U.PORTO
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

**Revisão sistemática**

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

# Avaliação de dano orofacial e fatores associados em mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade

*Evaluation of orofacial damage and associated factors in women victims of violence in intimate partner violence*

Esther Belotti do Nascimento

Porto, 2024

# Avaliação de dano orofacial e fatores associados em mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade

**Área Científica:** Medicina Dentária Forense

Monografia de Revisão Sistemática apresentada à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto no âmbito da Unidade Curricular Monografia/Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade do Porto

Esther Belotti do Nascimento

Porto, 2024

**Autor/Investigador principal**

*Esther Belotti do Nascimento*

Estudante de Mestrado Integrado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

Estudante de graduação da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

**Orientador**

*Professor Doutor Américo dos Santos Afonso*

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

**Coorientador**

*Professor Doutor Eduardo Sanches Gonçales*

Professor Associado da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

*Monografia de Investigação* pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

*Trabalho de Conclusão de Curso* pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

Acordo de Cooperação Acadêmica para Obtenção de Dupla Titulação.



**"They say the best blaze burns brightest when circumstances are at their worst."**

Howl's Moving Castle.

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por ser a minha vida. O maior e melhor exemplo de força, esforço e dedicação que eu poderia ter. Obrigada por apoiar os meus sonhos, mesmo que te pareçam meio malucos, só para me ver feliz. Esta tese, assim como tudo o que eu faço, é dedicado a você. O que são milhares de quilómetros de distância se te carrego sempre no meu coração? Obrigada por ser o meu porto seguro, obrigada por ser meu lar, e obrigada por ser minha mãe.

Ao meu irmão, Caio, por ser a metade da minha laranja. Não sei o que eu seria sem você. Obrigada por me ensinar o que é amar, cuidar e dividir. Obrigada por vibrar por minhas conquistas e por sempre me mostrar que tem orgulho de mim. Agradeço por sempre se fazer presente mesmo de longe, alegrando os meus dias. Apesar de relutante, eu aceito perder o posto de “engraçada da famíla” para você. Que sorte eu tenho em ser sua irmã.

À minha irmã, Dani, por ser tão especial para mim. Infelizmente não passamos muito tempo juntas, mas espero que consiga sentir o amor que sinto por você, apesar da distância.

À minha família, por sempre acreditarem em mim. Agradeço aos meus avós, tios e primos, por fazerem parte da minha vida. À minha irmã, Dani, por ser tão especial para mim. Infelizmente não passamos muito tempo juntas, mas espero que consiga sentir o amor que sinto por você, apesar da distância.

À Thaís, por ter dividido a graduação comigo. Ser sua dupla durante a faculdade foi um prazer, e ser sua amiga fora dela é um prazer ainda maior. *Vrau*, sua amizade e parceria me fizeram crescer.

Ao *meu bem*, por ser quem você é. Agradeço ao destino por ter cruzado nossos caminhos. Obrigada por ser meu companheiro de todas as horas. A vida é mais leve com você.

Aos meus amigos do Porto, a “Turma do Fundão”, pelo acolhimento. Estar fora de casa é difícil, mas com vocês eu não me sinto sozinha.

Aos “FOBianos no Porto”, representados atualmente pela Diullia e pelo Guilherme, por tornarem a a saudade de casa fácil de suportar. Obrigada pela amizade que nem um oceano conseguiu separar.

Ao meu orientador, Prof. Doutor Américo dos Santos Afonso, por me aceitar como orientanda e me apoiar nesta monografia.

Ao meu coorientador, Prof. Eduardo Sanches Gonçales, por uma parceria de longa data. Obrigada por me aceitar como orientanda desde meu primeiro ano de faculdade e por sempre confiar no meu potencial.

À Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, por ter sido a minha segunda casa. Agradeço cada oportunidade, cada ensinamento e cada experiência. Pensarei na minha graduação sempre com muito carinho, pois tenho orgulho em dizer que sou formada pela FOB-USP.

À Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, por me receber e me dar a oportunidade de obter a dupla titulação. Desejei este intercâmbio por muitos anos e agradeço pela oportunidade de realizá-lo.

**RESUMO**

**Introdução:** A violência por parceiro íntimo consiste na violência física, sexual, psicológica e/ou econômica entre cônjuges ou parceiros íntimos. Ela afeta principalmente mulheres, causando graves consequências à saúde física e psicológica das vítimas. O dano orofacial é uma das principais consequências da violência por parceiro íntimo, porém é subnotificado, dificultando o apoio à vítima. Os médicos-dentistas desempenham um papel crucial na identificação e intervenção nesses casos e devem ser treinados para reconhecer os sinais de violência por parceiro íntimo nas lesões orofaciais e incluir essa possibilidade no diagnóstico diferencial.

**Objetivo:** Sendo assim, o objetivo deste trabalho é identificar se existe um padrão no dano orofacial e mapear qual é o tipo de lesão mais prevalente nos casos de mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade e seus fatores associados.

**Metodologia:** A pesquisa foi realizada de acordo com as diretrizes PRISMA, utilizando as plataformas PubMed, Scopus, Embase, Web of Science, SciELO e Cochrane Library, com restrição de ano de publicação de 2014 a 2024, escritos em português e/ou inglês. Foram incluídos estudos que avaliavam o dano orofacial em mulheres maiores de 16 anos dentro das relações de intimidade. Estudos com amostra não exclusivamente composta por pessoas do género feminino e/ou estudos que avaliavam dano orofacial causado por violência fora das relações de intimidade só foram incluídos se os dados de interesse estivessem discriminados separadamente do restante da amostra. O risco de viés foi avaliado pela escala ROBINS-I.

**Resultado:** Um total de sete estudos foram selecionados**.** Evidenciou-se uma grande prevalência de lesões na região da face, cabeça e pescoço entre as vítimas de violência nas relações de intimidade. Na avaliação do dano orofacial, encontrou-se uma frequente menção a edema e laceração, quanto ao dano em tecidos moles; fratura de órbita, quanto ao dano em tecidos duros; e fraturas e avulsões dentárias, quando avaliado as lesões dentárias traumáticas. O principal mecanismo de dano orofacial foi o golpe contundente deferidos com as mãos, principalmente na forma de tapas e socos. As vítimas eram majoritariamente mulheres jovens, casadas e

relatavam múltiplos episódios de violência nas relações de intimidade. No geral, a avaliação do risco de viés dos estudos selecionados revelou um moderado risco de viés.

**Conclusão:** Não foi identificado um padrão definido de danos orofaciais, nem dos fatores associados, em mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade, devido à grande variabilidade de lesões, falta de consenso na literatura e não padronização na obtenção de dados entre os artigos. No entanto, certas características servem como potenciais indicadores de violência por parceiro íntimo e devem ser consideradas pelos médicos-dentistas durante a avaliação das potenciais vítimas.

**Palavras-chave:** Tooth Fractures, Facial Trauma, Orofacial Injuries, Intimate Partner Violence, Domestic Violence

## ABSTRACT

**Introduction**: Intimate partner violence consists of physical, sexual, psychological and/or economic violence between spouses or intimate partners. It mainly affects women, causing serious consequences for the victims' physical and psychological health. Orofacial damage is one of the main consequences of intimate partner violence, but it is underreported, making it difficult to support the victim. Dentists play a crucial role in identifying and intervening in these cases and should be trained to recognize the signs of intimate partner violence in orofacial injuries and include this possibility in the differential diagnosis.

**Objetives:** Therefore, the aim of this study is to identify whether there is a pattern in orofacial damage and to map which type of injury is most prevalent in cases of women victims of intimate partner violence and its associated factors.

**Methods:** The research was performed in accordance with the PRISMA guidelines, using the PubMed, Scopus, Embase, Web of Science, SciELO and Cochrane Library databases, with a publication year restriction of 2014 to 2024, written in Portuguese and/or English. Studies that evaluated orofacial damage in women over the age of 16 in intimate relationships were included. Studies with a sample not exclusively composed of females and/or studies that assessed orofacial damage caused by violence outside intimate relationships were only included if the relevant data were separately delineated from the rest of the sample. The risk of bias was assessed using the ROBINS-I scale.

**Results:** A total of seven studies were selected. There was a high prevalence of injuries to the face, head and neck among victims of intimate partner violence. When assessing orofacial damage, there was frequent mention of edema and laceration in relation to soft tissue damage; orbital fractures in relation to hard tissue damage; and dental fractures and avulsions when assessing traumatic dental injuries. The main mechanism of orofacial damage was blunt blows delivered with the hands, mainly in the form of slaps and punches. The victims were mostly young, married women and reported multiple episodes of intimate partner violence. Overall, the risk of bias assessment of the selected studies revealed a moderate risk of bias.

**Conclusions:** No definite pattern of orofacial damage or associated factors was identified in women victims of intimate partner violence, due to the great variability of injuries, lack of consensus in the literature and non-standardized data collection between articles. However, certain characteristics serve as potential indicators of intimate partner violence and should be considered by dentists when assessment of potential victims.

**Keywords:** Tooth Fractures, Facial Trauma, Orofacial Injuries, Intimate Partner Violence, Domestic Violence

## LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---|---|
| **FCP** | Face e/ou cabeça e/ou pescoço |
| **LDT** | Lesões dentárias traumáticas |
| **OMS** | Organização Mundial da Saúde |
| **PICO** | Problem-Intervention-Comparison-Outcome |
| **PRISMA** | Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis |
| **SNC** | Sistema nervoso central |
| **TER** | Tratamendo endodôntico radicular |
| **VPI** | Violência por parceiro íntimo |

**ÍNDICE**

**CAPÍTULO I** ..... 1

**INTRODUÇÃO** ..... 2

**CAPÍTULO II** ..... 5

**MATERIAIS E MÉTODOS** ..... 6

Critérios padronizados, protocolo e registo ..... 6

Critérios de elegibilidade ..... 6

Critérios de inclusão ..... 7

Critérios de exclusão ..... 7

Estratégia de busca dos estudos ..... 7

Processo de recolha de dados ..... 8

Dados extraídos ..... 8

Risco de viés ..... 9

**CAPÍTULO III** ..... 11

**RESULTADOS** ..... 12

Seleção dos artigos ..... 12

Características gerais dos estudos selecionados ..... 13

Síntese dos resultados ..... 17

Avaliação do risco de viés ..... 25

**CAPÍTULO IV** ..... 27

**DISCUSSÃO** ..... 28

Dano orofacial na VPI ..... 28

Características do dano orofacial ..... 29

Mecanismo do dano orofacial ..... 30

Fatores associados ..... 31

Importância do Médico-Dentista ..... 32

Limitações ..... 33

**CAPÍTULO V**..... 36

**CONCLUSÃO**..... 37

**REFERÊNCIAS**..... 39

**ANEXOS**..... 45

**INDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Estratégia de pesquisa PICO .....6
Tabela 2 - Características gerais dos estudos selecionados .....15
Tabela 3 - Síntese dos resultados.....21
Tabela 4 - Análise do risco de viés.....25

Tabela complementar 1 - Estratégia de busca dos estudos.....46

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA ..... 12

# CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), violência é definida como “o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. (1) Dentro das formas de violência, destaca-se a violência por parceiro íntimo (VPI), que consiste na violência física, sexual, psicológica e/ou económica entre cônjuges, ex-cônjuges ou parceiros íntimos não casados, podendo ocorrer tanto em relacionamentos heterossexuais quanto homossexuais. (2-7)

A violência contra a mulher é uma grave violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública a nível global. Entretanto, as estatísticas relacionadas são subestimadas, já que o abuso físico nem sempre é denunciado, principalmente quando ocorre em âmbito domiciliar. (1, 8-10) Estimativas publicadas pela OMS indicam que cerca de 1 em cada 3 das mulheres e 27% das mulheres entre os 15 e 49 anos foram sujeitas a violência física e/ou sexual por parceiro íntimo durante a sua vida. (4, 9, 11) Nos Estados Unidos da América, por exemplo, estudos mostram que 1 em cada 4 mulheres já foram vítimas de VPI durante a vida. (5)

Ultrapassando barreiras de etnias, cultura, classe socioeconómica e género, a VPI pode ser vivenciada tanto por pessoas do género masculino quanto feminino; sendo as mulheres mais comumente acometidas. (5, 12) Este cenário gera graves consequências para a saúde da vítima, pois estas apresentam maior probabilidade de desenvolverem complicações físicas e psicológicas, que incluem problemas reprodutivos e ginecológicos, problemas gastrointestinais, depressão, distúrbios psicossomáticos e neurológicos, e limitação da habilidade de socialização. (3, 4) Embora seja prejudicial em qualquer fase da vida, a VPI durante períodos de maior vulnerabilidade, durante a gestação, por exemplo, pode representar uma situação especialmente perigosa. (13)

O dano orofacial é a principal consequência da VPI. (6, 11) Além da violência ser dirigida a uma região anatómica intimamente relacionada com a percepção da autoimagem e identidade do indivíduo, lesões nesta região podem desencadear problemas funcionais, afetando mastigação, fala, deglutição e visão, desfiguração facial e, em casos mais graves, morbidades graves ou morte. (9, 14, 15)

As lesões em face e/ou cabeça e/ou pescoço (FCP) resultantes da VPI são de difícil investigação, pois é comum uma subnotificação. (4, 8, 16) Danos como contusões, abrasões, lacerações, fraturas dentárias e/ou ósseas na região orofacial podem configurar indicadores de violência em relações de intimidade, principalmente nas lesões sem causa ou etiologia conhecidas. Tais situações devem ser incluídas no diagnóstico diferencial das lesões pelos profissionais de saúde, incluindo os médicos-dentistas, que devem ser treinados para identificar estes marcadores e intervir de forma adequada. (10, 12, 17)

Sendo assim, o objetivo desta investigação é identificar se existe um padrão no dano orofacial e mapear qual é o tipo de lesão mais prevalente nos casos de mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade e seus fatores associados.

# CAPÍTULO II

MATERIAIS E MÉTODOS

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Critérios padronizados, protocolo e registo

A revisão sistemática foi realizada de acordo com as diretrizes dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis - PRISMA). (18)

### Critérios de elegibilidade

Seguindo a estratégia “Problem-Intervention-Comparison-Outcome” (PICO) (19), foi formulada a questão de investigação, como demonstrado na Tabela 1.

Os critérios de elegibilidade foram definidos baseados na pergunta chave: “Existe um padrão no dano orofacial e fatores associados em mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade?”, como forma de perceber se existe maior incidência de determinada lesão orofacial nos casos de violência nas relações de intimidade e se existem fatores comumente associados a estas siuações.

| | **Estratégia de pesquisa** |
|---|---|
| **P** (Population) | Mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade; |
| **I** (Intervention) | Dano orofacial e fatores associados; |
| **C** (Comparison) | Não aplicável; |
| **O** (Outcome) | Tipo de dano orofacial e fatores associados mais prevalentes entre as vítimas de violência nas relações de intimidade. |

*Tabela 1 - Estratégia de pesquisa PICO*

### Critérios de inclusão

Os estudos foram selecionados de acordo com a estratégia de busca, segundo os critérios de inclusão: publicações entre os anos de 2014 e 2024, estudos escritos em inglês e/ou português, e disponíveis gratuitamente. Foram incluídos estudos dos tipos transversal e/ou retrospectivos, que avaliavam o dano orofacial em mulheres maiores de 16 anos dentro das relações de intimidade. Estudos com amostra não exclusivamente composta por pessoas do género feminino e/ou estudos que avaliavam dano orofacial causado por outras motivações que não as violências das relações de intimidade só foram incluídos se os dados de interesse estivessem discriminados separadamente do restante da amostra.

### Critérios de exclusão

Foram descartados os estudos segundo os critérios de exclusão: publicações anteriores a 2014, estudos escritos em outras línguas que não inglês e/ou português, e não disponíveis gratuitamente. Foram excluídos estudos que avaliavam outros tipos de dano que não o orofacial, estudos que avaliavam menores de 16 anos, estudos que avaliavam exclusivamente géneros que não o feminino e violência fora das relações de intimidade.

### Estratégia de busca dos estudos

A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados*: PubMed (Medline)*, *Scopus (Elsevier)*, *Embase*, *Web of Science (Clarivate), SciELO e Cochrane Library*. A última pesquisa foi realizada em 07 de abril de 2024.

Os artigos foram pesquisados utilizando as seguintes palavras-chaves: "Tooth Fractures", "Tooth Fracture", "Facial Trauma", "Oral Injuries", "Orofacial Injuries", "Intimate Partner Violence", "Domestic Violence", "Family Violence" e "Intimate Partner Abuse", sendo "Tooth Fractures" e “Intimate Partner Violence” termos associados aos descritores indexados ao MeSH.

Os operadores booleanos utilizados foram “OR” e “AND”, combinados com as palavras-chaves, e operadores de proximidade “” e () sempre que necessário, sendo que a estratégia de busca foi personalizada de acordo com as diferentes bases de dados. (Tabela complementar 1)

### Processo de recolha de dados

Dois revisores independentes (EBN, ASA) selecionaram os artigos através da seguinte ordem: 1) seleção através da leitura dos títulos; 2) seleção através da leitura dos resumos; e 3) seleção através da leitura integral dos artigos. Nesta última etapa, foram excluídas as publicações que não atendessem aos critérios de inclusão ou caso algum critério de exclusão fosse detetado. Quaisquer divergências nos resultados adquiridos foram resolvidas mediante discussão com um terceiro revisor (ESG).

O programa Endnote versão 21.2 (Clarivate Analytics, Pensilvânia, Estados Unidos da América) foi utilizado para a exportação e gestão das referências. O programa Rayyan (Intelligent Systematic Review) foi empregue para eliminar publicações duplicadas e gerencias os artigos incluídos e excluídos nesta revisão sistemática.

### Dados extraídos

Os estudos selecionados foram analisados e as principais informações foram extraídas da forma mais padronizada possível. Em uma primera etapa, para tabela das características gerais dos estudos selecionados, foram coletados os seguintes dados: 1) Autor, país e ano; 2) Tipo de estudo; 3) Objetivo; 4) Tamanho amostral; e 5) Características da amostra. Posteriormente, na etapa de síntese dos resultados, foram coletadas as seguintes informações: 1) Casos de VPI na amostra; 2) Porcentagem de dano orofacial na VPI; 3) Dano orofacial na VPI; 4) Fatores associados; e 5) Conclusão.

Os artigos encontrados durante a busca dos estudos, mas não considerados adequados pelos critérios de inclusão e exclusão, foram utilizados posteriormente na introdução e discussão, se pertinentes.

### Risco de viés

O risco de viés foi avaliada pela escala ROBINS-I (Risk Of Bias In Non-randomised Studies – of Interventions), (20)

Os itens de avaliação da escala ROBINS-I são categorizados em 7 domínios: D1) Viés por confundimento; D2) Viés na seleção dos participantes; D3) Viés na classificação das intervenções; D4) Viés na mensuração do resultado; D5) Viés por desvio das intervenções pretendidas; D6) Viés na medida dos desfechos; e D7) Viés na seleção dos resultados reportados. Tais domínios são classificados “baixo risco de viés”, “moderado risco de viés”, “grave risco de viés” ou “sem informação”. Ao final, determinou-se o risco de viés geral.

Tendo em conta a grande diversidade de metodologias utilizadas nos estudos selecionados nesta revisão sistemática, não foi possível realizar uma meta-análise.

# CAPÍTULO III

RESULTADOS

## RESULTADOS

### Seleção dos artigos

O fluxograma PRISMA (Figura 1) demonstra o processo de seleção.

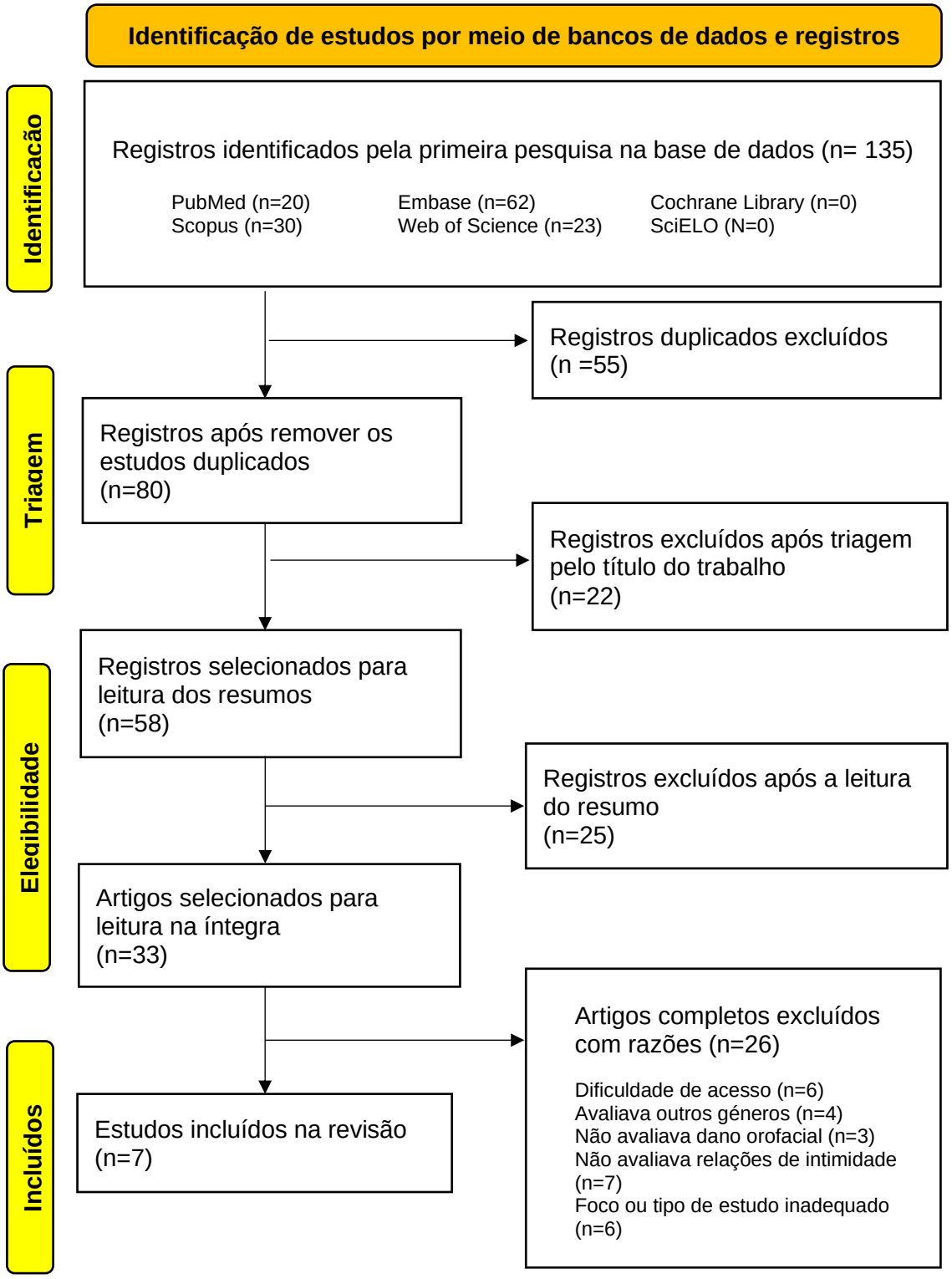



*Figura 1 - Fluxograma PRISMA*

A pesquisa nos bancos de dados utilizando as palavras-chave selecionadas resultou em 135 estudos, dos quais 20 localizados no PubMed (Medline), 30 na Scopus (Elsevier), 62 na Embase, 23 na Web of Science (Clarivate Analytics), 0 na Cochrane Library e 0 na SciELo.

Durante o processo de triagem, foram removidos 55 estudos duplicados e 22 estudos foram rejeitados pelo título do trabalho. Dos 58 artigos restantes, 25 foram rejeitados após a leitura dos resumos. Entre 33 estudos restantes, 6 foram rejeitados devido à dificuldade de acesso. Os 26 artigos restantes foram obtidos e lidos na íntegra, sendo 7 estudos (21-27) selecionados.

### Características gerais dos estudos selecionados

As características gerais dos artigos incluídos estão resumidas na Tabela 2.

O estudos foram conduzidos em três continentes: América (22, 27), Ásia (21, 23-25) e Europa (26), com anos de publicação variando entre 2014 e 2022. Dentre os artigos incluídos, cinco compreendiam estudos retrospecivos (21, 22, 25-27) e dois estudos transversais (23, 24).

Os objetivos dos artigos abrangeram diversas áreas. Três estudos avaliavam a VPI, o dano orofacial e os fatores associados de forma geral (22, 25, 26), dois estudos focavam na associação entre VPI e a saúde bucal (23, 24), um estudo focava na associação entre VPI e LDT (21), e um estudo comparava a VPI e o dano orofacial entre diferentes géneros (27).

A amostra geral do estudo foi composta por 1841 participantes, sendo 1805 do género feminino (98%) (21-26) e 36 do género masculino (2%) (27). Estes últimos foram excluídos da amostra utilizada nesta revisão, resultando em uma amostra efetiva de 1805 participantes composta exclusivamente por pessoas do género feminino.

Três artigos definiram uma faixa etária específica, que variou entre 18-60 anos (21, 24) e 18-59 anos (22). Dois artigos limitaram a amostra a maiores de 16 anos (26, 27), e um artigo limitou a amostra a maiores de 18 anos (25). Entre estes artigos,

três estudaram exclusivamente mulheres casadas (21, 23, 24), e cinco avaliaram exclusivamente vítimas de VPI (22, 24-27).

Apesar da divergência de objetivos e metodologias entre os artigos, somente foram incluídos nesta revisão os estudos que descreviam separadamente na amostra pessoas do género feminino de pessoas do género que não o feminino, além de separar o dano orofacial causado por VPI do dano orofacial causado por outros mecanismos.

| # | Autor, pais e ano | Tipo de estudo | Objetivo | Tamanho amostral | Características da amostra |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 (21) | *Alothmani, et al.* *Arábia Saudita, 2022* | Estudo retrospectivo 2020-2021 | Avaliar a prevalência e possível conexão entre violência por parceiro íntimo e lesões dentárias traumáticas (LDT), além da possível necessidade de tratamento endodôntico radicular (TER). | 100 (M) | Mulheres casadas, entre 18 e 60 anos, com LDT. |
| 2 (22) | *Dourado, et al.* *Brasil, 2015* | Estudo retrospectivo 2004-2008 | Avaliar a prevalência de lesões na face, cabeça e pescoço de mulheres agredidas pelo parceiro íntimo, além de compreender, sob a perspectiva das vítimas, os significados das marcas deixadas pela violência; e examinar aspectos do atendimento de saúde no tratamento dessas lesões. | 326 (M) | Mulheres, entre 18 e 59 anos, que denunciaram VPI. |
| 3 (23) | *Kundu, et al.* *India, 2014* | Estudo transversal 2013 | Avaliar o efeito da violência por parceiro íntimo no comportamento e estado de saúde bucal de mulheres que frequentam programas de extensão comunitária em Modinagar e arredores. | 304 (M) | Mulheres casadas a mais de 5 anos, com níveis socioeconômicos baixos. |
| 4 (24) | *Pewa, et al.* *India, 2015* | Estudo transversal 2014 | Determinar a prevalência da violência doméstica e conhecer o impacto da mesma na saúde bucal. | 150 (M) | Mulheres casadas, entre 18 e 60 anos, vítimas de violência doméstica sob tutela de organizações sociais. |

*Tabela 2 - Características gerais dos estudos selecionados*

| # | Autor, pais e ano | Tipo de estudo | Objetivo | Tamanho amostral | Características da amostra |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 (25) | *Wong, et al.* *China, 2014* | Estudo retrospectivo 2010-2011 | Investigar os padrões de lesões na região da cabeça, pescoço e face, incluindo as regiões anatômicas afetadas, tipos, gravidade e etiologia da lesão e fatores de risco demográficos e não demográficos em casos de violência por parceiro íntimo. | 223 (M) | Mulheres, com 18 anos ou mais, com diagnóstico lesões relacionadas a VPI. |
| 6 (26) | *Regueira-Dieguez, et al.* *Espanha, 2015* | Estudo retrospectivo 2005-2012 | Descrever as características sociodemográficas das vítimas de violência por parceiro íntimo e do agressor, seu relacionamento e circunstâncias de abuso, bem como os tipos, locais, e mecanismos de lesão sofridos. Além disso, avaliar o perfil criminológico dos supostos perpetradores e a atitude das vítimas em relação à acusação destes crimes. | 582 (M) | Mulheres, com 16 anos ou mais, vítimas de VPI após decisão judicial. |
| 7 (27) | *Amin, et al.* *EUA, 2022* | Estudo retrospectivo 2016-2019 | Caracterizar e comparar padrões de lesões de cabeça, pescoço e face à violência nas relações de intimidade, entre homens e mulheres. | 156 120 (M) 36 (H) | Homens e mulheres, com 16 anos ou mais, vítimas de VPI. |

*Tabela 2 - Continuação*

## Síntese dos resultados

Os resultados coletados dos artigos incluídos estão resumidos na Tabela 3. Como dito anteriormente, os artigos selecionados para análise nos “Resultados”, apresentam uma grande variabilidade metodológica entre si, sendo assim, por razões de organização, a síntese de resultados será dividida em tópicos.

Cinco estudos avaliaram exclusivamente vítimas de VPI (22, 24-27) e os dois estudos restantes avaliaram a porcentagem de VPI dentro de uma amostra (21, 23).

*Dano orofacial na VPI*

Cinco artigos estudaram danos FCP em uma amostra composta exclusivamente por mulheres vítimas de VPI (22, 24-27). A porcentagem de dano orofacial dentro da amostra de mulheres vítimas de VPI variou entre 63,2% (22) e 82,7% (24). Entre estes artigos, um estudo exibiu separadamente a porcentagem em que cada região foi acometida nas lesões FCP: 45,9% face, 19,9% cabeça e 28,3% pescoço (26).

Dois artigos estudaram danos orofaciais em uma amostra não exlcusivamente composta por mulheres vítimas de VPI (21, 23). Um artigo estudou especificamente as lesões LDT, que ocorreu em 18% da amostra total (21), e um artigo avaliou separadamente o dano intraoral, encontrado em 31,4% dos casos, e dano extraoral, encontrdo em 21,6% dos casos, podendo os danos serem concomitantes (23).

*Características do dano orofacial*

*Alothmani, et al, 2022* (21), cujo estudo focava nas LDT, encontrou que 56% do dano orofacial estava representado por fraturas dentárias, 33% por luxações dentárias e 11% por avulsões dentárias. Já *Kundu et al, 2014* (23), que também descreveu dano intraoral entre as lesões orofaciais, encontrou uma maior porcentagem de avulsões dentárias, 37,3%, e 16,7% de fraturas dentárias. No estudo de *Pewa, et al, 2015* (24), os resultados mostraram que 38,7% do dano orofacial estava associado a lesões na face, 13,3% lesões nos lábios e 9,3% a fratura e/ou sangramento nasal.

*Dourado, et al, 2015* (22) não especificou em porcentagem o dano orofacial, mas referiu que as lesões mais frequentes foram escoriações, equimoses, hematomas e edemas. Dentro da amostra, também houverem casos de fraturas dentárias e lesões corto-contusas.

O trabalho de *Wong, et al, 2014* (25) teve um foco maior em dano orofacial em tecido mole. Sendo assim, o tipo de lesão mais frequentemente encontrada foi contusão, representando 28% dos danos, seguido de 16% de abrasão e 10% de edema. Entretanto, também foi referido uma porcentagem de 0,5% de avulsão dentária.

*Amin, et al, 2022* (27) referiu separadamente o dano em tecido mole e em tecido duro. Em relação aos danos em tecido mole, a maior prevalência foi de lacerações faciais, representando 65% dos casos, seguido de 20,8% de injúrias oculares. Já no dano em tecidos duros, referiram fratura de órbita em 20,8% dos casos, seguido de 15,8% de fraturas da maxila e 15% de fraturas nasais.

*Mecanismo do dano orofacial*

Apenas três artigos referiram o mecanismo pelo qual ocorreu a VPI (24, 25, 27). No estudo de *Pewa, et al, 2015* (24), 18% das agressões foram através de tapas e socos na cabeça e/ou rosto. *Wong, et al, 2014* (25) também encontrou uma grande prevalência de socos como mecanismo do dano orofacial, seguido por tapas, representando 60,2% e 17,6%, respectivamente. *Amin, et al., 2022* (27), dividiu o mecanismo do dano orofacial em golpes contundentes, representando 88,3% do total dos traumas, e golpes penetrantes, 11,7%.

*Fatores associados*

A média de idade predominante nas vítimas de VPI variou entre os artigos. A menor média de idade foi encontrada por *Alothmani, et al, 2022* (21), com idade média de 28,4 anos, com desvio padrão de 5,7. Já a maior média de idade foi referida por *Wong, et al, 2014* (25), com média de 38,6 anos, com grande desvio padrão de 11,1. Em relação ao aspecto racial, o estudo de *Dourado, et al, 2015* (22), 67,2% das vítimas eram de cor “parda” e no estudo de *Amin, et al., 2022* (27), 66,7% tinham a cor de pele “preta”.

Quatro estudos fizeram menção a ocupação das vítimas: *Alothmani, et al, 2022* (21) e *Kundu et al, 2014* (23) encontraram maiores taxas de VPI entre vítimas desempregadas, 61,1% e 72,5% respectivamente. Já os outros dois estudos, *Dourado, et al, 2015* (22) e *Regueira-Diéguez, et al, 2015* (26) encontraram maiores taxas de VPI entre mulheres que exerciam atividades remuneradas, 59,1% e 40%, respectivamente.

Os dados predominantes em relação ao grau de escolaridade foram variados. No estudo de *Alothmani, et al, 2022* (21) 67% das vítimas possuíam formação universitária, *Dourado, et al, 2015* (22) mostrou que 59,1% das vítimas em seu estudo estudaram entre os 5 e 9 anos, *Kundu et al, 2014 (23)* verificou que 45,1% das vítimas eram iletradas e no estudo de *Pewa, et al, 2015* (24), 81,3% das vítimas apresentavam algum grau de escolaridade.

Em relação ao status civil, *Wong, et al, 2014* (25) e *Regueira-Diéguez, et al, 2015 (26)* referiram que 81,7% e 38,7%, respectivamente, das vítimas enquadradas em suas pesquisas eram casadas, sendo que *Regueira-Diéguez, et al, 2015 (26)* encontrou uma porcentagem próxima de vítimas solteiras, 34,7%. Estes mesmos artigos também fizeram menção a episódios múltiplos de VPI, que ocorreu em 52,9% e 67% dos casos, respectivamente. Entre *os achados de Regueira-Diéguez, et al, 2015* (26), constatou-se que 72,4% das vítimas de VPI tinham filhos, Já o estudo d*e Pewa, et al, 2015* (24), encontrou uma associação positiva entre a VPI e ter filhas do género feminino e 42,7% das vítimas deste estudo alegaram que a violência foi incentivada pela sogra.

Sobre a relação de intimidade, no estudo de *Dourado, et al, 2015* (22), 28,2% dos casos de VPI ocorreram após a separação, e no estudo de *Regueira-Diéguez, et al, 2015 (26),* 57,2% das vítimas moravam com o agressor no momento da VPI. Três estudos referenciaram a área de residência das vítimas, sendo que *Dourado, et al, 2015* (22) encontrou que 67,8% residiam em bairros populares, *Pewa, et al, 2015* (24) 66% das vítimas viviam em áreas urbanas, e *Regueira-Diéguez, et al, 2015 (26),* 53,6% residiam em áreas urbanas.

*Alothmani, et al, 2022* (21) encontrou uma associação potencial entre a necessidade de TER em mulheres vítimas de VPI.*Wong, et al, 2014* (25) encontrou uma associação positva de lesões no terço superior da face e/ou parte de trás da

cabeçs com socos, enquanto lesões no terço médio da face estariam mais relacionadas com tapas.

Apenas dois estudos referiram uso de álcool por parte dos agressores (24, 26). Já *Amin, et al., 2022* (27), encontrou entre as vítimas uma associação positiva com exposição ao álcool e drogas ilícitas.

*Kundu et al, 2014* (23), em seu artigo, encontrou uma influência negativa causada pela VPI na saúde oral das vítimas, visto que a maioria das vítimas de VPI relatou nunca ter ido a consultas odontológicas e 47,5% apresentavam lesões de cárie.

| # | Casos de VPI na amostra | % de dano orofacial na VPI | Dano orofacial na VPI (mais prevalentes) | Fatores associados | Conclusão |
|---|---|---|---|---|---|
| *1* | *18 casos em 100* (18%) | 100% LDT | *Características do dano orofacial*<br>56% fraturas dentárias<br>33% luxações dentárias<br>11% avulsões dentárias<br><br>*Mecanismos do dano orofacial*<br>Não especificados. | Idade média de 28,4±5,7.<br><br>61,1% das vítimas estava desempregada e 67% possuíam formação universitária a nível de bacharel.<br><br>12,3% das pacientes que precisaram de TER eram vítimas de VPI. | A identificação das vítimas de VPI pode ser difícil, no entanto, o estatuto profissional, o tipo de LDT e a necessidade de TER foram sugeridos como potenciais indicadores positivos de VPI. Sendo assim, o rastreio da VPI deve ser incluído como parte da avaliação de rotina das LDT. |
| *2* | 326 casos | 63,2% FCP | *Características do dano orofacial*<br>Não especificadas em %.<br>As lesões predominantes foram escoriações, equimoses, hematomas e edemas. Houve referência a fraturas dentais e lesões corto-contusas.<br><br>*Mecanismos do dano orofacial*<br>Não especificados. | Idade média de 30,2±8,2.<br><br>59,1% das vítimas exerciam atividade remunerada e 59,1% estudaram entre 5 e 9 anos.<br><br>67,2% das vítimas tinham a cor da pele “parda” e 67,8% residiam em bairros populares.<br><br>28,2% dos casos ocorreram após a separação dos parceiros íntimos. | Verificou-se que os cuidados de saúde se restringiram apenas aos danos físicos, sem o reconhecimento da VPI como um problema de saúde pública. Tal fato resultou na ausência de encaminhamento das pacientes para os centros de assistência às mulheres em situação de violência. |

*Tabela 3 - Síntese dos resultados*

| # | Casos de VPI na amostra | % de dano orofacial na VPI | Dano orofacial na VPI (mais prevalentes) | Fatores associados | Conclusão |
|---|---|---|---|---|---|
| *3* | 204 casos em 304 (67%) | 31,4% dano intraoral<br><br>21,6% dano extraoral<br><br>*podem ser concomitantes | *Características do dano orofacial*<br>37,3% avulsões dentárias<br>16,7% fraturas dentárias<br><br>*Mecanismos do dano orofacial*<br>Não especificados. | Idade média de 31,9±2,2.<br><br>72,5% das vítimas estava desempregada e 45,1% eram analfabetas.<br><br>76,5% das vítimas relatou nunca ter ido a consultas odontológicas e 47,5% apresentavam cárie dentária. | O presente estudo demonstrou que a VPI exerce uma influência negativa significativa no comportamento relacionado à saúde oral das vítimas. Portanto, os profissionais da medicina-dentária devem auxiliar as vítimas no acesso a serviços de apoio, além de promover um tratamento adequado. |
| *4* | 150 casos | 82,7% FCP | *Características do dano orofacial*<br>38,7% lesões na face<br>13,3% lesões nos lábios<br>9,3% fratura/sangramento nasal<br><br>*Mecanismos do dano orofacial*<br>18% tapas e socos na cabeça/rosto<br>8,7% puxões ou empurrões<br>4% golpe com objetos | 39,3% com 41 anos ou mais.<br><br>81,3% das vítimas tinham algum grau de escolaridade.<br><br>66% residiam em áreas urbanas e 35,3% tinham filhas do género feminino.<br><br>54% das vítimas alegaram que o parceiro eram consumidores de álcool e 42,7% alegaram que a violência foi incentivada pela sogra. | O estudo observou uma maior prevalência de VPI entre pessoas com certo grau de escolaridade, apesar de acreditar-se que a educação é um fator preventivo. Em relação aos motivos para a falta de denúncia ou demora em expressar o sofrimento, encontram-se a manutenção do status social e o medo do estigma social para a vítima e sua família. |

*Tabela 3 - Continuação*

| # | Casos de VPI na amostra | % de dano orofacial na VPI | Dano orofacial na VPI (mais prevalentes) | Fatores associados | Conclusão |
|---|---|---|---|---|---|
| *5* | 223 casos | 77,6% FCP | *Características do dano orofacial*<br>28% contusão<br>16% abrasão<br>10% edema<br><br>*Mecanismos do dano orofacial*<br>60,2% socos<br>17,6% tapas<br>11,8% chutes<br>11,8% uso de armas | Idade média de 38,6±11,1.<br><br>81,6% das vítimas eram casadas e 52,9% relataram múltiplos episódios de VPI.<br><br>Associação positiva de lesões no terço superior da face/parte de trás da cabeça com socos com o punho, e lesões no terço médio da face com tapas. | A análise dos dados indica que que o soco foi o principal mecanismo do dano orofacial, apresentando associação significativa com lesões no terço superior da face e região posterior da cabeça. Além disso, mulheres que coabitavam com seus parceiros e mulheres divorciadas apresentavam uma probabilidade significativamente maior de sofrer lesões múltiplas. |
| *6* | 582 casos | FCP<br><br>45,9% face<br><br>19,9% cabeça<br><br>28,3% pescoço<br><br>*podem ser concomitantes | *Características do dano orofacial*<br>Não especificados para o dano orofacial.<br><br>*Mecanismos do dano orofacial*<br>Não especificados para o dano orofacial. | Idade média de 37±11,9.<br><br>40% das vítimas exerciam atividade remunerada, 38,7% das vítimas eram casadas, 34,7% solteiras e 67% relataram múltiplos episódios de VPI.<br><br>53,6% das vítimas viviam em áreas urbanas e 72,4% tinham filhos.<br><br>57,2% moravam com o agressor no momento da VPI e 58% dos agressores eram consumidores de álcool. | Este estudo confirma a complexidade do tema e importância na adoção de definições e terminologias que permitam uma comparação entre dados relacionados a VPI. Além disso, deve-se incentivar o reconhecimento e avaliação dos preditores por parte dos profissionais de saúde, gerando assim impacto positivo na prevenção da VPI. |

*Tabela 3 - Continuação*

| # | Casos de VPI na amostra | % de dano orofacial na VPI | Dano orofacial na VPI (mais prevalentes) | Fatores associados | Conclusão |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 120 casos | 76,9% FCP | *Características do dano orofacial*<br>65% lacerações faciais<br>20,8% injúrias oculares<br>20,8% fratura de órbita<br>15,8% fratura da maxila<br>15% fratura nasal<br>*podem ser concomitantes<br><br>*Mecanismos do dano orofacial*<br>88,3% golpes contundentes<br>11,7% golpes penetrantes | Idade média de 34,5.<br><br>As mulheres eram estatisticamente mais propensas a receber subsídio do governo que os homens (39,2% vs. 19,4) e denunciar a VPI (20% vs. 0%) | A prevalência de lesões FCP associadas a VPI é maior entre o género feminino. Entretanto, o género masculino tende a relatar o abuso físico com menos frequência. Sendo assim, destaca-se a importância de desenvolver algoritmos de detecção de VPI específicos para cada gênero. |

*Tabela 3 - Continuação*

### Avaliação do risco de viés

O risco de viés foi avaliado e os dados estão apresentados na Tabela 4.

Como citado anteriormente, os itens de avaliação da escala ROBINS-I são categorizados em 7 domínios: D1) Viés por confundimento; D2) Viés na seleção dos participantes; D3) Viés na classificação das intervenções; D4) Viés na mensuração do resultado; D5) Viés por desvio das intervenções pretendidas; D6) Viés na medida dos desfechos; e D7) Viés na seleção dos resultados reportados. Os círculos verdes representam “baixo risco de viés”, enquanto os vermelhos representam “alto risco de viés”. Os círculos amarelos representam “informação incerta” sobre os itens selecionados

As pontuações variaram entre “baixo risco de viés” (27) e “alto risco de viés” (22). Entre os sete estudos avaliados, cinco apresentaram “moderado risco de viés” (21, 23-26). No geral, a avaliação do risco de viés dos estudos selecionados revelou um moderado risco de viés.

Tendo em conta a grande diversidade de metodologias utilizadas nos estudos selecionados nesta revisão sistemática, não foi possível realizar uma meta-análise.

| # | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 | D6 | D7 | Overall |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Alothmani, et al., 2022.* | ? | ? | − | + | − | ? | + | ? |
| *Dourado, et al, 2015.* | − | + | − | ? | − | + | ? | − |
| *Kundu, et al, 2014.* | + | ? | − | + | − | + | + | ? |
| *Pewa., et al, 2015.* | ? | ? | − | ? | − | + | + | ? |
| *Wong, et al, 2014.* | ? | + | − | ? | − | + | + | ? |
| *Regueira-Dieguez, et al, 2015.* | ? | + | − | ? | − | + | + | ? |
| *Amin, et al, 2022.* | + | + | − | + | − | + | + | + |

*Tabela 4 - Análise do risco de viés*

# CAPÍTULO IV
DISCUSSÃO

## DISCUSSÃO

O objetivo desta revisão sistemática foi procurar padrões no dano orofacial e mapear a prevalência de tipos específicos de lesões em mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade, bem como os fatores associados a essas lesões, com base na análise de sete artigos selecionados de acordo com critérios predefinidos de inclusão e exclusão. No entanto, a diversidade metodológica entre os estudos dificultou a padronização dos resultados, o que por sua vez limitou a possibilidade de análise e discussão detalhada dos dados.

Sendo assim, a semelhança do que foi feito na seção “Resultados”, a “Discussão” será dividida em tópicos por razões de organização.

### Dano orofacial na VPI

A violência por parceiro íntimo é um problema de saúde pública com consequências significativas, especialmente quando consideramos o dano orofaciais entre as vítimas. Diversos estudos destacam uma significativa prevalência de lesões FCP entre lesões associadas à VPI. (7, 10, 15, 28, 29) Tal informação vai que encontro com os achados desta revisão sistemática, pois a porcentagem de dano orofacial dentro da amostra de mulheres vítimas de VPI variou entre 63,2% e 82,7% (22, 24). A VPI também esta diretamente relacionada a um risco elevado de dano intraoral. (13) Dois artigos incluídos nesta revisão sistemática falaram sobre dano intraoral e encontraram dados favoráveis a esta afirmação. (21, 23)

A cabeça, face e pescoço destacam-se como principais alvos na VPI. (4-6, 11, 15, 28-30) Essa tendência decorre da localização anatômica dessas regiões, que são proeminentes e vulneráveis, estando facilmente ao alcance das mãos e braços do agressor. (4, 15, 28-30) Estudos indicam que mulheres com lesões FCP têm uma probabilidade 7,5 vezes maior de serem vítimas de violência nas relações de intimidade, em comparação com aquelas que apresentam lesões em outras partes do corpo. (12) Esses ataques não apenas causam danos físicos, mas também impactam diretamente na autoestima das vítimas, agravando o trauma psicológico associado à violência. (11, 29, 30)

A subnotificação de casos de VPI é uma questão relevante a ser considerada. Em decorrência da inadequada notificação, a real extensão do problema não é adequadamente contabilizada. (8, 10) A decisão de não denunciar a VPI é influenciada por diversos fatores. Entre esses fatores estão a vergonha, a dependência financeira ou emocional, o medo de estigmatização, a crença de que o agressor irá interromper o comportamento abusivo e o receio de envolvimento policial ou retaliação. (5, 16, 27)

Em decorrência disso, diversos estudos apontam que a VPI é, provavelmente, mais prevalente do que mostram as estatísticas. (4, 5, 8, 27, 31)

### Características do dano orofacial

O terço médio da face é a região mais acometida nos episódios de violência por parceiro íntimo. (4, 12) Isso se explica pelas estruturas salientes desta região, que frequentemente sofrem o primeiro impacto causado por um golpe contundente. (5, 27, 29) Além disso, as lesões estão frequentemente localizadas no lado esquerdo da vítima, o que pode ser atribuído ao fato de que o punho fechado é o principal meio de agressão física na maioria dos casos de VPI, e 90% da população tem a mão direita como mão dominante. (4, 5, 12)

Nos casos de violência por parceiro íntimo, a maior parte do dano orofacial dá-se através de lesões em tecido mole. (10, 12, 15, 29) Essas lesões podem manifestar-se de diversas formas, e não há consenso na literatura quanto ao tipo mais frequente. Estudos indicam que elas se apresentam predominantemente na forma de edemas (6, 15), hematomas (15) e lacerações (29, 32). Os achados desta revisão sistemática corroboram essas informações, uma vez que o edema (22) e a laceração (27) foram identificados entre as principais lesões em tecidos moles.

Em relação a lesões em tecidos duros, e a semelhança do que foi falado na avalição do dano nos tecidos moles, não há um consenso na literatura quanto ao tipo mais frequente. Alguns estudos indicam que as fraturas nasais são as mais prevalentes (4, 12, 29), enquanto outros estudos apontam fraturas do complexo zigomático (5, 14), como as mais comuns. Além destas, a fratura de órbita e fratura da mandíbula são citadas como frequentes achados na VPI. (12, 14, 29) Em

concordância, a lesão mais encontrada nesta revisão sistemática entre as lesões de tecido duro foi a fratura de órbita. (27)

Dentro das lesões dentárias traumáticas, as fraturas coronárias, avulsão e luxações dentárias são comuns. (15) Essas lesões podem manifestar-se de diversas formas. Estudos apontam que a fratura dentária é o tipo de LDT mais comum (8, 10, 32), dado que vai de encontro com achados desta revisão sistemática. (21) As fraturas dentárias acontecem principalmente nos incisivos anteriores, por conta de sua localização anterior na boca. (8, 33) Entretando, a avulsão dentária também foi citada como lesão mais encontrada em um estudo incluído nesta análise. (23)

Logo, é possível verificar que o dano orofacial nos casos de violência nas relações de intimidade apresenta-se de várias formas.

### Mecanismo do dano orofacial

Neste estudo, além da análise da natureza do dano orofacial decorrentes da VPI, investigou-se também o mecanismo pelo qual o agressor exerce sua ação lesiva sobre a vítima.

Os golpes contundentes são considerados a principal etiologia das lesões relacionadas à VPI. (5, 15, 31) Esses golpes podem ser desferidos manualmente, através de tapas e socos, ou utilizando objetos contundentes, bem como por meio de empurrões, resultando em colisão da vítima contra superfícies diversas. (5) A maioria das agressões físicas, entretanto, não envolvem o uso de objetos, caracterizando a agressão não-instrumental. (30) Esta revisão evidenciou uma significativa prevalência de agressão por meio de golpes contundentes deferidos com as mãos, na forma de tapas e socos, corroborando com resultados encontrados por estudos anteriores. (3, 5, 7)

É relevante mencionar que um soco desferido por um ser humano possui força suficiente para causar fraturas ósseas, com pico de impacto situado entre 3,16 e 4,93 kN. (34) Estudos indicam que a alta prevalência de golpes contundentes ocorre devido à prontidão e disponibilidade frequente das mãos e de objetos que possibilitem a agressão, demandando pouca premeditação por parte do agressor. (35)

Diante dos fatores apresentados, compreender as nuances envolvidas no mecanismo das lesões orofaciais e identificar potenciais indicadores da VPI torna-se crucial.

## Fatores associados

A principal faixa etária associada às vítimas de VPI corresponde ao intervalo entre os 20 anos e os 40 anos, corroborando com os dados encontrados entre os artigos selecionados para esta revisão sistemática. (3, 12, 14, 32)

De forma geral, a literatura aponta um maior índice de VPI entre mulheres desempregadas ou que fazem serviço de casa. (3, 36) Isso provavelmente se da pelo fato que mulheres que exercem trabalhos remunerados e possuem independência financeira tendem a manifestar uma menor tolerância à violência nas relações de intimidade, possivelmente devido ao seu maior conhecimento sobre direitos e recursos financeiros disponíveis. (30) Porém, também é possível encontrar estudos que mostram uma maior prevalência de VPI entre mulheres que tem um emprego remunerado. (15) Nesta revisão, dois estudos apresentaram maior taxa de VPI entre mulheres que recebiam remunerações (22, 26), e dois apresentaram maior taxa entre desempregadas (21, 23). Essa falta de consenso também é encontrada na literatura

Em relação ao estado civil da vítima, os dados são destoantes. Enquanto alguns estudos apontam que a maioria das vítimas de VPI é casada (3, 28), outros dizem que são majoritariamente solteiras (30, 32). Nesta revisão sistemática, apenas um estudo mostrou uma proporção muito similar entre mulheres casadas e solteiras (26), enquanto os outros artigos apresentavam maior prevalência de mulheres casadas entre as vítimas de VPI.

As lesões foram notificadas como primeira ocorrência em 1 em cada 5 casos, sendo que quase 50% das vítimas sofram múltiplos episódios de VPI. (3, 28) Esta informação vai de encontro aos achados nesta revisão sistemática, pois episódios múltiplos de VPI ocorreram entre 52,9% e 67%. (23, 26)

O uso de álcool é um fator associado à VPI. (10, 12) Nesta revisão, o uso de álcool foi referido, tanto pela vítima quanto pelo agressor. (24, 26, 27) Uma hipótese

para esta situação dá-se pelo fato de o álcool deprimir o sistema nervoso central (SNC), levando a um aumento da percepção de autoconfiança nas habilidades, mas causando uma redução na coordenação motora. (30)

Nesta revisão, dois artigos referenciaram vítimas “pardas” (22) e “pretas” (27) entre as principais vítimas de VPI. Devido à exclusão social, econômica e educacional, as mulheres pretas são particularmente marginalizadas, resultando em uma proporção de 6:4 quando se compara a incidência de VPI entre mulheres pretas e brancas. (29)

Sendo assim, é importante considerar não só os aspectos do dano orofacial, mas também os fatores associados à vítima, para entendermos a importância do tema.

### Importância do Médico-Dentista

Identificar a violência por parceiro íntimo continua sendo um desafio significativo. Muitas vezes, essa forma de violência não deixa evidências visíveis, levando as vítimas a não relatar a VPI e atribuírem a lesão a um acidente ou queda. Quando as lesões se tornam visíveis, constituem um sinal de alerta importante. (14, 30, 36)

Os médicos-dentistas desempenham um papel fundamental na identificação e intervenção em casos de dano orofacial resultante de violência nas relações de intimidade, devido à sua atuação na região da cabeça e pescoço. (11) Estes profissionais estão em uma posição privilegiada para detectar, documentar, tratar e encaminhar potenciais vítimas de violência, assumindo, assim, uma função crucial na intervenção precoce e no suporte à essas vítimas. (37) No entanto, a porcentagem de médicos-dentistas que possuem conhecimento sobre a relação entre lesões na região da cabeça e pescoço e VPI ainda é reduzida, e a educação recebida por estes profissionais a respeito da abordagem e conduta do tema não é satisfatória. (8, 13)

Devido à proximidade anatômica, os profissionais de medicina-dentária estão frequentemente entre os primeiros a observar lesões orofaciais, tanto intra quanto extraorais. (8, 37) Cerca de 75% dos traumas na região da cabeça e pescoço associados à VPI estão acompanhados de lesões intra-orais, que se apresentam de diferentes formas. (37) Além disso, evidências indicam que a VPI acarreta

consequências adversas a longo prazo, mesmo após a cessação do abuso, resultando em deterioração do estado de saúde e da qualidade de vida. Isso pode ser explicado pelo fato de que a violência doméstica induz ansiedade, depressão e estresse, os quais podem desencadear comportamentos prejudiciais à saúde bucal e uma atitude negligente em relação à mesma. (21)

Mulheres submetidas a violência nas relações de intimidade podem ser impedidas de acessar cuidados odontológicos por um parceiro abusivo, como estratégia de imposição coercitiva, aumentando assim a probabilidade de complicações na saúde bucal. Ademais, o dano infligido à região orofacial pode diminuir a aderência às práticas rotineiras de higiene oral, pelo aparecimento de lesões ou dores associadas. (13, 21, 23)

Nesta revisão sistemática, observou-se uma influência adversa da VPI na saúde bucal das vítimas, além de uma possível associação entre a necessidade de tratamento endodôntico e a VPI. (21, 23) Portanto, é crucial que a VPI seja considerada no diagnóstico diferencial de todas as pacientes do género feminino que apresentem lesões na cabeça, pescoço ou face de etiologia não esclarecida. (12)

É fundamental que médicos-dentistas e outros profissionais de saúde que tenham contato com essas vítimas estejam devidamente capacitados para avaliar a situação e encaminhá-las para serviços especializados de atendimento a vítimas de VPI. (30)

### Limitações

As principais limitações deste estudo estão relacionadas com a falta de padronização metodológica entre os artigos incluídos.

Esta variação metodológica contribui para a inadequada uniformidade na coleta de informações relacionadas a VPI, tais como o tipo de dano orofacial, a localização do trauma e dos fatores relacionados com a vítima. Como resultado, não foi possível criar uma amostra total que incluísse todas mulheres dos artigos e comparar a prevalência dos tipos de lesões entre as vítimas de VPI, juntamente com os fatores associados, em termos percentuais, devido à discrepância dos dados avaliados em cada um dos estudos.

Outra dificuldade encontrada foi a escassez de estudos que abordassem separadamente o género feminino de outros géneros e/ou que investigassem especificamente o dano orofacial no contexto de VPI, separando-o de outros tipos de dano. Esses estudos foram excluídos durante o processo de seleção dos artigos, uma vez que não atendiam aos critérios de inclusão, resultando na redução do número de artigos incluídos para análise nesta revisão sistemática.

**CAPÍTULO V**
CONCLUSÃO

## CONCLUSÃO

Com base nos resultados encontrados por esta revisão sistemática, conclui-se que não é possível estabelecer um padrão específico de dano orofacial e dos fatores associados no caso de mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade, pois não existe um consenso na literatura a cerca do tema, em decorrência da grande variabilidade relacionada com tais lesões e da falta de padronização dos dados obtidos. Porém, é notório que certas características funcionam como potenciais indicadores da VPI e devem ser incluídas no diagnóstico diferencial durante a avaliação das vítimas.

Sendo assim, os médicos-dentistas desempenham um papel fundamental na identificação precoce do dano orofacial associado à VPI, devido à sua atuação na região da cabeça e pescoço. Portanto, uma capacitação para o reconhecimento, manejo e suporte às vítimas é fundamental.

# REFERÊNCIAS

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Krug EG DL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: Wolrd Health Organization; 2002.
2. Organization WH. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women 2021.
3. Caldas IM, Grams AC, Afonso A, Magalhães T. Oral injuries in victims involving intimate partner violence. Forensic Sci Int. 2012;221(1-3):102-5.
4. Gujrathi R, Tang A, Thomas R, Park H, Gosangi B, Stoklosa HM, et al. Facial injury patterns in victims of intimate partner violence. Emerg Radiol. 2022;29(4):697-707.
5. Saenz NM, Tallman SD. Fracture variation in survivable versus fatal blunt force trauma associated with intimate partner violence. Forensic Sci Int. 2024;357(112000).
6. Watane GV, Tang A, Thomas R, Park H, Gujrathi R, Gosangi B, Khurana B. Imaging Findings on Head Computed Tomography Scans in Victims of Intimate Partner Violence. J Comput Assist Tomogr. 2023;47(2):307-14.
7. Boyes H, Fan K. Maxillofacial injuries associated with domestic violence: experience at a major trauma centre. Br J Oral Maxillofac Surg. 2020;58(2):185-9.
8. Mythri H, Kashinath KR, Raju AS, Suresh KV, Bharateesh JV. Enhancing the Dental Professional's Responsiveness Towards Domestic Violence; A Cross-Sectional Study. J Clin Diagn Res. 2015;9(6):51-3.
9. Araujo SCS, de Souza AAB, Coelho LV, Ramos GV, Silveira RL, Amaral MBF. Did physical aggression in women increase during the novel coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic? A perspective of facial trauma. Oral Maxillofac Surg. 2024;28(1):149-55.
10. Adserias-Garriga J. A review of forensic analysis of dental and maxillofacial skeletal trauma. Forensic Sci Int. 2019;299:80-8.
11. Souza MRF, Gonçalves MWA, Souza GMd, Fernandes IA, Falci SGM, Galvão. EL. Oral and maxillofacial trauma in women assaulted by men: Systematic review and meta-analysis. J Stomatol Oral Maxillofac Surg.; 2023. p. 101321.

12. Cohen AR, Renner LM, Shriver EM. Intimate partner violence in ophthalmology: a global call to action. Curr Opin Ophthalmol. 2017;28(5):534-8.
13. Testa A, Lee J, Neumann A, Jackson DB. Physical intimate partner violence and oral health problems during pregnancy. J Am Dent Assoc. 2023;154(4):293-300.
14. Ogunbowale A, Costello L, McCormack D, Ekanayake K, Kearns G. Maxillofacial fractures in females: a 5-year retrospective review. Ir J Med Sci. 2022;191(1):367-74.
15. Lopes Sá CD, Silva PB, Correia AM, Soares EC, Bezerra TP, Melo RB, et al. Maxillofacial and dental-related injuries from a Brazilian forensic science institute: Victims and perpetrators characteristics and associated risk factors. J Clin Exp Dent. 2020;12(8):736-44.
16. Ferreira MC, Batista AM, Ferreira FO, 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.
17. Banava S, Lippman SA, Schenk G, Gansky SA. Intimate partner violence and orofacial injuries in a multi-school dental data repository. J Dent Educ. 2023;87(3):1827-31.
18. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7).
19. Riva JJ, Malik KM, Burnie SJ, Endicott AR, Busse JW. What is your research question? An introduction to the PICOT format for clinicians. J Can Chiropr Assoc. 2012;56(3):167-71.
20. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. 2016;355.
21. Alothmani OS, Basfar RT, Siddiqui AY, Edrees HY, Alshouibi EN. Prevalence of Intimate Partner Violence and Endodontic Treatment Needs: Pilot Study. Clin Cosmet Investig Dent. 2022;14:289-95.
22. Dourado Se, Noronha CV. Visible and invisible marks: facial injuries suffered by women as the result of acts of domestic violence. Ciênc saúde coletiva. 2015;20(9):2911-20.

23. Kundu H, P B, Singla A, Kote S, Singh S, Jain S, et al. Domestic violence and its effect on oral health behaviour and oral health status. J Clin Diagn Res. 2014;8(11):9-12.
24. Pewa P, Thomas S, Dagli R, Solanki J, Arora G, Garla B. Occurrence of domestic violence among women and its impact on oral health in Jodhpur City. J Contemp Dent Pract. 2015;16(3):227-33.
25. Wong JYH, Choi AWM, Fong DYT, Wong JKS, Lau CL, Kam CW. Patterns, aetiology and risk factors of intimate partner violence-related injuries to head, neck and face in Chinese women. BMC Women's Health. 2014;14(1).
26. Regueira-Diéguez A, Pérez-Rivas N, Muñoz-Barús JI, Vázquez-Portomeñe F, Rodríguez-Calvo MS. Intimate partner violence against women in Spain: A medico-legal and criminological study. J Forensic Leg Med. 2015;34:119-26.
27. Amin D, Manhan AJ, Zeidan AJ, Evans DP, Abramowicz S, Smith RN. Do Gender Differences Exist Among Victims of Head and Neck Injuries due to Intimate Partner Violence? J Oral Maxillofac Surg. 2023;81(1):49-55.
28. Wong JYH, Choi AWM, Fong DYT, Kam CW. Intimate partner violence-related head-neck-face injuries in women at hospital emergency departments: Visible signs and invisible harm. Brain Injury. 2016;30(5-6):645-6.
29. Gabriel JDA, Reis TA. Facial trauma as indicators of domestic violence against women. RSD. 2022;11(15):e23111536703.
30. Nobrega LM, Cavalcante GMS, Bernardino ÍM, Granville-Garcia AF, Ferreira EF, D'Avila S. Characteristics of violence against women in Campina Grande, north-eastern Brazil. Tanzania Journal of Health Research. 2016;18(2).
31. Zeineddin A, Olufajo OA, Williams M. Violence Against Women: Findings from 10 Years of the National Trauma Data Set. J Am Coll Surg. 2023;237(5):S575-S6.
32. Rezende EJC, Araújo TM, Moraes MAS, Santana JSS, Radicchi R. Mouth-dental injuries in women violence victims: a pilot study of registered cases in the Legal Medical Institute of Belo Horizonte, MG. Rev bras epidemiol. 2024;10(2):202-14.
33. Mahesh Patni P, Jain P, Jain Patni M. A Conservative Approach to the Management of a Dental Trauma for Immediate Natural Esthetics. Arch Trauma Res. 2016;5(2):e29042.
34. Fenton TW, deJong JL, Haut RC. Punched with a fist: the etiology of a fatal depressed cranial fracture. J Forensic Sci. 2003;48(2):277-81.

35. Sheridan DJ, Nash KR. Acute injury patterns of intimate partner violence victims. Trauma Violence Abuse. 2007;8(3):281-9.
36. de Jager E, Ho YH. Socioeconomic disparities in rates of facial fracture surgeries for women and men at a regional tertiary care centre in Australia. ANZ J Surg. 2022;92(7-8):1700-5.
37. Ellis TW, Brownstein S, Beitchman K, Lifshitz J. Restoring More than Smiles in Broken Homes: Dental and Oral Biomarkers of Brain Injury in Domestic Violence. Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma. 2019;28(7):838-47.

# ANEXOS

| Database | Estratégia de pesquisa | Resultados |
|---|---|---|
| Pubmed (Medline) | (("Tooth Fractures"[MeSH] OR "Tooth Fracture" OR "Facial Trauma" OR "Oral Injuries" OR "Orofacial Injuries")) AND (("Intimate Partner Violence"[MeSH] OR "Domestic Violence" OR "Family Violence" OR "Intimate Partner Abuse")) | 20 |
| Scopus (Elsevier) | TITLE-ABS-KEY (("Tooth Fractures" OR "Tooth Fracture" OR "Facial Trauma" OR "Oral Injuries" OR "Orofacial Injuries")) AND TITLE-ABS-KEY (("Intimate Partner Violence" OR "Domestic Violence" OR "Family Violence" OR "Intimate Partner Abuse")) | 30 |
| Embase | ('tooth fractures'/de OR 'tooth fracture'/de OR 'facial trauma'/de OR 'oral injuries' OR 'orofacial injuries') AND ('intimate partner violence'/de OR 'domestic violence'/de OR 'family violence'/de OR 'intimate partner abuse') | 62 |
| Web of Science (Clarivate Analytics) | (("Tooth Fractures" OR "Tooth Fracture" OR "Facial Trauma" OR "Oral Injuries" OR "Orofacial Injuries")) (Topic) AND (("Intimate Partner Violence" OR "Domestic Violence" OR "Family Violence" OR "Intimate Partner Abuse")) | 23 |
| Cochrane Library | (("Tooth Fractures" OR "Tooth Fracture" OR "Facial Trauma" OR "Oral Injuries" OR "Orofacial Injuries")) AND (("Intimate Partner Violence" OR "Domestic Violence" OR "Family Violence" OR "Intimate Partner Abuse")) | 0 |
| SciELO | (("Tooth Fractures" OR "Tooth Fracture" OR "Facial Trauma" OR "Oral Injuries" OR "Orofacial Injuries")) AND (("Intimate Partner Violence" OR "Domestic Violence" OR "Family Violence" OR "Intimate Partner Abuse")) | 0 |

*Tabela complementar 1 - Estratégia de busca dos estudos*

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Universidade do Porto

# Avaliação de dano orofacial e fatores associados em mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade

*Evaluation of orofacial damage and associated factors in women victims of violence in intimate partner violence*

2024