

**ATUAÇÃO DO MÉDICO E DO
CIRURGIÃO
BUCOMAXILOFACIAL NO
ATENDIMENTO
HOSPITALAR DE URGÊNCIA
AO PACIENTE VÍTIMA DE
TRAUMA: ABORDAGENS,
CONDUTAS E DESAFIOS NA
ASSISTÊNCIA**

**THE ROLE OF THE PHYSICIAN AND ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGEON
IN HOSPITAL EMERGENCY CARE FOR TRAUMA VICTIMS: APPROACHES,
CONDUCT, AND CHALLENGES IN ASSISTANCE**

Ciências da Saúde • 05/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/790976288](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/790976288)

Célio Augusto Pimentel Arcanjo¹
Ticiany de Fátima de Souza Duarte²
Juliane Rocha Zampieri³
Juliana Martins Ferreira⁴
Leandro Rago de Souza⁵
Erica Alves da Costa Souto de Araújo⁶
Jordan Gomes Machado⁷
Evelyn Carla Leal Costa⁸
Fernanda Rocha de Queiroz da Fonseca⁹
Márcia de Souza Moraes¹⁰
Ingrid da Silva Oliveira Constantino¹¹
Suzana Gaspar Lopes de Medeiros¹²
Natan Lourenço Cunha¹³
Renato Brito da Silva¹⁴
Aline Nery Becca de Almeida¹⁵
Letícia Gabrielle Gomes Braz¹⁶
Mayara Valéria Ferreira Lopes¹⁷

RESUMO

O trauma facial representa uma condição relevante nos serviços hospitalares de urgência, podendo envolver tecidos moles, estruturas dentoalveolares e diferentes regiões do esqueleto craniofacial, além de estar associado a comprometimentos sistêmicos potencialmente graves. Nesse contexto, a assistência exige avaliação rápida, estabilização clínica e participação integrada de diferentes profissionais. Este estudo teve como objetivo analisar, por meio de uma revisão de literatura, a atuação do médico e do cirurgião bucomaxilofacial no atendimento hospitalar de urgência ao paciente vítima de trauma, destacando suas principais atribuições, abordagens, condutas e desafios assistenciais. Foi realizada uma revisão de literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, considerando estudos publicados entre 2021 e 2025 relacionados ao trauma facial e maxilofacial. A literatura analisada demonstrou que o médico apresenta papel fundamental na avaliação inicial e estabilização do paciente, incluindo manutenção das vias aéreas, ventilação, circulação, avaliação neurológica e identificação de lesões associadas. O cirurgião bucomaxilofacial atua principalmente na avaliação especializada das estruturas faciais, diagnóstico das fraturas e lesões dentoalveolares, análise das alterações oclusais e funcionais e definição do tratamento conservador ou cirúrgico. Nos traumatismos complexos e panfaciais, a integração entre diferentes especialidades torna-se especialmente necessária diante da possibilidade de múltiplas lesões concomitantes. Entre os principais desafios destacam-se o manejo das vias aéreas, o reconhecimento precoce das lesões e o estabelecimento das prioridades terapêuticas. Conclui-se que a atuação integrada entre médico e cirurgião bucomaxilofacial é fundamental para proporcionar assistência abrangente e segura, contribuindo para preservação da vida, redução de complicações e

recuperação anatômica, funcional e estética do paciente.

Palavras-chave: Traumatismos Faciais; Traumatismos Maxilofaciais; Cirurgia Bucal; Serviços Médicos de Emergência; Assistência Hospitalar; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Facial trauma represents a relevant condition in hospital emergency services and may involve soft tissues, dentoalveolar structures, and different regions of the craniofacial skeleton, in addition to being associated with potentially severe systemic injuries. In this context, patient care requires rapid assessment, clinical stabilization, and integrated participation of different healthcare professionals. This study aimed to analyze, through a literature review, the roles of physicians and oral and maxillofacial surgeons in emergency hospital care for trauma patients, highlighting their main responsibilities, approaches, clinical management, and challenges. A qualitative and descriptive literature review was conducted considering studies published between 2021 and 2025 related to facial and maxillofacial trauma. The analyzed literature demonstrated that physicians play a fundamental role in the initial assessment and stabilization of patients, including airway maintenance, ventilation, circulation, neurological evaluation, and identification of associated injuries. Oral and maxillofacial surgeons are primarily responsible for specialized assessment of facial structures, diagnosis of fractures and dentoalveolar injuries, evaluation of occlusal and functional alterations, and determination of conservative or surgical treatment. In complex and panfacial trauma, integration among different specialties becomes particularly necessary due to the possibility of multiple concomitant injuries. The main challenges include airway management, early recognition of injuries, and establishment of therapeutic priorities. It

is concluded that integrated practice between physicians and oral and maxillofacial surgeons is essential to provide comprehensive and safe care, contributing to life preservation, reduction of complications, and anatomical, functional, and aesthetic recovery of trauma patients.

Keywords: Facial Injuries; Maxillofacial Injuries; Oral Surgery; Emergency Medical Services; Hospital Care; Patient Care Team.

1. INTRODUÇÃO

O trauma facial constitui uma condição frequentemente encontrada nos serviços hospitalares de urgência e emergência, podendo compreender desde lesões de tecidos moles e traumas dentoalveolares até fraturas complexas envolvendo diferentes regiões do esqueleto craniofacial. A relevância clínica dessas ocorrências está relacionada não apenas às alterações anatômicas da face, mas também à possibilidade de comprometimento das vias aéreas, hemorragias, alterações neurológicas, lesões oculares e outros danos associados. Diante desse cenário, o atendimento inicial deve seguir uma avaliação sistematizada do paciente traumatizado, priorizando a identificação e o tratamento das condições potencialmente fatais antes da abordagem definitiva das fraturas faciais. A atuação médica no departamento de emergência torna-se fundamental para estabilização inicial, avaliação global do trauma e definição da necessidade de participação de especialistas no atendimento (Fine *et al.*, 2025).

A epidemiologia do trauma maxilofacial apresenta diferenças de acordo com fatores demográficos, sociais, econômicos e geográficos, sendo acidentes de trânsito, quedas, agressões, acidentes esportivos e ocupacionais importantes mecanismos relacionados a essas

lesões. Estudo multicêntrico envolvendo serviços de cirurgia maxilofacial distribuídos internacionalmente demonstrou a relevância dos acidentes de trânsito entre as causas de fraturas maxilofaciais e identificou importante participação de adultos jovens entre os pacientes hospitalizados. Essas características demonstram que o trauma facial representa uma demanda significativa para centros hospitalares e exige disponibilidade de profissionais capazes de reconhecer diferentes padrões de lesão. Nesse contexto, médicos e cirurgiões bucomaxilofaciais desempenham funções complementares durante a avaliação, estabilização e tratamento do paciente, especialmente quando existem múltiplas lesões associadas ao trauma (Roccia *et al.*, 2022).

As fraturas maxilofaciais podem acometer diferentes estruturas, incluindo mandíbula, maxila, complexo zigomático, órbitas e ossos nasais, apresentando características relacionadas ao mecanismo e à intensidade do trauma. O conhecimento epidemiológico e anatômico dessas lesões contribui para o reconhecimento precoce dos possíveis comprometimentos funcionais e para o planejamento dos recursos necessários à assistência. Em análise retrospectiva envolvendo 1.007 pacientes com fraturas maxilofaciais, observou-se que diferentes mecanismos traumáticos estão associados a padrões específicos de acometimento facial, reforçando a necessidade de avaliação clínica e radiológica cuidadosa. No ambiente hospitalar, essas informações auxiliam tanto o médico responsável pelo atendimento inicial quanto o cirurgião bucomaxilofacial na determinação da extensão das lesões, das prioridades terapêuticas e da necessidade de tratamento especializado (Juncar *et al.*, 2021).

Este artigo tem como objetivo, analisar, por meio de uma revisão de literatura, a atuação do médico e do cirurgião bucomaxilofacial no

atendimento hospitalar de urgência ao paciente vítima de trauma, destacando suas principais atribuições, abordagens e condutas durante a avaliação, estabilização, diagnóstico e tratamento das lesões, bem como os desafios relacionados à assistência e à integração entre esses profissionais no ambiente hospitalar.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O atendimento inicial ao paciente com trauma maxilofacial deve considerar prioritariamente a possibilidade de comprometimento das vias aéreas. Sangramento, edema, presença de corpos estranhos, dentes deslocados, secreções e alterações anatômicas decorrentes das fraturas podem dificultar a ventilação e a intubação. Além disso, a proteção da coluna cervical precisa ser considerada durante a abordagem do paciente traumatizado. A escolha da estratégia para obtenção de uma via aérea segura depende das condições clínicas, do padrão da lesão e dos recursos disponíveis, não existindo uma técnica única aplicável a todas as situações. Nesse cenário, a atuação integrada entre profissionais da emergência, anestesiologia e equipes cirúrgicas é essencial para reconhecer precocemente situações de risco e estabelecer uma via aérea adequada antes da realização do tratamento definitivo das lesões maxilofaciais (Saini, 2021).

A etiologia das lesões maxilofaciais influencia diretamente o padrão e a gravidade das alterações encontradas no atendimento hospitalar. Em estudo envolvendo 253 pacientes, os acidentes de trânsito corresponderam a 63,6% dos mecanismos identificados, seguidos por agressões e quedas. A mandíbula destacou-se entre as estruturas ósseas afetadas, enquanto lesões de tecidos moles e comprometimentos nervosos também foram identificados. Esses

achados demonstram que a avaliação do paciente não deve se limitar à confirmação de uma fratura, sendo necessário investigar alterações sensitivas, motoras, dentárias, oclusais e de tecidos moles. Para o médico e o cirurgião bucomaxilofacial, compreender o mecanismo do trauma auxilia na formulação das hipóteses diagnósticas e direciona a investigação das estruturas potencialmente atingidas, favorecendo uma abordagem mais completa no ambiente de urgência (Khan *et al.*,2022).

A assistência ao paciente com trauma maxilofacial exige atenção imediata às condições capazes de ameaçar a vida. A avaliação inicial deve contemplar permeabilidade das vias aéreas, ventilação, circulação, estado neurológico e exposição adequada para identificação de outras lesões. Após a estabilização, a avaliação direcionada da face permite identificar deformidades, edema, hematomas, lacerações, alterações oculares, distúrbios da oclusão dentária, mobilidade anormal e possíveis fraturas. O médico emergencista possui papel central nesse primeiro momento, realizando a abordagem global do traumatizado e solicitando avaliação especializada quando necessário. A participação do cirurgião bucomaxilofacial complementa essa assistência por meio do diagnóstico específico das lesões faciais, definição da necessidade de intervenção e acompanhamento das condições que possam comprometer função, estética e qualidade de vida do paciente (Sheth, 2024).

Nos traumas de maior energia, especialmente quando diferentes regiões do esqueleto facial estão simultaneamente comprometidas, o atendimento pode exigir participação de diversas especialidades. Lesões panfaciais podem coexistir com traumatismos cranianos, alterações oftalmológicas, comprometimento cervical e outras

condições sistêmicas, tornando necessária uma sequência organizada de avaliação e tratamento. Nessas situações, a estabilização clínica precede a reconstrução definitiva, enquanto a comunicação entre as equipes contribui para estabelecer prioridades e evitar que lesões importantes sejam negligenciadas. O cirurgião bucomaxilofacial participa diretamente do planejamento da reconstrução do esqueleto facial e da recuperação da oclusão e das relações anatômicas, enquanto médicos de diferentes áreas atuam na estabilização e tratamento das lesões associadas. Dessa forma, a integração multiprofissional representa componente fundamental da assistência hospitalar ao paciente vítima de trauma facial complexo (Massenburg, 2021).

A distribuição das lesões maxilofaciais também apresenta variações relacionadas à população estudada e às características regionais. Revisão sistemática sobre traumatismos maxilofaciais demonstrou diferenças epidemiológicas relacionadas aos mecanismos de trauma, sexo, idade e localização das fraturas, evidenciando que os serviços hospitalares precisam adaptar seus recursos às características das populações atendidas. O conhecimento desses padrões pode contribuir para organização das equipes, definição de protocolos e planejamento da assistência aos pacientes traumatizados. Além disso, a diversidade de apresentações clínicas reforça a necessidade de capacitação dos profissionais responsáveis pelo primeiro atendimento, uma vez que determinadas lesões aparentemente localizadas podem estar associadas a comprometimentos mais extensos. A avaliação especializada torna-se particularmente importante quando existem alterações funcionais, deformidades, comprometimento da oclusão ou suspeita de fraturas múltiplas (Jaber *et al.*, 2021).

Nos traumas panfaciais, a extensão das fraturas representa um desafio adicional para diagnóstico e planejamento terapêutico. A classificação anatômica das lesões e a utilização de instrumentos destinados à avaliação da gravidade podem contribuir para caracterizar a extensão do trauma e organizar a tomada de decisão clínica. Uma análise retrospectiva de dez anos demonstrou a diversidade dos padrões de trauma panfacial e a presença de lesões concomitantes e complicações relacionadas à gravidade do comprometimento facial. No atendimento hospitalar, o reconhecimento dessas condições é fundamental para estabelecer prioridades e determinar quais especialidades deverão participar da assistência. Após a estabilização das condições vitais, o planejamento do tratamento deve considerar restauração da anatomia facial, oclusão dentária, função mastigatória e demais estruturas comprometidas, exigindo avaliação especializada e integração entre as equipes responsáveis pelo paciente (Lin *et al.*, 2021).

Além das fraturas ósseas, os serviços de emergência recebem pacientes com diferentes tipos de lesões maxilofaciais, incluindo lacerações, abrasões e traumatismos associados. Em estudo retrospectivo realizado com 2.831 pacientes avaliados por um serviço de cirurgia oral e maxilofacial, as lesões de tecidos moles representaram parcela expressiva dos atendimentos, demonstrando que o trauma facial hospitalar apresenta manifestações diversas. Essa realidade exige exame cuidadoso da face, cavidade oral e estruturas adjacentes, mesmo quando não há deformidade óssea evidente. A participação do cirurgião bucomaxilofacial pode auxiliar na identificação da profundidade e extensão das lesões, na avaliação das estruturas anatômicas envolvidas e na definição da necessidade de tratamento cirúrgico. O médico, por sua vez, mantém a avaliação

global do traumatizado e investiga condições sistêmicas ou lesões concomitantes que possam modificar as prioridades do atendimento (Menon *et al.*, 2024).

As características epidemiológicas do trauma facial também variam conforme sexo e faixa etária. Estudo retrospectivo com 4.761 pacientes portadores de fraturas faciais identificou 1.125 mulheres, correspondendo a aproximadamente 24% da população analisada, e demonstrou padrões etários distintos nessa população. As fraturas zigomáticas, nasais, orbitárias e mandibulares estiveram entre as lesões observadas nas mulheres avaliadas. Esses resultados demonstram que características individuais e mecanismo de trauma devem ser considerados durante a investigação hospitalar. Em pacientes idosos, por exemplo, quedas podem adquirir maior relevância, enquanto outros mecanismos apresentam distribuição diferente entre adultos jovens. A individualização do atendimento permite direcionar exames, identificar condições clínicas associadas e definir de maneira mais adequada a participação do cirurgião bucomaxilofacial e de outras especialidades na assistência ao paciente traumatizado (Ogunbowale *et al.*, 2022).

Estudos multicêntricos também demonstram diferenças relevantes na epidemiologia das fraturas maxilofaciais na população feminina. Em investigação prospectiva internacional envolvendo serviços de cirurgia maxilofacial de diferentes continentes, 562 dos 2.387 pacientes hospitalizados por trauma maxilofacial eram mulheres. Entre elas, quedas e acidentes de trânsito apresentaram participação importante na etiologia das lesões, com variações de acordo com idade e região geográfica. O tratamento também apresentou diferentes modalidades, incluindo redução aberta com fixação interna, redução fechada e tratamento não cirúrgico. Esses

achados evidenciam que a conduta deve ser individualizada de acordo com padrão da fratura, características clínicas e necessidades funcionais do paciente. A avaliação hospitalar conjunta permite determinar quais pacientes necessitam de intervenção cirúrgica imediata, tratamento programado ou acompanhamento especializado após estabilização inicial (Romeo *et al.*, 2022).

A definição do tratamento das fraturas maxilofaciais depende da localização, deslocamento dos fragmentos, estabilidade, presença de alterações oclusais, condições dos tecidos moles e estado clínico geral. Em estudo sobre etiologia, prevalência e manejo do trauma maxilofacial, a mandíbula representou 47% das fraturas observadas e 55% das fraturas maxilofaciais foram tratadas por redução aberta e fixação interna. Esses dados demonstram a importância da avaliação especializada na definição da modalidade terapêutica. Enquanto determinadas fraturas podem receber abordagem conservadora, outras exigem intervenção cirúrgica para restabelecer estabilidade óssea e relações funcionais adequadas. No ambiente hospitalar, cabe à equipe médica garantir que as condições clínicas gerais estejam adequadamente avaliadas e estabilizadas, enquanto o cirurgião bucomaxilofacial determina a estratégia específica para tratamento das lesões do complexo facial (Kanala *et al.*, 2021).

A assistência hospitalar ao paciente com trauma maxilofacial não termina necessariamente após a estabilização e o procedimento cirúrgico. Protocolos destinados à recuperação perioperatória podem contribuir para aprimorar diferentes aspectos do cuidado. Ensaio clínico envolvendo 74 pacientes com trauma maxilofacial comparou um protocolo de recuperação aprimorada após cirurgia com o atendimento convencional e identificou benefícios relacionados a parâmetros de recuperação, satisfação e utilização de

recursos. Esses resultados destacam a importância de uma assistência organizada durante todo o período hospitalar, contemplando analgesia, alimentação, higiene oral, controle de sintomas, prevenção de complicações e acompanhamento pós-operatório. A atuação integrada entre equipe médica, cirurgia bucomaxilofacial, enfermagem e demais profissionais permite ampliar o cuidado para além da correção anatômica das fraturas, favorecendo recuperação funcional e planejamento adequado da alta hospitalar (Jani *et al.*, 2023).

Por fim, as consequências do trauma maxilofacial ultrapassam os danos anatômicos e funcionais, podendo produzir repercussões psicológicas relacionadas ao mecanismo do acidente, alterações da aparência, percepção da própria imagem e impacto sobre atividades sociais. Revisão de escopo sobre as consequências psicológicas do trauma maxilofacial destacou a presença de problemas como sintomas relacionados ao estresse pós traumático e outras repercussões emocionais após essas lesões. Dessa maneira, o sucesso da assistência não deve ser avaliado exclusivamente pela consolidação das fraturas ou restauração da anatomia facial. O acompanhamento deve considerar também aspectos funcionais, estéticos, psicológicos e sociais. A integração entre o atendimento médico de urgência, a Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e outros profissionais possibilita uma abordagem mais abrangente, desde a preservação inicial da vida até a recuperação e reabilitação do paciente vítima de trauma (Walshaw *et al.*, 2022).

3. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão de literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, desenvolvida com o

objetivo de analisar a atuação do médico e do cirurgião bucomaxilofacial no atendimento hospitalar de urgência ao paciente vítima de trauma, considerando as principais abordagens, condutas e desafios relacionados à assistência. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico, utilizando combinações de descritores relacionados aos temas trauma maxilofacial, traumatismos faciais, serviços médicos de emergência, cirurgia bucomaxilofacial e assistência hospitalar, associados por meio dos operadores booleanos AND e OR.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão artigos científicos publicados entre 2021 e 2025, disponíveis em português ou inglês, com acesso ao texto completo e que apresentassem relação direta com o atendimento hospitalar de pacientes vítimas de trauma facial e maxilofacial. Foram considerados estudos relacionados à avaliação inicial, estabilização do paciente, manejo das vias aéreas, diagnóstico das lesões, tratamento das fraturas, atuação do cirurgião bucomaxilofacial, assistência multiprofissional e desafios encontrados no ambiente de urgência e emergência.

Como critérios de exclusão, foram retirados estudos publicados fora do período estabelecido, trabalhos duplicados, publicações sem relação direta com o tema, estudos exclusivamente voltados para procedimentos odontológicos ambulatoriais e materiais que não apresentassem informações pertinentes aos objetivos da pesquisa. Após a seleção, os artigos foram submetidos à leitura e análise de seu conteúdo, permitindo organizar as principais evidências sobre as atribuições do médico e do cirurgião bucomaxilofacial e a importância da integração entre esses profissionais no atendimento hospitalar ao paciente traumatizado.

4. ANÁLISE DOS DADOS

A análise conjunta dos estudos demonstra que o atendimento hospitalar ao paciente vítima de trauma facial deve ser compreendido como um processo que se inicia com a identificação das condições potencialmente fatais e progride para o diagnóstico e tratamento específico das lesões maxilofaciais. Fine *et al.* (2025) destacam a importância da avaliação sistematizada no departamento de emergência, com prioridade para estabilização do paciente antes do tratamento definitivo das fraturas. Essa perspectiva apresenta relação direta com Saini (2021), que direciona maior atenção ao comprometimento das vias aéreas, considerado um dos principais riscos imediatos no trauma maxilofacial. Enquanto Fine *et al.* (2025) apresentam uma abordagem mais abrangente do atendimento inicial, Saini (2021) aprofunda especificamente as dificuldades relacionadas à manutenção de uma via aérea segura. Em conjunto, os estudos demonstram que o tratamento das lesões faciais não deve anteceder o controle das condições capazes de colocar a vida do paciente em risco.

A importância dessa avaliação inicial também é reforçada por Sheth (2024), que atribui ao médico emergencista papel central na abordagem global do traumatizado, incluindo avaliação das vias aéreas, ventilação, circulação, estado neurológico e identificação de outras lesões. Ao comparar essa perspectiva com Fine *et al.* (2025), observa-se concordância quanto à necessidade de uma sequência organizada de atendimento e quanto à participação do especialista após a estabilização inicial. Entretanto, Sheth (2024) amplia essa discussão ao destacar a avaliação direcionada da face após o controle das condições prioritárias. Dessa maneira, os estudos permitem compreender que a atuação médica e a atuação do

cirurgião bucomaxilofacial não representam etapas isoladas, mas componentes complementares da assistência, uma vez que a avaliação sistêmica inicial fornece condições para que posteriormente sejam investigadas e tratadas as alterações específicas do complexo maxilofacial.

A necessidade de organização da assistência torna-se ainda mais evidente diante das características epidemiológicas dos pacientes atendidos. Roccia *et al.* (2022), ao analisarem dados provenientes de diferentes serviços internacionais, demonstram a participação relevante dos acidentes de trânsito na ocorrência das fraturas maxilofaciais. Khan *et al.* (2022) apresentam achados semelhantes ao identificarem os acidentes de trânsito em 63,6% dos mecanismos traumáticos de sua população estudada. Embora os estudos tenham sido desenvolvidos em contextos diferentes, ambos evidenciam a importância dos acidentes de trânsito na etiologia do trauma maxilofacial. Essa convergência possui implicação direta para os serviços hospitalares, pois mecanismos envolvendo maior transferência de energia podem produzir não somente fraturas faciais, mas também lesões sistêmicas associadas, aumentando a necessidade de avaliação médica global e participação de diferentes especialidades.

Juncar *et al.* (2021) complementam essa discussão ao demonstrarem que diferentes mecanismos traumáticos estão relacionados a padrões específicos de acometimento maxilofacial. Quando seus resultados são analisados em conjunto com os achados de Khan *et al.* (2022), percebe-se que conhecer a etiologia do trauma possui importância que ultrapassa a caracterização epidemiológica. Khan *et al.* (2022) destacam a ocorrência de lesões ósseas, de tecidos moles e comprometimentos nervosos, enquanto Juncar *et al.* (2021)

ênfatizam a relação entre o mecanismo do trauma e a distribuição das fraturas. Assim, os dois estudos sustentam a necessidade de utilizar as informações referentes ao mecanismo do acidente como parte da investigação clínica, auxiliando na identificação das estruturas que apresentam maior possibilidade de comprometimento e orientando a realização do exame físico e da investigação por imagem.

A variabilidade epidemiológica também é destacada por Jaber *et al.* (2021), que identificam diferenças nos traumatismos maxilofaciais relacionadas à idade, ao sexo, aos mecanismos de trauma e à localização das fraturas. Esses achados complementam os resultados apresentados por Roccia *et al.* (2022), uma vez que ambos demonstram que a epidemiologia do trauma facial não pode ser considerada uniforme entre diferentes populações. Enquanto Roccia *et al.* (2022) oferecem uma perspectiva internacional e multicêntrica, Jaber *et al.* (2021) reforçam a influência das características populacionais e regionais sobre os padrões observados. Essa diferença é relevante para a organização dos serviços de urgência, pois demonstra que protocolos gerais são importantes, porém devem ser acompanhados pelo conhecimento das características epidemiológicas da população atendida em cada instituição.

As diferenças relacionadas ao sexo e à faixa etária são aprofundadas por Ogunbowale *et al.* (2022) e Romeo *et al.* (2022). Ogunbowale *et al.* (2022), ao avaliarem uma ampla população de pacientes com fraturas faciais, identificaram diferenças etárias e padrões específicos de acometimento entre as mulheres. Romeo *et al.* (2022), por sua vez, realizaram investigação multicêntrica internacional especificamente direcionada à população feminina, identificando participação relevante das quedas e dos acidentes de trânsito e

variações conforme idade e localização geográfica. Os estudos apresentam, portanto, resultados complementares. Enquanto Ogunbowale *et al.* (2022) demonstram características observadas em uma grande série retrospectiva, Romeo *et al.* (2022) ampliam a compreensão por meio de uma análise prospectiva realizada em diferentes centros.

A comparação entre Ogunbowale *et al.* (2022), Romeo *et al.* (2022) e Jaber *et al.* (2021) reforça que a abordagem do trauma facial precisa considerar características individuais do paciente. Jaber *et al.* (2021) demonstram uma variação epidemiológica mais ampla, enquanto Ogunbowale *et al.* (2022) e Romeo *et al.* (2022) permitem compreender de maneira mais específica as particularidades observadas na população feminina. Em conjunto, esses estudos indicam que idade, sexo, mecanismo traumático e contexto regional podem influenciar tanto o padrão das fraturas quanto as necessidades assistenciais. Dessa maneira, embora a avaliação inicial do traumatizado deva obedecer a princípios sistematizados, a investigação das lesões maxilofaciais e a definição do tratamento devem ser individualizadas.

Quando o trauma envolve múltiplas regiões da face, a complexidade assistencial aumenta significativamente. Massenburg (2021) enfatiza que os traumas panfaciais podem estar associados a lesões cranianas, oftalmológicas, cervicais e sistêmicas, tornando indispensável a atuação conjunta de diferentes especialidades. Lin *et al.* (2021) complementam essa perspectiva ao abordarem a classificação e a avaliação da gravidade dos traumas panfaciais. Enquanto Massenburg (2021) direciona maior atenção à sequência terapêutica e às dificuldades relacionadas à reconstrução, Lin *et al.* (2021) ressaltam a importância da caracterização anatômica e da

gravidade das lesões para auxiliar na tomada de decisão. Os dois estudos convergem ao demonstrar que os traumas panfaciais não devem ser tratados apenas como um conjunto de fraturas independentes, pois representam condições complexas que exigem planejamento integrado.

Essa integração torna evidente a complementaridade entre as funções do médico e do cirurgião bucomaxilofacial. Os princípios discutidos por Fine *et al.* (2025), Sheth (2024) e Massenburg (2021) indicam que o médico responsável pelo atendimento inicial deve identificar e controlar condições que ameacem a vida, enquanto a avaliação especializada das estruturas faciais permite estabelecer o diagnóstico e o planejamento terapêutico específico. Massenburg (2021) acrescenta que, nos traumas panfaciais, a reconstrução deve obedecer a uma sequência lógica capaz de restabelecer as relações anatômicas. Assim, a estabilização sistêmica e a reconstrução facial constituem componentes diferentes de um mesmo processo assistencial, sendo inadequado considerar uma dessas etapas de maneira independente da outra.

Outro aspecto relevante refere-se à diversidade das lesões encontradas nos serviços de emergência. Menon *et al.* (2024) demonstram que os atendimentos relacionados ao trauma maxilofacial não se restringem às fraturas, uma vez que lesões de tecidos moles também representam parcela significativa da demanda hospitalar. Esse resultado complementa Khan *et al.* (2022), que igualmente identificaram alterações de tecidos moles e comprometimentos nervosos associados aos traumatismos. Juncar *et al.* (2021), por outro lado, direcionam maior atenção às fraturas e aos padrões relacionados aos diferentes mecanismos traumáticos. A comparação desses estudos demonstra que a avaliação clínica

precisa ser abrangente, pois concentrar a investigação exclusivamente nas estruturas ósseas pode resultar na identificação insuficiente de outras alterações relevantes.

Nesse sentido, Menon *et al.* (2024) ampliam a compreensão do papel do cirurgião bucomaxilofacial no serviço de urgência. A avaliação especializada deve incluir não apenas a identificação de fraturas, mas também a análise da cavidade oral, dos tecidos moles, das estruturas dentárias e das regiões anatômicas adjacentes. Essa perspectiva apresenta relação com Sheth (2024), que destaca a necessidade de exame direcionado da face após a estabilização inicial. Assim, enquanto Sheth (2024) posiciona a avaliação facial dentro da sequência do atendimento emergencial, Menon *et al.* (2024) demonstram a diversidade de condições que podem ser encontradas durante essa avaliação. A associação dessas evidências reforça que o atendimento adequado depende tanto de uma abordagem sistêmica quanto de exame maxilofacial detalhado.

A definição da conduta terapêutica constitui outra etapa na qual a atuação especializada assume importância significativa. Kanala *et al.* (2021) demonstraram que diferentes modalidades podem ser utilizadas no tratamento das fraturas maxilofaciais e identificaram participação expressiva da redução aberta com fixação interna nos casos estudados. Romeo *et al.* (2022) também encontraram diferentes formas de tratamento, incluindo redução aberta com fixação interna, redução fechada e abordagem não cirúrgica. A concordância entre esses autores demonstra que não existe uma única modalidade terapêutica adequada para todas as fraturas. A escolha deve considerar localização, deslocamento, estabilidade, alterações oclusais, condições dos tecidos moles, características do paciente e possíveis lesões concomitantes.

Os resultados apresentados por Kanala *et al.* (2021) também podem ser relacionados aos achados de Juncar *et al.* (2021), uma vez que o padrão anatômico das fraturas influencia diretamente a estratégia terapêutica. Enquanto Juncar *et al.* (2021) contribuem para a compreensão da distribuição das lesões e de sua relação com os mecanismos traumáticos, Kanala *et al.* (2021) aproximam essa análise da tomada de decisão terapêutica. Dessa forma, o diagnóstico anatômico preciso constitui uma etapa indispensável para determinar se o paciente será submetido a tratamento conservador ou cirúrgico. Essa decisão deve ocorrer após avaliação das condições sistêmicas e das prioridades clínicas, especialmente nos pacientes politraumatizados.

A proteção das vias aéreas permanece como uma questão transversal a diferentes etapas do atendimento. Saini (2021) demonstra que sangramento, edema, secreções, corpos estranhos, dentes deslocados e alterações anatômicas podem dificultar a ventilação e a intubação. Esses aspectos apresentam especial relevância quando comparados às observações de Massenburg (2021) sobre o trauma panfacial, no qual múltiplas estruturas encontram-se comprometidas simultaneamente. Assim, quanto maior a extensão do trauma, maior pode ser a complexidade do manejo inicial. Fine *et al.* (2025) acrescentam a necessidade de priorizar as condições potencialmente fatais antes da abordagem definitiva das fraturas, estabelecendo uma relação direta entre manejo das vias aéreas, estabilização sistêmica e momento adequado para o tratamento especializado.

A literatura analisada também demonstra que a assistência não deve ser limitada ao período imediatamente posterior ao trauma. Jani *et al.* (2023), ao avaliarem um protocolo de recuperação

aprimorada após cirurgia em pacientes com trauma maxilofacial, direcionam a discussão para os cuidados perioperatórios e para a recuperação hospitalar. Diferentemente de Fine *et al.* (2025), Saini (2021) e Sheth (2024), que concentram maior atenção nas fases iniciais do atendimento, Jani *et al.* (2023) abordam uma etapa posterior da assistência. Essa diferença não representa oposição entre os estudos, mas demonstra a continuidade do cuidado. Após a preservação da vida, estabilização, diagnóstico e tratamento das lesões, permanecem necessidades relacionadas ao controle da dor, alimentação, higiene oral, prevenção de complicações e recuperação funcional.

Essa continuidade assistencial também pode ser observada ao comparar Jani *et al.* (2023) com Kanala *et al.* (2021). Kanala *et al.* (2021) concentram-se principalmente nas características das fraturas e nas modalidades utilizadas para seu tratamento, enquanto Jani *et al.* (2023) demonstram que o resultado da assistência depende também da organização dos cuidados durante a recuperação. Assim, o sucesso do tratamento não deve ser associado exclusivamente à redução e fixação das fraturas. O período pós-operatório e a preparação para a alta hospitalar constituem etapas igualmente relevantes, exigindo participação do cirurgião bucomaxilofacial, da equipe médica, da enfermagem e de outros profissionais envolvidos na assistência.

Além dos resultados anatômicos e funcionais, Walshaw *et al.* (2022) introduzem uma dimensão adicional ao evidenciarem as repercussões psicológicas relacionadas ao trauma maxilofacial. Enquanto grande parte dos estudos analisados concentra-se em epidemiologia, estabilização, diagnóstico e tratamento das lesões, Walshaw *et al.* (2022) demonstram que alterações da aparência e as

circunstâncias relacionadas ao trauma podem repercutir sobre aspectos emocionais e sociais. Essa perspectiva amplia os parâmetros utilizados para avaliar o resultado do tratamento, pois a consolidação óssea ou a recuperação da oclusão não significam necessariamente recuperação completa do paciente.

Ao relacionar Walshaw *et al.* (2022) com Jani *et al.* (2023), observa-se uma ampliação progressiva do conceito de assistência ao traumatizado. Jani *et al.* (2023) demonstram a importância de organizar a recuperação perioperatória, enquanto Walshaw *et al.* (2022) evidenciam que determinadas consequências podem permanecer além da internação hospitalar e envolver dimensões psicológicas e sociais. Dessa forma, o cuidado iniciado no serviço de emergência pode demandar acompanhamento posterior para recuperação funcional, estética e emocional. Essa abordagem é particularmente relevante no trauma facial, considerando a importância da face para comunicação, alimentação, expressão e interação social.

De maneira geral, os estudos de Fine *et al.* (2025), Roccia *et al.* (2022), Juncar *et al.* (2021), Saini (2021), Khan *et al.* (2022), Sheth (2024), Massenburg (2021), Jaber *et al.* (2021), Lin *et al.* (2021), Menon *et al.* (2024), Ogunbowale *et al.* (2022), Romeo *et al.* (2022), Kanala *et al.* (2021), Jani *et al.* (2023) e Walshaw *et al.* (2022) apresentam perspectivas distintas, porém predominantemente complementares sobre o trauma maxilofacial. As diferenças encontradas decorrem principalmente dos objetivos e das populações investigadas, abrangendo desde estudos epidemiológicos e avaliações de padrões de fratura até trabalhos direcionados às vias aéreas, trauma panfacial, tratamento cirúrgico, recuperação hospitalar e consequências psicológicas.

A comparação entre esses autores permite identificar uma sequência assistencial que se inicia com a avaliação médica e estabilização das condições potencialmente fatais, avança para a investigação detalhada das lesões e culmina na definição do tratamento e no acompanhamento da recuperação. Fine *et al.* (2025), Saini (2021) e Sheth (2024) fornecem maior sustentação para as etapas iniciais; Juncar *et al.* (2021), Khan *et al.* (2022), Jaber *et al.* (2021), Roccia *et al.* (2022), Ogunbowale *et al.* (2022) e Romeo *et al.* (2022) contribuem para a compreensão dos mecanismos e padrões epidemiológicos; Massenburg (2021) e Lin *et al.* (2021) evidenciam os desafios dos casos complexos; Menon *et al.* (2024) amplia a análise para a diversidade das lesões; Kanala *et al.* (2021) aborda as possibilidades terapêuticas; e Jani *et al.* (2023) e Walshaw *et al.* (2022) demonstram a necessidade de continuidade da assistência após o tratamento inicial.

Portanto, a literatura analisada sustenta que a atuação do médico e do cirurgião bucomaxilofacial deve ocorrer de forma articulada durante o atendimento hospitalar ao paciente vítima de trauma. Os estudos não indicam substituição das atribuições de um profissional pelo outro, mas demonstram competências que se complementam ao longo das diferentes fases da assistência. A abordagem médica inicial é indispensável para reconhecimento e controle das condições que ameaçam a vida, enquanto a atuação do cirurgião bucomaxilofacial possibilita avaliação especializada, diagnóstico e tratamento das alterações do complexo facial. Nos casos mais graves, as contribuições de Massenburg (2021), Lin *et al.* (2021) e Saini (2021) reforçam ainda a necessidade de integração com anestesiologia e outras especialidades. Dessa maneira, a articulação entre avaliação sistêmica, tratamento especializado, assistência multiprofissional e acompanhamento da recuperação constitui o

elemento central para uma abordagem abrangente do trauma maxilofacial no ambiente hospitalar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da literatura permitiu compreender que a atuação do médico e do cirurgião bucomaxilofacial no atendimento hospitalar de urgência ao paciente vítima de trauma ocorre de maneira complementar e integrada. O médico desempenha papel fundamental na avaliação inicial e na estabilização clínica do paciente, priorizando a manutenção das vias aéreas, ventilação, circulação, avaliação neurológica, controle de condições potencialmente fatais e identificação de lesões associadas. Após essa abordagem inicial, a participação do cirurgião bucomaxilofacial torna-se essencial para a avaliação específica das estruturas faciais, identificação das fraturas e lesões de tecidos moles e dentoalveolares, análise das alterações funcionais e definição da necessidade e do momento adequado para o tratamento cirúrgico.

As evidências analisadas demonstram ainda que as condutas devem ser individualizadas conforme o mecanismo do trauma, extensão e localização das lesões, estabilidade clínica e presença de outros comprometimentos. Nos casos de maior complexidade, especialmente nos traumas panfaciais e em pacientes politraumatizados, a assistência exige comunicação eficiente entre diferentes especialidades para estabelecer prioridades terapêuticas e proporcionar um atendimento seguro.

Entre os principais desafios identificados estão o reconhecimento precoce das lesões, o manejo das vias aéreas em situações complexas, a presença simultânea de diferentes traumatismos e a

necessidade de conciliar a estabilização sistêmica com o tratamento das alterações faciais. Conclui-se, portanto, que a integração entre o médico e o cirurgião bucomaxilofacial é fundamental para uma assistência hospitalar abrangente, favorecendo não apenas a preservação da vida, mas também a recuperação anatômica, funcional e estética e a redução das possíveis complicações decorrentes do trauma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FINE, K. S.; BAY, C. C.; KRAUSE, G.; *et al.* Adult facial fractures: a review and guide for emergency medicine clinicians. *JEM Reports*, v. 4, n. 2, p. 100-120, 2025.

JABER, M. A.; ALQAHTANI, F.; BISHAWI, K.; *et al.* Patterns of maxillofacial injuries in the Middle East and North Africa: a systematic review. *International Dental Journal*, v. 7, n. 4, p. 292-299, 2021.

JANI, A.; CHAUDHRY, K.; KAUR, A.; *et al.* Efficacy of Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) protocol in maxillofacial trauma: a randomized controlled trial. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 12, n. 6, p. 101-106, 2023.

JUNCAR, M.; TENT, P. A.; JUNCAR, R. I.; *et al.* An epidemiological analysis of maxillofacial fractures: a 10-year cross-sectional cohort retrospective study of 1007 patients. *BMC Oral Health*, v. 21, n. 1, p. 128, 2021.

KANALA, S.; GUDIPALLI, S.; PERUMALLA, P.; *et al.* Aetiology, prevalence, fracture site and management of maxillofacial trauma.

Annals of the Royal College of Surgeons of England, v. 10, n. 1, p. 18-22, 2021.

KHAN, T. U.; RAHAT, S.; KHAN, Z. A.; *et al.* Etiology and pattern of maxillofacial trauma. *PLOS ONE*, v. 17, n. 9, p. p. 10-15, 2022.

LIN, C.; WU, J.; YANG, C.; *et al.* Classifying and standardizing panfacial trauma according to anatomic categories and Facial Injury Severity Scale: a 10-year retrospective study. *BMC Oral Health*, v. 21, n. 11, p. 557, 2021.

MASSENBURG, B. B.; LANG, M. S. Management of panfacial trauma: sequencing and pitfalls. *Seminars in Plastic Surgery*, v. 35, n. 4, p. 292-298, 2021.

MENON, S.; MOHAN, A. R.; NIMMAGADDA, J.; *et al.* Incidence of maxillofacial injuries in the emergency department: retrospective study. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, v. 23, n. 5, p. 1195-1203, 2024.

OGUNBOWALE, A.; COSTELLO, L.; MCCORMACK, D.; *et al.* Maxillofacial fractures in females: a 5-year retrospective review. *Irish Journal of Medical Science*, v. 19, n. 15, p. 367-374, 2022.

ROCCIA, F.; IOCCA, O.; SOBRERO, F.; *et al.* World Oral and Maxillofacial Trauma (WORMAT) project: a multicenter prospective analysis of epidemiology and patterns of maxillofacial trauma around the world. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 123, n. 6, p. 849-857, 2022.

ROMEO, I.; SOBRERO, F.; ROCCIA, F.; *et al.* A multicentric, prospective study on oral and maxillofacial trauma in the female population

around the world. *Dental Traumatology*, v. 38, n. 33, p. 196-205, 2022.

SAINI, S.; SINGHAL, S.; PRAKASH, S. Airway management in maxillofacial trauma. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, v. 37, n. 3, p. 319-327, 2021.

SHETH, R.; SMITH, R. K.; LAMBERT, J. S. Emergency department management of maxillofacial trauma. *Emergency Medicine Practice*, v. 26, n. 10, p. 1-33, 2024.

WALSHAW, E. G.; TAYLOR, R.; ANDERSON, J.; *et al.* The psychological sequelae of maxillofacial trauma: a scoping review of the literature. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 6, n. 10, p. 1303-1320, 2022.

¹ Cirurgião Dentista, CTA Nova Lima, Minas Gerais, Brasil.

² Traumatologista em Bucomaxilofacial e Graduanda em Medicina, Universidade UNIC Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

³ Cirurgiã Dentista, Unicesumar, Curitiba, Paraná, Brasil.

⁴ Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁵ Cirurgião Dentista, Doutor em Biotecnologia, Universidade do Vale do Taquari, Lajeado, Rio Grande do sul. Brasil.

⁶ Graduanda em Odontologia, Cruzeiro do Sul, Guarulhos, São Paulo, Brasil.

⁷ Bucomaxilo, Implantodontista, Faculdade do Amazonas-IAES,
Manaus, Amazonas, Brasil.

⁸ Traumatologista em Bucomaxilofacial, Belém, Pará, Brasil.

⁹ Cirurgiã Dentista, Fundação Herminio Ometto – FHO, Araras, São
Paulo, Brasil.

¹⁰ Especialista em Ortodontia, Implante, Prótese e Odontologia
Hospitalar, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão,
Brasil.

¹¹ Cirurgiã Dentista, Universidade Federal de Pernambuco-UFPE,
Recife, Pernambuco, Brasil.

¹² Cirurgiã Dentista e Medicina, Afya Universidade Unigranderio, Rio
de Janeiro, Brasil.

¹³ Cirurgião Dentista, Unisul-Ilha, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

¹⁴ Especializando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, IOA
Vila Olímpia, Osasco, São Paulo, Brasil.

¹⁵ Bucomaxilofacial, Universidade Metodista de São Paulo, Brasil.

¹⁶ Cirurgiã Dentista, Universidade Católica de Brasília, Brasília,
Distrito Federal, Brasil.

¹⁷ Cirurgiã Dentista, Faculdade Integrada da Amazônia, FINAMA,
Brasil.

