

Prevalência de traumatismos maxilofaciais causados por agressão ou violência física em mulheres adultas e os fatores associados: uma revisão de literatura

Prevalence of maxillofacial trauma caused by aggression or physical violence to adult women and the associated factors: a literature review

Amandia dos Santos Chaves*

Rafael Guerra Lund**

Josue Martos***

Mabel Miluska Suca Salas****

Mônica Regina Pereira Senra Soares*****

Resumo

O traumatismo maxilofacial de mulheres causado por violência tem sido mais abordado nos últimos anos. O aumento dos casos tem sido acompanhado do aumento das denúncias de violência contra a mulher, tornando o problema mais visível à sociedade. Objetivo: o presente trabalho teve o objetivo de fazer uma revisão de literatura que aborda a prevalência de traumas maxilofaciais decorrentes de violência física contra mulheres e os fatores relacionados às lesões. Revisão de literatura: os estudos reportaram prevalências entre 24,4% e 81,0% de traumatismos maxilofaciais em mulheres causados por violência. A maioria aponta o marido ou o companheiro como principal agressor e o uso de força física como principal tipo de agressão. Mulheres com idades entre 20 e 39 anos, dependentes econômicas ou de baixa renda e com nível de escolaridade inferior são mais susceptíveis a apresentar traumatismo maxilofacial mais prevalente nos tecidos moles. As consequências mais relatadas entre as mulheres com traumatismos maxilofaciais por violência incluem problemas de autopercepção, de interação social e de baixa autoestima. Considerações finais: conclui-se que a prevalência de traumatismos maxilofaciais por violência em mulheres é alta, estando relacionada à idade, à dependência econômica, ao grau de escolaridade, à ocupação e a problemas psicoafetivos que podem também influenciar a dinâmica familiar.

Palavras-chave: Fatores de risco. Impacto psicossocial. Mulheres agredidas. Traumatismos maxilofaciais. Violência.

Introdução

A violência contra a mulher é um problema social e de saúde pública, consistindo um fenômeno mundial que não respeita fronteiras de classe social, raça/etnia, religião, idade e grau de escolaridade¹. Caracteriza-se por um fenômeno social complexo que abrange graves paradoxos, seja nos aspectos religioso, ético, cultural, político, seja nas tentativas de explicação pelas mais variadas correntes e tendências². Entre os danos reais à saúde da vítima de violência, estão dificuldades ligadas à sexualidade, mutilações, complicações obstétricas e traumatismos maxilofaciais³.

Os traumatismos maxilofaciais causados por violência têm se mostrado em crescente ascensão^{2,4,5}. Alguns aspectos sociais interferem no acometimento dessas injúrias traumáticas à face da mulher agredida, como, por exemplo, o nível socioeconômico, a raça, a escolaridade, a interação do agressor e da agredida com álcool e/ou outras drogas, o material utilizado durante a agressão, entre outros. Agressões na face, local considerado de maior visibilidade humana, podem gerar sequelas físicas, como cicatrizes, perdas dentárias, disfunções mastigatórias, bem como sequelas emocionais que persistem como marcas ou lembretes dolorosos do abuso⁶.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v23i1.8081>

* Acadêmica de Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

** Professor associado, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

*** Professor associado, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

**** Professor adjunto, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

***** Professor adjunto, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

O traumatismo maxilofacial consequência da violência contra mulheres é um problema que preocupa os profissionais dos serviços de saúde, uma vez que o evento de agressão provoca repercussões graves, estéticas, psicológicas e sociais, aumentando os custos com cuidados à saúde e influenciando a vida das pessoas que compõem o núcleo familiar⁷. Na área odontológica, o traumatismo maxilofacial é uma condição visível, cujas consequências físicas podem ser diagnosticadas clinicamente pelo cirurgião-dentista. Apesar da importância dessa condição, a consequência bucal que tem como fator causal a violência física é pouco abordada no dia a dia do cirurgião-dentista^{8,9}. Dessa forma, torna-se importante uma análise mais aprofundada sobre os traumas bucomaxilofaciais por violência interpessoal e os fatores associados, para facilitar a identificação por parte dos profissionais do possível fator etiológico do trauma em mulheres.

O objetivo da presente revisão foi analisar os estudos observacionais que determinaram a prevalência e os fatores associados ao traumatismo ma-

xilofacial devido à violência e/ou à agressão física contra mulheres entre 18 e 64 anos de idade.

Revisão da literatura

1 Traumatismo maxilofacial

Os traumatismos maxilofaciais são injúrias na face e na cabeça que podem afetar os tecidos moles e duros, podendo acometer cérebro, olhos, seios da face, ossos e dentes¹⁰ (Figura 1). Nas últimas quatro décadas, tornaram-se assunto de pesquisa importante, representando um desafio na saúde pública, devido ao aumento da sua prevalência, consequência do número de acidentes com veículos automotores e da violência urbana¹¹. O trauma maxilofacial é uma agressão considerada devastadora, pois, além de promover consequências físicas e possibilidade de deformidades, pode acarretar consequências emocionais nos indivíduos afetados, causando impacto econômico negativo no sistema de saúde¹².



Figura 1 – Traumatismo dentário múltiplo

Legenda: a) sem comprometimento pulpar; b) com comprometimento pulpar.

Fonte: autores.

Os traumatismos maxilofaciais por episódios de violência contra a mulher são um importante fator causal que tem crescido exponencialmente nas três últimas décadas¹³.

2 Traumatismo maxilofacial causado por violência contra mulheres

2.1 Prevalência

A Tabela 1 mostra o resultado de estudos observacionais que analisaram a prevalência de traumatismos maxilofaciais causados por violência contra a mulher. Estudos internacionais têm reportado prevalências variáveis entre 24,4% e 81,0%. No Brasil, a prevalência de traumatismos maxilofaciais causados por violência em mulheres foi compreendida entre 26,3% e 63,2%^{14,15}.

Tabela 1 – Estudos observacionais transversais que pesquisaram traumatismo maxilofacial causado por violência física e/ou agressões contra a mulher

Autores	Delineamento	Local de obtenção da amostra	Cidade/país	N	Idade	Causa comum da injúria	Prevalência de traumatismo	Tipo de traumatismo		
								Traumatismo de tecidos moles	Fraturas ósseas	Traumatismo dentários
De Macedo Bernardino et al. ¹⁶ (2017)	Transversal	Centro de Medicina Forense e Odontologia	Campina Grande, Brasil	992	18-64	Agressão nua	–	94,9%	4,2%	0,9%
Castro et al. ¹⁵ (2017)	Transversal	Departamento Médico Legal	Vitória, Brasil	927	11-80	Agressão nua	58%	98,5%	1,3%	0,2%
Dourado e Noronha ⁷ (2015)	Transversal	Delegacia Especial de Atendimento à Mulher	Salvador, Brasil	326	18-59	Agressão nua	63,2%	–	–	–
Dias e Santiago ⁴ (2014)	Transversal	Gerência de Medicina e Odontologia Legal do Instituto de Polícia Científica	João Pessoa, Brasil	803	19-30	Agressão nua	42,5%	92,5%	3,8%	3,8%
Costa et al. ¹⁷ (2014)	Transversal	Sala de atendimento em urgência	Campina Grande, Brasil	247	18-60	Quedas	48,6%	67,6%	3,9%	3,6%
Wong et al. ⁵ (2014)	Transversal e retrospectivo	Departamento de emergência de dois hospitais públicos	Hong Kong, China	223	18-60	Agressão nua	77,6%	72,5%	27,0%	0,5%
Ferreira et al. ¹⁸ (2014)	Transversal e retrospectivo	Tratamento de Urgência e Centro de Emergência do Hospital Regional	Guanhães, Brasil	140	17-70	Agressão nua	5,3%	97,6%	2,4%	0,0%
Oliveira ¹⁹ (2013)	Transversal	Delegacia Especializada da Mulher	Brasil	1338	18-94	Agressão nua	46,5%	74,0%	12,5%	13,5%
Nascimento et al. ³ (2012)	Transversal	Instituto Médico Legal	Belém, Brasil	67	18-44	Agressão nua	23,6%	–	–	–
Araújo et al. ⁸ (2011)	Transversal	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher	Belém, Brasil	210	18-44	Agressão nua	–	83,8%	0,4%	1,2%
Santana et al. ²⁰ (2011)	Transversal	Instituto Médico Legal	Recife, Brasil	1.965	10-64	Ação contundente	32,1%	97,8%	1,4%	0,8%
Hashemi e Beshkar ²¹ (2011)	Transversal e retrospectivo	Hospital Shariati	Teerão, Irã	257	18-60	Agressão nua	13,0%	0,0%	71,0%	29,0%
Saddki et al. ²² (2010)	Transversal	Hospital Raja Perempuan Zainab II	Kelantan, Malásia	242	15-59	Agressão nua	50,4%	87,7%	0,0%	12,3%
Chiaperini et al. ² (2008)	Transversal	Instituto Médico Legal	Rieirão Preto, Brasil	28192	18-61	Agressão nua	–	95,9%	1,6%	2,5%
Arosarena et al. ²³ (2009)	Transversal e retrospectivo	Centro Médico da Universidade do Kentucky	Kentucky, EUA	162	18-60	Assalto	54%	89,4%	–	–
Rezende et al. ⁹ (2007)	Transversal	Instituto Médico Legal	Belo Horizonte, Brasil	164	16-64	Agressão nua	49,1%	76,9%	4,5%	18,6%
Schraiber et al. ¹⁴ (2007)	Transversal e retrospectivo	Centro de Saúde-Escola	Butantã, Brasil	322	15-24	Agressão nua	54,6%	–	–	–
Le et al. ²⁴ (2001)	Transversal e retrospectivo	Hospital Legacy Emanuel	Portland, EUA	236	15-71	Agressão nua, agressão penetrantes ou combinação de ambas	81,0%	61,0%	9,0%	30,0%

Fonte: autor.

Schraiber et al.¹⁴ (2007) encontraram 54,6% de traumatismos maxilofaciais em mulheres. Dourado e Noronha⁷ (2015) reportaram 63,2% de trauma na face e/ou na cabeça e/ou no pescoço das mulheres agredidas. Nascimento et al.³ (2012) constataram que 23,6% das mulheres vítimas de violência doméstica apresentaram trauma na face. Já Oliveira¹⁹ (2013) observou que 46,5% das mulheres sofreram traumatismos maxilofaciais. Quanto ao cenário internacional, nos Estados Unidos, a proporção de mulheres com lesões bucomaxilofaciais em decorrência de violência doméstica atingiu 81% dos casos pesquisados²⁴. Na Malásia, Saddki et al.²² (2010) constataram que 50,4% das mulheres apresentaram lesões maxilofaciais. Wong et al.⁵ (2014) observaram que 77,6% das mulheres agredidas apresentaram traumas maxilofaciais. No estudo transversal e retrospectivo realizado por Hashemi e Beshkar²¹ (2011), constataram-se 13,0% de mulheres com trauma maxilofacial.

2.2 Localização e tipo mais prevalente

As evidências mostram que, dentre os traumatismos maxilofaciais por violência, a região de maior prevalência foi a face, comprometendo os tecidos moles^{3-5,15,16,21,22}. Estudos têm demonstrado que, nos tecidos moles, as lesões mais comuns foram na forma de contusões, abrasões^{5,18,22,24}, equimose e escoriações^{4,15}, localizadas a maioria no terço médio do rosto^{22,24} ou no terço inferior¹⁶. Poucos estudos reportaram lesões mais comuns na região bucodentária, localizada na mucosa labial e em tecidos moles internos^{3,4}, e fraturas como as lesões mais prevalentes localizadas na mandíbula e em região dentária com fraturas radiculares²¹.

2.3 Severidade

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a gravidade dos traumatismos pode ser classificada de acordo com os atos de violência física em lesões^{17,22,23}. No entanto, Le et al.²⁴ (2001) constataram que 14% das mulheres sofreram lesões faciais graves o suficiente para exigir a admissão no hospital, similar à pesquisa de Schraiber et al.¹⁴ (2007), em que as lesões foram moderadas.

2.4 Tipo de agressão associada ao traumatismo maxilofacial

De acordo com Chiaperini et al.² (2008), as injúrias faciais geralmente são causadas por uma força brusca ou penetrante ou a combinação de ambas, por meio de armas, sendo que mais de 40% dos traumas faciais relatados na pesquisa envolveram lesões corporais graves causadas por socos, tapas, chutes, armamentos e espancamentos. Castro et al.¹⁵ (2017) relataram que em 22,8% dos casos havia registros sobre o objeto ou o meio utilizado durante a ofensa

e observaram que 14,8% das agressões foram cometidas por ação direta com o próprio corpo por meio das mãos (socos, tapas, empurrões) ou pés (chutes e pontapés). A ação contundente, caracterizada por socos, chutes e pontapés, foi a ação mais comum de violência contra a mulher⁴. Le et al.²⁴ (2001) observaram que os socos foram a forma mais comum de agressão em 67% dos casos. Rezende et al.⁹ (2007) observaram que a maioria das lesões corporais estudadas (49,1%) foi classificada como agressões nuas, ou seja, sem uso de instrumento.

2.5 Características do agressor e tipo de ligação com a vítima

No Brasil, dados referentes à violência contra a mulher demonstraram que 70% dos incidentes acontecem dentro de casa, onde o criminoso é o marido ou o companheiro da vítima². Santana et al.²⁰ (2011) encontraram que 57,7% das mulheres que sofreram traumatismo maxilofacial foram agredidas pelo cônjuge ou ex-cônjuge, e 31,7%, por conhecidos. Saddki et al.²² (2010) relataram que a agressão perpetrada contra a maioria das mulheres com traumatismo foi deferida por algum ente próximo. Schraiber et al.¹⁴ (2007) reportaram que o agressor identificado pelas mulheres foi o companheiro, seguido de familiares. Castro et al.¹⁵ (2017) reportaram que a maioria das mulheres agredidas sofreu agressão do companheiro (37,43%) e do marido (19,31%). Dias e Santiago⁴ (2014) indicaram que 33,4% das mulheres com traumatismo sofreram agressão pelo companheiro. Oliveira¹⁹ (2013) relatou que os sujeitos agressores eram ex-companheiros ou ex-namorados (34,7%).

3 Fatores associados ao traumatismo maxilofacial por violência contra mulheres

Estudos têm indicado que diversos fatores socioeconômicos, demográficos e psicoafetivos podem estar associados ao traumatismo maxilofacial causado por violência contra mulheres, dependendo das características da população estudada, como idade, sexo, nível socioeconômico, local de residência²⁵, nível de educação, estado civil, entre outros, podendo influenciar a etiopatogenia e a gravidade dos traumas faciais¹⁰, além de afetar a função, a atratividade física e a autoestima da paciente, o comportamento e o sucesso pessoais, a vida social, psíquica e profissional²⁶.

3.1 Fatores sociodemográficos

a. Idade

Vários estudos têm relatado que a faixa etária de maior prevalência de traumatismos maxilofaciais por violência contra mulheres está entre os

20 e 39 anos^{2-5,7-9,14-24}. Para Santana et al.²⁰ (2011), essa distribuição de traumas faciais decorrentes de violência contra o sexo feminino ocorre em todas as faixas etárias, mais frequentemente entre 20 e 64 anos.

b. Nível de escolaridade

O baixo nível de escolaridade tem sido associado à maior prevalência de traumatismos maxilofaciais em mulheres agredidas¹⁹. Castro et al.¹⁵ (2017) destacaram que 9,6% das mulheres eram ainda estudantes. No estudo de Nascimento et al.³ (2012), das mulheres alfabetizadas, a maioria (41,8%) tinha ensino fundamental, e 37,3% cursaram o ensino médio. Dourado e Noronha⁷ (2015) observaram que 39,6% das mulheres com trauma facial decorrente de agressão tinham entre 5 e 9 anos de estudos completos. De Macedo Bernardino et al.¹⁶ (2017) reportaram que 60,4% das mulheres atendidas apresentavam um nível intermediário de escolaridade.

c. Estado civil

Existe uma divergência entre os resultados sobre a relação entre o estado civil das mulheres agredidas e o traumatismo maxilofacial. Saddki et al.⁸ (2010) e de Araújo et al.²² (2011) constataram que a maioria das mulheres agredidas era casada. Wong et al.⁵ (2014) observaram que as mulheres conviventes apresentaram 2,1 vezes mais risco de apresentar lesões maxilofaciais. Le et al.²⁴ (2001) reportaram que 78% das 236 mulheres com traumatismo envolvidas no estudo estavam separadas ou divorciadas. Outros estudos demonstraram que a maioria das mulheres com traumatismo maxilofacial era solteira¹⁵.

d. Ocupação principal

Castro et al.¹⁵ (2017) observaram que cerca de 30% das mulheres agredidas que apresentaram traumas faciais eram donas de casa, e 10,68% eram domésticas. Rezende et al.⁹ (2007) observaram que 24% das mulheres agredidas e com traumas dentofaciais realizavam trabalhos domésticos, e 21% eram donas de casa. Dias e Santiago⁴ (2014) observaram que 21,7% das mulheres com traumatismo por agressão relataram como ocupação principal o lar. Estudos reportaram que 53,4% das mulheres vítimas de violência não trabalhavam, eram “do lar” (23,9%)³ ou estavam desempregadas (78%)²⁴ no momento da agressão. Somente um estudo mostrou resultados diferentes: Dourado e Noronha⁷ (2015) constataram que a maioria das mulheres (59,1%) tinha trabalho remunerado.

e. Cor de pele

Diferentemente das variáveis já citadas, a cor da pele foi motivo de controvérsia em estudos. Schraiber et al.¹⁴ (2007) observaram, no município de São Paulo, que a maioria das mulheres entrevistadas, vítimas de agressão física, considerava-se branca (47,8%), concordando com o estudo de Chiaperini et al.² (2008), no qual a maioria das mulheres que apresentava lesões faciais era branca. Outros estudos relataram que a maioria das mulheres agredidas considerava-se parda⁷. Silva et al.¹¹ (2011) relataram que as mulheres vítimas eram em sua maioria negras, sendo que 48,6% eram reconhecidamente negras.

3.2 Fatores biológicos

Os atos violentos em geral resultam na perda de 1 ano de vida saudável a cada 5 anos de submissão às agressões²⁷. Os traumas tanto faciais quanto gerais resultantes da agressão contra as mulheres podem gerar uma série de distúrbios físicos, que incluem insônia, desgaste físico, sensação constante de cansaço, alimentação inadequada, fraqueza, falta de energia, distúrbios do trato intestinal, cefaleia, fadiga, constipação, emagrecimento, entre outros⁶.

3.3 Fatores psicoafetivos

No contexto da violência interpessoal, entram em jogo aspectos subjetivos⁷. Segundo Netto et al.⁶ (2014), a violência contra a mulher é aprisionante, abala a autonomia, destrói a autoestima e diminui a qualidade de vida, trazendo consequências à estruturação pessoal, familiar e social. As mulheres agredidas manifestam medo de o agressor causar algum mal a seus familiares, principalmente aos filhos; arrependem-se de ter deixado de trabalhar; e sentem dificuldade em se relacionar com outras pessoas⁶. No estudo de Dourado e Noronha⁷ (2015), muitas entrevistadas revelaram uma preocupação acentuada com o olhar dos outros sobre as marcas da violência conjugal vivida. Le Breton et al.²⁸ (2009) relatam que o indivíduo que se percebe como alvo de observação sustenta sentimentos de vergonha, culpa ou embaraço, muitas vezes experimentados independentemente da manifestação crítica por parte dos outros. Quando os traumatismos envolvem os dentes anteriores, podem afetar, além da função, a atratividade física e a autoestima, influenciando no comportamento e no sucesso pessoal^{8,13}, na vida social, psíquica e profissional²⁶.

Discussão

A presente revisão encontrou que as prevalências de traumatismos maxilofaciais em mulheres que sofreram agressão física estão em aumento, compreendendo índices entre 24,4% e 81% no mundo e 26,3% e 63,2% no Brasil. O aumento crescente dos traumas em mulheres está relacionado ao crescimento exponencial da frequência de episódios de violência contra a mulher e à maior participação das vítimas em atividades que antes eram de predomínio masculino¹⁰. Em países desenvolvidos, como Estados Unidos, Rússia, Canadá, a prevalência de violência física conjugal variou de 5,3% a 25,0%, para algum tipo de violência, e de 7,1% a 18%, para violência grave²⁹. Nos países em desenvolvimento da América Latina, Ásia e África, estudos populacionais sobre violência física conjugal variaram entre 19,1% e 47%, para algum tipo de violência, e 20% e 37,8%, para violência grave²⁹. No Brasil, Schraiber et al.¹⁴ (2007) encontraram, em São Paulo e Pernambuco, relatos (entre 27,2% e 33,7%) de mulheres que, ao menos uma vez na vida, sofreram violência física.

Dentre os traumatismos maxilofaciais decorrentes de violência contra a mulher, tem sido reportado que as injúrias em tecidos moles na face são as mais prevalentes. Durante as agressões, a cabeça é uma região desprotegida, e a face é local de predileção do agressor devido ao que ela representa durante uma interação social; assim, a tentativa é provocar marcas para denegrir a autoimagem da vítima⁷. O tipo de trauma encontrado na maioria dos estudos foi em tecido mole, seguido por fraturas simples e, por último, trauma dentoalveolar. O predomínio de socos e chutes pode explicar esse padrão de lesão, uma vez que o padrão dos traumas depende fundamentalmente do agente, da força e da direção do impacto³⁰.

Fatores socioeconômicos e psicoafetivos podem estar associados ao traumatismo maxilofacial, dependendo das características da população estudada². Entre eles, estão idade entre 20 e 39 anos, baixos níveis socioeconômico e de escolaridade, além do tipo de ligação com o agressor. Níveis mais altos de escolaridade da mulher levam a menor grau de tolerância à violência e a maior conhecimento dos seus direitos¹³. No entanto, mesmo que baixos níveis de escolaridade sejam quase sempre associados à pobreza, deve-se salientar que a maioria dos estudos de violência contra a mulher envolve mulheres que usam o serviço de saúde público, gerando falta de informação e viés sobre nível socioeconômico³¹. A maioria das mulheres agredidas e com traumatismo maxilofacial relatou ser dona de casa ou que realiza atividades domésticas remuneradas ou que está desempregada. Pode-se associar esse fator à variável escolaridade, uma vez que mulheres com níveis menores de ensino são mais susceptíveis a aceitar os tipos de violência física ou emocional, estando

ligadas ao agressor de maneira financeira ou emocional^{3,4,9,15,19}. O traumatismo maxilofacial tem sido mais observado em mulheres com cor de pele negra ou parda. A variável raça/cor de pele é autorreferida e está relacionada a menores níveis socioeconômico e educacional. Sobre o assunto, Casique e Furegato³² (2006) observam que afirmar que a violência é exclusiva dos extratos sociais baixos, em que prevalecem a pobreza e a baixa escolaridade, nem sempre condiz com a realidade. A classe social é um fator importante no fenômeno da agressão física, mas não se deve generalizar o problema. Como a vergonha é um dos motivos que impedem o registro de ocorrência contra companheiros agressores, deve-se levar em consideração a possibilidade de mulheres de baixa renda denunciarem mais seus agressores do que aquelas pertencentes a classes sociais mais altas, sugerindo a ocorrência de uma subnotificação de casos de violência doméstica entre mulheres de classes socioeconômicas mais elevadas. Os relatos indicam que o agressor mais comum é o companheiro, o marido ou algum conhecido. Porém, a quantidade de mulheres que denunciam o agressor é pequena com relação à extensão do problema. Isso se deve a diversas razões, incluindo a relação tanto afetiva quanto econômica de ambas as partes³³. O traumatismo maxilofacial causado por violência afeta a qualidade de vida das mulheres, interfere na sua condição psicossocial e compromete sua interação social com as demais pessoas^{6,7}. Os transtornos físicos e emocionais tendem a gerar forte carga subjetiva para os envolvidos que vai além das lesões resultantes. Aquilo que afeta o espaço corporal atinge também a subjetividade e vice-versa. A concretude do corpo não pode ser desvinculada do âmbito subjetivo, nem uma esfera, ser subordinada a outra. São instâncias imbricadas e indissociáveis da vida humana, sendo a agressão facial percebida como uma “marca” do contexto de violência vivenciado, que traz como consequência à mulher uma série de sequelas psicológicas⁷.

Algumas limitações observadas nos estudos devem ser mencionadas, como a falta de padronização para a coleta de dados. Por se restringirem, na maioria das vezes, a amostras de conveniência exclusivas de uma região, os resultados quanto aos fatores associados ao trauma facial decorrente de agressão física são reflexos da realidade do local de pesquisa. A divergência de resultados encontrados pode estar relacionada à falta de padronização quanto à amostragem e ao tipo de população estudada. O delineamento transversal não permite fazer nenhum tipo de inferência de causa, e, pela maioria dos estudos ter sido de tipo retrospectivo, pode ter existido viés de memória no momento do relato. As prevalências apresentadas devem ser consideradas com cuidado, pois se referem àqueles casos que têm sido denunciados ou reportados, provavelmente por serem mais graves, que precisaram de atendimento médico ou odontológico, excluindo aqueles casos que

não demandaram esse tipo de atendimento ou que tenham essas características, podendo haver subestimação por falta de notificação.

A violência contra a mulher é um problema social e de saúde, sendo um fenômeno mundial que não respeita fronteiras de classe social, raça/etnia, religião, idade e grau de escolaridade²⁹. Os maus-tratos físicos contra a mulher se expressam cotidianamente no âmbito familiar como consequência de uma luta de poderes. As agressões à face podem ser uma das formas encontradas pelo parceiro agressor de reforçar o domínio e o controle sobre a mulher¹⁴. Assim, a atuação do cirurgião-dentista clínico, em conjunto com o odontologista legal, se torna necessária e fundamental durante os atendimentos clínicos diários de possíveis vítimas de violência, para identificar os fatores causais precocemente e notificar os casos suspeitos ao órgão especializado para a sua investigação aprofundada e consequente intervenção.

Considerações finais

Os estudos descritos mostram que a prevalência de traumatismos maxilofaciais causados por agressão física contra mulheres foi alta, sendo observada comumente em mulheres adultas jovens, de baixas renda e escolaridade, que atuam como domésticas. Esses traumatismos impactam a vida social e psicológica das mulheres agredidas, assim como a de suas famílias, de forma a tornar a reinclusão dessas mulheres no meio social difícil, visto que elas perdem sua condição de interação, apresentam autoestima baixa, tornam-se mais introspectivas e, muitas vezes, agressivas.

Abstract

Maxillofacial trauma caused by violence to women has been addressed more in recent years. The increase of trauma has been accompanied by an increase in the reported cases of violence to women, making the problem more visible to society. Objective: by means of a literature review, the present study aimed to review the prevalence of maxillofacial trauma caused by physical violence to women and the factors related to such injuries. Literature review: the studies reported that the prevalence of maxillofacial trauma in women due to violence was between 24.4% and 81.0%. Most studies indicate the husband or partner as the primary aggressor, and the use of physical force as the main type of aggression. Women aged between 20 and 39 years, who are economic dependent or have low income and low level of education are more likely to present maxillofacial trauma more prevalent in soft tissues. The consequences most reported among women with maxillofacial trauma caused by violence included issues regarding self-perception, social interrelation, and low self-esteem. Final considerations: it is concluded that the prevalence of

maxillofacial trauma caused by violence to women is high and it is related to age, economic dependence, level of education, occupation, and psycho-affective problems, which may also influence family dynamics.

Keywords: Assaulted women. Maxillofacial trauma. Psychosocial impact. Risk factors. Violence.

Referências

1. Marcondes AA, Ponzoni D, Garcia-Júnior IR, Clície VS, Magro-filho O. Etiologia e incidência de traumas faciais relacionados à violência doméstica à mulher. *Rev Lab Estud Violên Seg* 2010; 5(5):118-24.
2. Chiaperini A, Bérnago AL, Bregagnolo LA, Bregagnolo JC, Watanabe MGC, Silva RHA. Correlações presentes entre danos bucomaxilofaciais e lesões corporais em mulheres. *Saúde Étic Just* 2008; 13(2):72-8.
3. Nascimento LS, Hage CA, Nakano AMS, Azevedo PSB, Lettiere A. Violência contra a mulher e consequências à saúde bucal. *Gên Amazônia* 2012; 2:149-56.
4. Dias IJ, Santiago BM. Violência de gênero contra a mulher: perfil de registros periciais da Gerência Executiva de Medicina e Odontologia Legal (GEMOL) João Pessoa/PB. *Rev Bras Ciên Saúde* 2014; 18(4):315-24.
5. Wong JY, Choi AW, Fong DY, Wong JK, Lau CL, Kam CW. Patterns, aetiology and risk factors of intimate partner violence-related injuries to head, neck and face in Chinese women. *BMC Womens Health* 2014; 10(1):6.
6. Netto LA, Moura MAV, Queiroz ABA, Tyrrell MAR, Bravo MMP. Violence against women and its consequences. *Acta Paul Enferm* 2014; 27(5):458-64.
7. Dourado SM, Noronha CV. Visible and invisible marks: facial injuries suffered by women as the result of acts of domestic violence. *Ciên & Saúde Coletiva* 2015; 20(9):2911-20.
8. Araújo RJG, Mendes MBBL, Castro TM, Júnior MTM, Araújo ABA, Pacheco LM. Análise dos traumas de face que acometem mulheres vítimas de violência doméstica. *Full Dent Science* 2011; 9(3):78-85.
9. Rezende EJC, Araújo TM, Moraes MAS, Santana JSJS, 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.
10. Junior JCM, Keim FS, Helena ETS. Epidemiological characteristics of trauma patients maxillofacial surgery at the Hospital Geral de Blumenau SC from 2004 to 2009. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2010; 14(2):192-8.
11. Silva CJP, Ferreira EF, De 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.
12. Sastry SM, Sastry CM, Paul BK, Bain L, Champion HR. Leading causes of facial trauma in the major trauma outcome study. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95(1):196-7.
13. Menezes MM, Yui KCM, Araujo MAM, Valera MC. Prevalência de traumatismos maxilo-faciais e dentais em pacientes atendidos no pronto-socorro municipal de São José dos Campos/SP. *Rev Odonto Ciênc* 2007; 22(5):57.
14. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Públ* 2007; 41(3):359-67.

15. Castro TLD, Tinoco RLR, Lima LNC, Costa LRDS, Franceschini Júnior L, Daruge Júnior E. Violence against women: characteristics of head and neck injuries. *RGO - Rev Gaúcha Odontol* 2017; 65(2):100-8.
16. De Macedo Bernardino I, Santos LM, Ferreira AVP, de Almeida Lima TLM, da Nóbrega LM, d'Avila S. Multiple correspondence analysis as a strategy to explore the association between categories of qualitative variables related to oral-maxillofacial trauma and violent crimes at the community level. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2017; 47(3):339-44.
17. Costa MC, Cavalcante GM, Nobrega LM, Oliveira PA, Cavalcante JR, d'Avila S. Facial traumas among females through violent and non-violent mechanisms. *Braz J Otorhinolaryngol* 2014; 80(3):196-201.
18. Ferreira MC, Batista AM, Ferreira O, Ramos-Jorge ML, Marques LS. Pattern of oral-maxillofacial trauma stemming from interpersonal physical violence and determinant factors. *Dent Traumatol* 2014; 30(1):15-21.
19. Oliveira CKSSV. Violência contra mulher, prevalência e trauma facial: um estudo retrospectivo numa delegacia especializada da mulher em Campina Grande - PB [Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2013.
20. Santana JLB, Silva BS, dos Santos JC, de Andrade PO, Moreno BLG, Campello RIC, et al. Body and facial injuries in women submitted to check body of tort in Recife/PE, Brazil. *Odontol Clín-Cient* 2011; 10(2):133-6.
21. Hashemi HM, Beshkar M. The prevalence of maxillofacial fractures due to domestic violence--a retrospective study in a hospital in Tehran, Iran. *Dent Traumatol* 2011; 27(5):385-8.
22. Saddki N, Suhaimi AA, Daud R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health* 2010; 10:268.
23. Arosarena OA, Fritsch TA, Hsueh Y, Aynehchi B, Haug R. Maxillofacial injuries and violence against women. *JAMA Facial Plast Surg* 2009; 11(1):48-52.
24. Le BT, Dierks EJ, Ueek BA, Homer LD, Potter BF. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59(11):1277-83.
25. Larsen OD, Nielsen A. Mandibular fractures. I. An analysis of their etiology and location in 286 patients. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg Suppl* 1976; 10(3):213-8.
26. Montovani JC. Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. *Rev Bras Otorinolaringol* 2006; 72(2):235-41.
27. Acosta DF, Gomes VLDO, Barlem ELD. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. *Acta Paul Enferm* 2013; 26(6):547-53.
28. Le Breton D. As paixões ordinárias: antropologia das emoções. Petrópolis: Editora Vozes; 2009.
29. Aranega AM, Ponzoni D, Garcia-Junior IR, Clície SV, Magro-Filho O. Etiologia e incidência de traumas faciais relacionados à violência doméstica à mulher. *Rev LEVS/Unesp* 2010; 5(5):118-24.
30. Manganello-Souza L. Trauma de partes moles: princípios de tratamento dos ferimentos cutâneos. Tratamento cirúrgico do trauma bucomaxilofacial. 3. ed. São Paulo: Roca; 2006.
31. Passos JC. As desigualdades na escolarização da população negra e a Educação de Jovens e Adultos. *EJA Debate* 2012; 1(1):1-7.
32. Casique L, Furegato ARF. Violence against women: theoretical reflections. *Rev Latino Am Enfermagem* 2006; 14(6):950-6.
33. Saffioti HIB. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo Perspec* 1999; 13(4):82-91.

Endereço para correspondência:

Mabel Miluska Suca Salas
 Av. Dr. Raimundo Monteiro Rezende, 330, sala 301,
 Centro, Gov. Valadares
 35010-173, Pitágoras, Minas Gerais, Brasil
 Telefone: (+55) (33) 3301-1000, ramal 1580
 E-mail: mabel.salas@ufjf.edu.br

Recebido: 28/01/18. Aceito: 15/03/18.