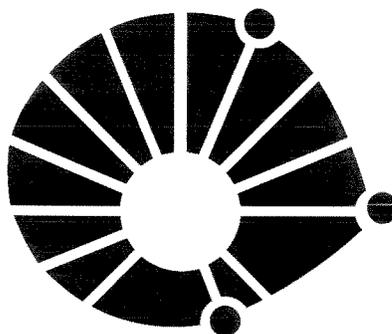


**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**



**UNICAMP**

**JORGE ALBERTO DE ABREU CINTRA**

**CIRURGIÃO-DENTISTA**

**A IMPORTÂNCIA DA ODONTOLOGIA LEGAL**

**NO EXAME DE CORPO DE DELITO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do grau de Mestre em Odontologia Legal e Deontologia.

PIRACICABA  
- 2004 -

# FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

JORGE ALBERTO DE ABREU CINTRA

CIRURGIÃO-DENTISTA

## A IMPORTÂNCIA DA ODONTOLOGIA LEGAL NO EXAME DE CORPO DE DELITO

Este exemplar foi devidamente corrigido.  
de acordo com a Resolução CFPD-036/83  
CPD. 22 / 10 / 2004  
Assinatura do Orientador

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do grau de Mestre em Odontologia Legal e Deontologia.

ORIENTADORA:

Dra. Dagmar de Paula Queluz  
Banca Examinadora  
Dra. Dagmar de Paula Queluz  
Dr. Eduardo Daruge Júnior  
Dr. Luiz Renato da Silveira Costa  
Suplentes  
Dr. Luiz Franceschini Júnior

PIRACICABA  
- 2004 -

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	7/Unicamp C493i
V	EX
TOMBO BC/	63618
PROC.	16.P.00086.05
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	12/05/05
Nº CPD	

Sibid: 349969

#### Ficha Catalográfica

C493i	<p>Cintra, Jorge Alberto de Abreu. A importância da odontologia legal no exame de corpo de delito. Jorge Alberto de Abreu Cintra. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2004. xxxii, 138p. : il.</p> <p>Orientador : Profª Drª Dagmar de Paula Queluz. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p>1. Odontologia legal. 2. Avaliação. I. Queluz, Dagmar de Paula. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.</p>
-------	---

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8-6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de MESTRADO, em sessão pública realizada em 12 de Agosto de 2004, considerou o candidato JORGE ALBERTO DE ABREU CINTRA aprovado.

1. Profa. Dra. DAGMAR DE PAULA QUELUZ \_\_\_\_\_

2. Prof. Dr. LUÍS RENATO DA SILVEIRA COSTA \_\_\_\_\_

3. Prof. Dr. EDUARDO DARUGE JUNIOR \_\_\_\_\_

DEDICO ESTE TRABALHO

A **DEUS**, que permite a cada ser humano o direito de errar e tentar novamente, perdoadando sempre em todas as situações, para que todos sem distinção possam alcançar a vida eterna.

Agradeço a **DEUS** por poder contar sempre com sua ajuda, me dando força para que pudesse superar os momentos mais difíceis.

Dedico ainda:

À minha querida e adorável esposa Suzana Cintra pelo carinho dispensado durante todos estes anos.

Aos meus pais Dalva Cintra (*In memoriam*) e José Cintra (*In memoriam*).

Aos meus queridos filhos Leandro Cintra e Lucas Cintra pelo estímulo constante.

À minha filha Luiza Cintra pela grande ajuda na confecção desta Tese.

Sem a ajuda e apoio de cada um, provavelmente eu não teria conquistado mais esta vitória em minha vida. Que este pequeno passo meu sirva de exemplo aos meus adoráveis filhos, permitindo aos mesmos que continuem sempre lutando frente às adversidades que por ventura venham a ocorrer em suas vidas.

À Profa. Dra. **Dagmar de Paula Queluz**, busquei palavras para expressar o meu agradecimento a Vsa. porém acredito que estas sejam insuficientes para exprimir a minha grande admiração. É deverás difícil nos dias de hoje encontrar pessoas como a Profa. sempre dedicada, interessada pelo bem da Instituição em que trabalha. Meus mais sinceros votos de agradecimento por toda a orientação, atenção, carinho e paciência a mim dispensados.

Ao Prof. Dr. **Eduardo Daruge**, pela acolhida e o tratamento carinhoso que me foi dispensado durante todo este período.

Ao **Prof. Dr. Roberto José Gonçalves** ser humano ímpar dedicado à docência e a cristandade, meus sinceros agradecimentos.

Ao **Prof. Dr. Eduardo Daruge Júnior** Coordenador do Programa e do Curso de Odontologia Legal da FOP/UNICAMP, amigo e conselheiro que compreendeu e permitiu que eu concluísse mais esta jornada.

\* Ao Prof. **Dr. Casimiro Abreu Possante de Almeida** por ter me incentivado a ingressar neste curso.

\* Ao amigo, Prof. Dr. **Luiz Francesquini Júnior**, pelo companheirismo e estímulo constante no transcorrer do curso. Um dos novos expoentes da Odontologia Legal Brasileira.

\* Aos amigos do Curso de Pós-Graduação em Odontologia Legal e Deontologia pelas horas de conforto e pela amizade a mim demonstrada, em especial aos amigos **Célia Regina Manesco, Dinoly Albuquerque** e ao colega **Luís Cláudio Luna**.

\* À Bibliotecária **Doralice Nascimento Leal**, pela presteza e atenção na revisão da literatura deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS

- À Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, pelo profissionalismo e espírito científico com as quais nos formaram.
- Ao Diretor Prof. Dr. **Thales Rocha de Mattos Filho**, pela colaboração que nos tem prestado.
- Ao Prof. Dr. **Pedro Luiz Rosalen**, Coordenador dos Cursos de Pós-Graduação em Odontologia da FOP/UNICAMP, pela sua capacidade de liderança.
- Ao Prof. Dr. **Antonio Carlos Pereira**, Chefe de Departamento da Odontologia Social, que tem desempenhado com brilhantismo a chefia deste departamento.
- A Profa. Dra. **Gláucia Maria Bovi Ambrosano**, pela sua educação e paciência para com todos.
- A todos os **demais Professores** do Programa de Odontologia Legal e Deontologia da FOP/UNICAMP, pelo carinho e atenção.
- A **todos os funcionários** da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, sem exceção, citá-los nominalmente seria um desatino, pois correria o risco de esquecer alguém.
- Aos **colegas do Programa** de Pós-Graduação da FOP-UNICAMP pela convivência saudável, carinho e incentivo.
- Às bibliotecárias da FOP/UNICAMP, **Heloísa, Marilene, Lurdes, Cidinha**, e demais auxiliares, pela ajuda imensa na busca de trabalhos científicos, cada uma delas sabe o quanto as importunei e eu sei que nada retribui, a todas os meus sinceros agradecimentos.

Há no mundo dois tipos de pessoas, as que nada fazem e tudo criticam e as que tudo fazem e são criticadas todos os dias. Que Deus nos permita que em um dia muito próximo, restem apenas aquelas que fazem todo o possível para conter e evitar o sofrimento alheio, devotando os seus dias a buscar a paz e a felicidade em todos os lugares, pois o que realmente importa nesta existência é ser feliz, muito feliz, pois a felicidade contagia a todos e transpõe todos os portais do universo. Seja feliz e principalmente dedique todos os seus esforços para fazer as demais pessoas felizes.

Autor desconhecido

## SUMÁRIO

LISTAS	1
Lista de Ilustrações	1
RESUMO	3
ABSTRACT	5
1. INTRODUÇÃO	7
2. REVISÃO DA LITERATURA	11
3. PROPOSIÇÃO	45
4. MATERIAL E MÉTODOS	47
5. RESULTADOS	49
6. DISCUSSÃO	61
7. CONCLUSÕES	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	95

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Tabelas

Tabelas	Descrição do conteúdo	Pág.
1	Número de Solicitação jurídica visando o exame odontológico por falta de encaminhamento médico no ano de 2001 e 2002.	52
2	Sede do trauma no ano de 2001 e 2002	53
3	Queixa principal colhida no exame de corpo de delito nos anos de 2001 e 2002.	54
4	Queixa principal relacionada ao dano dentário colhida (%) no exame de corpo de delito no ano de 2001.	55
5	Queixa principal relacionada ao dano dentário colhida (%) no exame de corpo de delito no ano de 2002.	55
6	Número de laudos (%) com estabelecimento de injúria entre os anos de 2001 e 2002.	56
7	Número de laudos (%) sem caracterização de injúria entre os anos de 2001 e 2002.	56
8	Frequência (%) da etiologia em função do gênero nos anos de 2001 e 2002.	57

## Gráficos

Gráficos	Descrição do conteúdo	Pág.
1	Número de exames de corpo delito realizados pelo serviço odontológico em 2001 e 2002.	49
2	Número de periciadas do gênero feminino em 2001 e 2002.	50
3	Número de periciados do gênero masculino em 2001 e 2002.	50
4	Número de periciados por faixa etária em 2001.	51
5	Número de periciados por faixa etária em 2002.	51
6	Número (%) dos agentes causadores do trauma em 2001.	52
7	Número (%) dos agentes causadores do trauma em 2002.	53
8	Número de laudos com estabelecimento de nexo causal nos anos de 2001 e 2002.	54
9	Número de laudos sem estabelecimento de nexo causal nos anos de 2001 e 2002.	55
10	Número de laudos com estabelecimento de injúria entre os anos de 2001 e 2002.	56
11	Número de laudos sem caracterização de injúria entre os anos de 2001 e 2002.	57
12	Frequência (%) da causa soco em função do gênero nos anos de 2001 e 2002.	58
13	Frequência (%) da causa, acidentes automobilísticos em função do gênero nos anos de 2001 e 2002.	58
14	Frequência (%) da causa, atropelamentos, em função do gênero nos anos de 2001 e 2002.	59

## RESUMO

As lesões provocadas ou geradas no ser humano, necessitam de um exame denominado exame de corpo de delito. Este visa fornecer à autoridade Policial e/ou Judicial informações sobre a gravidade ou não de um caso. Se a injúria acometer o aparelho estomatognático, este deve ser realizado por um perito Odonto-Legista. Em vista desta necessidade, revisou-se os laudos dos arquivos do Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto-Rio de Janeiro, realizados no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2002 e constatou-se a realização de 837 exames. Após a compilação dos dados apurou-se que os indivíduos mais acometidos por lesões do complexo estomatognático são os do gênero masculino, na faixa etária entre 16 a 35 anos de idade e as principais causas das lesões foram geradas por socos, atropelamentos, acidentes automobilísticos, dentre outros, a área da face mais atingida foi a da maxila e os dentes mais envolvidos foram os incisivos superiores, estes em geral são acometidos de fraturas coronárias, mobilidade e avulsões e a face por equimoses e escoriações. Verificou-se nítido predomínio de fraturas coronárias dos elementos dentários da bateria labial, que resultam em “debilidade permanente da função mastigatória” associada à “deformidade permanente”, conseqüências consideradas respectivamente grave e gravíssima sob o ponto de vista didático (Artigo 129 do Código Penal Brasileiro, parágrafos 1º e 2º). Deve-se destacar que a nível de literatura, esta área, tem sido muito pouco discutida e pouco tem-se concluído sobre as perdas de elementos dentários e as suas repercussões no complexo estomatognático. Concluiu-se também que o profissional mais qualificado para a avaliação de um dano a nível do aparelho estomatognático é aquele com formação odontológica e jurídica desta forma o Odonto-Legista é o profissional indicado para o exame de corpo de delito nos Institutos Médico Legais.

## ABSTRACT

The lesion challenge or produce in the man, necessity of the examination denominate of delict of body examination. This study'll provide for policeman and or judicial authority information about the grave case or not case. If the injury attack the stomatognathic appliance this make realize for one legal-dental expert. However, had been necessity of reavaliabile the award of the archive of the Medical legal Brazil Institute Afrânio Peixoto-Rio de Janeiro, realize in the period of January of 2001 the December of 2002 and evolution the realization of 837 research. After the compilation of die results that the individual more attack for lesion of the somatognathic complex are the of the male genus, in the age belt between 16 to 35 years of age and the cause principal of the lesion were produce for strike to trample on automobile accident, between others, the face region more reached were the of the maxilla and the tooth more involved were the upper incisor, this in general are attaches for coronary fracture, mobility and enlarge and the ecchymosis and excoriation for a face. Evolution biggest predominancy of the coronary fracture of the element labio dental, appliance, that results in "permanent debility of masticatory function" associated for " permanent deformity", consequences of the mayhem considerate respective grave and serious when examine penal code of brazilian (paragraph 1º and 2º). However emphasize that in the literature this area had been more less discuss and more less had been concluded about the lose of dental elements and the yours repercussion in the stomatognathic complex. Concluded that the professional with more background for the evolution of the one injury rate of stomatognathic applianceis that wih odontological and juridical background then the legist dentrist is the professional that have been background for the exam of delict body in the Medical Legal institute.

## 1. INTRODUÇÃO

Face à crescente violência urbana veiculada na mídia observa-se que há um estado de apreensão coletiva no que tange a preservação do direito de todo cidadão em ir e vir.

Dentro desse panorama, pode-se destacar como uma das principais questões, o aumento das agressões interpessoais com as mais variadas motivações, como por exemplo, a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, e o uso de drogas ilícitas. Outro aspecto importante a ser observado é o crescimento da violência no trânsito (atropelamentos e colisões), fato este que possui etiologia semelhante às das agressões físicas no variado universo da violência. Um indicador dessas variáveis, juntamente com os setores de emergência dos grandes hospitais são as Clínicas Médico-Legais dos Institutos Médico Legais (IMLs).

Infelizmente, um grande número de Institutos Médico-Legais do Brasil não possuem no seu quadro permanente especialistas em Odontologia Legal, causando uma grande dificuldade na aquilatação do dano e por conseguinte, para o enquadramento legal dessas lesões corporais, uma vez que a avaliação das mesmas é feita por Médicos Legistas e não por Odonto-Legistas. Tal prática comum nos Institutos Médico-Legais onde não há peritos com formação odontológica, faz com que médicos-legistas ultrapassem os limites de sua formação específica, procedendo aos exames e laudos supra-mencionados, acarretando o prejuízo social inerente a tal conduta, pois, por desconhecerem as conseqüências das lesões intra e extra-bucais, tendem a minimizá-las, o que prejudica o enquadramento das mencionadas lesões na legislação penal e civil pertinentes, restando ao lesado conviver com a debilidade ou deformidade, com reduzidas possibilidades de ter a sua condição reconhecida ou seja, de ver o agressor responder adequadamente pelo crime cometido e pleitar a indenização a

que faz jus, uma vez que o Laudo de lesões corporais é em quase todas as situações, o ponto de partida para uma ação civil de reparação de danos. Como a legislação penal não determina que as vítimas sejam examinadas por Odontologistas profissionais estes mais habilitados para avaliar a gravidade do dano, fica difícil quantificar as perdas dentárias e sua repercussão sobre o organismo, considerando que os dentes desempenham uma tríplice função que é a mastigatória, estética e fonética. Deve-se destacar também que há um crescente número de casos de agressões que acometem os diversos segmentos do complexo maxilo-facial, causando lesões que podem ocorrer tanto no tecido mole como no tecido ósseo gerando os mais diversos graus de comprometimento dos elementos dentários e de suas estruturas de suporte, podendo ainda na dependência de outros fatores provocar luxações dento alveolares até fratura do dente ou do processo alveolar e no esqueleto ósseo propriamente dito onde as lesões se manifestam sob a forma de fraturas e disjunções crânio-faciais dos mais variados tipos, podendo uma lesão acarretar uma limitação da atividade do indivíduo no âmbito das relações sociais representando desta feita um dano direto ou indireto mediato ou imediato levando em alguns casos a uma severa redução da personalidade ou a um comprometimento psíquico.

Diante do exposto, torna-se imperioso conhecer os critérios clínicos ideais para a caracterização das lesões corporais com sede no complexo buco-maxilo-facial, pois há Laudos de Exames de Corpo de Delito - Lesões Corporais feitos por Médicos Legistas que não contemplam o aspecto Médico-Legal (que é jurídico): quanto ao diagnóstico, à classificação das lesões, quanto a relação de causalidade e seu enquadramento legal. A falta de um desses itens pode trazer conseqüências danosas não só ao processo, mas, principalmente às partes envolvidas, pois o exame de corpo de delito é o conjunto de elementos sensíveis do fato criminoso, podendo ainda ser dito que são princípios que podem afetar os sentidos, isto é podendo ser percebidos pela visão, pela audição, pelo tato, pela gustação e pelo olfato. Desta forma o presente estudo se propõe quantificar as lesões que acometem o complexo estomatognático, por meio da análise de laudos

realizados no Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, durante os anos de 2001 e 2002, estabelecendo quais os indivíduos mais acometidos, qual a faixa etária correspondente, qual a área de maior incidência, quais dentes são mais envolvidos, qual a principal lesão constatada, bem como a sua repercussão penal.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

**Peixoto (1938)** afirmou que a sanção penal é a reação de defesa da sociedade contra as violações de direito, sendo geradora de um sentimento passivo de honestidade e justiça. Apontou ainda uma evolução no conceito de pena, que parte da Antigüidade, onde existia um sentimento de vingança pessoal na aplicação das penalidades e chega até a modernidade com uma idéia de reparação do dano e prevenção do crime. Lembrou também que a vingança ou represália, nos dias de hoje, já é um distúrbio, porém, não é tão incomum, citando as injustiças cometidas nas guerras da civilização moderna, como bom exemplo do potencial humano de retorno ao primitivismo.

**Gerin (1959)** afirmou que a voz é de fundamental importância na valorização estética do indivíduo sendo que o dano estético representa a modificação depreciativa da vida de relação, da face externa da pessoa onde a fisionomia, os gestos, a fala, o comportamento, revelam o mundo interior e demonstram os movimentos dos ânimos e atitudes mentais. Com relação à função estética o autor a definiu como sendo todos atributos exteriores que contribuem para caracterizar a personalidade do indivíduo.

**Introna (1964)** destacou que uma diminuição na estética que incida sobre uma criança, um adolescente ou mesmo um adulto jovem, exige reparação econômica maior do que um adulto, pois esse último, em geral, já conquistou o seu espaço na sociedade, enquanto o primeiro, terá, ainda, que fazer o mesmo e a partir da lesão, com as possibilidades reduzidas, principalmente nos casos de perdas dentárias, que de acordo com o autor são de difícil avaliação, tornando-se mais complexas. Sabe-se que os dentes desempenham, em conjunto, tríplice

função, ou seja, mastigatória, estética e fonética. Infelizmente, quase todos Institutos Médicos Legais não possuem nos seus quadros especialistas em Odontologia Legal, cujo estudo é restrito, tendo sua aplicação reservada, exclusivamente, nos casos de repercussão ou nas perícias contratadas. Deve-se ressaltar que a função mastigatória dos dentes é essencial à nutrição graças à perfeita apreensão, à laceração, à insalivação, à trituração e a conseqüente assimilação dos alimentos. É, portanto, fundamental a função digestiva e conseqüentemente a função de absorção. A ausência dos incisivos centrais determina um prejuízo mastigatório no que diz respeito à apreensão e corte dos alimentos. Sem dúvida, tal prejuízo será muito maior nos casos de perda dos molares devendo ser lembrado que a função mastigatória não é específica dos dentes, concorrem com esta função, também, os lábios, a língua, músculos da face, principalmente os músculos mastigatórios, a articulação temporo-mandibular, a mandíbula e a maxila. Concluiu o autor, que quando há déficit funcional dos músculos mímicos e da mastigação pode-se caracterizar dano estético e da fonação.

**Tommasini (1964)** admitiu que as necessidades calóricas em relação ao tipo de trabalho executado, deveriam construir parâmetro móvel para valorizar a redução da capacidade mastigatória. Para tanto, existem tabelas onde estão relacionadas necessidades calóricas e as diversas atividades laboriais. As próteses fixas ou móveis não tomam a vítima apta à mastigação porque os dentes artificiais e/ou desvitalizados não têm o mesmo valor funcional e durabilidade que os dentes naturais e as próteses fixas e móveis apresentam cada qual suas limitações, já referidas.

**Benciolini (1964)** relatou que a ausência dos incisivos centrais, determinam um grande prejuízo mastigatório no que diz respeito à apreensão e corte dos alimentos, sendo, sem dúvida, muito mais agravado o prejuízo quando da perda dos molares, caracterizando, desta forma, a lesão como sendo pessoal, podendo esta ser culposa ou dolosa pela sua elevada freqüência e facilidade que

atinge na face, causando, desta maneira, uma grande dificuldade para o seu enquadramento legal.

**Schultz (1967)** constatou que no ano de 1966 mais de 4 milhões de pessoas nos EUA foram vítimas de acidentes automobilísticos e que aproximadamente 72 por cento sofreram lesões na região da cabeça, sendo que, desse grupo, mais de 90% apresentaram algum tipo de lesão facial. Ressaltou que as percentagens demonstraram que as lesões faciais são as conseqüências mais freqüentes de acidentes automobilísticos.

**Agrestini & Barone (1968)** esclareceram que no âmbito penal, no dano estético, a deformidade refere-se a uma alteração mórbida da aparência com um efeito desagradável que causa vexame para o ofendido, desgosto e repugnância no observador. Já na esfera cível, ao contrário, esse dano deve ser entendido como sendo todas as modificações pejorativas de natureza mórbida que afeta o conjunto estético individual.

**Huelke & Harger (1969)** relacionaram um experimento sobre o comportamento dos tecidos duros da face durante o trauma e um estudo retrospectivo sobre os acidentes de trânsito. Utilizaram um pêndulo para realizar as fraturas, aplicando impactos de diferentes intensidades e diferentes direções. Os procedimentos foram filmados com uma câmera de alta velocidade e gravados sobre um fundo milimetrado, com a finalidade de permitir uma posterior análise dos eventos. Os resultados mostraram que as forças de tensão são mais comumente envolvidas na maior parte das fraturas faciais, as quais, apresentam com etiologia principal os acidentes de trânsito, que segundo a revista da literatura, procedida pelos autores, corresponde a 70% dos casos. Como conclusão, apontaram para a necessidade de um esforço conjunto e concentrado, de toda comunidade médica, para se dirimir tal problema.

**Montagna et al. (1969)** descreveram como sendo a ordem crescente das lesões a concussão, à subluxação, à luxação, com todas as suas variantes clínicas e à avulsão traumática dos elementos dentários, propiciando uma

dificuldade de suma importância no que tange ao seu enquadramento legal, isto porque, na maioria das vezes este trabalho não é realizado por odontologistas, que podem estabelecer um correto diagnóstico e prognóstico das perdas dentárias.

**Almeida Júnior & Costa (1974)** afirmaram que o conceito médico-legal da deformidade não está em ponderação às circunstâncias alheias ao dano e sua consequência deforme. A idade, o gênero, a condição social, não importam absolutamente no apreciar a deformidade. Uma mulher jovem e bonita fica mais deforme, dizem a grande maioria, com uma cicatriz viciosa no rosto, do que um homem velho e sem atrativos. Contudo o prejuízo, em ambos os casos são semelhantes caso situados no mesmo lugar. Convém lembrar que o direito criminal pela pena protege o interesse geral comum, que tem indistintamente, todos os homens não importando o gênero, idade e condição que deverão ser respeitados em sua integridade física e funcional em seu corpo, em sua forma, em sua saúde e sua vida.

**Tedeschi et al. (1977)** dedicaram um capítulo de seu trabalho sobre trauma mecânico às lesões faciais, comentaram passo a passo as etapas do diagnóstico e tratamento, desde o atendimento emergencial até a avaliação dos estados mórbidos subsequente ao trauma, passando pela classificação das lesões, tanto de tecido duro como de tecido mole e do manejo do trauma dentário, em seus mais diferentes níveis de intensidade. Apontaram os acidentes automobilísticos, as agressões por armas de fogo e armas brancas, os acidentes de trabalho e desportivos como as principais causas de trauma facial.

**Becker et al. (1978)** chamaram a atenção para a freqüente associação entre os traumatismos na cabeça e na face e os maus tratos infantis, sustentaram que este percentual oscilava entre 30 e 50%, fundamentaram seus achados na revisão de documentos referentes a 260 casos, onde haviam registros dos sítio das lesões, que permitiu a divisão destas em cinco categorias: " lesão corporal", traumatismo na cabeça, lesão facial, trauma intra-oral e trauma oro-facial e

obtiveram os seguintes resultados: 49% dos casos apresentaram trauma facial e intra-oral sendo que no que tange ao trauma facial especificamente 2% eram fraturas, 28% eram escoriações e lacerações, 66% eram contusões e esquimoses, 3% queimaduras e 1% mordidas.

**Kruger et al. (1979)** relataram que as fraturas dos maxilares ocorrem mais freqüentemente devido a colisões automobilísticas, acidentes de um modo geral, principalmente os industriais e lutas, sendo recomendado um período mínimo de seis meses para boa reparação da fratura, em tais ocorrências. Observaram que as colisões automobilísticas fizeram com que traumatismos graves da face e dos maxilares se tornassem lugar-comum, isto devido à desaceleração rápida no sentido pósterio-anterior, que causa traumatismos na cabeça, face e maxilares. Esclarecem que, quando ocorre uma freada brusca, a cabeça bate no painel, direção, no espelho retrovisor ou no pára-brisa, podendo resultar em fratura do terço médio da face, acarretando lesões na maxila, nariz, zigomático ou mandíbula. Para tanto, foram criados nos Estados Unidos da América, pelo Conselho Nacional de Segurança, junto aos fabricantes de automóveis, vários dispositivos de segurança, como o cinto, acolchoamento dos painéis, direção telescópica e bolsas de ar. Foi ainda ressaltado a importância de um bom exame inicial a fim de serem detectadas possíveis fraturas faciais, que poderão passar despercebidas, até que venham a ser detectadas, o que usualmente ocorre dias depois, tornando o tratamento mais difícil e, por consequência, prejudicando a informação hospitalar, que poderá ser pedida posteriormente pelo perito, em uma consulta com o objetivo de suprir o laudo, caso o paciente venha a ser submetido a exame pericial.

**Magalhães (1980)** definiu como dano estético qualquer modificação duradoura ou permanente na aparência externa de uma pessoa, modificação esta que lhe causa humilhação, desgostos, dando origem, portanto, a uma dor moral, para isso, basta que haja qualquer “transformação” da pessoa, quando ela adquire uma aparência diferente da que possuía antes do evento danoso.

**Denoix (1981)** relatou que as perdas dentárias sempre determinam um prejuízo permanente à vítima, pois não se podem pretender que os dentes artificiais ou mesmo desvitalizados tenham igual valor funcional e durabilidade que os dentes naturais, embora às vezes superem estes em relação à estética, devendo ser ressaltado também que qualquer outra lesão pessoal pode começar pela incapacidade temporária, a vítima pode estar fisicamente apta para o trabalho, mas não estar do ponto de vista psicológico em razão das alterações estéticas e funcionais que geralmente demandam longo tempo para serem reparadas, pois o tratamento, comumente é contínuo e interativo.

**Laufer (1981)** afirmou que a função mastigatória não é específica dos dentes, pois é necessário a participação ativa dos lábios, língua, músculos da face, e principalmente os músculos mastigatórios, as articulações temporo-mandibulares, a mandíbula e a maxila. Se ocorrer um déficit funcional dos músculos da mímica e da mastigação, poderá ocorrer não só um dano estético como um dano à fonação.

**Crozier (1982)** evidenciou o papel da avaliação, por profissional da área odontológica, dos casos de trauma dento-facial, através de relatórios “médico-odonto-legais”, como instrumento importante para o esclarecimento da justiça e como meio de prova. Afirmou que a complexidade dos casos de traumatismos dento-faciais, exige a participação de um perito odontológico para a apresentação de um completo perfil da lesão. Observou ainda que o dentista deve estar preparado para, em apurando as lesões, estabelecer se há ou não nexo temporal e/ou de casualidade com a alegação do periciado.

**Brinon (1982)** ressaltou que para que se possa classificar as lesões, primeiro se deve levar em conta, principalmente, se o lesionado terá condições de se recuperar mediante os recursos médicos. Em seguida, observa-se se houve perda dentária, em função do trauma, devendo se relatar se o periciado apresentava à época do exame ausência de outros elementos dentários, ou se era portador de recurso protético. Também idealizou uma tabela onde deve ser

registrado o número de perdas dentárias, bem como a sua localização, para se estabelecer um quantum de debilidade da função mastigatória.

**Dingman & Natvg (1983)** destacaram que em uma sociedade competitiva os fatores sócio-econômicos e psicológicos fazem imperativo o restabelecimento do paciente tão cedo quanto possível, com o mínimo de incapacidade funcional e estética. Avaliaram ainda, o papel do álcool como um fator presente em mais de 50% dos acidentes automobilísticos. Quanto a idade das vítimas, observaram que a maioria dos traumatismos ocorria entre 15 e 40 anos, mais comumente em homens que em mulheres e reportaram também, que em uma relação entre o percentual de traumas sofridos e as regiões do corpo afetadas, a região da cabeça apresenta a maior freqüência de traumatismos (72,1%)

**Deffez & Ambrosini (1984)** observaram que a avaliação do dano estético na criança se apresenta em condições mais adversas, visto que certas lesões desgraciosas são freqüentemente, seguidas de ressentimentos psicológicos, que perduram, mesmo após a correção do dano. Nas lesões dentárias do adulto, graças às técnicas atuais de substituições protéticas, o prejuízo estético pode ser debelado ou minorado rapidamente; nas crianças, em virtude do crescimento, a reabilitação protética definitiva é postergada, com conseqüente prejuízo estético, permanecendo por um longo período de suas vidas.

**De Michelis (1984)** descreveu que a função mastigatória resulta da atuação cinérgica de vários órgãos, na qual os dentes são dotados de função específica, e insubstituível, daí falar-se em órgão dentário. Destacou que não se deve esquecer que os órgãos da mastigação identificam-se com o aparelho da mastigação, não podendo separar a importância da lesão traumática nos dentes da função do aparelho digestivo.

**Walker & Frame (1984)** constataram que , em várias partes do mundo, têm aumentado o número de crimes envolvendo armas de fogo e , que todo o

cirurgião dentro de um hospital poderá deparar-se com lesões decorrentes de tiros. Esclareceram a dinâmica dos ferimentos causados por diferentes armas de fogo, visando proporcionar, melhor apreciação do efeito das mesmas nos tecidos vivos, ressaltando, ainda, os procedimentos químicos a serem observados no tratamento das lesões.

**Levine (1984)** reafirmou ao abordar o papel da Odontologia Legal nas investigações de direitos humanos, a importância da análise do traumatismo dental por profissional com treinamento específico na área odontológica e enfatizou a relevância da obtenção de documentação referente ao caso estudado como: prontuário odontológico, fotografias e tomadas radiográficas, para o correto estabelecimento dos nexos causal e temporal entre a alegação sustentada pela vítima e as lesões observadas ao exame.

**Elliott et al. (1986)** afirmaram que a avaliação do dano psíquico decorrente de alterações funcionais do aparelho dentário, no adulto é problemático e é muito mais séria nas crianças. Muitas vezes, nas crianças as lesões estão atenuadas mas as seqüelas psíquicas podem ser graves ou as implicações subjetivas do dano podem estar para acontecer, não só pela perda dentária, como também pelas brincadeiras de mal gosto, ocorrendo, principalmente na escola, e no ambiente social. A reparação cirúrgica do dano dentário que a vítima não é obrigada a fazer, mas ela se submete para diminuir o seu sofrimento físico e tortura moral, em muitos casos faz aumentar ainda mais o dano psíquico. Fazendo com que ocorram mudanças de comportamento, nas crianças que são muitos freqüentes, podendo, desta forma ocasionar péssimos resultados escolares. Para que aconteça a minoração das perdas se faz necessário a colocação de próteses móveis ou fixas que apresentam uma série de restrições. Quanto à prótese parcial móvel, estas não permitem boa apreensão e corte de alimentos principalmente dos dentes anteriores, determinam alterações fonéticas devido às barras metálicas, não se consegue disfarçar o resultado final, ou seja, que é uma prótese, além do que dificulta a higienização podendo determinar cáries e periodontopatias,

sendo que, estas podem determinar perda de dentes remanescentes. Destaca-se que determinam um componente psicológico negativo, isto é, a pessoa dá conta de que apresenta um elemento estranho na cavidade bucal. Ressaltaram que quanto às próteses fixas, estas se revelam de custo mais elevados do que as móveis, portanto, menos acessíveis à população, porém determinam melhor desempenho mastigatório, geralmente não dão alterações fonéticas, são melhores do ponto de vista estético e não determinam tanto aspecto psicológico negativo quanto o anterior. Contudo para o emprego da prótese parcial fixa é necessário utilizar-se de dentes vizinhos ao local da perda, que, por sua vez, sofrerão um desgaste em suas estruturas, podendo surgir a necessidade de um tratamento endodôntico de cáries e periodontopatias. Por fim, deve-se salientar que, as próteses fixas e móveis, com o decorrer do tempo têm o seu valor estético diminuído e sempre representam uma agressão aos dentes remanescentes.

**Márquez et al. (1986)** desenvolveram uma análise retrospectiva envolvendo 263 pacientes, com diversos tipos de fraturas dos ossos da face, atendidos pela equipe de cirurgia de traumatologia buco-maxilo-faciais do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia durante o período de 1984 a 1985. Segundo o estudo, o fator etiológico responsável pelo maior número de fraturas foram os acidentes no trânsito, 132 (50,2%), seguido por queda, 39 (14,8%), briga interpessoal, 21 (8%), acidente esportivo, 18 (6,8%), acidente de trabalho, 8 (3%), coice de animal, 7 (2,7%), arma de fogo, 3 (1,1%), agente etiológico não relatado, 35 (13,3%). A mandíbula foi o osso mais fraturado, 175 (68,8%) e a maior incidência das fraturas ocorreu na faixa etária dos 21 aos 30 anos (37,3%), sendo o gênero masculino o mais afetado. Os autores mencionaram, inclusive, que as lesões faciais adquirem extrema importância em virtude das seqüelas físicas, estéticas e emocionais, as quais estão comumente associadas. Além disso, elaboraram um modelo de ficha, a qual apresenta inúmeras informações acerca do atendimento, destacando-se, na mesma, o campo relativo aos traumatismos dentários, o que permite ao profissional registrar a existência ou a inexistência de trauma aos dentes, bem como a natureza do

trauma, quando presentes, havendo, ainda, campos com as opções de fratura coronária, avulsão, inchação extrusiva e luxação intrusiva.

**Ítalo & Cortezzi (1986)** realizaram um levantamento estatístico da Traumatologia Buco-Maxilo-Facial na cidade do Rio de Janeiro através de dados compilados das estatísticas mensais do Serviço de Odontologia do Hospital Municipal Souza Aguiar, no qual abordaram aspectos relacionados à incidência e tratamento das lesões traumáticas aos tecidos moles faciais, tecido ósseo e às estruturas dentárias no período de janeiro de 1976 a dezembro de 1982. O citado estudo chegou aos seguintes resultados: - dos ossos da face, a mandíbula apresentou a maior incidência - 50 %, seguido do complexo zigomático – 31,13 %, processo alveolar – 13,52 % e do terço médio da face 5,35 %. As lesões traumáticas aos tecidos dentários foram responsáveis por 1.614 atendimentos, cerca de 17,55% do total de casos atendidos, sendo que as luxações dentárias apresentaram a maior incidência (869 casos) – 53,84 %, seguidas das avulsões dentárias (378 casos) – 23,42 % e das fraturas dentárias (367 casos) – 22.74 %. Os autores esclareceram que a face está mais propensa aos traumatismos do que outras regiões do corpo humano. Ressaltaram que os pacientes geralmente atribuem maior importância ao trauma nessa região devido ao seu valor estético, independentemente da gravidade das lesões. Indicaram, ainda, os acidentes automobilísticos, a violência urbana e as guerras como alguns dos fatores etiológicos de traumatismo facial na atualidade.

**Grulliero et al. (1987)** afirmaram que os incisivos superiores são os mais atingidos nos traumas dentários, devido à sua localização, à sua proeminência, sua exposição, além de suas características anatômicas como uma só raiz e uma lâmina óssea muito fina.

**Arbenz (1988)** dedicou inúmeros capítulos à Odontologia Legal em sua obra intitulada “Medicina legal e Antropologia Forense”. No capítulo destinado ao estudo médico-legal das lesões corporais, analisou o artigo 129 do Código Penal Brasileiro, esclarecendo que determinadas lesões aos elementos dentários podem

acarretar debilidade permanente da função mastigatória, perda ou inutilização da função mastigatória ou deformidade permanente na dependência da quantidade e localização dos dentes traumatizados.

**França (1988)** destacou que para se concretizar uma deformidade permanente, não é qualquer deturpação ou vício de forma que se impõe a solução, eis que, tratando-se de um conceito a um só tempo objetivo e subjetivo, deve-se ter em conta como deformidade permanente, aquela lesão que rompe a harmonia que tem o corpo humano, atestando de modo patognomônico contra a estética de cada indivíduo.

**Katz & Cottone (1988)** avaliaram por meio dos anais dos encontros anuais da seção de odontologia da academia americana de ciências forenses, num período de 1980 a 1987, para detectar os rumos a pesquisa em Odontologia Legal e verificaram que houve um aumento espantoso da pesquisa na área da Odontologia Legal (359%) e que os assuntos abordados mais freqüentemente foram: marcas de mordidas e identificação humana. Contudo, a traumatologia forense não seguiu esse padrão, encontrando-se inserida numa categoria, que o autor denominou “Miscelânea” e que não apresentou variação percentual significativa, no que tange a ocorrência de trabalhos científicos.

**Lorenzoni & Moraes (1989)** procederam a revisão em 124 casos de traumatismos faciais, que foram atendidos no hospital da caridade de Santa Maria-RS, no período de junho de 1987 a março de 1989 e observaram ma incidência de 41, 93% de casos, onde o traumatismo teve como fator etiológico, os acidentes de trabalho e atingiram indivíduos na faixa etária entre 20 e 30 anos.

**Shepherd (1989)** realizou uma revisão abordando aspectos forenses, sócio-econômicos e do tratamento cirúrgico, relativo aos atos criminosos de violência. Reporta que a violência interpessoal é uma causa comum das fraturas faciais e que o álcool é um fator etiológico freqüentemente relacionado. Faz referência ainda, ao período do dia e ao dia da semana em que as agressões são

mais numerosas, usando com base de sua argumentação, os registros dos serviços de emergência de hospitais localizados em grandes centros urbanos.

**Jakush (1989)** abordou de maneira ampla os campos de atividade da odontologia forense, ilustrando algumas de suas áreas com relatos de casos importantes e com depoimentos de autores de renome no assunto. Descreveu a atuação dos profissionais da Odontologia Legal nos casos de desastre em massa, identificação humana, marcas de mordida entre outros e menciona também, o papel do odonto-legista nos exames de lesões corporais, onde o trauma dental está presente e pode de alguma forma influenciar a capacidade laborativa do periciado.

**Cardozo (1990)** afirmou que a perda de elementos dentários é a causadora da debilidade permanente da função mastigatória, sendo que as perdas dos pré-molares e dos molares principalmente devem ser enquadradas como elemento preponderante da perda da função mastigatória. Sendo relacionado que a fratura da coroa dentária é suficiente para se estabelecer tal debilidade, ficando determinado que a perda dos incisivos centrais e laterais superiores ocasionam uma debilidade também da função fonética.

**Diniz (1990)** relatou que o dano estético é toda alteração morfológica do indivíduo que, além, do aleijão abrange as deformidades ou deformações, marcas e defeitos, ainda que mínimos, e que impliquem sob qualquer aspecto um afeamento da vítima, consistindo numa simples lesão desgastante ou num permanente motivo de exposição ao ridículo ou complexo de inferioridade, exercendo ou não influência sobre sua capacidade laborativa, podendo citar como exemplo os casos em que ocorrem mutilações como a ausência de membros (orelhas, nariz, braços ou pernas, etc); cicatrizes, mesmo acobertáveis pela barba, cabeleira ou maquiagem, perda de cabelos e dos dentes, em consequência do evento lesivo.

**Caçador et al. (1990)** avaliaram registros fotográficos onde ocorriam uma grande prevalência de dano acidental relacionado aos incisivos superiores,

num grupo de 968 crianças com idades entre 11 e 12 anos. Evidenciou-se que o trauma varia de fraturas de esmalte à descoloração ou perda do elemento dentário, correspondendo esta variável em 15,3%, sendo também observado que os meninos apresentavam um índice de 19,4% superior ao das meninas, sendo que destes 11% correspondiam a trauma nos incisivos centrais superiores.

**Ellis (1990)** realizou um estudo comparativo e evolutivo, dos métodos de tratamento das lesões maxilo-faciais de pacientes envolvidos em conflitos na Irlanda do Norte, com o objetivo de registrar e analisar esta evolução. Para isto, acompanhou durante 5 semanas, os serviços de cirurgia maxilo-facial e cirurgia plástica dos dois maiores hospitais de referência, nessas especialidades, daquela região, além de entrevistar as equipes médicas e de enfermagem, desses e de outros hospitais, estudando, analisando e comparando casos anteriores e atuais. Observou que no atendimento imediato dos feridos: a preservação das vias aéreas, o controle dos pontos de hemorragia e a reparação, ainda que temporária, das lacerações de tecidos moles, constituem o padrão de melhor resultado na abordagem de tais vítimas. Por derradeiro, conclui que as lições tiradas do passado poderão e irão auxiliar a resolver os problemas do futuro, no atendimento aos traumatismos faciais.

**Cerqueira et al. (1990)** apresentaram um caso de limitação da abertura bucal tendo como agente etiológico ferimento causado por arma branca, localizado na região têmporo-mandibular. O paciente apresentou, na ocasião do exame clínico, queixas de dor e limitação funcional após a agressão com a faca na face. Foi estabelecido como conduta a prescrição de antiinflamatório que permitiu boa evolução do quadro clínico, onde se recuperou a abertura normal da boca.

**Lephart & Fu (1991)** destacaram a grande incidência de danos dentais relacionadas não só durante o período da infância como principalmente durante a participação nas mais variadas categorias esportivas, recomendando aos atletas que devam utilizar protetores dentais, pois o dano ocorrido durante a prática dos diversos esportes causa, sem sombra de dúvida, não só uma deformidade como

também um desconforto que pode vir a persistir durante um longo período da vida deles. Ressaltaram que é essencial que os profissionais procurem cuidados específicos visando não só a proteção como a prevenção de possíveis danos dentais.

**Santos (1992)** elaborou um estudo durante o período de 1989 a 1991 visando determinar as áreas de fraturas comumente afetadas durante um acidente automobilístico estabelecendo também gênero e faixa etária. Verificou que a fratura do complexo zigomático correspondeu a 35,3% dos danos, seguido da mandíbula que corresponde a 34%, nariz a 21,7%, maxila a 7% e rebordo alveolar superior 2%. As fraturas de nariz se relacionaram também com agressão física e prática de esportes, ficando estabelecido, por fim, que o gênero masculino, na faixa etária de 21 a 30 anos de idade é o mais acometido.

**Barsley (1993)** observou que existe uma necessidade de conhecimento especializado para o correto diagnóstico de lesões oro-faciais relacionadas ao abuso infantil, a fim de se estabelecer a cronologia dos traumatismos, o que pode indicar um quadro de agressões consecutivas e assim caracterizar o mal-trato.

**Silva Filho (1993)** afirmou que o dano estético se destaca por ser ferida ridicularizante, com forte coloração cicatricial, principalmente nos casos de ausência de membros, de orelhas, nariz e perda dos olhos que se torna visível e permanente, sem que haja possibilidade de reparação, devido à grave alteração na aparência física das vítimas. Pelo exposto, o dano estético deve ser compreendido como qualquer modificação na aparência externa de uma pessoa, e que acarrete desagrado ensejando, destarte, certo gravame à sua própria imagem. Disto poderá advir um dano moral. É necessário, pois, aferir se o dano estético não é transitório.

**Rodriguez (1994)** desenvolveu um estudo acerca do diagnóstico e tratamento de 65 pacientes com fraturas maxilo-faciais desde 1979, quando os mesmos ingressaram nos serviços de urgência do Hospital Regional e Hospital de la Mutual de Seguridad de Antofagasta – Chile. Observou que as causas mais

freqüentes foram os acidentes de trabalho, agressão física e acidente de trânsito, que os homens foram os mais afetados, que as fraturas predominantes foram as da mandíbula e do maxilar.

**Penna (1994)** afirmou que as deformidades permanentes se caracterizam como lesões que são tratadas, fugindo do seu padrão de normalidade que fica evidente a olho nu, levando a pessoa lesada a agredir um meio.

**McDermott (1995)** relatou a importância do ciclista em utilizar acessórios condizentes à sua prática de esportes, com a finalidade de diminuir os índices de acidentes que envolvem os abnegados seguidores desta prática. Após uma pesquisa junto aos mesmos perfazendo um total de 1710 ciclistas, chegou-se à conclusão que pelo menos 39% não utilizam este aparato essencial à prática deste esporte. Por outro lado, observou que as quedas ocorridas no esportista que tem por hábito utilizar o presente acessório, diminui, consideravelmente, a possibilidade de danos na cabeça.

**Anderson (1995)** relatou que as fraturas do esqueleto facial em crianças não são comuns, contudo, foram examinadas 161 crianças, onde foi observado um total de fraturas de 139, durante o período de janeiro de 1983 a dezembro de 1992, ficando estabelecido que a proporção de ocorrência para os homens é de 3:1 em relação à mulher sendo a faixa etária de maior incidência, aquela acima de 10 anos, ocorrendo também diferenças no que tange aos padrões de fraturas. As nasais correspondem a 54%, a mandibular, 30% e maxilar correspondendo a 16%. A etiologia principal de tais fraturas se relaciona a danos esportivos e acidentes automobilísticos, envolvendo também neste último quesito os ciclistas que vez por outra atropelam os pedestres.

**Ord & Benian (1995)** descreveram que o taco de beisebol apesar de ser de utilidade recreativa tem sido usado freqüentemente como arma de agressão física, resultando em diversos tipos de danos na região maxilo-facial, sendo estudado este tipo de trauma durante o período de julho de 1989 a janeiro

de 1994. Pacientes e métodos: foram revisados registros de 29 pacientes, avaliando-se idade, gênero e possibilidade de uso de droga ou álcool, e por fim o tipo de dano. Obteve-se como resultado que 74% das vítimas estavam associadas ao abuso de álcool e 32% ao abuso de drogas. Dos 29 pacientes 27, ou seja, 93% eram homens e 23, 79%, se encontravam na faixa etária entre 21 e 40 anos. A maioria das fraturas encontradas envolveu o terço médio da face, onde quase metade dos pacientes teve dano neurológico em função do trauma. Daí conclui-se que uma agressão por taco de beisebol pode resultar num grande índice de morbidez.

**Goldschimidt et al. (1995)** avaliaram em um estudo retrospectivo durante o período de maio de 1991 a maio de 1993, 109 pacientes, objetivando colher detalhes sobre danos a nível de fratura do complexo crânio-maxilo-facial na população geriátrica. Obtiveram os seguintes resultados: 70% se relacionavam a acidentes de automóveis, onde as mulheres compuseram 43,9% das fraturas, cabendo aos homens 56,1%. Outro achado de significativa importância foi que as mulheres são mais suscetíveis às quedas da própria altura, estabelecendo um percentual nesses casos de 60,3% de fraturas no terço médio da face, restando para a mandíbula 39,7% dos casos. Por derradeiro, observa-se que o somatório de casos de acidentes automobilísticos e queda da própria altura é responsável por 82,7% de todas as fraturas da mandíbula, onde 49,5% tiveram a necessidade de intervenção cirúrgica.

**Caliskan & Türkün (1995)** avaliaram 470 dentes traumatizados de pacientes que consultaram a clínica odontológica da Universidade de Ege, Izmir, Turkiye (Turquia) no período de 1981 a 1993. O estudo envolveu informações relativas ao gênero, idade dos pacientes à época do trauma, etiologia, número de dentes traumatizados, tipo de dente e natureza do trauma, e verificaram que os meninos sofreram mais traumatismos (64,8%) do que as meninas (35,2%), que pacientes na faixa etária dos 11 aos 15 anos exibiram a maior incidência de trauma (37,4%), seguido do grupo da faixa etária dos 6 aos 10 anos (24,5%), que

a maioria das lesões envolveu um dente (60%), sendo os incisivos centrais superiores os elementos dentários mais comumente afetados (66,2%), que as principais causas relacionaram-se com quedas de natureza não especificada, esportes e acidente de trânsito, que o tipo mais comum de trauma relacionou-se com as fraturas coronárias sem complicações adicionais e que os casos observados depois de um longo período pós-trauma apresentaram maiores complicações do que os examinados logo após um curto período pós-trauma. Concluíram que os programas educacionais acerca da importância do trauma dentário, modos de prevenção, os benefícios do atendimento imediato, bem como a conservação dos dentes avulsionados e fraturados seriam condutas altamente úteis aos pacientes, sendo imprescindível para o cirurgião-dentista clínico conhecer mais profundamente o assunto relacionado ao trauma.

**Delank et al. (1995)** analisaram 67.000 casos que envolviam ciclistas no oeste da Alemanha, sendo observado que, na sua grande maioria, se relacionavam à empregados que dependiam, como meio de locomoção para o seu trabalho, o uso da bicicleta. Foram analisados 78 pacientes, que apresentaram um total de 88 fraturas cranianas, ficando observado que o zigomático, as regiões alveolares e orbitais correspondiam em 35% dos casos, cabendo à mandíbula um total de 33%, 12% para os ossos próprios do nariz e 20% para a maxila, tendo como preferência os pacientes do gênero masculino, de meia idade, principalmente, envolvidos em grandes concentrações de álcool a nível sanguíneo.

**Montovani et al. (1995)** estudaram a epidemiologia de 103 fraturas de mandíbula e verificaram que as principais causas das fraturas foram os acidentes de veículos (45 pacientes), agressões físicas (24 pacientes) e quedas acidentais (20 pacientes) e que mais de 30 % dos pacientes estavam alcoolizados no momento da injúria. Outras associações clínicas relacionadas com as fraturas de mandíbula foram o traumatismo crânio-encefálico e outras fraturas faciais principalmente decorrentes de acidentes com veículos automotores. Os autores

concluíram que a maioria dessas complicações poderia ser evitada com a observação de normas elementares de segurança, tais como o uso de capacete, cinto de segurança e a não ingestão de bebidas alcoólicas.

**Lee et al. (1995)** estudaram 1.160 lesões crânio-faciais consecutivas envolvendo motoristas de Taipei, Taiwan, que dirigiam motocicletas sem utilizar capacetes no período de 1990 a 1993, visando investigar a distribuição e a severidade das lesões. A média de idade das vítimas foi entre os 16 e os 45 anos. As regiões facial e craniana foram delimitadas pela linha entre as sobrancelhas e as orelhas. A incidência de lesões faciais foi a mesma verificada nas cranianas (ambas 68 %). Enquanto as lesões faciais ocorreram nas bochechas e no queixo, a maioria das lesões cranianas aconteceram nas regiões frontal e parietal. Embora a maioria das lesões faciais terem resultado em trauma moderado do cérebro, elas também causaram sérios problemas estéticos, sendo que algumas estavam associadas a graves danos cerebrais. Os autores concluíram que tanto os motoristas de Taipei quanto os ciclistas, devem ter uma boa proteção facial. Esclareceram, inclusive, que capacetes com barras na região mentoniana são mais eficazes no que tange à proteção, apesar de em alguns casos propiciar fraturas da base do crânio e fissuras na coluna e que, em regiões de clima quente, os capacetes poderiam apresentar orifícios para a ventilação, mesmo que tal recurso seja questionado nos testes de resistência estrutural da peça.

**McDowel (1996)** esclareceu que a violência doméstica pode ser definida como qualquer comportamento violento direcionado contra um indivíduo da família ou do lar. O autor mencionou que a violência doméstica ocorre em todos os segmentos da sociedade, não estando limitada a um único grupo étnico ou sócio-econômico. Enfatizou ainda a necessidade de se evitar a violência dentro de casa, caso contrário, esta tende a aumentar e tornar-se mais séria, resultando, algumas vezes, em lesões graves ou morte. Ressaltou que em virtude de mais da metade das lesões não acidentais ocorrerem nas regiões da cabeça e do pescoço, o Cirurgião-Dentista deve ser a primeira pessoa a tratar da vítima de violência

doméstica e que todos os membros da equipe odontológica devem estar conscientes da incidência e prevalência desse tipo de violência e as graves seqüelas associadas a esse desvio de comportamento. Mencionou ainda que cada membro da equipe pode exercer um papel importante no reconhecimento precoce de lesões não acidentais, podendo o processo de intervenção começar imediatamente em benefício das vítimas.

**Dugam et al. (1996)** relataram 138 casos de fratura mandibular observadas em quatro hospitais do governo durante o período de julho de 1995 a julho de 1996, sendo encontrado como resultados que 84,8% eram do gênero masculino e tendo como causa principal a fratura da mandíbula em função de assalto seguido de agressão, ficando estabelecido que a sínfise mentoniana era o local de maior incidência de fraturas, se estabelecendo em 54%, vindo em seguida em função do trauma anterior fratura do processo condilar da mandíbula, nem sempre ocorrendo de forma bilateral. Por fim, foi observado que o corpo da mandíbula foi o local de menor incidência de fratura, isto porque localizar uma maior quantidade de compactação óssea.

**Bamjee et al. (1996)** desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar a incidência de lesões maxilo-faciais em crianças sul-africanas na faixa etária até os 18 anos. Realizaram um estudo retrospectivo de casos ocorridos em seis hospitais-escola filiados à Universidade de Witwatersrand, Johannesburg, atendendo uma população de aproximadamente cinco milhões de pessoas. Os sujeitos da pesquisa foram todas as crianças atendidas nos departamentos de Cirurgia-Buco-Maxilo-Facial de seis hospitais entre primeiro de janeiro de 1989 e trinta de junho de 1992. A pesquisa teve como parâmetros a classificação das lesões, lesões associadas, etiologia e métodos de diagnóstico. Os resultados obtidos indicaram que do total de 4.192 pacientes de todas as idades tratados devido às lesões faciais, 326 (8%) estavam dentro da faixa etária selecionada para o estudo. A proporção mulher:homem foi de 1:2,3. A maioria das lesões (227,70%) ocorreu no grupo de 13 a 18 anos e, as agressões físicas, lutas e ferimentos por

arma de fogo foram responsáveis por 155 lesões (48%). Das 326 crianças, 173 (53%) tiveram lesões isoladas e 153 (47%) lesões múltiplas. As fraturas mandibulares foram as mais comuns (64%), seguidas das fraturas maxilo-mandibulares (25%). Os autores concluíram que a violência foi a causa mais comum, de forma análoga aos EUA e Zimbábue, mas foi diferente do resto do mundo, onde os acidentes automobilísticos são as causas mais freqüentes. Constataram que as lesões dos tecidos moles foram os danos mais comumente associados e que a incidência de 8% comparou-se favoravelmente com a de outros países, sendo, contudo, a maioria das lesões decorrentes de violência.

**Asadi & Asadi (1996)** realizaram um estudo retrospectivo, visando determinar a região mandibular traumatizada com maior freqüência. O estudo foi desenvolvido na Manchester Royal Infirmary U.K., envolvendo pacientes com fratura mandibular entre os anos de 1991 a 1992, em um centro urbano. Um total de 147 fraturas foram avaliadas em 96 pacientes, sendo a maioria pertencentes ao gênero masculino na faixa etária dos 20 aos 29 anos, os quais foram vítimas de agressão física. Concluíram que o padrão da lesão foi praticamente unilateral, compatível, portanto, com impacto de baixa velocidade e que a região mais afetada da mandíbula foi o ângulo.

**Penna (1996)** estudou profundamente as lesões corporais, enfocando-as, principalmente, sob o ponto de vista jurídico. O autor analisou o artigo 129 do Código Penal Brasileiro relativo à gravidade das conseqüências das lesões corporais, enfatizando a importância dos elementos dentários ao tecer considerações médico-legais sobre perdas dentárias e outras lesões. Esclareceu, inclusive, que os elementos dentários anteriores são os mais atingidos nos traumas devido a sua localização, e que a perda, principalmente dos incisivos centrais superiores implica constrangimento ao portador e desconforto a quem vê.

**Strom et al. (1996)** realizaram uma revisão acerca da dinâmica das fraturas dos maxilares de 1.374 pacientes em Stockolm durante os períodos de 1978 a 1980 = M1 (795 pacientes) e de 1988 a 1990 = M2 (579 pacientes). O

material abrangeu 1.620 fraturas mandibulares (M1=904; M2=716) e 439 fraturas do maxilar superior (M1=249; M2=190). Quarenta e três por cento das fraturas mandibulares e 40 % das fraturas do maxilar superior foram do tipo simples em M1. Os números correspondentes para M2 foram 35 % e 43 %. Durante ambos os períodos a região anatômica mais freqüente fraturada foi o côndilo mandibular (M1=35 %; M2=29 %). A violência foi a causa de 39 % de todas as fraturas e 42 % das fraturas da mandíbula (M2). A proporção de fraturas maxilares causadas pelo trânsito aumentou ligeiramente durante os períodos em questão. Os autores mencionaram que as lesões dos elementos dentários apesar de terem aumentado em M2, talvez não reflitam uma mudança real, mas apenas que as lesões consideradas de “menor importância” , como a dos dentes, passaram a ser documentadas com maior freqüência durante o atendimento dos pacientes apresentando “lesões de maior importância”.

**Teixeira (1996)** comparou dados do Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Municipal Souza Aguiar-SMS/RJ, com estatísticas de diversos autores da literatura mundial. Observou que, de 1988 a 1993, a incidência de ferimentos por projétil de arma de fogo mais que triplicou, passando de menos de 10 para mais de 30 casos por ano, obedecendo ao perfil onde homens negros entre 21 e 40 anos, correspondem à faixa mais afetada da população e concluiu pela compatibilidade entre os dados obtidos da literatura com os dados coletados de seu serviço.

**Christian et al. (1997)** discutiram acerca da violência indireta que as crianças podem sofrer no ambiente doméstico ao tentar intervir nas brigas entre os pais. Esclareceram que, como a maioria das lesões são de pouca importância, muitas delas não são detectadas como fruto do desequilíbrio familiar, e, as crianças, bem como as respectivas famílias, deixam de receber a orientação e tratamento adequados. Os autores alertaram que durante o atendimento pediátrico, os profissionais da saúde devem estar atentos às pequenas lesões e seu histórico, a fim de identificar as famílias que estão em desajuste e ajudá-las.

**Ambrizzi et al. (1997)** analisaram a incidência e a etiologia das fraturas faciais na região de Araraquara, no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1996, foram avaliados 990 pacientes, sendo que 509 apresentavam fraturas faciais. O estudo constatou que a mandíbula foi o osso mais lesado (35,04%), seguido pelo nariz (22,13%), zigoma (19,89%), maxila (7,24%), fraturas alvéolo-dentárias (5%), arco zigomático (4,34%), fraturas naso-órbito-etmoidais (3,42%) e frontal (2,89%). Segundo os autores, a principal fonte etiológica foi os acidentes automobilísticos/automotores (65,22%), seguidos das agressões físicas (21,80%), esporte/quedas (11%) e acidentes de trabalho (0,98%). Esclareceram que o elevado índice de acidentes automobilísticos/automotores deve-se, principalmente, ao fato de a cidade de Araraquara e cercanias apresentarem várias rodovias com intenso tráfego, além do alto consumo de bebidas alcoólicas na região.

**Hércules in Gomes (1997)** mencionou de acordo com o anuário estatístico do IBGE, de 1990, 321.117 pessoas sofreram lesões no trânsito, sendo constatadas 22.555 óbitos, significando, portanto, que o número elevado de pessoas foram incapacitadas de exercer suas ocupações habituais ao menos por algum tempo. O autor indicou também outros tipos de atos violentos e auto-lesões como fatores que associados aos acidentes de trânsito agravam ainda mais o prejuízo causado pelas lesões traumáticas.

**Neto in Gomes (1997)** discutiu no capítulo intitulado “Quantificação do dano-lesões corporais”, inicialmente a evolução do Direito na Antiguidade, destacando as leis contidas no “Código de Hamurábi”, bem como a Lei Romana, compilada na lei das XII Tábuas. Posteriormente, analisou as situações elencadas no artigo 129 do Código Penal Brasileiro.

**Holderbaum et al. (1997)** afirmaram que deve-se incentivar os estudos epidemiológicos do traumatismo buco-maxilo-facial no Rio Grande do Sul como também estimular a prevenção do trauma facial. Para tanto, realizaram estudo epidemiológico e avaliaram todos os pacientes admitidos no serviço de cirurgia e

traumatologia buco-maxilo-facial do Hospital Cristo Redentor no período de 1º de setembro de 1995 a 31 de agosto de 1996, levando-se em consideração os agentes etiológicos, a região fraturada do esqueleto facial, em relação ao gênero, idade, e procedência. Esses dados foram tabulados para análise estatística e posterior comparação com os estudos realizados pelos citados autores. Dos 231 pacientes registrados observou-se 274 fraturas faciais, sendo que as ocorridas no osso mandibular foram as mais freqüentes, seguidas das fraturas no complexo zigomático. Dentre os agentes etiológicos, o que mais causou fraturas foi o de acidente no trânsito, quedas ao solo e por agressões físicas.

**Loducca (1997)** avaliou 3261 pacientes atendidos no Hospital Municipal Cármino Caricchio durante o ano de 1995, sendo selecionados 592 casos de pacientes com traumatismo de face. Constatou que o maior responsável pelos acidentes de trânsito foi o automóvel, representando 426 ocorrências com uma alta freqüência de 71% no gênero masculino. Verificou que 52% dos acidentados(307/592) eram pacientes desprovidos de capacete (ciclistas, motociclistas) sendo mais freqüente na faixa etária entre 16 e 30 anos de idade (264/592) seguido pelo grupo de 31 a 45 anos (140/592). Dentre os pacientes desprotegidos os motociclistas apresentam maior freqüência sendo predominante as fraturas do terço médio da face, nariz e complexo zigomático, observando-se como o tipo mais comum os ferimentos localizados nos tecidos moles de natureza corto contusa. Quanto a localização anatômica dos ferimentos de tecidos moles, destacam-se as regiões nasal (24%) e labial (20%).

**Greene et al. (1997)** relataram que o trauma de agressão física relacionado à face alcançou proporções epidêmicas, devendo-se levar em consideração não só a biomecânica do dano como também os métodos estabelecidos de reparo e a demografia do dano facial. Realizaram um estudo epidemiológico desta população agredida, avaliando fatores, resultados e determinando o padrão do dano. Foram considerados nesta pesquisa 802 pacientes admitidos com trauma facial, ficando evidenciado nestes casos as

seguintes variáveis: presença de fratura, grande taxa de intoxicação de drogas não-liberadas, tendo como sede principal do trauma, nesta população, a mandíbula, que, em via de regra, apresentava-se fraturada.

**Grillo et al. (1997)** constataram que o trauma facial incluindo fraturas ganharam grande importância devido às suas consequências físicas, emocionais e sócio-econômicas. Segundo o Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões, 54,5% dos traumas faciais foram causados por acidentes automobilísticos. O uso obrigatório do cinto de segurança revelou-se como um dos principais fatores na redução desse número e da gravidade das lesões em vários países. A análise dos autores comparou a idade, gênero, localização das fraturas, com a utilização do cinto de segurança pelas vítimas, obtidas no ano que precedeu a promulgação da lei, com os dados após a instauração da referida lei, sendo observado pelos autores a redução absoluta de 17,78% no número de vítimas com fraturas da face. Cabe ressaltar ter sido observado pelos autores a alteração da sede principal das fraturas da face, que antes era de 38,5% na mandíbula, passando para o terço médio da face, isto é, maxila e nariz.

**Kawai et al. (1997)** estudaram alterações por meio de tomadas radiográficas que apresentavam sinais detectáveis na mandíbula durante o processo de reparo ósseo, visando determinar a melhor época para realizar exames radiográficos e remover os materiais usados na osteosíntese. Para tanto, os autores analisaram 325 radiografias tomadas 231 pacientes no período de 10 anos. Considerando a osteogênese e união com alterações osteogênicas que fornecia o melhor critério radiográfico para demonstração de consolidação da lesão óssea, os autores constataram que tais achados eram inicialmente observados no período de um a dois meses após a lesão em pacientes com idade abaixo dos 18 anos, o que foi observado em 68% dos pacientes e entre dois a três meses após a lesão em pacientes mais velhos, o que foi verificado em 84% dos casos estudados. Observaram ainda os autores que as características de união óssea foram encontradas em 85% dos pacientes, três meses após a fratura.

Concluíram que o exame de acompanhamento radiográfico para os achados clínicos de recuperação do paciente devem ser realizados durante a quinta semana após a fratura mandibular em pacientes com idade inferior aos 18 e nove semanas em pacientes acima dessa idade, sendo recomendável a remoção da aparatologia de contenção durante a quinta semana.

**Silva (1997)** observou que as lesões sediadas na face suscitam muitas discussões no que diz respeito à avaliação pericial, devido à complexidade anatômica, funcional e estética da aludida região. Destacou que a preocupação com os aspectos periciais atinentes às lesões de competência do Cirurgião-Dentista teve um sensível aumento nas últimas décadas, devido ao crescente número de vítimas de acidentes de trânsito. Paralelamente, a violência urbana vem contribuindo de forma significativa, concorrendo para elevar a referida casuística. O autor discorreu sobre as conseqüências inerentes às lesões sediadas na região buco-maxilo-facial, destacando não serem as seqüelas achadas incomuns, ainda que os procedimentos terapêuticos instituídos tenham sido corretamente indicados e conduzidos dentro dos preceitos de boa técnica, razão de serem encontrados danos funcionais e estéticos em expressivo contingente de pacientes traumatizados de face, após a alta clínica e cirúrgica.

**Kushnergm (1998)** relatou que a mandíbula é freqüentemente afetada quando da ocorrência de um trauma no complexo maxilo-facial, podendo ser o agente etiológico tanto a agressão física como o acidente automobilístico, em função de sua proeminência dentro do esqueleto facial, mas graças ao avanço das técnicas cirúrgicas onde são usados processos de fixação maxilo-mandibular, através de mini-placas, o que permite ao traumatizado uma permanência menor de bloqueio bi-maxilo-mandibular.

**Dewhurst et al. (1998)** constataram que estava ocorrendo um aumento na incidência das lesões nos incisivos da primeira e da segunda dentição e que, o estudo verificou que 35 % das crianças em torno dos 9 anos teria traumatizado os dentes de alguma forma. Os autores esclareceram que muito se tem escrito sobre

lesões dentárias e que tem havido confusão acerca do tratamento apropriado a ser estabelecido em diferentes tipos de lesão, salientando que a classificação e a compreensão de cada tipo de lesão são essenciais antes do estabelecimento do diagnóstico e do tratamento. Ressaltaram que, embora as lesões dentárias possam ocorrer separadamente, as mesmas envolvem uma combinação entre lesão ao dente e suas respectivas estruturas de suporte. Sendo assim, enfatizaram que o estudo realizado, indicando o diagnóstico preciso e o tratamento de emergência apropriado para cada tipo de lesão, iria beneficiar sensivelmente o prognóstico de várias lesões dento-alveolares. Mencionaram, ainda, que na dentição permanente, a idade crítica para os garotos varia entre 9-10 anos, sendo que em relação às meninas não há uma idade crítica específica e que na faixa etária compreendida entre os onze e os vinte anos, o elemento dentário mais afetado é o incisivo central superior.

**Huang et al. (1998)** esclareceram que embora as lesões maxilo-faciais representem um número elevado de admissões hospitalares, parece que apenas alguns registros detalham a etiologia e o padrão de lesões faciais em mulheres. Os autores realizaram uma revisão dos prontuários de todas as mulheres admitidas na Universidade da Califórnia, Davis Medical Center, com lesões traumáticas da face no período de 1º de julho de 1990 a 30 de junho de 1992. O estudo constatou que os acidentes automobilísticos foram os primeiros agentes etiológicos seguidos das agressões físicas. A mandíbula foi o osso da face mais comumente traumatizado. Os autores observaram que a documentação relativa às vítimas de agressão física pertencentes ao gênero feminino encontrava-se incompleta quanto à descrição das circunstâncias envolvendo a ocorrência das lesões faciais, indicando, portanto, que a violência doméstica e outras formas de agressão à mulher estão sendo negligenciadas nos registros médicos. Os autores ressaltaram que os profissionais da saúde devem sempre suspeitar de agressão física quando examinarem mulheres com lesões maxilo-faciais sem etiologia conhecida.

**Bataineh (1998)** observou ao estudar a etiologia e a incidência das fraturas faciais na Jordânia, que as causas das fraturas maxilo-faciais sofreram alterações durante as três décadas precedentes quando levantamento efetuado na Nigéria, Líbia, Europa e Estados Unidos da América demonstraram que os acidentes de trânsito eram a causa mais freqüente de fraturas faciais. Todavia, estudos posteriores permitiram constatar que as agressões passaram a representar a causa mais comum de fraturas maxilo-faciais na maioria dos países desenvolvidos. No seu estudo, o autor utilizou os prontuários, inclusive as tomadas radiográficas de pacientes que haviam sofrido fraturas maxilo-faciais, tendo sido atendidos no Departamento de Cirurgia Oral da Universidade de Jordânia, entre os anos de 1992 e 1997, incluídos todos os pacientes admitidos na clínica de cirurgia oral. Os pacientes, em número de 563, apresentaram o total de 756 fraturas. A idade dos pacientes à época da lesão variou dos 5 aos 73 anos, encontrando-se a idade média de 28,8 anos. Quanto aos locais de fratura, o osso com maior incidência de fratura foi a mandíbula, que ocorreu em 419 casos, correspondendo a 74,4% dos pacientes. O maxilar foi fraturado em 76 casos, ou 13,5% dos pacientes e o complexo zigomático em 60 pacientes, correspondente a 10,7% do total. O processo alveolar foi fraturado em apenas 8 casos, representando 1,4% dos lesionados.

**Shepherd (1998)** afirmou que a violência pessoal no Reino Unido é a principal causa dos traumas maxilo-faciais. Constatou durante o período de 1995 a 1997 um crescente número de agressões a socos contra o complexo maxilo-facial, debilitando a vítima, principalmente, no que tange à manutenção do seus elementos dentários especificamente localizados no plano superior, ou seja, na maxila.

**Talmor & Barrie (1998)** relataram que a negligência quanto ao uso do cinto-de-segurança por parte dos taxistas e passageiros tornou-se uma das causas freqüentes de traumatismo crânio-facial na cidade de Nova Iorque. Esclareceram que o número de acidentes relacionados com táxis em Nova Iorque

aumentou de 12.580, em 1991, para 20.585 em 1996, culminando em reformas para conter a situação, as quais definiram como medidas prioritárias o teste do teor alcoólico, a suspensão imediata da carteira de habilitação nos casos mais graves, multas mais severas e campanhas publicitárias alertando sobre a importância do uso do cinto-de-segurança.

**Hill et al. (1998)** observaram que devido à crescente popularidade dos esportes no Reino Unido, os casos de fraturas faciais vêm aumentando de forma acentuada, em decorrência direta com a não utilização dos meios apropriados de proteção para a prática dos referidos esportes. Tendo como fonte de informação o exame realizado em 750 pacientes, onde 695 eram do gênero masculino e 85 do gênero feminino, constataram como principais responsáveis por tais lesões o rugby, o ciclismo, o futebol e finalmente os chamados esportes de contato, como o boxe e as artes marciais, sendo estas lesões tanto endereçadas aos tecidos moles, bem como o tecido duro, devendo ser levado em consideração o período de maior ocorrência, que é nos meses de agosto e setembro, época de férias escolares. Ressaltaram que 604 atendimentos realizados na emergência do Hospital Real de Cariff foram em tecidos moles, 80 tiveram fraturas dento-alveolares e 64 fraturas de ossos da face. Os autores concluíram que apesar de ser grande o número de participantes nesses esportes, a incidência de acidentes relacionados a essa prática é relativamente pequena.

**Hutchinson et al. (1998)** determinaram a idade, gênero, tempo, causa, localização geográfica e a natureza das lesões faciais no Reino Unido, associando-se à vários fatores, como o consumo de álcool pelo paciente ou qualquer outra pessoa envolvida. Observaram os autores que os estudos até então realizados no Reino Unido limitaram-se a iniciativas locais de hospitais e serviços de cirurgia facial, caracterizando-se pelo esforço individual; razão da avaliação das lesões restringiu-se ao ponto de não constituir uma amostra significativa que pudesse representar todo o Reino, relatando, todavia, que quanto aos fatores etiológicos responsáveis pelo trauma facial, foi verificado um aumento

da ocorrência dessas lesões, provocadas por agressões e práticas desportivas, contrapondo-se à redução da incidência de trauma facial, devido a acidentes automobilísticos, devendo-se tais resultados à legislação que passou a coibir a ingestão de bebidas alcoólicas por parte de condutores de veículos automotores, aliado aos crescentes avanços na área de segurança por parte da engenharia automotiva, como aperfeiçoamento dos cintos de segurança e almofadas de ar ou air-bags, além de pára-brisas anti-estilhaçantes. Nesse estudo, os autores utilizaram os dados colhidos durante um ano de 137 dos 163 serviços especializados e cirurgia buco-maxilo-facial existentes na Inglaterra, Escócia, Gales e Irlanda do Norte. Do total de 152,692 pacientes atendidos nos referidos serviços, foi observado que 6.114 apresentavam trauma de face, sendo 68% do pacientes pertencentes ao gênero masculino, e 32% ao feminino. Verificaram que a idade média dos pacientes foi de 25,3 anos, no cômputo geral, sendo de 23,2 anos a idade média no gênero masculino e 29,8 anos no gênero feminino. Quarenta por cento das lesões faciais foram provocadas por quedas da própria altura, devendo-se tais resultados à faixa etária abaixo dos cinco anos. Vinte e dois por cento de todos os traumas faciais ocorridos em todas as faixas etárias estava associado à ingestão de bebida alcoólica no período de até quatro horas antes do evento causador das lesões. No grupo com faixa etária acima dos 15 anos, o consumo de álcool estava associado a 90% das lesões faciais que ocorreram em bares, 45% em via pública e 25% no domicílio. Concluíram os autores que devem ser instituídas campanhas educativas, notadamente no meio juvenil, demonstrando o elo de ligação entre o trauma facial de severas proporções e o consumo de álcool, agressões e acidentes de trânsito.

**Marciani et al. (1999)** informaram o padrão de freqüência de danos no complexo maxilo-facial em decorrência de acidentes automobilísticos, sendo investigados casos que ocorreram entre 1º de 1995 a 1º de agosto de 1996, sendo relacionado idade, gênero, mecanismo do dano, danos faciais, danos associados e permanência hospitalar. Após a análise, os autores chegaram aos seguintes resultados: 72% dos pacientes se enquadravam no perfil desta pesquisa, onde

82% eram do gênero masculino e 18 % eram do feminino. Deste quantitativo 40 pacientes requereram intervenção cirúrgica, onde 35% tiveram dano nos tecidos moles e ósseos. Apenas um paciente apresentou fratura a mandibular, cabendo ao restante a fratura da maxila e outros órgãos da face. Concluíram que o terço médio da face é o local de maior incidência de trauma neste tipo de acidente.

**Siley et al. (1999)** mencionaram que a violência doméstica é um sério problema de saúde pública, devendo os médicos ficarem atentos em relação à extensão e penetração dessa doença. Enfatizaram a importância de se identificar vítimas potenciais de violência doméstica quando as mesmas são encontradas nos hospitais e outros locais de trabalho, sendo que perguntas feitas cuidadosamente ao paciente podem servir como uma importante fonte de pesquisa e diagnóstico. Esclareceram ainda que, nessa situação, não apenas o evento em questão deverá ser adequadamente discutido, mas também providências devem ser tomadas para evitar futuros maus-tratos domésticos. Constataram que as mulheres entre 15 e 44 anos são as principais vítimas de violência doméstica, tendo como perpetradores indivíduos do gênero masculino. Ressaltaram que a violência causada por parceiros íntimos é comumente mais grave do que a causada por indivíduos estranhos à vítima.

**Oji (1999)** fez um estudo retrospectivo com 900 pacientes com fraturas dos maxilares no período de janeiro de 1985 a dezembro de 1995, e verificou que 747 (83%) das fraturas resultaram de acidentes rodoviários, 75 (8,4%) de violência interpessoal, 39 (4,3%) de acidentes esportivos, 36 (4%) de acidentes ocupacionais e que 3 (0,3%) de causas não identificadas. Constatou-se ainda que o lado esquerdo da face foi mais atingido que o lado direito. A mandíbula foi duas vezes mais susceptível às fraturas do que o complexo zigomático-maxilar. As regiões da sínfise, corpo, ângulo e côndilo foram os locais mais comuns de fratura mandibular, enquanto o zigomático foi a área mais afetada no terço médio da face. A maioria das fraturas maxilo-faciais ocorreram na faixa etária dos 21 anos aos 30

anos, e a menor quantidade acima dos 60 anos. Os homens foram afetados três vezes mais do que as mulheres.

**Gassner et al. (1999)** realizaram um estudo retrospectivo, com o objetivo de avaliar a prevalência do trauma dentário no âmbito do trauma facial, relacionado a esportes, trabalho, violência, trânsito, acidentes domésticos. Analisaram 6.000 fichas de pacientes atendidos no Departamento de Cirurgia Oral e Maxilo-Facial do Hospital Universitário Innsbruck durante um período de 6 anos e 4 meses. Os resultados foram que a participação do trauma dentário girava em torno de: 57,8% nos acidentes domésticos, 50,1% nos acidentes esportivos, 38,6% nos acidentes de trabalho, 35,8% nos atos de violência, 34,2% nos acidentes de trânsito e 31% não foram especificados, tendo uma média global de 48,25% e concluíram que, apesar da extrema variedade de etiologia, o trauma dental é muito freqüente, e requer uma abordagem preventiva para ser minimizado.

**Whitaker (2000)** afirmou que a obtenção das causas de morbidades externas são escassas em virtude da dificuldade de obtenção para a sua realização, sendo ainda mais difícil se determinar sob o prisma da gravidade do trauma, visando se determinar a sua magnitude e repercussão da assistência dada aos que sofreram os danos. No presente estudo apresenta-se a análise descritiva, e retrospectiva sobre a morbi-mortalidade- hospitalar por causas externas se estabelecendo medidas objetivas em função da gravidade do trauma e probabilidade de sobrevivência, sendo utilizado como índice o “Abbreviated Injury Scale” (AIS). A população deste estudo foi constituída por 1781 pacientes de causas externas internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, no ano de 1998. Deste total de pacientes 30,15% foram internados em decorrência de acidentes de transportes, 24,32% por agressões, 17,24% por quedas. A população foi constituída, predominantemente, por pacientes do gênero masculino e jovens entre 15 e 39 anos. Entre os pacientes 43,34% foram provenientes do local do acidente, 56,66%% transferidos de outros hospitais. O

atendimento pré-hospitalar foi realizado em tempo médio de 49 minutos, sendo que a maioria destes casos foi proveniente do local do acidente. A mortalidade hospitalar foi 12,63% e nas primeiras 24 h foi de 64,01%. A maioria das causas externas foi classificada como trauma contuso. Verificou-se que as lesões leves foram freqüentes na face com índice de 45,03%.

**Deslandes & Silva (2000)** analisaram a violência doméstica contra a mulher (adolescente e adulta) estabelecendo-se a relação entre o atendimento de emergência por causas externas, caracterizando as vítimas e o atendimento prestado e analisando as circunstâncias em que ocorreram estes eventos. Procurou-se no presente trabalho articular as abordagens quantitativas e qualitativas, sendo que o mesmo foi desenvolvido em dois hospitais públicos de referência situados no Município do Rio de Janeiro. Das 72 mulheres atendidas a maioria referiu como agressor o esposo, companheiro ou namorado (69,4%), sofrendo agressões por espancamento no índice de 70,4%, sobretudo na região da face e cabeça.

**França (2001)** alertou sobre o potencial criminógeno do consumo abusivo de bebidas alcoólicas e os problemas médicos, psiquiátricos, psicológicos, policiais, médico-legais por ele acarretados.

**Vanrell (2002)** abordou separadamente todos os componentes do sistema estomatognático fazendo considerações relativas à função de cada uma delas e apontando parâmetros para a quantificação do dano. Também inseriu em sua obra um modelo de laudo de exame de corpo de delito, neste após fazer o apontamento dos itens fundamentais para um laudo desta natureza, responde a quesitos por ele mesmo desenvolvidos, visando apontar ao leitor uma visão mais aprofundada da importância de que junto ao perito nomeado e/ou intitucionalizado, haja a participação efetiva do Odonto-Legista, tendo em vista que somente este profissional apresenta os pré-requisitos indispensáveis à quantificação real de uma lesão, o seu registro adequado e a posterior oferta das informações obtidas para a autoridade judicial e policial competentes, permitindo que se possa

evidenciar ainda mais a importância do elemento dentário para o aparelho estomatognático.

### 3. PROPOSIÇÃO

O presente estudo se propõe a:

a) quantificar as lesões que acometem o complexo estomatognático, por meio da análise de laudos realizados no Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, durante os anos de 2001 e 2002 estabelecendo:

- a.1) quais os grupos de indivíduos mais acometidos;
- a.2) qual a faixa etária mais envolvida;
- a.3) quais as principais causas das lesões;
- a.4) qual a área da face com maior incidência de lesões;
- a.5) quais dentes são mais envolvidos;
- a.6) qual a principal lesão constatada;
- a.7) qual a sua implicação penal.

b) apontar qual seria o profissional mais qualificado para a avaliação de um dano e/ou lesão a nível do aparelho estomatognático.

## **4-MATERIAL E MÉTODOS**

Os procedimentos para a elaboração deste trabalho só foram iniciados após terem sido autorizados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, representado pelo certificado exposto nos Anexos.

Para a presente pesquisa utilizou-se os dados dos arquivos do setor de Odontologia e Medicina Legal do Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto situado no centro da cidade do Rio de Janeiro compreendendo o período de Janeiro de 2001 a Dezembro de 2002, destacando-se que foi procedido o levantamento de todos os laudos de exames de corpo de delito (lesões corporais) efetuados pelos Cirurgiões-Dentistas (Odonto-Legistas) peritos do Serviço de Odontologia Legal deste Instituto Médico-Legal, registrando-se o gênero, idade, queixa principal, causa da lesão alegada pelo examinado, assim como a conclusão do perito e enquadramento das lesões ao estabelecido pelo Art. 129 Crime de lesões corporais, do Código Penal em ficha de coleta de dados devidamente preparada para este fim.

Também realizou-se extensa revisão da literatura, no sentido de nortear a condução dos trabalhos, permitindo ao pesquisador, comparar os dados obtidos com os expressos no meio científico.

### **4.1 Análise estatística**

Após a coleta dos dados, procedeu-se a análise estatística descritiva e analítica por meio do teste qui-quadrado e exato de Fisher ( $\alpha = 0,05$ ).

## 5. RESULTADOS

Foram realizados junto ao Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto no período de Janeiro de 2001 a Dezembro de 2002 um total de 44.000 exames de corpo de delito; destes, 19.000 foram feitos em 2001 e 25.000 em 2002. Observando-se um aumento de 31,58% no número de exames quando comparou os anos de 2001 e 2002.

No setor de Odontologia neste mesmo período consta o registro de 837 exames Odonto-legais. Verificou-se que em 2001 foram realizados 348 exames e em 2002, 489 exames, acarretando um aumento de 40,51%. Pode-se observar que durante a maior parte do ano de 2002 o número de exames realizados foi maior quando comparados com 2001, exceto entre os períodos de fevereiro e março, conforme demonstrado no gráfico 1. Deve-se destacar que todos os exames resultaram na confecção de um laudo pericial.

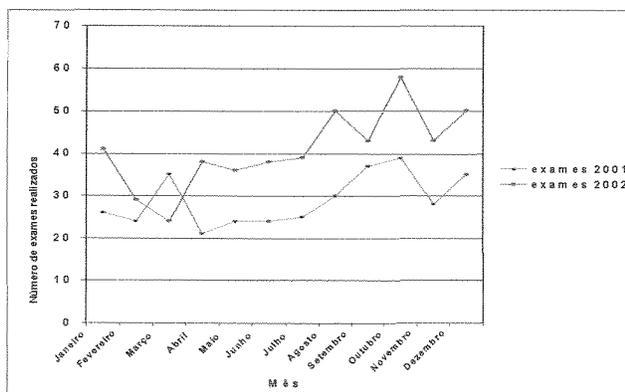


Gráfico 1-Número de exames de corpo de delito realizados pelo serviço odontológico em 2001 e 2002.

Na análise da faixa etária e do gênero dos indivíduos nos exames realizados em 2001 e 2002, verificou-se que para os indivíduos do gênero feminino a faixa etária mais acometida por lesões foi a de 16 a 35 anos, seguida da faixa etária de 36 a 55 anos; em síntese, adolescentes e adultos jovens, conforme pode-se visualizar no gráfico 2. O mesmo ocorreu para os indivíduos do

gênero masculino, o que evidencia uma faixa etária de predileção muito similar para ambos os gêneros, conforme pode-se visualizar no gráfico 3.

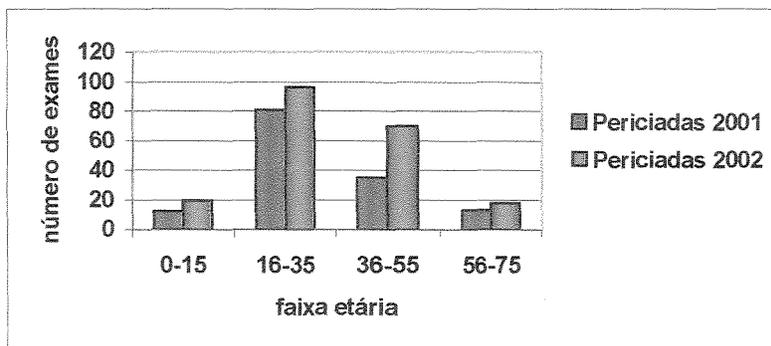


Gráfico 2 – Número de periciadas do gênero feminino em 2001 e 2002.

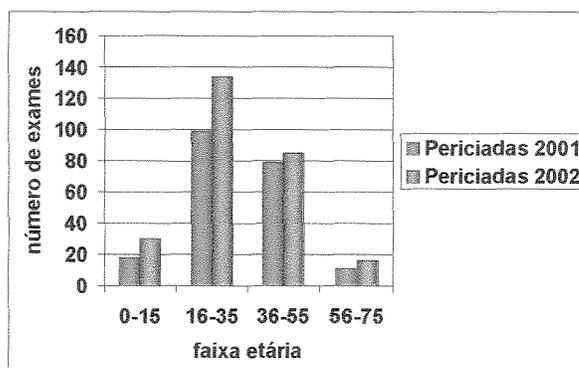


Gráfico 3 – Número de periciados do gênero masculino em 2001 e 2002.

Ao se analisar o gênero dos indivíduos periciados nos anos de 2001 e 2002, verificou-se que em 2001, 41% dos exames foram realizados em indivíduos do gênero feminino e em 59% no gênero masculino e no ano de 2002, 46% dos exames foram realizados em indivíduos do gênero feminino e 54% em indivíduos do gênero masculino.

Ao se comparar os gêneros com as suas respectivas faixas etárias no tocante ao número de exames de corpo de delito, verificou-se um ligeiro

predomínio do gênero masculino em praticamente todas as faixas etárias, exceção à faixa etária de 56 a 75 anos, conforme pode-se verificar nos gráficos 4 e 5.

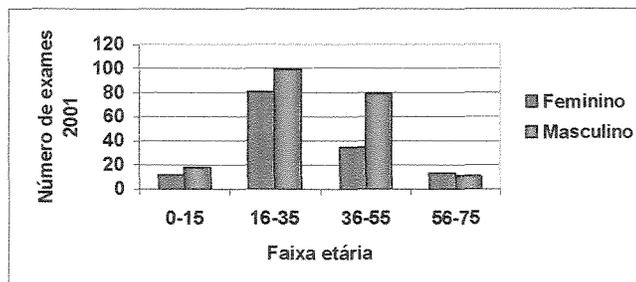


Gráfico 4 – Número de periciados por faixa etária em 2001.

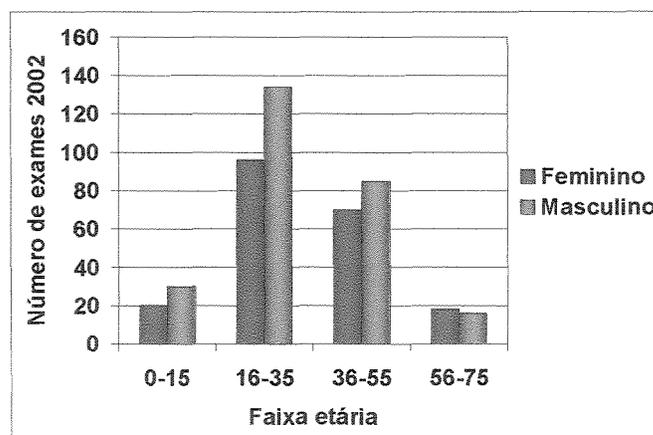


Gráfico 5 – Número de periciados por faixa etária em 2002.

Constatou ainda um aumento no número de solicitações jurídicas visando o exame odontológico, tendo em vista a falta de encaminhamento do médico, conforme pode-se observar na Tabela 1.

Tabela 1. Número de Solicitação jurídica visando o exame odontológico por falta de encaminhamento médico no ano de 2001 e 2002

Ano	Número de solicitações	%
2001	5	1,5
2002	11	2,3

Dentre os agentes causadores do trauma pode-se observar, no gráfico 6, que em 2001 o soco foi responsável por 46% dos exames realizados, seguido do atropelamento (19%), acidente automobilístico ((19%), entre outros.

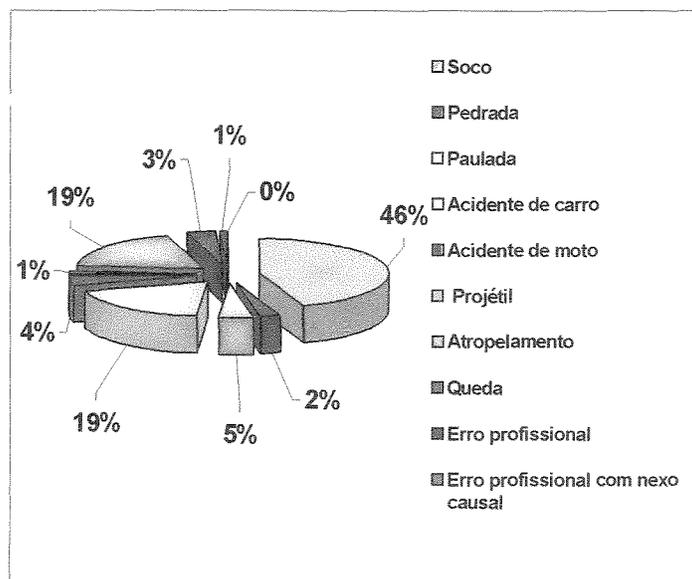


Gráfico 6–Número (%) dos agentes causadores do trauma em 2001.

Em 2002, o soco foi responsável por 47% dos traumas, seguido pelo atropelamento (18%), acidente de carro (16%), entre outros, conforme demonstra o gráfico 7.

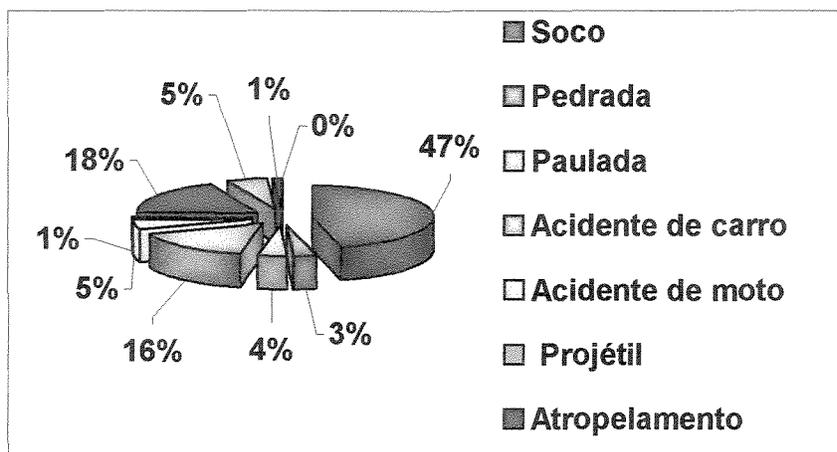


Gráfico 7–Número (%) dos agentes causadores do trauma em 2002.

Constatou-se também que a maxila foi a mais atingida seguida pela mandíbula, conforme se pode observar na tabela 2.

Tabela 2. Sede do trauma no ano de 2001 e 2002

Sede do trauma	Número (%) em 2001	Número (%) em 2002
Maxila	167 (42,8)	200 (40,9)
Mandíbula	84 (21,5)	60 (12,3)
ATM	21 (5,4)	35 (7,2)
Malar	21 (5,4)	50 (10,2)
Maxila e Mandíbula	47 (12,1)	80 (16,4)
Tecidos moles	50 (12,8)	64 (13,1)

Já as queixas principais colhidas nos exames de corpo de delito foi de limitação da abertura bucal, seguida da fratura mandibular, fratura do zigomático e fratura do maxilar, conforme pode-se observar na tabela 3.

Tabela 3. Queixa principal colhida no exame de corpo de delito nos anos de 2001 e 2002.

Queixa principal	Número (%) em 2001	Número (%) em 2002
Fratura maxilar	19 (14)	35 (15)
Fratura Mandibular	31 (23)	55 (24)
Fratura do zigomático	21 (15)	40 (17)
Quebra da prótese	11(8)	6 (3)
Limitação da abertura bucal	37 (27)	70 (29)
Alteração dos movimentos excursionais da mandíbula	13 (9)	20 (9)
Dor	5 (4)	7 (3)

Também pode-se verificar um número expressivo de laudos sem o competente estabelecimento do nexos causal, conforme gráficos n.ºs. 8 e 9.

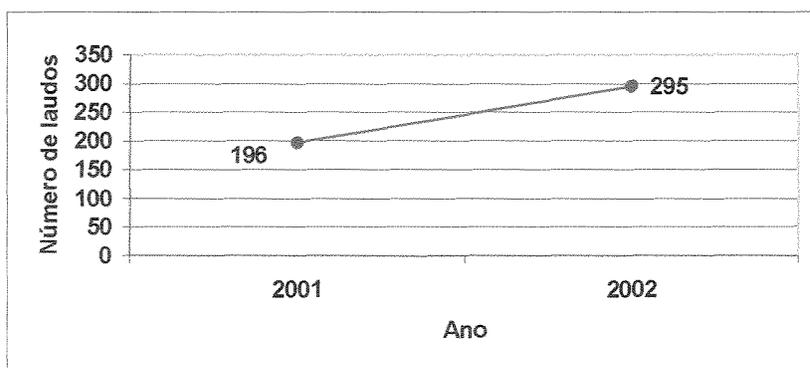


Gráfico 8–Número de laudos com estabelecimento de nexos causal nos anos de 2001 e 2002.

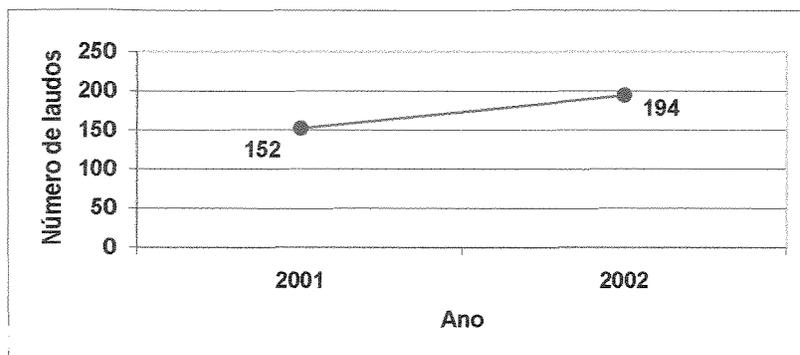


Gráfico 9—Número de laudos sem estabelecimento de nexos causais nos anos de 2001 e 2002.

Observou-se ainda que houve expressivo número de dentes que apresentaram-se ao exame de corpo de delito com mobilidade, dentes com fraturas e até perda dos mesmos, conforme se observa nas tabelas 4 e 5.

Tabela 4. Queixa principal relacionada ao dano dentário colhida (%) no exame de corpo de delito no ano de 2001.

Queixa principal	Somente na mandíbula	Somente na maxila	Na maxila e na mandíbula
Mobilidade	32 (34)	49 (25,5)	15 (12,5)
Fratura	34 (36,2)	100 (52,1)	45 (37,5)
Perda	28 (29,8)	43 (22,4)	60 (50)

Tabela 5. Queixa principal relacionada ao dano dentário colhida (%) no exame de corpo de delito no ano de 2002.

Queixa principal	Somente na mandíbula	Somente na maxila	Na maxila e na mandíbula
Mobilidade	75 (47,2)	70 (28)	35 (21,2)
Fratura	45 (28,3)	120 (48)	80 (48,5)
Perda	39 (24,5)	60 (24)	50 (30,3)

Dos laudos realizados verificou-se que havia o estabelecimento da debilidade da função, porém com discreto predomínio da debilidade da função mastigatória, conforme pode-se observar na tabela 6 e gráfico 10.

Tabela 6. Número de laudos (%) com estabelecimento de injúria entre os anos de 2001 e 2002.

Ano/ injúria	Debilidade da função mastigatória	Deformidade estética	Ambos
2001	146 (36,4)	137 (34,2)	118 (29,4)
2002	177 (38,9)	145 (31,9)	133 (29,2)

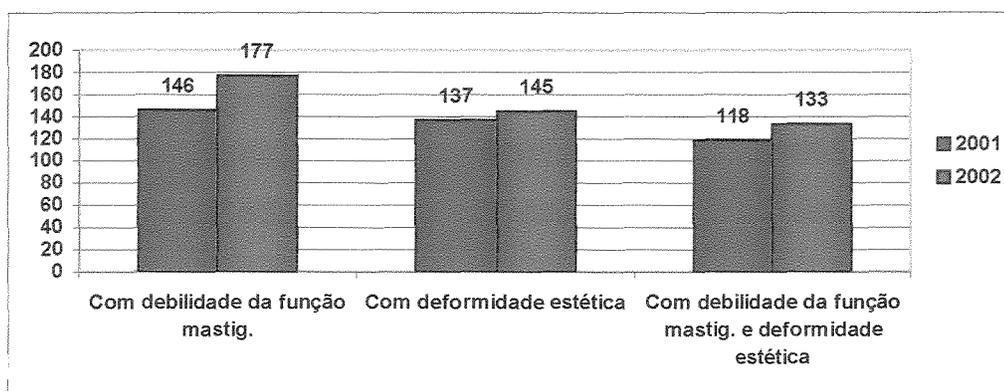


Gráfico 10–Número de laudos com estabelecimento de injúria entre os anos de 2001 e 2002.

Também denotou-se que haviam laudos com estabelecimento de nexos causal sem caracterização de debilidade da função conforme pode-se verificar na tabela 7 e gráfico 11.

Tabela 7. Número de laudos (%) sem caracterização de injúria entre os anos de 2001 e 2002.

Ano/ injúria	Debilidade da função mastigatória	Deformidade estética	Ambos
2001	15 (20,3)	24 (32,4)	35 (47,3)
2002	63 (29,6)	95 (44,6)	55 (25,8)

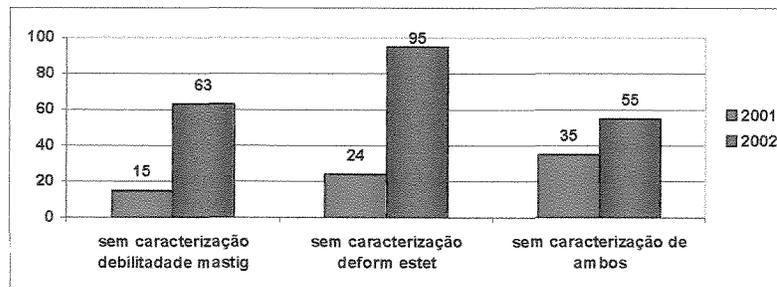


Gráfico 11–Número de laudos sem caracterização de injúria entre os anos de 2001 e 2002.

### 5.1 Cruzamento de dados estatísticos.

Para a análise do cruzamento entre gênero, nos anos de 2001 e 2002, e etiologia foi utilizado o teste Qui-quadrado. A análise estatística demonstrou que houve diferença estatisticamente entre os gêneros significativa  $p < 0.0001$ , como demonstrado na tabela de nº. 8 e gráficos de nºs. 12, 13 e 14.

Tabela 8. Frequência (%) da etiologia em função do gênero nos anos de 2001 e 2002.

Gênero/ Etiologia	Soco	Acidentes automobilísticos	Atropelamento
Masculino	28,16	68,45	42,04
Feminino	71,84	31,55	57,96

$p < 0.0001$

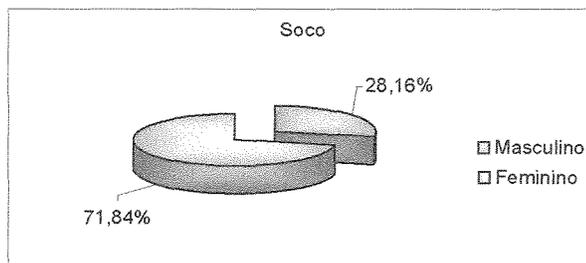


Gráfico 12. Frequência (%) da causa soco em função do gênero nos anos de 2001 e 2002.

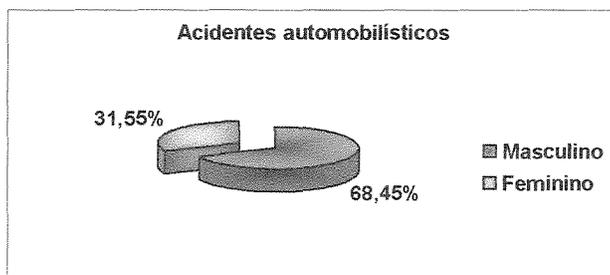


Gráfico 13. Frequência (%) da causa, acidentes automobilísticos em função do gênero nos anos de 2001 e 2002.

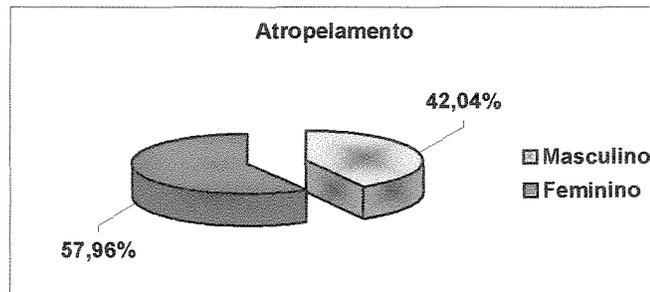


Gráfico 14. Frequência (%) da causa, atropelamentos, em função do gênero nos anos de 2001 e 2002.

## 6- DISCUSSÃO

No Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto, os exames de corpo de delito de lesão corporal obedecem comumente a uma seqüência pré-estabelecida.

Inicialmente, a vítima de lesão corporal decorrente de acidente ou agressão física, encaminhada pela autoridade, submete-se a uma avaliação geral realizada pelo médico-legista. Caso a vítima relate durante o exame médico-legal algum comprometimento de natureza odontológica, o médico-legista solicita, de imediato, a avaliação do odontologista e este deverá fornecer subsídios àquele para que responda, notadamente, aos quesitos que visam elucidar se a lesão corporal resultou em “ofensa à integridade corporal ou a saúde de outrem”, debilidade permanente de membro, sentido ou função”, “perda ou inutilização de membro, sentido ou função” e “deformidade permanente”. Portanto, nos casos de lesão corporal, o exame odontológico é complementar ao do médico-legista, à exceção dos casos em que a autoridade solicita diretamente a avaliação odontológico-legal por alguma razão especial. Contudo, para que se possa entender e discutir a importância desta questão, torna-se necessário evidenciar a carência de literatura específica concernente ao tema, particularmente no nosso país. Excetua-se **Silva (1997)**, que destacou os aspectos periciais atinentes às lesões de competência do Cirurgião-Dentista, em virtude do crescimento não só de acidentes de trânsito como também os diversos tipos de agressões, bem como, sobre as conseqüências e seqüelas inerentes às lesões sediadas na região buco-maxilo-facial, mesmo com uma terapêutica adequada.

As conseqüências das lesões corporais estão inseridas no artigo 129 do Código Penal Brasileiro, devendo o perito-legista realizar os exames com o propósito de apurar a existência de relação de causa e efeito entre o dano verificado na vítima e o evento alegado (nexo causal), a correlação entre o

aspecto da lesão ou lesões e a data alegada de ocorrência do trauma (nexo temporal), bem como esclarecer as conseqüências à saúde da vítima, enquadrando as suas conclusões nas situações previstas no artigo em questão. Sendo assim, o perito deverá utilizar na conclusão do relatório de exame os mesmos termos presentes no artigo 129 do Código Penal Brasileiro, visando orientar as autoridades quanto à gravidade das lesões corporais, o que possibilitará a determinação judicial das penas a serem aplicadas aos agentes causadores dos danos.

Cabe esclarecer que as situações elencadas nos parágrafos 1º e 2º do artigo 129 do Código Penal Brasileiro são decorrentes de lesões corporais dolosas, sendo que o parágrafo 6º trata exclusivamente da circunstância onde tais situações são resultantes de lesões corporais culposas, ou seja, não são lesões provocadas intencionalmente, mas sua ocorrência era previsível. Além disso, sob o ponto de vista didático, as situações previstas no “caput” do citado artigo são consideradas lesões leves, as do parágrafo 1º, graves e as do parágrafo 2º, gravíssimas.

Antes do confronto entre os resultados alcançados no presente trabalho com aqueles obtidos pelos autores consultados, torna-se imprescindível para uma adequada compreensão do assunto, definir as situações presentes nos principais quesitos endereçados ao odontologista, mencionados anteriormente.

Por “ofensa à integridade corporal”, deve-se entender os danos anatômicos e “a saúde de outrem”, os danos funcionais e psíquicos.

No caso das fraturas coronárias, onde há perda de pequena quantidade de esmalte, traduz-se esta por lesão corporal leve, sendo, portanto, enquadrada no “caput” do citado artigo.

A “debilidade permanente de membro, sentido ou função”, interessando ao Odontologista a “debilidade permanente da função mastigatória” constitui-se em lesão corporal grave e caracteriza-se por diminuição, enfraquecimento ou

redução da capacidade funcional, não constituindo perda ou inutilização da mesma. Segundo **Penna (1996)**, “a debilidade deve ser permanente ou duradoura. Permanente por ser indelével; irreparável (diagnóstico); duradoura porque dura por prazo que não se pode determinar ou prever (prognóstico)”. O autor esclareceu que, havendo dúvidas quanto à permanência ou temporariedade da debilidade, o perito deverá solicitar novo prazo, visando reavaliar a vítima e chegar a uma conclusão final. Em relação aos elementos dentários, o autor mencionou ainda que “mesmo que não tenha ocorrido perda dentária, mas somente fratura da coroa, a debilidade da função está presente, uma vez que para exercício da função mastigatória, os elementos devem ter coroa íntegra”.

A lei não determina, contudo, parâmetros para a avaliação do grau de redução da função, cabendo ao perito utilizar o bom-senso na análise dos casos. Sendo assim, o Odonto-Legista irá atribuir “debilidade permanente da função mastigatória” quando as fraturas coronárias forem mais extensas, não envolvendo apenas pequena quantidade de esmalte. Corroborando-se este fato, **Neto in Gomes (1997)**, referiu-se que “embora a lei não quantifique o grau de redução, há de ser evidente e detectável, gerando prejuízo efetivo à vítima. A redução ínfima, imperceptível, não caracteriza a figura legal. Pode ter caráter estático ou dinâmico. Será dinâmica se a debilidade surgir na execução de algum tipo de movimento, não sendo percebida no repouso”.

A “perda ou inutilização de membro, sentido ou função”, interessando ao odontologista a “perda ou inutilização da função mastigatória”, implica em lesão corporal gravíssima, e pode constituir-se em perda anatômica ou prejuízo funcional total ou significativo, sem perda anatômica. **Arbenz (1988)**, esclareceu que esta condição “configura-se (...) pela supressão total da função ou pelo menos alteração de considerável magnitude. Não é necessário que a lesão determine perda anatômica; é suficiente que a função não possa ser exercida. Por outro lado, tem de ser permanente, isto é, sem possibilidade de reparação natural”.

De acordo com **PENNA (1996)**, para a avaliação dessa condição, uma comparação com a Legislação Acidentária torna-se um recurso valioso como parâmetro, a fim de se determinar o grau de redução da função. Sendo assim, uma redução inferior ou igual a 25% indicaria lesão leve; superior a 25% e inferior a 75%, lesão grave e, superior ou igual a 75%, lesão gravíssima. Portanto, uma redução superior ou igual a 75% caracterizaria a “perda ou inutilização da função mastigatória”. Desta maneira, não é necessário que a redução da função seja total, bastando que a mesma se torne pouco significativa, ou mesmo inútil. O autor mencionou ainda que esta condição caracteriza-se pela perda de todos os elementos dentários ou de um número significativo, que torne a mastigação extremamente difícil. Além disso, relatou como causas o trismo, luxação têmporo-mandibular irreduzível e anquilose da articulação têmporo-mandibular.

**Neto in Gomes (1997)** mencionou que “não há necessidade da ausência de toda a dentição para caracterizar a perda de função, bastando que a restante seja praticamente inútil à mastigação”.

Constatou-se que os autores citados não mencionaram as fraturas coronárias como possíveis causadoras dessa condição, havendo, contudo, uma explicação para esse fato. Os traumas faciais freqüentemente geram fraturas em apenas alguns elementos dentários, notadamente, os da bateria labial, caracterizando, na realidade, o quadro de “debilidade permanente da função mastigatória”, ou seja, redução parcial da capacidade funcional.

Cabe salientar que naquelas situações onde o examinado apresenta dano pré-existente extenso em relação à dentição, estando já configurada a “perda ou inutilização da função mastigatória”, a ocorrência de trauma que resulte em fratura de coroas remanescentes, apenas provoca a diluição do dano atual no mais antigo.

É importante esclarecer que nos indivíduos edentados os rebordos alveolares não exercem a função mastigatória, a qual depende dos elementos

dentários, havendo, portanto, formação inadequada do bolo alimentar e conseqüente prejuízo à digestão.

A “deformidade permanente” situação que levaria a lesão corporal à condição de gravíssima, embora se tratando de conceito que apresenta inúmeras divergências legais e doutrinárias, consiste, de acordo com o entendimento de **Agrestini & Barone (1968), Almeida Júnior & Costa (1974)**, entre outros, em dano estético que deve ser visível, permanente, de certo vulto e extensão, causando um constrangimento para a vítima e desagrado para quem a vê, não necessitando que o dano torne a mesma monstruosa.

Em relação à visibilidade do dano, aceita-se atualmente que o mesmo ocorra em qualquer parte do corpo e, não apenas na face, devido à liberação dos costumes, tratando-se, portanto, de alterações de fisionomia, bem como da forma natural do corpo, as quais poderão manifestar-se em repouso ou dinamicamente (**Magalhães, 1980, Elliot et al. 1986**).

O caráter de permanência da lesão implica que a mesma seja indelével, não sendo possível a reparação natural. **Arbenz (1988)**, mencionou que “continua presente a figura da deformidade se a reparação exigir cirurgia plástica, uso de aparelhos protéticos ou qualquer tipo de tratamento perigoso ou extremamente penoso”.

É importante mencionar que as fraturas coronárias extensas demandam a realização de restaurações em resina ou próteses unitárias, tais como coroas metaloplásticas, metalocerâmicas e de porcelana, que podem necessitar, muitas vezes, de tratamento endodôntico com núcleo de retenção intra-canal. Apesar do efeito estético ser geralmente bastante satisfatório, nenhum tipo de restauração dentária há de ser tão resistente quanto os tecidos mineralizados dos elementos dentários naturais. Cabe, ainda, ressaltar que, uma vez removidas as restaurações em resina ou as coroas protéticas por alguma indicação clínica, a lesão, ou seja, perda de parte dos tecidos dentários ainda estará presente, confirmando o caráter permanente da lesão.

As fraturas coronárias extensas de elementos dentários da bateria labial, bem como daqueles em posição mais posterior, porém envolvidos na linha do sorriso da vítima, geram o quadro de “deformidade permanente”, uma vez que resultam em dano estético visível, permanente, pois não há recuperação natural; de certo vulto e extensão, quando o dano é avaliado em relação ao complexo estomatognático, e não em relação ao restante do corpo; constrangedor para a vítima e desagradável para quem observa. Além disso, a fratura coronária de elementos dentários anteriores implica em redução da capacidade funcional, caracterizando também quadro de “debilidade permanente da função mastigatória” **(Brinon 1982)**.

Ressalta-se que os danos estéticos originam prejuízos não apenas físicos, mas também psicológicos dificultando, em muitos casos, a vida de relação da vítima, a qual sente-se comumente depreciada no convívio social e na atividade laborativa, podendo, desta forma, culminar no surgimento de transtornos na personalidade, o que está de acordo com os achados de **Crozier (1982)**, **Marquez, et al. (1986)** e **Ítalo & Cortezzi (1986)**.

Até o presente momento, foram mencionadas apenas fraturas coronárias envolvendo elementos dentários permanentes. Entretanto, não se deve menosprezar os traumas às coroas de elementos dentários decíduos, os quais podem acarretar alterações diversas no germe do permanente, com o possível desenvolvimento, no futuro, de “debilidade permanente da função mastigatória” associada ou não à “deformidade permanente”, na dependência dos elementos dentários traumatizados. Cabe ao perito, nessas circunstâncias, acompanhar a evolução do caso até a irrupção do permanente, visando avaliar as conseqüências da fratura coronária do dente decíduo.

Também deve-se destacar o grande número de fatores que podem vir a produzir lesões no aparelho estomatognático, desde quedas acidentais, brincadeiras desproporcionais, acidentes automobilísticos, entre outros. Reconhecer os prováveis riscos à integridade do aparelho estomatognático e

buscar meios de evitá-los constitui-se em obrigação dos profissionais da Engenharia e da Saúde.

Em consonância com esse pensamento, verifica-se que **Hill (1998)**, **Grillo (1997)**, **Kruger (1979)** já abordaram o papel fundamental da utilização do cinto de segurança, que propicie a redução do trauma facial, a partir do momento em que a legislação elaborada tornou compulsória a utilização deste dispositivo, além de, paralelamente, gerou dispositivos com o escopo de coibir a ingestão de bebida alcoólica por condutores de veículos automotores, o que, no Brasil ocorreu em época recente, se constatando, na presente data os benefícios da regulamentação retro-mencionada, devido à redução do índice de acidentes automobilísticos.

**Hill (1998)** citou ainda, como dado expressivo o aumento dos traumas faciais, em virtude da popularidade crescente dos esportes e quando comparamos com a prática esportiva brasileira, verifica-se que tais situações são coincidentes, devido às diferentes atividades, ou seja, cada país tem em sua prática desportiva uma característica própria, que leva a traumas faciais peculiares.

Em virtude dessas ocorrências **Kawai (1997)**, já se preocupava em poder avaliar corretamente o grau de consolidação dessas fraturas, concluindo ser obrigatório observar-se um mínimo de cinco semanas de prazo para iniciar-se o controle radiográfico com a finalidade de observar a recuperação óssea do paciente. Contudo **Silva (1997)**, relatou ser expressivo o número de casos em que o tratamento foi corretamente instituído, porém ainda, seqüelas foram observadas em exames posteriores, com um comprometimento significativo da estética do paciente.

**Tedeschi (1977); Crozier (1982) e Ellis (1990)** relataram que a complexibilidade dos traumatismos buco-maxilo-faciais representam um desafio tanto intelectual, como físico para os cirurgiões e que tal demanda também faz parte da rotina pericial.

**Dingman & Natvg (1983), Moraes (1989) e Teixeira (1996)** observaram no tocante ao tema proposto que a maior incidência com relação ao gênero e a idade fica restrita ao homem na faixa etária entre 20 e 40 anos de idade; Quanto à etiologia das lesões **Schultz (1967); Huelke & Harger (1969) Tedeschi (1977); Santos (1992); Ord & Benian (1995); Goldschmidt et al. (1995); Montovani et al. (1995); Lee et al. (1995); Ström et al. (1996); Ambrizzi et al. (1997); Holderbaum (1997), Loducca (1997); Huang et al. (1998); Bataineh (1998); Talmor & Barrie (1998); Marciani et al. (1999)** defendem que os acidentes automobilísticos são as principais causas de lesões faciais, apesar deste último também citar as agressões como importante fator etiológico. Este índice percentual varia de acordo com o país, sendo a maxila e o arco zigomático os mais afetados, seguidos da mandíbula, região nasal e alvéolos dentários. Os incisivos superiores são os mais comprometidos sendo atingidos em geral por fraturas da coroa e avulsões.

Os resultados encontrados nos 837 exames de corpo de delito realizados no Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, durante os anos de 2001 e 2002 apontam que os indivíduos do gênero masculino foram os mais acometidos por lesões e com maior incidência na faixa etária de 16 a 35 anos. Já o soco foi a causa etiológica mais freqüente de traumas seguidos pelos atropelamentos e acidentes automobilísticos.

A área mais afetada foi a maxila seguida da mandíbula, sendo que os dentes da maxila foram mais acometidos por fraturas mobilidade e avulsão.

Observa-se que houve uma certa similariedade dos dados, apenas discrepante no tocante à causa mais freqüente de lesões, pois no presente estudo, constatou-se predomínio do soco e do atropelamento e na literatura consultada há o predomínio dos acidentes automobilísticos.

Para a nossa real situação, não há medidas preventivas a serem adotadas, uma vez que o recebimento de socos não é previsível, porém no tocante aos atropelamentos, pode-se tomar medidas como a construção de

canteiros centrais, passarelas, faixas de pedestres, entre outros. Para os acidentes automobilísticos deve-se fazer cumprir a legislação de trânsito vigente.

Dentro do quadro das lesões que acometem o complexo buco-maxilo-facial, as mesmas se encontram divididas em categorias: lesões em outros segmentos corporais, traumatismo na cabeça, lesão facial, trauma intra-oral e trauma buco-facial, sendo que o facial com dano intra-oral corresponde a 49% dos casos, havendo uma necessidade de um conhecimento especializado para o correto diagnóstico de lesões buco-faciais relacionadas, principalmente, ao abuso infantil, a fim de se estabelecer a cronologia dos traumatismos, o que poderá caracterizar um quadro de agressões consecutivas, determinando-se judicialmente um mau-trato à criança, que gira em torno de 30 a 50%, segundo **Becker et al. (1978); Ellis (1990) e Barsley (1993).**

**Lephart & Fu (1991); McDermott & Anderson (1995)** fizeram um estudo retrospectivo abordando a grande incidência de danos dentários relacionadas à participação das mais variadas categorias esportivas, onde observaram que as crianças do gênero feminino são as mais afetadas, e ainda concluíram que, pelo menos, 39% dos desportistas não utilizam aparato de proteção específico. No que tange às áreas de lesão com fratura, a região nasal corresponde a 54%; a mandibular a 30% e a maxilar a 16%.

**Mcdowel (1996); Bamjee et al. (1996); Christian et al. (1997); Siley et al (1999); Deslandes et al. (2000)**, afirmaram que a agressão física a nível doméstico, principalmente, contra a mulher (adolescente e adulta) é o principal motivo de trauma na região buco-maxilo-facial, ressaltando-se que em virtude de mais da metade das lesões não-acidentais ocorrerem nas regiões da cabeça e do pescoço, o Cirurgião-Dentista deve ser a primeira pessoa a tratar da vítima de violência doméstica e que todos os membros da equipe odontológica devem estar conscientes da incidência e prevalência deste tipo de violência e as graves seqüelas associadas a este desvio de comportamento, pois uma anamnese perfeita, será uma fonte importante para que as providências jurídicas cabíveis

sejam tomadas com o objetivo de se evitar futuros maus tratos domésticos, sendo constatado pelos autores que as mulheres entre 15 e 40 anos são as principais vítimas deste tipo de violência tendo como agressores indivíduos do gênero masculino, constatando-se que a violência causada por parceiros íntimos é comumente mais grave do que a causada por indivíduos estranhos à vítima.

**Asadi & Asadi (1996); Dugam et al. (1998); Greene et al. (1997), Kushnergm & Alpert (1998)** relataram a agressão física (socos) o principal agente vulnerante ao complexo maxilo-facial, onde a mandíbula, devido à sua proeminência se torna o principal ponto de impacto, sendo o gênero masculino, na faixa etária entre os 20 a 30 anos o mais atingido, ainda sendo observado que a sínfise mentoniana foi o local de maior incidência de fraturas, se estabelecendo em 54%, e por via indireta, o processo condilar da mandíbula, que nem sempre se fratura de forma bilateral. Os autores citaram que o local de menor incidência de fratura é o corpo da mandíbula, devido esta região concentrar uma quantidade grande e compacta de osso.

**Walker & Frame (1984) e Teixeira (1996)** constataram que o número de crimes envolvendo armas de fogo tem aumentado de forma significativa em todo o mundo, sendo esclarecido pelos autores que o estudo da dinâmica dos ferimentos causados por diferentes armas de fogo proporciona melhor apreciação do efeito das mesmas nos tecidos vivos. **Teixeira (1996)** baseado no seu trabalho que compreendeu exames de 1988 a 1993 constatou que a incidência desses ferimentos triplicou, passando de 10 para mais de 30 casos por ano e o perfil do lesionado, é homem negro na faixa etária de 21 a 40 anos.

**Lorenzoni & Moraes (1989); Rodriguez (1994); Delank et al. (1995)** relataram em seu estudo retrospectivo o diagnóstico e tratamento de pacientes com fraturas maxilo-faciais, tendo como principal causa os acidentes de trabalho, onde se estabeleceram as regiões mais comumente afetadas no complexo maxilo-facial, ficando observado que o arco zigomático, as regiões alveolares e orbitais correspondiam, em termos de percentual às áreas mais afetadas seguido,

respectivamente, pela mandíbula, maxila e ossos próprios do nariz, cabendo ao gênero masculino a maior incidência, envolvendo a meia idade.

**Marquez et al. (1986), Gassner et al. (1999) e Whitaker (2000)** criaram uma tabela que envolvesse de forma gradual os principais agentes etiológicos que proporcionam os diferentes tipos de fraturas no complexo maxilo-facial. Por tudo isso, observa-se que o trauma facial está relacionado às mais variadas formas de esporte, trabalho, violência, acidentes automobilísticos e acidentes domésticos, sendo observado nas diferentes tabelas que o trauma dentário se relacionam em quase 60% nos acidentes domésticos, 50% nos acidentes esportivos, 38% nos acidentes de trabalho, 35,8% nos atos de violência (agressão), 34,2% nos acidentes de trânsito, concluindo-se que o trauma dental é muito freqüente. No que tange às fraturas, a mandíbula é o osso mais afetado, cabendo ao gênero masculino a sua predominância na faixa etária entre 21 e 30 anos.

Dentro do quadro das lesões endereçadas especificamente aos elementos dentários, pôde se estabelecer critérios para se avaliar o “quantum” de perda não só da função mastigatória, como também da possibilidade de um estabelecimento de deformidade estética. Após exaustivas pesquisas, conseguiu-se criar um perfil dos lesionados, encontrando-se maior percentual para os meninos(64,8%) do que as meninas, no que se relaciona à faixa etária, encontrou-se o grupo compreendido entre 11 e 15 anos, seguido do grupo de 6 a 10 anos, no que tange o envolvimento dos elementos dentários, os incisivos centrais superiores foram os mais afetados na ordem de 66,2%, tendo como principal causa as quedas de natureza não especificada, esportes e acidente de trânsito, onde o trauma mais comum relaciona-se às fraturas coronárias, segundo **Brinon (1982); Caçador & Kingdon (1990); Çaliskan & Türkün (1993) e Dewhurst et al. (1998).**

De acordo com os autores **Almeida Jr. & Costa (1974); Magalhães (1980); França (1998); Diniz (1990); Silva Filho (1993)**, a importância do

conceito médico-legal da deformidade permanente, quando todos concordam que deve-se ser levado em consideração alguns aspectos que podem vir a influenciar a presente deformidade, como: a idade, o gênero e a condição social, se constatando que uma lesão cicatricial no rosto de uma jovem e bonita mulher ficará mais agressiva do que num homem velho e sem atrativos. Contudo, os autores lembram que o prejuízo (o dano estético) dentro do direito criminal protege a todos de uma forma geral, não importando o gênero, a idade e a condição social, pois a integridade física e funcional do corpo humano deve ser respeitada, dando a todos o direito à saúde e à vida.

**Elliott et al. (1986)** destacaram a importância de uma boa avaliação, não só odontológica, como também psíquica do paciente, em decorrência dos traumas funcionais que o aparelho dentário pode vir a sofrer, sendo problemático não só para o adulto, como principalmente para as crianças, ficando evidente no presente trabalho que as próteses em momento algum irão substituir o elemento dentário natural, constatando-se que tanto a prótese móvel como a fixa, apresentam deficiências no que tange à função mastigatória, além dos problemas fonéticos advindos da perda dentária, bem como determinam um componente psicológico negativo à pessoa, em função desta perda.

**Huelke & Harger (1969) e Tedeschi et al. (1977)** apresentaram dados que se transformaram com o decorrer dos anos, no próprio advento do uso obrigatório dos cintos de segurança, assim como, o farto arsenal de equipamentos de segurança dos carros modernos, fez aquele panorama de outrora mudar, **Teixeira (1996)** afirmou que com o passar de poucos anos, houve esta transformação, onde as agressões suplantam estatisticamente os acidentes automobilísticos.

Todavia, os argumentos anteriores não formam o quadro completo que justifica a presença tão marcante das agressões no Rio de Janeiro é preciso ter em mente que existe também uma diferença de “público”. **Banjee et al. (1996) e Bataineh (1998)** realizaram suas afirmações em dados coletados normalmente de

hospitais e pronto-socorros que efetivamente recebem pessoas com problemas suficientemente graves que motivam estas a procurarem auxílio ou serem levadas até ele. No caso da clínica médica legal, há uma distorção deste quadro, obviamente a gravidade dos problemas é um fator motivador de procura, mas associado a este, há um sentimento de represália contra o agressor, que muitas vezes é o único motivo do exame. Pode-se observar no decorrer da pesquisa, que em muitos casos o periciado relatou que sequer procurou atendimento médico por considerar seus ferimentos de menor gravidade, entretanto, fez questão de submeter-se ao exame de corpo de delito, a fim de penalizar seu agressor. Esta observação não é recente e tem congruência com o relato de **Peixoto (1938)**.

A legislação do Estado do Rio de Janeiro prevê a necessidade de Odonto-legistas no quadro de profissionais nos Institutos Médico Legais, porém, nem todos os Institutos Médicos Legais existentes em nosso país, possuem em seu quadro funcional, especialistas em Odontologia Legal, que são os profissionais capacitados a reconhecerem as dificuldades e nuances de um tratamento odontológico. O Código Penal protege a integridade sômato-funcional da pessoa.

Protegendo a integridade da pessoa, o Código Penal a resguarda como uma unidade operante no âmbito das relações sociais, representando cada lesão um caráter pessoal e uma limitação da personalidade da vítima, bem como de sua identidade social no que tange as suas relações com as outras pessoas, ofendendo também o Direito Natural, bem como alterando as normas de convivência social.

Das lesões pessoais, merecem consideração especial as perdas dentárias, que podem vir a ser cometidas pelo ato doloso ou culposo, pela sua elevada freqüência, e pela facilidade com que tais lesões atingem a face. **Benciolini (1964) e Robetti & Iorio (1981)** afirmaram existir uma grande dificuldade para o seu enquadramento legal, uma vez que a avaliação das mesmas é feita por Médicos-Legistas e não por Odontólogos especializados.

Estes sim são os profissionais indicados e mais adequados para estabelecer um diagnóstico e prognóstico das perdas dentárias.

É lógico que o Médico-Legista não pode, nestes casos, atuar com a mesma propriedade que um Odonto-Legista, pois esse conhece amiúde as dificuldades e nuances de um tratamento odontológico, podendo, valorar o dano atual e futuro à mastigação, à estética e à fonética.

Em relação à tipificação penal não se observa grandes dificuldades no enquadramento legal dos traumatismos dentários: a Lei Penal é “seca” e no tipo penal encontram-se todos os elementos do fato punível.

Se for bem observado o art. 129 e §§ do C.P.B. ter-se-á que tanto o “caput” como os §§ 1º e 2º prescindem da “personalidade” da vítima, isto é, de todas as suas “qualidades”, de seus “atributos”, de sua “identidade social”.

Também, no formulário oficial do Exame de Corpo de Delito-Lesões Corporais, nos quesitos, não há nenhum “elemento qualificador” no “caput” e nos incisos dos §§ 1º e 2º do art. 129 do C.P.B., que torne uma lesão mais grave em uma vítima que em outra, variando conforme as condições pessoais da mesma.

Assim, frente ao Código Penal uma lesão que cause Incapacidade ou Debilidade de Função ou Deformidade Permanente, etc., ela o será independentemente do estado civil, cor, profissão, gênero, “status”, idade, etc.

Naturalmente, em casos de perdas dentárias, deve-se examinar cuidadosamente os quatro hemi arcos dentários e verificar o estado atual dos dentes remanescentes.

O perito deve sempre estar muito atento em caso de perda de prótese ou elementos desta após lesão pessoal: trata-se, aqui, de dano à coisa.

Em todos esses casos, deve o perito o Odonto-Legista “ver e relatar” e na parte livre do laudo, isto é, discussão, deve justificar suas opiniões alicerçado em seus conhecimentos científicos, na ética, sem jamais esquecer das concausas, devendo lembrar que a gravidade da lesão é avaliada no momento da perícia e

não o que pode vir a ser a vítima após submeter-se a “tratamento especial ou colocação de prótese”.

Como se pode observar, a gravidade do dano é classificada na legislação penal em leve, grave ou gravíssima, o que naturalmente, enseja conseqüência penal diferente. Se as conseqüências penais são diversas, diferente também será o “quantum” da reparação cível.

Deve-se ressaltar que os critérios dos Médicos-Legistas para avaliar tais lesões não são uniformes. Associado ao desinteresse da vítima em voltar ao exame complementar, pois ela desconhece as conseqüências reais, mastigatórias, estéticas e fonéticas das perdas dentárias, bem como desconhece sua capacidade de exercer seus direitos subjetivos, isto é, desconhece que pode exigir a reparação do dano.

Se as vítimas de perdas dentárias quiserem recorrer após o exame feito pelo Médico-Legista, devem contratar como perito particular, um Cirurgião-Dentista, que será por ela remunerado. A legislação penal não prevê que tais vítimas sejam examinadas por Odontólogos, que são as pessoas mais capazes para avaliar a gravidade do dano.

Recorrer aos serviços profissionais destes é inacessível à maioria de nossas vítimas. Com isto não recebem a devida indenização pelo dano. É muito difícil avaliar as perdas dentárias, pois os dentes desempenham inúmeras funções: mastigatória, estética, fonética e social.

Já no Foro Cível, além dos elementos intrínsecos da lesão deve-se levar em conta os fatores extrínsecos a ela, isto é, deve-se levar em conta a “personalidade” da vítima, sua “qualificação”, seus, “atributos”, ou seja, sua Identidade Social fazendo com que se prejudique. Tais prejuízos serão maiores ou menores dependendo principalmente da profissão, gênero, idade, “status”, cor.

A função mastigatória dos dentes é essencial à nutrição graças à perfeita apreensão, à laceração, à insalivação, à trituração com a conseqüente

assimilação dos alimentos. É, portanto, fundamental à função digestiva e conseqüentemente à função de absorção.

**Agrestini (1966) e Benciolini (1964)** concordaram que a perda dos incisivos centrais no plano superior irá determinar um prejuízo mastigatório no que diz respeito à apreensão e corte dos alimentos, ressaltando ambos os autores que a perda dos molares acarretará em agravamento deste prejuízo.

**Introna (1964)** constatou que em muitos casos, onde os dentes encontravam-se em mal estado de conservação, a sua perda se tomava benéfica. O que discorda **Cardozo (1990)**, em sua dissertação de mestrado, comparando que seria o mesmo afirmar que uma pessoa que não tem um membro inferior poderia amputar o outro, já que era manco.

A função mastigatória não é apenas exercida pelos dentes, trabalhando para a realização desta função, também os lábios, a língua, músculos da face e principalmente os músculos mastigatórios em consonância com as articulações temporo-mandibulares, mandíbula e maxila, podendo ser observado que um déficit funcional dos músculos da mímica e da mastigação acarretarão tanto um dano estético quanto um dano da fonação.

Conforme bem ponderaram **Silva et al. (1991)**, é preciso lembrar que a perda dentária decorrente de traumas tem uma conseqüência danosa diferente para o organismo daquelas perdas ocasionadas por patologias dentárias (cáries e periodontopatias), uma vez que essas se fazem ao longo de grande número de anos, ocorrendo, então uma adaptação de todos os componentes do processo da mastigação, como também dos hábitos alimentares do indivíduo. Já na situação traumática essa perda é abrupta, não havendo tempo para adaptações orgânicas e da pessoa lesada.

**Gerin (1959)** relatou que a voz é de fundamental importância na valorização estética do indivíduo. Ela exprime a fisionomia, influenciando-a todos os movimentos da alma, gerando reações particulares em quem a escuta. Ela

exprime os sentimentos, onde o dano estético é a modificação depreciativa da vida de relação, da face externa da pessoa segundo o autor que afirma, que a fisionomia os gestos, a fala, o comportamento, revelam o mundo interior (ou psíquico) e exteriorizam os movimentos dos ânimos e atitudes mentais, irradiando no ambiente social a nossa espiritualidade, revelando as características psíquicas ainda que momentâneas. O autor ainda define o que seja a função estética que são todos aqueles atributos exteriores que contribuem para caracterizar a personalidade do indivíduo, atributos estes morfológicos e funcionais de relevância na vida de relação, capaz de definir esteticamente um indivíduo e de valorizá-lo na vida social.

A qualidade estética constitui conjunto de relevância indubitável no âmbito da eficiência social. A qualidade estética permite ao indivíduo afirmar a própria personalidade, sendo de fundamental importância na vida de relação. Toda pessoa quer ter seu aspecto agradável não só no âmbito da vida social, mas, também particularmente, no mundo profissional e do trabalho, onde a “eficiência social” é o conjunto das atividades humanas que constituem pressupostos de ganho. Disto deduz-se que a debilitação estética implica entre outras, num prejuízo econômico. Não se discutindo que a perda dos dentes anteriores, principalmente os incisivos centrais superiores determinam vergonha, constrangimento ao portador e desconforto, desagrado, a quem vê. A vítima sente-se realmente torna-se feia. É por isto que se diz que o prejuízo estético é o Afeamento **Agrestini & Barone (1968)**.

Quanto aos resultados obtidos no presente trabalho, constatou-se que o número de atendimentos, tanto na Clínica Médico-Legal como no serviço de Odontologia Legal aumentaram significativamente do ano de 2001 para 2002, onde observou-se um aumento de 6000 exames na Clínica Médico-Legal e 141 no serviço de Odontologia Legal deste Instituto. Outro dado significativo em nossa pesquisa foi o estabelecimento que o gênero masculino é sem dúvida o mais afetado, envolvendo a faixa etária que vai de 16 a 35 anos, sendo digno de nota

que a agressão física a socos foi a mais utilizada, seguida pelos atropelamentos e acidentes automobilísticos, corroborando com os achados de **Marquez *et al.* (1986)**, **Bamjee *et al.* (1996)**; **Rodriguez (1994)**; **Çaliskan & Türkün (1995)**; **Asadi & Asadi (1996)**; **Batainesh (1998)** e **Oji (1999)**.

Durante este período, encontrou-se um significativo aumento da emissão de laudos, com um aumento de 2002 em relação a 2001. A respeito do enquadramento legal, pode-se afirmar que, sem sombra de dúvida, a debilidade permanente da função mastigatória foi a mais observada, com um total de 323 enquadramentos, com relação à deformidade estética, constatou-se um número total de 282 casos, sendo enquadrado simultaneamente os dois tópicos anteriores em 251 casos. Faz-se digno de nota que em 78 casos, não se determinou, durante este período, apesar do estabelecimento de nexos de causalidade, a debilidade da função mastigatória. Com relação à deformidade estética, este número alcança um total de 119 casos. É de suma importância informar que, em 90 perícias observou-se o nexo causal, contudo não se determinou nem a debilidade da função mastigatória, nem a deformidade estética destacando-se que o número de laudos com estabelecimento de nexo causal aumentou durante este período, da mesma forma que o laudo sem nexo de causalidade.

As perdas dentárias sempre determinam um prejuízo permanente à vítima pois não se pode pretender que os dentes artificiais ou mesmo desvitalizados tenham igual valor funcional e durabilidade que os dentes naturais embora às vezes superem estes em relação à estética.

Na criança e no adolescente, o sistema dentário está em contínua evolução e não se pode dizer que o dano funcional já se extinguiu ou é definitivo, enquanto não houver completado o crescimento, de acordo com **Deffez & Ambrozini (1984)**, **Robetti & Iori (1981)**. Os traumas dentários, geralmente associados a traumas faciais, podem lesar zonas de crescimento com conseqüências tardias, importantes e desastrosas, sobre o desenvolvimento facial dentário, este caracterizado por anomalias oclusivas e nos próprios dentes, que

ensejarão tratamentos ortodônticos posteriores. Este é o dano futuro muito bem descrito. Tudo isto de permeio à possível dificuldade em abrir a boca por alterações nas articulações têmporo-mandibulares. Acrescente a isto, o fato de que o dano estético poderá comprometer seu ingresso no mercado de trabalho ou impedir uma justa remuneração. Além do que, as mudanças de comportamento, nas crianças, são muito freqüentes, podendo ser causas de péssimos resultados escolares.

Segundo **Cardozo (1993)**, as perdas dentárias interferem na capacidade laborativa genérica, especialmente as perdas dos incisivos, mas principalmente em determinadas atividades profissionais. É o caso dos músicos que se utilizam de instrumentos de sopro, nos quais os dentes não só constituem um ponto de apoio ao instrumento, mas também, contribuem para formar caixa de ressonância pela modulação do som, quando unidos os lábios.

Os danos estéticos causados pelas perdas de dentes anteriores têm grande relevância nas pessoas cuja profissão e "status" requerem excepcional "performance" estética: cantores, artistas, bailarinas, pessoas que trabalham com o público, apresentadores, médicos, oradores, executivos, professores, etc..

Em relação ao gênero, o fator estético é de maior importância na vida social e sentimental da mulher que no homem. É difícil uma mulher com dano estético atrair sexualmente, casar-se, ter profissão de destaque com posição de mando. A pessoa deformada acaba por isolar-se, encapsular-se, evitando contatos sociais, associado ao fato de serem menos aceitas socialmente. "Como o que não é visto não é lembrado, aumenta-se o fosso social".

Quanto à idade, algumas coisas foram ditas em relação às perdas dentárias nas crianças. Sabe-se que a importância estética dos dentes diminui com a idade; "a falta de alguns dentes é fato de observação comum na idade avançada e não se mostra como fato anti-estético em uma criança.

Os danos fonéticos, que ocorrem pela perda de dentes incisivos centrais e laterais superiores, comprometem a eficiência profissional e social daquelas que usam o “verbum” como profissão: locutores, telefonistas, professores, relações públicas, apresentadores, oradores, etc.

Face ao exposto, fica observado que a Perícia Médico-legal é um meio organizado e dividido de provas, com uma originalidade ímpar: o “objeto” a ser periciado não é um objeto e sim, um ser vivo, capaz de sofrer modificações momento a momento após o evento causal, devido a fatores internos e externos, modificações estas que podem influenciar as conclusões do perito.

É assim, um ato importante, pois, muitas vezes, a liberdade, a honra, a estima, a vida, os interesses materiais, entre outros, estão em jogo. Importa ao ato Médico-Legal para o indivíduo, conseqüências as mais notáveis, como pecuniárias, físicas, morais, sociais.

Em se tratando de lesões pessoais, os peritos são ou devem ser de preferência Odonto-Legistas, a quem cabe o diagnóstico, classificação, estabelecimento do nexos causal, verificar se as lesões são vitais ou pós-mortais, estabelecer a gravidade das mesmas, fazendo seus enquadramentos no texto legal, respondendo com clareza e de forma intelegível, todos os quesitos, sejam estes do juiz ou dos pólos, perpetuando e registrando as situações possíveis de serem alterados no tempo e no espaço.

Muitas vezes o legista tem que defender publicamente a sua opinião frente aos Tribunais, onde a divergência de interesse é a regra. De um lado, a vítima e seu defensor, de outro o acusado e seu Advogado. Acima e equidistante das partes está o Juiz; do outro lado está a Promotoria da Justiça, pedindo que esta se faça. No meio disto tudo está o legista, que vê suas conclusões freqüentemente discutidas, impugnadas, combatidas asperamente. Não raramente são tidos como parciais e incapazes.

Às vezes seus laudos são incompletos, ou assim considerados, “por impertinência profissional”. O público leigo, informado pela mídia, também leiga, fica fascinado com o duelo travado nos Tribunais, principalmente se o perito está em situação embaraçosa. O público sai satisfeito quando o perito sai humilhado, quando é posta em dúvida sua competência profissional ou significado de suas investigações.

Isto ocorre particularmente nos chamados “casos importantes” ou “de repercussão”, onde o relato do legista corre, às vezes, sobre terreno político e contra tráfico de influências.

Ninguém ganha com tais debates, explorados legalmente pela mídia, também leiga. Afinal, nenhum dos participantes da audiência é artista e o Fórum não é sala de espetáculos.

E todos se esquecem que, quando o legista é chamado ao Fórum para “esclarecimentos”, isto ocorre muitos anos após a perícia feita. É por tudo isto que, na perícia Médico-Legal, tudo, todos os detalhes, devem ser anotados minuciosamente. Não se deve confiar, sem restrições, em nossa memória.

Por isto, sempre nos Laudos de Exame de Corpo de Delito para Lesões Pessoais, deve-se tipificar uma lesão, uma seqüela, melhor dizendo, um dano pela sua qualidade e quantidade, quanto à sua topografia, forma, direção, dimensões, regularidade, simetria, cor, retração, número, aparência, visando antes de tudo o oferecimento à autoridade judicial e/ou policial de uma informação mais fidedigna e mais completa, sobre o estado atual e futuro do aparelho estomatognático que foi outrora submetido à trauma gerando no mesmo uma determinada injúria.

## 7. CONCLUSÕES

Com base na bibliografia consultada e na competente análise estatística dos resultados é lícito concluir:

a) no que tange à análise dos laudos do IML Afrânio Peixoto nos anos de 2001 e 2002, sobre lesões que acometem o complexo estomatognático, observou-se:

a.1) os indivíduos mais acometidos por lesões do complexo estomatognático eram os do gênero masculino, em função de acidente automobilístico;

a.2) os indivíduos mais acometidos encontravam-se na faixa etária entre 16 a 35 anos de idade;

a.3) as principais causas das lesões foram geradas por socos, atropelamentos, acidentes automobilísticos, dentre outros;

a.4) a área da face mais atingida foi a da maxila;

a.5) os dentes mais envolvidos foram os incisivos superiores;

a.6) os incisivos superiores em geral são acometidos por fraturas coronárias, mobilidade e avulsões e a face por equimoses e escoriações;

a.7) Em relação ao artigo 129 do Código Penal Brasileiro, verificou-se nítido predomínio de fraturas coronárias dos elementos dentários da bateria labial, que resultam em “debilidade permanente da função mastigatória” associada à “deformidade permanente”, conseqüências de lesões corporais consideradas respectivamente grave e gravíssima de acordo com o Código Penal (Art. 129, parágrafos 1º e 2º).

b) o profissional mais qualificado para a avaliação de um dano a nível do aparelho estomatognático é aquele com formação odontológica e jurídica. Desta forma o Odonto-Legista é o profissional indicado para o exame de corpo de delito nos IMLs do Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS\*

1. Agrestini, F.; Barone, G. **Sul danno estético da traumatismi maxillo-facciali**. Ann Stomatol., 1968; 17(9), 677-96.
2. Almeida Jr., A.; Costa Jr., J.B.O. **Lições de medicina legal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.
3. Ambrizzi, D.R. *et al.* Incidência e etiologia das fraturas faciais na região de Araraquara. **A Folha Médica**, 1997; 114(3), 93-5.
4. Anderson P. J. Fractures of the Facial Skaleton in children. **Injurie**, 1995; 26(1), 47-50.
5. Arbenz, G.O. **Medicina legal antropologia forense**. Rio de janeiro: Atheneu, 1998.
6. Asadi, S.G., Asadi, Z. Site of mandible prone to trauma: a two years retrospective study. **International Dental journal**, 1996; 46(3), 171-3.
7. Bamjee, Y *et al.* Maxillofacial injuries in a group of South Africans under 18 years of age. **Bristih Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 1996; 34(4), 298-302.
8. Barsley, R.E. Forensic and legal issues in oral diagnosis. **Dent. Clin. North Am.**, 1993; 37(1), 133-56.
9. Bataineh, A.B. Etiology and incidense of maxillofacial fractures in the North of Jordan. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, 1998; 86, 31-5.

---

\* De acordo com a Norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

10. Becker, D.B., Needleman, H. L., Kotelchuck, M. Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by the dentist. **Journal of American Dental Association.**, 1978; 97(1), p.24-8.
11. Benciolini, P. Lo stato anteriore nel giudizio di indebolimento permanente dell'organo della masticazione. **Minerva Stomat**, 1964; 13(11), p.585-9.
12. Biou, C. Lesions traumatiques, indemnisation des sequelles et evolution des prejudicies dans les traumatiques du massif facial superieur. **J. Méd.Leg.Droit Méd**, 1981; 24(2), 143-56.
13. Brasil. **Código Penal**. Rio de Janeiro: Saraiva, 1995.
14. Brinon, E.N. **Odontologia Legal y práctica forense**. Buenos Aires: copyrated by Purizon SA. Ediciones junin, 1982.
15. Caçador, M. L.; Kingdon. U. M. Traumatic damages for teeth of incisor of maxilar in a group of South Wales per taining to school children. **Related Books Endod Dent traumatol . Articles**, 1990; 6, 260-4.
16. Calabuig, J.A.G. **Medicina Legal y toxicologia**. Valencia: Tipoghafia Artistica Puerte, 1979.
17. Çaliskan, M.K., Türkün, M . Clinical investigation of traumatic injuries of permament incisors in Iznir, Türkiye. **Endodontics and Dental Traumatology**, 1993; 11, 210-3.
18. Cardozo, H. F. **Verificação da ocorrência de traumatismos facias e de elementos dentários em ocupantes de veículos, decorrentes de acidentes de trânsito**. [Tese]: São Paulo, Faculdade de Odontologia-USP, 1990.

19. Cardozo, H.F. **Avaliação do dano nas seqüelas faciais decorrentes de acidentes de trânsito.** [Tese]: São Paulo, Faculdade de Odontologia, USP, 1993.
20. Christian, C. W. *et al.* Pediatric injury resulting from family violence. **Pèdiatrics**, 1997; 99(2), 1-4.
21. Crozier, L.J. Legal considerations in dentofacial trauma. **Dental clinics of North America**, 1982; 26(3), 669-78.
22. Deffez, J. P.; Ambrosini, J. C. Le prejudice d'avenir dans les lesions dento-maxillo-facialles de l'enfant et de l'adolescent. **J. Med. Leg. Droit Med.**, 1984; 24(2), 177-84.
23. Delank. K.H.; Meldau. P; Stoll. W. Die traumatology des Gesichtsschadels bei Fahrradunfallem. / traumatoly of the facial skul in bicycle accidents. **Laryngorhainootologie**, 1995; 74(7), 428-31.
24. De Michellis, B. Criteri valutativi del danno dell'apparato dentário nel campo della rusposabilitá civile. *Minerva Stomatol.*, n. 4, p, 189, dento-maxillo-facialles de l'efant et de adolescent. **J. Med. Leg. Droit Med.**, 1984; 24(2), 177-84.
25. Denoix, G. Traumatismes des organes dentaires. **J. Med. Leg. Droit Med.**, 1981; 24(2), p.157-63.
26. Deslandes, S.F.; Gomes, R.; Silva, C.M., Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher no Estado do Rio de Janeiro. **Saúde Pública**, 2000; 16(1), 129-37.

27. Dewhurst, S.N. *et al.* Emergency treatment of orodental injuries: A review. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 1998; 36(3), p. 165-75.
28. Diniz, M.H. **Curso de direito civil Brasileiro- Responsabilidade civil.**, São Paulo: Saraiva, 1990.
29. Dingman, R.O., Natvg, P. **Cirurgia das fraturas facias.** São Paulo: Santos, 1983.
30. Dugan. M.A.; De Gracia; V. 138 cases of mandibular fractures in four government Hospitals from July 1995 to July 1996. **J. Philipp Dent Assoc**; 1998; 49(4), 56-70.
31. Elliot, M.; Bull R.; James, D.; Lansdown R. Childrens' and adults' reactions to photographs taken before and after facial surgery. **J. Maxillofacial. Surg.**, 1986; 14(1), 18 –21.
32. Ellis, S.. Maxilofacial surgery and the troubles of Northen Ireland. **British Dental Journal**, 1990, 19(168), 411-2.
33. Fávero, F. **Medicina Legal.** Belo Horizonte: Martins, 1980.
34. Fiori, A; Marin, F. Considerazioni medico-legali sulle fratture dei mascellari. **Minerva Stomatol.**, 1964; 13(9), p.446-61.
35. França. R.L. **Reparação do dano moral.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1988.
36. França, G.V. Embriaguez alcoólica in **Medicina Legal.**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

37. Fragoso, H.C. **Lições de direito penal**. São Paulo: Ed. José Bashatsky, 1976.
38. Gassner, R. *et al.* Prevalence of dental trauma in 600 patients with facial injuries: implications for prevention. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics**, 1999; 87(1), 27- 33.
39. Gerin, C. **Medicine legale e delle assicurazioni**. Roma: Tip. Lit. G. Pioda, 1959.
40. Goldschmidt. M.J.; Castiglioni. C.L.; Assael., L.A. Crâniomaxillofacial trauma in the Elderly **J. Oral Maxillofacial Surgery**; 1995; 53(10), 1145-9.
41. Gomes, H. **Medicina Legal** Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1997.
42. Greene. D.; Raven. R.; Carvalho. G. Epidemiology of facial injury in blunt assault. **Arch Otolaryngol Head neck**; 1997; 123(9), 1923-8.
43. Grillo, M.A., *et al.* Conseqüências do uso obrigatório do cinto de segurança na cidade de São Paulo sobre a incidência e a localização de fraturas da face. **Rev. Col. Bras. Cir.**, 1997; 24(4), 231-4.
44. Grulliero, A.; Parascandolo, S.; Rusciano, A.; Florio, F.F.; Tortora, P. Considerazione cliniche sulle lesioni traumatiche dei denti in associazione ai traumi oro-maxillo-facciali. **Minerva Stomatol.**, 1987; 36(9), 685-90.
45. Hércules, H.C. Causa jurídica da morte. In: GOMES, H. **Medicina legal**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1997.
46. Hill, C.M. *et al.* A one-year review of maxillofacial apotrs injuries treated at na accident and emergency departament. **Brit. J. Or. Max. Surg**, 1998; 36(1), 1-80.

47. Holderbaum, M.A. Levantamento epidemiológico das fraturas de face na comunidade atendida junto ao grupo Hospitalar Conceição [Tese]: Porto Alegre; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1997.
48. Huang, V., *et al.* Maxillofacial injuries in women. **Annals of Plastic Surgery**, 1998; 41(5), 482-4.
49. Huelk, D.F., Harger, J.H. Maxilofacial injuries: their nature and mechanisms of production. **Journal of Oral Surgery**, 1969; 27, 451-60.
50. Hutchinson, I.L., *et al.* The baoms united kingdom survery of facial injuries part 1: Aetiology and the association with alcohol consumpition. **Brit. J. Or. & Max. Sur**, 1998; 36(1), 3-13.
51. Introna, F. La perdita di denti nel delitto de lesioni personali. **Minerva Stomatol.**, 1964; 13(10), 511-23.
52. Italo, H.A., Cortezzi, W. Incidência e tratamento das lesões traumáticas à mandíbula, maciço facial e às estruturas dentárias na cidade do Rio de Janeiro: 1976 a 1982. **Revista Brasileira de Odontologia**, 1986; XLIII(1), 32-9.
53. Jakush, J. Forensic dentistry. **J. Am. Dent. Assoc.**, 1989; 119(3), 355-8.
54. Katz, J., Cottone, J.A. The present direction of research in forensic odontology. **J. Forensic Sci.**, 1988; 33(6), p.1319-27.
55. Kawai, T. *et al.* Radiographic changes during bone healing after mandibular fractures. **Brit. J. Or. Max. Sur**, 1997; 35(5), 312-8.
56. Kruger, G.O. **Cirurgia bucal e maxilo-facial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979.

57. Kushner, G.M; Alpert, B., Open reduction and internal fixation of acute mandibular fractures in adults. **Facial Plast Surg**; 1998; 14(1), 11-21.
58. Laufer, J. Indemnisation des sequelles traumatiques dans le domaine facial et conclusions de la journee. **J. Med.Leg.Droit.Med.**, 1981; 24(2), p.185-92.
59. Lee, M.C. *et al.* Craniofacial injuries in unhelmeted riders of motorbikes. *Injury: International Journal of the Care of the Injured*, 1995; 26(7), 467-70.
60. Lephart, s.m.; Fu, F.H. Treatment of emergency of athletical damages. Related, **Books Dent Clin North. Articles**, 1991; 35(4), 707-17.
61. Levine, L.J. The forensic tologist in human rights investigations. **Am J. Forensic Med pathol.**, 1984; 5(4), 317-20.
62. Loduca; F.E. Estudo epidemiológico de traumatismos de face, causados por acidentes de trânsito, [Tese]: São Paulo, Faculdade de Odontologia-USP; 1997.
63. Lorezoni, J.A.; Moraes, C.J. Traumatismos faciais – revisão de 124 casos. **Saúde .**, 1989; 15(1e2), 97-104.
64. Luz, J.G.C., Seroli, W.Y., Kazuo, M. Ferimento na região temporomandibular causando limitação da abertura da boca. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**; 1990; 4(2), 172-4.
65. Magalhães, T.A.L. **O Dano estético (responsabilidade civil)**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1980.
66. Marciani, R.D.; Caldwell, G.T; Levini, H.J. Maxillofaciaç injuries associated with al-terrain vehicles. **J. Oral maxillofac. Surgery**, 1999; 57(2), 119-23.

- 
67. Marquez, I.M. *Et al.* Fraturas faciais; incidência no Hospital Odontológico FAEPU em 1984/85. **Revista do Centro de Ciências Biomédicas Federal de Uberlândia**, 1986; (s/n), 23-31.
68. Mcdermott. F.T. Bicycles head injurie prevention by helmets and mandatory wearing legislation in Victoria, Australia. **Ann. R. Coll Surgery Engl**; 1995; 77(1), 38-44.
69. Mcdowell, J.D. **Diagnosing and treating victms of domestic violence**. New York: SDJ, 1996.
70. Montagna, J.; Araneda, M.; Lopez, O.; Schneider, E.; Zapata, F. Prognóstico de lesiones em odontologia. **Odont. Chil.**, 1969; 18(92), 23-9.
71. Montovani, J.C. *et al.* Epidemiologia das fraturas da mandíbula. **A Folha Médica**, 1995; 110 (supl. 3), 179-83.
72. Neto, N.G.M.G. Quantificação do dano: lesões corporais. In: GOMES, H. **Medicina legal**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos. 1997.
73. Oji, C. Jaw fractures in Enugu, Nigéria. 1985-95. **Bristish Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 1999; 37(2), 106-9.
74. Ord. R.A.; Benian. R.M. Beseball bat injuries to the mxillo-facial region caused by assault. **J. Oral Maxillo, facial surgery**; 1995; 53(5), 1514-7.
75. Peixoto, A. **Psico-patologia forense-Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1938.
76. Penna, J.B. **Estudo comparativo dos critérios clínicos e médico-legais para a caracterização das lesões corporais**. [Tese]: São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1994.

77. Penna, J.B. **Lesões corporais: caracterização clínica e médica legal**. São Paulo: Ed. de Direito Ltda, 1996.
78. Robetti, I., Iorio, M. Un caso di leione personale di interesse odontostomatologico. **Minerva Stomatol.**, 1981; 30(6), 621-3.
79. Rodriguez, J. Trauma ósseo maxilo-facial. **Revista Chilena de Cirurgia**, 1994; 46(2), 137-41.
80. Santos, J.S. Estudo seccional sobre o perfil das fraturas dos ossos da face na Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia Aracaju-SE [Tese]: Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992.
81. Schultz, R.C. Facial injuries from automobile accidents: a study of 400 consecutive cases. **Plastic and Reconstructive Surgery**, 1967; 40(5), 415-425.
82. Shepherd, J.P. Surgical, socio-economic and forensic aspects of assault: a review. **British Journal of Oral and Maxilofacial Surgery**, 1989; 27(2), 89-88.
83. Shepherd. J. Victims of violent crime. **Accid Emerg. Nurs**; 1998; 6(1), 15-7.
84. Silva Filho, A.M. **A responsabilidade civil e o dano estético**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1993.
85. Silva, M. **Compêndio de odontologia legal**. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.
86. Silva, M.; Cardozo, H.F.; Ramos, D.L.P. Lesões da face e dos dentes frente ao art. 129 do Código Penal Brasileiro. **C.RO. AGORA**. Órgão oficial do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo. 1991; XV(45), 72p.

87. Sisley, A. *et al.* Violence in America: a public health crisis: domestic violence. **The Journal of trauma, Injurie, Infection and Critical Care**, 1999; 46(6), 1105-13.
88. Ström, C. *et al.* Jaw fractures in stockholm 1988-90. **Swed. Dent. J.**, 1996; 26, p.221-6.
89. Subileau, C.L.; Le Clech, G.; Ditiyal, J.L. Les fractures de la face. L'évaluation du dammage corporel en traumatologie faciele. **J.Fr.Otorhinolaryngol.**, 1977; 26(4), 297-306.
90. Talmor, M., Barrie, P. Craniofacial injuries resulting from taxicab accidents in new york city. **Annals of Plastic Surgery**, 1998; 41(3), 332.
91. Tedeshi, C.G., Eckert, W.G., Tedeshi, L.G. **Facial trauma in Mechanical Injury**. Philadelphia: W. B. Saunders, 1977.
92. Teixeira, A.C.S., **Traumatismo de face por "PAF"**. Nova Friburgo: FONF presente, 1996.
93. Tommasini, F. Menomazione dell'apparato della mastigazione e capacità di lavoro. **Minerva Stomatol.**, 1964; 15, 545-8.
94. Walker, R.V., Frame, J.W. Civilian maxilo-facial gunshot injuries. **Int. J. Oral Surg.**, 1984; 13, 263-77.
95. Whitaker, I.Y., Gravidade do trauma e probabilidade de sobrevivência dos pacientes internados, [Tese]: São Paulo, Escola de Enfermagem USP, 2000.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1**

#### **Histórico das Lesões Corporais e suas Deformidades**

Na Antigüidade, os povos primitivos abandonavam os portadores de lesões corporais acompanhadas de deformidade, assim como os idosos e doentes, em ambientes hostis, à mercê de animais selvagens para que fossem devorados. Isso porque o estilo de vida nômade dificultava a manutenção dessas pessoas, que eram consideradas um risco para todo o grupo. Entretanto, essa não era a atitude de todos os povos, algumas tribos acreditavam que os maus espíritos habitavam nas pessoas deficientes, o que permitia que os outros membros da tribo usufruíssem da normalidade. Essa crença é chamada de animismo.

A idéia de que a lesão corporal seguida de deformidade é ocasionada por maus espíritos vem desde os primórdios da humanidade. Para os Hebreus, por exemplo, qualquer doença ou deformação corporal simbolizava impureza ou pecado.

Na Idade Média, acreditava-se que aquele indivíduo que possuísse qualquer tipo de lesão corporal acompanhada de deformidade física, bem como doenças que fugiam a compreensão da época, como a epilepsia, por exemplo, possuíam poderes especiais oriundos de demônios, bruxas ou duendes malignos.

Entretanto, apesar das melhorias com o passar dos anos, a situação das pessoas portadoras de lesões corporais acompanhadas de deformidade, principalmente aquelas pertencentes a camadas mais baixas da sociedade continua a mesma.

No Brasil, nos períodos colonial e imperial, era muito difícil encontrar pessoas portadoras de deformidades e deficiências entre os indígenas nacionais. As poucas anomalias que foram encontradas eram fruto de guerras entre tribos,

ou conseqüências de acidentes na floresta. Quando nasciam com alguma anomalia, as crianças eram sacrificadas pelos pais logo após o nascimento.

### **A evolução da Odontologia Legal**

A Odontologia Legal como disciplina autônoma, independente, efetivamente constituída num conjunto metódico de ensinamentos, é por assim dizer, uma história de nossos dias se constituindo numa especialidade com um passado não tão rico e tão vasto quanto o da Ciência Odontológica. O processo foi longo e penoso para a criação da Odontologia Legal, porém há elementos históricos transcritos no Código de Hamurábi e a Lei Mosaica que deixam transparecer o início da mesma.

Em função do silêncio do Legislador dos Assírios e do Legislador dos Judeus decorreram séculos de silêncio sobre os dentes e depois de Moisés o silêncio continuou na velha Civilização Egípcia, na Grécia de Hipócrates ou no Império que deu ao mundo o Direito Romano, sendo considerado à época apenas as afecções dentárias e terapêuticas, mas nenhuma questão legal foi mencionada. O nascimento e a evolução da Odontologia Legal está amparada em primeiro lugar na Lei Federal nº 5081 de 24 de agosto de 1966 que regula o exercício da Odontologia:

Art. 6º - compete ao Cirurgião-Dentista:

IV- proceder à perícia Odonto-Legal em foro cível, criminal, trabalhista, e em sede administrativa.

IX- utilizar, no exercício da função de perito odontólogo, em casos de necropsia, as vias de acesso do pescoço e da cabeça.

Por sua vez, a resolução CFO-185 de 26 de abril de 1993 alterada pela Resolução 209/97, define as atribuições da Odontologia Legal: Desta forma a Odontologia Legal é a especialidade que tem como objetivo a pesquisa de fenômenos psíquicos, físicos, químicos e biológicos que podem atingir ou ter

atingido o homem, vivo, morto ou a ossada, e mesmo fragmentos ou vestígios, resultando lesões parciais ou totais reversíveis ou irreversíveis.”

A atuação da Odontologia Legal restringe-se à análise, perícia e avaliação de eventos relacionados com a área de competência do cirurgião-dentista, podendo, se as circunstâncias o exigirem, estender-se a outras áreas, se disso depender a busca da verdade, no estrito interesse da justiça e da administração.”

### **Perícias e Peritos**

Para o exercício da atividade de legista é necessário usar um bilingüismo técnico-econômico, também chamado de bilingüismo de necessidade dado que se deve falar nos dois distintos idiomas técnicos: aquele do médico e aquele do jurista, para poder contribuir de forma eficaz na justiça que busca a verdade, afirmando que na Medicina Legal não se improvisa, isto porque para alguns basta ser médico bem formado para ser um bom legista.

Segundo **Calabuig (1979)**, a sociedade cobra dos magistrados as soluções mais diversas sobre as quais eles devem se pronunciar por uma sentença justa, para tanto, os juízes buscam a colaboração de todos aqueles que lhes possam assessorar de acordo com as suas especialidades. Por este motivo surgiram os peritos, que são pessoas experientes, devidamente qualificadas na sua especialidade, cabendo a estes informar e esclarecer fatos de interesse da justiça relacionados à sua especialidade, quando solicitados.

Por tudo isso, o perito ganhou uma posição de relevância em função da complexidade crescente de nossa sociedade, tendo que por força e sua especialidade emitir suas conclusões através de documentos que são atuações por escrito, empregados nas suas relações com as autoridades, com órgãos oficiais, com particulares e com o público. Tais conclusões por escrito se tomam inquietantes pois transformam-se em documento oficial e público.

A forma escrita se caracteriza pela prudência pois vai afetar a responsabilidade do autor. Oficial porque decorre de obrigação de ofício requerida pela Autoridade Judiciária ou da Polícia Judiciária; Público porque “todo povo” pode ter acesso às referidas perícias, a menos que corra o processo em segredo de justiça. Esta obrigação por escrito é temida, causa aflição e devendo ser estruturada com considerações e argumentos científicos atualizados.

Os juízes esperam destes documentos que os mesmos sejam confeccionados com qualidade, pois a verdade judicial tende a se apoiar na verdade científica graças aos recursos dos documentos Médico-Legais, que são mais que testemunhas, são um meio de prova, fornecendo a perícia Médico ou Odonto-Legal a Autoridade Judiciária ou Policial Judiciária, um conjunto de dados que são provas, pois os juízes, sabemos, querem o máximo de provas, querem uma demonstração, muitas vezes satisfeitas dos laudos, embora não estejam obrigados a aceitar as conclusões dos peritos.

### **Legislação Brasileira no Âmbito Penal e outras Legislações- Direito Comparado**

Do ponto de vista Médico-Legal, lesão é toda alteração anatômica ou funcional ocasionada por agente traumatizante externo ou interno. Segundo **Agrestini & Barone (1968)**, depois da vida, o direito deve assegurar a integridade do corpo no seu aspecto anatômico e funcional, determinando a punição das ações que perturbem a normalidade da estrutura física ou somato-funcional, ou mesmo psíquica da pessoa considerada como entidade operante no âmbito da vida social e nas relações interpessoais, sendo ainda considerado que o ser humano é o centro de radiação dos bens e interesses juridicamente tutelados, sendo de relevância expor dois enfoques de suma importância quando abordaremos o raciocínio envolvido no Âmbito Penal e posteriormente no Âmbito Cível, devendo-se destacar que será abordado neste tema precipuamente o aspecto pericial.

## **No Âmbito Penal**

Ninguém, nem mesmo o Magistrado pode obrigar a vítima a submeter-se a tratamento algum, nem mesmo ao tratamento Odontológico, Clínico ou Cirúrgico, nem sempre livre de riscos, para beneficiar o agressor.

Obrigá-lo constituiria-se em constrangimento ilegal, tipificado no art. 146 e §§ do C.P.B.

Do ponto de vista Jurídico Penal faz-se a descrição das lesões ou seqüelas e seu enquadramento legal.

O estado anterior da vítima, no que se refere ao sistema dentário, pode influenciar a conclusão do perito conforme já fora dito porque, muitas vezes, os dentes e tecidos do periodonto, que fazem valer a função do aparelho dentário, têm função nula ou quase, antes do trauma. O perito médico com prudência relatará no laudo tudo o que ver, e, na discussão, justificará o porque daquele enquadramento legal, mostrando aqui seu conhecimento científico, ético e a relação de causalidade com as concausas.

Assim, as perdas parciais ou totais de dentes, frente ao art. 129 e §§ do C.P.B. podem ser interpretadas como:

Art. 129 – “Caput” – Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Enquadram-se aqui, como lesões leves, as lesões dentárias de pequena monta como ligeira luxação dentária, fratura de pequena parte da coroa, etc.

Embora consideradas lesões leves o perito deve constar em seu laudo que a terapia destes danos, na maioria das vezes, perdurará por toda a vida da vítima. Cita-se como exemplo as reparações das restaurações de fraturas coronárias.

## CONDIÇÕES QUALIFICADORAS DO ART. 129 DO CPB

§ 1º - I – “Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 dias”

Para a maioria dos autores, esta Incapacidade cessa quando a vítima pode voltar às suas ocupações habituais sem maior dano ou perigo à sua vida ou saúde. Trata-se, portanto, de uma cura funcional e não anatômica. Para os odontólogos, “a data da consolidação coincide com o fim dos cuidados odontológicos” segundo **Denoix (1981)**.

Entretanto, jamais devem ser esquecidas nas vítimas de perdas dentárias, as três funções: mastigatória, estética e fonética, bem como de todos os problemas à estas referentes, já mencionados.

Esta incapacidade é justificada pela confecção de próteses fixas ou móveis em caso de fratura ou avulsão dentária. Ou mesmo os tratamentos endodônticos.

Deve ser levado também, em conta, aqui, o “tempo necessário para a reabilitação, sempre longa e os cuidados terapêuticos, às vezes por toda a vida da vítima”, de acordo com **Agrestini & Barone (1968)**.

§ 1º – III – Debilidade permanente de membro, sentido ou função.

**Introna (1964), Almeida Júnior & Costa Júnior (1978), De Michellis (1984), Cardozo (1990), Silva et al. (1991), Arbenz (1998)**, consideram as perdas de elementos dentários como causadoras de Debilidade Permanente.

As perdas dos pré-molares e dos molares, principalmente, devem ser enquadradas neste inciso, dada a importância dos mesmos na função mastigatória.

Mesmo que não tenha ocorrido perda dentária, mas somente fratura da coroa, debilidade de função está presente, uma vez que, para o exercício da função mastigatória, os elementos dentários devem ter coroa íntegra.

A perda dos incisivos centrais e laterais superiores determina debilidade da função fonética.

**Tommasini (1964)** admite que as necessidades calóricas em relação ao tipo de trabalho executado deveriam constituir parâmetro móvel para valorizar a redução da capacidade mastigatória. Para tanto, existem tabelas onde estão relacionadas as necessidades calóricas e as diversas atividades laborais.

As próteses fixas ou móveis, não tornam a vítima perfeitamente apta à mastigação porque:

1- “Os dentes artificiais e/ou desvitalizados não têm o mesmo valor funcional e durabilidade que os dentes naturais”, segundo **Denoix (1981), Silva et al. (1991), Cardozo (1993)**.

2- As próteses fixas e móveis apresentam cada qual as suas limitações, já referidas.

#### § 2º - incapacidade Permanente para o Trabalho

Como vimos na Revista da Literatura, por força do enunciado do tipo, este inciso refere-se ao trabalho genérico. Caso contrário, dele constaria o possessivo “seu” e, este inciso teria a descrição “Incapacidade Permanente para o seu trabalho”.

Realmente é uma ponderação muito aceitável, pois, caso contrário, poderiam ser exploradas as seguintes circunstâncias:

1- deixa de existir tal incapacidade se a vítima pode executar outra atividade lucrativa que não a degrade do seu nível sócio-econômico?

2- é justo que numa mesma lesão, dependendo da profissão, seja considerada grave em uma vítima e gravíssima em outra?

Mas em se tratando do trabalho genérico, em caso de perdas dentárias, encontramos raras profissões que dependam do dentes para serem executadas.

Já em relação ao trabalho específico, situações mais freqüentes, voltamos a insistir na importância dos elementos dentários nas funções mastigatória, estética e fonética, quando tais perdas poderão causar embaraço ou mesmo impedir que a vítima continue no seu trabalho.

Também, jamais poderá ser esquecido que as perdas de dentes podem determinar alterações mastigatórias com a conseqüente hipoalimentação da vítima. Isto é, realmente importante em trabalhadores braçais que requerem até 7000 calorias/dia para poderem executar, a contento, o seu trabalho.

#### § 2º - II – Enfermidade Incurável

Se for considerado, enfoque médico, de Mário Egídio de Souza Aranha citado por **Gomes (1997)**, ter-se-à que:

1- Moléstia é o conjunto de fenômenos de reação, que se produzem no organismo provocados pela ação da mesma causa mórbida. Ex: tuberculose, sífilis, lepra.

2- Afecção – é o conjunto de fenômenos dependentes da mesma lesão, mas independentes da causa original. Ex: otite, laringite, bronquite, artrite, arterite, etc.

3- Doença – é o termo genérico, significando qualquer desvio do estado normal. Ex: diabetes, hipertireodismo, etc.

4- Enfermidade é a falta ou perturbação de uma ou mais funções, que por ausência congênita, quer por alteração ou abolição definitiva delas e compatível com o relativo estado de saúde. Ex: perda dos dois olhos por trauma, a pseudo-artrose por fratura, a paralisia por isquemia cerebral, o pé torto, a idiotia, a epilepsia, a demência, etc.

Na enfermidade, a função jamais existiu ou está definitivamente alterada ou abolida. A moléstia é um fato que se opera, a enfermidade é um fato acabado: esta é o término daquela;

As perdas dentárias, mesmo uma simples fratura de coroa, serão enquadradas neste inciso.

Porém, se o legislador ao referir-se a enfermidade nele subentende-se Moléstia, raras serão as circunstâncias que as perdas dentárias poderão determiná-la.

§ 2º - III – Perda ou inutilização de membro, sentido ou função.

Como vimos na Revista da Literatura, a comparação com a Legislação Acidentária é muito útil e necessária pois, se a diminuição da função

-for menor ou igual a 25%, a lesão será leve;

-for maior que 25 % e menor que 75%, a lesão será grave;

-for maior ou igual a 75%, a lesão será gravíssima.

Desta forma consideramos que há perda ou inutilização de membro, sentido ou função se a redução da função, em estudo, for igual ou maior que 75% da mesma.

Assim, não é necessário que a redução da função seja extrema, absoluta: basta que, o que restou pela lesão sofrida, seja inútil ou quase.

A presente figura legal está presente quando ocorre a perda de todos os elementos dentários ou de um número tal que o ato mastigatório torne muito difícil, determinando sobrecarga funcional. Daí, conseqüências diversas poderão surgir quanto à absorção e digestão dos alimentos porque a mastigação, somente com se rebordos alveolares, não forma adequado bolo alimentar pela ausência da trituração e laceração dos alimentos. A perda da função mastigatória ocorre, também, nos casos de trismo, luxação têmporo-mandibular irreduzível, anquilose da articulação têmporo-mandibular que só permite passagem de líquidos.

Não se pode afirmar que ainda persiste a mastigação mesmo com a total ou quase de todos os dentes. Isto porque a mastigação com os rebordos alveolares é apenas um vestígio dessa função, não formando o adequado bolo

alimentar pela de laceração e trituração dos alimentos. Trata-se, aqui, de uma pseudo-mastigação, segundo **Introna (1964)**.

O edêntulo, principalmente o idodo, atinge essa condição no decorrer dos anos e portanto tem condições de adquirir uma adaptação progressiva geral, local e ainda psicológica, na carência completa dos dentes, enquanto que aquele que se vê bruscamente rigorosamente limitar-se à alimentação líquida ou semi-líquida e com problemática possibilidade de adaptação futura.

Conforme os ensinamentos de **Silva et al. (1991)**, é preciso lembrar que a perda dentária decorrente de traumas tem uma conseqüência danosa diferente para o organismo daquelas perdas ocasionadas por patologias dentárias (cáries e periodontopatias), uma vez que essas se fazem ao longo de grande número de anos, ocorrendo, então uma adaptação de todos os componentes do processo da mastigação como também dos hábitos alimentares do indivíduo. Já na situação traumática essa perda é abrupta sem tempo para adaptações orgânicas e da pessoa lesada

Resta uma colocação de difícil entendimento e, às vezes, enquadramento legal: como fazer este enquadramento no caso de perda de dentes decíduos?

Sabemos que a prescrição legal exige que o dano (debilidade, perda, inutilização, (deformidade) seja permanente, o que não ocorre no caso, uma vez que ele será reparado naturalmente com a erupção dos dentes permanentes.

Entende-se que a lesão será no mínimo leve, mas criança deve ser assistida durante tempo necessário e suficiente para se comprovar que nela não restaram seqüelas psíquicas pois, sabemos que setas pequenas vítimas são alvo de brincadeiras de muito mau gosto, no tocante à sua aparência.

O tempo pode atenuar o mesmo suprimir o defeito estético da criança, porém, o dano psicológico já poderá estar estabelecido ou estar para acontecer,

segundo **Deffez & Ambrosini (1984)**. Muda-se, neste caso o enquadramento legal.

#### § 2º - IV- Deformidade permanente

A presente qualificadora ocorre nas perdas de dentes anteriores, principalmente os incisivos centrais e laterais, pois a deformidade, o dano estético é: visível, aparente, permanente, irrecuperável, de vulto, extenso, causa vexame, incomodo permanente ao portador, afeiam-no, causa desconforto, desagrado a quem os vê, dificulta, altera a vida de relação, depreciando a eficiência social podendo trazer comprometimento à personalidade e no desempenho profissional.

Também as dificuldades e defeitos da pronúncia pela ausência dos incisivos centrais e laterais superiores, por si só caracterizam a deformidade permanente. Deve-se recordar que a perda de todos ou quase todos os dentes determina aspecto senil às pessoas.

**Silva et al. (1991)** afirmaram que as perdas de dentes posteriores (pré-molares e molares) podem configurar dano estético irreparável em indivíduos com diastemas (espaços entre dois dentes vizinhos) ao longo de todo o arco dentário, pois, as próteses fixas não conseguirão reproduzir aquelas características próprias da estética e da função mastigatória, conseqüentemente digestiva e de absorção, por tudo isso fica patente que as próteses, com o tempo têm seu valor estético diminuído.

#### **No Foro Cível**

A análise pericial neste âmbito não só reavalia as diversas incapacidades que foram motivo de perícia no Foro Penal mas permite também avaliar os prejuízos patrimoniais decorrentes das perdas dentárias.

Após minuciosa análise na literatura, pode-se observar que principalmente os autores **Benciolini (1964)**, **Introna (1964)**, **Robetti & Subileau et al. (1977)** **Laufer (1981)**, **Biou (1981)**, **Denoix (1981)**, classificam os danos ressarcíveis em:

### **Dano Patrimonial**

Em outras palavras, procura-se dar ao dano sua real e devida indenização, sem ultrapassar o “status quo ante”.

### **Dano emergente**

#### **Lucro cessante:**

1.b.1 – Redução da Capacidade de Ganho

1.b.2 – Incapacidade Temporária

1.b.3 – Incapacidade Permanente Total ou Parcial

### **Dano Patrimonial**

É a conseqüência da depreciação da pessoa física vista e avaliada no âmbito econômico. Baseia-se num componente sômato-funcional e sobre um componente jurídico-econômico. Tem reflexo direto no patrimônio da vítima. Aqui são avaliados os prejuízos econômicos que a vítima sofre. Este tópico é muito bem abordado por **Gerin (1957)**, **Agrestini & Barone (1968)**, **Biou (1981)**.

### **Dano Emergente**

É a perda econômica direta, súbita, imediata, decorrente da lesão. Decorrem da urgência e da emergência do tratamento.

São as despesas com transporte, diagnóstico, internações, cirurgias, aparelhos ortodônticos, próteses, substituição de próteses, medicamentos e etc. São os gastos médico-odontológicos, farmacêuticos e hospitalares.

Quando o trauma interessa somente os dentes, o tratamento é somente dentário, a não ser os casos que requeiram internação, como pacientes com cardiopatias seríssimas, problemas hemorrágicos, crianças que necessitem de internações para serem convenientemente tratadas, etc. Entretanto, em casos de lesões múltiplas de dentes, associados às lesões dos músculos da face e ossos, o tratamento geralmente inicia em hospital associado à tratamento médico.

### **Lucro Cessante**

É o lucro ou ganho que cessa ou diminui devido à incapacidade temporária ou invalidez. Existe aqui um dano à capacidade de ganho, que é o prejuízo, sem que haja redução da capacidade de trabalho, prejudicando total ou parcialmente a adequada remuneração.

A redução da capacidade de ganho decorre de depreciação da função estética da vítima, que determina limitação da sua própria personalidade e dificulta ou danifica suas relações sociais e mesmo profissionais. É um prejuízo, sem que haja redução da capacidade laboral, que diminui, parcial ou totalmente, a adequada remuneração, segundo **Agrestini & Barone (1968)**. Estes autores citam o caso do apresentador de televisão, que tendo sofrido dano estético vai trabalhar em transmissões radiofônicas, onde a capacidade perde a importância. Neste caso a alteração estética incidiu sobre a capacidade de ganho. O mesmo se diz do operário que, portador de defeito estético, não encontra trabalho devido à sua má aparência, ao seu desagradável aspecto.

Concluem que a função estética, muito raramente, interfere na capacidade de trabalho genérico, mas é essencial a determinados trabalhos específicos reduzindo, interferindo na capacidade de ganho, determinando prejuízo econômico direto.

Incapacidade temporária é o período entre a data do trauma e a volta às atividades habituais, não havendo necessidade de ser, naturalmente, total.

É o tempo em que a pessoa fica inapta, incapacitada para as múltiplas atividades que têm, do levantar-se ao deitar-se: é a sua atividade costumeira, desde que lícita, pouco importando que seja ou não produtiva. Compreende as múltiplas manifestações corpóreas do ancião, trabalhador, executivo, dona de casa, etc.

### **Incapacidade Permanente**

É a invalidez física-funcional resultante do trauma dentário, podendo ser parcial ou total.

As alterações psíquicas, caso apareçam, estão incluídas neste tópico, de acordo com **Subileau et al. (1977)**.

Na criança, a incapacidade não pode ser considerada definitiva até que se complete todo o seu crescimento.

Como estamos a tratar de Perícia em Foro Cível, as vítimas serão, naturalmente, prejudicadas, menos ou mais, dependendo de fatores extrínsecos à lesão onde deverão ser levadas em conta, principalmente, o gênero, as profissões, a cor, a idade, o “status” da mesma, em estrita correlação com os danos mastigatórios, estéticos e fonéticos decorrentes da perda dentária.

Assim, no Foro Cível, associar o dano, à “limitação da personalidade da vítima”, conforme ensina **Gerin (1957)**. Melhor dizendo, associar o dano à Identidade Social da vítima.

### **Dano extra-patrimonial**

Segundo **Robetti & Iori (1981)**:

Este não causa empobrecimento econômico, mas se caracteriza na condição de sofrimento físico e/ou moral baseados na reduzida capacidade de se manter na precedente atitude de vida, de prazer e realização pessoal.

Diz-se que são danos imensuráveis em valores econômicos.

O Dano Extra-patrimonial pode ser dividido em:

Dano estético:

Dano à vida de relação

Dano moral

“Pretius Doloris”

Prejuízo do prazer

Prejuízo do futuro (prejudice d’avenir)

Ressalta-se que não há interesse em aumentar o número de rubricas “prejuízos” de modo a indenizar mais, pela mesma seqüela.

### **Dano Estético**

Acreditamos termos examinado cuidadosamente este item quando da Revista da Literatura sob o enfoque “Deformidade Permanente” (art.129, § 2º, IV)

Dentre as inúmeras classificações de Dano Estético feitas por diferentes autores, optamos pela elaborada por **Agrestini & Barone (1968)**, que o divide em **Dano à Vida de Relação** e **Dano Moral**.

O **Dano à Vida de Relação** é o Prejuízo, o Dano Social, isto é, é a depreciação social, pois a vítima não se mantém mais no “status quo ante” com reflexos econômicos diretos, naturalmente.

O **Dano Moral** é vergonha e a inferioridade que se sente, o desagrado que se causa, devido à depreciação da função estética; as higienizações de próteses às escondidas; ao fato de a “nova” individualidade física ser diversa do que era, que repercute no psiquismo, parecendo do ponto de vista psíquico, diverso do que realmente é; ao fato de tomar-se feio aos seus olhos e ao dos outros.

### **“Pretium Doloris” (ou “Quantum Doloris”)**

É o preço da dor, o preço da reparação da dor, devido ao trauma, cabendo ao Juiz, fixá-lo.

O “Quantum Doloris” é de avaliação pericial e o “Pretius Doloris” é fixado pelo Juiz.

Trata-se de dano de caráter temporário, estendendo-se do momento do trauma até a cura, referindo-se à dor do momento do trauma; dor das intervenções cirúrgicas, às vezes, iterativas; as dores das anestésias, das imobilizações; dos curativos; da reeducação funcional; da hospitalização; da separação da família; dor da reconstrução dentária; dor de portar prótese; dor de portar aparelho ortopédico de contenção, tão incômodo; as nevralgias dos tratamentos radiculares; etc., conforme ponderações de **Benciolini (1964)**, **Introna (1964)**, **Denoix (1981)**, **Laufer (1981)**, **Robetti & Iori (1981)**.

Em alguns países (Alemanha, Países Baixos), o Prejuízo Estético está incluído do “*Pretius Doloris*”, segundo **Subileau et al. (1977)**, pois o Prejuízo Estético resulta dos sentimentos de sofrimento moral experimentado, do fato da desgraça física, conseqüentes à lesão pessoal.

#### **Prejuízo do Prazer**

É o desagrado sentido pela vítima por não poder dedicar-se às distrações ordinárias, particulares, exigidas das atitudes físicas, próprias, de cada idade.

São as perdas escolares, com as conseqüentes repetências, as perdas das horas de lazer próprias da idade. Todas ocasionadas pelas idas e vindas do tratamento odontológico; o “tempo gasto” no consultório odontológico e com este tratamento, etc., tudo isso associado ao “*Pretius Doloris*”.

Para **Subileau et al. (1977)**, o prejuízo do prazer confunde-se com a incapacidade permanente: assim, os elementos do prejuízo do prazer são os mesmos do prejuízo profissional (aqueles que influenciam o ganho).

A lista de ocupações de lazer e sua prática são fáceis de serem verificadas, tanto pelo perito como pelo Judiciário.

Sob esta rubrica de prejuízo do prazer estão inclusos o prejuízo juvenil e o prejuízo senil.

### **Prejuízo do Futuro**

O prejuízo hipotético, eventual não pode ser indenizado.

O prejuízo do futuro, certo que virá, deve ser avaliado a partir do momento em que se tem a certeza que ele será produzido e que se pode avaliar o “quantum”. Trata-se de critério diagnóstico.

É necessário que se coloque a vítima em situação equivalente àquela em que se encontrava, se o dano não tivesse ocorrido, segundo **Defez & Ambrosini (1984)**.

Na criança isto é impossível, pois sabe-se que, conforme a localização da lesão do germe de dente permanente, devido à avulsão traumática de dente decíduo, será afetado o esmalte ou a coroa do dente permanente.

Pertencem ao prejuízo do futuro, encontrado nos adultos e crianças, as trocas de prótese necessárias aos diferentes passos de tratamento; a longevidade de um reimplante dentário e sua ulterior troca; as mudanças visuais futuras por desenvolvimento facial e dentário anômalos; as anormalidades oclusivas dentárias, etc.

Não se pode negar que determinadas perdas dentárias em crianças e jovens tomam essas vítimas absolutamente incapazes para o exercício de determinadas profissões, devendo ser avaliado como seria a vida delas se o dano não tivesse ocorrido.

As lesões corporais abrangem varias áreas, como Direito, Psicologia, Sociologia, entre outras. As conseqüências das lesões não alcançam apenas um âmbito jurídico. Elas vão muito além, atingindo também o intimo do indivíduo, alcançando-o naquilo que para ele era, outrora, um posto seguro, ou seja, sua imagem, a forma como ele era visto pela sociedade.

Quando uma pessoa sofre uma agressão, sua vida muda de uma forma espantosa. Ela passa a experimentar sensações e discriminações que antes desconhecia. As dificuldades se multiplicam, sendo preciso um longo período de adaptação.

### **ANÁLISE COMPARATIVA COM OUTROS CÓDIGOS PENAIS**

O conceito de lesão corporal possui enfoque propriamente jurídico diferenciado de nação para nação, onde os diferentes episódios relatados, apresentados ou conhecidos recebem conotação com ênfase à cultura do povo e à área do corpo atingida, se constatando diferenças relevantes entre os códigos segundo **Fragoso (1976)**.

#### **CÓDIGO PENAL CHILENO (ARTS. 395-403)**

Pune como lesão corporal a castração maliciosa ou a mutilação de qualquer membro que impeça o indivíduo de executar funções que executava anteriormente ou de valer-se por si mesma.

No caso de lesão grave causada a pessoas constituídas de dignidade, como os sacerdotes por exemplo, ou autoridade pública, a pena pode ser a relegação.

#### **CÓDIGO PENAL ARGENTINO**

No capítulo II determina prisão de um mês a um ano a quem causar dano no corpo ou na saúde de outra pessoa. O artigo 90 determina que a pena será de reclusão ou prisão de um a seis anos se a lesão produzir uma debilitação permanente da saúde, dos sentidos, de um órgão, de um membro ou dificuldade permanente da palavra, ou ainda, se colocar em perigo a vida do ofendido, ou houvera-o inutilizado para o trabalho por mais de 30 dias ou deformidade permanente no rosto. Já o artigo 91 determina a prisão de três a dez anos se a lesão provocar enfermidade mental ou corporal, inutilidade permanente para o trabalho, perda de um sentido, de um órgão, de um membro, da capacidade de raciocinar ou do uso da palavra.

### **CÓDIGO PENAL COLOMBIANO (ARTIGOS 331 E SEGUINTE)**

Destaca a incapacidade para trabalhar ou enfermidade que não ultrapasse trinta dias. Aumenta a pena se passar de trinta dias, não excedendo a noventa dias, e a sanção será de dezoito meses a cinco anos e multa de mil a dez mil pesos. Se a deformidade física for transitória, a pena será de um a seis anos mais multa. A deformidade permanente tem a pena mais valorada. Se afetar o rosto a pena é aumentada de uma terça parte.

Um dano que cause perturbação funcional transitória de órgão ou membro gera pena de sete anos e se a perturbação funcional for permanente a pena será de dois a oito anos, mais multa.

### **CÓDIGO PENAL ESPANHOL (ART. 147)**

Pune a agressão em que o agente se utilize de armas, instrumentos, objetos, meios métodos ou formas perigosas para a vida ou saúde física ou psíquica da vítima.

Sanciona quem causa a outro a perda ou inutilização de um órgão ou membro principal, ou de um sentido, acarretando a impotência, esterelidade, deformidade ou grave enfermidade somática ou psíquica.

### **CÓDIGO PENAL PORTUGUÊS (ART. 143)**

Considera lesão grave a privação de órgão ou membro ou a desfiguração grave ou permanente. Sanciona a perda da capacidade de trabalho intelectual ou de procriação, impedindo a utilização do corpo, dos sentidos e da linguagem.

### **A polêmica nos Exames de Lesões Corporais**

Segundo **Favero (1980)**, o conceito de lesão corporal é um tema polêmico entre os peritos legistas o que causa condutas diferenciadas, as quais acarretam dificuldades adicionais no que tange aplicabilidade do laudo, por parte das autoridades Policiais e Judiciárias. À perícia cabe dizer a causa das lesões, as

condições e circunstâncias várias presentes e que podem agravar o dano, e o seu prognóstico (quantidade, qualidade e sede das lesões). Em se tratando de lesões pessoais, os peritos são e devem ser especialistas, de preferência, cabendo a este o diagnóstico, classificação e o estabelecimento donexo causal, estabelecer a gravidade das mesmas fazendo seus enquadramentos no texto legal, devendo responder com clareza e de forma inteligível todos os quesitos que lhe são pertinentes.

Para avaliação do prejuízo corporal, principalmente, a perícia feita por legistas se torna um meio essencial de prova, se não o único, porque a vistoria "*ad perpetuam rei memoriam*" visa perpetuar certas situações possíveis de serem alteradas no tempo e no espaço. Frente a um periciando, vítima de uma agressão, por exemplo, o legista encontra uma pessoa que se deixa levar por declarações carregadas de vinganças, preocupadas em fazer valer seus direitos, freqüentemente influenciada pelas sugestões, exageros subjetivos, tentando com a simulação ver aumentadas as conseqüências da ação traumática sobre si e assim sendo, na maioria das vezes, os informes dos periciando não são isentos. Usando o termo da Criminalística diríamos que tais declarações são contaminadas.

Para melhor responder aos quesitos pertinentes ao exame de corpo de delito os peritos devem, em primeiro lugar, registrar a sede exata das lesões. Feito isso deverão localizar os ferimentos e suas cicatrizes, por meio de medidas, partindo de pontos fixos e imutáveis de preferência ossos e adotando o método das coordenadas, quando da realização do exame extra-oral. Em contrapartida, na ocasião da avaliação intra-oral deverão ser anotados todos os elementos dentários presentes, com suas respectivas restaurações fazendo menção ao tipo de material empregado. Deve-se ressaltar da mesma forma a ausência de elementos dentários estimando o seu tempo de perda, além de se registrar os tipos de fraturas dentárias que porventura estejam presentes, caracterizando o fato como recente ou antigo.

## **Características Intrínsecas e Extrínsecas dos Diversos Tipos de Deformidades sob o ponto de vista Médico Legal**

### **Visibilidade- Aparência**

Como hoje em dia os costumes reduziram muito as áreas do corpo que são cobertas pela roupa, o exame da vítima tem que ser em repouso e movimento, vestida e desnuda, com e sem prótese, se houver. A dissimulação não a descaracteriza. É diferente uma deformidade visível em uma mulher comum-deformidade esta que a impede de ir à praia, por exemplo – e a mesma deformidade em uma freira que vive enclausurada em sua cela. A deformidade da freira não será vista, está escondida sob sua vestimenta e hábitos solitários, enquanto que deformidade na mulher comum, que usa mini-saia, shorts e vai a praia, clube, etc, é perfeitamente visível.

### **Permanente (Incurável-Irrecuperável)**

Para se determinar a permanência é necessário que se considere a evolução natural da lesão que deu origem ao dano estético, submetida a tratamento comum, sem técnicas especiais ou de exceção, sem artifícios. A permanência vai variar na razão inversa do avanço da ciência. É aquilo que não é suscetível de ser substituído ao nível do processo atual da medicina. O edema, a escoriação, a equimose, entre outros não são deformidades porque não são permanentes, são transitórias. E por isso não é enquadrada neste item e nem considerada qualificadora da lesão pessoal sofrida.

Quanto devemos esperar para definir uma deformidade como permanente?

Há entendimento entre os legistas que sugere o mínimo de um 1 ano para se definir a questão da incurabilidade da enfermidade. É óbvio que devem ser esgotados, neste mínimo de um ano, os exames complementares necessários, sempre comparando os exames sucessivos, principalmente naqueles casos de evolução.

### **De Certo Vulto e de Certa Extensão**

Há a necessidade de que o dano seja de certo vulto, não em relação corporal total, mas sim à sua sede. Uma pequena alteração no corpo pode não ter sentido maior no reflexo, no conceito de terceiros sobre a pessoa que porta tal deformidade.

“De certa extensão” é a dimensão da lesão que a vítima sofre. Como se vê o vulto e a guardam relação entre si.

### **Causar Impressão Vexatória**

Apesar da deformidade não precisar ser horripilante, é entendimento dominante jurisprudência que ela cause um afeamento que gere um sentimento de repulsa ou piedade. A lesão tem que ser vexatória tanto para aquele que a porta quanto para aquele que a observa. É uma característica intrínseca porque é sentida pelo observador e pelo portador.

A repugnância causada constitui sério dano à vida de relação, à vida social, sendo tais vítimas menos aceitas no mercado de trabalho, no ambiente social, havendo diminuição do decoro ou respeitabilidade, redução no prestígio, na capacidade de ganho, na capacidade de inspirar simpatia ou de atrair sexualmente.

A linha cicatricial, que mesmo no rosto, não caracteriza esse tipo de deformidade permanente não foi estabelecida por lei, mas pela jurisprudência. A lesão só constituiria deformidade permanente se fosse no rosto. A visibilidade diz respeito às condições ordinárias do convívio social. E, estas, em cada lugar, variam com tempo.

A permanência da lesão já era exigida pro jurisprudência anterior a 1940. Permanência quer dizer incurabilidade. “*Quer por evolução natural, quer por intervenção comum da arte*”. Se por acaso sobreviver cura que atenuo o dano estético, não há que se falar em deformidade permanente.

Certas condições pessoais também devem ser levadas em conta. Na velhice, por exemplo, as rugas podem esconder uma cicatriz que aparecerá em um rosto jovem. Entretanto, apesar de opiniões em contrário, a profissão e a condição social da vítima não influem. Alguns autores entendem que o vexatório seja: "*Condito sine qua non*" para a definição da deformidade, outros não. O vexatório é uma situação também inserida no subjetivo, na interpretação da lesão. Por isso que o laudo tem que ter discussão e comentário sempre.

Quando se diz que a lesão deva ser vexatória ao portador estamos nos reportando a um elemento subjetivo. Desgosto e desconforto a quem vê é uma agressão, embora também subjetiva, por que depende da tolerância daquele que a vê, ou seja, você vê uma coisa que te agride, que te atinge, te causa mal-estar. O que te causa mal-estar pode não causar a outro.

A piora, o afeamento, deve ser em relação aos seus traços de nascimento e não a algum exemplo de beleza.

As conclusões dos médicos legistas fazem inclinar a balança Temis: de um trabalho errado ou mal feito, surgirá sentença judicial injusta, com conseqüências imprevisíveis.

### **CARACTERÍSTICAS EXTRÍNSECAS**

Extrínseco é tudo aquilo que é exterior, ou seja, o que vem de fora, que não pertence à essência daquilo que é estudado. São elementos extrínsecos da deformidade o status, o gênero, a idade, a profissão, a cor da pele, a beleza anterior e a cultura do indivíduo. São extrínsecos porque, apesar de não pertencerem à definição do que é deformidade, exercem uma influência primordial para a caracterização da gravidade da lesão. Os elementos extrínsecos da deformidade têm maior importância no âmbito do Direito Civil, para a determinação de indenização. Sob o ponto de vista cível, duas coisas devem ser levadas em consideração na hora de se determinar a indenização devida: em primeiro lugar deve-se determinar despesa real, efetiva, que a pessoa teve com o

tratamento da deformidade ou lesão sofrida. Em segundo lugar é o dano moral que a lesão sempre acarreta em quem a sofre. Dano este que será discutido oportunamente.

## **STATUS**

Consiste na posição que o indivíduo ocupa na sociedade. Não se confunde com profissão e nem com classe social. O status carrega a imagem pública de uma pessoa e por isso é direito da personalidade. Algumas marcas, lesões, podem levar a um julgamento negativo daquele que as porta, podendo, assim prejudicar e até mesmo diminuir o seu status na sociedade.

O segmento social que a pessoa pertence guarda estreita relação com o conceito de deformidade. Por exemplo, a perda de um dente por parte de um indivíduo humilde que já possui poucos não gera para ele grandes embaraços, permanecendo seu status social inalterado. O mesmo não acontece se um conceituado repórter televisivo, que precisa passar ao público uma boa imagem, sofre a perda dentária supra-referida. Seu status, caso apareça na televisão sem unidade dentária, estará gravemente ameaçado.

## **GÊNERO**

O gênero a que pertence a vítima da lesão é de suma importância para a determinação de sua gravidade, isso por que a estética corporal feminina e a masculina são encaradas de modo diferenciado na nossa sociedade.

No conceito da nossa civilização determinadas deformidades em localizações diversas podem ter maior realce no corpo feminino que no corpo masculino, isso porque a sociedade impôs sobre a mulher a obrigação de ser bela. Vemos isso todos os dias através de anúncios de empregos que exigem boa aparência, etc. Todas essas coisas exercem sobre a mulher uma terrível pressão psicológica fazendo com que ela se sinta na obrigação de se encaixar no modelo de beleza adotado pela sociedade moderna. Quando isso não acontece, várias

podem ser as conseqüências, indo desde uma depressão clínica aguda até as doenças menos conhecidas como a bulimia e a anorexia.

### **IDADE**

Muitas são as razões pelas quais a idade é importante na determinação da lesão deformante. Em primeiro lugar, se a criança é muito pequena, algumas lesões que aparentem ser permanentes podem ficar bastante atenuadas a medida que ela cresce. Ou até sumir.

Além disso, quando criança o indivíduo não está maduro psicologicamente. A lesão pode ser muito mais traumatizante do que em um adulto, podendo caracterizar, além da atual deformidade, um prejuízo futuro à sua psique. Além de possivelmente causar um prejuízo financeiro futuro à criança, barrando seu ingresso no mercado de trabalho.

Quanto menor a idade da pessoa maior será seu constrangimento quanto à deformidade de que é vítima. Entretanto, é importante que o indivíduo, apesar de tenra idade, possua consciência do significado daquele prejuízo à sua imagem, ao seu feitio corporal. Uma deformidade permanente em um incapaz, por exemplo, não terá o mesmo significado, a mesma abrangência, daquela que um adulto consciente, ou, nesse caso, uma criança consciente é vítima.

### **PROFISSÃO**

No quesito profissão o avitamento econômico, consistente na perda da capacidade, devido à lesão, para exercer uma profissão anterior melhor remunerada, tendo o indivíduo que se contentar em exercer trabalho menos rentoso, deve ser cumulado com dano estético. Quando tal coisa acontece, houve uma depreciação íntima, estética e financeira, que devem, sem dúvida, ser ressarcidas.

Desde que a lesão acabe inibindo relativa e absolutamente o exercício profissional, ela deve ser levada em conta para efeito de reparação de dano. A

lesão na mão de uma sapateadora é muito menos lesiva do que a mesma lesão na mão de um pianista.

### **COR DA PELE**

A cor da pele interfere muito no que diz respeito à formação do quelóide, podendo reconstituir-se a forma, mas não a cor da pele como nas queimaduras.

Pessoas da raça negra têm tendência à formação de quelóides ou cicatrizes hipertróficas, como também, algumas pessoas de pele clara.

### **BELEZA ANTERIOR**

É importante para que se possa avaliar o prejuízo estético sofrido pela vítima, já que será o elemento que trará à disposição do juízo a verdadeira dimensão e gravidade do dano sofrido. É imprescindível que a deformidade cause um afeamento do indivíduo, afeamento este que será medido de acordo com a sua beleza anterior e não segundo algum padrão de beleza pré-estabelecido pela sociedade.

Em qualquer caso de pedido de indenização por dano estético, deve o julgador conhecer a conformação física anterior da vítima para que possa, justamente, decidir se houve ou não prejuízo considerável, determinando assim a quantia indenizatória cabível.

### **CULTURA**

A cultura e a interpretação que será dada à lesão pela sociedade deve ser levada em conta porque o juízo que se faz da deformidade permanente é indubitavelmente um conceito cultural. Tomemos como exemplo hipotético o caso de um jovem africano que sofre uma lesão na mão por causa de um ritual de iniciação à vida adulta não se sentirá lesado, ao contrário, sentir-se-à orgulhoso. Entretanto, se mesma lesão for sofrida por um jovem canadense, por exemplo, sua conotação será negativa. Perderá ela o sentido de conquista de respeito e

entrada no mundo dos adultos que tem para o jovem africano para assumir um contexto de uma ferida incômoda e vexatória para o jovem norte-americano.

No primeiro caso, não será nem mesmo cogitada a possibilidade de ressarcimento pelo dano sofrido, porque na verdade, trata-se de um evento ansiosamente aguardado pelos jovens da tribo.

## Anexo 2

Face o grande número de opiniões diferentes sobre o assunto devido a grande complexibilidade das avaliações cabe demonstrar a divergência entre os autores em função das mais variadas tabelas:

**Duenas in Beltran**, citado por **Arbenz (1998)**, apresenta o seguinte critério numérico:

	Valor Fonético	Valor Estético	Valor Mastigatório
Incisivo central	100	100	40
Incisivo lateral	90	90	40
Canino	80	80	70
Primeiro Pré-molar	70	50	60
Segundo Pré-molar	60	40	70
Primeiro molar	00	00	50
Segundo molar	00	00	40
Terceiro molar	00	00	00

FONTE: **Duenas in Beltran in Arbenz (1998)**

Para **Mamlock in De Michellis (1984)**, para 100% da total integridade e moral função mastigatória, o valor correspondente a cada dente é:

DENTES	PORCENTAGEM (%)
Incisivo centrais	2
Incisivo laterais	1
Caninos	3
Pré-molares	3
Primeiro e segundo molares	5
Terceiro molar	3

$25\% \times 4 = 100\%$

FONTE: **Mamlock in De Michellis (1984)**,

Para **Hentze in De Michellis (1984)**,

DENTES	PORCENTAGEM (%)
Incisivo centrais	1
Incisivo laterais	1
Caninos	2
Primeiro pré-molar	3
Segundopré-molar	3
Primeiro molar	5
Segundo molar	5
Terceiro molar	3

FONTE: **Hentze in De Michellis (1984)**.

Para **Messina in De Michellis (1984)**, considerado 100% a função normal de uma dentadura íntegra, atribui a cada dente, os seguintes valores:

DENTES	superiores	inferiores
Incisivo centrais	2	1
Incisivo laterais	1	2
Caninos	2	2
Primeiro pré-molar	3	3
Segundopré-molar	3	3
Primeiro molar	5	5
Segundo molar	5	5
Terceiro molar	4	4

FONTE: **Messina in De Michellis (1984)**,

**Miceli & D'Ambrosio in De Michellis (1984)**, considerando a capacidade mastigatória igual à 100% , atribuíram os seguintes valores aos diversos dentes:

DENTES	PORCENTAGEM (%)
Incisivo centrais e laterais	0,50
Caninos	1,00
Pré-molares	1,25
Primeiro e segundo molares	2,50
Terceiro molar	2,00

FONTE: **Miceli & D'Ambrosio in De Michellis (1984)**.

Mori in De Michellis (1984), para valorização funcional dos dentes, propõe os seguintes valores:

DENTES	superiores	inferiores
Incisivo centrais	2	1
Incisivo laterais	1	2
Caninos	3	3
Primeiro pré-molar	4	4
Segundo pré-molar	5	5
Primeiro molar	8	8
Segundo molar	8	8
Terceiro molar	6	6

FONTE: Mori in De Michellis (1984)

Justifica o autor que o incisivo central inferior, sendo menor que o homólogo dente superior, articula somente com este; o oitavo dente superior sendo menor que o homólogo inferior, somente articula com este último; entretanto todos os outros dentes da arcada superior articulam com dois opostos.

Assim a perda anatômica de um dente, que não seja o oitavo superior ou o primeiro inferior, determina uma perturbação funcional permanente de três dentes. O inconveniente desta tabela é não dar valores percentuais.

Segundo este autor, numa articulação dentária normal, cada dente articula com dois antagonistas: dois terços com o antagonista homóloga e um terço com o antagonista vizinho.

Distingue-se, assim, catorze trígonos dentários: sete com base superior e sete com base inferior, sendo cada trígono formado por três elementos: dois antagonistas contra um e dos dois, um é compreendido por dois terços e o outro, por um terço (De Michellis 1984).

Admite-se assim, que a perda de um só dente debilita a função mastigatória e/ou fonética. Na verdade, devemos ter em mente que a perda de

qualquer dente corresponde à perda funcional do antagonista e até dos dentes vizinhos, segundo **De Michellis (1984)**.

Para **Chiarini in De Michellis (1984)**, o dano estético e para os:

DENTES	porcentagem
Incisivos e caninos	75
pré-molares	20
molares	5

FONTE: **Chiarini in De Michellis (1984)**.

Para **Lambusta in De Michellis (1984)**, o dano estético por perda dentária em porcentagem é:

DENTES	porcentagem
Incisivos central e lateral	1,0
Canino	0,5
Primeiro pré-molar	0,25

FONTE: **Lambusta in De Michellis (1984)**.

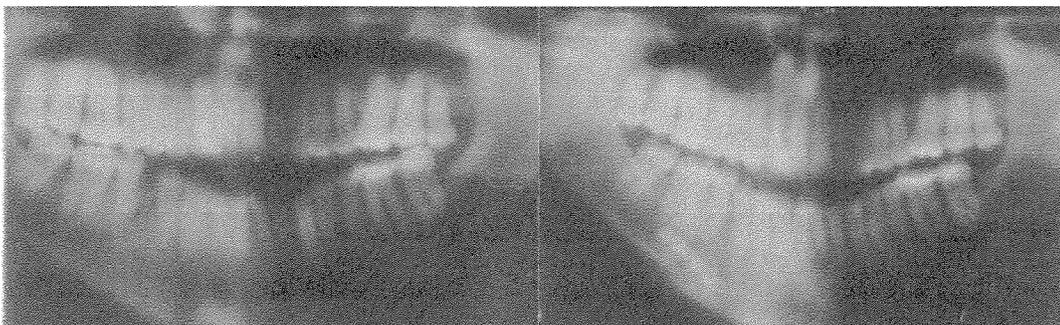
Segundo **De Michellis (1984)**, a porcentagem de invalidez mastigatória decorrente da perda de todos ou de parte dos elementos dentários é:

DENTES	Porcentagem
Incisivo central	0,50
Incisivo lateral	2,25
Canino	1,00
Primeiro e Segundo pré-molar	0,50 cada um
Primeiro e Segundo molar	1,50 cada um
Terceiro molar	0,50
Perda de todos os dentes	25,0

FONTE: **De Michellis (1984)**.

## Anexo 3

### Caso 1



Vítima de: Agressão física a socos

Queixa Principal: dificuldade na mastigação

De acordo com o exame clínico observamos:

- Fratura do corpo da mandíbula do lado direito diagnosticada à apalpação;
- Os segmentos distal e proximal da fratura apresentavam-se com grande mobilidade;
- Limitação da abertura bucal.

Na análise radiográfica observa-se:

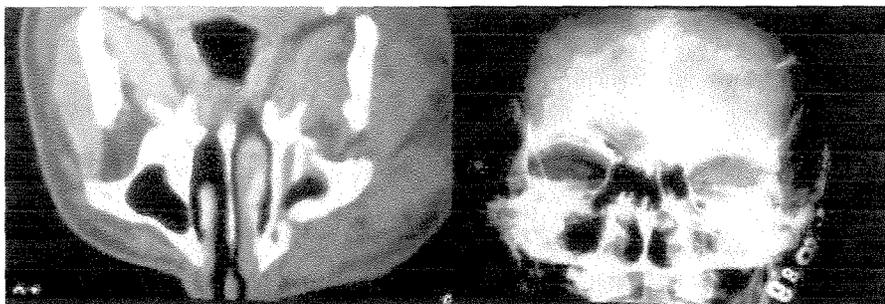
Presença de imagem radiolúcida endereçada à região de corpo de mandíbula do lado direito envolvendo o primeiro molar e segundo pré-molar deste lado, indicando a presença de fratura nesta região.

Do lado esquerdo, no ramo da mandíbula, observamos imagem radiolúcida caracterizando presença de fratura.

Devido à análise clínica, radiológica e documental estabeleceu-se:

- nexos causal à época deste exame;
- debilidade da função mastigatória.

## Caso 2



Vítima de: Agressão a socos

Queixa Principal: Limitação da abertura bucal

De acordo com o exame clínico observamos:

- Limitação severa da abertura bucal;
- No exame à apalpação observamos degrau no bordo inferior da órbita do lado esquerdo sugestivo de sinal de fratura;
- Presença de equimose no bordo inferior da órbita esquerda.

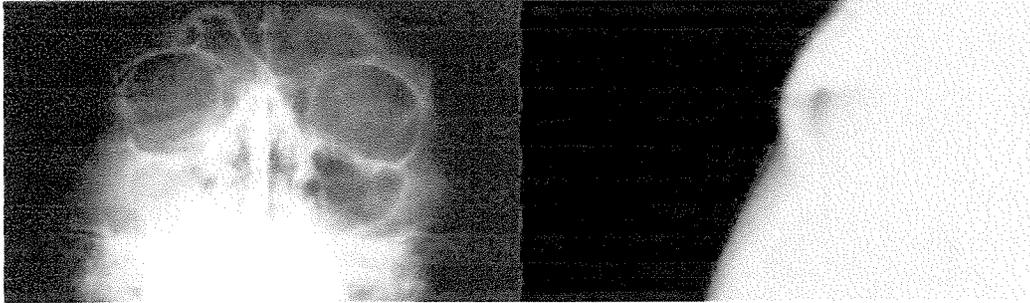
Na análise radiográfica observa-se:

Imagem radiolúcida localizada na parte medial do bordo inferior da órbita do lado esquerdo, bem como imagem semelhante junto à sutura fronto-malar.

Devido à análise clínica, radiológica e documental estabeleceu-se:

- nexo causal à época deste exame;
- debilidade da função mastigatória ;
- deformidade estética.

### CASO 3



Vítima de: Agressão a socos

Queixa Principal: Limitação da abertura bucal

De acordo com o exame clínico observamos:

- Limitação severa da abertura bucal;
- No exame à apalpação observamos degrau no bordo inferior da órbita do lado direito sugestivo de sinal de fratura;

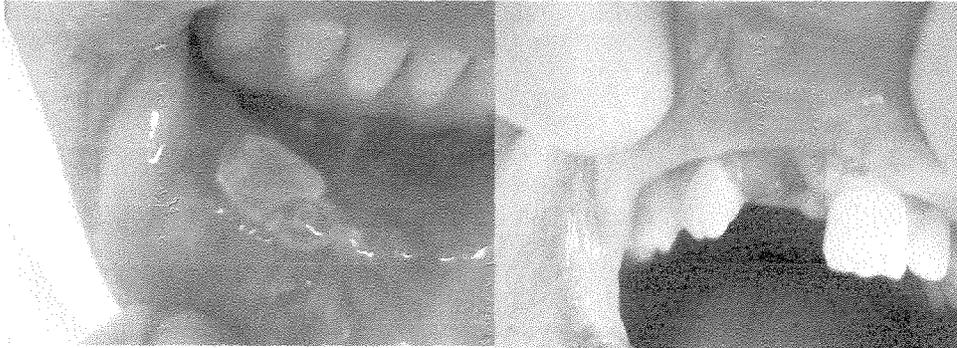
Na análise radiográfica observa-se:

Imagem radiolúcida localizada na parte medial do bordo inferior da órbita do lado direito, bem como imagem semelhante em dois pontos no arco zigomático correspondente.

Devido à análise clínica, radiológica e documental estabeleceu-se:

- nexa causal à época deste exame;
- debilidade da função mastigatória ;
- deformidade estética.

#### Caso 4



Vítima de: Agressão a socos

Queixa Principal: Limitação da abertura bucal

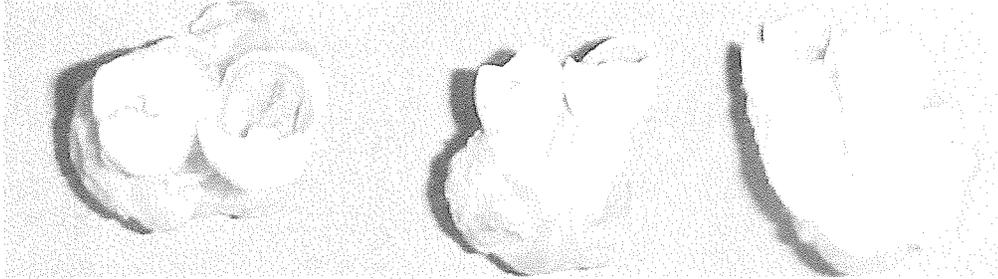
De acordo com o exame clínico observamos:

- Abertura bucal normal;
- Ausência do incisivo central superior direito com seu alvéolo em fase final de regeneração, o que caracteriza fato recente;
- Presença de equimose no bordo inferior da órbita direita, associada a um derrame subconjuntival deste mesmo lábio, não sendo constatada a apalpação, características sugestivas de fratura no presente rebordo orbitário;
- Presença de úlcera traumática endereçada ao lábio inferior próximo à linha média, com características de lesão recente;
- Movimentos mandibulares preservados.

Devido à análise clínica e documental apresentada estabeleceu-se:

- nexo causal à época deste exame;
- debilidade da função mastigatória ;
- deformidade estética.

## Caso 5



Queixa Principal: Perda de dois elementos dentários superiores

De acordo com o exame clínico observamos:

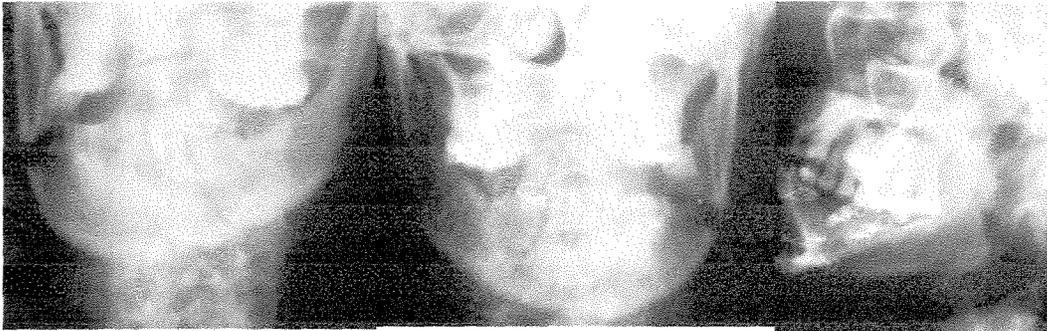
- Abertura bucal normal;
- Ausência do segundo e do terceiro molares superiores direitos com seu alvéolo em fase final de regeneração, o que caracteriza fato recente;
- Movimentos mandibulares preservados.

Devido à análise clínica e documental apresentada estabeleceu-se:

- nexo causal à época deste exame;
- debilidade da função mastigatória .

PS: Cabe ressaltar que o presente caso não se tratou de erro profissional, mas sim exercício ilegal da profissão, como constatado no processo investigativo.

## Caso 6



Queixa Principal: Perda de vários elementos dentários superiores e inferiores

De acordo com o exame clínico observamos:

- Abertura bucal parcialmente limitada;
- Na mandíbula observamos: presença de canino do lado direito a canino do lado esquerdo, o restante dos elementos encontram-se ausentes com seus alvéolos totalmente regenerados;
- Movimentos mandibulares prejudicados
- Na maxila: ausência de canino direito a canino esquerdo com seus alvéolos totalmente regenerados.
- Foi observado desvio da linha média.

De acordo com a análise radiográfica observamos:

- Presença de imagem radiolúcida endereçada ao corpo da mandíbula do lado direito e sínfise característico de fratura;
- Do lado esquerdo observamos a presença de imagem radiolúcida a nível de região mentoniana característica de fratura.

Devido à análise clínica, radiológica e documental apresentada estabeleceu-se:

- nexo causal à época deste exame;
- debilidade da função mastigatória;
- deformidade estética.

## Caso 7



Queixa Principal: Perda de vários elementos dentários superiores e inferiores, e fratura do maxilar inferior.

De acordo com o exame clínico observamos:

- Abertura bucal normal;
- Na mandíbula observamos: ausência total dos elementos dentários com seus alvéolos totalmente regenerados, além de ser observado a presença de mini-placa situada no corpo da mandíbula do lado direito, com exposição da mesma para a face lingual;
  - Movimentos mandibulares preservados;
- Na maxila: ausência total dos elementos dentários com seus alvéolos totalmente regenerados;
  - Foi observado desvio da linha média;
  - A nível extra-oral observamos a presença de cicatriz cirúrgica de aproximadamente 40mm.

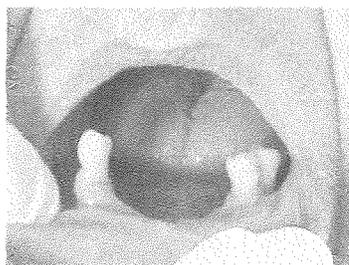
De acordo com a análise tomográfica observamos:

- Do lado esquerdo observamos a presença de imagem radiopaca a nível de corpo da mandíbula do lado direito com características de mini-placa que são comumente utilizadas nos casos cirúrgicos.

Devido à análise clínica, tomográfica e documental apresentada estabeleceu-se:

- nexo causal à época deste exame;
- debilidade da função mastigatória;
- deformidade estética.

## Caso 8



Queixa Principal: Quebra de prótese e amolecimento de dois dentes inferiores

De acordo com o exame clínico observamos:

- Abertura bucal normal;
- Na mandíbula observamos: canino do lado direito hígido, pré-molares do lado esquerdo com acentuada mobilidade, com sinal característico de fratura de rebordo alveolar. O restante dos elementos dentários encontram-se ausentes, tanto no plano inferior como no superior, com seus alvéolos totalmente regenerados;
- Movimentos mandibulares preservados.

Devido à análise clínica, radiológica e documental apresentada estabeleceu-se:

- nexo causal à época deste exame;
- debilidade da função mastigatória;

P.S.: Face à ausência de vários elementos dentários anterior ao evento, não pôde se estabelecer a deformidade estética pertinente, contudo, cabe esclarecer que sua debilidade da função mastigatória viu-se agravada em decorrência do fato.

## Caso 9



Queixa Principal: Amolecimento de dentes inferiores

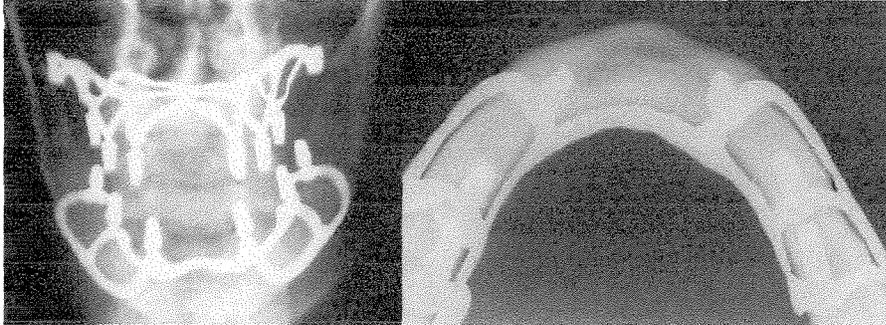
De acordo com o exame clínico observamos:

- Abertura bucal parcialmente limitada;
- Na mandíbula observamos: presença de aparato ortodôntico endereçado aos incisivos central do lado direito e incisivos do lado esquerdo;
- Movimentos mandibulares prejudicados;
- Na maxila: ausência dos terceiros molares, o restante dos elementos encontram-se presentes e hígidos.

Devido à análise clínica e documental apresentada estabeleceu-se:

- nexa causal à época deste exame;
- debilidade da função mastigatória;
- deformidade estética.

## Caso 10



Queixa Principal: Presença de infecção no maxilar inferior

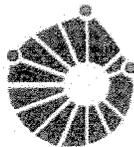
De acordo com o exame clínico observamos:

- Abertura bucal parcialmente prejudicada;
- Ausência de todos elementos dentários tanto no plano superior como no inferior;
- Movimentos mandibulares prejudicados;
- Presença, no corpo da mandíbula do lado esquerdo, de fistula extra-oral ocasionada por uma osteomielite originada pela pressão exercida pelo aparato implantado sobre pressão na mandíbula em ambos os lados.

Devido à análise clínica, radiográfica e documental apresentada estabeleceu-se:

- nexo causal à época deste exame;
- debilidade da função mastigatória;
- deformidade estética.

PS: Cabe ressaltar que o presente caso não se tratou de erro profissional, mas sim exercício ilegal da profissão, como constatado no processo investigativo.



UNICAMP

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
**CERTIFICADO**



Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "A importância da odontologia legal no exame de corpo de delito", sob o protocolo nº **018/2003**, do Pesquisador **Jorge Aberto de Abreu Cintra**, sob a responsabilidade da Profa. Dra. **Dagmar de Paula Queluz**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - FOP.

Piracicaba, 03 de julho de 2003

We certify that the research project with title "The importance of the legal dentistry in the exam of prof of evidence", protocol nº **018/2003**, by Researcher **Jorge Aberto de Abreu Cintra**, responsibility by Prof. Dr. **Dagmar de Paula Queluz**, is in agreement with the Resolution 196/96 from National Committee of Health/Health Department (BR) and was approved by the Ethical Committee in Research at the Piracicaba Dentistry School/UNICAMP (State University of Campinas).

Piracicaba, SP, Brazil, July 03 2003

*Pedro F. F.*  
Prof. Dr. **Pedro Luiz Rosalen**

Secretário  
CEP/FOP/UNICAMP

*Antonio Bento Alves de Moraes*  
Prof. Dr. **Antonio-Bento Alves de Moraes**

Coordenador  
CEP/FOP/UNICAMP