese alguma prever ou prometer resultado final de forma categórica, onde esta atitude pode repercutir como uma obrigação deste resultado proposto. Desta forma, o paciente identifica um não cumprimento das expectativas criadas e entende-se no direito de reivindicá-las. Caso isto aconteça, o profissional pode vir a ser questionado legalmente perante o Código de Defesa do Consumidor (1990) e ou Código Civil Brasileiro (2003). Em contra partida, o profissional deve esclarecer de forma consciente e concisa as melhoras objetivadas, deixando sempre claro que sua área de atuação é biológica e, portanto, incerta (INTERLANDI, 1999) e limitada (CAPELOZZA FILHO, 2004). Depois de definida a conduta a ser realizada com base em exames clínicos e documentação ortodôntica, o profissional deve esclarecer, agora de forma mais definida, os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, respeitando sempre sua capacitação profissional, sem excedê-la.

Dentro da filosofia da existência de 4 fatores importantes a serem interpretados no início do tratamento ortodôntico, diagnóstico, prognóstico, colaboração e padrão de crescimento, o profissional admite uma responsabilidade limitada, mas que precisa ser esclarecida ao paciente (NANDA e BURNSTONE, 1994). Assim, ele deve ser informado da importância de sua atuação em conjunto com o profissional, no que diz respeito a sua colaboração imediata e contínua. Quanto ao diagnóstico e prognóstico, isso é pura responsabilidade do profissional que deve, portanto, estar preparado para tais tarefas. O mais importante e definitivo fator, o padrão de crescimento, não é passível de alteração ou mudanças significativas a longo prazo. Isso nos limita em casos onde a discrepância foge aos âmbitos dentários, alcançando alterações esqueléticas e, portanto, comprometimento da estética facial. Daí a necessidade de o profissional alertar e esclarecer este fator aos seus pacientes permitindo que estes conheçam os limites do tratamento proposto. Porém, e isso é muito importante, a compreensão dessa limitação só é permitida por um diagnóstico adequado. Reconhecida a participação esquelética na má oclusão é absolutamente necessário que o profissional entenda como fator etiológico primário o padrão de crescimento, determinante genético fora do seu controle (CAPELOZZA FILHO, 2004).

Já durante o tratamento, o ortodontista deve empregar de forma igualitária suas habilidades e expressar seu respeito e paciência, independente da classe do paciente. Da mesma forma, cabe ao profissional fazer valer suas palavras e manter sempre a firmeza de propósito, traçando de forma clara e determinada sua conduta, respeitando sempre o direito do paciente de argumentação, ou mesmo de negar o tratamento em questão. Em caso de questionamentos de serviços prévios, o profissional deve sempre lembrar que o consultório odontológico não é e nunca será tribunal para julgar seus colegas.

Tão certo quanto o envelhecimento geral do indivíduo, são as alterações dentárias que ocorrerão. Com o avançar da idade, as distâncias intra-arcos e comprimento dos

arcos, bem como seus perímetros diminuem, e em contrapartida, a massa dentária não sofre alteração dimensional, exceto em casos de perdas dentárias ou procedimentos reparatórios/reabilitadores por motivos alheios. Desta forma, as alterações de posição dos dentes na cavidade bucal parecem uma constante com o envelhecimento. E ainda é válido admitir que estas alterações não deveriam ser qualificadas como recidivas, mas sim como alterações normais da própria maturação humana (AELBERS e DERMAUT, 1996). Ainda neste enfoque, porém alcançando as mudanças esqueléticas promovidas durante o tratamento ortodôntico/ortopédico, fica claro que as alterações não são definitivas, e que, portanto, a longo prazo se perderiam, e o propósito final do caso também ficaria comprometido. Isso parece bastante lógico quando interpretamos que estes estímulos promovidos durante a fase ativa de crescimento facial não remetem a um novo crescimento, pois também já é conhecido que o padrão de crescimento individual não é passível de controle ou alteração definitivamente, ou seja, qualquer ganho conseguido na fase ativa, pode e será perdido, em menor ou maior proporção, durante o decorrer dos anos (AELBERS e DERMAUT, 1996; CAPELOZZA FILHO, 2004; NANDA e BURNSTONE, 1994). Em média, esta diferença a longo prazo chega a 30% (AL-YAMI, KUIJPERS-JAGTMAN e VAN'T HOF, 1999), ou seja, este número reflete o quanto das alterações ortopédicas conseguidas durante o tratamento se perdem após a fase ativa da intervenção, não deixando dúvidas da instabilidade destas quando controladas em períodos longos.

O profissional deve estar sempre atento aos aspectos do paciente no que diz respeito a sua cooperação com o tratamento, principalmente quando são utilizados aparelhos removíveis e que então seus resultados estão diretamente relacionados com seu uso. Desta forma, o ortodontista deve saber explicar a real necessidade da colaboração, bem como motivar este paciente. Isto acaba sendo mais evidente e de forma negativa nos períodos de contenção, onde a maioria dos ortodontistas utiliza como contenção do arco superior à placa de Hawley, que é um dispositivo removível, e menos preocupante, no arco inferior, a contenção lingual fixa (colada) chamada 3x3.

O protocolo depende do tipo da má oclusão tratada, da qualidade do resultado obtido, da previsão técnica de recidiva, da predisposição do paciente em relação a mudanças pós-tratamento e, portanto, também está relacionada com a colaboração no uso das contenções previstas no protocolo.

Esta fase de contenção é caracterizada erroneamente por alguns profissionais como um período estático que requer pouca atividade por parte do ortodontista. Como já descrito acima tem uma importância tão grande quanto a própria fase ativa de correção, uma vez que mal realizada, compromete todo o tratamento com as recidivas em graus diferentes.

Para se minimizar as recidivas, as contenções ortodônticas são usadas por períodos variados. Na literatura preconiza-se como um protocolo geral (sem individualização de casos) um período de um ano e meio, sendo no primeiro ano uso integral e na metade do segundo a utilização noturna, e então a retirada completa. No entanto, parece que este período deve obedecer a uma constante referente ao tratamento, ou seja, quanto mais mudanças faciais e ou movimentação dentária, maior deve ser este período de utilização (BRASIL, 2003). Desta forma, cabe ao ortodontista responsável saber identificar este grau de alteração miofuncional desencadeado pelo tratamento ortodôntico e assim definir de forma coerente à duração do período de contenção.

Vale lembrar que como descrito na literatura, as recidivas acontecem em maior ou menor grau, e cabe ao ortodontista o papel de um bom planejamento, um tratamento eficaz e eficiente e por último, mas não menos importante, controlar a recidiva, afim de minimizá-la a níveis baixos, que não comprometam a função do sistema estomatognático, nem tão pouco a estética final do paciente. Os anseios do profissional

e do paciente devem, portanto, serem definidos e esclarecidos no início do tratamento para que não haja frustração de nenhuma das duas partes.

As recidivas ortodônticas têm um papel desagradável dentro da ortodontia, pois se agrega aos casos de insucesso, sendo problemas para o profissional, ou por incapacidade do profissional ou pela não colaboração do paciente. O impasse criado muitas vezes gera desentendimentos quanto a quem cabe a culpa. Daí o profissional pode ou não realizar o re-tratamento se este entender que houve falha em sua conduta clínica. De maneira mais sucinta, cabe ao ortodontista um re-tratamento se este verificar falha no seu planejamento ou na execução de sua terapia, bem como no que diz respeito às explicações convenientes sobre a importância da utilização das contenções ortodônticas, até a motivação destes pacientes para esta colaboração. No entanto existe a realidade onde a colaboração do paciente não ocorre nesta fase, e então as recidivas ocorrem por não ter havido uso correto destes dispositivos. E fica bastante claro no consultório odontológico que esta variável quase nunca ocorre, pois os pacientes alegam usar corretamente. Ao ortodontista fica a difícil tarefa de identificar esta real compreensão e colaboração por parte do paciente.

Onde esta colaboração não existe, o profissional pode acompanhar esta fase com visitas menos espaçadas ao consultório, numa tentativa de reprimir esta indiferença e conscientizar da real importância desta fase. É também neste período que o profissional é testado pela sua capacidade de motivação, seja através de conversas, informativos ou mesmo com repreensões verbais. O profissional pode confeccionar um informativo ao paciente contendo todas as restrições e obrigações deste período, ressaltando a importância deste para o sucesso final do tratamento e relatando o potencial risco de recidivas e então, em duas vias, garantir esta atitude esclarecedora com a assinatura do paciente / responsável legal.

Estes casos de insatisfação final do paciente geram conflitos que podem alcançar âmbito judiciário, e então o ortodontista deve estar respaldado por documentação. Então parece claro que existe a necessidade de documentação ortodôntica completa também ao final do tratamento ortodôntico, tanto para garantia do paciente quanto para o profissional. Esta documentação deve ser avaliada, verificando os custos biológicos do tratamento realizado, esclarecendo eventuais dúvidas do paciente e informar as alterações ocorridas durante o tratamento utilizando o material disponível. Neste artigo foi exposto um dado que apontou que 16% dos profissionais da área não requisitam esta documentação final de seus casos e outros 5% que não o fazem de rotina. Parece um dado alarmante uma vez que nos dias atuais os pacientes têm tamanho acesso aos direitos dos consumidores e amparos legais para reivindicações. O ortodontista pode estar seguro destes inoportunos eventos se tiver com esta documentação sob sua guarda.

A única solução para minimizar as recidivas dentárias e controlá-las de forma eficiente seria a utilização das contenções definitivamente, ou seja, sem cessar este período, e então o paciente teria que usá-las por toda a vida durante todo o dia.

Existe ainda uma corrente dentro da ortodontia e que se espalhou para o âmbito leigo que a permanência dos terceiros molares na cavidade bucal ou mesmo ainda não irrompidos, que isto ocasionaria alterações nos dentes anteriores, de tal forma, que promoveriam os apinhamentos anteriores durante seu processo irruptivos. Já está bastante claro que este fenômeno não ocorre, e que as alterações anteriores ocorrem em detrimento das mudanças promovidas pelo envelhecimento geral do indivíduo, e que na cavidade bucal reflete como diminuição de algumas distâncias intra-arcos e, portanto, gera alterações nas posições dentárias (ADES *et. al.*, 1990).

Um ponto bastante controverso na literatura refere-se ao período de guarda da documentação ortodôntica pós-tratamento. Alguns autores relatam dez anos, já o CFO recomenda dez anos depois da última visita ou se o paciente era menor de idade, dez anos após sua maioridade, e ainda o CDC, cinco anos. Diante toda esta incoerência de

períodos, parece mais sensato manter a guarda por dez anos após a maioridade do paciente ou então vinte anos decorrido a última visita do paciente então menor de idade ao consultório odontológico. O prontuário do paciente deve estar completo, contendo desde a documentação inicial e demais dados inerentes ao prontuário odontológico até a documentação final do caso.

Devem ser conhecidas pelos dentistas as alterações ocorridas no pós-tratamento decorrente do envelhecimento do indivíduo e maturação óssea do mesmo. Estas porém não devem ser qualificadas como recidivas, mas sim alterações normais de envelhecimento. Parece óbvio que o paciente deve ter pleno conhecimento disso, antes do início do tratamento.

Mudanças nos dentes anteriores não devem ser vinculadas à presença de terceiros molares em processo irruptivo ou já presentes na cavidade bucal, pois não existe esta correlação evidenciada cientificamente. Portanto, não deve ser motivo para indicação de extração destes terceiros molares.

CONCLUSÃO

Na relação Profissional X Paciente, o ortodontista não pode prometer um resultado de forma categórica e sim propor um tratamento, que se aceito de forma expressa pelo paciente, será realizado. Em casos em que o paciente for menor de idade, o pai ou responsável legal deverá assinar o termo de consentimento ou prontuário odontológico. Sugere-se também ao ortodontista requerer a documentação ao final do tratamento para juntar ao prontuário como forma de comparação com a feita no início, evitando assim, quaisquer problemas que futuramente possam surgir com relação ao tratamento proposto. Desta forma, o profissional ficaria respaldado contra possíveis processos que poderiam ser movidos por parte dos pacientes, principalmente processos cíveis e ações indenizatórias.

Durante o período de contenção e pós-contenção, se for conveniente, o ortodontista pode pedir que o paciente retorne mais vezes, diminuindo os intervalos entre as visitas para ser feito o acompanhamento do tratamento, se este não estiver colaborando com o mesmo. O profissional deve sempre fornecer ao paciente um termo explicativo com orientações de como proceder no período de contenção e pós-contenção, termo este sempre emitido em duas vias, sendo que, uma via assinada pelo paciente ficará anexada ao prontuário odontológico, e a segunda via será entregue ao mesmo para sua informação.

Ao ortodontista é sugerido manter sempre toda documentação do paciente sob sua guarda por vinte anos, segundo o Código Civil Brasileiro, apesar do CFO aconselhar manter apenas por até cinco anos. Se o paciente for menor de idade, a sua documentação deverá ser mantida por no mínimo dez anos após sua passagem para a maioridade penal.

REFERÊNCIAS

- ADES, A. G. et al. **A long-term study of the relationship of third molars to changes in the mandibular dental arch.** Am J Orthod Dentofacial Orthop, St. Louis, v. 97, no. 4, p. 323-335, Apr. 1990.
- AELBERS, C. M.; DERMAUT, L. R. **Orthopedics in orthodontics:** Part I, Fiction or reality - a review of the literature. Am J Orthod Dentofacial Orthop; v. 110, n. 5, p. 513-9, nov. 1996.
- AELBERS, C. M.; DERMAUT, L. R. **Orthopedics in orthodontics:** Fiction or reality. A review of the literature - Part II. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v. 110, n. 6, p. 667-71. dec. 1996.
- AL-YAMI, E. A.; KUIJPERS-JAGTMAN, A. M.; VAN'T HOF, M. A. **Stability of orthodontic treatment outcome:** follow-up until 10 years posttreatment. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v. 115, n. 3, p. 300-4, mar. 1999.
- BEHRENTS, R. **JCO/interviews Dr. Rolf Behrents on adult craniofacial growth.** J Clin Orthod, v. 20, n. 12, p. 842-7, dec. 1986.
- BRASIL. **Código Civil Brasileiro**, 2003.
- BRASIL. **Código de Defesa do Consumidor**, 1990.
- BRASIL. **Código de Ética Odontológica**, 2003.
- CAPELOZZA FILHO, L. **Diagnóstico em Ortodontia.** Maringá, Dental Press Editora, 2004.
- ELMS, T. N.; BUSCHANG, P. H.; ALEXANDER, R.G. **Long-term stability of Class II, Division 1, nonextraction cervical face -bow therapy:** I. Model analysis. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v. 109, n. 3, p. 271-6, mar.1996.
- ELMS, T. N.; BUSCHANG, P. H.; ALEXANDER, R. G. **Long-term stability of Class II, Division 1, nonextraction cervical face-bow therapy:** II. Cephalometric analysis. Am J Orthod Dentofacial Orthop; v. 109, n. 4, p. 386-92, apr.1996.
- ENLOW, D. H.; HANS M. G. **Noções básicas sobre crescimento facial.** São Paulo : Santos, 1998.
- FERNANDES, F. **Responsabilidade civil do cirurgião-dentista: o pós-tratamento ortodôntico.** 2000. 150 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- HAAS, A. J. **Long-term posttreatment evaluation of rapid palatal expansion.** Angle Orthod., v. 50, n. 3, p. 189-229, July, 1980.
- INTERLANDI, S. **Ortodontia: Bases para iniciação.** 4ª ed. São Paulo: Editora Artes Médicas, cap. 30, p.757-769, 1999.
- MCMANARA, J. A.; KRAMER, K. L.; JUENKER, J. P. **Invisible retainers.** J. Clin. Orthod., v. 19, n. 8, p. 570-578, Aug. 1985.
- MOYERS, R. E. **Ortodontia.** Ed. Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, 4º ed., 1991.
- NANDA, R.; BURNSTONE, C. J. **Contención y estabilidad en ortodoncia.** Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1994.
- NANDA, R. S.; NANDA, S. K. **Considerations of dentofacial growth in long-term retention and stability:** Is active retention needed? Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop., v.101, n.4, p.297-302, Apr. 1992.
- NANDA, R.; ZERNIK, J. Contención y estabilidad, uma revisão. In: NANDA, R.; BURNSTONE, C. J. **Contención y estabilidad en ortodoncia.** Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1994.
- REITAN, K. **Principles of retention and avoidance of post treatment.** Am. J. Orthod., v. 755, n. 6, p. 776-790, June, 1969.
- RIEDEL, R. A. Retention In: GRABER, T. M. **Current orthodontic concepts and techniques.** Philadelphia: W. B. Saunders, v. 2 p. 875-918, 1969.
- SADOWSKY, C. Estabilidad a largo plazo luego del tratamiento ortodôntico. In: NANDA, R.; Burnstone, C. J. **Contención y estabilidad en ortodoncia.** Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, Cap. 7. p. 87-92, 1994.
- SAMICO, A. H. R.; MENEZES, J. D. V.; SILVA, M. **Aspectos éticos e legais do exercício da Odontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia, 1994.
- SILVA, M. A ética e a legislação odontológica aplicada ao especialista em ortodontia. In: INTERLANDI, S. **Ortodontia: Bases para iniciação.** 4ª ed. São Paulo: Editora Artes Médicas, cap. 30, p.757-769, 1999.
- SILVA, M. **Compêndio de odontologia legal.** Rio de Janeiro: Medsi, 1997.
- STRANG, R. W.; THOMPSON, W. M. **A text-book of orthodontia.** Philadelphia: Lea & Febiger, p.763-778. 1958.
- WATSON, D. H. **Retention and relapse.** Int. J. Orthod., v.26, n.3-4, p.4-9, 1988.