

ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO BUCO MAXILO FACIAL FRENTE À FRATURA DE MANDÍBULA CAUSADA POR VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MULHERES: Uma revisão de literatura

PERFORMANCE OF THE ORAL MAXILLOFACIAL SURGEON IN FRONT OF JAW FRACTURE CAUSED BY DOMESTIC VIOLENCE IN WOMEN: A literature review

Juliana Barbosa Machado da Silva*

Larissa Martins Rodrigues*

Mariane Michels**

Resumo: O ato de violência contra a mulher é responsável por promover o sofrimento social, psicológico e físico. Na maioria dos casos, o ato é precedido de ameaças, repressão ou privação arbitrária de liberdade, ocorrendo em vida pública ou privada. A violência contra a mulher tem maior incidência em face, com intuito de causar dor e humilhação, gerando um domínio sobre a vítima, depreciando sua imagem e tornando-a submissa. No Brasil a cada 4 minutos uma mulher é agredida e os principais agressores são parceiros (65,6%), seguido de ex-companheiros (24,2%), conhecidos (8,73%) e desconhecidos (1,47%). São inúmeros os traumas causados pela violência, sendo classificados em traumas dentários, periodontais e ósseos. A detração mais recorrente em violência contra a mulher são fraturas de mandíbula, e isso se deve pela proeminência dos ossos faciais. Dentro deste contexto, o objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão de literatura acerca do tratamento cirúrgico de fratura de mandíbula e discorrer sobre a violência de gênero que pode resultar em complicações como esta, além da atuação do cirurgião buco maxilo facial frente à escolha da melhor conduta de tratamento e auxílio à vítima. A pesquisa dos artigos foi realizada através das bases de dados do PUBMED, SCIELO, GOOGLE SCHOLAR entre os anos de 2020 a 2023, em português e inglês. Conclui-se que os casos de violência doméstica aumentam progressivamente e a falta de impunidade contra o agressor dificulta a denúncia por parte da vítima.

Palavras-chave: fraturas maxilomandibulares; traumatismos maxilofaciais; violência contra a mulher.

Abstract: The act of violence against women is characterized by damaging or promoting physical, sexual or psychological suffering, resulting in threats, repression or arbitrary deprivation of liberty, occurring in public or private life. The aim of the present work is to carry out a literature review about the surgical treatment of mandibular fractures. The search for articles was carried out through the PUBMED, SCIELO, GOOGLE SCHOLAR database between the years 2020 to 2023, in Portuguese and English. Violence against women has a greater predilection in the face region, causing pain and humiliation, generating dominance over the victim, depreciating her image and making her submissive. Every 4 minutes a woman is assaulted and the main aggressors are partners (65.6%), followed by ex-partners (24.2%), acquaintances (8.73%) and unknowns (1.47%). There are countless traumas caused by violence, being classified as dental trauma, periodontal trauma and bone

*Aluna do 9º período do curso de Odontologia da Universidade de Sorocaba.

**Docente do curso de Odontologia da Universidade de Sorocaba. mariane.michels@prof.uniso.br

trauma. The most recurrent detractor in violence against women is mandible fractures, this is due to the prominence of the facial bones. It is concluded that the numbers of domestic violence have been progressively increasing and the lack of impunity against the aggressor makes it difficult for the victim to report it. Studies also point out the importance of the maxillofacial surgeon when choosing the best treatment approach.

Keywords: jaw fractures; maxillofacial injuries; violence against women.

1 INTRODUÇÃO

O abuso deliberado de forma repetitiva, realizado por um membro da família, pode ser considerado violência doméstica. Atualmente, o termo utilizado para agressões em mulheres passou a ser violência de gênero (REZENDE *et al.*, 2007). As lesões faciais em mulheres estão entre o primeiro e segundo lugar das violências físicas no Brasil, atingindo tecidos moles e fraturas do complexo maxilomandibular (GARCEZ *et al.*, 2019).

O processo de dominação gradativa é construído desde a fase de acúmulo de tensão, que consiste no período de violência gradual, a fase da explosão onde ocorre ataques de fúria e agressões graves, até a fase da “lua de mel”, na qual a vítima escuta palavras de arrependimento após episódios recorrentes de agressão, como uma forma de compensar o ocorrido. (CÂNDIDO, 2018 *apud* AQUINO, 2020).

O perfil da vítima que sofre a violência tem um certo padrão, acompanhada de vergonha, constrangimento e até mesmo codependência emocional com os agressores (AQUINO, 2020).

De acordo com o estudo de Garbin *et al.* (2006), pesquisas direcionadas ao atendimento primário de mulheres que sofreram violência doméstica, mostram que a região de cabeça e pescoço é a mais atingida em casos de agressão física, tendo como resultado fraturas, contusões, queimaduras, entre outras lesões.

As fraturas de mandíbula ocorrem na maioria dos casos de trauma maxilofaciais. Isso ocorre porque o osso mandibular é o mais proeminente dos ossos faciais (RAVIKUMAR; BHOJ, 2019). Nos casos de violência doméstica em mulheres, a face da vítima é uma preferência dos agressores, que tem como objetivo a humilhação, através de um ferimento visível (GARBIN *et al.*, 2006).

Acidentes de trânsito, agressões físicas, uso de armas, acidentes domésticos ou desportivos, são os fatores etiológicos mais comuns das fraturas de mandíbula. O exame clínico do paciente é a principal avaliação necessária para se obter um diagnóstico de fratura, podendo ter como auxílio exames de imagem, como radiografias e tomografia computadorizada de face, exame esse que inclusive possibilitam o planejamento cirúrgico nos casos necessários (CARVALHO *et al.*, 2022). A estabilização e a imobilização da fratura, em alguns casos, são a base do tratamento desse tipo de trauma, onde o objetivo é restabelecer a oclusão dentária prévia à lesão, evitar infecções e sequelas, podendo ser realizada de forma aberta ou fechada (BARROS *et al.*, 2021).

A falta de impunidade contra o agressor faz com que se torne cada vez mais difícil a denúncia por parte da vítima. Consequentemente, o silêncio se torna constante, acompanhado pelo medo e a repressão.

Uma abordagem precisa das fraturas de mandíbula, é importante para que a vítima do trauma tenha uma qualidade de vida igual ou semelhante a qual apresentava antes do incidente. As vítimas de violência doméstica, vão apresentar

fatores psicológicos decorrentes da violência que sofreram, sendo assim, devolver funções e estéticas no pós-operatório minimiza o sofrimento desse perfil de paciente.

Realizar a conscientização da sociedade perante o assunto de violência doméstica, reeducar as crianças para que futuramente, se tornem cidadãos de respeito e empatia frente ao próximo, são ações que ajudam a minimizar os casos de violência. Além disso, o apoio integral com a vítima se torna imprescindível, promovendo ajuda psicológica, amparo e reparação do dano.

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo relatar o tratamento cirúrgico de fratura de mandíbula, decorrente de violência doméstica contra mulheres, através de uma revisão de literatura.

2 DESENVOLVIMENTO

Em 1993 durante a proclamação da Declaração sobre a eliminação da violência contra a mulher, na Assembleia Geral das Nações Unidas, o 1º artigo define tal ato como:

Qualquer ato de violência baseado no gênero que tenha ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para a mulher, bem como ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, quer ocorram na vida pública ou privada. (NAÇÕES UNIDAS, 1994, p. 2).

Depois de inúmeras manifestações e revogações acerca das leis no Brasil que não protegiam as mulheres, no dia 07 de agosto de 2006, foi sancionada a Lei Maria da Penha que visa a prevenção e a coibição da violência doméstica e familiar contra a mulher em conformidade com a Constituição Federal (art. 226, § 8º). (IMP, 2018).

Segundo Silva, Gonzaga e Barbosa (2021):

No Brasil, as estatísticas referentes às agressões contra a mulher nos últimos anos apontam que 23% delas estão suscetíveis a sofrer algum tipo de agressão. É possível utilizar parâmetros de que a cada 4 minutos uma mulher é agredida, sendo seus parceiros/companheiros caracterizados como os principais agressores (65,6%), seguido dos ex-companheiros (24,2%), conhecidos (8,73%) ou desconhecidos (1,47%). Em termos quantitativos, um estudo indicou que a maior parte das agressões ocorreram no interior dos domicílios (61,2%), sendo marcadas por episódios repetitivos por se tratar de um ambiente familiar, restrito e privado, e decorrente dessa razão há menor probabilidade de interrupção de terceiros, sendo 52,2% dessas agressões durante a noite.

Nos casos de violência doméstica em mulheres, a face da vítima é uma preferência dos agressores, que tem como objetivo a humilhação, através de um ferimento visível (GARBIN *et al.*, 2006).

Sendo assim, são incontáveis os traumas associados a lesões de face causadas pela violência. Referente aos traumas dentários, as lesões em tecidos duros podem acometer a polpa dentária, fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina sem exposição pulpar, fratura de coroa e raiz com ou sem complicações. (CASTRO, 2011 *apud* SILVA; GONZAGA; BARBOSA, 2021).

Quanto aos tecidos periodontais, traumas envolvem concussão, subluxação, luxação extrusiva, luxação intrusiva, luxação lateral e avulsão, podendo aumentar a proporção devido aos danos estéticos. Nos tecidos ósseos, as fraturas podem acometer a parede alveolar, processo alveolar, mandíbula, maxila, processo zigomático e órbita. (CHAVES *et al.*, 2018 apud SILVA; GONZAGA; BARBOSA, 2021).

A detração em tecidos moles na face são as mais prevalentes, isso se deve pela razão da cabeça ser uma área desprotegida e durante um ato conflituoso, a predileção da área é justamente uma tentativa de provocar marcas para denegrir a autoimagem da vítima (DOURADO *et al.*, 2015 apud SILVA; GONZAGA; BARBOSA, 2021).

Silva, Gonzaga e Barbosa (2021) ainda relatando sobre os traumas, especificam que os tecidos mais acometidos são os tecidos moles no terço inferior ou médio da face. Ainda citam que as lesões são caracterizadas por erosão, hematoma, edema, ulcerações e lesões corto-contusas, seguidas por fraturas dentárias.

Além disso, foram registrados casos de laceração de frênulos labiais ou lingual devido à violência sexual, características de traumas diretos. Quanto aos tecidos periodontais, a concussão, subluxação, luxação extrusiva e intrusiva são as afecções que apresentam maior percentual de ocorrências e em menor ocorrência é o trauma de avulsão. (SILVA; GONZAGA; BARBOSA, 2021).

De acordo com o estudo de Garbin *et al.* (2006), pesquisas direcionadas ao atendimento primário de mulheres que sofreram violência doméstica, mostram que a região de cabeça e pescoço é a mais atingida em casos de agressão física, tendo como resultado fraturas, contusões, queimaduras, entre outras lesões.

A “preferência” pela face das vítimas é relacionada ao simbolismo de humilhação, causada pelo agressor, com objetivo de tornar visível a lesão, atingindo a beleza feminina incisivamente. (GARBIN *et al.*, 2006).

As lesões encontradas são consequências das diversas formas de agressão como socos, principalmente na região de olhos e mandíbula, assim como coices, pontapés e tiros. (GARBIN *et al.*, 2006).

O trauma facial além de trazer consequências emocionais, levam a possibilidade de deformidade facial, além de ser uma das principais causas de mortalidade e morbidade no mundo. (GARBIN *et al.*, 2006).

As deformidades faciais podem ocorrer pela exposição da pele e ossos faciais durante os atos de agressão (ARENEGA *et al.*, 2010 apud PEREIRA *et al.*, 2022).

As revisões de literatura não são precisas quanto a epidemiologia do trauma mandibular devido à variação demográfica, geográfica, econômica, configuração civil e militar. É necessário também levar em consideração o grau de desenvolvimento em que o país se encontra para realizar uma incidência epidemiológica frente ao trauma abordado.

Quanto à etiologia, as causas mais comuns da fratura de mandíbula são colisões de veículos automotivos e agressões. Outras causas de lesões faciais abrangem práticas de esportes, acidentes laborais e queda da própria altura (MILLORO *et al.*, 2016).

Cirurgiões Buco Maxilo Faciais convivem diariamente dentro de hospitais de pronto socorro ou pronto atendimento, atendendo mulheres que sofreram algum tipo de violência doméstica e que apresentam situações de trauma na região de crânio, face e pescoço.

Sendo considerado de domínio multidisciplinar, o trauma facial pode abranger especialidades dentro do centro cirúrgico como cirurgias Buco Maxilo Faciais, neurocirurgias, cirurgias plásticas e oftalmológicas (PEREIRA *et al.*, 2022).

As agressões físicas envolvendo a região facial ocasionam grande número de alterações anatômicas ou funcionais permanentes. Algumas pacientes vítimas da violência relatam que traumas estéticos complexos originam a perda de função e deformações. Além disso, é notório as consequências emocionais e morais (COSTA, 2012 *apud* PEREIRA *et al.*, 2019).

Quanto à anatomia, é de conhecimento que a mandíbula é o único osso da face que apresenta mobilidade, uma fratura nessa região não passa despercebida. Pacientes relatam algias que se intensificam com movimentos mastigatórios, respiratórios e são causas de assimetrias faciais. (PEREIRA *et al.*, 2019).

A mandíbula é o maior osso da face e se localiza no terço inferior, classificada como uma estrutura do viscerocrânio, sua união às outras estruturas ósseas do crânio ocorre através da articulação temporomandibular (ATM), classificada como uma articulação sinovial, composta pelo côndilo, conhecido também como cabeça da mandíbula, fossa mandibular, ambas estruturas ósseas revestidas por fibrocartilagem e um disco articular, que se encontra entre as duas estruturas ósseas citadas. (LIMA; FABRIS, 2022).

Com o formato de uma ferradura na horizontal, é formada por uma abertura posterior, denominado corpo, seguido por dois prolongamentos nas extremidades livres, denominados ramos, o ângulo uni o corpo ao ramo, possui outras estruturas como a sínfise, o processo coronóide, o côndilo e o processo alveolar. Próximo ao ângulo da mandíbula, encontra-se a tuberosidade massetérica e o músculo masseter. (LIMA; FABRIS, 2022).

A mandíbula possui um canal, denominado de canal mandibular, localizado na face medial do ramo, atravessando o osso de forma oblíqua anteroinferior, onde o nervo alveolar inferior, artérias e veias percorrem, iniciando no forame mandibular e estendendo-se até a região dos pré-molares, formando uma bifurcação nos canais incisivos e mentoniano (LIMA; FABRIS, 2022).

Dentre suas funções estão a mastigação, deglutição, fonação e manutenção da oclusão dentária, sendo assim, quando ocorre uma fratura nessa região, é motivo de causa de dor que piora a mastigação, compromete a fonação, movimentos respiratórios e pode apresentar assimetrias faciais. Fraturas mandibulares podem provocar deformidades através dos deslocamentos ou perdas ósseas não restauradas, seguidas por alterações de oclusão dentária ou da articulação temporomandibular. É importante ressaltar que, caso não sejam identificadas ou tratadas inadequadamente, as lesões podem levar a complicações graves na parte estética e funcional. (CAMARGO *et al.*, 2012 *apud* PEREIRA *et al.*, 2019).

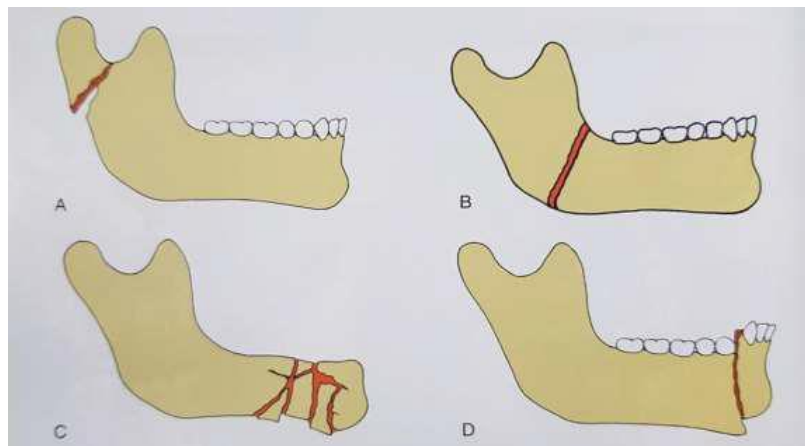
Segundo o estudo de Haug, Prather, Indresano (1990 *apud* MILLORO *et al.*, 2016) a incidência do trauma de fratura mandibular destacou o trauma em região de corpo da mandíbula com 29,5% dos casos, enquanto no ângulo somava 27,3%, côndilo 21,1%, sínfise 19,5%, ramo 2,4% e o menos incidente no processo coronóide com uma porcentagem de 0,2%.

Hupp; Tucker; Ellis (2009) *apud* Lima; Fabris (2022), relatam que as fraturas de mandíbula podem ser classificadas em favoráveis e desfavoráveis, dependendo do ângulo e da força de tração muscular proximal e distal da fratura. Quando a linha de fratura e a força de tração muscular resistem ao deslocamento é considerada uma fratura favorável, mas, quando a tração muscular causa um deslocamento dos segmentos fraturados é chamada então de fratura desfavorável. A biomecânica das

fraturas verticais favoráveis de mandíbula é aquela que, segundo Milloro *et al.* (2016), resiste à tração medial do músculo pterigóideo medial, no fragmento proximal quando incidido no plano vertical. São inúmeras as classificações para as fraturas de mandíbula, segundo Aguiar (1972 *apud* ROJAS, 2021) é possível classificar como (figura 2):

- A) Fratura em galho verde, onde a fratura em ossos flexíveis é incompleta;
- B) Fratura simples, fratura na qual o osso é completamente quebrado, porém não há exposição ao meio;
- C) Fratura cominutiva onde o osso é fraturado em múltiplos fragmentos;
- D) Fratura composta que resulta em comunicação do osso fraturado com o meio externo.

FIGURA 1: Classificação das fraturas pela condição do fragmento ósseo e possível comunicação com meio externo. A: galho verde; B: simples; C: cominutiva; D: composta.



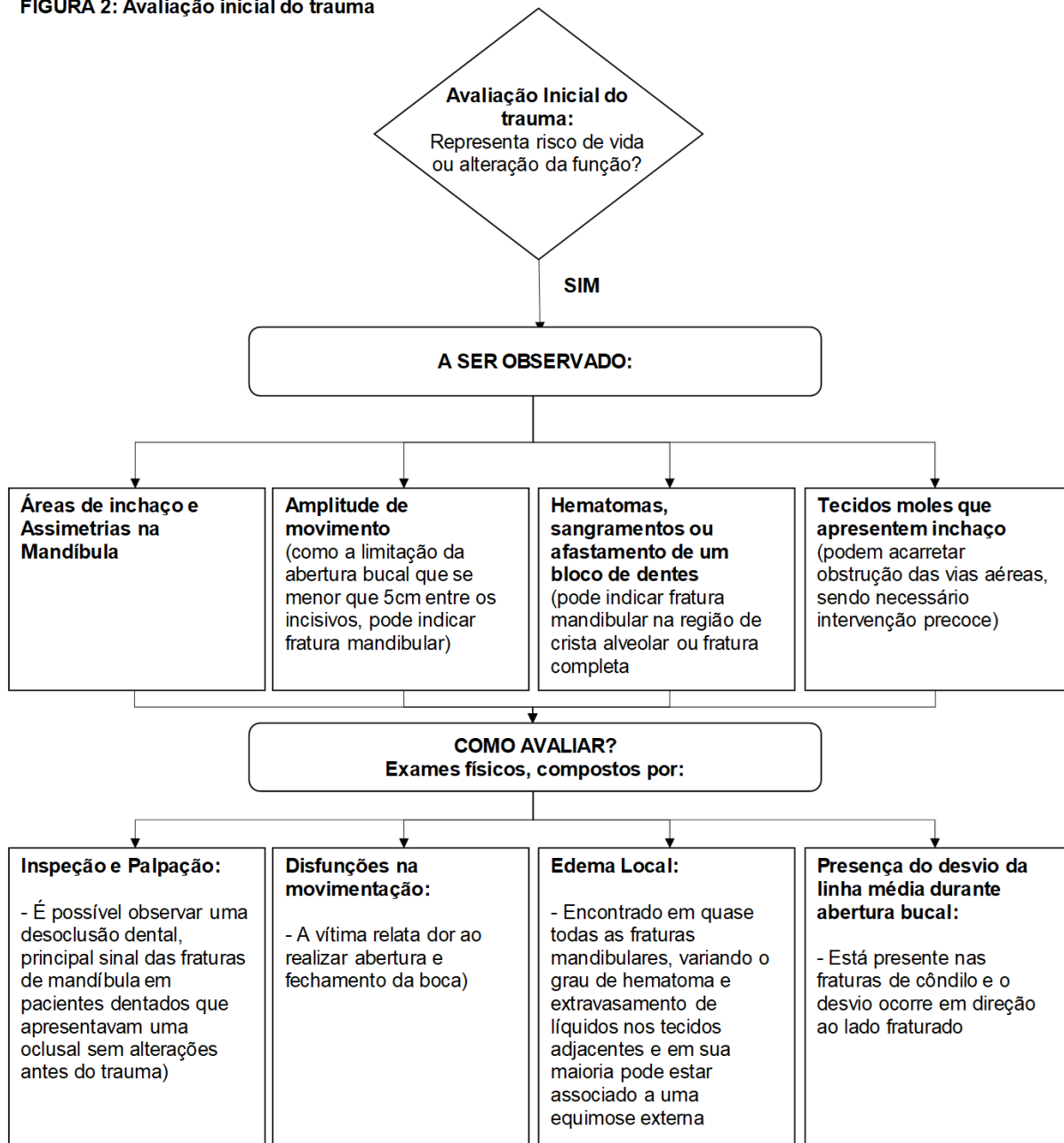
Fonte: Lima; Fabris (2022)

Lima; Fabris (2022) relata mais três classificações, sendo elas:

- A) Complexa: fratura que acomete estruturas adjacentes;
- B) Comprimida ou impactada: ocorre quando um segmento fraturado é introduzido em outro segmento;
- C) Patológica: ocorre durante o funcionamento normal em uma área de osso afetada patologicamente.

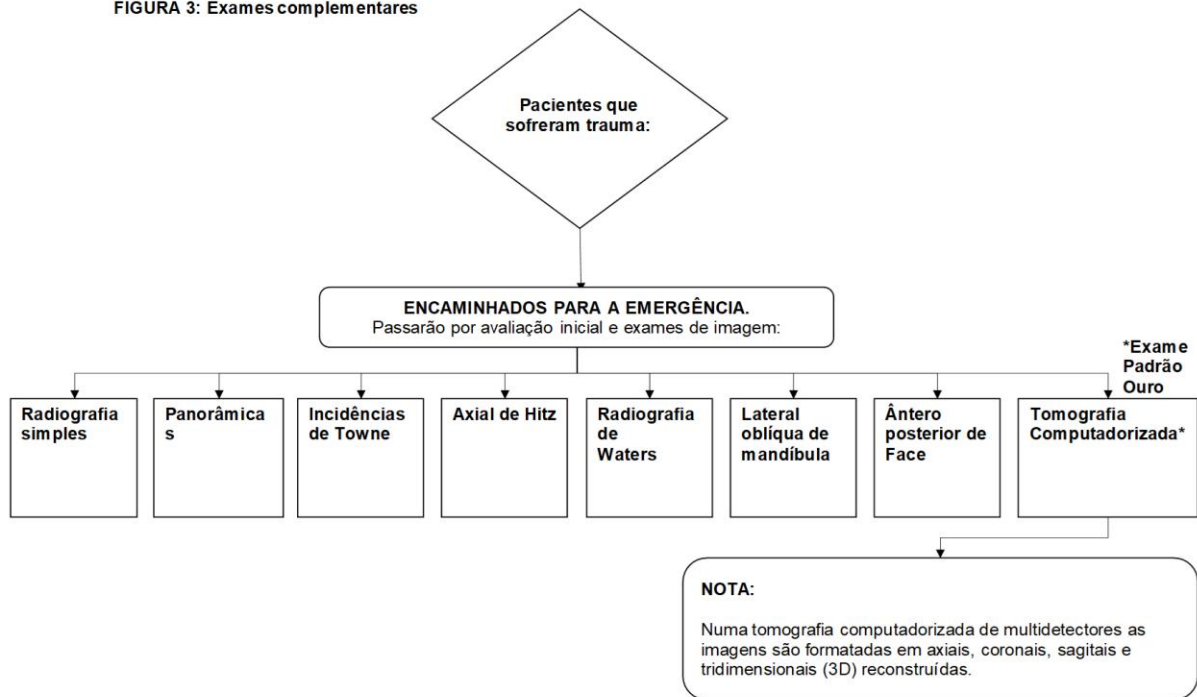
O local das fraturas de mandíbula é influenciado diretamente pelo mecanismo de trauma sofrido pela vítima. Colisões automotivas acometem frequentemente a região de parassínfise e processo coronoide, causando múltiplas fraturas. Lesões por agressões em grande parte dos casos acometem a região de ângulo. Em casos de queda, a região da cabeça mandibular é a mais frequente (LIMA; FABRIS, 2022).

FIGURA 2: Avaliação inicial do trauma



Fonte: Lima; Fabris, 2022

FIGURA 3: Exames complementares



Fonte: Elaboração própria, 2023

Segundo Milloro *et al.* (2016) o tratamento das fraturas mandibulares possui um histórico de evolução quanto a sua abordagem terapêutica. Os sistemas de fixação tiveram suas origens nas cirurgias ortopédicas, em 1886 Hansmann apresentou uma redução aberta e osteossíntese de fraturas de ossos longos através de um sistema de placas e parafusos.

Durante o período de 1866 a 1918, a chamada “era das amarras” consistia no uso de amarras interdentais com fixação intermaxilar (FIM) como meio de tratamento. A partir de 1918 até 1968 foi então iniciada a era dos fios metálicos. Durante a era dos fios metálicos, a fixação era realizada a partir de bandas dentais ou fios presos diretamente no colo dos dentes. (MILLORO *et al.*; 2016).

Em 1918, Ivy iniciou uma nova técnica utilizando um fio de calibre 24, inserido entre os dentes pré-molares conectando os ilhoses superiores e inferiores a um terceiro fio torcido firmemente, imobilizando totalmente a mandíbula. (MILLORO *et al.*; 2016).

Milloro *et al.* (2016) ainda relatam que a “era da placa metálica” iniciou em 1968 e é técnica de escolha até os dias atuais. A técnica consiste no uso de fios de Kirschner associado a uma barra de tração semiajustável fixada nas unidades de bloqueio.

Em 1968, Luhr aplicou os princípios da redução aberta e fixação interna (RAFI), através da osteossíntese de compressão da mandíbula. O material de escolha das placas foi o vitálio onde posteriormente foi substituído pelo titânio, pela dificuldade do manuseio. (MILLORO *et al.*; 2016).

As placas apresentavam orifícios excêntricos de parafusos, auto rosqueáveis, com cabeças cônicas e eram auto moldadas para melhor adaptação da região do bordo inferior da mandíbula e instaladas bicorticalmente, evitando o contato com as raízes dentais e o nervo alveolar inferior. (MILLORO *et al.*; 2016).

Com o avanço da tecnologia, novos conceitos foram abordados e aprofundados, a fim de trazer melhores condições de vida ao paciente. (MILLORO *et al.*; 2016).

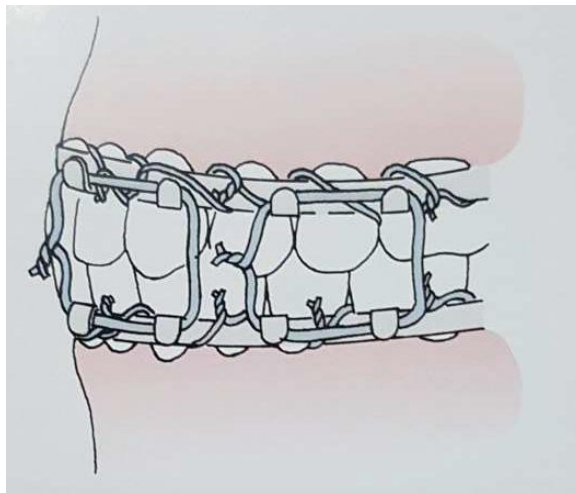
Segundo Freitas (2006), o tratamento de fraturas mandibulares podem ser divididas em incruento ou cruento e a escolha será através do traço da fratura apresentado como favorável ou desfavorável.

O tratamento incruento consiste em bloqueio maxilomandibular rígido e estável, utilizando preferencialmente barras de Erich durante o período de seis a oito semanas. Esse método é utilizado em pacientes que possuem características positivas como presença de elementos dentais na maxila e na mandíbula. (FREITAS, 2006).

A barra de Erich (figura 4) proporciona uma boa estabilização primária, técnica de instalação relativamente simples e apresenta bons resultados. Em contrapartida, o tempo de bloqueio dificulta alimentação, higienização e até mesmo auto aceitação do paciente, sendo um ponto desfavorável da técnica. É contraindicado em pacientes pediátricos, gestantes e psiquiátricos (FREITAS, 2006).

Segundo Freitas (2006), uma alternativa para o tratamento é a instalação de um aparelho ortodôntico, procedendo às condições socioeconômicas e disponibilidade de serviço.

FIGURA 4: Bloqueio mandibular com barra de Erich



Fonte: Hupp; Ellis; Tucker (2015)

Freitas (2006) ainda relata que o tratamento cruento, ou cirúrgico, é indicado em casos de fraturas instáveis, predispondo ao desvio, fraturas expostas intra ou extrabuciais, pacientes psiquiátricos, crises convulsivas, dentição mista ou edêntulos sem próteses totais.

Ainda relatando sobre a técnica, Freitas (2006) menciona que a técnica de escolha é através da osteossíntese com fio de aço cirúrgico, instalação de parafusos ou associados a placas.

Em casos de paciente que contraindicam a subsistência de bloqueio maxilo mandibular (BMM) rígido, uma alternativa para o tratamento é a cirurgia com utilização de fixação interna rígida (FIR), com acessos intra ou extrabuciais. (FREITAS, 2006).

O Cirurgião Buco Maxilo Faciais tem autonomia para escolher a melhor forma de tratamento.

Uma desvantagem é que através do acesso extrabucal pode originar cicatrizes quelóidianas e desconforto emocional, e em um acesso intrabucal existe maior risco de contaminação secundária devido a insuficiência de higienização por parte do paciente. (FREITAS, 2006).

Fraturas de ângulo da mandíbula geralmente proporcionam o deslocamento do coto proximal edêntulo para a medial e superior e isso se deve pela ação dos músculos elevadores da mandíbula (FREITAS, 2016).

Freitas (2006, p. 445) descreve as opções de tratamento variando entre: “colocação de uma pequena placa do sistema 2,0 na linha oblíqua externa por via intrabucal até o emprego de placa de reconstrução, dependendo do tipo de fratura e grau de deslocamento”.

Os acessos cirúrgicos para realizar a osteossíntese mandibular podem ser de forma intra e extra oral, entretanto o acesso intraoral é o mais utilizado por questões estéticas. Em casos de fraturas com etiologia de arma de fogo ou fraturas mandibulares atróficas, as indicações são de incisões transcervicais ou transfaciais (MILLORO *et al.*, 2016).

Hupp, Ellis e Tucker (2015) descreveram o tratamento em alguns casos de fraturas de ângulo como uma abordagem associada entre incisão intraoral com a inserção de um pequeno trocarte e uma cânula através da pele para propiciar a redução e a fixação da fratura.

Um dos princípios cirúrgicos em fraturas mandibulares é a redução apropriada da fratura ou a redução dos segmentos individuais da fratura na relação apropriada uns com os outros. Quando há presença de elementos dentários, é importante priorizar a relação oclusal que os dentes apresentavam anteriormente ao trauma. (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015).

As complicações decorrentes de fraturas mandibulares são esperadas, onde as mais comuns são: infecções, consolidação viciosa e lesão dentária. (MILLORO *et al.*; 2016).

Fonseca *et al.*, (2015) relata que complicações após tratamento de fraturas mandibulares são raras. A flora intrabucal pode apresentar risco nos cuidados do pós-operatório das fraturas. Intervenções abertas ou fechadas apresentam risco de contaminação. A complicação mais encontrada é a osteomielite.

Outras complicações encontradas foram hematoma, pseudoartrose e hemorragia do ducto auditivo. (FONSECA *et al.*, 2015).

A higiene bucal, presença de dentes na linha de fratura, distúrbios alcoólicos ou metabólicos, tempo prolongado antes do tratamento, comprometimento ausente ou insuficiente do paciente, deslocamento de fragmentos da fratura e causas iatrogênicas por procedimentos abertos, são fatores que devem ser analisados no pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, para prevenção de complicações. (FONSECA *et al.*, 2015).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença da equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais frente ao atendimento nas urgências e emergências hospitalares é de suma importância para o diagnóstico, reparo e reabilitação estética e funcional da vítima de violência doméstica. O não diagnóstico ou o não tratamento adequado das fraturas mandibulares, podem acarretar alterações importantes, que trarão limitações funcionais, estéticas e sociais para a vítima.

O cirurgião-dentista que atua no âmbito hospitalar deve estar apto a atender vítimas de violência doméstica, não só tecnicamente, mas de forma humanizada e acolhedora.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Maria Carolina Purini de. **Violência Contra a Mulher, uma Epidemia Invisível e Silenciosa: Aspectos sobre a Responsabilização Civil**. 2020.

Trabalho de conclusão de curso (Direito) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2020. Disponível em:

<https://dspace.mackenzie.br/bitstream/handle/10899/29832/MARIA%20CAROLINA%20PURINI%20DE%20AQUINO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 31 mar. 2023.

BARROS, Maylson Alves Nogueira; TESLENCO, Vitor Bruno; REIS, Guilherme Nucci dos; PANCINI, Everton Floriano; PELISSARO, Gustavo Silva; CAVALCANTI, Hebert de Abreu. Tratamento cirúrgico de uma fratura cominutiva de mandíbula com fixação interna rígida. **Avaliação: Archives of Health Investigation**, v. 10, n. 8, p. 1257-1259, 19 jul. 2021. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/5217>. Acesso em: 31 mar. 2023.

CALAZANS, Myllena; CORTES, Láris. O processo de criação, aprovação e implementação da Lei Maria da Penha. **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**, p. 39-63. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. Disponível em: https://assets-compromissoeatitudeipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2014/02/1_3_criacao-e-aprovacao.pdf. Acesso em: 26 out. 2022.

CARVALHO, Mariana Machado Mendes de; SANTANA, Daiana Cristina Pereira; SILVA, Marcelo Oldack; RODRIGUES, Rafael Drummond; GARCIA, Juliana Jorge; SEIXAS, Alexandre Martins. Fratura mandibular em vítima de agressão domiciliar: relato de caso. **Avaliação: Uningá Journal**, v. 59, p. 1-9, 26 mar. 2022. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/download/3296/2486/13750>. Acesso em 31 mar. 2023.

FONSECA, Raymond J.; WALKER, Robert V.; BARBER, H. Dexter; POWERS, Michael P.; FROST, David E. **Trauma Bucomaxilofacial**. 4. ed. Elsevier, 2015.

FREITAS, Ronaldo de. **Tratado de Cirurgia Bucomaxilofacial**. 1. ed. Santos, 2016.

GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Isper; DOSSI, Ana Paula; DOSSI, Mário Orlando. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres.

Avaliação: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2567-2573, 30 mar. 2006. Disponível em:

https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v22n12/06.pdf. Acesso em: 26 out. 2022.

GARCEZ, Ramiro Heleno Mesquita; THOMAZ, Erika Bárbara Abreu Fonseca; MARQUES, Rodrigo Campos; AZEVEDO, Juliana Aires Paiva de; LOPES, Fernanda Ferreira. Caracterização de lesões bucomaxilofaciais decorrentes de agressão física: diferenças entre gênero. **Avaliação: Temas Livres: Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1143 - 1152. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.33892016>. Acesso em: 31 mar. 2023.

HUPP, James R.; ELLIS III, Eduard; TUCKER, Myron R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 6. ed. Elsevier, 2015.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. 2018. Disponível em:

<https://www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/lei-maria-da-penha-na-integra-e-comentada.html>. Acesso em: 26 out. 2022.

LIMA, Leandro Costa; FABRIS, André Luis Da Silva. Fraturas Bilaterais de Mandíbula: Revisão de Literatura. **Avaliação: Revista Ibero-Americana de Humanidade, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 8, n. 5, mai. 2022. DOI: doi.org/10.51891/rease.v8i5.5367. Acesso em: 17 de abr. 2023.

MILLORO, Michael; GHALI, Ghali E.; LARSEN, Peter; WAITE, Peter; **Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson**. 3. ed. Santos: Guanabara Koogan, 2016.

NACIONES UNIDAS. **Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Asamblea General 48/104**, p.1-5. 1994. Disponível em:

<https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50ac921e2>. Acesso em: 26 out. 2022.

PERCIACCANTE, Vicent J; OCHS, Howard A; DODSON, Thomas B. Head, neck, and facial injuries as markers of domestic violence in women. **Avaliação: Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 57, n. 7, p. 760-762, 01 jul. 1999. DOI:

10.1016/s0278-2391(99)90808-x. Disponível em: [https://www.joms.org/article/S0278-2391\(99\)90808-X/pdf#relatedArticles](https://www.joms.org/article/S0278-2391(99)90808-X/pdf#relatedArticles). Acesso em: 26 out. 2022.

PEREIRA, Silvilene Giovane Martins; VARGAS, Andrea Maria Duarte; SAMPAIO, Aline Araújo; SILVA, Carlos José de Paula; MATOSO, Bárbara da Silva Mourthé; FERREIRA, Efigênia Ferreira e. Percepção e atitude do cirurgião-dentista diante do atendimento emergencial a mulheres em situação de violência: uma revisão de escopo. **Avaliação: Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n 9, p. 3729-3740, 26 mai. 2022. DOI: 10.1590/1413- 81232022279.22532021.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wDWgQTkkmktLWN3HH5ycYNf/>. Acesso em: 26 out. 2022.

RAVIKUMAR, Chandini; BHOJ, Mimansa. Evaluation of postoperative complications of open reduction and internal fixation in the management of mandibular fractures: A retrospective study. **Avaliação: Indian Journal of Dental Research**, India, v. 30, n. 1, p. 94-96, 20 mar. 2019. Disponível em: <https://www.ijdr.in/article.asp?issn=0970-9290;year=2019;volume=30;issue=1;spage=94;epage=96;aulast=Ravikumar>. Acesso em: 31 mar. 2023.

REZENDE, Edson José Carpintero; ARAÚJO, Tânia Maria; MORAES, Maria Antonieta Siqueira; SANTANA, Judith Sena da Silva; RADICCHI, Ronaldo. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. **Avaliação: Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 10, n. 2, p. 202-214. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/dppw4NMFKHmXWxRKYhXpRJB/?lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2023.

ROJAS, José Miguel Arroyo. **Estatísticas de Fratura Mandibular**. 2021. Monografia (Especialização Lato Sensu de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial) – Faculdade Sete Lagoas FACSETE, Osasco, 2021. Disponível em: <https://faculadefacsete.edu.br/monografia/files/original/8177810a6efd3afec81147d88afdb8de.pdf>. Acesso em 31 mar. 2023.

SILVA, Mayane Karyne Amâncio da; GONZAGA, Géssyca Luyse Procópio; BARBOSA, Kevan Guilherme Nóbrega. Traumatismos maxilofaciais em mulheres vítimas de violência física: Revisão de literatura. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 10, n. 9, p. e55910918485. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18485>. Acesso em 31 mar. 2023.