KATIA APARECIDA BUENO SANTOS BASTOS

**ANÁLISE DA OCORRÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO PENAL DAS
LESÕES MAXILOFACIAIS DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DO
MUNICÍPIO DE TAUBATÉ**

São Paulo

2005

Katia Aparecida Bueno Santos Bastos

Análise da ocorrência e classificação penal das lesões
maxilofaciais do Instituto Médico Legal do Município de Taubaté

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da
Universidade de São Paulo, para obter o título de
Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em
Odontologia.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Profa. Dra. Hilda Ferreira Cardozo

São Paulo

2005

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Bastos, Katia Aparecida Bueno Santos

Análise da ocorrência e classificação penal das lesões maxilofaciais do Instituto Médico Legal do Município de Taubaté / Katia Aparecida Bueno Santos Bastos; orientador Hilda Ferreira Cardozo. -- São Paulo, 2005.

65p. : fig., tab., 30 cm.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Área de Concentração: Odontologia Social) -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Traumatismos faciais – Ocorrência – Taubaté (SP) 2. Traumatismos faciais – Classificação – Taubaté (SP) 3. Acidentes de trânsito – Traumatismos faciais – Taubaté (SP) 4. Instituto Medico Legal – Taubaté (SP)

CDD 614.1
BLACK D722

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE E COMUNICADO AO AUTOR A REFERÊNCIA DA CITAÇÃO.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura:

E-mail:

FOLHA DE APROVAÇÃO

Bastos KABS. Análise da ocorrência e classificação penal das lesões maxilofaciais do Instituto Médico Legal do Município de Taubaté [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

São Paulo, / /2005

Banca Examinadora

1) Prof(a). Dra.

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo, Felipe, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

Aos meus pais e minha avó, dedico também este trabalho, pela preocupação que causei e pela compreensão e apoio que recebi.

Aos Professores da Disciplina de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pela amizade e convivência científica compartilhada.

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação em Odontologia Social, em especial a Suely Cosentino, pela amizade e companheirismo.

À Professora Doutora Hilda Ferreira Cardozo cujo papel transcendeu o de orientadora, pois com sua amizade e competência auxiliou na conclusão deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu tio, Gilberto Valério, Médico Ortopedista e Traumatologista, que foi o primeiro incentivador do meu ingresso ao Curso de Mestrado e que me auxiliou nos primeiros contatos dentro do Instituto Médico Legal do Município de Taubaté.

Às funcionárias Inês e Cidinha do Instituto Médico Legal do Município de Taubaté pela disponibilização dos Arquivos dos Laudos de Exame de Corpo de Delito.

Às secretárias do Departamento de Odontologia Social pela amizade e ajuda durante todo o curso.

À minha tia, Gildete Valério, Professora Especialista em Língua Portuguesa e Lingüística, pela correção ortográfica deste trabalho.

À minha prima, Thaís Valério de Mesquita, Diplomata do Brasil, pela transcrição do resumo deste trabalho para a Língua Inglesa.

“Se um homem tem um talento e não tem capacidade de usá-lo, ele fracassou. Se ele tem talento e usa somente a metade deste, ele fracassou parcialmente. Se ele tem um talento e de certa forma aprende a usá-lo em sua totalidade, ele triunfou gloriosamente e obteve uma satisfação e um triunfo que poucos homens conhecerão”.

Thomas Wolfe

“Tempo é uma das coisas mais indefiníveis e paradoxais: o passado já se foi, o futuro ainda não chegou e o presente se torna o passado, mesmo enquanto procuramos defini-lo, e, como se fosse um relâmpago, num instante existe e se extingue”.

Colton

Bastos KABS. Análise da ocorrência e classificação penal das lesões maxilofaciais do Instituto Médico Legal do Município de Taubaté [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

RESUMO

Nesta pesquisa, foi realizado o levantamento da ocorrência de traumatismos faciais e dentários. A autora utilizou na sua amostra 1.374 laudos de vítimas de traumatismos faciais presentes nos arquivos do Instituto Médico Legal do Município de Taubaté. A maioria das vítimas de traumatismos faciais (61,4%) da amostra é do sexo masculino, na faixa etária dos 20 aos 29 anos de idade e o agente etiológico mais freqüente foi a violência interpessoal. Dos traumatismos faciais, 93,1% das vítimas tiveram lesões de tecido mole, 2,5% apenas lesões de tecido duro e 4,4% apresentaram lesões associadas de tecido mole e duro. No que tange aos tecidos duros, verificou-se que 54,3% das vítimas sofreram somente fraturas ósseas, 31,4% tiveram lesões dentárias e 5,2% traumatismos ósteo-dentários. Os traumatismos dentários ocorreram com maior freqüência no sexo masculino (54,8%) e idade entre 20 a 29 anos e predominou como agente etiológico a violência interpessoal. A maioria das vítimas (61,3%) de traumatismos dentários teve o envolvimento de um único dente. A avaliação do dano, presente nos laudos, classificou a maioria dos traumas dentários como sendo de natureza grave (45,2%). Verificou-se também que, após a vigência da lei de obrigatoriedade do uso do cinto de segurança, houve uma redução de 5,9% nas vítimas de acidentes de trânsito com traumas faciais.

Palavras-Chave: Trauma Facial; Traumatismo maxilofacial; Acidentes de trânsito; Agressão física.

Bastos KABS. Analysis of the occurrence and criminal classification of the maxillofacial injuries at the Legal Medical Institute of Taubaté [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

ABSTRACT

This is a study of the occurrences of facial and dental traumas. Its sample was composed by 1.374 awards of facial traumas victims from the files of the Legal Medical Institute of Taubaté. On the sample, the majority of the victims with facial traumas are of the male gender (61,4%), at the age group of 20 to 29 years old, injured as a result of interpersonal violence – main etiological agent. Among facial traumas, 93,1% of the victims had soft tissue injuries, 2,5% had hard tissue injuries and 4,4% had both injuries. Concerning hard tissues, among the victims, 54,3% suffered only bone fractures, 31,4% suffered only dental injuries and 5,2% had both of them. The dental traumas occurred more frequently among the male gender (54,8%), aged between 20 and 29, and predominantly as consequence of interpersonal violence. The majority of the victims (61,3%) with dental traumas damaged only one tooth. According to the loss evaluation, from the awards, most of the dental traumas were of grave nature (45,2%). Another finding from the study was that after security belt became obligatory there has been a decrease of 5,9% of the victims from traffic accidents with facial traumas.

Key words: Facial trauma; maxillofacial trauma; traffic accidents; physical aggression

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 5.1 -	Gênero	23
Figura 5.2 -	Faixa Etária	24
Figura 5.3 -	Ocorrência de lesões na face	26
Figura 5.4 -	Ocorrência do trauma em diferentes tipos de tecido duro	30
Figura 5.5 -	Ocorrência do trauma dentário segundo o agente etiológico.....	31
Figura 5.6 -	Ocorrência do trauma dentário segundo as diferentes faixas etárias	32
Figura 5.7 -	Ocorrência do trauma dentário de acordo com o número de dentes atingidos	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 -	Ocorrência das fraturas de face segundo o agente etiológico	25
Tabela 5.2 -	Ocorrência de ferimentos em tecido mole nas diferentes regiões da face.....	27
Tabela 5.3 -	Ocorrência de lesões não passíveis de mapeamento	28
Tabela 5.4 -	Ocorrência de ferimentos em tecido mole nas diferentes regiões faciais de acordo com o agente etiológico.....	29
Tabela 5.5 -	Ocorrência de lesões não passíveis de mapeamento	30
Tabela 5.6 -	Distribuição do agente etiológico em relação ao gênero (Trauma dentário).....	32
Tabela 5.7 -	Classificação do nível de gravidade do trauma dental, de acordo com número de dentes atingidos	34
Tabela 5.8 -	Ocorrência dos acidentes de trânsito	34

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

P.I.B.	Produto Interno Bruto
O.M.S.	Organização Mundial de Saúde
C.P.B.	Código Penal Brasileiro
Contran	Conselho Nacional de Trânsito
H.C.	Hospital de Clínicas de São Paulo
C.N.T.	Código Nacional de Trânsito

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1 Violência Interpessoal	17
2.2 Avaliação médico legal em âmbito penal.....	19
2.2.1 Lesões faciais e perdas dentárias.....	25
2.3 Cinto de segurança.....	27
3 PROPOSIÇÃO	30
4 MATERIAL E MÉTODOS	31
5 RESULTADOS	33
5.1 Trauma dentário	40
5.2 Cinto de segurança.....	43
6 DISCUSSÃO	44
6.1 Caracterização das vítimas	44
2.2 Agente etiológico	46
6.3 Lesões de Tecido Mole	46
6.4 Lesões de Tecido Duro.....	48
6.5 Trauma Dentário	48
6.6 Avaliação médico legal dos traumas dentários.....	49
6.7 Cinto de Segurança	51
6.8 Considerações finais	52
7 CONCLUSÕES	53
REFERÊNCIAS	54
ANEXOS.....	59

1 INTRODUÇÃO

O trauma, seja ele intencional ou não (ferimentos por acidentes, atropelamentos, quedas, armas de fogo e brancas), é a segunda causa de morte no país e a primeira entre pessoas com menos de 40 anos (NUNES, 2005).

Dados do Ministério da Saúde apontam que as principais razões para os traumatismos são os acidentes automobilísticos, responsáveis por metade dos casos, seguidos por quedas (21%), agressões e assaltos (12%) e causas ligadas a esportes (10%) (BINDA; DALLOUL, 2005).

Ferimentos por trauma incapacitam de 2 a 3% da população brasileira. O país gasta 10,5% do seu Produto Interno Bruto (P.I.B.) com atendimento às vítimas de trauma (NUNES, 2005).

Os traumatismos faciais ocupam um lugar de destaque por sua incidência, em relação a outros traumas no corpo humano. A sua etiologia é bastante variada, sendo que os ossos faciais se apresentam particularmente mais vulneráveis em duas circunstâncias: acidentes automobilísticos e violência (CONTO et al., 2003).

Atualmente, poucos problemas sociais mobilizam tanto a opinião pública como a violência. Ela tem sido uma constante na sociedade brasileira, principalmente nos grandes centros urbanos (CARVALHO, 2001).

O cidadão convive, todos os dias, com uma sensação de angústia e medo, que limita seus passos e sua liberdade. Uma pesquisa publicada pelo Ministério da Saúde, em 1998, realizada na capital do Estado de São Paulo, revelou que 45% dos habitantes costumam evitar certas ruas, locais ou pessoas por questões de segurança (GAWRYSEWSKI, 2005).

Na cidade de São Paulo, no final do século XX, pode-se afirmar que a insegurança e o medo invadiram o espaço da própria moradia e das relações humanas (SILVA; PANHOCA; BLACHMAN, 2003).

A desigualdade social, o crescente índice de desemprego e a falta de uma infra-estrutura por parte do Estado, entre tantas outras razões, contribuem para que haja um aumento da violência urbana (DINGMAN; NATVIG, 1983; CARVALHO, 2001; SOBREIRA et al., 2002).

Em contrapartida, os números relativos a traumas por acidentes de trânsito vêm sendo controlados a partir de novas e rigorosas leis de uso obrigatório do cinto de segurança (SANTOS et al., 2004).

De acordo com Bazzo e Cardozo (2002), a obrigatoriedade do uso do cinto de segurança diminuiu consideravelmente tanto o número como a gravidade das lesões craniofaciais nos acidentes automobilísticos.

O cinto de segurança é um equipamento que tem o propósito de proteger os ocupantes de um veículo em caso de acidente. Caso o veículo sofra um impacto, a finalidade do cinto de segurança é não deixar que as pessoas no seu interior venham a sofrer uma segunda colisão, ou seja, contra a estrutura do veículo (Polmil – SP, 2004).

Wood (1983) afirma que a prevenção é e sempre será melhor do que a cura e, nos casos de traumas faciais decorrentes de acidentes de trânsito, o uso do cinto de segurança é uma medida preventiva efetiva.

Se todos os condutores/passageiros usassem o cinto de segurança, poderiam salvar cerca de mil vidas por ano (DERVILLE, 2004).

Deve-se ressaltar a necessidade de criação de medidas educativas e preventivas, no intuito de através da informação e conscientização da população,

controlar os acidentes e a violência, reduzindo-se, então, a prevalência de traumatismos bucomaxilofaciais (SOBREIRA et al., 2002; CAVALCANTI; CAVALCANTE; CAVALCANTI, 2004).

A violência no trânsito e a interpessoal gerou, ao longo da história, incontáveis lesões e mortes de pessoas. Muitas vezes essas pessoas tiveram seus rostos lesados e para sempre carregarão esse legado sem poder sequer esconder ou dissimular. O rosto representa o centro da atenção humana e nada pode ser mais pesaroso do que a sua deformação (SILVA; PANHOCA; BLACHMAN, 2003).

As estruturas craniofaciais são estruturas que estão constantemente expostas a acidentes e formas diversas de traumatismos. As mesmas guardam estruturas nobres e muito importantes para a vida do homem (SOBREIRA et al., 2002).

A face é uma das áreas do corpo humano mais propícia a ferimentos, de menor ou maior gravidade. Fatores como o aumento da violência nas grandes cidades, acidentes automobilísticos e esportes que envolvem contato físico constituem-se nos principais fatores etiológicos das fraturas faciais (CAVALCANTI; CAVALCANTE; CAVALCANTI, 2004).

Dos traumatismos faciais podem decorrer seqüelas funcionais e estéticas permanentes. Cardozo (1990) relata que a face, mais do que qualquer outra região do corpo, é atingida por alterações estéticas, uma vez que é sempre visível, sendo os danos percebidos de imediato. O trauma na região da face pode afetar tanto a pele, gordura, músculos, nervos, como fraturar ossos e dentes, por isso essas lesões podem afetar consideravelmente a vida da vítima.

Avaliar a extensão da incapacidade do desfigurado facial é extremamente difícil, porque temos três aspectos que ocorrem simultaneamente que são os danos estético, funcional e psicológico (REINER, 1997).

Segundo Laskin (1999), estima-se que cerca de 20% das vítimas de traumatismos faciais necessitam de tratamento psicológico.

No que respeita à face, o não tratamento das seqüelas coloca seus portadores em situação altamente preocupante no que se refere à reinserção na sociedade, particularmente naquela produtiva. A face é o ponto de referência nos contatos sociais, sendo o maior instrumento de comunicação pelas variações e expressões que acompanham a comunicação verbal, e mesmo uma leve modificação é observada graças à total visibilidade dessa região, não permitindo que os distúrbios instalados sejam facilmente disfarçados (CARDOZO, 1993; CONSTABLE; BERNSTEIN, 1979; REINER, 1977).

Nessa região, a reabilitação pode demandar tratamentos especializados e de longa duração, o que implica limitações especiais, pois o indivíduo pode estar apto fisicamente para o exercício de atividades ordinárias, mas não psicologicamente (CARDOZO, 1990).

Sendo assim, atenção especial deve ser dada à divulgação de informações à população sobre a prevenção dos traumatismos, para que diminua a casuística do trauma, bem como propicie às vítimas de traumatismos o respaldo para que possam retomar as suas vidas, vencendo as perdas sofridas (AGRESTINI; BARONI, 1968; CARDOZO, 1993; REINER, 1977).

2 REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Ramos (1998), a definição do trauma é a atuação de uma energia externa sobre o indivíduo, de modo intenso o suficiente para provocar o desvio da normalidade, significando que ele pode ser insuficiente para causar uma lesão perceptível, mas alterar de modo importante a função. Como exemplo, o trauma psíquico e emocional que mesmo não sendo um trauma visível pode gerar o comprometimento de vários órgãos e funções do corpo humano.

A incidência de certos tipos de trauma tem aumentado consideravelmente, um exemplo relevante sem dúvida é o trauma maxilofacial (MELO; FREITAS; ABREU, 1996).

Dentre as principais causas das fraturas faciais, observam-se os acidentes de trânsito, agressão, quedas e lesões relacionadas com atividades esportivas. As causas de fraturas maxilofaciais variam de um país para o outro devido a fatores sociais, culturais e ambientais (BATAINEH, 1998; TANAKA et al., 1994).

Estudos recentes mostram que a agressão é a causa mais comum de fraturas maxilofaciais em muitos países desenvolvidos, enquanto os acidentes de trânsito são a causa mais freqüente em áreas que ainda estão se desenvolvendo (BATAINEH, 1998).

2.1 Violência Interpessoal

O modelo de como se viver em uma cidade surgiu na Antigüidade, significando o direito de uma pessoa a residir em um ambiente seguro, pela boa convivência e socialização. Assim apareceu o conceito de cidadania – o de indivíduos residentes em cidades que passaram a exercer seus direitos dentro de um contexto social. No século passado, as cidades incorporaram os processos de urbanização como sinônimo de industrialização. Essa urbanização passou a medir o desenvolvimento social das cidades, visando, principalmente, diminuir as desigualdades que porventura existiam entre os moradores, expandindo assim o conceito de classe média. Além disso, a urbanização impôs um modelo mais eficaz de segurança e a criação de um estado de direito, com domínio das leis e normas para os moradores. Com a crescente urbanização e a migração do campo para as cidades, as mesmas pararam de gerar empregos para a população, detendo assim a expansão da classe média, principalmente após a “época de ouro do capitalismo”, na Segunda Guerra Mundial. As cidades passaram a se tornar locais inseguros, perdendo sua concepção original (BRICEÑO-LEÓN, 2004).

Nas últimas décadas, a violência interpessoal vem ocupando lugar de destaque na mídia e nas discussões implementadas pelos órgãos governamentais, sendo ainda tema de pesquisa nas mais diversas áreas do conhecimento. Essa notabilidade se explica pela crescente dissolução dos valores e costumes que são a base de uma sociedade, como, por exemplo, o respeito aos direitos alheios. Outro fator é a grande quantidade de pessoas que são expostas à violência, atingindo as

mais diversas faixas etárias e todas as classes sociais e econômicas da população (FRUGOLI, 2000; SIMÕES; POSSAMAI, 2001).

As dificuldades de definir violência em nível mundial decorrem da grande variedade de códigos morais presentes nos diversos países, que se complica pelas diferentes noções do que é um comportamento aceitável e de dano, que sofrem influência da cultura e contínuas revisões pela evolução dos valores e normas sociais. A Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) apud Nunes (2005) define a violência como:

o uso deliberado da força física ou do poder, seja em grau de ameaça ou efetiva, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos do desenvolvimento ou privações.

A crescente violência é fruto do aumento dos níveis de desigualdade social que as cidades geram. Segundo dados da O.M.S. (2000, apud BRICEÑO-LEÓN, 2004) 1 milhão e 650 mil pessoas morreram por violência interpessoal. Uma nova pesquisa da O.M.S. (2002, apud BRICEÑO-LEÓN, 2004) apresentou os países da América Latina que mais sofriam com os altos índices de violência: Colômbia, El Salvador e Brasil lideram a tabela. Os países com índices mais baixos são Argentina, Uruguai e Chile.

A violência física pode ter como consequência as lesões corporais e até mesmo o homicídio. As implicações jurídico-penais das lesões sofridas por qualquer indivíduo, em nossa legislação, estão contidas no Art. 129 do Código Penal Brasileiro (C.P.B.), com o estabelecimento de sanções punitivas ao agressor. Já em âmbito civil, a preocupação é com os valores de indenização que o ofensor deva ao ofendido (FRUGOLLI, 2000; COSTA e SILVA, 2000; SILVA, 2001).

As vítimas de agressões que são encaminhadas ao IML passam por um exame realizado por profissionais que avaliam o grau de comprometimento de sua integridade física. Esse exame irá possibilitar a averiguação do nexo de causalidade entre o dano ocorrido na vítima e o trauma pela qual fora acometido e também de avaliar todas as conseqüências do dano com fins de tipificação no Art.129 do C.P.B. Essa tipificação permitirá ao Estado a aplicação da pena adequada ao ofensor (PENNA, 1994).

2.2 Avaliação médico-legal em âmbito penal:

Art. 129 - ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem.

Pena: detenção de 03 (três) meses a 01 (um) ano.

Resulta sempre de uma violência exercida sobre outrem, violência esta que pode ser de qualquer ordem, qualquer que seja o meio empregado para produzi-la (PENNA, 1994).

É necessário também que o dano ao corpo ou à saúde sejam significantes, diferenciando, por exemplo, um simples “beliscão” de um “bofetão”, pois se agressão não determina lesão apreciável, não se trata de lesão corporal (PENNA, 1994).

O perito, de início, deve verificar a existência de ofensa à saúde e, na presença desta, avaliar a possibilidade das conseqüências previstas nos parágrafos 1º e 2º do mesmo artigo (CARDOZO, 1993).

Art.129, § 1º (Lesão corporal de natureza grave) - Se resulta:**I - Incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias.**

Incapacidade é a falta de capacidade ou inaptidão; e ocupação habitual é a atividade habitual do indivíduo, não se referindo somente às atividades lucrativas mas sim a todas as ocupações diárias que o indivíduo realiza, podendo ser física, funcional ou mesmo psíquica (CARDOZO, 1993; PENNA, 1994).

Portanto as lesões, cujo período de restabelecimento superam trinta dias, são enquadradas como sendo de natureza grave. Deve ser sempre real, não se exigindo que seja absoluta, bastando que o exercício das atividades habituais da vítima coloque em risco a cura da lesão (CARDOZO, 1990, 1993; PENNA, 1994).

Nas perícias, em âmbito penal, no que se refere aos traumatismos faciais, especialmente nos casos de fraturas, a primeira preocupação é com o tempo de incapacitação. Considerando todas as estruturas que podem ser envolvidas nesse tipo de dano, o tempo necessário para que se verifique o processo de reparação freqüentemente supera os 30 dias. Após a cura das lesões, o perito deverá avaliar também a existência de seqüelas e suas conseqüências (CARDOZO, 1997).

II - Perigo de vida (esta avaliação não é da competência do cirurgião-dentista)**III - Debilidade permanente de membro, sentido ou função**

Debilidade permanente é a redução da capacidade funcional, nunca inutilização. Deve ser permanente ou duradoura. Permanente porque deve ser irreparável e duradoura porque dura por prazo que não se pode determinar nem prever. A debilidade permanente é um grau atenuado da perda ou inutilização de membro, sentido ou função (PENNA, 1994).

Membro: a figura penal refere-se aos quatro apêndices do corpo humano;

Sentido: é representado por aquelas funções que dizem respeito à vida de relação: visual, tátil, olfativa, auditiva e gustativa;

Função: é o modo de atuação específica de qualquer Órgão, Aparelho ou Sistema.

Essa figura penal refere-se à diminuição da capacidade individual. Desde que ocorra um enfraquecimento no indivíduo em relação ao que era antes do evento lesivo, estamos frente à debilidade preceituada em lei. O "quantum" de enfraquecimento é necessário para que haja a caracterização penal em questão, onde o parâmetro utilizado é o consignado pela Lei de Acidentes do Trabalho que especifica os valores de 3 a 80% (CARDOZO, 1990, 1993; PENNA, 1994).

O perito, se tiver dúvida quanto ao fato de ser permanente ou não a debilidade, deve solicitar novo prazo para reavaliar a vítima, e a conclusão final somente deve ser feita quando já cessou o processo mórbido que a determinou (PENNA, 1994).

IV - Aceleração de parto: (Não é da competência do cirurgião-dentista).

Art. 129, § 2º (Lesão corporal de natureza gravíssima) - Se resulta:

I - Incapacidade permanente para trabalho.

Este inciso se configura quando, em razão do dano anatômico ou funcional que a lesão produziu, o indivíduo não pode mais trabalhar e de forma definitiva (CARDOZO, 1990, 1993; PENNA, 1994).

A vítima deve ficar privada da sua capacidade física e/ou fisiológica, mesmo a psíquica, de aplicar-se a toda e qualquer atividade lucrativa (PENNA, 1994).

No que se refere à face, podem ocorrer lesões cujas conseqüências, embora causem pouco prejuízo ao indivíduo comum, poderão representar sérios impedimentos para aqueles que exercem determinadas atividades. Podem-se exemplificar os distúrbios fonatórios que, mesmo leves, poderão prejudicar significativamente os que dependem da comunicação verbal para o exercício profissional, como é o caso de locutores, professores, advogados, etc. Na mesma situação encontram-se os profissionais que dependem da estética harmoniosa: modelos, apresentadores de televisão, relações públicas e outras atividades que envolvem interação com o público (CARDOZO, 1997).

O ponto de discussão neste inciso é se o texto legal refere-se ao trabalho em geral ou ao trabalho exercido pela vítima anteriormente ao trauma (CARDOZO, 1990, 1993; PENNA, 1994).

II - Enfermidade incurável.

Enfermidade incurável é o processo patológico que não tem cura. “A incurabilidade deve ser certa ou muito provável”. Assim, basta a probabilidade de não haver cura, não sendo necessária a certeza absoluta. Ela pode ser física, fisiológica ou mesmo psíquica. “É também incurável a enfermidade, quando sua cura só é possível por cirurgia ou tratamento de exceção, aos quais a vítima não é obrigada a se submeter” (PENNA, 1994).

Alguns exemplos desta tipificação penal, no campo estomatológico, podem ser representados por graves distúrbios da articulação têmporo-mandibular; perdas dentárias, que resultam em dificuldades digestivas e no estado geral do paciente; perdas de osso alveolar com graves conseqüências sobre a função mastigatória, etc. (CARDOZO, 1997).

III - Perda ou inutilização de membro, sentido ou função.

A perda poderá ser total ou parcial, desde que seja equivalente à inutilização. A perda pode ocorrer por mutilação ou amputação (PENNA, 1994).

A amputação é produzida pela intervenção cirúrgica necessária para salvar a vida da vítima e a mutilação é determinada pela própria lesão, podendo ambas ser de membro ou órgão. A inutilização é a perda funcional, já que o membro ou órgão permanecem ligados ao corpo, mas incapazes das suas atividades próprias, ou seja, não exercem sua função. Logo, a inutilização deve ser de tal grau que possa ser equiparada à perda. Como exemplo, observam-se a perda da fala por lesão na língua, a perda da mastigação pela ausência total de dentes, etc (PENNA, 1994).

A perda não precisa ser absoluta, basta que a função reste praticamente inútil. Em geral, como já referido anteriormente, em nosso país, aceita-se que uma perda de 80% caracteriza a perda ou inutilização de membro, sentido ou função (CARDOZO, 1990, 1993).

IV - Deformidade permanente.

Deformidade permanente é a qualidade do que é ou está disforme e irreparável. É incurável tanto pela sua evolução natural, como pela intervenção comum. É a modificação depreciativa da estética (PENNA, 1994).

No âmbito da medicina legal, entende-se por dano estético qualquer modificação pejorativa do complexo estético individual da pessoa (CARDOZO, 1997).

Para a avaliação da “permanência” é necessário que a lesão deformante seja examinada depois de consolidada em definitivo, e isto porque muitas delas com o

tempo sofrem modificações notáveis, principalmente as cicatrizes, podendo desclassificar, por isto, a lesão (PENNA, 1994).

Diz a doutrina que deformidade permanente é caracterizada por um dano estético visível e permanente (incurável por evolução natural ou por tratamentos costumeiros). Já a jurisprudência estabeleceu que o dano estético há de ser visível, pois a visibilidade é fundamental na identidade social (PENNA, 1994; CARDOZO, 1997).

Qualquer modificação na configuração da harmonia estética e funcional da face, sendo esta o mais forte instrumento na comunicação interpessoal, é imediatamente percebida, originando diferentes tipos de reações, de acordo com o grau de severidade da alteração apresentada (CARDOZO; EL MURR; ALVES, 1999).

Trabalhos e locais públicos são fechados para portadores de seqüelas faciais. Eles são rejeitados em várias situações. Casamentos ou afinidades sexuais são circunstâncias difíceis e em certos casos impossíveis de ocorrer, dependendo na maioria das vezes da extensão da lesão facial e da reação da sociedade frente ao casal (REINER, 1997).

Quando atingido por lesões traumáticas, o complexo maxilomandibular pode apresentar seqüelas graves em razão das funções fisiológicas que exerce e também pelo papel que desempenha na estética facial. Nessa região, a reabilitação pode demandar tratamentos especializados e de longa duração, o que implica limitações especiais, pois o indivíduo pode estar apto fisicamente para o exercício de atividades ordinárias, mas não psicologicamente (CARDOZO, 1990).

2.2.1 Lesões faciais e perdas dentárias

Em razão da facilidade com que a face é atingida por traumatismos, é freqüente a ocorrência de lesões do aparelho mastigatório. Tais lesões podem ser mais ou menos graves, desde uma leve periodontite traumática até a avulsão de um ou mais dentes (CARDOZO, 1997).

O trauma dental ocorre de modo isolado ou em associação com lesões faciais (GASSNER et al., 1999).

Devido à tendência em se considerar as lesões dentárias como sendo de gravidade menor, a tipificação dessas lesões gera muitas controvérsias. No entanto, deve-se ter em mente que os elementos dentários no seu conjunto desempenham tríplice função: mastigatória, estética e fonética (CARDOZO, 1990).

A função mastigatória dos dentes é essencial à nutrição graças à perfeita preensão, à laceração, à trituração com a conseqüente assimilação dos alimentos. É, portanto, fundamental à função digestiva e conseqüentemente à função de absorção (PENNA, 1994).

Em relação à fonética, os elementos dentários contribuem para a emissão das palavras. Os defeitos e dificuldade da pronúncia (linguagem, fonética) devido às perdas dentárias podem determinar prejuízo estético concomitantemente ao déficit mastigatório. E, sabe-se que o dano fonético que ocorre pela perda dos incisivos centrais e laterais superiores pode tornar a vítima incapaz ao trabalho específico como instrumentista de sopro, orador, telefonista, apresentador, etc., comprometendo sua eficiência social (PENNA, 1994).

O dano à função estética é a modificação depreciativa da vida de relação, da face externa da pessoa. Segundo Constable e Bernstein (1979), a aparência é fundamental e as pessoas apresentáveis são mais valiosas, e quanto mais a face é envolvida por perturbações estéticas maior é a reação negativa causada em outras pessoas.

Lesões dentárias são lesões corporais e, assim sendo, encontram-se resguardadas no Código Penal Brasileiro e também no Código Civil. Em uma perícia, a falta da anotação ou anotação incompleta prejudica a determinação do nexo causal entre a lesão dentária e o fato que a gerou, para que se possa assim classificá-la e indicar a necessidade de tratamento dos prejuízos funcionais, estéticos e até psicológicos advindos do trauma (COSTA e SILVA, 2000).

Segundo Elliot et al. (1986), a reparação do dano dentário, que a vítima não é obrigada a fazer, mas a ela se submete para diminuir seu sofrimento físico e moral, em muitos casos faz aumentar ainda mais o dano psíquico.

Com relação à reabilitação funcional e estética, as próteses cada vez mais se assemelham aos dentes naturais, o que dificulta o diagnóstico da real deformidade, levando muitos autores a afirmar que as lesões dentárias são de natureza leve. Isso ocorre porque na ocasião da perícia, muitas vezes o examinando comparece portando prótese, esteticamente aceitável (RAMOS, 1998).

Cardozo (1993) verificou que pacientes portadores de próteses parciais do tipo fixo não conseguem sentir esses aparelhos como parte integrante de seu organismo.

Além disso, a duração de uma prótese é variável dependendo da sua natureza, higienização bucal, regime alimentar da vítima, problemas infecciosos, cáries, periodontopatias, etc (FRUGOLI, 2000).

Mesmo com prótese (e com todos os inconvenientes a ela inerentes), as vítimas de perdas dentárias têm prejudicadas a sua eficiência social, a sua vida de relação, seja na alteração da pronúncia, nas refeições em público, no sorriso, etc., com repercussão, às vezes, no desempenho profissional (PENNA, 1994).

Contudo, frente às considerações anteriormente expostas, é aconselhável que nos casos de traumatismos maxilofaciais, a descrição da alteração anátomo-patológica (de ordem traumática ou não) seja realizada com precisão, a fim de evitar possíveis dúvidas de interpretação a respeito da real conseqüência do dano (CARDOZO, 1990; RAMOS, 1998; SILVA, 2001).

2.3 Cinto de segurança

Dos traumatismos que atingem a face podem resultar conseqüências que vão desde seqüelas funcionais a estéticas permanentes, por isso, segundo Arajärvi et al. (1986), o uso do cinto de segurança é uma medida de prevenção muito importante.

O cinto de segurança foi desenvolvido durante a Segunda Guerra Mundial para evitar que pilotos de avião morressem, por serem lançados para fora da cabine, nos casos de aterrissagens forçadas. Situação muito semelhante, guardada as devidas proporções, ocorria em casos de colisão e capotamento de veículos. Logo, com a finalidade de proteger os ocupantes de um veículo, a indústria automobilística passou a introduzir em seus produtos, lentamente e, muitas vezes, à força da lei, ao longo da década de 60 e 70, uma adaptação daquele mecanismo que a experiência da indústria aeronáutica tinha demonstrado ser eficiente. Caso o veículo venha a

sofrer um impacto, o objetivo do cinto de segurança é ser um mecanismo de retenção dos ocupantes de um automóvel em seus assentos, ou seja, não deixar que as pessoas no interior do veículo venham a sofrer uma segunda colisão contra a estrutura do veículo ou até mesmo serem lançadas para fora (SARAH, 2004).

O cinto de segurança começou a ser utilizado no Brasil na década de 80, com uma experiência frustrante. Uma resolução do Contran, em 1985, teve apenas três meses de duração. Sem informação e conscientização, o Ministro da Justiça acabou revogando a norma, devido à rejeição da sociedade (IAROCKINSKI, 2004).

O grande e definitivo impulso veio com a lei municipal da cidade de São Paulo, uma das primeiras a adotar a obrigatoriedade do uso do cinto de segurança. A lei municipal passou a vigorar em 16 de novembro de 1994. Em uma pesquisa realizada pelo Hospital de Clínicas de São Paulo (H.C.), compararam-se dados de dois meses antes da vigência da lei e dois meses após, e apontaram-se os seguintes resultados: entre os ocupantes de veículos vítimas de acidentes de trânsito atendidos pelo H.C., houve uma redução de 36% de traumas ortopédicos e de 40% de traumas na cabeça (crânio, face e pescoço); as internações caíram 23% (IAROCKINSKI, 2004).

Em 1997, foi aprovado o novo Código Nacional de Trânsito (C.N.T.), segundo a Gerencial Seguros (2005), menciona que o Art. 65 estabelece:

É obrigatório o uso do cinto de segurança para condutor e passageiros em todas as vias do território nacional, salvo em situações regulamentadas pelo CONTRAN; e no Art. 167 – Deixar o condutor ou passageiro de usar o cinto de segurança, conforme previsto no art. 65:
Infração – grave;
Penalidade – multa;
Medida administrativa – retenção do veículo até colocação do cinto pelo infrator.

A partir de 23 de janeiro de 1998, a lei de obrigatoriedade do uso do cinto de segurança entrou em vigor (GERENCIAL SEGUROS, 2005).

De acordo com a Companhia de Tráfego do Município de São Paulo (C.E.T.), no ano de 1997, um terço das vítimas ocupantes de veículos envolvidos em acidentes automobilísticos apresentaram ferimentos faciais. Um ano após a obrigatoriedade do uso do cinto de segurança, 80 pessoas deixaram de morrer no município de São Paulo e ainda houve uma redução de 1.500 vítimas graves e 4.500 com lesões leves no mesmo período (IAROCHINSKI, 2004).

Mais que uma lei, o cinto de segurança é um clamor pela vida. Mesmo numa velocidade de apenas 20 km por hora, o impacto sofrido por um carro ao colidir em um paredão resulta de uma força de 6 a 15 vezes o peso do motorista, e, se ele não estiver usando o cinto de segurança, sairá gravemente ferido ou morrerá (DETRAN – CE, 2004).

Por essa razão, uma das propostas deste trabalho foi a de verificar a interferência da vigência da lei de obrigatoriedade do uso do cinto de segurança em traumatizados faciais, vítimas de acidentes de trânsito.

3 PROPOSIÇÃO

Analisar a ocorrência de traumatismos faciais e dentários em vítimas que são submetidas a exames de corpo de delito no Instituto Médico Legal do Município de Taubaté.

Verificar os principais agentes etiológicos e a interferência da vigência da lei do uso obrigatório do cinto de segurança nos traumatismos faciais.

E, por fim, observar como foram classificadas as lesões de interesse odontológico, no artigo 129 do Código Penal Brasileiro.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O levantamento de dados foi realizado por meio de documentos – no caso, os laudos – constantes dos arquivos do Instituto Médico Legal do Município de Taubaté, após a aprovação pelo Comitê de Ética (Anexo A). Dividiu-se a amostra em função da obrigatoriedade do uso do cinto de segurança:

? ano de 1993 (um ano antes da lei municipal do uso obrigatório do cinto de segurança na cidade de São Paulo – 16/11/1994);

? ano de 1997 (um ano antes do início da vigência do Novo Código Nacional de Trânsito);

? ano de 1998 (ano do início da vigência do Novo Código Nacional de Trânsito, considerando seu Art. 65 – 23/01/1998);

? ano de 2002 (três anos após o início da vigência do Novo Código Nacional de Trânsito, considerando a instauração da lei e a conscientização dos condutores de veículos).

Foram consultados 21.016 laudos, distribuídos da seguinte maneira:

? 1993 – 4.400 laudos;

? 1997 – 5.737 laudos;

? 1998 – 5.920 laudos;

? 2002 – 4.959 laudos.

Desses, foram selecionados os casos em que as vítimas apresentavam somente ferimentos faciais, pois o intuito do trabalho foi analisar a face, área de interesse dentro da odontologia.

Obteve-se assim uma amostra final de 1.374 laudos.

Dos laudos selecionados foram coletados dados referentes à vítima: a idade e o sexo.

Quanto à etiologia do trauma, dividiu-se a amostra, para facilitar a apresentação dos dados, em:

- acidentes de circulação, englobando os acidentes de trânsito, atropelamentos e acidentes de bicicleta;
- violência interpessoal, reunindo as agressões físicas e armas de fogo;
- acidentes fortuitos¹.

Em relação às lesões, verificaram-se:

a) lesões em tecido mole: além da ocorrência, foram identificadas as regiões atingidas, pois embora lesões de tecido mole não sejam perigosas para a sobrevivência do paciente, podem ser causadoras de prejuízos estéticos, para os quais tem grande importância a região em que ocorreu o ferimento;

b) lesões em tecido duro: além da ocorrência, foi identificado o tipo de tecido duro atingido (ósseo, dentário e ósteo-dentário);

c) lesões associadas de tecido mole e duro.

Foram levantadas também a quantidade e a qualidade do dano atribuídas às lesões odontológicas nos laudos.

¹Como exemplo: mordida de cão.

5 RESULTADOS

Dos 21.016 laudos de exame de corpo de delito dos anos de 1993, 1997, 1998 e 2002 do Instituto Médico Legal do Município de Taubaté, 1.374 laudos (6,5%) apresentavam traumatismos, somente faciais. Desses, 843 vítimas eram do sexo masculino e 531 eram do sexo feminino (Figura 5.1).

Figura 5.1 - Gênero

A distribuição dos traumatismos faciais segundo a faixa etária, considerando intervalos de 10 anos, é de 86 (6,3%) vítimas dos 0 a 09 anos de idade; 322 (23,4%) dos 10 aos 19 anos; 409 (29,8%) dos 20 aos 29 anos; 292 (21,2%) dos 30 aos 39 anos; 137 (10%) dos 40 aos 49 anos; 81 (5,9%) dos 50 aos 59 anos; 39 (2,8%) dos 60 aos 69; 07 (0,5%) dos 70 aos 79, e somente 01 vítima (0,1%) dos 80 aos 89 anos (Figura 5.2).

Figura 5.2 - Faixa Etária

Em relação aos agentes etiológicos, foram registradas 1.040 vítimas de violência interpessoal, incluindo 1.037 vítimas de agressão física (socos, pontapés) e 03 de arma de fogo; 287 vítimas de acidentes de circulação (274 vítimas de acidentes de trânsito; 12 de atropelamento; 01 de acidente de bicicleta); 04 vítimas de acidentes fortuitos (mordida de cão) e em 43 vítimas o agente etiológico não foi identificado (Tabela 5.1).

Tabela 5.1 – Ocorrência das fraturas de face segundo o agente etiológico

AGENTE ETIOLÓGICO	OCORRÊNCIA	PORCENTAGEM
Violência interpessoal	1.040	75,7
Acidente de circulação	287	20,9
Acidentes fortuitos	04	0,3
Não identificado	43	3,1
Total	1.374	100

Os traumatismos faciais, neste estudo, foram distribuídos de acordo com os tecidos envolvidos, em que 1.279 vítimas tiveram ferimentos em tecido mole; 35 em tecido duro e 60 delas sofreram ferimentos associados (46 ferimentos envolvendo tecidos mole e dentário e 14 tecidos mole e ósseo) (Figura 5.3).

Figura 5.3 - Ocorrência de lesões na face

Analisando-se os dados referentes às lesões em tecido mole, das 1279 vítimas deste tipo de ferimento, foram identificados 1948 ferimentos faciais, ou seja, algumas vítimas tinham ferimentos múltiplos. A partir da descrição constante nos laudos houve a possibilidade de se esquematizar, por regiões na face, 1.845 ferimentos.

Para a identificação das regiões, foi utilizado o seguinte procedimento: 1) foram utilizados sempre os termos constantes dos laudos; 2) foram comparados os termos constantes dos laudos com os do esquema (Anexo B); 3) quando a denominação do laudo permitia o enquadramento nas regiões constantes do esquema, os ferimentos foram mapeados de acordo com estas regiões; 4) quando a denominação do laudo não permitiu o enquadramento nas regiões constantes do

esquema em anexo, os ferimentos foram considerados como não mapeados. Nesse caso foram agrupados de acordo com os termos constantes dos próprios laudos.

Observando o esquema, vê-se a freqüência desses 1.845 ferimentos, por região facial, em que a mais atingida é a orbitária (40,9%), seguida da labial (21,7%) e da frontal (11%). Dos ferimentos restantes, 19,3% estão localizados na região nasal, malar e zigomática e nas demais regiões as lesões são pouco freqüentes (Tabela 5.2).

Tabela 5.2 – Ocorrência de ferimentos em tecido mole nas diferentes regiões faciais

REGIÃO FACIAL	OCORRÊNCIA	PORCENTAGEM
Orbitária	755	40,9
Labial	401	21,7
Frontal	203	11
Nasal	191	10,4
Malar	101	5,5
Zigomática	62	3,4
Parietal	39	2,1
Mentoniana	38	2
Temporal	19	1
Bucinadora	14	0,8
Massetérica	11	0,6
Occipital	11	0,6
Total	1.845	100

Examinando os laudos, encontram-se lesões que não foram passíveis de mapeamento de acordo com o esquema (Anexo B), destacando-se nestes as regiões mandibular, gengival e lingual (Tabela 5.3).

Tabela 5.3 – Ocorrência de lesões não passíveis de mapeamento

REGIÃO FACIAL	OCORRÊNCIA	PORCENTAGEM
Facial	67	65
Mandibular	22	21,4
Gengival	05	4,9
Lingual	09	8,7
Total	103	100

Levando-se em consideração o agente etiológico, observa-se a seguir a incidência desses ferimentos em tecido mole, de acordo com os acidentes de circulação e a violência interpessoal (Tabela 5.4).

Tabela 5.4 – Ocorrência de ferimentos em tecido mole nas diferentes regiões faciais de acordo com o agente etiológico

REGIÃO FACIAL	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL	ACIDENTES DE CIRCULAÇÃO
Orbitária	553	183
Labial	298	93
Frontal	109	88
Nasal	139	43
Malar	84	17
Zigomática	49	13
Parietal	26	13
Mentoniana	24	14
Temporal	15	04
Bucinatora	11	03
Massetérica	10	01
Occipital	09	02
Total	1.327	474

Desses ferimentos, 44 ocorreram devido a acidentes fortuitos e a agente etiológico não identificado.

Tabela 5.5 – Ocorrência de lesões não passíveis de mapeamento

REGIÃO FACIAL	VIOÊNCIA INTERPESSOAL	ACIDENTES DE CIRCULAÇÃO
Facial	43	20
Mandibular	18	02
Gengival	02	03
Lingual	08	01
Total	71	26

Dos ferimentos não passíveis de mapeamento, 06 ocorreram devido a acidentes fortuitos e a agente etiológico não identificado.

Das lesões que envolvem exclusivamente tecidos duros, verificaram-se 19 traumatismos ósseos; 11 traumas dentários e 5 traumatismos ósteo-dentário (Figura 5.4).

Figura 5.4 - Ocorrência do trauma em diferentes tipos de tecido duro

5.1 Trauma Dentário

A seguir serão analisados mais detalhadamente os dados referentes apenas aos traumatismos dentais.

Das 1.374 vítimas de traumatismos faciais, 62 sofreram traumas dentários, sendo que 11 tiveram trauma somente dentário, 05 ósteo-dentário e 46 tecidos mole e dentário. Dessas, 34 (54,8%) eram do sexo masculino e 28 (45,2%) do sexo feminino.

A maioria dos traumatismos dentais foi ocasionada por violência interpessoal, sendo 40 vítimas de agressões físicas e 01 de arma de fogo, seguida dos acidentes de circulação, com 21 vítimas somente de acidentes de trânsito (33,9%) (Figura 5.5).

Figura 5.5 – Ocorrência do trauma dentário segundo o agente etiológico

Tabela 5.6 – Distribuição do agente etiológico em relação ao gênero (Trauma dentário)

AGENTE ETIOLÓGICO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Violência interpessoal	25	16	41
Acidente de circulação	09	12	21
Total	34	28	62

Com relação à faixa etária, houve 06 vítimas dos 0 aos 09 anos; 17 dos 10 aos 19 anos; 26 dos 20 aos 29 anos de idade, sendo ainda 08 dos 30 aos 39 anos e 05 dos 40 aos 49 anos de idade (Figura 5.6).

Figura 5.6 - Ocorrência do trauma dentário segundo as diferentes faixas etárias

Como pode ser observado na Figura 5.1.7, em 62 ocorrências de trauma dentário, 38 vítimas tiveram o envolvimento de apenas um dente, 17 tiveram o envolvimento de dois dentes e 7 tiveram três ou mais dentes atingidos.

Figura 5.7 – Ocorrência do trauma dentário, de acordo com o número de dentes atingidos

A avaliação do dano presente no laudo revela 24 vítimas de lesões de grau leve, 28 grave, 04 gravíssimo e 06 dependiam da realização de exame complementar (Tabela 5.7).

Tabela 5.7 – Classificação do nível de gravidade do trauma dental, de acordo com número de dentes atingidos

DENTES ENVOLVIDOS	LEVE	GRAVE	GRAVÍSSIMO	D.E.C*
1 dente	19	18	0	02
2 dentes	05	06	02	03
3 ou mais dentes	0	04	02	01
Total	24	28	04	06

* Dependente do exame complementar

OBS.: A avaliação médico legal de cada caso encontra-se no Anexo B.

5.2 Cinto de segurança

Nos anos de 1993 e 1997 (a utilização do uso de cinto de segurança não era obrigatória), verificou-se um total de 167 traumatizados faciais vítimas de acidentes de trânsito. Já nos anos de 1998 e 2002 (com a vigência da lei de obrigatoriedade do uso do cinto de segurança), observaram-se 107 vítimas, totalizando uma redução de 5,9% de pacientes portadores de traumas faciais advindos de acidentes de trânsito. Verifica-se que a maior redução, no número de acidentes envolvendo traumas faciais, ocorreu principalmente entre os anos de 1993 e 1997 (Tabela 5.8).

Tabela 5.8 – Ocorrência dos acidentes de trânsito

ANO DE OCORRÊNCIA DOS ACIDENTES	Nº DE ACIDENTES ENVOLVENDO TRAUMAS FACIAIS	PORCENTAGEM
1993	102	37,2
1997	65	23,7
1998	58	21,2
2002	49	17,9
Total	274	100

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização das vítimas

Inicialmente, procurou-se caracterizar as vítimas de traumatismos faciais em relação à distribuição por sexo e idade.

Conforme os resultados obtidos, demonstrados na Figura 5.1, houve a predominância de vítimas do sexo masculino concordando com várias pesquisas publicadas (BATAINEH, 1998; CARDOZO, 1990; CONTO et al., 2003; CROSATO; SILVA; CARDOZO, 1999; FRUGOLI, 2000; GASSNER et al., 1999; HOLDERBAUM; LORANDI 1997; MELO; FREITAS; ABREU, 1996; MIOTTI et al., 1996; PERCIACCANTE; OCHS; DODSON, 1999; RAMBA, 1985; RAMOS et al., 2002; SANTOS, 2002; SILBER; SOUZA; TONGU, 2002; TANAKA et al., 1994).

A predominância do sexo masculino tem sido apontada também na literatura por Tanaka et al. (1994), que, em seu trabalho realizado na cidade de Tóquio, com uma amostra de 695 vítimas de fraturas faciais, mostraram a proporção de 3,2 homens para uma mulher.

De acordo com Dingman e Natvig (1983), Silber, Souza e Tongu (2002), as fraturas faciais ocorrem três vezes mais em pacientes do sexo masculino do que no sexo feminino. O homem ser mais atingido por traumas, segundo Cardozo (1990), não obedece a nenhuma lei biológica, mas, ao contrário, deve-se a fatores culturais.

A seguir serão analisados os dados referentes à idade dos vitimados.

A Figura 5.2 apresenta a distribuição das vítimas de traumatismos faciais de acordo com o grupo etário, considerados intervalos de 10 anos. A faixa etária mais atingida foi dos 20 aos 29 anos de idade, coincidindo com os estudos de Bataineh (1998); Cardozo (1990); Conto et al. (2003); Crosato, Silva e Cardozo (1999); Frugoli (2000); Gassner et al. (1999); Holderbaum e Lorandi (1997); Melo, Freitas e Abreu (1996); Miotti et al. (1996); Perciaccante, Ochs e Dodson (1999); Ramba (1985); Ramos et al. (2002); Santos (2002); Silber, Souza e Tongu (2002); Tanaka et al. (1994).

Miotti et al. (1996) realizaram um estudo, entre os anos de 1984 e 1993, na região de Friuli Venezia Giulia e observaram que as faixas etárias mais atingidas foram a de 15 a 19 anos (15,1%) e a de 20 a 24 anos de idade (14,2%).

Os dados encontrados na literatura e neste trabalho permitem concordar com o afirmado por Shires¹ (1971, apud HUELKE; COMPTON, 1983):

a magnitude do problema do trauma é, provavelmente, o mais subestimado de todos os males que afligem a humanidade, desde que dois terços de todos os traumas ocorrem em jovens, pessoas saudáveis, que no período mais produtivo de suas vidas sofrem ou morrem como resultado de ferimentos traumáticos.

¹ Shires TT. The effect of trauma programs in the community. Surgery 1971;69:162.

6.2 Agente etiológico

A principal causa dos traumas faciais foi resultado de violência interpessoal, 75,5% do total avaliado, representado na Tabela 5.1, discordando de alguns estudos que mostram o acidente de trânsito como o agente mais comum (BATAINEH, 1998; CROSATO; SILVA; CARDOZO, 1999; GASSNER et al., 1999; RAMBA, 1985; TANAKA et al., 1994).

Trumpy (1992, apud HOLDERBAUM; LORANDI, 1997) observou mudança na frequência do agente etiológico do período de 1960 a 1989, afirmando que as ofensas promovidas por comportamento agressivo superaram aquelas por acidente de trânsito.

Em um estudo sobre a etiologia das fraturas maxilofaciais realizadas no Reino Unido, nos anos de 1977 e 1987, Telfer, Jones e Shepherd (1991) constataram que a violência interpessoal foi a principal responsável, apresentando percentuais de 40% e 50%, respectivamente, para cada ano, concordando com os dados encontrados nesta pesquisa.

6.3 Lesões de Tecido Mole

Quando se observa a ocorrência das lesões nos tecidos faciais, verifica-se que a maior parte dos ferimentos atingiu tecido mole (93,1%), conforme demonstrado na Figura 5.3.

Cardozo (1990), Huelke e Compton (1983) relatam os ferimentos em tecido mole como sendo o de maior prevalência, concordando com os resultados deste estudo.

Como se pode observar na Tabela 5.2, as regiões mais atingidas da face foram: a orbitária (40,9%), seguida da labial (21,7%) e da frontal (11%). Dentre as regiões em geral, vale salientar que na região labial, que é a região que protege os dentes, estão localizados 21,7% dos ferimentos.

Cardozo (1990) encontrou em seu estudo a região frontal (29,8%) como sendo a mais afetada, ficando a orbitária (25,1%) em segundo e a nasal (13%) em terceiro. A região labial com 9,6% não ocorreu em número significativo, se comparado com a porcentagem verificada nesta pesquisa. Essa diferença pode ser explicada pela diversidade de amostra; enquanto este estudo engloba várias etiologias, a daquela autora refere-se exclusivamente a feridos em acidentes de trânsito, como ocupantes de veículos.

De acordo com Loducca (1997), que avaliou vítimas de acidentes de trânsito, e Santos (2002), que analisou vítimas de agressão, a região nasal foi a mais comprometida. Com isto, compreende-se como diferentes agentes etiológicos traumáticos podem levar a lesões com aspectos e distribuições semelhantes.

6.4 Lesões de Tecido Duro

Como demonstra a Figura 5.3, as lesões em tecido duro ocorreram em 2,5% dos casos, dos quais 19 apresentaram traumatismos ósseos; 11 traumas dentários e 5 traumatismos ósteo-dentários (Figura 5.4).

Da mesma forma Cardozo (1990), em seu trabalho, verificou que 37 vítimas tiveram lesões em tecido duro, das quais 20 apresentavam lesões em tecido ósseo, 14 só em dentes e 03 associadas.

Já Santos (2002) realizou um trabalho através da revisão dos prontuários de pacientes de traumatismos bucomaxilofaciais vítimas de agressão, atendidos no pronto-socorro do Hospital Municipal Dr. Alípio Correa Neto, periferia leste da cidade de São Paulo, e verificou que o tecido duro foi mais atingido (53,9%) do que o tecido mole (41,1%), obtendo um resultado oposto ao desta pesquisa.

6.5 Trauma Dentário

Analisando-se, a seguir, os dados relativos às lesões que envolveram elementos dentários, é apresentada na Figura 5.1.5 a ocorrência de lesões dentárias de acordo com o agente etiológico. A maioria dos traumas dental também foi ocasionada por agressões (64,5%), seguida dos acidentes de trânsito (33,9%), como nos traumatismos faciais.

Com relação ao número de dentes atingidos, o envolvimento de um único dente se deu em 61,3% das vítimas, dois dentes 27,4% e três ou mais dentes em 11,3%.

Cardozo (1990), que verificou a ocorrência de traumatismos faciais e de elementos dentários em ocupantes de veículos decorrentes de acidentes de trânsito, por meio da análise de laudos do Instituto Médico Legal da Secretaria de Estado dos Negócios da Segurança Pública do Estado de São Paulo, observou que em 17 ocorrências, 12 tiveram o envolvimento de apenas um dente e em 05 mais de um elemento foi atingido.

6.6 Avaliação médico-legal dos traumas dentários

Como foi referido na revisão de literatura, a avaliação do dano é feita através da análise da quantidade e qualidade do dano, e a sua classificação em leve, grave e gravíssima é feita de acordo com o Artigo 129 do Código Penal Brasileiro.

A localização do dano é fundamental, segundo Penna (1994), porque sendo comprometidos órgãos de hierarquia funcional, diferente será a gravidade atual e futura das lesões.

Dos dados coletados no trabalho com relação à classificação penal dos traumatismos dentais, encontra-se na Tabela 5.7: 24 traumas de grau leve, 28 de grau grave, 04 de grau gravíssimo e 06 dependiam da realização do exame complementar posterior. Estas avaliações, estão apresentadas no Anexo C, onde

percebe-se que foram realizadas por diferentes profissionais, devido as classificações sem critérios. Como exemplos, observa-se: a perda do incisivo superior esquerdo e canino superior esquerdo considerada como lesão de grau leve; a amputação traumática de dois incisivos superiores sendo avaliada como de grau grave, e uma fratura parcial do primeiro incisivo à direita e canino à direita analisada como de grau gravíssimo.

Cardozo (1990) salientava a necessidade de haver uma atenção maior para o problema da avaliação do dano e as suas dificuldades, uma vez que a região do complexo maxilomandibular desempenha funções complexas e tem grande importância no plano estético.

Silva, Ramos e Cardozo (1991) e Cardozo (1993) compreendem que um dano ao complexo estético do indivíduo exerça significativa importância na vida de relação.

Simões e Possamai (2001) mencionam que nos foros civis e criminais existem ações relacionadas a lesões corporais sediadas na região maxilomandibular, especialmente aquelas relativas a fraturas e perdas de elementos dentários.

Ramos (1998) ressalta ainda que, se não houver uniformidade na quantificação da lesão, diferentes penas poderão ser atribuídas a um mesmo tipo de lesão.

6.7 Cinto de Segurança

Observaram-se na Tabela 5.8 os dados referentes à ocorrência dos acidentes de trânsito nos anos de 1993, 1997, 1998 e 2002 relacionado com o número de vítimas ocupantes de veículos decorrentes de acidentes de trânsito com traumas faciais.

Verificou-se que, com a vigência da lei de obrigatoriedade do uso de cinto de segurança, houve uma redução de 5,9% dessas vítimas.

Bazzo e Cardozo (2002) apontaram, em um estudo feito com vítimas de acidentes de trânsito da região de Presidente Prudente, a redução de 40% no número de acidentes.

Huelke e Compton (1983) afirmam que o uso do cinto de segurança reduz efetivamente a maioria das lesões severas em todo o corpo.

Os dados referentes à ocorrência dos acidentes de trânsito nos anos de 1993, 1997, 1998 e 2002 relacionados com o número de vítimas ocupantes de veículos decorrentes de acidentes de trânsito com traumas faciais apontam uma redução do número de acidentes principalmente entre os anos de 1993 e 1997 (Tabela 5.8). Esse resultado ocorreu, provavelmente, em decorrência das campanhas de educação que precederam a lei do uso obrigatório do cinto de segurança. Dados concordantes com Ramos et al. (2002) e Silber, Souza e Tongu (2002) os quais concluíram que, apesar do rigor da legislação do atual Código Nacional de Trânsito, os traumas resultantes dos acidentes ainda continuam relacionados a fatores passíveis de prevenção, como a educação no trânsito.

6.8 Considerações finais

As lesões de face são um desafio sócio-econômico e institucional ainda sem solução equacionada (SILVA; PANHOCA; BLACHMAN, 2003).

Ressalta-se com isso a importância de campanhas de educação e de conscientização da população para que ocorra a diminuição de acidentes e da violência (SILBER; SOUZA; TONGU, 2002).

Segundo Briceño-León (2004), é necessária uma mudança social completa, diminuindo os índices de desigualdades ou ensinando todos a conviverem entre si, respeitando as leis, as diferenças de cada um e a inclusão social abrangendo a todos para que, então, pessoas de diferentes credos, raças e culturas passem a conviver em paz.

7 CONCLUSÕES

Da análise dos dados e dos resultados obtidos neste estudo concluiu-se que:

7.1 A maioria das vítimas de traumatismos faciais (61,4%) da amostra é do sexo masculino, na faixa etária dos 20 aos 29 anos de idade.

7.2 A violência interpessoal foi o agente etiológico mais freqüente (75,7%).

7.3 Das 1.374 vítimas que sofreram ferimentos faciais: 93,1% tiveram lesões de tecido mole; 2,5% apenas lesões de tecido duro e 4,4% apresentaram lesões associadas de tecido mole e duro.

7.4 Das 35 vítimas que apresentaram lesões de tecido duro, 54,3% sofreram somente fraturas ósseas, 31,4% apenas lesões dentárias e 5,2% fraturas ósseas associadas a lesões dentárias.

7.5 Os traumatismos dentários também ocorreram mais no sexo masculino (54,8%). A idade que prevaleceu foi entre 20 a 29 anos e o agente etiológico mais freqüente foi a violência interpessoal (66,5%).

7.6 A maioria das vítimas do trauma dentário (61,3%) teve o envolvimento de um único dente em sua lesão.

7.7 Na avaliação do dano, a maioria dos traumas dentários foi classificada como sendo de natureza grave (45,2%).

7.8 O uso obrigatório do cinto de segurança, na amostra estudada, mostrou-se uma medida eficaz, apontando uma redução de 5,9% das lesões maxilofaciais.

REFERÊNCIAS¹

Agrestini F, Barone G. Sul danno estetico da traumatismi maxillo-facciali. Ann Stomatol 1968;17(9):677-96, Set.

Arajärvi E, Lindqvist C, Santavirta S, Tolonen J, Kiviluoto O. Maxillofacial trauma in fatally injured victims of motor vehicle accidents. Br J Oral Maxillofac Surg 1986;24(4):51-7.

Bataineh AB. Etiology and incidence of maxillofacial fractures in the north of Jourdan. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1998;86(1):31-35.

Bazzo GJ, Cardozo HF. Verificação da redução de lesões maxilo-faciais com o uso de cinto de segurança em vítimas do trânsito de Presidente Prudente [resumo Ic009]. Pesqui Odontol Bras 2002;16 Supl: 90.

Binda, AS, Dalloul, AA. Traumatismos. Disponível em URL: www.cremesp.org.br [2005 Fev.]

Briceño-León, R. Violência na América Latina. Disponível em URL: http://www.fiocruz.br/ccs/novidades/set04/violencia_afu.htm [2005 Jan.]

Cardozo HF. Compêndio de Odontologia Legal - Avaliação médico-legal das lesões do complexo maxilomandibular. São Paulo: Medsi, 1997; parte IV, c.18: 289-318.

Cardozo HF. Avaliação do dano nas seqüelas faciais decorrentes de acidente de trânsito [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1993.

Cardozo HF. Verificação da ocorrência de traumatismos faciais e de elementos dentários, ocupantes de acidentes de trânsito [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1990.

Cardozo HF, El Murr I, Alves EG. Aspectos psicossociais das seqüelas do complexo maxilo-mandibular [resumo A166]. Pesqui Odontol Bras 1999;16(09).

¹ De acordo com estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

Carvalho C. Traumatismo de face: vítima de arma de fogo. Rev Bras Odontol 2001;58(5):324-7.

Cavacanti AV, Cavalcante JR, Cavalcanti AL. Fraturas faciais em pacientes atendidos no Hospital Antonio Targino – PB. Rev Fac Odontol Passo Fundo 2004;9(1):52-6.

Constable JD, Bernstein NR. Public and professional reactions to the facially disfigured which interfere with rehabilitation. Scand Plast Reconstr Surg 1979;13(1):181-3.

Conto F, Santos RS, Rhoden R, Nicolini IC. Levantamento epidemiológico das fraturas de face no hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo R.S. Rev Fac Odontol Passo Fundo 2003;8(2):80-4.

Costa e Silva APA. Análise de alguns fatores relacionados ao estudo dos traumatismos maxilo-mandibulares em pacientes internados em um hospital da cidade de São Paulo no ano de 1999 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2000.

Crosato EM, Silva MR, Cardozo HF. Traumatismos maxilo-mandibulares decorrentes de acidentes de trânsito e violência interpessoal [resumo 67]. RPG 1999;6(3):288.

Derville E. O cinto de segurança. Disponível em URL: www.norauto.pt/seguranca/7.htm [2004 Out.]

Detran – CE. Educação (cinto de segurança). Disponível em URL: www.detran.ce.gov.br/educacao_cintodeseguranca.asp [2004 Set.]

Dingman RO, Nativig P. Cirurgia da fratura facial. São Paulo: Santos; 1983.

Elliott M, Bull R, James D, Lansdown R. Childrens and adults reactions to photographs taken before and after facial surgery. J Maxillofac Surg 1986;14(1):18-21.

Frugoli UO. Avaliação dos danos do complexo maxilomandibular provocados por violência interpessoal: análise comparativa entre os pareceres odontológicos e os laudos médicos emitidos pelo Instituto Médico Legal de São Paulo nos anos de 1993 e 1998 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2000.

Gassner R, Bösch R, Tuli T, Emshoff R. Prevalence of dental trauma in 6000 patients with facial injuries. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1999;87(1):27-33.

Gawrysewski, VP. Prevenção dos acidentes e violências. Disponível em URL: www.cip.saude.sp.gov.br/SITECIP.htm [2005 Fev.]

Graziani M. Traumatologia maxilo-facial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982.

Gerencial Seguros. Código de trânsito. Disponível em URL: www.gerencialseguros.com.br/codigo.htm [2005 Jan.]

Holderbaum MA, Lorandi CS. Levantamento epidemiológico das fraturas de face na comunidade atendida junto ao grupo hospitalar Conceição. *Rev Odonto Ciência* 1997;24(2):45-63.

Huelke DF, Compton CP. Facial injuries in automobile crashes. *J Oral Maxillofac Surg* 1983; 41(4):241-24, Apr.

Iarochinski, U. Segurança no trânsito. Boletim técnico nº 15. Disponível em URL: www.midiadigital.com.br/volvo/5/imagens/volvo_boletim15.pdf [2004 Set.]

Laskin DM. The psychological consequences of maxillofacial injury. *J Oral Maxillofac Surg* 1999;57(11):1281.

Loducca FE. Estudo epidemiológico dos traumatismos de face, causados por acidentes de trânsito, em serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial do município de São Paulo [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1997.

Melo REVA, Freitas CM, Abreu TC. Trauma facial. *Rev Odonto Ciência* 1996;21(1):167-81.

Miotti A, Moroldo L, Salerno M, La Rosa P. Studio statistico-epidemiologico dei traumi cranio-maxillo-faciali nella regione Friuli Venezia Giulia. *Minerva Stomatol* 1996;45(4):149-56.

Nunes, LA. Violência na saúde. Disponível em URL: www.apm.org.br/saudepublica/publica.asp?id=3&mn=Sa%C3%Bade%20P%C3%BAblica [2005 Jan.]

Penna JB. Estudo comparativo dos critérios médico-legais para a caracterização das lesões corporais [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1994.

Perciaccante VJ, Ochs HA, Dodson TB. Head, neck, and facial injuries as markers of domestic violence in women. *J Oral Maxillofac Surg* 1999;57(7):760-63.

Ramba J. Fractures of facial bones in children. *Int J Oral Surg* 1985;14:472-78.

Ramos DG. Contribuição para o estudo jurídico das lesões corporais que incidem sobre o complexo maxilo-mandibular [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1998.

Ramos DG, Gomes EM, Frugoli UO, Cardozo HF. Danos do complexo maxilo-mandibular resultantes de acidentes de trânsito avaliados pelo núcleo de Odontologia Legal do Instituto Médico Legal de São Paulo em 2001 [resumo PA79]. *RPG* 2002;9(3):267.

Reiner ML. Rehabilitation of the facially disfigured: a psychological analysis. *Anm Dent* 1977;36(2):29-34.

Santos MAF. Traumatismos buco-maxilo-faciais por agressão: estudo em um hospital da periferia de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2002.

Santos MESM, Martins CAM, Torres BCA, Araldi CA. Trauma facial por acidente com arma de fogo. *Rev Odonto Ciência* 2004;19(44):105-9.

Sarah – Rede de Hospitais de Reabilitação. A biomecânica dos traumas de ocupantes de veículos. Disponível em URL: www.sarah.br/paginas/prevenção/po/02_04_o_cinto_de_seguranca.pdf [2004 Nov.]

Silber PC, Souza LB, Tongu MTS. Perfil epidemiológico do trauma ocular penetrante antes e após o novo código de trânsito. *Arq Bras Oftalmol* 2002;65(4):1-8.

Silva M, Ramos DLP, Cardozo HF. Lesões da face e dos dentes frente ao artigo 129 do Código Penal Brasileiro. *CRO Agora* 1991;15(45).

Silva CAS. Análise de acórdãos emitidos pelos Tribunais sobre lesões do complexo maxilo-mandibular [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2001.

Silva OMP, Panhoca L, Blachman IT. Traumatismos faciais causados pela violência ocorrida na cidade de São Paulo, ao longo do século XX. Rev Fac Odontol UNESP 2003;32(2):81-5.

Simões MP, Possamai P. Documentação de lesões buco-maxilo-faciais – implicações legais. Rev Bras Odontol 2001;58(6):393-5.

Sobreira T, Vieira JAO, Lobo AR, Wanderley JNB, Costa LJ. Prevalência de traumatismos bucomaxilofaciais em João Pessoa – Paraíba – Brasil. Rev Bras Ciências Saúde 2002;6(1):25-32.

Tanaka N, Tomitsuka K, Shionoya K, Andou H, Kimijima Y, Tashiro T, et al. A etiology of maxillofacial fracture. Br J Oral Maxillofac Surg 1994;32(1):19-23.

Telfer MR, Jones GM, Shepherd JD. Trends in the a etiology of maxillofacial fracture in the United Kingdom (1977-1987). Br J Oral Maxillofac Surg 1991;29:250-5.

Wood GD. Facial fractures and seat belts. Br Dent J 1983;154: 353.

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética

**PARECER nº 120/03
Protocolo 111/03**

O grupo de Trabalho indicado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, **APROVOU** o protocolo de pesquisa "**Análise da ocorrência e classificação penal das lesões maxilofaciais do Instituto Médico Legal do Município de Taubaté**" de responsabilidade da pesquisadora Kátia Aparecida Bueno Santos Bastos, sob orientação da Professora Doutora Hilda Ferreira Cardozo.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios referentes ao andamento da pesquisa em 08 de janeiro de 2004 e em 08 de julho de 2004. Ao término da pesquisa, cópia do trabalho em "cd" ou "disquete", deve ser encaminhada a este CEP.

São Paulo, 08 de julho de 2003

Profª Drª ROSA HELENA MIRANDA GRANDE
Coordenadora do CEP-FOUSP

Anexo B – Esquema das lesões existentes na face

ESQUEMA DAS LESÕES EXISTENTES NA FACE LATERAL DIREITA DA CABEÇA.																							
NOME: _____	LAUDO N.º: _____

<p>REGIÕES</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 FRONTAL</td> <td style="width: 33%;">8 AURICULAR</td> <td style="width: 33%;">14 MENTONIANA</td> </tr> <tr> <td>2 ORBITÁRIA</td> <td>9 MASTOIDIANA</td> <td>15 SUPRA-HIOIDÉIA</td> </tr> <tr> <td>3 PARIETAL</td> <td>10 OCCIPITAL</td> <td>16 CAROTIDIANA</td> </tr> <tr> <td>4 NASAL</td> <td>11 LABIAL</td> <td>17 SUPRACLAVICULAR</td> </tr> <tr> <td>5 MALAR</td> <td>12 BUCINADORA</td> <td>18 NUCA</td> </tr> <tr> <td>6 ZIGOMÁTICA</td> <td>13 MASSETERINA</td> <td>19 INFRA-HIOIDÉIA</td> </tr> <tr> <td>7 TEMPORAL</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			1 FRONTAL	8 AURICULAR	14 MENTONIANA	2 ORBITÁRIA	9 MASTOIDIANA	15 SUPRA-HIOIDÉIA	3 PARIETAL	10 OCCIPITAL	16 CAROTIDIANA	4 NASAL	11 LABIAL	17 SUPRACLAVICULAR	5 MALAR	12 BUCINADORA	18 NUCA	6 ZIGOMÁTICA	13 MASSETERINA	19 INFRA-HIOIDÉIA	7 TEMPORAL		
1 FRONTAL	8 AURICULAR	14 MENTONIANA																					
2 ORBITÁRIA	9 MASTOIDIANA	15 SUPRA-HIOIDÉIA																					
3 PARIETAL	10 OCCIPITAL	16 CAROTIDIANA																					
4 NASAL	11 LABIAL	17 SUPRACLAVICULAR																					
5 MALAR	12 BUCINADORA	18 NUCA																					
6 ZIGOMÁTICA	13 MASSETERINA	19 INFRA-HIOIDÉIA																					
7 TEMPORAL																							
FIGURA: _____																							
PERITO: _____ PERITO: _____																							

Esquema retirado do livro: ALCÂNTARA, H.R. Perícia Médica Judicial. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Dois S.A. 1982.

ESQUEMA DAS LESÕES NA FACE LATERAL ESQUERDA DA CABEÇA

NOME: _____ LAUDO N.º: _____

REGIÕES

1 FRONTAL	8 AURICULAR	14 MENTONIANA
2 ORBITÁRIA	9 MASTOIDIANA	15 SUPRA-HOIDÉIA
3 PARIETAL	10 OCCIPITAL	16 CAROTIDIANA
4 NASAL	11 LABIAL	17 SUPRACLAVICULAR
5 MALAR	12 BUCINADORA	18 NUCA
6 ZIGOMÁTICA	13 MASSETERINA	19 INFRA-HOIDÉIA
7 TEMPORAL		

FIGURA: _____

PERITO: _____ PERITO: _____

Esquema retirado do livro: ALCANTARA, H.R. Perícia Médica Judicial. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Dois S.A. 1982.

Anexo C – Classificação do nível de gravidade da lesão, segundo o trauma dental (transcritos exatamente com os termos presentes nos laudos)

TRAUMA DENTAL	CLASSIFICAÇÃO PENAL
Abalo do 2º dente da arcada dentária inferior à direita	Leve
Amolecimento do 2º incisivo inferior esquerdo (dentes em mal estado de conservação)	Leve
Amolecimento de dois incisivos centrais superiores	D.E.C*
Amputação traumática do 2º e 3º incisivo e canino inferiores esquerdo	Grave
Amputação traumática do canino inferior esquerdo	Grave
Amputação traumática do primeiro incisivo à direita	Grave
Amputação traumática de dois incisivos superiores	Grave
Amputação traumática do segundo incisivo à esquerda	Grave
Amputação traumática dos incisivos centrais e laterais superiores	Gravíssima
Amputação traumática do 1º incisivo superior esquerdo	Grave
Amputação traumática dos incisivos superiores	Gravíssima
Amputação traumática dos incisivos superiores (11, 12, 21e 22)	Grave
Amputação traumática dos incisivos centrais inferiores	Grave
Amputação traumática do incisivo inferior à direita	Leve
Amputação traumática do dente incisivo superior à direita	Leve
Arrancamento do primeiro incisivo à direita de leite	Leve

Continua

Continuação

Arrancamento do 1 ^o incisivo à direita (dente de leite)	Leve
Fratura do primeiro incisivo à direita	Leve
Fratura do incisivo médio superior esquerdo	Grave
Fratura de dois dentes molares laterais superiores em primeira dentição	Grave
Fratura de um dente molar inferior à esquerda	Grave
Fratura do 1 ^o incisivo superior à direita (dentes em mal estado de conservação)	Leve
Fratura do terço proximal do incisivo superior direito	Grave
Fratura do dente molar inferior à esquerda	Grave
Fratura do primeiro e segundo incisivos superiores	Grave
Fratura dos quatro incisivos superiores com exposição dos alvéolos	Gravíssima
Fratura dos incisivos centrais superiores direito e esquerdo	Grave
Fratura do segundo incisivo superior esquerdo	Grave
Fratura do dente incisivo superior lateral esquerdo e canino esquerdo	D.E.C*
Fratura do incisivo superior direito e canino direito	Leve

Continua

Continuação

Fratura do primeiro dente molar superior direito	Leve
Fratura do primeiro molar inferior esquerdo	Leve
Fratura dos dentes incisivos central e lateral superior e canino superior e inferior à esquerda	Grave
Fratura da região mediana dos incisivos centrais direito e esquerdo e canino direito superiores	Grave
Fratura do dente incisivo superior	D.E.C*
Fratura do terço distal do incisivo central superior direito da prótese	D.E.C*
Fratura da extremidade superior do dente incisivo lateral inferior direito	Grave
Fratura do ápice do incisivo central inferior direito (segunda dentição)	Grave
Fratura do incisivo superior direito	Grave
Fratura do terço inferior do canino superior esquerdo	Leve
Fratura do terço inferior dos dentes incisivos centrais e laterais superiores	D.E.C*
Fratura do incisivo inferior direito	Grave
Fratura de prótese dentária, 1º incisivo superior esquerdo (Pivot)	Leve
Fratura do segundo e terceiro molares	Grave
Fratura do segundo incisivo lateral esquerdo	Grave

Continua

Conclusão

Fratura do pivô do incisivo superior esquerdo	Leve
Fratura parcial dos incisivos centrais superiores	Leve
Fratura do terço distal dos dentes incisivos superiores direito e esquerdo	Leve
Fratura parcial do incisivo central superior à esquerda	Leve
Fratura parcial do incisivo inferior lateral direito	Leve
Fratura parcial do dente incisivo inferior direito	Leve
Fratura parcial do 1 ^o incisivo central à direita e canino à direita	Gravíssima
Fratura parcial do segundo incisivo superior esquerdo	Grave
Fratura parcial do primeiro incisivo superior	Grave
Fratura parcial do 1 ^o dente incisivo superior esquerdo	Grave
Fratura parcial do incisivo central superior à esquerda	Leve
Fratura parcial do incisivo central superior à direita	Leve
Perda dos incisivos central e lateral inferiores	D.E.C*
Perda do primeiro dente incisivo superior direito	Grave
Perda do incisivo superior esquerdo e canino superior esquerdo	Leve
Perda do incisivo central superior esquerdo	Leve
Perda dos incisivos centrais superiores	Leve

* Dependente do exame complementar