

## **TRAUMA BUCOMAXILOFACIAL RESULTADO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER**

ORAL & MAXILLOFACIAL TRAUMA AS RESULT FOR DOMESTIC VIOLENCE  
AGAINST WOMEN

JADE BERNARDI **PEREIRA**. Cirurgião dentista.

DIEGO COUTO **RODRIGUES**. Cirurgião dentista.

MATHEUS COELHO **BLOIS**. Especialista em cirurgia bucomaxilofacial; Mestre em Implantodontia; Professor de Anatomia e Cirurgia do Centro Universitário UNIAVAN.

FERNANDA ANGELONI DE **SOUZA**. Especialista em Prótese Dentária; Professora de Prótese do Centro Universitário UNIAVAN.

Rua 3100, n 551, sala 01, Centro, Balneário Camboriú-SC, CEP 88330-304. E-mail:

### **RESUMO**

Vivem-se tempos em que as necessidades e a realidade das minorias ganha lugar nas mesas de debates, nas políticas públicas e destaque nas discussões sociais. E quando se coloca a segurança e os direitos das mulheres em pauta não se pode ignorar os números de agressões registradas todos os dias no Brasil. Existe a importância não só do envolvimento político e social, mas também da inserção dos profissionais da saúde no tratamento das mulheres que sofreram e ainda sofrem esse tipo de agressão. Quando há lesões faciais nesses casos de violência é imprescindível que ocorra o envolvimento do cirurgião dentista e do especialista em trauma bucomaxilofacial, que quando treinado e capacitado pode tratar adequadamente e auxiliar na reintegração dessas mulheres na sociedade. O presente trabalho objetiva evidenciar, através de uma revisão da literatura, as diversas relações existentes entre as violências de gênero em especial as agressões físicas e mais especificamente as relacionadas aos danos bucomaxilofaciais e suas consequências, em mulheres vítimas da violência doméstica. E conscientizar os cirurgiões dentistas sobre as necessidades destas pacientes e de suas obrigações frente a este tipo de fenômeno.

**PALAVRAS-CHAVE:** Trauma. Face. Agressão. Violência. Mulheres. Dentista.

### **ABSTRACT**

Today, the reality and needs of the minority groups are being politically and socially discussed. When it comes to women's security and rights, it is important to know about Brazilian VAW and femicides' numbers. Health professionals are extremely essential, not only in the social and political discussions about domestic violence, but also in the treatment of women who suffered this type of violence. Women who had suffered physical facial violence need to receive treatment from an Oral & Maxillofacial Dentistry Surgeon. When trained, the dentist is the correct professional to take proper care of the injured and to help

the victim to reintegrate into society. This research has the objective to evidence, through a review of the literature, the relations between gender violence, especially the physical aggression and the bucomaxilofacial trauma in women who suffered domestic violence. It is also seeks to raise awareness to dentists about the victims needs and the obligations, as professionals, in cases of domestic violence.

**KEYWORDS:** Trauma. Face. Assault. Violence. Women. Dentistry.

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Violência caracteriza-se como uso da força física ou real ou em ameaça, contra si mesmo, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade, que proceda ou tenha qualquer possibilidade de proceder em lesão, morte ou dano psicológico, deficiência ou privação (CASTRO, 2011).

As Nações Unidas declarou em 1949, sobre a Violência Contra a Mulher, aprovada pela Conferência de Viena em 1993, que “a violência se enquadra em todo ato embasado em uma circunstância de gênero, em situação pública ou privada, que tenha como efeito dano de natureza sexual, física ou psicológica, incluindo ameaças, repressão ou a privação da liberdade” (ADEODATO et al., 2005).

O movimento feminista, do início da 2ª metade do século passado destacou-se por denunciar casos de violência contra a mulher, dando luz a realidade que, até então, só era mencionada em âmbito privado. A violência exercida dentro dos lares permanecia sem que ninguém fizesse nem dissesse nada. Até então, não era manifestada abertamente ou tendo o apoio das condições sociais da época (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

Estima-se que, em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso durante a vida (SALIBA et al., 2007).

A violência ocasiona perdas socioeconômicas e sobrecarrega os serviços de saúde, na medida em que leva o indivíduo ao adoecimento, com comprometimento do bem-estar, da segurança e dos direitos humanos e, acarreta em afastamento do trabalho e da sociedade (KRUCZEWSKI; PEREIRA, 2016).

As consequências da violência afetam na qualidade de vida, seja pelas lesões físicas, morais ou psíquicas que causa ao indivíduo, levando-o a necessitar de cuidados e atenção dos serviços médicos hospitalares. As consequências da violência como os danos, as lesões, os traumas e as mortes exigem altos custos emocionais, sociais e de segurança pública. Prejuízos econômicos por conta dos dias de trabalho perdidos, danos emocionais e mentais incontáveis que causam as vítimas e as famílias envolvidas e pelos anos de vida e produtividade perdidos (BRASIL, 2005).

O Brasil perde cerca de 10,5% do seu Produto Interno Bruto - PIB com a violência de gênero e é o país que mais sofre com essa questão. Entretanto ainda não se pode medir com precisão suas consequências para a economia do Brasil, nos custos com o sistema de saúde, Poder Judiciário, polícia, órgãos de apoio, pois as estatísticas brasileiras carecem de dados importantes que não são coletados, principalmente nos serviços de saúde. É um prejuízo que

decorrente da ausência de diagnósticos nos prontuários médicos (BRASIL, 1998).

Os profissionais de saúde, incluindo o cirurgião dentista, são agentes fundamentais no atendimento e acolhimento das vítimas, seja na identificação, na realização de perícias, fornecendo provas forenses que auxiliam nos processos criminais, ou ainda no tratamento das sequelas causadas pelos atos de violência (SILVA, 2015).

Os cirurgiões dentistas são importantes na constatação e na reparação dos danos causados pelas lesões do complexo maxilomandibular em mulheres agredidas fisicamente (CHIAPERINI et al., 2009).

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Foi realizada revisão de literatura voltada às mulheres vítimas de violência doméstica com envolvimento facial. Foram utilizados artigos científicos, trabalhos de conclusão de curso, tese de mestrado e doutorado, os quais foram buscados nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico, Pubmed e Scielo. Foram utilizados artigos dos períodos de 1970 a 2016 com os seguintes descritores: traumatologia facial, violência doméstica, e etiologia. Foram utilizados artigos na língua portuguesa.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

As relações hierárquicas estabelecidas entre os sexos e sacramentada ao longo dos anos resultam nas situações de violência contra a mulher, à diferença de papéis instituídos socialmente a mulheres e homens, resultado da educação diferenciada. Aos homens se estabeleceu as qualidades referentes aos espaços públicos, agressividade e domínio. Enquanto para as mulheres foi dada a etiqueta de “sexo frágil”, pelo fato de serem mais expressivas, contrapondo-se aos traços masculinos, e por isso são menos valorizadas pela sociedade (FONSECA; LUCAS, 2006).

Todos os tipos de absurdos já foram perpetrados contra as mulheres como consequência das desigualdades de gênero. O patriarcado legitima a violência contra as mulheres, em todos os aspectos da vida, físico, material e principalmente no aspecto psicológico e subjetivo (CHIAPERINE et al., 2008).

A violência pode ser definida como violação dos Direitos Humanos, pelo constrangimento da vontade. Do ponto de vista legal, expõem a seguinte classificação de ato violento: de ordem física (infanticídio, homicídio, espancamento, sequestro e rapto); de ordem psicológica (chantagem, ameaça, humilhação e desprezo); de ordem moral (calúnia, difamação e injúria); de ordem sexual (estupro e ato libidinoso), sendo os últimos capazes de envolver todos os demais: físico, psicológico e moral (CHIAPERINE et al., 2008).

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública que afeta a sociedade em todo o mundo e que não respeita fronteiras de classe social, religião, etnia, idade e nem grau de escolaridade. Atualmente e independente do status da vítima, o local predominante da violência continua sendo o lar, uma vez que a chance da mulher ser agredida pelo pai de seus filhos, ex-marido, ou atual companheiro é maior do que a de sofrer violência por parte de um estranho (ADEODATO et al., 2005).

No Brasil a consciência do problema da violência contra a mulher

chegou durante os anos 80, quando o movimento feminista deu início aos debates com relação a violência doméstica, o que resultou em uma enorme sensibilização social. Nessa década que as administrações estaduais e federais criaram conselhos femininos para lidar com a violência conjugal. Em 1984 foi aprovada a Convenção sobre a eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), da Organização das Nações Unidas. Nos anos seguintes foram criadas as delegacias especializadas em violência contra a mulher, administradas por policias do sexo feminino (ARANEGA et al., 2010).

## **ACOLHIMENTO E OBRIGAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

O acolhimento é um conceito repetidamente utilizado para expressar as relações estabelecidas entre usuários do serviço e profissionais na atenção à saúde. Entretanto, não se trata apenas de uma simples relação de prestação de serviços. O acolhimento implica uma relação humanizada, de escuta qualificada. Ou seja, acolhimento relaciona-se, então, com o vínculo entre os usuários e os prestadores de serviço de saúde, com a resolubilidade no atendimento e com a adaptação do serviço às necessidades de cada um dos usuários (LOPES, 2016).

O setor da saúde é fundamental no acolhimento das vítimas, pois é, geralmente, o primeiro setor da sociedade onde estas buscam atendimento o que auxilia na identificação de situações de risco (SILVA, 2015).

As vítimas de violência, principalmente sexual e física, necessitam de acolhimento por parte dos serviços de saúde, esse fator é fundamental e essencial para que se estabeleça uma relação adequada entre e o profissional e as usuárias (LOPES, 2016).

Existe uma banalização dos eventos violentos pelas próprias mulheres, que naturalizam e relativizam as violências que sofrem, e o pior é que, não as reconhecem como tal. A autora aponta que as mulheres em posição de violência de gênero buscam mais os serviços de saúde e falam sobre as violências que sofrem, desde que se dê condições de acolhimento e de escuta para elas. Ela aconselha que os serviços de atenção primária em saúde criem ambientes para ouvir as vítimas, para assim entender e enfrentar a violência de gênero, tendo em vista que tal violência deteriora a saúde individual e familiar da mulher (CASTRO, 2011).

A capacitação técnica e emocional dos profissionais envolvidos nesses casos e o trabalho desenvolvido com as demais instituições e a sociedade certamente acarretarão uma atenção mais descente e eficiente às vítimas (CASTRO, 2011).

É fundamental que os profissionais da saúde envolvidos no atendimento de vítimas de violência doméstica estejam preparados para tratar mais que ferimentos e as necessidades imediatas das vítimas, mas também estejam preparados para encarar a tarefa de encontrar medidas de longo prazo, buscando a prevenção da violência e alterar as condições que a ela dão origem (MCILWAINE, 1989).

O acolhimento é problemática importante, pois a mulher tem direito ao acolhimento humanizado e diferenciado pelo trauma sofrido; e também ao acompanhamento mesmo depois do retorno ao seu contexto social. Com isso encontra-se a necessidade de se identificar se o acolhimento humanizado está

presente no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica que buscam apoio nos serviços de saúde (LOPES, 2016).

As mulheres encontram uma enorme dificuldade quando procuram os serviços de saúde, reclamam que estes serviços não solucionam seus problemas, que vão muito além do alívio de sinais e sintomas. Para que ocorra o atendimento integral e humanizado das mulheres vítimas de agressões físicas, estes devem ir além das ações imediatas, mas pensando em estratégias de prevenção e redução de violência (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010).

As crenças populares sobre violência doméstica não podem influenciar o trabalho dos profissionais da saúde, esses não podem se deixar levar por condutas ou atitudes de aceitação ou rejeição que a sociedade estabelece. Mitos como “o lar é um espaço privado, ninguém deve intervir nele”, “as mulheres maltratadas podem abandonar seus lares quando quiserem” ou “as mulheres gostam de sofrer” na maioria das vezes não revelam a realidade, embora tenham sido legitimados pela sociedade (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

Em casos de violência contra a mulher, muitas vezes a vítima é considerada culpada pela agressão e o preconceito por parte dos profissionais de saúde acarreta em uma nova ofensa contra a mulher (SALIBA et al., 2007).

O rompimento de ideias pré-concebidas, o treinamento correto para diagnosticar situações de violência e a conscientização da importância do assunto são condições fundamentais para que o profissional seja capaz de detectar e comunicar, a quem for competente, essas situações tão frequentes no dia-a-dia dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação (CASTRO, 2011).

Ainda hoje, os profissionais que atendem as vítimas de violência não reconhecem suas necessidades, não perguntam sobre o assunto, não sabem como proceder e encaminhar as vítimas. Muitos perdem a oportunidade de ajudar, pelo fato de serem preconceituosos indiferentes ou apenas desinformados (HEISE; ELLSBERG; GOTTEMOELLER, 1999).

As consequências da violência refletem nitidamente nos serviços de saúde, pelos custos que demandam e pela dificuldade do atendimento que necessitam. O setor tem um papel fundamental no combate à violência familiar. Entretanto, os profissionais da área tendem a não dar a devida atenção a esse fenômeno, dedicando-se apenas ao tratamento das lesões físicas e raramente se dedicando em diagnosticar e prevenir a origem das injúrias. O fato pode estar relacionado à decisão de não se envolver com os casos ou apenas falta de preparo profissional (SALIBA et al., 2007).

Existe uma tendência dos profissionais a relacionar a violência doméstica como um problema que diz respeito à esfera da Segurança Pública e à Justiça, e não à assistência médica (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999).

A maioria das disciplinas da saúde não apresentam em seus currículos a formação e o treinamento dos aspectos relacionados com a violência. Com isso, os profissionais de saúde não estão preparados para apresentar uma atenção que tenha impacto significativo à saúde das vítimas (JARAMILLO; URIBE, 2001).

Uma das contribuições mais importantes para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher foi a obrigatoriedade de preenchimento da ficha da notificação da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências,

implantada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde em 2009, a qual é realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações de suspeitas de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, respeitando leis e portarias já em vigor (WAISELFISZ, 2015).

A Lei brasileira nº 10.778 decide como obrigatória a notificação de qualquer tipo de violência praticado contra mulheres tratadas em serviços de saúde públicos ou privado. Nesses casos, os cuidados médicos/hospitalares devem atender a todos os problemas e carências, sem qualquer discriminação em termos de faixa etária, raça, gênero ou religião (BRASIL, 2003).

Entretanto, a lei não esclarece aos profissionais da área a forma adequada de realizar as notificações, o que pode contribuir para a omissão e, conseqüentemente, para a ineficácia do instrumento legal (SALIBA et al., 2007).

São inúmeras as dificuldades encontradas à notificação no Brasil, como carência de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, deficiência de meios legais para a proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Levando em consideração que o cirurgião-dentista é um dos profissionais da saúde que tem maiores chances de identificar a violência doméstica, especialmente a física por ser a face o local preferencial das lesões a observância do dever moral de proteger seu paciente é essencial para o exercício ético da profissão. Com relação ao sigilo profissional que deve ser mantido (Art.10, I), deve-se levar em consideração que se abre exceções em situações que implicam diretamente de um mal maior a integridade e saúde do paciente. Desse modo ao tomar ciência de algo que possa prejudicar algum desses direitos, o cirurgião-dentista deverá romper este sigilo (Art. 10, §1º, b) (SALIBA et al., 2007).

## **TRAUMAS BUCOMAXILOFACIAIS**

O trauma facial pode ser considerado uma das agressões mais devastadoras encontradas em centros de trauma devido às conseqüências emocionais, à possibilidade de deformidade e, também, ao impacto econômico que esses traumas causam em um sistema de saúde. Trata-se de um trauma de abrangência multidisciplinar, envolvendo, principalmente, as especialidades de traumatologia, oftalmologia, cirurgia plástica, maxilofacial e neurocirurgia. É alerta para um aumento significativo dos traumas crânio-maxilo-faciais nas últimas décadas. A fratura de mandíbula ocupa o segundo lugar entre as fraturas dos ossos da face, com incidência em torno de 38% (CAMARGO et al., 2012).

Os traumas estão entre as principais causas de morte e morbidade no mundo. Dentre os inúmeros tipos, o trauma na face destaca-se por sua peculiar importância, pois apresenta repercussões funcionais, emocionais e probabilidade de deformidades permanentes (ARANEGA et al., 2010).

Esse fenômeno ocorre por que a pele e os ossos faciais, por sua projeção anterior corporal, são extremamente expostos às agressões. Os tecidos moles quando comprimidos entre os ossos e as forças de agressão

externa, podem ter inúmeras injúrias potencializando os efeitos deletérios das fraturas ósseas (FREIRE, 2001).

As agressões físicas que envolvem a região facial acarretam um grande número de alterações anatômicas e/ou funcionais permanentes. Em alguns casos, os traumas estéticos complexos acarretam perda de função e deformações, seguidas por consequências emocionais e morais, que tem impacto em todo o sistema de saúde (COSTA, 2012).

A violência contra a mulher é de âmbito universal que existe em todo o mundo. Frente a este problema percebe-se que a região facial é a mais atingida, o que resulta em uma elevada procura de cuidados de saúde dessas mulheres por dentistas, profissional que exerce um papel de fundamental não só no atendimento e na identificação como também na prevenção dos agravos à saúde resultantes da violência (SILVA, 2015).

Uma pesquisa realizada em 2009 definiu o perfil de mulheres e homens envolvidos em atos de violência conjugal, a partir de queixas notificadas em uma delegacia do estado do Rio de Janeiro. As autoras observaram que o rosto foi o lugar preferido pelos homens para desferir socos e provocar lesões que afetaram, principalmente, os olhos e os dentes das mulheres (LAMOGLIA; MINAYO, 2009).

Dos traumas de cabeça e pescoço onde a causa não foi acidente automobilístico 23% foram resultado de violência doméstica e 94% das vítimas tinham cabeça ou pescoço traumatizados ou ambos (OCHS; NEUENSCHWANDER; DODSON, 1991).

É comum aos traumas faciais serem compostos por lesões de tecidos moles e fraturas ósseas. A mais significativa prioridade no paciente com fratura facial é o descobrimento ou o parecer da ameaça de vida nas injúrias associadas. Além disso, a cabeça é a região do corpo mais afetada pelos traumas. O acometimento frequente da face nos casos de agressão ocorre porque é uma porção complementar da cabeça, uma região muito exposta e pouco protegida (CHIAPERINE et al., 2008).

A pele é elástica e tem espessura fina, seu tecido subcutâneo é delgado, a vascularização e inervação são extensas e a musculatura é superficial. E os tecidos moles quando comprimidos entre a agressão externa e os ossos podem sofrer incontáveis injúrias potencializando os efeitos prejudiciais das fraturas ósseas (MONTOVANI et al., 2006).

No que diz respeito ao cirurgião dentista, nas lesões corporais consideradas leves concentram-se a grande maioria dos ferimentos: lesões nos tecidos moles, como gengiva e mucosas, as ligeiras luxações dentárias, as fraturas coronárias de pequena extensão, uma leve periodontite traumática, quer dizer que as lesões de menor gravidade, que não comprometam as funções mastigatórias em caráter permanente e que não acarretem maiores riscos ou recuperação lenta (CHIAPERINI et al., 2008).

Em pesquisa de casos de mulheres agredidas acolhidas em dois hospitais do Rio de Janeiro, RJ, a face e a cabeça foram identificadas como as áreas corporais mais atacadas pelos agressores, seguidas por braço e mão. Percebe-se que a face é a área favorita dos agressores, tendo inúmeros relatos de socos nos olhos e mandíbula, sendo mais raramente citados casos de chutes e pontapés. De acordo com os relatos, nos casos em que o braço ou mão foram atingidos, na maioria das vezes foi porque a vítima usou-os para tentar proteger a face de um golpe, funcionando como anteparo e sofrendo o

impacto da agressão. Os autores também perceberam que os profissionais envolvidos no atendimento dessas mulheres foram predominantemente o ortopedista (66,7%), seguido pelo cirurgião dentista (9,5%). A maior parte das agressões foi praticada no interior da residência (83,3%), sendo prática recorrente, onde existe a privacidade do lar e a ininterrupção de outras pessoas (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000).

A mandíbula é o único osso da face que apresenta mobilidade e sua fratura não passa jamais despercebida, pois é bastante dolorosa, dor essa que piora muito com os movimentos mastigatórios, fonatórios e até movimentos respiratórios, e, muitas vezes causa assimetrias faciais. As fraturas mandibulares podem acarretar deformidades, sejam por deslocamentos ou perdas ósseas não restauradas, com alterações de oclusão dentária ou da articulação temporomandibular (ATM). Quando não identificadas ou tratadas inadequadamente, essas lesões podem levar a complicações graves, tanto estéticas como funcionais (CAMARGO et al., 2012).

Um estudo observacional realizado entre os anos de 1996 e 2001, em um centro médico, acompanhando 237 pacientes com lesões faciais, sendo dessas: 173 fraturas mandibulares (72,9%), 33 maxilares (13,9%), 32 zigomática (13,5%), 57 zigomáticoorbital (24,0%), 5 cranial (2,1%), 5 nasais (2,1%) e 4 injúrias frontais (1,6%) (MOTAMEDI, 2003).

Entre os tipos de lesões encontrados nos exames de corpo de delito a existência de fraturas da porção coronária e/ou radicular de dentes, fraturas ósseas de mandíbula e maxila, perdas dentárias, luxações dentárias ou da articulação temporomandibular (ATM), desordens da ATM, anquilose da ATM e ferimentos em tecidos moles. Entre os dados, as fraturas de porção coronária e as perdas dentárias constituíram os danos mais frequentes (RAMOS, 1998).

Uma pesquisa realizada para investigar as lesões corporais que atingiram o complexo maxilomandibular em mulheres submetidas à perícia médico-legal no IML, no município de Ribeirão Preto, SP, nos anos entre 1998 a 2002. Foi observado um elevado comprometimento do complexo maxilomandibular em mulheres entre 26 a 30 anos, brancas. Em respeito à etiologia do dano, as agressões físicas foram responsáveis pelo maior percentual (57%), havendo elevada incidência de escoriação, edema e equimose. Quanto às regiões da face atingidas, a região oral foi a mais acometida, seguida da região nasal (CHIAPERINI et al., 2009).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os relatos de agressões contra as mulheres são constantes no Brasil, embora a violência contra a mulher, ou violência de gênero constitua em um crime grave, todos os dias novos casos surgem em hospitais e delegacias do Brasil, números alarmantes nos mostram como essa epidemia tem aumentado nos últimos anos, e de como a violência contra a mulher ainda é banalizada. A sociedade se desenvolveu de forma que aos homens coubessem atividades consideradas nobres, enquanto mulheres ficassem restritas ao âmbito doméstico. Anos se passaram, os tempos são outros, grandes lutas foram ganhas, mas ainda que se tenha avançado muito na luta por direitos iguais, não foi o suficiente para superar os paradigmas de um modelo patriarcal ainda legitimado pela nossa sociedade, dando ao homem a falsa e fatídica impressão de direito sob a mulher.



Esse tipo de violência acarreta perdas socioeconômicas, pois prejudica a qualidade de vida e o equilíbrio familiar, além de exigir cuidados de várias esferas dos setores públicos como sistema de saúde, poder judiciário, segurança e órgãos de apoio.

O cirurgião dentista está entre os profissionais que mais tem chances de identificar a violência doméstica, uma vez que a face é a região preferida dos agressores para desferir golpes, o que provoca lesões graves e que exigem cuidados de profissionais específicos da área. Essas lesões muitas vezes provocam mais do que danos físicos, mas também emocionais, podem causar prejuízos e deformidades permanentes, e que levam a baixa da autoestima entre outros problemas psicológicos.

O trabalho busca alertar os profissionais da saúde, em especial o cirurgião dentista da importância de estar preparado tecnicamente e emocionalmente para acolher e atender mulheres vítimas da agressão doméstica de forma humanizada, buscando mais do que resolver as injúrias físicas que esse tipo de violência acarreta e conscientizar esses profissionais sobre seu dever de notificar casos de violência que aos quais tiverem conhecimento e dessa forma dar condições para que essas mulheres reconstruam suas vidas.

## REFERÊNCIAS

ADEODATO, V. G. et al. Quality of life and depression in women abused by their partners. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.1, p.108-13, 2005.

ARANEGA, A. M. et al. Etiologia e incidência de traumas faciais relacionados à violência doméstica à mulher. **Revista LEVS/Unesp-Marília**, v.5, n.5, p.118-124, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Conferência Nacional de Saúde. **A violência contra a mulher é também uma questão de saúde pública**. Belo Horizonte: Ministério da saúde, 1998.

BRASIL. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p.

CAMARGO, I. B. et al. Fratura parassinfisária em Mulher Vítima de Violência Doméstica: Relato do Caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, v.12, n.1, p. 9-16, 2012.

CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v.14, n.6, p. 950-956, 2006.

CASTRO, T. L. **Lesões craniofaciais em mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: registros do Departamento Médico Legal de Vitória**

**(ES), entre 2004 e 2008.** 2011. 139 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Biologia Buco-Dental, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, 2011.

CHIAPERINI, A. et al. Correlações presentes entre danos bucomaxilofaciais e lesões corporais em mulheres: uma revisão de literatura. **Saúde, Ética & Justiça**, v.13, n.2, p.72-8, 2008.

CHIAPERINI, A. et al. Danos bucomaxilofaciais em mulheres: registros do Instituto Médico-legal de Ribeirão Preto (SP), no período de 1998 a 2002. **Rev. odonto ciênc.**, v.24, n.1, p. 71-76, 2009.

COSTA, M. C. F. **Traumas faciais em mulheres vítimas de violência em Campina Grande – PB.** 2012. 24 f. Monografia (Graduação) – Curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba, 2012.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência de gênero como questão de saúde pública: a importância da formação de profissionais. **J Rede Saúde**, v.19, p.3-4, 1999.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública.**, v.16, n.1, p. 129-137, 2000.

FONSECA, P. M.; LUCAS; T. N. S. **Violência doméstica contra a mulher e suas consequências psicológicas.** 2006. 24 f. Monografia (Graduação) – Curso de Psicologia, Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, Salvador, 2006.

FREIRE, E. **Trauma: a doença dos séculos.** São Paulo, SP: Atheneu, 2001. 2 v. 3206 p.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. **Cad Saude Publica.**, v.18, n.1, p.315-9, 2002.

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending Violence Against Women. **Population Reports**, v.L, n.11, p.1-44, 1999.

JARAMILLO, D. E.; URIBE, T. M. Rol Del personal de salud em La atención a lãs mujeres maltratadas. **Invest Educ Enferm.**, v.19, n.1, p.38-45, 2001.

KRUCZEWSKI, B.; PEREIRA, R. W. Perfil da violência contra a mulher em Santa Catarina. **Anais de Medicina**, v.2, p.102-103, 2016.

LAMOGLIA, C. V. A.; MINAYO, M. C. S. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p.594-604, 2009.

LOPES, J. S. Humanização do acolhimento à mulher vítima de violência

doméstica: revisão sistemática a partir da promulgação da lei maria da penha. **Gênero & Direito**, v.5, n.1, p.282-302, 2016.

MCILWAINE, G. Women victims of domestic violence. **BMJ**, v.299, n.6706, p.995-996, 1989.

MOTAMEDI, M. H. An assessment of maxillofacial fractures: a 5-year study of 237 patients. **J Oral Maxillofac Surg.**, v.61, n.1, p.61-4, 2003.

MONTOVANI, J. C. et al. Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v.72, n.2, p. 235-41, 2006.

OCHS, H. A.; NEUENSCHWANDER, M. C.; DODSON, T. B. Are head neck and facial injuries markers of domestic violence? **J Am Dent Assoc.**, v.127, n.6, p.757-61, 1991.

RAMOS, D. G. **Contribuição para o estudo jurídico das lesões corporais que incidem sobre o complexo maxilo-mandibular**. 1998. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.3, p.472-7, 2007.

SANTI, L. N.; NAKANO, A. M. S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto Contexto Enferm.**, v.19, n.3, p.417-424, 2010.

SILVA, E. N. **Contributo do médico dentista nos casos de violência doméstica contra mulheres: realidades do Brasil e de Portugal**. 2015. 73 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Medicina Dentária, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2015.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. Brasília: Opas, 2015. 83 p.