

Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL

ISSN 2359-3466

<http://www.portalabol.com.br/rbol>



Odontologia Legal

ANÁLISE DE LESÕES OROFACIAIS REGISTRADAS NO INSTITUTO MÉDICO-LEGAL DE SÃO LUÍS (MA), NO PERÍODO DE 2011-2013

Analysis of orofacial injuries recorded in the Forensic Medicine Institute of São Luís (MA), from 2011 to 2013

Magda Lyce Rodrigues CAMPOS¹, José Ferreira COSTA², Salen Marchesi de ALMEIDA³, Fábio DELWING³, Frederico Mamede Santos FURTADO³, Laíse Nascimento Correia LIMA².

1. Graduada em Odontologia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil.

2. Professor da Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil.

3. Odontologista, Instituto Médico Legal, São Luís, Maranhão, Brasil.

Informação sobre o artigo

Recebido: 13 Jun 2016

Aceito em: 15 Jul 2016

Autor para correspondência

Laíse Nascimento Correia Lima
Universidade Federal do Maranhão
Departamento de Odontologia I
Av. dos Portugueses, 1966 - Bacanga, São Luís - MA.
CEP: 65080-805
Email: laiselima@msn.com.

RESUMO

Introdução: Os traumas são causas comuns de morbidades e mortalidade da população mundial. Um dos mais prevalentes é o bucomaxilofacial, pois a face é uma região muito exposta e pouco protegida. Traumas faciais podem resultar em lesões de tecidos moles e fraturas ósseas, causando graves complicações e até danos irreversíveis, e seu autor deve ser enquadrado corretamente segundo a legislação brasileira. Objetivo: Analisar o perfil das vítimas, as causas, as características das lesões orofaciais, bem como o profissional responsável pela perícia e a classificação da lesão de acordo com o artigo 129 do Código Penal Brasileiro. Método: Foram analisados laudos emitidos por médicos e odontologistas do Instituto Médico Legal da cidade de São Luís (MA), no ano de 2011 à 2013 de vítimas acometidas por lesões orofaciais. Resultados: Os resultados demonstraram que o sexo masculino foi o mais atingido (55,4%), a faixa etária mais envolvida foi 20-29 anos (40,3%), a etiologia principal foi agressão física (73,4%), a lesão mais frequente foi escoriação (25,3%) e a região mais acometida da face foi a orbitária (26%). O profissional que mais emitiu laudos foi o médico-legista (90,8%). Das lesões orofaciais qualificadas (39,8%), 23,0% resultaram em debilidade da função mastigatória, 4,5% em debilidade da função mastigatória e estética e 22,3% em deformidade permanente. Conclusão: Conclui-se que é grande o número de lesões orofaciais registradas no IML de São Luís e que essas lesões foram avaliadas mais criteriosamente pelo odontologista, ressaltando-se, com isso, a fundamental atuação desse profissional nas perícias dessa natureza.

PALAVRAS-CHAVE

Odontologia Legal; Traumatismos Faciais; Prova Pericial.

INTRODUÇÃO

Os traumatismos são causas comuns de morbidades e mortalidade da população mundial. Estima-se que os traumas sejam responsáveis por cerca de 16 mil óbitos por dia e, para cada pessoa que morre, milhares ficam lesadas com sequelas permanentes¹. No Brasil, nos últimos anos, o número de traumatismos aumentou, reflexo do crescimento da violência urbana e de trânsito. No período de janeiro/2011 a agosto/2013 foram registrados aproximadamente 15.200 óbitos por acidentes de trânsito e 6.500 óbitos por agressões físicas. Cerca de 480.000 pessoas foram internadas vítimas de acidentes de trânsito e 130.500 vítimas de agressões².

Dentre os traumas corporais, o bucomaxilofacial é um dos mais prevalentes, uma vez que a face é uma região muito exposta e pouco protegida³. Causados principalmente por acidentes com veículos, agressões interpessoais e quedas, os traumas faciais podem resultar em lesões de tecidos moles e fraturas ósseas, podendo também associar-se a outras lesões mais graves do corpo humano^{4,5}. Outros fatores etiológicos comuns são acidentes de trabalho e por esportes, acidentes com animais e erros odontológicos⁶.

O sexo masculino é frequentemente mais atingido pelos traumas faciais^{7,8} sendo isso justificado pelo maior envolvimento em acidentes de trânsito, brigas e práticas de esportes que predis põem lesões⁹. Contudo, ao longo dos anos, os traumatismos

envolvendo mulheres vêm aumentando, principalmente os traumas oriundos de violência doméstica^{8,10,11}. Dentre as lesões na face, as mais comuns são os traumatismos alvéolo dentais, lacerações, contusões, escoriações de pele e fraturas ósseas⁴. Com relação às fraturas, a mandíbula é o osso mais acometido^{5,6}. As lesões que envolvem o complexo dentoalveolar merecem destaque, pois podem causar imediato dano funcional, estético e fonético à vítima¹².

As agressões físicas são passíveis de enquadramento no capítulo de lesões corporais, previsto no Código Penal brasileiro¹³, que caracteriza lesão corporal, no seu artigo 129, como “*ofender a integridade corporal ou saúde de outrem*”, elencando nos seus dois primeiros parágrafos, possíveis prejuízos advindos da lesão, o que doutrinariamente as tornam lesões entendidas como graves ou gravíssimas, respectivamente. As lesões corporais de natureza grave ocasionam às vítimas incapacidade para ocupações habituais por mais de trinta dias, perigo de vida, debilidade permanente de membro, sentido ou função e/ou aceleração de parto. As lesões corporais de natureza gravíssima trazem como consequência incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, perda ou inutilização de membro, sentido ou função e/ou deformidade permanente. A lesão é classificada como leve quando são inexistentes as consequências mencionadas nos parágrafos 1º e 2º do referido artigo¹⁴.

Por se constituir um crime que deixa vestígios, as lesões corporais são objeto de perícia, um procedimento que, nesse caso, visa comprovar a ofensa à integridade física ou à saúde da vítima e o seu grau de intensidade, uma vez que as penalidades previstas ao agressor variam conforme o agravo provocado. No entanto, se o causador da lesão não o faz de forma intencional, essa lesão é dita culposa, não se enquadrando como leve, grave ou gravíssima, tendo uma penalidade mais branda. Por serem de natureza biológica, perícias de lesões corporais, nos processos criminais, são obrigatoriamente realizadas por médicos e/ou odontologistas, nos limites de suas áreas de atuação. No entanto, tais profissionais qualificam as lesões de acordo com as consequências por elas geradas, elencadas nos incisos presentes no artigo 129, cabendo ao magistrado, enquadrá-las como leve, grave ou gravíssima, mediante livre manifestação fundamentada^{13,14,15}.

Diante de todos os pormenores que envolvem a correta descrição da lesão para uma penalidade justa, conforme a lei, para o seu agressor, faz-se necessária uma minuciosa perícia. O conhecimento e diagnóstico dos danos, oriundos dos traumas bucomaxilofaciais, de acordo com o nível de comprometimento e localização, são de fundamental importância para o enquadramento correto no artigo 129 do Código Penal Brasileiro.

Destarte, propôs-se, no presente estudo, analisar o perfil das vítimas, as causas e características das lesões orofaciais, assim como o seu enquadramento, seguindo os incisos presentes no artigo 129 do Código Penal

Brasileiro, registrados nos laudos do Instituto Médico-Legal de São Luís (MA), do ano de 2011 a 2013.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo. A pesquisa foi realizada no Instituto Médico-Legal (IML) de São Luís, Maranhão, onde foram analisados todos os laudos emitidos pelos médicos-legistas e odontologistas, no período de janeiro de 2011 a outubro de 2013, de vítimas acometidas com lesões orofaciais.

Foram observados os aspectos éticos no que diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, conforme recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Portanto, o protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão e aprovado sob parecer número 696.835/2014.

Os dados coletados e analisados foram: sexo, faixa etária, agente etiológico, tipo de lesão, localização da lesão, profissional que realizou o exame de corpo delito e respostas aos quesitos correspondentes ao Art. 129 do Código Penal.

A partir dos resultados, foi elaborada uma distribuição de frequências de todas as variáveis abordadas no estudo e apresentadas em tabelas, quadros ou gráficos para caracterização da amostra e análise descritiva dos dados.

RESULTADOS

Foram analisados 2.891 laudos com lesões orofaciais correspondendo a 8% do total de laudos de lesão corporal emitidos pelo IML-São Luís nestes 3 anos. Destes, 1.603 dos periciados eram homens (55,4%) e 1.288 mulheres (46,6%). Em relação à procedência, 2.108 pessoas (72,9%) eram residentes em São Luís, 570 (19,7%) em outras cidades do Maranhão e em 213 laudos (7,4%) não havia registrada a cidade do periciado.

A faixa etária mais atingida foi dos 20 aos 29 anos (40,3%). Não foi verificada nenhuma lesão orofacial em maiores de 90 anos, contudo, 71 laudos não tinham esse dado registrado.

A principal causa das lesões foi agressão física com 2.122 registros (73,4%), sendo 1.113 (52,5%) em mulheres e 1.009 (47,5%) em homens, seguido de acidente de trânsito, com 738 registros (25,5%) e 27 quedas (0,9%). Foram realizados 4 (0,1%) exames *ad cautelam* (perícia admissional ao preso no sistema prisional), classificados como “outros” na pesquisa (Gráfico 1).

As lesões mais frequentes foram: escoriação com 731 registros (25,3%),

equimose com 582 (20,1%) e tumefação com 337 (11,7%). Foram registradas 123 lesões dentais, 4,3% do total das lesões (Tabela 1).

As regiões mais acometidas foram a orbital (24,9%), frontal (15,7%), labial (12,5%) e zigomática (12,5%) (Tabela 2). Ocorreram 177 fraturas, sendo 40 na maxila, 38 nos ossos nasais e 32 no osso frontal. As demais áreas acometidas pelas fraturas estão descritas na tabela 3.

As lesões dentais distribuíram-se conforme o gráfico 2. Dos 123 casos registrados, 34,1% corresponderam a avulsões e 31,7% a fraturas. Os acidentes foram a causa de 74,8% dessas lesões e as agressões físicas originaram 19,3%. O sexo masculino foi afetado em 87,2% dos registros. Do total de lesões envolvendo elementos dentais, 35,8% foram avaliadas apenas pelos médicos-legistas.

De todos os exames periciais, 2.624 (90,8%) foram realizados por médicos-legistas, nenhum apenas pelo odontologista e 267 (9,2%) por ambos os profissionais. Foram solicitados 566 exames complementares para posterior emissão dos laudos complementares finais.

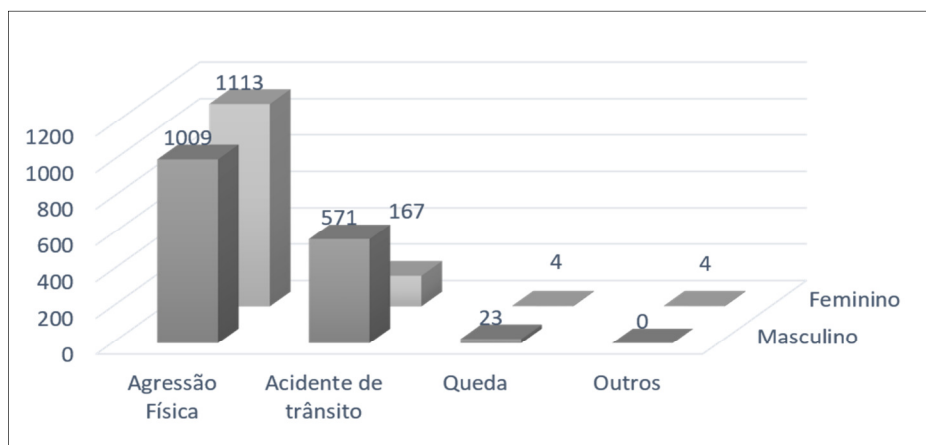


Gráfico 1 – Número de lesões orofaciais em função da etiologia, por sexo.

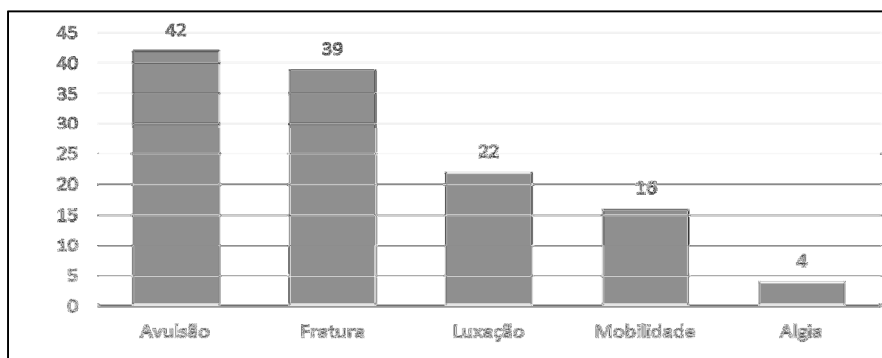


Gráfico 2 – Número de lesões dentais registradas, em função da classificação.

Referente ao Art.129 do Código Penal Brasileiro, 463 laudos possuíam “sim” como resposta ao quesito “resultou incapacidade para ocupações habituais por mais de trinta dias” e 115 ao quesito “resultou perigo de vida”. Apenas 264 laudos consideraram a ocorrência de “debilidade da função mastigatória”, e 52 de “debilidade da função mastigatória e estética”. A “deformidade permanente” foi positiva em 256 laudos.

Tabela 1 - Distribuição do número de lesões orofaciais por tipo.

Tipo de Lesão	n	%
Escoriação	731	25,3%
Equimose	582	20,1%
Tumefação	337	11,7%
Lesão contusa	325	11,2%
Cicatriz	251	8,7%
Hematoma	192	6,6%
Fratura	177	6,1%
Lesões dentais	123	4,3%
Lesão cortocontusa	60	2,1%
Lesão incisiva	58	2,0%
Bossa sanguínea	20	0,7%
Queimadura	16	0,6%
Rubefação	15	0,5%
Não descritas/outras	4	0,1%
Total	2891	100%

n = 2891

Tabela 2 - Distribuição do número de lesões orofaciais pela localização.

Localização da Lesão	n	%
Orbital	721	24,9%
Frontal	454	15,7%
Labial	361	12,5%
Zigomática	360	12,5%
Nasal	258	8,9%
Cervical	134	4,6%
Bucinatoria	121	4,2%
Mandibular	108	3,7%
Auricular	75	2,6%
Mentual	57	2,0%
Maxilar	56	1,9%
Hemiface	40	1,4%
Masseterina	20	0,7%
Assoalho da boca	2	0,1%
Mastoidea	1	0,0%
Não descritas/outras	123	4,3%
Total	2891	100%

n = 2891

Tabela 3 – Distribuição do número de fraturas por localização.

Localização da Fratura	n	%
Maxilar	40	22,6%
Nasal	38	21,5%
Frontal	32	18,1%
Mandibular	28	15,8%
Orbital	20	11,3%
Zigomática	12	6,8%
Hemiface	4	2,3%
Cervical	3	1,7%
Total	177	100%

n = 177

DISCUSSÃO

O sexo masculino, nessa pesquisa, foi mais atingido, sendo 55,4% das ocorrências de lesões orofaciais, sugerindo assim maior exposição desse grupo a agentes traumatizantes, como acidentes de trânsito e brigas. Carvalho *et al.* (2010)⁶, analisando 335 prontuários de pacientes com trauma facial tratados pelo Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço de um Hospital-Escola, verificaram que 79,7% da população estudada eram homens, em concordância com Camarini *et al.* (2004)³, que analisaram 1945 prontuários de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico decorrente de traumatismos bucomaxilofaciais, os quais 67,8% eram do sexo masculino.

A faixa etária mais frequente acometida por lesões no período estudado foi de 20 a 29 anos (40,3%), seguida de 30 a 39 anos (23,1%). Considera-se, assim, que a população adulta jovem é a mais propensa a lesões orofaciais, pois estão na fase mais produtiva e ativa da vida. Um estudo realizado em 2003, por Wulkan *et al.*¹⁶, no Pronto Socorro da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia em São Paulo, verificou que a maior incidência de traumatismos faciais foi na faixa etária de 20 a 39 anos.

A agressão física foi a etiologia mais frequente (73,4%) e as mulheres foram um pouco mais lesadas por esse agente (52,5%). Brasil e Mousse (2015)¹⁷ analisando 1604 perícias realizadas por odontologistas no IML de Feira de Santana-BA, destacaram a perícia de lesão corporal como a predominante entre as demais realizadas por este perito, com 59,9% de

ocorrência no período de 2007 a 2014. Mota¹⁸ aponta que os homens são mais propensos a serem vítimas de violência fatal, geralmente oriundas de homicídios e acidentes de trânsito, enquanto as mulheres são mais vítimas de agressão relacionadas a violência familiar, com menor índice de mortalidade, o que corroborou com a presente pesquisa, que demonstrou maior percentual de acidentes de trânsito envolvendo o sexo masculino (77,4%). Embora muitos homens sejam vítimas de agressões oriundas de suas companheiras, a maior parte da violência doméstica é contra as mulheres¹⁹. Silva *et al.*²⁰ encontraram uma diferença significativa na associação de sexo e ocorrência de violência interpessoal, sendo os homens (61,8%) mais atingidos. No que concerne à violência proveniente de agressão, o número de mulheres envolvidas neste estudo foi quase igual ao de homens, o que pressupõe que a população feminina tem denunciado episódios de violência sofridos, principalmente após a aprovação da Lei Maria da Penha²¹.

A segunda maior causa dos traumas orofaciais foram os acidentes de trânsito, com o predomínio de vítimas do sexo masculino (77,3%). Carvalho *et al.*⁶ obtiveram em seu estudo a violência interpessoal como fator etiológico mais comum, acometendo mais homens, sendo constatado que 62,6% desses homens estavam alcoolizados. Do mesmo modo, estavam sob efeito de álcool, 45,6% dos homens vítimas dos acidentes automobilísticos registrados do estudo supracitado. A associação com substâncias como álcool e drogas pode aumentar o risco

de traumas, seja por acidentes de trânsito ou por agressões. E, apesar do aumento de mulheres, tanto como motoristas quanto como consumidoras de tais substâncias, os homens continuam sendo os maiores envolvidos nas lesões resultantes de acidentes de trânsito, justificado pelo fato de que abusam mais do álcool e/ou drogas antes de dirigirem.

As lesões mais frequentes foram escoriação, equimose e tumefação, e as localizações mais comuns foram orbitária, frontal e labial. Associando esse dado ao agente mais comum, que foi agressão física, pode-se dizer que essas regiões são mais vulneráveis em situações de briga e violência interpessoal.

Além dos danos em tecidos moles, a intensidade do trauma pode resultar em fraturas ósseas. No presente estudo foram registradas 177 fraturas, sendo 165 (93,2%) no sexo masculino. Macedo *et al.*²², em uma pesquisa com 711 vítimas de traumas, atendidos na Unidade de Emergência de um hospital em Brasília, verificaram que 72% dos pacientes eram homens. As maxilas (22,6%) e os ossos nasais (21,5%) foram os mais acometidos, confirmando a vulnerabilidade dessa região a traumas, por sua maior exposição na face.

Das lesões dentais encontradas, a mais registrada foi avulsão, seguida da fratura, corroborando com um estudo que avaliou 172 pacientes do Serviço de Trauma Dentário da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, que teve a avulsão como injúria mais frequente (26,63%), acompanhada das fraturas em esmalte e dentina (12,08%)²³.

Segundo a Lei 5.081/66²⁴ compete ao cirurgião-dentista “proceder a perícia

odontolegal em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa”. O estabelecimento da competência do profissional da Odontologia no âmbito pericial é reforçado ainda pela Lei 12.030/09²², cujo artigo 5º traz “[...] são peritos de natureza criminal os peritos criminais, peritos médico-legistas e **peritos odontolegistas** com formação superior específica detalhada em regulamento, de acordo com a necessidade de cada órgão e **por área de atuação profissional**” (grifo nosso).

Dos exames periciais realizados no IML de São Luís estudados nessa pesquisa, 90,8% foram realizados pelos médicos-legistas. Por se tratarem de lesões orofaciais, o odontolegista é tecnicamente o mais capacitado para avaliar e interpretar tais lesões²⁶, além de ser o profissional responsável por analisar as questões criminais que envolvem aspectos odontológicos nos diversos tipos de perícia²⁷. No período avaliado não houve registros de laudos assinados apenas por este. Como havia lesões associadas a outras partes do corpo no mesmo periciando, o exame era feito a princípio pelo médico. Contudo, constatou-se que muitos médicos emitiram o laudo sem a devida e necessária avaliação orofacial por um perito odontolegista.

No estado do Maranhão o cargo de odontolegista foi criado há 30 anos. No entanto, somente em 2014, o primeiro concurso possibilitou a nomeação de 5 peritos odontolegistas oficiais, todos lotados na capital do estado, que possui duas outras unidades no interior. Logo após a criação do cargo, as perícias eram

realizadas por 2 policiais civis com formação em Odontologia, designados para tal função. Com a saída de tais profissionais e na ausência de concurso, o estado recorreu a 2 peritos *ad hoc*, com formação especializada em Odontologia Legal, que permaneceram na função até a entrada dos peritos concursados.

Não obstante, convém destacar que o considerável número de perícias envolvendo áreas de atuação inerentes ao cirurgião-dentista aliado a carência de peritos em Odontologia e ausência de peritos oficiais concursados, contribuiu para que muitas das perícias odontológicas fossem realizadas por médicos-legistas. Sugere-se, portanto, novas pesquisas para reavaliar os dados sugeridos no presente estudo, considerando o advento dos novos profissionais concursados.

Das 44 lesões dentais avaliadas apenas pelos médicos-legistas (35,8%), 10 não foram consideradas debilidade mastigatória e fonética e/ou deformidade permanente, sendo 5 avulsões, 4 mobilidades de dentes e 1 fratura. Sabe-se que a perda de um elemento dental ou de parte dele afeta a mastigação, e, por vezes, a fonética e a estética do lesado. Sendo assim, o enquadramento de lesões com essas características, no artigo 129, deveria remeter, no mínimo, a lesão grave. Tal caracterização não foi apontada pelos profissionais da medicina, o que pode ser entendido como desconhecimento dos prejuízos advindos da perda ou danos a estruturas dentais, uma vez que esta não é a sua área de formação/atuação.

Nas perícias em que o odontologista foi solicitado, as lesões dentais foram

consideradas como resultantes em debilidade de função mastigatória. Dessa forma, percebe-se a importância vital do conhecimento técnico-científico especializado e da presença deste profissional nos IMLs²⁸, ora destacando-se a avaliação de danos a região orofacial, principalmente intrabucais, para que as lesões que acometam essa área, em especial, as dentais, sejam devidamente caracterizadas, uma vez que a perda de um elemento dental ou parte dele prejudica todo o complexo bucal.

Contudo, é importante destacar que o enquadramento dos danos causados às vítimas, nos incisos presentes no artigo 129 do Código Penal é feito quando as lesões são dolosas. No entanto, no momento da perícia, não há a constatação efetiva se a lesão foi dolosa ou culposa, não sendo também função do perito médico/dentista fazer essa distinção, embora esta informação pode constar no histórico do laudo. Cabe ao profissional classificar a lesão e ao magistrado, após a elucidação total dos fatos, enquadrar o fato que gerou a lesão em culposo ou doloso. Como a verificação da ocorrência de culpa ou dolo por parte do agressor pode ocorrer em momento posterior à perícia, é oportuno que todas as lesões, independente da sua motivação, sejam previamente classificadas.

CONCLUSÃO

Diante do estudo realizado nos registros do IML de São Luís (MA), no período de 2011 a 2013, a principal etiologia das lesões orofaciais foi agressão física, sendo o sexo masculino o mais atingido e a faixa etária de 20-29 anos a mais frequente.

Os principais tipos de lesões encontradas foram escoriação, equimose e tumefação, e as regiões mais acometidas foram orbitária, frontal e labial.

A maioria dos exames periciais foi realizada apenas pelos médicos-legistas, mesmo quando era cabível e necessária a avaliação pelo odontologista. O

enquadramento das lesões orofaciais nos incisos do artigo 129, principalmente das ocorridas no sistema estomatognático, em especial as dentais, foi diferente para os peritos médicos e cirurgiões-dentistas, sendo mais criteriosamente e rigorosamente avaliadas pelos odontologistas.

ABSTRACT

Introduction: Traumas are common causes of morbidities and mortality in world's population. Maxillofacial trauma is one of the most prevalent, because face is very exposed and unprotected. Facial trauma can result in soft tissue injuries and bone fractures, causing serious complications and even permanent damages, making necessary the appropriate legal framework of attackers. Objective: To analyze the profile of the victims, reason and the characteristics of orofacial lesions recorded in Forensic Medicine Institute data, São Luís (MA), Brazil, between years of 2011 to 2013, as well as the professional responsible for expertise (doctors and dentists) and classifications in accordance with Article 129 of the Brazilian Penal Code. Methods: It were analyzed reports issued by doctors and dentistry in the period of 2011 to 2013, for affected patients with orofacial injuries. Results: Results showed that male sex was the most affected (55,4%), age most involved was 20-29 years (40,3%), the main etiology was physical aggression (73,4%), the most common injury was abrasion (25,3%) and the region most affected was the orbital (24,9%). The professional that issued more reports was the coroner (90,8%). Between the qualified orofacial lesions (39,8%), 23,0% resulted in weakness of masticatory function, 4,5% in weakness of masticatory function and aesthetics and 22,3% in permanent deformity. Conclusion: It was concluded that the number of orofacial injuries registered in the IML of São Luís data was great and these lesions were evaluated more critically by forensics dentists, requiring their presence of this professional.

KEYWORDS

Forensic Dentistry; Facial Injuries; Expert Testimony.

REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The global burden of injuries. *Am J Public Health*. 2000; 90:523-6. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.90.4.523>.
2. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Epidemiológica e morbidade, 2013. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/er>. Acesso em: 28 de outubro de 2014.
3. Camarini ET, Pavan AJ, Filho LI, Barbosa CEB. Estudo epidemiológico dos traumatismos bucomaxilofaciais na região metropolitana de Maringá-PR entre os anos de 1997 e 2003. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2004; 4(2):131-5.
4. Mota VC, Aguiar EG, Dutra CEA. Levantamento sobre os atendimentos

- de trauma facial. RGO. 2001; 49(4):187-90.
5. Filho OLN, Valente C, Koslowski K. Etiologia e incidência das fraturas faciais: análise de 152 casos. Revista da Universidade Vale do Rio Verde. 2012; 10(1): 117-23. <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrv.2012.10.1.117123>.
 6. Carvalho TBO, Cancian LRL, Marques CG, Piatto VB, Manigiam JV, Molina FD. Six years of facial trauma care: an epidemiological analysis of 355 cases. Braz J Otorhinolaryngol. 2010; 76(5): 565-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942010000500006>.
 7. Conto F, Santos RS, Rodhen R, Nicolini IC. Levantamento epidemiológico das fraturas de face no hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS. RFO UPF. 2003; 8(2): 80-84.
 8. Nedel AP, Nedel F, Conceição L, Silva RHA, Lund RG. Prevalência de lesões corporais em região orofacial registrados no Instituto Médico Legal de Pelotas/RS. In: XIII Congresso de Iniciação Científica, 2009, Pelotas. XIII Congresso de Iniciação Científica, 2009.
 9. Roselino LMR, Bregagnolo LA, Pardinho MABS, Chiaperini A, Bérnago AL, Santi LN, *et al.* Danos buco-maxilo-faciais em homens da região de Ribeirão Preto (SP) entre 1988 e 2002. Odontologia, Ciência E Saúde – Revista do CROMG. 2009; 10(2):71-7.
 10. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise de lesões em mulheres. Cad Saúde Pública. 2006; 22(12): 2567-73. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200007>.
 11. Rezende EJC, Araújo TM, Moraes MAS, Santana JSS, Radicchi R. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10(2): 202-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000200008>.
 12. Góes KKH, Ribeiro ED, Lima Júnior JL, Neto JMS. Avaliando os traumatismos dento-alveolare: revisão de literatura. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2005; 5(1): 21-6.
 13. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal Brasileiro. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/deceto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 14 de março de 2014.
 14. Nucci GS. Código Penal Comentado. 13 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.
 15. Lima RB. Curso de Processo Penal. Rio de Janeiro: Impetus, 2013.
 16. Wulkan M, Parreira Jr JG, Botter DA. Epidemiologia do trauma facial. Rev Assoc Med Bras. 2005; 519(5): 290-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302005000500022>.
 17. Brasil JAC, Mousse JO. Caracterização da perícia odontolegal em Instituto Médico Legal do interior da Bahia. RBOL. 2015; 2(2): 35-47. <http://dx.doi.org/10.21117/rbol.v2i2.37>.
 18. Mota JC. Violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo: Estudo em um serviço de atenção especializado [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
 19. Chiaperini A, Bérnago AL, Bregagnolo LA, Bregagnolo JC, Watanabe MGC, Silva RHA. Correlações presentes entre danos bucomaxilofaciais e lesões

- corporais em mulheres: uma revisão de literatura. *Saúde, Ética & Justiça*. 2008; 13(2): 72-8. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v13i2p72-78>.
20. Silva CJP, Ferreira EF, Paula LPP, Naves MD, Gomes VE. Perfil dos traumas maxilofaciais em vítimas de violência interpessoal: uma análise retrospectiva dos casos registrados em um hospital público de Belo Horizonte (MG). *Cad Saúde Colet*. 2011; 19(1):33-40.
21. Brasil. Lei 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do Art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 08 ago 2006, p. 1.
22. Macedo JL, Camargo LM, Almeida PF, Rosa SC. Perfil epidemiológico do trauma de face dos pacientes atendidos no Pronto Socorro de um Hospital Público. *Rev Col Bra Cir*. 2008; 35(1): 9-13.
23. Souza-Filho FJ, Soares AJ, Gomes BPF, Zaia AA, Ferraz CCR, Almeida JFA. Avaliação das injúrias dentárias observadas no Centro de Trauma Dental da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp. *RFO*. 2009; 14(2): 111-6.
24. Brasil. Decreto de Lei 5.081, de 24 de agosto de 1966. Regula o exercício da Odontologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 ago 1966, p. 9843.
25. Brasil. Decreto de Lei 12.030, de 17 de setembro de 2009. Dispõe sobre as perícias oficiais e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 set 2009, p. 1.
26. Leite MM, Amorim ACO, Gomes TD, Prado MM, Silva RF. A Importância da Atuação do Odontologista no Processo de Identificação Humana de Vítimas de Desastre Aéreo. *Rev Odontol Bras Central*. 2011; 20(52): 52-58.
27. Silva RF, Daruge Junior E, Pereira SDR, Almeida SM, Oliveira RN. Identificação de cadáver carbonizado utilizando documentação odontológica. *Rev Odonto Ciênc*. 2008; 23(1):90-3.
28. Ribas-e-Silva V, Terada ASSD, Silva RHA. A importância do conhecimento especializado do cirurgião-dentista nas equipes de perícia oficial do Brasil. *RBOL*. 2015; 2(1):68-90. <http://dx.doi.org/10.21117/rbol.v2i1.22>.