

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Cínthia Neves Fonseca

**ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
PELO PARCEIRO ÍNTIMO EM UMA UNIDADE HOSPITALAR**

Belo Horizonte

2021

Cíntia Neves Fonseca

**ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
PELO PARCEIRO ÍNTIMO EM UMA UNIDADE HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Kleyde Ventura de Souza

Coorientadora: Prof^a. Dr^a Allana dos Reis Corrêa

Belo Horizonte

2021

F676a Fonseca, Cínthia Neves.
Análise dos atendimentos a mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo em uma unidade hospitalar [manuscrito]. / Cínthia Neves Fonseca. - - Belo Horizonte: 2021.
127f.: il.
Orientador (a): Kleyde Ventura de Souza.
Coorientador (a): Allana dos Reis Corrêa.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Violência contra a Mulher. 2. Violência por Parceiro Íntimo. 3. Identidade de Gênero. 4. Saúde da Mulher. 5. Hospitalização. 6. Enfermagem. 7. Dissertação Acadêmica. I. Souza, Kleyde Ventura de. II. Corrêa, Allana dos Reis. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 308

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 687 (SEISCENTOS E OITENTA E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA CÍNTIA NEVES FONSECA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 14 (quatorze) dias do mês de setembro de dois mil vinte e um, às 09:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO EM UMA UNIDADE HOSPITALAR", da aluna **Cíntia Neves Fonseca**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Kleyde Ventura de Souza (orientadora), Allana dos Reis Corrêa (coorientadora), Nadirlene Pereira Gomes e Mariana Santos Felisbino Mendes, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(x) APROVADA;

() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 14 de setembro de 2021.

Profª. Drª. Kleyde Ventura de Souza

Orientadora (orientadora)

Profª. Drª. Allana dos Reis Corrêa

(co-orientadora)

Profª. Drª. Nadirlene Pereira Gomes

(UFBA)

Profª. Drª. Mariana Santos Felisbino Mendes

(EE/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora CÍNTIA NEVES FONSECA.

As modificações foram as seguintes:

NOMES

ASSINATURAS

HOMOLOGADO em reunião do CPQ
Em 04.10.2021

Profª. Drª. Kleyde Ventura de Souza
Profª. Drª Allana dos Reis Corrêa
Profª. Drª. Nadirlene Pereira Gomes
Profª. Drª. Mariana Santos Felisbino Mendes



Documento assinado eletronicamente por **Kleyde Ventura de Souza, Professora do Magistério Superior**, em 21/09/2021, às 09:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Santos Felisbino Mendes, Professora do Magistério Superior**, em 21/09/2021, às 10:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Allana dos Reis Correa, Professora do Magistério Superior**, em 21/09/2021, às 17:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Nadirlene Pereira Gomes, Usuário Externo**, em 23/09/2021, às 09:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 23/09/2021, às 11:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0972777** e o código CRC **81A1693F**.

Referência: Processo nº 23072.215084/2020-98

SEI nº 0972777

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 04.10.2021

*Aos meus pais, Nelita e João Roberto,
que não mediram esforços para me guiar no caminho da retidão e sempre me incentivaram e
apoiaram incondicionalmente na busca pela realização dos meus objetivos e sonhos.
Amo muito vocês.*

*Dedico esse trabalho também a todas as mulheres que infelizmente vivenciaram situação de
violência pelo parceiro íntimo e a todas as pessoas e profissionais envolvidos na busca pelo
empoderamento das mulheres e mudanças na sociedade, que propiciam às mulheres viver
sem violência. A vida de todas as mulheres importa!*

AGRADECIMENTOS

*À **Deus** pela saúde e por, mesmo em período pandêmico tão turbulento, me manter firme no ato de cuidar do outro, pacientes e pessoas do meu convívio, sem perder de vista minhas crenças e metas.*

*À professora **Kleyde Ventura de Souza** pelo compartilhamento de sua sabedoria e ensinamentos ao longo desse percurso, um exemplo de mulher dedicada a todo momento às causas das mulheres, que com muito respeito, cuidado e apoio idealizou essa construção.*

*À professora **Allana dos Reis Corrêa**, por ter sido presença constante nesse processo, um exemplo de profissional, mulher e amiga, que, juntamente com a professora **Bruna Figueiredo Manzo**, me incentivou desde o início a percorrer essa trajetória e mostrou que era possível. **Allana**, seus ensinamentos e compartilhamento de vivências contribuíram muito para meu crescimento como pessoa e profissional.*

*Aos **professores e profissionais** da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), aos colegas dos grupos de pesquisa: Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde da Mulher e Gênero (NUPESMeG) e Núcleo de Estudos e Pesquisas em Urgência e Emergência (NEPEU) pelos incentivos e contribuições.*

*Ao **Serviço de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (SES-MG)**, em especial na pessoa da Senhora Sandra de Souza, pela disponibilidade e auxílio para que a coleta de dados pudesse ocorrer a tempo.*

*À **Paola Miranda**, pela disponibilidade, companheirismo e auxílio, você faz parte dessa conquista.*

*Aos meus pais **Nelita e João Roberto**, meus exemplos maiores de força, mansidão e perseverança. Obrigada pelos momentos de compreensão e paciência por algumas ausências e pelas preocupações e orações durante esse período.*

*À minha irmã **Cibelly** por todo o apoio, compreensão e torcida sempre, quem eu tanto amo e que me impulsiona a crescer mais a cada dia.*

Ao meu esposo **Thiago** por toda parceria e cuidado comigo nessa etapa de nossas vidas, que certamente só foi possível e trilhada de forma mais leve por ter você ao meu lado.

Às amigas e companheiras desse processo **Bárbara Giaquinto, Cintia Moraes, Rosilaine Madureira e Laura Vieira** que sempre estiveram de mãos dadas comigo nessa trajetória, ela tem a participação e marca de vocês em todas as etapas e resultados.

Às amigas **Stela Vidigal, Ellen Duarte, Dayanne Ellen, Ednara Guimarães, Roberta Tatiane e Erlaine Bastos** por acreditarem tanto em mim e por todo o apoio, escuta e trocas durante esse processo de aprendizagem.

À **Luciene Rocha, Bárbara Martins, Fernanda Lopes, Josilene Gonçalves e Guilherme Figueiredo** pelo carinho e incentivo durante a coleta de dados, assim como todos os profissionais das unidades do SAME, NEP e UTI pela colaboração durante esse processo.

Aos colegas do **Hospital João XXIII** e da **Fundação Hemominas**, que participaram e continuam a participar direta ou indiretamente na minha evolução enquanto profissional e pessoa, sou muito grata por todas as experiências acumuladas com vocês até aqui.

Aos **familiares e amigos** que, mesmo de longe geograficamente, rezam e torcem pelo meu sucesso e vibram com as minhas conquistas.

À **Maria da Penha Maia Fernandes**, que diante da vivência pessoal da violência aqui estudada, se fez forte e determinada a buscar mudanças nesse processo às mulheres e à sociedade, exemplo de superação e de luta em prol das mulheres contra a violência.

Obrigada a todas as pessoas que mesmo não citadas aqui de alguma forma contribuíram para tornar esse trabalho possível.

***"Eu não sou livre enquanto alguma mulher não o for, mesmo quando as correntes dela
forem muito diferentes das minhas"***

Audre Lorde

APRESENTAÇÃO

Eu, Cínthia Neves Fonseca, sou enfermeira intensivista, atuante há nove anos na assistência direta a pacientes adultos politraumatizados que necessitam de cuidados de alta complexidade em unidade de terapia intensiva (UTI) por diversas causas, dentre elas as variadas situações de violência.

Ao ingressar no Programa de Pós-graduação em nível de mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) tive a oportunidade de ser direcionada como orientanda aos cuidados da Prof^a Dr^a Kleyde Ventura de Souza, e me aproximar da sua trajetória e expertise no ensino, pesquisa, cuidados e luta pela saúde das mulheres. Assim surgiu o interesse pelo objeto de pesquisa em questão, que abrange a minha vivência enquanto enfermeira e a inquietação acerca dos cuidados assistenciais hospitalares necessários às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo, mulheres muitas vezes invisibilizadas neste contexto, temática vislumbrada pela professora Kleyde e comigo compartilhada.

Para trilhar essa trajetória de pesquisa da melhor forma, entendemos então como essencial convidar a Prof^a Dr^a Allana dos Reis Corrêa para fazer parte do processo, haja vista sua experiência e referência na temática de cuidados aos pacientes críticos e em urgência e emergência. Esse estudo consistiu, assim, um trabalho de caráter interdisciplinar, integrando dois núcleos de pesquisa da Escola de Enfermagem EEUFMG, o Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde da Mulher e Gênero (NUPESMeG) e o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Urgência e Emergência (NEPEU), liderados por ambas as professoras atuantes nessa pesquisa, respectivamente.

A oportunidade de inserção nas temáticas de gênero e saúde da mulher, a princípio não conjecturada por mim, sem perder de vista a área de afinidade e atuação em trauma e assistência hospitalar, me possibilitou crescimento pessoal e profissional, com mudança de paradigmas, um dos resultados desse processo, além de mostrar o direcionamento das referidas professoras e dessa Escola na proposta de atrelar a pesquisa e sua teoria à prática, a fim de contribuir na aproximação cada vez mais ativa da Universidade, campo de construção do conhecimento, aos serviços de saúde, com foco em uma assistência de maior qualidade à sociedade.

RESUMO

FONSECA, C. N. **Análise dos atendimentos a mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo em uma unidade hospitalar.** 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

A violência contra as mulheres, em particular a violência pelo parceiro íntimo (VPI), constitui-se em grave problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos das mulheres. A VPI compreende agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores sobre as mulheres por parte de um(uma) parceiro(a) ou ex-parceiro(a), resultando em danos físicos, sexuais ou psicológicos, entre outros. Em relação à violência física, reconhecidamente um fenômeno cíclico, esta envolve qualquer conduta que ofenda a saúde ou a integridade corporal das mulheres, até o feminicídio – assassinato de mulheres em razão do gênero. Dessa forma, revisões de registros hospitalares permitiria dimensionar o impacto da VPI na saúde das mulheres, conhecimento acerca da necessidade de cuidados de saúde em serviços de urgência e emergência associados a esse tipo de violência, capazes de caracterizar a natureza complexa do tratamento e alto custo às mulheres, aos serviços/sistema de saúde, às comunidades e à sociedade. Conhecer as características da agressão, do relacionamento entre mulher e perpetrador, da demanda potencial de atendimento de urgência e emergência hospitalar e as consequências à morbimortalidade das mulheres, às instituições e sistema de saúde, faz-se necessário para compreender o dano real, com vista a esforços de prevenção, assistência e intervenções adequadas. O estudo teve por objetivo conhecer o panorama do atendimento a mulheres agredidas fisicamente pelo parceiro íntimo em um hospital público de grande porte referência em urgência e emergência. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e com abordagem clínica, que analisou os prontuários de 205 mulheres, com 15 anos ou mais, atendidas devido a situação de violência pelo parceiro. Analisou-se o período de 2016 - marco dos 10 anos da Lei Maria da Penha - a 2019, contemplando variáveis sociodemográficas, relativas ao episódio da agressão, os cuidados hospitalares, as complicações e o desfecho. Os dados foram submetidos à análise descritiva, utilizado o programa Stata®, com apresentação em dois momentos distintos: dados sociodemográficos, relativos à violência e ao atendimento no pronto socorro de todas as mulheres atendidas; e os dados relativos à assistência àquelas que necessitaram de internação hospitalar. Mulheres jovens foram mais vulneráveis à violência por parceiro íntimo, 72,68% com menos de 40 anos e incluiu menores de 18 anos (4,39%), e 44,39% possuíam alguma comorbidade, principalmente acometimentos psiquiátricos (56,04%). Mulheres que não trabalhavam (23,90%) ou com trabalho informal (29,76%), casadas ou em

união estável (54,63%), com filhos com o agressor (60,31%) foram mais acometidas, sendo a residência o espaço mais frequente da violência (68,78%) e 48,29% consistiam em casos de reincidência. Prevaleceu agressão direta ou espancamento (46,34%), além do uso adicional de objetos perfurocortantes e contusos (54,63%), com ferimentos na face (41,95%), cabeça (39,02%) e membros superiores (33,66%). Houve mulheres queimadas (9,27%), maioria grande queimada (63,16%). Prevaleceu à classificação de risco prioridade muito urgente/laranja (65,25%), atendidas por especialidade de cirurgia geral e do trauma (67,80%). Em 69,76% dos casos não houve registro à admissão de se tratar de agressão por parceiro, evidenciado posteriormente em abordagem multiprofissional, e 49,76% das mulheres demandaram internação; 69,61% cirurgia(s); 26,47% terapia intensiva; e 60,78% apresentaram alguma complicação. Como desfecho, prevaleceu a alta hospitalar (88,29%), com consultas de retorno (71,58%), reinternação (14,74%) e ocorreram oito óbitos (3,90%), com 50% dos óbitos no último ano (2019). A análise dos atendimentos possibilitou identificar que mulheres agredidas pelo parceiro demandam uma série de cuidados e atendimentos especializados, urgentes e emergentes, com cuidados críticos e invasivos, configurando a magnitude da violência sofrida pelas mulheres, o que reforça o impacto deletério das relações de gênero e as reais consequências nefastas da VPI às mulheres, em sua saúde e sua vida, impactando toda a sociedade. Ao retratar a magnitude da VPI, esse estudo pode contribuir para maior visibilidade do problema, abordagem adequada dos casos nos serviços hospitalares por equipes multiprofissionais para além do tratamento das lesões físicas. Destaca-se a importância das instituições hospitalares referência em atendimento de urgência e emergência como local de detecção dos casos de violência, acolhimento, tratamento, cuidado e um dos pontos de composição da rede intersetorial para o enfrentamento e rompimento do ciclo de violência, sua escalada de gravidade e a prevenção de feminicídios. Os resultados do estudo corroboram a necessidade de investimento e aprimoramento de estratégias, dispositivos e ferramentas para a abordagem desse complexo problema de saúde pública.

Palavras-chave: violência contra a mulher; violência por parceiro íntimo; identidade de gênero; saúde da mulher; hospitalização; enfermagem.

ABSTRACT

FONSECA, C. N. **Analysis of care provided to women in situations of intimate partner violence in a hospital unit.** 2021. Dissertation (Master's degree in Nursing) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

Violence against women, particularly intimate partner violence (IPV), constitutes a serious public health problem and a violation of women's human rights. IPV comprises physical aggression, sexual coercion, psychological abuse and controlling behaviors towards women by a partner or ex-partner, resulting in physical, sexual or psychological harm, among others. In relation to physical violence, admittedly a cyclical phenomenon, it involves any conduct that offends the health or bodily integrity of women, up to femicide – murder of women due to their gender. Thus, reviews of hospital records would allow us to measure the impact of IPV on women's health, knowledge about the need for health care in urgent and emergency services associated with this type of violence, capable of characterizing the complex nature of the treatment and high cost to women, services/health system, communities and society. Knowing the characteristics of the aggression, the relationship between the woman and the perpetrator, the potential demand for urgent and emergency hospital care and the consequences for the morbidity and mortality of women, the institutions and the health system, is necessary to understand the real harm, with a view to prevention efforts, care and appropriate interventions. The study aimed to understand the panorama of care for women physically attacked by an intimate partner in a large public hospital that is a reference in urgent and emergency care. This is a cross-sectional, descriptive study with a clinical approach, which analyzed the medical records of 205 women, aged 15 years or older, who were assisted due to a situation of violence by their partner. The period from 2016 - the 10-year mark of the Maria da Penha Law - to 2019 was analyzed, considering sociodemographic variables related to the episode of aggression, hospital care, complications and the outcome. Data were subjected to descriptive analysis, using the Stata® program, with presentation at two different times: sociodemographic data, relating to violence and care in the emergency room of all women attended; and data related to assistance to those who needed hospitalization. Young women were more vulnerable to intimate partner violence, 72.68% under 40 years old and including those under 18 years old (4.39%), and 44.39% had some comorbidity, mainly psychiatric disorders (56.04%). Women who did not work (23.90%) or with informal work (29.76%), married or in a stable union (54.63%), with children with the aggressor (60.31%) were more affected, residence the most frequent place of violence (68.78%) and 48.29% consisted of cases of recidivism. Direct aggression or beating

prevailed (46.34%), in addition to the additional use of sharp and blunt objects (54.63%), with injuries to the face (41.95%), head (39.02%) and upper limbs (33.66%). There were burnt women (9.27%), most of them high severity burnt (63.16%). The most urgent priority risk classification/orange prevailed (65.25%), attended by the specialty of general surgery and trauma (67.80%). In 69.76% of the cases there was no record on admission that it was aggression by a partner, which was later evidenced in a multidisciplinary approach, and 49.76% of the women demanded hospitalization; 69.61% surgery(s); 26.47% intensive care; and 60.78% had some complication. As an outcome, hospital discharge prevailed (88.29%), with return appointments (71.58%), readmission (14.74%) and there were eight deaths (3.90%), with 50% of deaths in the last year (2019). The analysis of the assistance allowed to identify that women assaulted by their partner demand a series of specialized, urgent and emerging care and assistance, with critical and invasive care, configuring the magnitude of the violence suffered by women, which reinforces the deleterious impact of gender and the real disastrous consequences of IPV for women, in their health and in their lives, impacting the entire society. By portraying the magnitude of IPV, this study can contribute to greater visibility of the problem, appropriate approach to cases in hospital services by multidisciplinary teams, in addition to the treatment of physical injuries. The importance of reference hospitals in urgent and emergency care as a place of detection of cases of violence, reception, treatment, care and one of the points of composition of the intersectoral network for confronting and breaking the cycle of violence, its escalation in severity and the prevention of femicide. The study results support the need for investment and improvement of strategies, devices and tools to address this complex public health problem.

Keywords: violence against women; intimate partner violence; gender identity; women's health; hospitalization; nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ciclo de violência doméstica contra as mulheres	37
Figura 2 - Fluxograma de determinação da população do estudo. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019.....	47
Figura 3 - Distribuição das ocorrências de violência por parceiro íntimo às mulheres atendidas em um hospital de alta complexidade segundo região do município de Belo Horizonte. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019.	64
Figura 4 - Lesões de acordo com a região corporal apresentadas pelas mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019	66
Figura 5 - Fluxograma resumo do atendimento no setor de pronto de socorro às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019	72
Figura 6 - Fluxograma do atendimento hospitalar prestado às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019.....	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relação das variáveis e categorias utilizadas no estudo. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2019.	49
Quadro 2 - Tempo de permanência hospitalar das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo internadas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019.	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização sociodemográfica das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019	59
Tabela 2 -	Condições clínicas das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019	61
Tabela 3 -	Situação de parceria íntima e do vínculo familiar das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019.....	62
Tabela 4 -	Caracterização do evento da violência por parceiro íntimo contra mulheres atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019	65
Tabela 5 -	Caracterização das lesões geradas pela violência por parceiro íntimo contra mulheres atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019	67
Tabela 6 -	Caracterização do primeiro atendimento das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019.....	68
Tabela 7 -	Caracterização do atendimento prestado no setor de pronto de socorro às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019.....	69
Tabela 8 -	Procedimentos hospitalares demandados pelas mulheres em situação de violência por parceiro íntimo internadas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019.....	75
Tabela 9 -	Realização de exames e cirurgias pelas mulheres em situação de violência por parceiro íntimo internadas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019	76
Tabela 10 -	Complicações apresentadas pelas mulheres em situação de violência por parceiro íntimo internadas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019	78

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Dia da semana de ocorrência da violência por parceiro íntimo contra mulheres atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019.	63
Gráfico 2 - Horário de ocorrência da violência por parceiro íntimo contra mulheres atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019. .	63
Gráfico 3 - Encaminhamento pós alta das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas no pronto socorro de um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2019	73
Gráfico 4 - Encaminhamento pós alta das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo internadas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019	79
Gráfico 5 - Distribuição da frequência de atendimentos, internações e óbitos de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em um hospital de alta complexidade nos anos de 2016 a 2019. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019.	81

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ATLS	<i>Advanced Trauma Life Support</i>
CATE	Cateterismo cardíaco
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CMT	Centro Mineiro de Toxicomania
CNE/COE	Cateter Nasoentérico ou Oroentérico
CNG/COG	Cateter Nasogástrico ou Orogástrico
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CVA	Cateter Vesical de Alívio
CVC	Cateter Venoso Central
CVD	Cateter Vesical de Demora
CVP	Cateter Venoso Periférico
DM	Diabetes Mellitus
DVE	Derivação Ventricular Externa
DVP	Derivação Ventricular Peritoneal
ECG	Eletrocardiograma
ECG1	Escala de Coma de Glasgow
ECO	Ecocardiograma
EEG	Eletroencefalograma
EF	Ensino Fundamental
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IQ	Intervalo interquartil
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores

OMS	Organização Mundial da Saúde
OMV	Observatório da Mulher contra a Violência
ONU	Organizações das Nações Unidas
ONU-Mulheres	Entidade das Nações Unidas para Igualdade de Gênero e Empoderamento da Mulher
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAI	Pressão Arterial Invasiva
PAI	Pressão Arterial Invasiva
PIC	Pressão Intracraniana
PIV/PIA	Pressão Intravesical
PNEV	Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres
PSF	Programa Saúde da Família
PVC	Pressão Venosa Central
RM	Ressonância Magnética
RX	Radiografia
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAMRC	South African Medical Research Council
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCQ	Superfície Corporal Queimada
SES-MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPM	Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TVP	Trombose Venosa Profunda
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VPI	Violência por Parceiro Íntimo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	24
2.1	Objetivo geral	24
2.2	Objetivos específicos.....	24
3	REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1	Breve contextualização acerca do enfrentamento à violência contra as mulheres	25
3.2	A Violência contra as mulheres sob o conceito de gênero	31
3.3	Ciclo de violência contra as mulheres por parceiro íntimo e dificuldades de rompimento	35
3.4	Atendimento hospitalar às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo	40
4	MÉTODO.....	43
4.1	Delineamento do estudo	43
4.2	Local do estudo	43
4.3	População do estudo.....	44
4.4	Coleta de dados.....	48
4.5	Instrumento de coleta e teste piloto	48
4.6	Variáveis do estudo	48
4.7	Análise dos dados.....	57
4.8	Considerações éticas.....	58
5	RESULTADOS.....	59
5.1	Caracterização da população de mulheres	59
5.1.1	<i>Caracterização sociodemográfica</i>	<i>59</i>
5.1.2	<i>Condições de saúde.....</i>	<i>60</i>
5.1.3	<i>Situação de parceria íntima e vínculo familiar</i>	<i>61</i>
5.2	Caracterização do evento da violência por parceiro íntimo.....	62
5.2.1	<i>Caracterização da agressão.....</i>	<i>62</i>
5.2.2	<i>Caracterização da lesão advinda da violência.....</i>	<i>66</i>
5.3	Caracterização do atendimento hospitalar às mulheres.....	68
5.3.1	<i>Caracterização do atendimento no pronto socorro</i>	<i>68</i>
5.3.2	<i>Caracterização do atendimento quando da internação hospitalar.....</i>	<i>74</i>
5.3.3	<i>Caracterização das complicações e desfecho clínico</i>	<i>78</i>
6	DISCUSSÃO	83
6.1	Caracterização da população de mulheres	83
6.1.1	<i>Caracterização sociodemográfica</i>	<i>83</i>
6.1.2	<i>Condições de saúde.....</i>	<i>86</i>
6.1.3	<i>Situação de parceria íntima e vínculo familiar</i>	<i>87</i>
6.2	Caracterização do evento da violência por parceiro íntimo.....	89
6.2.1	<i>Caracterização da agressão.....</i>	<i>89</i>
6.2.2	<i>Caracterização da lesão advinda da violência.....</i>	<i>93</i>
6.3	Caracterização do atendimento hospitalar às mulheres.....	96

6.3.1	<i>Caracterização do atendimento no pronto socorro</i>	96
6.3.2	<i>Caracterização do atendimento quando da internação hospitalar</i>	100
6.4	<i>Caracterização das complicações e desfecho clínico</i>	102
6.4.1	<i>Mortes</i>	103
6.4.2	<i>Encaminhamentos</i>	104
6.4.3	<i>Atuação dos profissionais de saúde</i>	107
6.5	<i>Limitações do estudo</i>	109
6.6	<i>Contribuições do estudo</i>	110
7	CONCLUSÃO	112
	REFERÊNCIAS	114
	APÊNDICE 1 - Instrumento de coleta de dados da pesquisa	122
	ANEXO – 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG	124

1 INTRODUÇÃO

A violência consiste em um fenômeno complexo, definido pelo emprego intencional de força física ou poder contra outra pessoa, um grupo de pessoas, uma comunidade ou contra si próprio, que resulta ou pode resultar em ferimentos, morte, desenvolvimento prejudicado, dano psicológico ou privação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996). Trata-se de um problema influenciado por determinantes sociais e condicionantes culturais, que incide diretamente no direito à vida, à liberdade e à dignidade humana (BEAUVOIR, 1970; KRUG *et al.*, 2002; MINAYO; ASSIS, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), existem grupos sociais mais vulneráveis a este fenômeno e, atualmente, a violência contra as mulheres é um dos maiores problemas de saúde pública e uma das violações dos direitos humanos mais sistematicamente praticadas em todo o mundo (WHO; LSHTM; SAMRC, 2013). Pautada nas diferenças entre os sexos, construídas e naturalizadas historicamente, a violência praticada contra as mulheres coloca-as numa condição de subalternidade nas relações de gênero e alvo de preconceitos cristalizados em papéis estereotipados, advindos da dominação característica do sistema patriarcal, com grandes prejuízos sociais, econômicos e de saúde à sociedade (BEAUVOIR, 1970; SAFFIOTI, 1999a; MINAYO; ASSIS, 2017).

Por conseguinte, prevalece a violência contra as mulheres perpetrada pelo parceiro íntimo (VPI), compreendida como qualquer comportamento abusivo ou coercitivo de um indivíduo contra sua parceira que pode incluir dano físico, psicológico, abuso sexual, isolamento progressivo, perseguição, privação, intimidação e coerção repetitiva, que, em geral, não se trata de um evento isolado, mas sim de um padrão de comportamento abusivo (KRUG *et al.*, 2002; BRASIL, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Esse tipo de violência atinge mulheres de diferentes classes sociais, idades, regiões, estados civis, escolaridades e raças (SAFFIOTI, 1999a; KRUG *et al.*, 2002; BRASIL, 2011).

Revisão global de dados de 79 países, publicada pela OMS, com o objetivo de documentar a magnitude do problema, identificou que uma a cada três mulheres no mundo são submetidas à violência pelo parceiro íntimo, com maior ocorrência nas regiões da África, Mediterrâneo Oriental e Sudeste Asiático, onde aproximadamente 37% dessas sofrem tal agravo em algum momento da vida (WHO; LSHTM; SAMRC, 2013). Na região das Américas, a prevalência é de 30% e o Brasil segue a mesma tendência: um terço das mulheres (BRASIL, 2019; WHO; LSHTM; SAMRC, 2013). Em Minas Gerais, registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) mostram 215,8 registros a cada 100 mil mulheres, sendo

o 5º estado do país com maior número de notificações, acima da proporção nacional que é de 138,8 casos/100 mil mulheres (BRASIL, 2018).

De acordo com a série histórica da Pesquisa Nacional sobre Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, 71% das mulheres brasileiras consideram o país demasiadamente machista e a percepção quanto ao aumento de episódios de agressões a elas subiu 13 pontos percentuais em 2019, passando a 82%, que em 2017 era apontada por 69% das mulheres (BRASIL, 2019). Esta mesma pesquisa constatou aumento expressivo e posterior manutenção do percentual elevado de mulheres em situação de violência: 18% em 2015; 29% em 2017 e 27% em 2019, sendo os principais responsáveis pelas agressões os companheiros e ex-companheiros (incluídos ex-namorados e ex-maridos), com destaque ao crescimento das agressões cometidas pelos parceiros e ex-parceiros de 13% em 2011, para 37% em 2019 (BRASIL, 2019), situação que se acentuou ainda mais em tempos de pandemia de Covid-19 vigente (VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020).

Os dados históricos revelam que a dominação masculina sobre a mulher é muitas vezes considerada fato natural e biológico, por consequência, divisões sexuais socialmente concebidas mantém, ainda ocorrente, a violência contra as mulheres pelo parceiro, em suas diversas formas de manifestação e variados graus de severidade (SAFFIOTI, 1999a; WHO; LSHTM; SAMRC, 2013; LUCENA *et al.*, 2016). As diferentes categorizações das violências a que as mulheres se encontram expostas, de acordo com sua natureza (violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral), geralmente ocorrem de forma concomitante na dinâmica conjugal e dificilmente se limitam a um episódio ou tipo isolado, compondo o ciclo de violência doméstica a que as mulheres se encontram inseridas em um relacionamento abusivo, em que as violências psicológica e moral mostram-se sempre presentes, assim como suas consequências à saúde mental e à subjetividade, com repercussão acumulativa à mulher (SAFFIOTI, 1999a; GUIMARAES; PEDROZA; GREGÓRIO, 2020).

No entanto, dentre os tipos de violência, a de caráter físico apresenta-se como a forma de abuso mais recorrente e relatada, associada à visibilidade corporal do dano físico. Em todo o mundo, estima-se que 42% das mulheres que sofreram abusos físicos causados por um parceiro apresentam ferimentos como resultado dessa violência (WHO; LSHTM; SAMRC, 2013), e mais de uma a cada quatro mulheres feridas pelo parceiro requer assistência em serviço de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

A violência física, portanto, pode ser reportada como a expressão máxima do poder que os homens acreditam ter sobre as mulheres, podendo acarretar graves repercussões, chegando ao seu extremo - a ocorrência do feminicídio ou feticídio, definido como o homicídio de uma

mulher por razões da condição de sexo feminino (BRASIL, 2015a). Dados revelam que, no período de 2007 a 2017, houve crescimento expressivo de 20,7% nos homicídios de mulheres no Brasil, com taxa de 4,7 assassinatos a cada 100 mil mulheres, quando o país passou a representar e tem se mantido na posição de 5º país mundialmente com maior incidência de feminicídios (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019, 2020).

Estima-se que, do total de homicídios de mulheres no país, 30,4% muito provavelmente são feminicídios em que a mulher foi assassinada na própria residência, com mortalidade decorrente desse tipo de violência em ascensão (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019, 2020), o que corrobora a importância de se analisar a violência contra as mulheres em separado, para que o fenômeno que as atinge não seja invisibilizado (BRASIL, 2011). Há diferença significativa entre as ocorrências de violência que atinge mulheres e homens: mulheres são assassinadas em suas próprias casas, por seus companheiros ou ex-companheiros, enquanto homens são mais frequentemente agredidos por outros homens e em ambientes públicos, o que comprova a natureza específica da violência contra as mulheres e ratifica a família como um espaço perigoso para as mulheres (BRASIL, 2011; ENGEL, 2020; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019).

As consequências da VPI às mulheres incluem então lesões corporais que repercutem de forma imediata, além de possíveis efeitos a longo prazo (CARNEIRO *et al.*, 2017; RODRIGUES; RODRIGUES; FERREIRA, 2017; WADSWORTH *et al.*, 2018). As formas de agressão descritas como mais praticadas são a aplicação direta de força corporal ou espancamento, que leva a contusões, lacerações, entorses e fraturas, muitas vezes associado também ao uso de objetos perfurocortantes, objetos contundentes ou arma de fogo (VIANA *et al.*, 2018). Dados sobre os cuidados hospitalares prestados às mulheres nessa situação são escassos, especialmente no que se refere aos impactos na saúde associados à VPI, sendo que as mulheres expostas se mostram vulneráveis, geralmente com contato mais frequente e maior demanda de serviços de saúde do que aquelas que não sofreram tal violência (DAVIDOV *et al.*, 2017). A internação hospitalar advinda da agressão por VPI representa prejuízos para a saúde das mulheres e consequentes repercussões na sua capacidade laborativa, familiar, social, psicológica, entre outros, situação de saúde totalmente evitável caso os direitos das mulheres fossem devidamente contemplados (DUARTE *et al.*, 2015; SILVA; OLIVEIRA, 2015).

Assim, em 2015, o Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), composto por ministros da saúde de 38 Estados Membros, aprovaram por unanimidade a Estratégia e Plano de Ação para o Fortalecimento do Sistema de Saúde para abordar a violência contra as mulheres no período de 2015-2025. Ao aprovar este documento, Estados Membros

da OPAS reconhecem a violência contra as mulheres como um problema de saúde pública e direitos humanos que deve ser abordado com atenção pelos sistemas de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2015).

A OPAS destaca o setor de saúde como capaz de desempenhar papel essencial na prevenção e resposta a esse tipo de violência, por meio de diversas ações, dentre elas a coleta de dados sobre a prevalência, fatores de risco e as consequências da violência contra as mulheres. Tal ação mostra-se importante para fundamentar as demais medidas, como a promoção de ações de sensibilização sobre a violência contra as mulheres e o uso de estratégias de saúde capazes de modificar as normas sociais e comportamentos relacionados à violência (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2015).

O Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014, emitido pela OMS (OMS, 2014), também ressaltou a existência de lacunas no conhecimento sobre a extensão do problema. O documento descreve que, especialmente nos casos de violência por parceiro íntimo (VPI), apesar da magnitude das mortes e da escala das consequências não fatais resultantes da violência para as mulheres, frequentemente faltam informações importantes, como a descrição da violência e do relacionamento entre a mulher e o perpetrador, dados necessários para planejar e monitorar esforços de prevenção (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). Assim, consta dentre as principais recomendações do relatório da OMS: fortalecer a coleta de dados de modo a revelar a verdadeira extensão do problema; garantir que serviços de atendimento a vítimas sejam abrangentes e subsidiados por evidências; criar capacitação para prevenção da violência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Dessa forma, percebe-se a importância de revisões de registros hospitalares e da necessidade de atendimento em serviços de urgência e emergência para o conhecimento acerca dos padrões de utilização de cuidados de saúde associados à VPI, capaz de caracterizar a natureza complexa dos cuidados demandados e magnitude das consequências às mulheres acometidas, à sociedade e sistema de saúde (DAVIDOV *et al.*, 2017; BAKON *et al.*, 2019). Mostra-se relevante conhecer e dar visibilidade ao dano real causado pela situação de violência pelo parceiro e seus efeitos na morbidade e mortalidade das mulheres (DUARTE *et al.*, 2015; SILVA; OLIVEIRA, 2015).

Com este estudo, então, busca-se contemplar o nível de gravidade em que essas mulheres chegam ao hospital, a frequência de necessidade de tratamento em unidades de terapia intensiva, cirurgias, tempo de internação e as diversas complicações que podem ocorrer, que indiquem os desfechos das mulheres em situação de VPI (RODRIGUES; RODRIGUES; FERREIRA, 2017; ACOSTA *et al.*, 2017; WADSWORTH *et al.*, 2018).

Pelo exposto, torna-se importante responder à seguinte questão de pesquisa: Quais as características sociodemográficas, clínicas e de cuidados em saúde dos casos de mulheres agredidas fisicamente pelo parceiro íntimo atendidas em um hospital público de grande porte referência em urgência e emergência, no atendimento a vítimas de traumatismo, grandes queimaduras e situações clínicas e/ou cirúrgicas de risco iminente à vida?

Assim, o presente estudo pretendeu contribuir para evidenciar a magnitude e consequências da violência perpetrada por parceiros íntimos e indicar a necessidade de se aprimorar mecanismos e a capacidade dos serviços de saúde e das equipes multiprofissionais para identificação da violência durante o período de internação, de modo que as ações em saúde, especialmente neste tipo de serviço de urgência e emergência, e alta complexidade, não se restrinjam ao tratamento das agressões físicas, contribuindo assim para superar a invisibilidade deste fenômeno, que envolve altos custos humanos, econômicos e sociais, entre outros.

A pesquisa apresenta potencial de contribuição no conhecimento acerca das necessidades de assistência em saúde hospitalar das mulheres e como fonte de informações para possível levantamento posterior dos custos associados às formas mais graves de violência por parceiro íntimo, explorar disparidades na utilização dos recursos, com foco fundamental para o fortalecimento de programas efetivos e direcionados à prevenção e enfrentamento da violência contra as mulheres.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer o panorama do atendimento a mulheres agredidas fisicamente pelo parceiro íntimo em um hospital público de grande porte referência em urgência e emergência.

2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar as mulheres em situação de violência física por parceiro íntimo atendidas em um hospital referência para atendimentos de urgência e emergência;
- b) Identificar o contexto de ocorrência da agressão e tipo de trauma físico aos quais as mulheres foram expostas;
- c) Identificar os cuidados de saúde hospitalares aos quais as mulheres foram submetidas no atendimento inicial e durante a internação;
- d) Descrever as complicações e o desfecho clínico dessas mulheres.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Breve contextualização acerca do enfrentamento à violência contra as mulheres

Os movimentos feministas apresentaram papel fundamental nas mudanças da sociedade ao longo do tempo (MINAYO, 2005). Ao questionar e cobrar dos Estados ações igualitárias de promoção da justiça e paz, reafirmaram o impacto aos indivíduos em relação às questões de gênero, raça e classe social, muitas vezes desconsiderados nas análises socioeconômicas e políticas (GUIMARAES; PEDROZA; GREGÓRIO, 2020; MENDES, 2020).

De acordo com Saffioti (1999b), o feminismo consiste em uma perspectiva político-científica, cujo objetivo vai além da ampliação dos saberes, ao buscar também a criação de mecanismos políticos para a obtenção da igualdade social entre homens e mulheres. Essa igualdade de direitos entre os indivíduos, por meio de mudanças legais, institucionais e culturais, alinhada ao questionamento das relações desiguais de poder entre homens e mulheres, tanto na esfera pública quanto privada, têm sido objeto da crítica feminista (MENDES, 2020).

A década de 1980, declarada pelas Organizações das Nações Unidas (ONU) como a Década da Mulher, foi marcada pelo rompimento do conceito de que comportamentos violentos fariam parte geneticamente da natureza humana, portanto, a violência passa então a ser entendida como evitável (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). Em 1993, a Assembleia Geral das Nações Unidas realizou a Declaração Sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher (UNITED NATIONS, 1993), com a adoção primeira do uso do termo violência doméstica contra a mulher e, em 1994, a ONU passou a contar com um relator especial sobre violência contra as mulheres, suas causas e consequências, com a criação, a partir de 1996, de um Fundo Fiduciário para Eliminar a Violência contra as Mulheres (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Com o objetivo de romper com a normalização da violência contra as mulheres, deu-se início a realização de muitos debates que abordaram suas definições e aspectos legais, com destaque para duas convenções internacionais, das quais o Brasil é signatário: a *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - CEDAW* (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1979), primeiro tratado internacional específico sobre os direitos das mulheres, que reafirma a responsabilidade dos Estados na eliminação de toda forma de discriminação a elas nos campos político, econômico, social, cultural e civil; e a *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará* (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994),

que tratou especificadamente da questão da violência contra as mulheres e apresentou, pela primeira vez, uma definição formal desta, como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994, Art. 1º), base posteriormente para a lei nacional, a Lei Maria da Penha, de 2006 (MINAYO; ASSIS, 2017; GUIMARAES; PEDROZA; GREGÓRIO, 2020; MENDES, 2020).

Também no ano de 1994 ocorreu a *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento* (CIPD) realizada pelas Nações Unidas no Cairo, Egito, com expressiva participação dos governos de 179 países, além de agências, organizações especializadas da ONU, organizações intergovernamentais e não governamentais. A Conferência mostrou-se importante por aprovar um Programa de Ação com ênfase no papel fundamental dos interesses das mulheres nas questões de população, programa que se tornou notável por introduzir os conceitos de saúde sexual e direitos reprodutivos ao apresentar uma nova definição de política populacional com destaque à saúde reprodutiva, à igualdade de gênero e ao empoderamento das mulheres como os pilares dos programas de população e desenvolvimento (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 1994). Foi evidenciado pelas Nações Unidas que saúde, educação, pobreza, padrões de produção e consumo, meio ambiente, empoderamento das mulheres e população estão intimamente interligados e devem ser considerados em uma abordagem integrada (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 1994).

De forma adicional, a IV *Conferência Mundial das Mulheres*, ou *Conferência para Igualdade, Desenvolvimento e Paz*, realizada pela ONU na cidade de Beijing em 1995, também representou importante marco na busca de direitos das mulheres por introduzir a perspectiva de transversalidade de gênero na formulação de políticas públicas e no ideal de participação paritária das mulheres (ENGEL, 2020; MENDES, 2020). Como produto da referida conferência, o acordo internacional apontou, dentre as 12 áreas prioritárias de trabalho, o enfrentamento da violência contra as mulheres, situação ocorrente em todo o mundo, com impacto a meninas e mulheres em todas as fases da vida, que impossibilita a elas o pleno desenvolvimento e o envelhecimento digno nos mais diversos contextos (MINAYO; ASSIS, 2017; ENGEL, 2020).

Ressalta-se ainda como importante medida realizada pela ONU, a criação em 2010 da Entidade das Nações Unidas para Igualdade de Gênero e Empoderamento da Mulher (ONU-Mulheres) que, junto as demais organizações internacionais, visa aumentar o poder das mulheres, a fim de assim prevenir a violência contra elas e atenuar suas consequências (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). Em complemento, como trabalho de

prevenção e resposta à violência contra as mulheres, a OPAS apontou quatro áreas como prioritárias de atuação: melhoria do alcance, qualidade, difusão e utilização de dados sobre violência contra as mulheres para fomentar políticas e programas baseados em evidências científicas; fortalecimento da capacidade de prevenir a violência contra as mulheres; melhoria da resposta dos sistemas de saúde à violência contra as mulheres; e apoio ao desenvolvimento e avaliação de políticas e planos nacionais de enfrentamento à violência contra as mulheres (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2015).

No Brasil, o movimento feminista surgiu a partir da década de 1960, marcado pela radicalidade associada ao desejo de romper com opressões, com a presença feminina nos movimentos sociais que denunciavam, dentre outras questões, a violência cometida contra mulheres no âmbito doméstico (GUIMARAES; PEDROZA; GREGÓRIO, 2020; MENDES, 2020). A pauta da violência de gênero passou a fazer parte da agenda política no país somente após atuação do movimento feminista, com intenso diálogo junto a gestores e instituições, associado à ocupação de cargos administrativos (ENGEL, 2020). De acordo com Mendes (2020), ao longo de sua militância e produção científica, os feminismos brasileiros têm utilizado referenciais normativos dos direitos humanos em busca da efetivação de políticas afirmativas, que transformem a igualdade formal em igualdade substantiva, por meio de estratégias para a expansão de direitos.

No âmbito nacional, as primeiras conquistas do movimento feminista junto ao Estado voltadas ao enfrentamento à violência contra as mulheres datam de 1985, com a inauguração da primeira Delegacia de Defesa da Mulher e criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (BRASIL, 2011; MINAYO; ASSIS, 2017). Apesar do propósito desde o princípio voltado para a necessidade de medidas educativas, de proteção e acolhimento das mulheres, no intuito de desfazer a cultura de violência específica, inicialmente, os avanços políticos reais tenderam a acontecer apenas no âmbito da punição dos agressores (ENGEL, 2020). Por meio da Constituição Federal de 1988, o Estado assume assegurar “a assistência à família, na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência, no âmbito de suas relações” (BRASIL, 1988), se compromete, assim, a agir no enfrentamento a qualquer tipo de violência seja ela praticada contra homens ou mulheres, adultos ou crianças (BRASIL, 2011).

Contudo, apenas nos anos 2000 se criou uma estrutura governamental responsável pela implementação de uma política nacional voltada para as necessidades das mulheres (ENGEL, 2020). Dentre as iniciativas do governo brasileiro, houve destaque para a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2003, quando as medidas de enfrentamento à violência deixaram de apresentar caráter de ações isoladas, para um maior fortalecimento, por meio da

elaboração de conceitos, diretrizes, normas e da definição de ações e estratégias de gestão e monitoramento relativas à temática (BRASIL, 2011). A partir da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (PNEV), a abordagem da violência contra as mulheres consolidou-se como um eixo intersetorial e prioritário no campo das políticas, com ações junto aos diversos setores, não mais restritas às áreas de segurança e assistência social, a fim de garantir os direitos das mulheres a uma vida sem violência (BRASIL, 2011).

A PNEV traz como conceito e proposta de enfrentamento a implementação de políticas amplas e articuladas, com ações conjuntas dos setores da saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros, no intuito de dar conta da complexidade da violência contra as mulheres em todas as suas expressões e contemplar as dimensões da prevenção, assistência e da garantia de direitos das mulheres. São propostas então da política: ações de desconstrução das desigualdades e combate às discriminações de gênero e à violência contra as mulheres, com interferência nos padrões sexistas presentes na sociedade brasileira; medidas de promoção do empoderamento das mulheres; ações com foco a garantir um atendimento qualificado e humanizado às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011).

Nesse período, ocorreram as mudanças legislativas brasileiras mais importantes acerca da temática, com a Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra as mulheres atendidas em serviços de saúde públicos ou privados; a edição da Lei nº 10.886/2004, que introduziu no código penal o crime de violência doméstica; e a posterior publicação em 2006 da Lei nº 11.340/2006, a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2003, 2006; ENGEL, 2020).

A referida lei surgiu da necessidade de uma diretiva legal específica que contemplasse o fenômeno da violência doméstica contra as mulheres, em especial, em contexto em que o Brasil foi julgado em âmbito internacional a respeito do caso da Maria da Penha Maia Fernandes, mulher vítima de violência a qual dá nome à legislação (ENGEL, 2020; FERNANDES, 2012). A violência contra Maria da Penha foi o primeiro caso de aplicação da Convenção de Belém do Pará (1994), instrumento internacional de proteção aos direitos humanos das mulheres que se mostrou decisivo para que o processo fosse concluído e culminar na modificação do ordenamento jurídico brasileiro e contribuição única para as transformações pelos direitos das mulheres a uma vida sem violência (FERNANDES, 2012).

A Lei Maria da Penha traz a definição da violência doméstica e familiar contra as mulheres, com ampliação do conceito previamente assumido pela Convenção de Belém do Pará, ao incluir como violência os danos de natureza moral ou patrimonial (BRASIL, 2006; ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994). Ao tipificar detalhadamente as

formas de violência a que as mulheres se encontram expostas, a lei promove melhor compreensão das diversas maneiras em que a violência pode se fazer presente nas relações conjugais e familiares, muitas anteriormente não entendidas como violência (BRASIL, 2006; ENGEL, 2020; GUIMARAES; PEDROZA; GREGÓRIO, 2020).

Assim, a Lei Maria da Penha representa um marco, como foi também a luta pessoal da farmacêutica bioquímica cearense Maria da Penha Maia Fernandes, que teve sua vida marcada por constantes agressões e ameaças durante todo o período em que permaneceu casada, até a tentativa de homicídio por seu marido, que atirou com uma arma de fogo em suas costas enquanto dormia, que tornou-a paraplégica, com nova tentativa de assassinato pelo parceiro decorridas duas semanas, com tentame de eletrocutá-la durante o banho, quando Maria da Penha decidiu finalmente separar-se do parceiro (FERNANDES, 2012). Haja visto não ter sido adotado pela justiça brasileira nenhuma medida efetiva necessária para processar e punir o agressor, que se manteve em liberdade por quase vinte anos após o ocorrido e apesar das denúncias da vítima, o caso foi denunciado junto a órgãos internacionais, que responsabilizaram o Estado brasileiro por negligência, omissão e tolerância em relação à violência doméstica contra as mulheres (FERNANDES, 2012). O vivido por Maria da Penha tratou-se de situação particular, mas que evidenciou um padrão sistemático dos casos no país, e portanto, com recomendação, entre outras medidas, da adoção de políticas públicas voltadas à prevenção, punição e erradicação da violência contra as mulheres no Brasil (FERNANDES, 2012).

Dessa forma, a Lei Maria da Penha prevê que sejam asseguradas à mulher condições para o exercício efetivo de seus direitos, com oportunidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental, e cabe ao poder público desenvolver políticas para garantir os direitos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares, no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2006).

A ampla divulgação da Lei Maria da Penha junto à sociedade proporcionou maior visibilidade e popularização dos conceitos e aspectos importantes referentes ao fenômeno da violência doméstica, no intuito maior de atingir sua função: coibir e prevenir a violência doméstica e familiar; proteger as mulheres contra agressões no âmbito do lar ou de suas relações de afeto; além de prever medidas assistenciais e de proteção às mulheres que se encontrarem em situação de violência (BRASIL, 2006, 2020; ENGEL, 2020). Ao estabelecer conceitos e metodologias jurídicas de abordagem do problema, a legislação institui os comportamentos não aceitáveis para se atingir uma sociedade segura e pacífica, promove atitudes e crenças contra a violência, encoraja denúncias e direcionamentos legais por parte das mulheres em situação de

violência, além de essencial para alicerçar políticas e planos de prevenção (ENGEL, 2020; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Ainda no âmbito legal, em 2015 foi publicada a Lei 13.104/2015, denominada Lei do Feminicídio, responsável por alterar o Código Penal brasileiro no intuito de prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, visto que no país não havia até o referido ano legislação que aplicasse penalidade especial aos homicídios de mulheres, em razão da condição do sexo feminino da atingida. A violência doméstica e familiar contra as mulheres é prevista nesta lei como condição de feminicídio, assim, o crime foi inserido no rol de crimes hediondos (BRASIL, 2015a).

No que diz respeito a notificação de casos e abordagem pela área da saúde, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implementado pelo Ministério da Saúde em 2006, com objetivo de investigar os casos de acidentes e violências que demandam atendimento no sistema de saúde, por meio de duas metodologias complementares: VIVA Inquérito ou VIVA Sentinela, composto por pesquisas em hospitais de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), previamente selecionados e pactuados para o envio dos dados, com coleta inicial em 2006 e a partir de 2007 mantida em caráter bianual; VIVA Contínuo, implementada inicialmente em serviços de referência para violências e integrantes da Rede de Proteção Social às Vítimas de Violências, incorporado, a partir de 2009, ao SINAN (Sinan Net), com a integração das notificações compulsórias de violência a essa plataforma (BRASIL, 2009).

No intuito de reunir, sistematizar e dar visibilidade aos dados de violência contra as mulheres, muitas vezes incompletos quando tratados separadamente pelos sistemas de notificação vinculados à justiça e à saúde no Brasil, em 2016 ocorreu a criação do Observatório da Mulher contra a Violência (OMV) pelo Senado Federal, que, em esforço conjunto com o Instituto DataSenado, disponibiliza periodicamente relatórios com indicadores e estatísticas nacionais e estaduais de violência contra as mulheres pelo parceiro íntimo (BRASIL, 2020).

Acerca desse monitoramento, em 2013, a OMS divulgou pela primeira vez dois importantes documentos com estimativas globais e regionais da prevalência da violência contra as mulheres praticada pelo parceiro íntimo, seu ônus para a saúde e as diretrizes para resposta a esse tipo específico de violência (WHO; LSHTM; SAMRC, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Em complemento, em 2014, publicou o importante Relatório Mundial sobre Violência 2014, composto por análise dos dados de 133 países (abrangendo 6,1 bilhões de pessoas - 88% da população mundial), que fornece, pela primeira vez, um panorama global detalhado dos esforços realizados em todo o mundo para a prevenção da violência. O

documento pontua também as diversas lacunas ainda existentes e os objetivos na prevenção da violência presentes na agenda de desenvolvimento pós-2015, que incluem a redução em 50% das mortes relacionadas à violência em geral no mundo, e a eliminação de todas as formas de violência contra as mulheres e meninas até 2030 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Contudo, a despeito de todas as legislações, políticas e medidas previamente implementadas nacional e internacionalmente, dados do relatório do Atlas da Violência 2020 evidenciam o aumento contínuo da violência letal contra as mulheres no Brasil, com 4,3 assassinatos a cada 100 mil mulheres em 2018 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2020). Em complemento, o aumento de 6,6% de feminicídios em 2018 em relação a 2017, indica o crescimento da mortalidade na residência em relação ao total de mulheres vítimas de homicídio (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2020). Os indicadores atuais alarmantes ratificam que no Brasil os espaços sociais atribuídos às mulheres se mantêm pautados por vulnerabilidades, desigualdades e violências, construções sociais atreladas a valores machistas e patriarcais, ainda estruturantes na sociedade, que repercutem discrepâncias na forma como homens e mulheres se subjetivam e se relacionam (GUIMARAES; PEDROZA; GREGÓRIO, 2020; SAFFIOTI, 1999a).

Apesar do fenômeno da violência contra as mulheres pelo parceiro íntimo ocorrer de longa data, a visibilidade política e social do problema apresenta caráter recente, dado que apenas nos últimos anos as autoridades, a mídia e a própria sociedade têm destacado a seriedade e gravidade da situação de violência sofrida pelas mulheres em suas relações de afeto, tratando-se, portanto, de uma questão atual e relevante (BRASIL, 2020; GUIMARAES; PEDROZA; GREGÓRIO, 2020). Dessa forma, o olhar contextualizado da história, política e aspectos sociais e culturais têm permitido maior visibilidade, e que a violência contra as mulheres deixe de ser abordada de modo naturalizado e passe a ser compreendida como problema complexo e multifacetado de saúde pública e de garantia e respeito aos direitos humanos que constituem (GUIMARAES; PEDROZA; GREGÓRIO, 2020; SAFFIOTI, 1999a).

3.2 A Violência contra as mulheres sob o conceito de gênero

Embora sempre ocorrente, a violência não pode ser entendida como aceitável ou inevitável à condição humana, haja vista que não há determinismo genético que sustente a justificativa quanto ao comportamento agressivo e violento (KRUG *et al.*, 2002; MINAYO; ASSIS, 2017). As causas da violência mostram-se profundamente enraizadas nos aspectos

sociais, culturais e econômicos (KRUG *et al.*, 2002; MINAYO, 2005). Em diversas sociedades do mundo, a tradição e aspectos culturais configuram justificativas para atitudes perpetradoras da violência, que mantêm normas sociais opressoras às mulheres, fatores que devem ser devidamente considerados e abordados com sensibilidade e respeito nas ações de prevenção à violência contra as mulheres (KRUG *et al.*, 2002).

A sociedade apresenta um patamar de convivência com a perpetuação de padrões de violência na estrutura familiar, como forma aceitável de resolução de conflitos no relacionamento afetivo (BRASIL, 2020). Devido convenções ou pressões sociais, muitas mulheres se veem coagidas a silenciar sobre experiências de violência, com contribuições diretas dos sistemas religiosos, filosóficos, legais e comunitários, conjuntamente, para essa característica definidora das relações humanas (KRUG *et al.*, 2002). Por isso, por longo tempo, os limites do privado representados pela residência, legitimaram a gravidade das violências sofridas pelas mulheres, abarcadas por mitos populares como o de que “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher” (SAFFIOTI, 1999a).

A superação do determinismo biológico relacionado ao uso do termo sexo mostra-se importante para a compreensão de como as dimensões de gênero são estruturantes nas identidades de homens e mulheres e, assim, na definição dos papéis e relações sociais estabelecidas a partir das desigualdades de poder entre eles (SAFFIOTI, 1999b; SCOTT, 1995; GOMES *et al.*, 2007). O uso do termo gênero apenas em sua função descritiva limita as caracterizações e análises por meio da abordagem do conceito de gênero em sua essência e não contribui para a ampliação necessária do olhar sobre as desigualdades entre homens e mulheres, indispensável para a compreensão do fenômeno das violências contra as mulheres (LUCENA *et al.*, 2016; GUIMARAES; PEDROZA; GREGÓRIO, 2020).

A esse respeito, referência nos estudos da história das mulheres sob a perspectiva de gênero, Joan Scott defende a historicização e desconstrução genuínas dos termos utilizados para diferenciação sexual, com a rejeição do caráter fixo e permanente da oposição binária, a fim de desenvolver o gênero como uma categoria analítica, preocupação teórica que só emergiu no final do século XX, quando se referiu ao gênero relacionado a sistemas de relações sociais (SCOTT, 1995). Entender a organização social e articular suas interrelações mostra-se fundamental para se compreender a definição e como funciona o gênero, elemento constitutivo das relações sociais e institucionais, baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, assim como uma forma primária de significação das relações de poder, diretamente relacionadas à constituição e às mudanças na organização social (SCOTT, 1995).

Assim, como elemento constitutivo das relações sociais, o gênero compõe-se a partir de quatro elementos que atuam interligados, mas não simultaneamente: os símbolos, culturalmente disponíveis; os conceitos normativos, que tentam limitar o entendimento dos símbolos, expressos em geral por meio de doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas e que seguem normalmente uma oposição binária posta ao significar homens e mulheres, o masculino e o feminino; a concepção política, de instituições e organização social, que busca romper com a representação binária, com foco em uma visão mais ampla que inclua todos os aspectos igualmente atuantes na construção do gênero, como o mercado de trabalho, a educação e o sistema político; e a identidade subjetiva, que remete à reprodução do gênero, à transformação da sexualidade biológica dos indivíduos ao passarem pelo processo de enculturação (SCOTT, 1995).

Segundo a precursora do conceito de gênero Simone de Beauvoir, o feminino não é dado pela biologia ou simplesmente pela anatomia, mas sim construído pela sociedade, aprende-se a ser mulher, como a autora retrata por meio da expressão “Ninguém nasce mulher, torna-se mulher” (BEAUVOIR, 1970; SAFFIOTI, 1999b). Ao estudar a mulher e o seu papel na sociedade, a teórica descreve a construção social dos sexos, em que a mulher geralmente é direcionada a ocupar espaços de subalternidade e desvalorização nos diversos ambientes que perpassa (doméstico, profissional, religioso, dentre outros), sob a perspectiva de que o papel feminino é natural e biologicamente destituído de identidade cultural. O fato de existir diferentes espaços de poder para homens e mulheres, com a mulher essencialmente vinculada a lugares sociais de menor empoderamento, reafirma sua subalternidade em relação ao homem, produz e reproduz desigualdades entre eles (BEAUVOIR, 1970).

Dessa forma, os conceitos de gênero estruturam toda a vida social, de acordo com o acesso de homens e mulheres a recursos concretos e simbólicos, o que regula e legitima as complexas e variadas formas de interações humanas, possibilitando então compreender as conexões recíprocas pelas quais o gênero se elabora e produz a política e a construção e distribuição do poder na sociedade (SCOTT, 1995). Ao significado da oposição homem/mulher como referência fixa, contextualmente definido, deve sempre ser atribuído criticamente o objetivo fim em questão, no intuito de atingir novas perspectivas sobre velhas questões, como a imposição do poder político, concepções sobre a sexualidade e a família influentes na economia e a visão acerca da atuação ativa das mulheres em cargos decisivos e de poder, que sugerem a necessidade de redefinições e reestruturações de gênero com vista à igualdade política e social (SCOTT, 1995).

De acordo com Saffioti (1999a), gênero se refere à construção social do masculino e do feminino, em que tem sobressaído a subordinação feminina enquanto mecanismo de ordem social, experimentado pelas mulheres de modo individualizado, com variadas formas e intensidades de violações físicas, psicológicas ou morais. Assim, a expressão violência de gênero passou a ser empregada como sinônimo aos termos violência doméstica e violência familiar. A autora se refere à violência de gênero como tudo que tira os direitos humanos para garantir obediência e subalternidade de um sexo a outro, numa perspectiva de dominação permanente e manutenção das desigualdades hierárquicas existentes, que acontece nas diferentes classes sociais, raças e etnias (SAFFIOTI, 1999a).

Conforme descrito por Minayo (2005), os valores ocidentais tradicionais historicamente naturalizam o masculino como o sujeito da sexualidade e o feminino como seu objeto, sob uma relação direta entre a masculinidade e o exercício do domínio de pessoas. Tal concepção patriarcalista ainda vigente, solidifica o masculino como o lugar da ação, da decisão, da chefia nas relações familiares e da paternidade, posições sociais de agente do poder, em que se inclui também como agente de violência (MINAYO, 2005; CARNEIRO *et al.*, 2017; VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020). Em complemento, Lucena *et al.* (2016) aponta o entendimento da opressão como questão fundamental na compreensão da VPI, por representar o exercício do poder masculino dominante patriarcal sob a submissão feminina, portanto, corresponde a um mecanismo perpetuador das iniquidades de poder expressas nas relações desiguais de gênero.

No caso das relações conjugais, a prática cultural do masculino por meio de atitudes violentas é concebida pelo homem como atos corretivos necessários, frente as atitudes de suas mulheres, por eles consideradas distantes do comportamento ideal, em que o ato de amedrontar faz parte da performance masculina. Nesse contexto, o parceiro agressor, por considerar que sempre precisa agir para garantir e controlar a obediência da mulher, costuma argumentar que primeiro “avisou, conversou, mas, como não foi obedecido, bateu”, o que corrobora ao entendimento em que os homens reconhecem como errôneos apenas “seus excessos” e não a função disciplinar da qual se investem sobre as mulheres (MINAYO, 2005).

Dessa forma, a violência contra as mulheres pelos homens representa a expressão máxima das desigualdades de gênero, ao se manifestar pela reprodução do controle do corpo das mulheres por uma sociedade sexista e patriarcal, que deve ser compreendida como uma violação dos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2011). Portanto, o conceito de violência contra as mulheres tem essencialmente como base a dimensão de gênero, remete a um fenômeno multifacetado que se dá no nível relacional e societal, com influência histórica,

cultural e política, permeado e exacerbado por questões étnicas, raciais, de classe e geracionais (BRASIL, 2011; GOMES *et al.*, 2007; MENDES, 2020; MINAYO, 2005).

Assim, discussões teóricas sobre o conceito de gênero mostram-se importantes e representativas da urgência por mudanças e ressignificações das dimensões de gênero na sociedade (SCOTT, 1995; SAFFIOTI, 1999b). A categoria gênero deve agregar às análises uma dimensão explicativa que permita problematizar novas possibilidades de ser e agir e, principalmente, que provoque mudança da experiência coletiva, por meio da modificação de pontos de vista e representações sociais sobre o que é ser homem e o que é ser mulher, para que não seja naturalizada a violência protagonizada pelos homens (SAFFIOTI, 1999b; LUCENA *et al.*, 2016; BRASIL, 2020; GUIMARAES; PEDROZA; GREGÓRIO, 2020).

Afinal, conforme pontua Minayo (2005), a superação da violência é um desafio que exige muito investimento social, político e subjetivo para pensar e repensar a cultura brasileira. A área da saúde tem se dedicado à tarefa de compreender as raízes da violência e à sua prevenção enquanto problema de saúde pública que requer modificações dos fatores desencadeantes de atitudes e comportamentos violentos, mas sem perder de vista a necessidade adicional de mudanças econômicas, políticas, culturais, educativas e sociais mais amplas, associadas a(s) masculinidade(s), a(s) feminilidade(s) e as relações entre homens e mulheres para seu efetivo enfrentamento (BRASIL, 2011; KRUG *et al.*, 2002; GUIMARAES; PEDROZA; GREGÓRIO, 2020).

3.3 Ciclo de violência contra as mulheres por parceiro íntimo e dificuldades de rompimento

Desfrutar de um lar como espaço pacífico, seguro e de proteção deveria ser um direito básico garantido, no entanto, o sentimento de posse de alguns homens sobre as mulheres e a naturalização e invisibilidade da violência doméstica cotidiana tornam o ambiente intrafamiliar imerso em uma dinâmica relacional de estresse, conflitos e frustração crônica, conduzido pelo comportamento possessivo e destrutivo do parceiro (SACCO *et al.*, 2020; VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020).

A VPI apresenta perfil característico, geralmente cíclico, com oscilação entre períodos violentos e de convivência não violenta, e em espiral, em que há uma escalada da violência, que se inicia com atitudes de intimidação, sucedida pelo isolamento, desvalorização, até atingir a agressão física (SACCO *et al.*, 2020). Tal fenômeno compreende então um leque amplo de violações concomitantes, de caráter psicológico, patrimonial, físico, moral, dentre outros, em

um ciclo de ocorrências que, caso não seja rompido a tempo, culmina no assassinato, caracterizado como feminicídio, manifestação mais grave da violência contra as mulheres (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012, 2013).

Há estabelecido um padrão, denominado “*Ciclo de Violência*”, descrito em 1979 pela psicóloga norte-americana Lenore Walker para identificar padrões abusivos de relacionamento (BRASIL, 2018). Nesse processo, as agressões não ocorrem de forma constante nem infligidas ao acaso, diversos comportamentos prévios, geralmente sutis e imperceptíveis, com o objetivo de controlar a mulher, costumam anteceder os maus tratos físicos (BRASIL, 2018; SACCO *et al.*, 2020). O parceiro passa a coibir a liberdade individual da mulher, a humilha, constrange e promove ações que afetam negativamente sua autoestima, atitudes essas que também se enquadram como violência doméstica no patamar inicial da “escala de violência”. Tais ações posteriormente induzem a mulher a tolerar a violência física, silenciar seus sentimentos em relação à agressão e até mesmo justificar as atitudes do companheiro, o que confirma a violência psicológica enquanto precursora da violência física no relacionamento abusivo (LUCENA *et al.*, 2016; SACCO *et al.*, 2020).

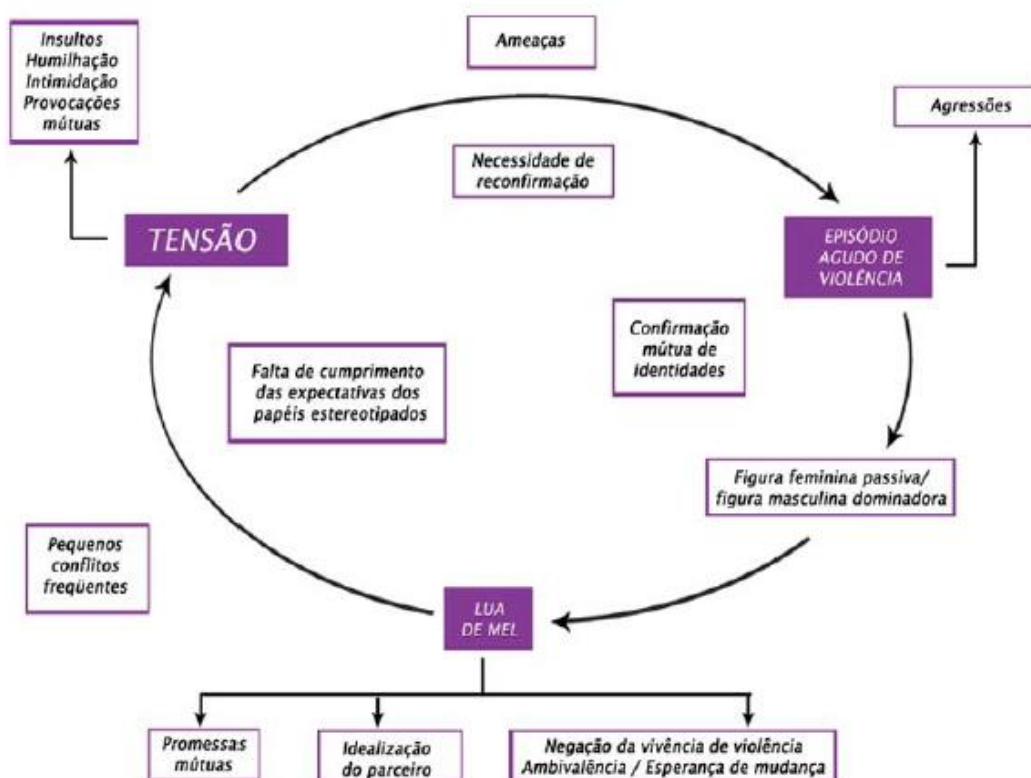
Assim, o ciclo inicia-se de forma lenta e silenciosa, mas progressivo em intensidade e consequências, em que a relação afetiva entre homens e mulheres apresenta três fases: a *Acumulação da tensão*; a *Explosão*; e a *Lua-de-mel*: A fase de acumulação da tensão é caracterizada por provocações e discussões que desencadeiam incidentes de agressões físicas leves, e que, gradualmente pode fugir ao controle e chegar à fase de explosão, marcada por episódio de agressão física grave, conforme apresentado na Figura 1 (BRASIL, 2018; LUCENA *et al.*, 2016).

Após o incidente agudo de violência, dá-se então a fase de lua-de-mel, em que o agressor apresenta comportamento calmo, amoroso e gentil, na tentativa de reverter os danos causados à parceira e em demonstração de arrependimento (LUCENA *et al.*, 2016). No entanto, passado algum tempo, reinicia-se a fase de acumulação de tensão e um novo ciclo de violência, que tende a se repetir com cada vez mais frequência e níveis mais acentuados de violência, em que o feminicídio pelo parceiro íntimo configura a consequência mais extrema (BRASIL, 2018; LUCENA *et al.*, 2016).

As diferentes fases, com destaque para a referida lua-de-mel, dificultam o reconhecimento por parte da mulher de que vive um relacionamento violento, que atrelado ao medo de repercussões sobre a família, não busca o rompimento da situação, o que possibilita a continuidade do abuso, cada vez mais danoso à saúde da mulher e do ambiente doméstico (LUCENA *et al.*, 2016; SACCO *et al.*, 2020). Outro fator que dificulta a compreensão e

abordagem adequadas do fenômeno é associar os agressores a uma condição patológica, em processo de doença psicológica, o que tende a amenizar seus atos, induzir o apoio da mulher à suposta situação de saúde do companheiro e ignora as contradições sociais e de gênero que verdadeiramente a precedem (SAFFIOTI, 1999a).

Figura 1 - Ciclo de violência doméstica contra as mulheres



Fonte: Lucena *et al.* (2016).

Pesquisa nacional mostrou que 24% das mulheres que já passaram pela situação de violência continuaram a conviver com o agressor, 31% declararam não ter tomado nenhuma conduta frente ao caso e 34% referiram depender economicamente do agressor, dados que reforçam que, mesmo com índices epidêmicos, ainda há considerável subnotificação do problema, provavelmente com fundamentação explicada pelo referido ciclo de violência (BRASIL, 2019).

As mulheres deixam de denunciar a agressão sofrida e apresentam dificuldade em se desvencilhar do relacionamento abusivo em razão, principalmente, do medo de sofrerem mais violência, por parte do agressor ou mesmo por parte do Estado; dos desfechos legais ao agressor; inibição; tentativa de não expor a família; questões financeiras relacionadas a si e aos filhos; receio de exclusão social; aspectos esses que mantêm as mulheres na situação de

exposição a recorrentes episódios de violência dessa natureza (ENGEL, 2020; LUCENA *et al.*, 2016; VIANA *et al.*, 2018). A esses motivos adiciona-se ainda o fator diferencial e de complexidade desse tipo de violência, que se refere às importantes questões afetivas e emocionais que une os envolvidos, em que o agressor é companheiro da mulher, muitas vezes pai de seus filhos, o que dificulta o rompimento da relação afetiva, mesmo diante das agressões (BRASIL, 2018; KRUG *et al.*, 2002).

Nessas situações, também se mostra presente o isolamento social das mulheres, fator dificultador para que haja suporte a elas pelas redes institucionais e informais de apoio (CARNEIRO *et al.*, 2017), isolamento esse que pode ser mantido por longo período, quando da manutenção de ameaças ou agressões físicas do parceiro à mulher ou a seus filhos, mesmo após o término do relacionamento (VIANA *et al.*, 2018; VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020). Além disso, há uma tendência de a vítima não tomar qualquer atitude contra o agressor por, em geral, se culpar pela própria violência sofrida e, associado a isso, acreditar na mudança de comportamento pelo parceiro (BRASIL, 2018).

As mulheres que se encontram em uma relação afetiva abusiva, em geral, apresentam uma trajetória oscilante, com saídas e sucessivos retornos à relação, por vezes com permanência por décadas no relacionamento e tentativas variadas de estratégias pontuais para lidar frente aos episódios de violência (SAFFIOTI, 1999a). Por toda sua complexidade, a ruptura de uma relação afetiva abusiva em geral demanda intervenção externa, considerado raro uma mulher conseguir desvincular-se de um parceiro violento sem auxílio (SAFFIOTI, 1999a). A esse respeito, os dados indicam que 32% das mulheres buscam auxílio formal por meio de denúncias em delegacias comuns ou da mulher e 37% delas procuram ajuda em redes de apoio informais, como a família, igreja e amigos, o que salienta a importância desses atores sociais e instituições para o desfecho favorável ao problema (BRASIL, 2019).

Sob essa análise, conforme descreve Saffioti (1999a), o processo de violência de gênero se mantém e perpetua devido as mulheres serem socializadas para conviver com a impotência, enquanto os homens e sua vinculação à força, são preestabelecidos para o exercício do poder e lidam mal com a impotência. Dessa forma, no momento da vivência da impotência, os homens praticam atos violentos em suas relações (SAFFIOTI, 1999a).

A análise corrobora com o entendimento exposto por Minayo (2005) especificamente em relação às agressões motivadas por ciúme, em que, por medo de perder o seu objeto social e sexual (a sua mulher), o parceiro age com violência para assegurar a fidelidade e o controle sobre a parceira, ainda sob a ótica de rivalidade presumida entre homens. Nesse contexto, emergem as agressões pela chamada “razão de honra”, pelas quais o “homem honrado” enxerga

a masculinidade como o lugar dos instintos incontroláveis, da agressividade e da violência, portanto, com justificativa para seus atos (MINAYO, 2005). Como explica Saffioti (1999a), a questão se situa na tolerância e até mesmo no incentivo da sociedade para que os homens exerçam sua força e dominação sobre as mulheres, em associação à sua esperada virilidade, assim, com o consentimento social para que os homens convertam sua agressividade em atos violentos.

Demais autores complementam que, a sociedade brasileira ainda convive fortemente com o mito da não violência, em que há uma individualização dos sentidos atribuídos aos fatos pelos envolvidos, agressor e agredida, que muitas vezes sequer percebem a essência das injúrias (GUIMARAES; PEDROZA; GREGÓRIO, 2020). Essa invisibilidade estruturante da violência leva a negações de ataques e excessos, e consequentemente, à naturalização da ação violenta. Assim, o tema é bastante falado no país, mas tratado de forma superficial, com rasa reflexão a respeito, que mascara a realidade vivida pelas mulheres (GUIMARAES; PEDROZA; GREGÓRIO, 2020).

Os autores explicam ainda os mecanismos ideológicos que conservam vigente o mito da não violência brasileira: o da exclusão, que diferencia e afasta o homem que comete a violência do grupo realmente representativo da população brasileira; da distinção, que toma a violência como um episódio isolado, acidental e passageiro; e da inversão do real, ao se interpretar o homem machista como protetor da fragilidade essencial ao feminino, fatores esses que atribuem explicações simplistas para uma realidade complexa (GUIMARAES; PEDROZA; GREGÓRIO, 2020).

Assim, a compreensão detalhada do fenômeno do ciclo de violência mostra-se fundamental já que, conforme Saffioti (1999a), há uma tendência a considerar as mulheres como passivas à situação, e até mesmo como cúmplices de seus agressores, e assim são reafirmadas como não-sujeitos no processo da violência que vivem. Dessa forma, Mirim (2006) explica a importância em relação à nomenclatura utilizada para se referir à mulher nesse contexto, com apontamento para uso preferencial da expressão “*mulheres em situação de violência*”, em detrimento do termo “*vítima de violência*”, visto que a condição de vítima faz alusão a um estado paralisante, caracteriza a mulher como passiva e dependente, justamente o que se pretende combater nesse ciclo de violência em que estão inseridas. Por sua vez, estar em situação de violência remete a uma condição momentânea, um estado passageiro, que entende as mulheres como sujeitos ativos na relação afetiva com o parceiro e reporta à possibilidade de mudança (MIRIM, 2006).

Nesse contexto, mostra-se essencial a existência de uma rede de atendimento qualificada que perpassasse as diversas áreas, de acordo com a rota crítica que as mulheres em situação de violência geralmente percorrem, com diversas portas de entrada, a se destacar os serviços de emergência em saúde (BRASIL, 2011; LUCENA *et al.*, 2016). A rota crítica é a denominação dada pela OPAS ao caminho que as mulheres trilharam na tentativa de encontrar assistência e ações que efetivamente as amparem frente à situação de violência e as auxiliem no rompimento definitivo do problema, trajetória essa que muitas vezes é marcada por idas e vindas a diferentes serviços (de saúde, delegacias, serviço social, dentre outros), sem resultar em soluções, o que gera desgaste emocional e revitimização (BRASIL, 2011; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 2000). Portanto, os serviços de urgência e emergência devem então se mostrar capazes de prestar uma assistência qualificada, integral e não-revitimizante às mulheres em situação de violência, ao contemplar a complexidade e o caráter multidimensional do problema, com busca pelo trabalho articulado dentre demais serviços.

3.4 Atendimento hospitalar às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo

A VPI é a principal causa de lesões não fatais em mulheres em todo o mundo (PRAISE INVESTIGATORS, 2013). Dados de importante estudo multicêntrico, que abrangeu mulheres atendidas por lesões ortopédicas no Canadá, Estados Unidos, Holanda, Dinamarca e Índia, mostrou que uma a cada três mulheres (35%) atendidas por trauma provavelmente já foi ferida por seu parceiro; uma a cada seis mulheres (16%) com fraturas ortopédicas havia passado por essa experiência de violência nos últimos 12 meses; e uma a cada 50 mulheres (1 a 4% de acordo com o país de estudo) havia comparecido naquela ocasião para tratamento de lesão em consequência direta da VPI (PRAISE INVESTIGATORS, 2013).

A violência física ou agressão pode levar a lesões que variam de cortes e hematomas a sequelas permanentes ou até à morte da mulher. Além de seus custos humanos, a violência contra as mulheres representa um enorme fardo para as sociedades, com destaque para o aumento na demanda por serviços especializados em saúde, sociais, dentre outros (KRUG *et al.*, 2002; UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2018). Contudo, apesar de comum, a VPI torna-se não detectada quando, nos serviços de saúde, muitas vezes, há abordagem somente da lesão ou danos causados por ela, sob o enfoque do modelo assistencial exclusivamente biologicista, o que contribui para a invisibilidade dos casos e o não reconhecimento da violência enquanto importante fenômeno social influente no processo

saúde-doença (LUCENA *et al.*, 2016; UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2018).

No intuito de esconder e não valorizar o ocorrido, somente 26% das mulheres buscam um serviço de saúde após o episódio de violência, o que reforça que a maioria das mulheres violentadas podem aguardar por diversos dias após a agressão para procurarem algum auxílio e buscam por assistência, provavelmente, nos casos em que as lesões sofridas apresentam maior gravidade, que necessariamente demandem cuidados, geralmente em ambiente hospitalar (BRASIL, 2018, 2019; VIANA *et al.*, 2018).

Em casos de lesões que necessitam de permanência com internação hospitalar das mulheres para procedimentos cirúrgicos e demais cuidados de saúde, também configura importante momento para identificar pacientes que experimentam a VPI, com a oportunidade de detectar mulheres que não relataram a situação em atendimento no setor de pronto socorro ou demais setores (PRAISE INVESTIGATORS, 2013). Nesses casos, lesões físicas que não se explicam de forma adequada pelo relato, sinais e sintomas, histórico detalhado e algumas falas das mulheres podem indicar para um sinal de alerta e servir de critério para se suspeitar de uma agressão (BAKON *et al.*, 2019; BELO HORIZONTE, 2015).

Por sua complexidade, a violência doméstica ainda representa um desafio para o setor saúde, com destaque para as dificuldades no seu diagnóstico, que envolvem a influência da cultura e a falta de informação dos usuários e dos profissionais de saúde, muitas vezes por isso ambos se mostram despreparados para lidar com os desdobramentos do evento da violência (AHMAD *et al.*, 2017; BAKON *et al.*, 2019).

Conforme descrito em guia de atendimento às mulheres em situação de violência do município de Belo Horizonte-MG, o atendimento inicial diante do caso suspeito tem como objetivo estabelecer um vínculo de confiança entre o profissional de saúde e a mulher, no qual o profissional deve manter uma atitude isenta de conotação moral, de acusação ou de censura, no intuito de esclarecer a suspeita ou confirmação da agressão. Na abordagem, o profissional deve ser empático e cuidadoso ao se referir sobre o assunto, a fim de não revitimizar as mulheres e conseguir atingir o objetivo de engajamento desta na intervenção que, em geral, ampara-se na reorganização dos vínculos familiares, com foco na proteção das mulheres contra novas agressões (BELO HORIZONTE, 2015).

O acolhimento adequado, o vínculo, o não julgamento e a atitude não moralista agregam credibilidade ao atendimento e motivam a mulher falar de possíveis situações de violências vivenciadas e suas percepções. Dessa forma, a partir da compreensão da situação e das demandas da mulher, a equipe multiprofissional em saúde instrumentaliza-se para a construção

do projeto terapêutico adequado (BELO HORIZONTE, 2015). Assim, hospitais e demais serviços de saúde são importantes locais para a detecção e intervenção em relação à violência, com recomendações por órgãos norte-americanos para a realização de triagem rotineira de rastreamento para situações de VPI a todas as mulheres em idade reprodutiva atendidas em serviços de saúde, conjugada à realização de encaminhamento adequado das mulheres com triagem positiva para o acesso a serviços de suporte contínuo (UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2018).

No Brasil, os serviços de saúde têm a obrigatoriedade de notificar todos os casos por meio do preenchimento da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovoçada, que é o instrumento de coleta epidemiológica das situações de violência contra as mulheres do setor saúde, padronizada pelo Ministério da Saúde. No entanto, dados provenientes das fichas do SINAN tem como limitação a dificuldade dos profissionais em registrar adequadamente, com considerável subnotificação e preenchimento incompleto dessas fichas (VIANA *et al.*, 2018). Além disso, o referido instrumento não aborda os tratamentos e os desfechos aos quais a mulher está exposta quando da necessidade de internação hospitalar, consequentes da violência.

Os profissionais de saúde devem ser capacitados por meio de um protocolo para a gestão adequada dos casos, além de sensibilizados em relação à natureza do ciclo de violência por parceiro íntimo e sua escalada de gravidade, fator de risco para o feminicídio, que justifique assim a importância na melhoria da identificação, tratamento e encaminhamentos a serviços de referência para as mulheres em situação de violência por parceiro íntimo (BAKON *et al.*, 2019; KRUG *et al.*, 2002; MCGARRY, 2017; PRAISE INVESTIGATORS, 2013).

4 MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo observacional, transversal, descritivo e com abordagem clínica, que buscou conhecer o panorama do atendimento dos casos de mulheres agredidas fisicamente pelo parceiro íntimo atendidas em um hospital público de grande porte, referência em urgência e emergência, com vistas ao perfil de exposição, cuidados de saúde hospitalares necessários, complicações e desfechos clínicos das mulheres.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital público de grande porte, referência no atendimento a pessoas vítimas de trauma no estado de Minas Gerais. Este hospital integra uma das 20 unidades da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), com atuação privativa pelo SUS (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2020a). Se configura em centro de referência e excelência no atendimento a pacientes vítimas de politraumatismos, situações clínicas ou cirúrgicas com risco de morte, além de casos que envolvam grandes queimaduras e intoxicações. Assim, abrange diversas especialidades: cirurgia geral; clínica médica; neurologia; neurocirurgia; cirurgia cardiovascular; ortopedia; cirurgia plástica; cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial; nefrologia; medicina intensiva; otorrinolaringologia; anesthesiologia; oftalmologia; pediatria (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2020b).

A unidade de pronto socorro do hospital de estudo conta com uma sala de politraumatismo, à qual, após submetidos à classificação de risco, os pacientes de maior gravidade são encaminhados, com possibilidade, quando necessário, de pronta avaliação e conduta por mais de uma especialidade médica e cuidados de enfermagem de maior complexidade, sendo os demais pacientes de menor gravidade à classificação de risco encaminhados aos ambulatórios para atenção especializada.

O local de estudo foi escolhido haja vista o reconhecimento por sua importância estratégica na prestação de serviços de saúde e assistência hospitalar, em níveis secundário e terciário de complexidade, no âmbito estadual e regional. Desse modo, integra o fluxo de atendimento à pessoa em situação de violência física grave e é também serviço de referência às

mulheres em situação de trauma em geral, perfil das pacientes do presente estudo (BELO HORIZONTE, 2015). Além disso, trata-se de hospital de ensino e pesquisa, a nível de graduação, residências médicas e multiprofissionais e de pós-graduação (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2020b).

4.3 População do estudo

No presente estudo definiu-se como caso: toda mulher a partir de 15 anos de idade em situação de violência física por um homem que se configura como ex ou atual parceiro íntimo, com base nas definições da Organização Mundial da Saúde para a temática (WHO; LSHTM; SAMRC, 2013):

- a) Faixa etária: A idade de 15 anos é definida como a faixa etária mais baixa para violência por parceiro, para mulheres que relataram estar em parceria, constituindo então o grupo “em risco”. Portanto, para mulheres jovens com idades entre 15 e 18 anos, aquelas que estiveram em parceria, incluindo namoro e relacionamentos conjugais em locais onde o casamento ocorre nessa faixa etária, podem potencialmente relatar violência por parceiro íntimo;
- b) Violência física: Definida como um tapa ou ter algo atirado contra a mulher que poderia machucá-la, ser empurrada, ser atingida com o punho ou outro objeto que pode machucar, ser chutada, arrastada ou espancada, ser sufocada ou queimada propositalmente e/ou ameaçada com uma arma, faca ou outra arma usada contra a mulher;
- c) Parceiro íntimo: A definição varia entre as configurações e inclui parcerias formais, como o casamento, bem como parcerias informais, incluindo relacionamentos de namoro e demais relacionamentos sexuais entre não casados. Em algumas situações, parcerias mais informais são mais comuns;
- d) Violência grave por parceiro íntimo: É definida com base na gravidade dos atos de violência física, como ser espancada, sufocada ou queimada propositalmente e/ou ameaçada com uma arma, que quando usada contra a mulher configura-se violência grave (WHO; LSHTM; SAMRC, 2013).

Faz-se importante referir que, em consulta e análise da literatura pesquisada, observou-se a inexistência de uma denominação única e, por isso, a utilização de diferentes termos para,

em geral, se referir ao mesmo fenômeno da violência que atinge as mulheres, praticada pelo parceiro. Tal situação provavelmente advém da própria complexidade do tema, que abrange diversas áreas do conhecimento, a se destacar em uso os termos: *violência doméstica*, *violência intrafamiliar*, *violência de gênero*, *violência contra a mulher*, *violência doméstica contra a mulher*, *violência conjugal*, *violência por parceiro íntimo*, *violência contra a mulher por parceiro íntimo*.

Justifica-se então que, no presente estudo, tais nomenclaturas informadas foram adotadas de acordo com seu emprego na literatura original tomada como base, entendendo-os como sinônimos ou convergentes de significado, igualmente adequados para a abordagem da problemática, cada um em seu contexto de apresentação. Para a discussão dos resultados da presente pesquisa, priorizou-se o uso do termo *violência contra as mulheres por parceiro íntimo* ou *violência por parceiro íntimo* (VPI) por considerar mais específico e caracterizar o problema de pesquisa em questão, conforme também utilizado em publicações da OMS desde 2002, referenciais a essa pesquisa.

Assim, compuseram a população da pesquisa todos os casos de mulheres com idade igual ou maior a 15 anos que receberam atendimento hospitalar devido a agressão física advinda da violência por parceiro íntimo, no período de 2016 a 2019. O período foi estabelecido por representar o marco de 10 anos da Lei Maria da Penha, que trata da questão de estudo, contemplando até o momento de submissão do projeto aos trâmites para execução, portanto o ano de 2019, a fim de observar tendência temporal dos casos.

Como critérios de inclusão teve-se: prontuários de mulheres de 15 anos de idade ou mais que necessitaram de atendimento hospitalar devido a agressão física em decorrência de violência por parceiro íntimo, no período de 2016 a 2019.

Como critérios de exclusão teve-se: mulheres vítimas exclusivamente de violência do tipo sexual, visto que se trata de um protocolo de atendimento específico, com outras instituições de referência para o atendimento.

Faz parte do protocolo de atendimento da instituição hospitalar que o paciente e seus familiares sejam acolhidos e atendidos pelos serviços de psicologia e assistência social do hospital, assistência essa que muitas vezes torna possível o conhecimento detalhado dos casos de violência, haja vista a natureza da violência em estudo, sabidamente com perfil de ocultação por parte das mulheres acometidas. Assim, faz parte das atribuições desses serviços a notificação dos casos por meio da ficha do SINAN.

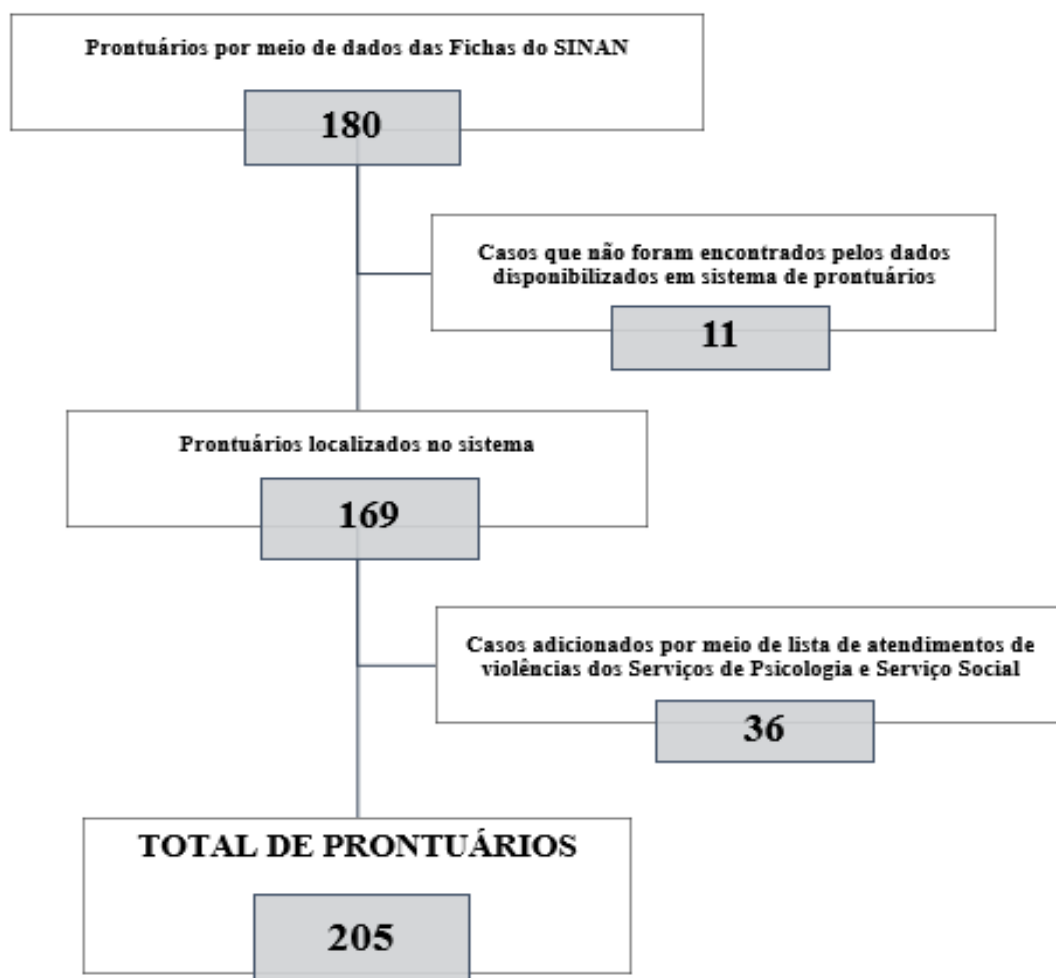
Dessa forma, para identificação dos casos que compuseram o estudo, foi realizado levantamento junto à Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) das notificações

junto ao SINAN, sendo fornecidos por esse serviço lista de casos com os seguintes dados: data de nascimento, iniciais do nome e data da notificação da violência. Além das notificações do SINAN, foi realizada também consulta complementar em listagem de atendimentos realizados pela equipe do serviço de psicologia e serviço social do hospital às mulheres agredidas, para garantir o acesso aos casos atendidos no período estudado.

A partir da consulta a todos os prontuários contidos na lista geral de mulheres vítimas de agressão, a pesquisadora selecionou especificamente os casos classificados como violência por parceiro íntimo, e realizou a análise dos casos por meio das evoluções em prontuário eletrônico, para confirmação dos critérios de inclusão. Assim, dentre os 180 casos notificados e disponibilizados pelo SINAN, em 11 casos os dados disponibilizados não foram compatíveis com nenhum prontuário no sistema do hospital, o que se atribui, provavelmente, a erros ou incompletude em preenchimento das fichas de notificação, nos dados que se teve acesso (data de nascimento, iniciais do nome e data da notificação da violência), causando assim incompatibilidade aos dados do prontuário contidos no sistema, casos esses em que, portanto, não foi possível localizar as mulheres atendidas, sendo tratados como perdas no presente estudo.

Adicionalmente aos casos via SINAN, foram localizados outros 36 casos na lista dos serviços de psicologia e assistência social da instituição, não contemplados nas notificações formais obtidas, que aponta para a situação de subnotificação de casos e as dificuldades em se obter dados de notificação em sua completude nos trâmites na área da saúde. Assim, obteve-se o total de 205 prontuários de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo para estudo (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma de determinação da população do estudo. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019.



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, no período de novembro de 2020 a fevereiro de 2021, e ocorreu em duas etapas: a primeira por meio de consulta ao sistema informatizado utilizado pelo hospital; posteriormente, a partir da lista de casos definida, foi realizada a coleta dos dados em prontuários completos, que na instituição em questão apresenta parte disponível em sistema informatizado e demais registros em prontuário manual de papel impresso, que foram disponibilizados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do hospital, com o registro dos dados no instrumento de coleta de dados elaborado para este estudo.

4.5 Instrumento de coleta e teste piloto

Foi elaborado um instrumento de coleta contemplando as variáveis do estudo (APÊNDICE 1). Realizou-se teste piloto do instrumento com cinco prontuários que compunham a população do estudo, de forma a contemplar os quatro anos de ocorrência (2016 - 2019), com escolha ao acaso dentre a lista de registros hospitalares a cada ano. A seleção considerou a necessidade de abranger prontuários dos anos do período de estudo, uma vez que houve modificações no sistema e formato dos registros em prontuário, com diferentes configurações de evoluções médicas e multiprofissionais ao longo desse período e alterações de prontuários manuais e informatizados na instituição, que justificou a aplicação do teste piloto na própria instituição de estudo e na população alvo. Após análises das informações obtidas, em consonância com os objetivos do estudo, procedeu-se às adequações do instrumento, optando-se por não desprezar os casos para evitar perda na totalidade e características das ocorrências, com prejuízo ao estudo.

4.6 Variáveis do estudo

Foram selecionadas para compor o estudo variáveis para caracterização do fenômeno da violência contra a mulher por parceiro íntimo nos seguintes aspectos: caráter sociodemográfico; referentes ao episódio de violência; ao atendimento inicial; à internação hospitalar e ao desfecho clínico. A definição das variáveis deu-se com base nos dados que compõem a ficha do SINAN de notificação de casos de violência interpessoal/autoprovoçada, com acréscimo de variáveis que se mostraram fundamentais para aprofundamento da análise, conforme revisão de literatura na realização deste estudo, para levantamento do estado da arte da situação problema, com base em direcionamentos de investigações propostas em publicações da OMS, Ministério da Saúde e demais artigos que compõem as referências desse estudo (BARUFALDI *et al.*, 2017; DAVIDOV *et al.*, 2017; GARCIA *et al.*, 2016; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012; WHO; LSHTM; SAMRC, 2013).

As variáveis com as unidades e categorias utilizadas no estudo estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Relação das variáveis e categorias utilizadas no estudo. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2019.

(Continua)

Variáveis	Tipo	Unidades/Categorias
Dados Sociodemográficos		
Idade (em anos)	Contínua - Ordinal e Categórica - Ordinal	Faixas etárias: 15-17 / 18-29 / 30-39 / 40-49 / 50-59 / ≥ 60
Raça/Cor	Categórica - Nominal	Branca; Parda; Preta; Indígena; Amarela; Não informado
Escolaridade	Categórica - Ordinal	Analfabeta; 5º ano incompleto do Ensino Fundamental; 5º ano completo do EF; 6º ao 9º ano incompleto do EF; Ensino Fundamental completo; Ensino médio incompleto; Ensino médio completo; Educação superior incompleta; Educação superior completa; Pós-graduação lato sensu e stricto sensu; Não informado
Situação Conjugal	Categórica - Nominal	Solteira; Viúva; Separada/divorciada; Casada/união estável; Não informado
Tempo de relacionamento	Contínua - Ordinal	Tempo em meses ou anos
Mulher possui filho(s)	Categórica - Nominal	Sim; Não; Sem relato no prontuário
Quantidade de filhos	Contínua - Ordinal	Número de filhos
Filho(s) do agressor	Categórica - Nominal	Sim; Não; Sem relato no prontuário
Filho(s) moram com a mãe	Categórica - Nominal	Sim; Não; Sem relato no prontuário
Ocupação	Nominal	Nomes das profissões existentes
Vínculo empregatício	Categórica - Nominal	Trabalho formal; Trabalho informal; Não trabalha; Não informado
Doenças prévias	Categórica - Nominal	Hipertensão arterial sistêmica; Diabetes Mellitus; Dislipidemias; Doenças pulmonares; Doenças cardiovasculares; Doenças renais; Doenças gastrointestinais; Doenças autoimunes;

Quadro 1 - Relação das variáveis e categorias utilizadas no estudo. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2019.

(Continuação)

Variáveis	Tipo	Unidades/Categorias
		Depressão/Doenças psiquiátricas; Obesidade; Câncer; Outras.
Variáveis associadas ao Episódio de Violência		
Hábitos de vida	Categórica - Nominal	Etilismo; Tabagismo; Uso de drogas ilícitas
Medicamentos	Nominal Categórica - Nominal	Nome do(s) medicamento(s) utilizados; Antidepressivo; Benzodiazepínico; Anti-hipertensivo; Antipsicótico; Anticonvulsivante; Diurético; Hipoglicemiante
Acompanhamento psicológico prévio	Categórica - Nominal	Sim; Não; Sem relato no prontuário
Data	Contínua - Ordinal	Dia, mês e ano da ocorrência
Dia da semana	Categórica - Nominal	Segunda-feira; Terça-feira; Quarta-feira; Quinta-feira; Sexta-feira; Sábado; Domingo
Horário	Contínua - Ordinal	Horas e minutos
Data da entrada no hospital	Contínua - Ordinal	Dia, mês e ano da entrada ao hospital
Horário	Contínua - Ordinal	Horas e minutos
Primeiro atendimento no hospital	Categórica - Nominal	Sim; Não
Transferida de outro serviço	Categórica - Nominal Nominal	Sim; Não; Nome do serviço
Local de ocorrência	Categórica - Nominal	Residência; Local público; Local de trabalho; Via pública
Região de ocorrência da cidade*	Categórica - Nominal	Região Centro-sul; Região Leste; Região Nordeste; Região Noroeste; Região Norte; Região Oeste; Região Barreiro; Região Pampulha; Região Venda Nova

Quadro 1 - Relação das variáveis e categorias utilizadas no estudo. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2019.

(Continuação)

Variáveis	Tipo	Unidades/Categorias
Variáveis associadas ao Episódio de Violência		
Encaminhada por	Categórica - Nominal	SAMU 192; Bombeiros; Ambulância com profissional; Polícia; Parceiro/agressor; Familiares/amigos; Por conta própria
Vínculo com o agressor	Categórica - Nominal	Namorado; Ex-namorado; Noivo; Ex-noivo; Cônjuge; Ex-cônjuge; Amasiado; Ex-parceiro
Agressões prévias	Categórica - Nominal	Sim; Não; Sem relato no prontuário
Ingestão de bebida alcoólica pelo parceiro	Categórica - Nominal	Sim; Não; Sem relato no prontuário
Uso de drogas pelo parceiro	Categórica - Nominal	Sim; Não; Sem relato no prontuário
Forma de agressão	Categórica - Nominal	Enforcar/sufocação/estrangular; Arma de fogo; Arma branca; Força corporal; Demais objetos contundentes/perfurantes; Empurrar de altura; Provocar queimadura corporal; Outros
Trauma resultante da agressão	Categórica - Nominal	Traumatismo cranioencefálico; Trauma de face; Trauma torácico; Trauma de coluna (cervical, torácica e/ou lombar); Trauma abdominal; Trauma de quadril; Trauma de MMSS; Trauma de MMII; Queimadura
Tipo de lesão	Categórica - Nominal	Escoriações; Ferimento cortocontuso; Ferimento perfurocortante; Contusão; Fratura óssea; Fratura exposta; Ferimento fechado; SCQ; Classificação da queimadura - Queimada de pequena gravidade;

Quadro 1 - Relação das variáveis e categorias utilizadas no estudo. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2019.

(Continuação)

Variáveis	Tipo	Unidades/Categorias
		Queimada de média gravidade; Queimada de grande gravidade; TCE leve, moderado, grave; Outras lesões
Variáveis Associadas ao Atendimento Hospitalar		
Situação à admissão	Contínua - Ordinal	ECG; Frequência respiratória; Pressão arterial;
Nível de prioridade clínica na Classificação de Risco	Categórica - Nominal	Vermelho; Laranja; Amarelo; Verde; Azul; Não informado
Setor de encaminhamento após a Classificação de Risco	Nominal	Nome do setor ao qual a mulher foi encaminhada
Especialidade do primeiro atendimento médico	Categórica - Nominal	Ortopedia; Bucomaxilo; Cirurgia Geral e do Trauma; Clínica Médica; Neurologia; Cirurgia Cardiovascular; Cirurgia Plástica; Outro
Demais especialidades médicas	Nominal	Nome da(s) especialidade(s) que prestaram atendimento à mulher após o primeiro atendimento.
Descrição do mnemônico ABCDE** no primeiro atendimento	Categórica - Nominal	Sim, de forma completa; Não foram contemplados todos os pontos; Não
Acionamento do código ‘Onda vermelha’	Categórica - Nominal	Sim; Não
Ocorrência de Parada cardiorrespiratória	Categórica - Nominal	Sim; Não
Momento da primeira descrição em prontuário de violência por parceiro íntimo	Categórica - Nominal Contínua - Ordinal	À admissão; Outro; Data; Horário

Quadro 1 - Relação das variáveis e categorias utilizadas no estudo. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2019.

(Continuação)

Variáveis	Tipo	Unidades/Categorias
Variáveis Associadas à Internação Hospitalar		
Profissional que primeiro registrou a violência por parceiro íntimo	Categórica - Nominal	Enfermeiro; Médico; Psicólogo; Assistente Social; Outro
Desfecho da paciente no Pronto Socorro	Categórica - Nominal	Internação; Alta para o domicílio; Alta com encaminhamento ambulatorial; Transferência; Evasão; Óbito
Tempo de permanência no Pronto Socorro	Contínua - Ordinal	Tempo calculado entre a data e hora de entrada e saída do Pronto Socorro
Dispositivos Invasivos CVC; PAI; CNG/COG; CNE/COE; CVD; CVA; CVP; DVE; DVP; Drenos; Outros	Categórica - Nominal	Sim; Não
Procedimentos Oxigenoterapia; Ventilação Mecânica (Tubo orotraqueal ou Traqueostomia); Sutura; Imobilização por tala; Hemotransfusão; Transporte a outro serviço; Outros	Categórica - Nominal	Sim; Não
Exames RX; US; TC; ECO; ECG; EEG; RM; Laboratoriais; Beta-HCG; Outros	Categórica - Nominal	Sim; Não
Medicamentos	Nominal Categórica - Nominal	Nome do(s) medicamento(s) utilizados; Analgésico / antitérmico; Anestésico; Antiemético; Anti-inflamatório; Antibiótico profilático; Sedação;

Quadro 1 - Relação das variáveis e categorias utilizadas no estudo. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2019.

(Conclusão)

Variáveis	Tipo	Unidades/Categorias
Variáveis Associadas à Internação Hospitalar		
		Morfina; Anticoagulante; Outro analgésico opiáceo; Bloqueador neuromuscular; Reposição volêmica (soro fisiológico / ringer lactato); Corticosteróide; Benzodiazepínico; Antibiótico terapêutico; Amina vasoativa (noradrenalina); Antipsicótico; Anticonvulsivante; Antidepressivo
Intervenções cirúrgicas / Quantidade	Nominal Contínua - Ordinal	Nome do(s) procedimento(s) cirúrgicos Quantidade de cirurgias realizadas
Complicações	Nominal	Hemorragia; Pneumotórax; Hemotórax; Trombose venosa profunda; Tromboembolia pulmonar; Sepsis; Choque; Infecções; Lesões por pressão; Outras
Movimentação	Contínua - Ordinal	Setor; Data; Horário
Desfecho Clínico		
Tempo de internação hospitalar	Contínua - Ordinal	Dias, contemplando período desde a data da admissão até a data de saída da paciente do hospital
Desfecho da internação	Categórica - Nominal	Alta para o domicílio; Alta com encaminhamento ambulatorial; Transferência hospitalar; Evasão; Óbito
Sequelas/limitações descritas	Nominal	O que foi descrito em prontuário de sequelas ou limitações à alta hospitalar.

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Nota: SAMU 192: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; MMSS: Membros Superiores; MMII: Membros Inferiores; SCQ: Superfície Corporal Queimada; TCE: Traumatismo Cranioencefálico; ECGI: Escala de Coma de Glasgow; PAI: Pressão Arterial Invasiva; PIC: Pressão Intracraniana; PVC: Pressão Venosa Central; PIV/PIA: Pressão Intravesical; CVC: Cateter Venoso Central; PAI: Pressão Arterial Invasiva; CNG/COG: Cateter Nasogástrico ou Orogastrico; CNE/COE: Cateter Nasoentérico ou Oroentérico; CVD: Cateter Vesical de Demora;

CVA: Cateter Vesical de Alívio; CVP: Cateter Venoso Periférico; DVE: Derivação Ventricular Externa; DVP: Derivação Ventricular Peritoneal; RX: Radiografia; US: Ultrassonografia; TC: Tomografia; ECO: Ecocardiograma; ECG: Eletrocardiograma; EEG: Eletroencefalograma; RM: Ressonância Magnética;

*As regiões foram definidas com base no endereço da paciente constante em prontuário, de acordo com lista, utilizada para consulta durante a coleta de dados “Relação de bairros, regional e territórios de gestão compartilhada” disponível pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte-MG em sítio eletrônico (BELO HORIZONTE, 2019).

A categorização das idades partiu da faixa etária de 15 anos de idade, conforme recomendação em manual da OMS (WHO; LSHTM; SAMRC, 2013) e optou-se nesse estudo por manter em separado a categoria de menores de 18 anos (15 a 17 anos) devido a carência de estudos de caráter de assistência hospitalar a essa população, acerca da temática em questão, para melhor apresentação e discussão dos dados.

A classificação do TCE é definida por meio da Escala de Coma de Glasgow (ECGI), escala mundialmente aceita, que constitui um método fácil para avaliar a gravidade do TCE e o nível de deterioração e evolução do quadro neurológico do paciente. À medida que sua aplicação é repetida, permite a obtenção de um parâmetro mensurável, que uniformiza o atendimento e possibilita a comunicação dos profissionais de maneira simples e rápida, com base na pontuação obtida da ECGI pelo paciente a cada avaliação, o que possibilita a classificação do TCE como leve (13 a 15 pontos), moderado (9 a 12 pontos) ou grave (3 a 8 pontos), além de repercutir na indicação dos cuidados assistenciais requeridos pelo paciente com TCE (BRASIL, 2015b).

As queimaduras são definidas como lesões dos tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica, resultante da exposição ou contato com chamas, líquidos ou superfícies quentes, eletricidade, frio, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2008). A classificação das pacientes com queimaduras foi realizada conforme a *Diretriz da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica* sobre queimaduras, que apresenta as definições conceituais, de acordo com a localização corporal, extensão, profundidade e, então, a complexidade das lesões, classificadas assim como: Queimada de pequena gravidade (ou pequena queimada); Queimada de média gravidade (ou média queimada); Queimada de grande gravidade (ou grande queimada) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2008).

O nível de prioridade clínica foi definido segundo o *Sistema Manchester de Classificação de Risco*, método baseado em evidência, com regularidade e conformidade de padrões internacionais de boas práticas, reconhecimento internacional, confiabilidade e eficácia, que apresenta bons resultados em relação à validade, sensibilidade, especificidade e

reprodutibilidade nos serviços de urgência, para tomada de decisão na classificação de risco, assim como na gestão do serviço de urgência (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2017).

Por meio desse sistema, o profissional classifica a queixa que levou a usuária ao serviço a partir dos fluxogramas que compõem o protocolo, cada um com discriminadores que direcionam a definição da prioridade clínica, e assim, a cor e tempo de resposta máximo para o primeiro atendimento médico, em minutos, sendo: 1- Emergência/Vermelho/0 minutos; 2- Muito Urgente/Laranja/10 minutos; 3- Urgente/Amarelo/60 minutos; 4- Pouco Urgente/Verde/120 minutos; 5- Não Urgente/Azul/240 minutos (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2017).

O ABCDE** é um mnemônico reportado pelo *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), elaborado pelo Colégio Americano de Cirurgiões, no sentido de padronizar e direcionar o atendimento inicial ao politraumatizado, com vista à definição de prioridades na abordagem e redução de mortalidade. O mnemônico foi idealizado com foco nas lesões de maior potencial de mortalidade ao indivíduo, com o seguinte significado ABCDE: A (*airways*) - vias aéreas e controle da coluna cervical; B (*breathing*) - respiração e ventilação; C (*circulation*) - circulação com controle da hemorragia; D (*disability*) - estado neurológico; E (*exposure*) - exposição com controle da temperatura corporal (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2018).

O protocolo de Onda Vermelha consiste em um conjunto de ações táticas médicas e administrativas que visam a abordagem cirúrgica de pacientes cuja condição clínica implique em morte iminente e que, portanto, o procedimento cirúrgico seja capaz de interromper quadros hemorrágicos graves de maneira rápida, eficiente e segura, no ambiente do bloco cirúrgico, em local previa e adequadamente preparado e capacitado para a intervenção, ao invés de abordagem em sala de atendimento ao politraumatizado, conforme ocorria anterior à vigência do protocolo (COSTA-VAL; MIGUEL; SIMÃO FILHO, 2005).

Em centros de referência em trauma não são raras admissões de pacientes gravemente enfermos, com lesões arteriais, incluindo o acometimento de grandes vasos torácicos e abdominais, sendo os traumas vasculares associados à morte devido à exsanguinação, apesar dos avanços em todo sistema de atendimento ao paciente vítima de trauma tanto no pré-hospitalar como na fase de suporte avançado à vida, dessa forma, a única esperança para o paciente em exsanguinação é o controle cirúrgico da hemorragia. Procedimentos cirúrgicos maiores que visam a interrupção imediata da hemorragia, fazem parte de um conjunto de ações indicadas para os casos de pacientes admitidos em condição de morte eminente - “in extremis” - ou que apresentaram quadro de parada cardiorrespiratória poucos minutos antes da admissão

hospitalar, que receberam atendimento capaz de proporcionar circulação corpórea no período (COSTA-VAL; MIGUEL; SIMÃO FILHO, 2005).

Dessa forma, por esse protocolo, à admissão do paciente traumatizado ocorre a abordagem inicial pela equipe de Trauma, conforme princípios do ATLS® e, quando necessário, aciona-se a “Onda Vermelha”, alerta sonoro perceptível no setor de emergência, centro cirúrgico e banco de sangue, além de demais setores adjacentes, que irá desencadear conjunto de ações como a liberação de corredor para transporte rápido do paciente da sala de emergência ao bloco cirúrgico; acionamento de profissionais, materiais e sala cirúrgica, previamente mantida bloqueada exclusivamente para execução de tal protocolo; disponibilização pelo banco de sangue de hemocomponentes para imediata transfusão sanguínea ao paciente; abordagem cirúrgica do paciente pela equipe de cirurgiões do trauma e vasculares, com tratamento imediato das lesões mais graves, controle da hemorragia e/ou controle do dano (COSTA-VAL; MIGUEL; SIMÃO FILHO, 2005).

Desde o primeiro caso protocolado de Onda Vermelha na referida instituição, em novembro de 2004, o protocolo cria, portanto, condições para que os recursos humanos disponíveis no hospital possam atender de maneira mais eficiente e com menos riscos de acidentes, com garantia dos insumos necessários no bloco cirúrgico e como a oferta imediata de hemocomponentes, pela reserva estratégica destes produtos para essa finalidade desde então (COSTA-VAL; MIGUEL; SIMÃO FILHO, 2005).

4.7 Análise dos dados

Os dados obtidos para estudo foram lançados por meio de dupla digitação em banco de informações no programa *EpiData 3.1*, e posteriormente organizado para segunda conferência em planilha em *Microsoft Excel®*. Para as devidas análises, foi utilizado o programa estatístico *Statistical Software for Professional®* (Stata), versão 14.0.

Procedeu-se a análise descritiva dos dados sendo calculadas medidas de tendência central (mediana) e medidas de dispersão (mínimo, máximo, desvio padrão e intervalo interquartil - IQ). Foi aplicado teste de normalidade *Shapiro-Wilk* para avaliar a distribuição dos dados. Optou-se por organizar a apresentação dos dados em dois momentos: dados sociodemográficos, dados relativos ao evento da violência e dados referentes ao atendimento no Pronto Socorro de todas as mulheres atendidas; e, posteriormente, os dados relativos à internação hospitalar, referente às mulheres que necessitaram dessa assistência. Os dados foram apresentados por meio de tabelas, gráficos, quadro e figuras.

4.8 Considerações éticas

Este estudo fundamentou-se na Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), a qual estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa prezou pelos princípios bioéticos de não maleficência, beneficência, justiça, equidade e autonomia contidas na resolução, com vista a assegurar os direitos e deveres aos participantes da pesquisa, à comunidade e ao Estado.

Dessa forma, em respeito às mulheres em situação de violência em sua dignidade e reconhecendo sua vulnerabilidade, foram ponderados os riscos e benefícios, com compromisso ao máximo de benefícios e mínimo de danos e riscos. Assim, ressalta-se a relevância social da pesquisa, com foco em sua destinação sócio humanitária, com potencial em trazer benefícios ao grupo foco do estudo e até mesmo à própria mulher que esteve em situação de violência, haja visto o ciclo de violência conhecido, e a possibilidade de incrementos em programas de saúde e políticas voltadas às mulheres.

Com vista à minimização de riscos, utilizou-se método de investigação com coleta de dados por meio de prontuário, por entender que, caso fosse optado pelo contato direto com as mulheres em situação de violência, com abordagens por meio de entrevista, por exemplo, na situação aguda do trauma e em ambiente hospitalar, como se refere a pesquisa, poderia gerar danos à paciente ao reviver o episódio de violência, dano que foi prevenido assim por meio da coleta de dados secundários via prontuários. Além disso, pacientes que apresentassem quadro clínico grave, ferimentos importantes ou algum déficit cognitivo tornar-se-iam incapazes de participar do estudo, comprometendo seu resultado.

Também foram seguidos procedimentos para assegurar a confidencialidade das informações coletadas, proteção da imagem e a não estigmatização das mulheres foco da pesquisa, sendo utilizados somente o número de registro do prontuário e número de internação em formulário de coleta dos dados, não constando em nenhum momento nome ou identificação direta da paciente em estudo.

A pesquisa passou pela apreciação e análise da Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COEP) da UFMG e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição cenário, com CAAE: 34735820.7.0000.5149 (ANEXO 1).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da população de mulheres

5.1.1 Caracterização sociodemográfica

As 205 mulheres em situação de violência por parceiro íntimo que compõem esse estudo apresentaram idade que variou de 15 a 82 anos, com maior frequência de mulheres jovens. A mediana foi de 32 anos (IQ: 27-40), 149 (72,68%) possuíam menos de 40 anos e 09 (4,39%) eram menores de 18 anos (Tabela 1).

A maioria das mulheres eram pardas (71,71%), e houve considerável perda de informações quanto a escolaridade (66,83%), tipo de vínculo empregatício (25,85%) e ocupação (58,54%), mas, dentre os prontuários que continham tais informações, 17,56% das mulheres apresentavam ensino médio incompleto ou completo; 53,66% possuíam como vínculo empregatício um trabalho informal (29,76%) ou não trabalhavam (23,90%). Evidenciou-se ainda a especificidade de 21 mulheres (10,24%) que se encontravam em situação de rua (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 205)

Variável	(Continua)	
	N	%
Idade (anos)		
15 - 17	9	4,39
18 - 29	74	36,10
30 - 39	66	32,20
40 - 49	45	21,95
50 ou mais	11	5,36
Raça/cor		
Parda	147	71,71
Branca	31	15,12
Preta	27	13,17

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 205)

Variável	(Conclusão)	
	N	%
Escolaridade		
Analfabeta	1	0,49
Ensino Fundamental incompleto e completo	25	12,19
Ensino Médio incompleto e completo	36	17,56
Ensino Superior incompleto e completo	6	2,93
Não informado	137	66,83
Vínculo empregatício		
Trabalho informal	61	29,76
Não trabalha	49	23,90
Trabalho formal	42	20,49
Não informado	53	25,85
Ocupação		
Do lar	27	13,17
Atendente em estabelecimento comercial / auxiliar administrativa	21	10,24
Empregada doméstica / faxineira	12	5,85
Cabeleireira / manicure	7	3,41
Estudante menor de 18 anos	4	1,95
Técnica em enfermagem / cuidadora de idosos	3	1,46
Trabalhadora Rural	3	1,46
Estudante Universitária	2	0,98
Profissional de transporte	2	0,98
Outros*	4	1,95
Não informado	120	58,54

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Nota: *Outros (categorias com apenas 01 caso cada): Assistente social; catadora de recicláveis; vendedora de balas na rua; aposentada.

5.1.2 Condições de saúde

Com relação às condições de saúde prévias, 44,39% das mulheres apresentavam alguma comorbidade e 33,66% faziam uso de algum medicamento para controle de doenças, com destaque dentre estas para as doenças psiquiátricas (56,04%) e o uso atual ou prévio de antidepressivo (52,17%) e benzodiazepínico (44,93%). Dentre as 205 mulheres agredidas, 27,80% já fizeram algum acompanhamento psicológico na vida, 21,46% se declararam usuárias de drogas ilícitas, 19,51% etilistas e 17,56% tabagistas (Tabela 2).

Tabela 2 - Condições clínicas das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019
(n = 205)

Variável	N	%
Hábitos de vida		
Usuária de drogas ilícitas	44	21,46
Etilista	40	19,51
Tabagista	36	17,56
Comorbidades	91	44,39
Doenças psiquiátricas	51	56,04
Hipertensão arterial	25	27,47
Obesidade	12	13,19
Doenças neurológicas	11	12,09
Doenças respiratórias	9	9,89
Diabetes	5	5,49
Doenças gastrointestinais	5	5,49
Outras doenças	17	18,68
Medicamentos em uso prévio	69	33,66
Antidepressivo	36	52,17
Benzodiazepínico	31	44,93
Anti-hipertensivo	18	26,09
Antipsicótico	17	24,64
Anticonvulsivante	10	14,49
Diurético	9	13,04
Hipoglicemiante	5	7,25
Outros	15	21,74
Acompanhamento psicológico prévio		
Sim	57	27,80
Não	140	68,29
Não informado	8	3,90

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

5.1.3 Situação de parceria íntima e vínculo familiar

Quanto ao relacionamento afetivo, 54,63% das mulheres eram casadas ou se encontravam em uma união estável, 55,12% com mais de 01 ano de relacionamento com o parceiro (mínimo de 02 meses de namoro; mediana de 05 anos de relacionamento e máximo de 24 anos de casamento), dentre as que informaram o tempo de relacionamento com o agressor. A maioria das mulheres (63,90%) tinham filho(s) (com mínimo de 01 filho, mediana de 02 e máximo de 09 filhos), dentre as quais, 60,31% também são filhos do agressor e 71,76% moram junto à mãe agredida no mesmo domicílio (Tabela 3).

Tabela 3 - Situação de parceria íntima e do vínculo familiar das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 205)

Variável (n)	N	%
Situação conjugal		
Casada / união estável	112	54,63
Solteira	84	40,98
Separada / divorciada	6	2,93
Viúva	3	1,46
Tempo de relacionamento com o agressor		
Menor que 1 ano	17	8,29
1 a 5 anos	37	18,05
6 a 10 anos	25	12,20
Maior que 10 anos	27	13,17
Em anos, mas não definidos	24	11,71
Não informado	75	36,59
Possui filho(s)		
Sim	131	63,90
Não	40	19,51
Não informado	34	16,59
Filho(s) também do agressor (131)		
Sim	79	60,31
Não	44	33,59
Não informado	8	6,11
Filho(s) mora(m) com a mãe agredida (131)		
Sim	94	71,76
Não	32	24,43
Não informado	5	3,82

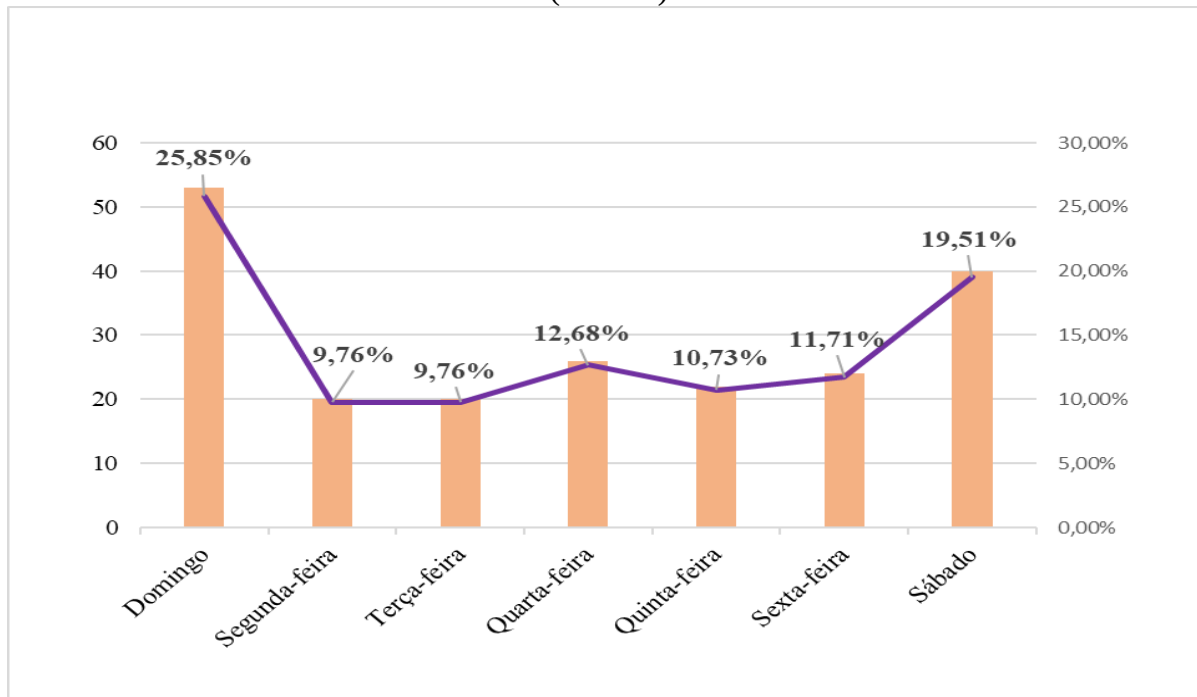
Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

5.2 Caracterização do evento da violência por parceiro íntimo

5.2.1 Caracterização da agressão

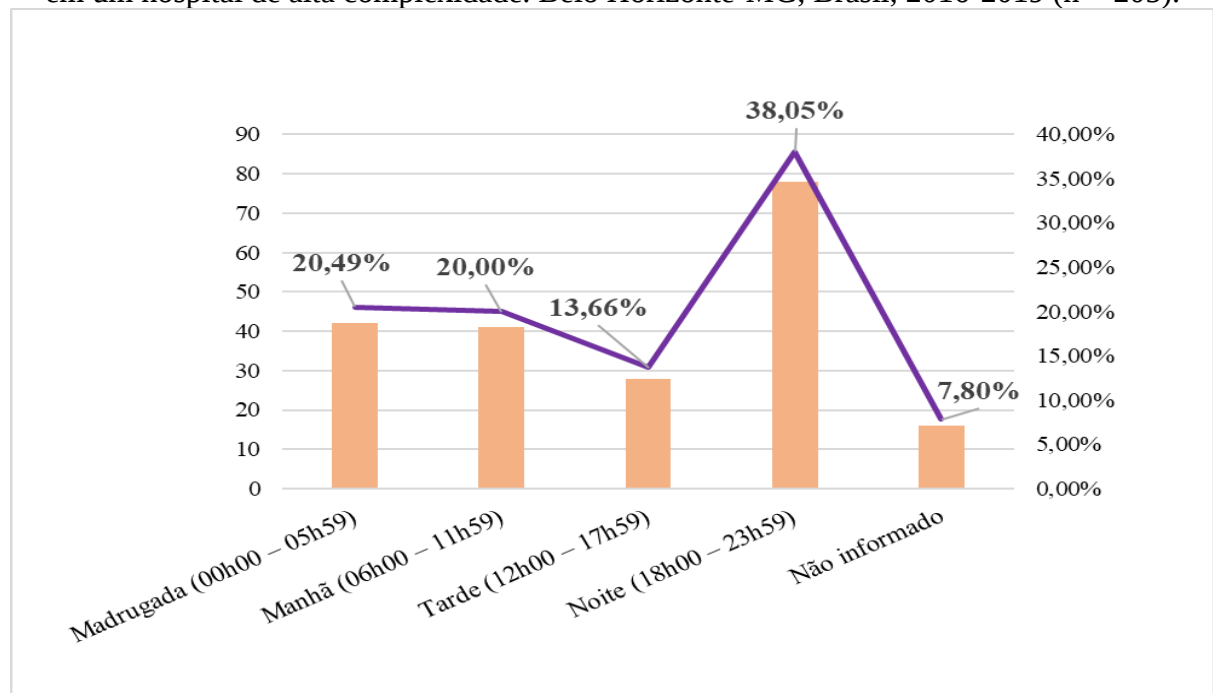
O episódio de violência ocorreu com maior frequência aos finais de semana (45,36%) (Gráfico 1) e no horário noturno (38,05%), compreendido nesse estudo entre 18h00 e 23h59 horas (Gráfico 2).

Gráfico 1 - Dia da semana de ocorrência da violência por parceiro íntimo contra mulheres atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 205).



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

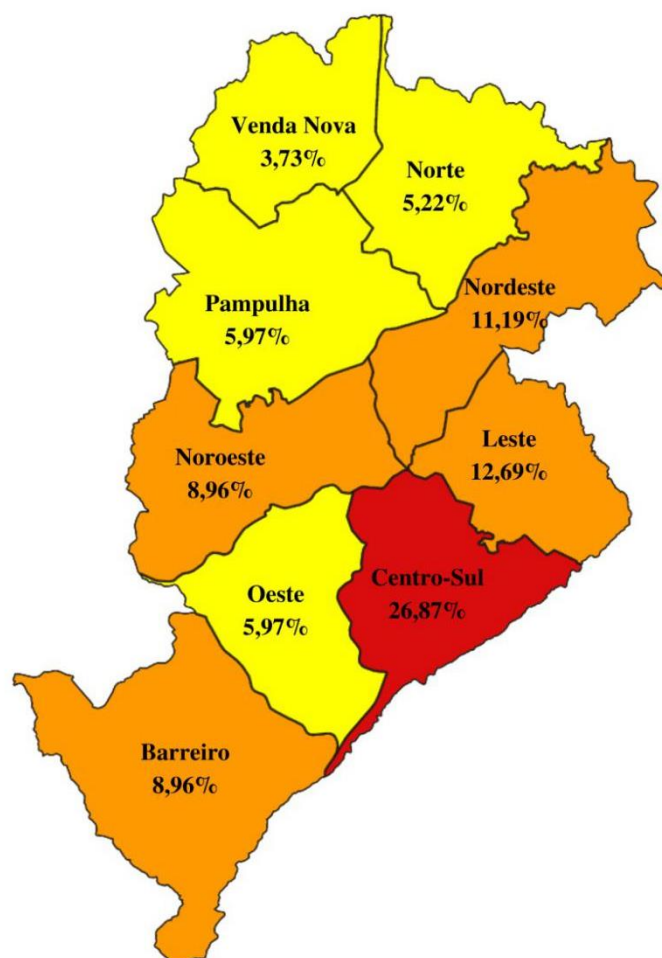
Gráfico 2 - Horário de ocorrência da violência por parceiro íntimo contra mulheres atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 205).



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Em sua maioria, a violência ocorreu na cidade de Belo Horizonte (134 - 65,37%), seguido por municípios da região metropolitana (43 - 20,97%) e outras cidades (28 - 13,66%). Dentre os casos ocorridos no município de Belo Horizonte especificamente das mulheres atendidas na instituição do estudo, observou-se a região centro-sul (26,87%) como localização principal das ocorrências de agressões (Figura 3).

Figura 3 – Distribuição das ocorrências de violência por parceiro íntimo às mulheres atendidas em um hospital de alta complexidade segundo região do município de Belo Horizonte. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 134).



Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

A maioria das agressões ocorreu na residência da mulher (68,78%) e a violência foi perpetrada em sua maioria por um parceiro atual (75,61%), 51,22% por um cônjuge ou amasiado e 24,39% por um namorado, sendo relatado por 48,29% das mulheres que não se tratava do primeiro episódio de agressão física pelo parceiro. Neste episódio atual de violência que motivou o atendimento hospitalar, 46,34% das mulheres foram agredidas por meio de força

corporal direta, ou espancamento, em 54,63% dos casos o agressor fez uso de algum instrumento para proferir a agressão e 19 mulheres (9,27%) foram queimadas por seus parceiros. Ressalta-se que 25,37% das mulheres foram submetidas a mais de uma forma de agressão física, de forma concomitante (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização do evento da violência por parceiro íntimo contra mulheres atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019
(n = 205)

Variável	N	%
Local de ocorrência		
Residência	141	68,78
Via pública	45	21,95
Local público	15	7,32
Outro	3	1,46
Não informado	1	0,49
Vínculo com Agressor		
Cônjuge / amasiado	105	51,22
Namorado	50	24,39
Ex-cônjuge / ex-parceiro	35	17,07
Ex-namorado	15	7,32
Agressões físicas prévias pelo parceiro		
Sim	99	48,29
Não	18	8,78
Não informado	88	42,93
Forma de agressão física		
Força corporal direta	95	46,34
Arma branca	50	24,39
Demais objetos contundentes / perfurantes	44	21,46
Provocar queimadura corporal	19	9,27
Arma de fogo	18	8,78
Enforcar / estrangular / sufocar	16	7,80
Empurrar de altura	13	6,34
Outro	9	4,39
Forma única ou múltiplas de agressão física		
Forma única de agressão	153	74,63
Mais de uma forma de agressão concomitante	52	25,37

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

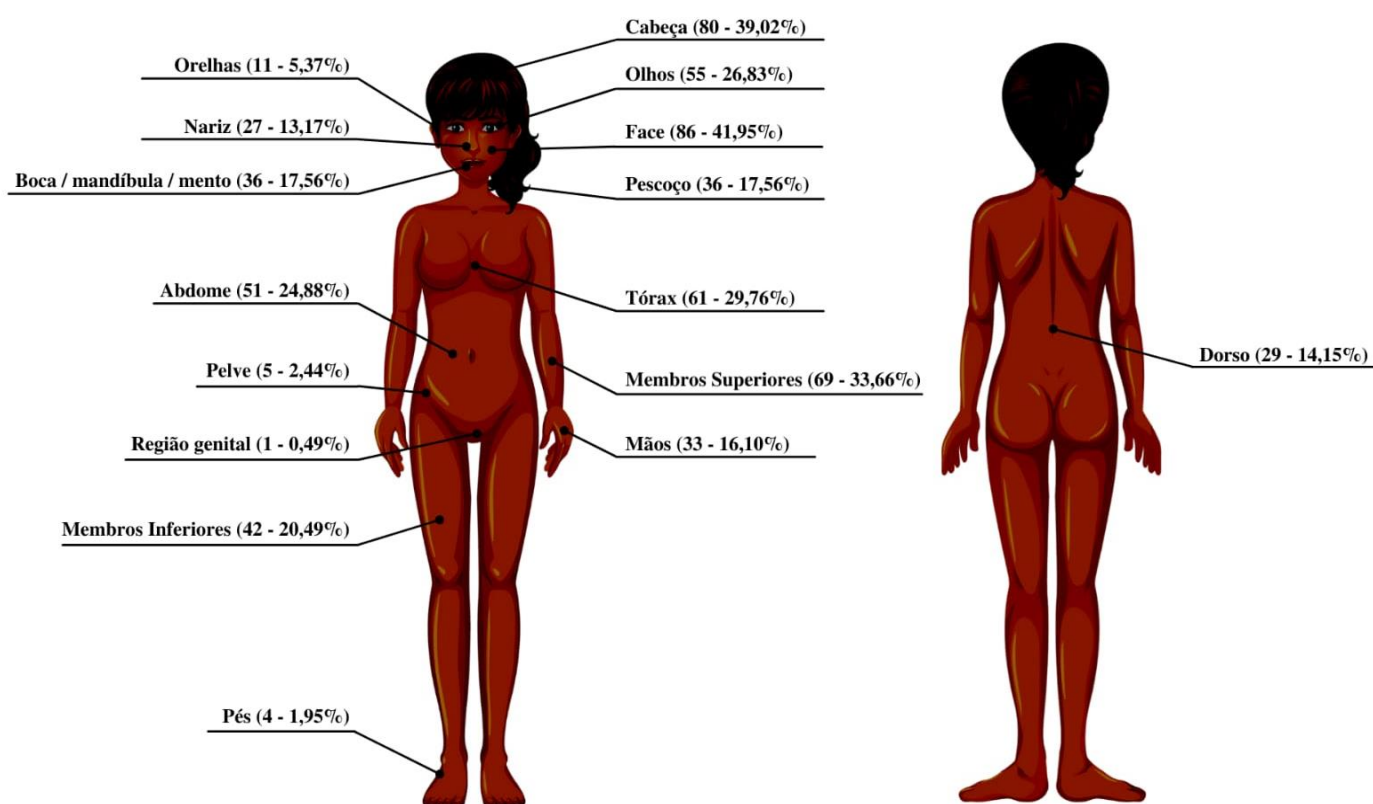
Durante o atendimento hospitalar, identificou-se o registro de 50 mulheres (24,39%) que relataram a um profissional de saúde que o parceiro havia ingerido bebida alcoólica, e 30 (14,63%) referiu o uso de drogas ilícitas por ele. Em 13,17% e 16,59% dos casos, respectivamente, o profissional de saúde registrou em prontuário ter investigado junto à paciente tais aspectos, com negativa do uso pelo agressor, mas há um elevado número de

prontuários em que não há informações nesse sentido (62,44% para ingestão de bebida alcoólica e 68,78% para o uso de drogas ilícitas).

5.2.2 Caracterização da lesão advinda da violência

Devido à agressão sofrida, as mulheres apresentaram lesões principalmente na face (41,95%), cabeça (39,02%), membros superiores (33,66%) e região torácica (29,76%). Destaca-se que 50,73% delas apresentaram múltiplos locais corporais atingidos e lesionados. Percebeu-se destaque para o acometimento, especificamente, dos olhos (26,83%), da região da boca/mandíbula/mento (17,56 %), região cervical (17,56 %) e membros inferiores (20,49%) (Figura 4).

Figura 4 - Lesões de acordo com a região corporal apresentadas pelas mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 205)



Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Quanto ao tipo de lesão, 52,20% das mulheres apresentaram ferimentos fechados, 36,59% contusões e 36,10% traumatismo cranioencefálico (TCE), 33,66% desenvolveram ferimentos perfurocortante, 25,85% fraturas ósseas (sendo seis mulheres com fraturas expostas) e 20,00% ferimentos cortocontusos. Dentre as 19 mulheres queimadas, 63,16% delas apresentaram queimaduras na sua forma grave, classificadas como grande queimadas ou queimadas de grande gravidade (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização das lesões geradas pela violência por parceiro íntimo contra mulheres atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 205)

Variável	N	%
Múltiplos locais de lesões		
Sim	104	50,73
Não	101	49,27
Tipos de lesões		
Ferimento fechado	107	52,20
Contusão	75	36,59
Traumatismo cranioencefálico	74	36,10
Traumatismo cranioencefálico leve	57	77,03
Traumatismo cranioencefálico moderado	5	6,76
Traumatismo cranioencefálico grave	12	16,22
Ferimento perfurocortante	69	33,66
Fratura óssea	53	25,85
Ferimento cortocontuso	41	20,00
Escoriações	33	16,10
Queimaduras	19	9,27
Queimada de pequena gravidade	2	10,53
Queimada de média gravidade	5	26,32
Queimada de grande gravidade	12	63,16

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Diante das características das lesões apresentadas, 68,29% das mulheres necessitaram do primeiro atendimento já no hospital de alta complexidade, local do estudo. Dentre as mulheres que foram transferidas de outros serviços, em que receberam atendimento inicial, 33 (50,77%) foram encaminhadas de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 28 (43,08%) de hospitais de outra cidade de Minas Gerais. Quanto à chegada ao hospital, 54,63% das mulheres foram encaminhadas por serviço de atendimento pré-hospitalar, com o tempo entre a agressão e a entrada no serviço hospitalar menor do que 01 dia em 52,20% dos casos (mediana de 04 horas) (Tabela 6).

Tabela 6 - Caracterização do primeiro atendimento das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 205)

Variável (n)	N	%
Primeiro atendimento no hospital		
Sim	140	68,29
Não	65	31,71
Transferência de outro serviço (65)		
UPA	33	50,77
Hospital de outra cidade	28	43,08
Hospital de Belo Horizonte	3	4,62
Unidade básica de saúde	1	1,54
Tempo entre a agressão e a entrada no hospital		
Menor que 1 hora	30	14,63
Menor que 1 dia	107	52,20
1 dia ou mais dias	63	30,73
Não informado	5	2,44
Vítima foi encaminhada ao hospital por		
SAMU 192	73	35,61
Ambulância com profissional de saúde	39	19,02
Por conta própria	30	14,63
Polícia	26	12,68
Familiares / amigos	21	10,24
Bombeiros	13	6,34
Parceiro (agressor)	3	1,46

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Nota: UPA=Unidade de Pronto Atendimento; SAMU 192=Serviço de Atendimento Médico de Urgência.

5.3 Caracterização do atendimento hospitalar às mulheres

5.3.1 Caracterização do atendimento no pronto socorro

Em 68,78% dos prontuários havia o registro da classificação de risco, que mostrou que, à chegada ao hospital, nove mulheres necessitavam de atendimento em caráter de emergência (nível de prioridade vermelho), com maioria classificada como muito urgente/laranja (65,25%) e urgente/amarelo (17,02%). A maioria das mulheres (67,80%) foi primeiramente atendida e acompanhada pela especialidade médica de cirurgia geral e do trauma e 79,51% necessitaram de atendimento adicional de outras especialidades. Em 88,78% dos casos houve registro em evolução profissional do mnemônico ABCDE do trauma como direcionador da avaliação realizada no primeiro atendimento à mulher, com 67,80% dos registros de forma completa (Tabela 7).

Maior parte das mulheres (80,5%) deu entrada no hospital consciente (evidenciado por Escala de Coma de Glasgow 15 à admissão), enquanto seis delas foram atendidas em protocolo de onda vermelha, que indica situação de emergência e gravidade acentuada, três apresentaram parada cardiorrespiratória à admissão ou nas primeiras horas após admissão. Com relação aos procedimentos, 53,17% das mulheres necessitaram ser submetidas a sutura de ferimentos, 16,10% de imobilização de algum membro com tala. Quanto à permanência hospitalar, 66,18% das mulheres permaneceram no pronto socorro por período menor que um dia, com mínimo de permanência de dez minutos (caso de paciente que evoluiu à óbito na admissão) e máximo de uma paciente que permaneceu 18 dias no pronto socorro (mediana de 13 horas).

Somente em 30,24% dos casos há a informação desde à admissão no hospital de se tratar de um caso de violência por parceiro íntimo, sendo então os demais 69,76% casos em que a mulher é primeiramente atendida com um diagnóstico clínico exclusivamente focado no tipo de trauma ou lesão, somente ao longo da permanência hospitalar compreendido e registrado como um caso de violência por parceiro íntimo. O assistente social (46,83%) foi o profissional que mais registrou pela primeira vez essa informação no prontuário, com abordagem à mulher (ou algum acompanhante desta) sobre esse aspecto originário da agressão (Tabela 7).

Tabela 7 - Caracterização do atendimento prestado no setor de pronto de socorro às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 205)

Variável (n)	(Continua)	
	N	%
Registro em prontuário de realização da classificação de risco		
Sim	141	68,78
Não	64	31,22
Nível de prioridade clínica após classificação de risco (141)		
Vermelho	9	6,38
Laranja	92	65,25
Amarelo	24	17,02
Verde	16	11,35
Azul	0	0
Especialidade do primeiro atendimento médico		
Cirurgia geral e do trauma	139	67,80
Neurologia	22	10,73
Cirurgia plástica	20	9,76
Bucomaxilofacial	11	5,37
Ortopedia	9	4,39
Clínica médica	1	0,49
Outro	3	1,46

Tabela 7 - Caracterização do atendimento prestado no setor de pronto de socorro às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 205)

(Continuação)		
Variável (n)	N	%
Outras especialidades médicas adicionais ao primeiro atendimento*	163	79,51
Neurologia	89	54,60
Clínica médica	46	28,22
Ortopedia	42	25,77
Bucomaxilofacial	38	23,31
Cirurgia plástica	26	15,95
Cirurgia vascular	13	7,98
Oftalmologia	13	7,98
Otorrinolaringologia	12	7,36
Cirurgia geral e do trauma	11	6,75
Cirurgia de mão	10	6,13
Infectologia	9	5,52
Nefrologia	5	3,07
Outras especialidades	18	11,04
Descrição em prontuário do ABCDE**		
Sim, de forma completa	139	67,80
Sim, de forma incompleta	43	20,98
Não	23	11,22
Necessidade de sutura		
Sim	109	53,17
Não	96	46,83
Necessidade de imobilização com tala gessada ou outras talas		
Sim	33	16,10
Não	172	83,90
Descrição em prontuário desde a admissão de se tratar de violência por parceiro íntimo		
Sim	62	30,24
Não	143	69,76
Profissional que primeiro descreveu em prontuário se tratar de violência por parceiro íntimo		
Assistente social	96	46,83
Médico	45	21,95
Psicólogo	37	18,05
Enfermeiro	24	11,71
Outro	3	1,46
Tempo de permanência no pronto socorro (204)***		
Menor que 1 dia	135	66,18
1 dia ou mais	69	33,82

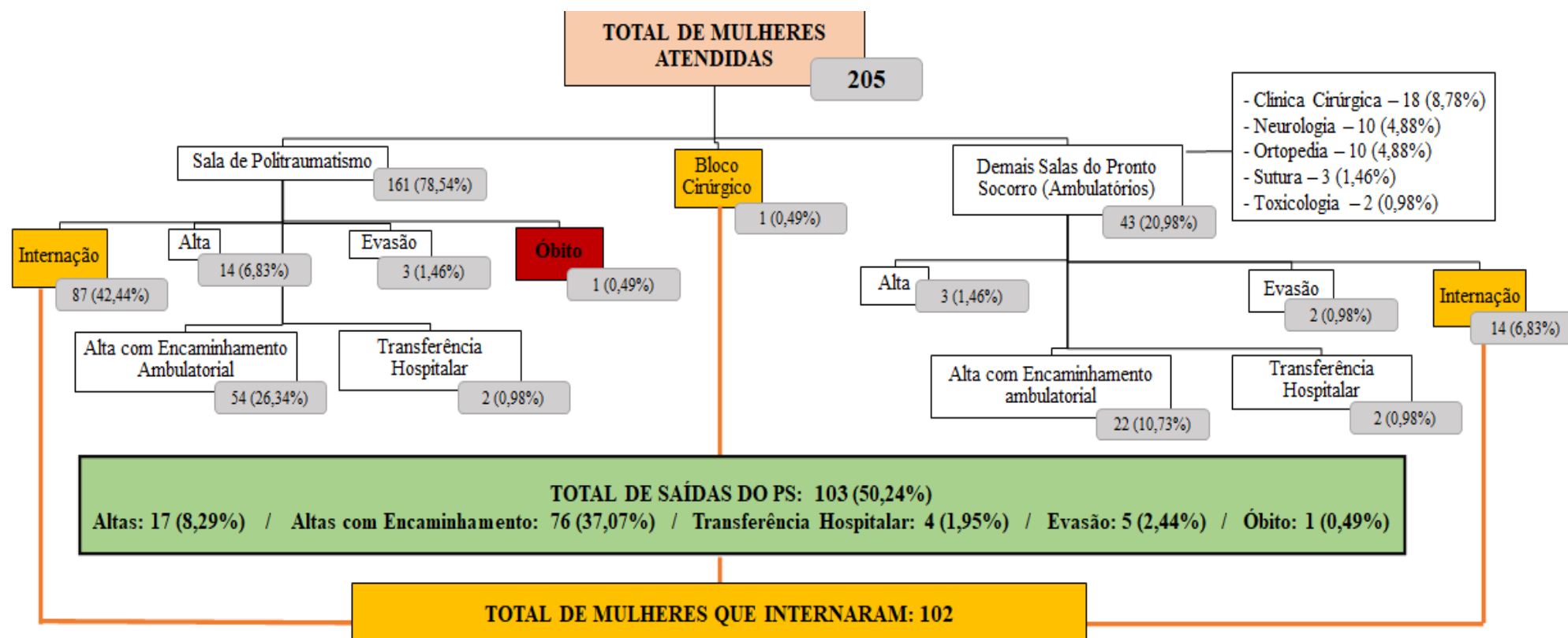
Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Nota: *Cada uma das 163 pacientes tiveram atendimento por duas ou mais especialidades médicas. **ABCDE do trauma (mnemônico de atendimento inicial da vítima de trauma: A: vias aéreas; B: respiração; C: circulação; D: disfunção neurológica; E: exposição). ***Tempo de permanência no pronto socorro: Uma paciente foi transferida diretamente do heliponto para o bloco cirúrgico, não teve passagem pelo pronto socorro, por isso total nessa variável = 204 mulheres.

Em atendimento na unidade de pronto socorro, após a classificação de risco, a maioria das mulheres (78,54%) foi encaminhada para avaliação na sala de politraumatismo, sendo as demais (20,98%) encaminhadas aos ambulatórios. Uma mulher que foi encaminhada ao hospital por transporte aéreo, devido estado grave, foi transferida do heliponto diretamente ao bloco cirúrgico, não passando por atendimento em pronto socorro, e uma mulher chegou ao hospital em parada cardiorrespiratória, evoluindo a óbito nos primeiros minutos de atendimento (Figura 5).

No pronto socorro, 45,36% (n=93) receberam alta para o domicílio, sendo que 37,07% foram encaminhadas para algum acompanhamento ambulatorial, quatro (1,95%) foram transferidas para continuidade do tratamento em outro hospital e cinco (2,44%) evadiram da instituição. No entanto, 102 mulheres (49,76%) necessitaram de internação hospitalar para tratamento das lesões advindas da agressão física pelo parceiro íntimo (Figura 5).

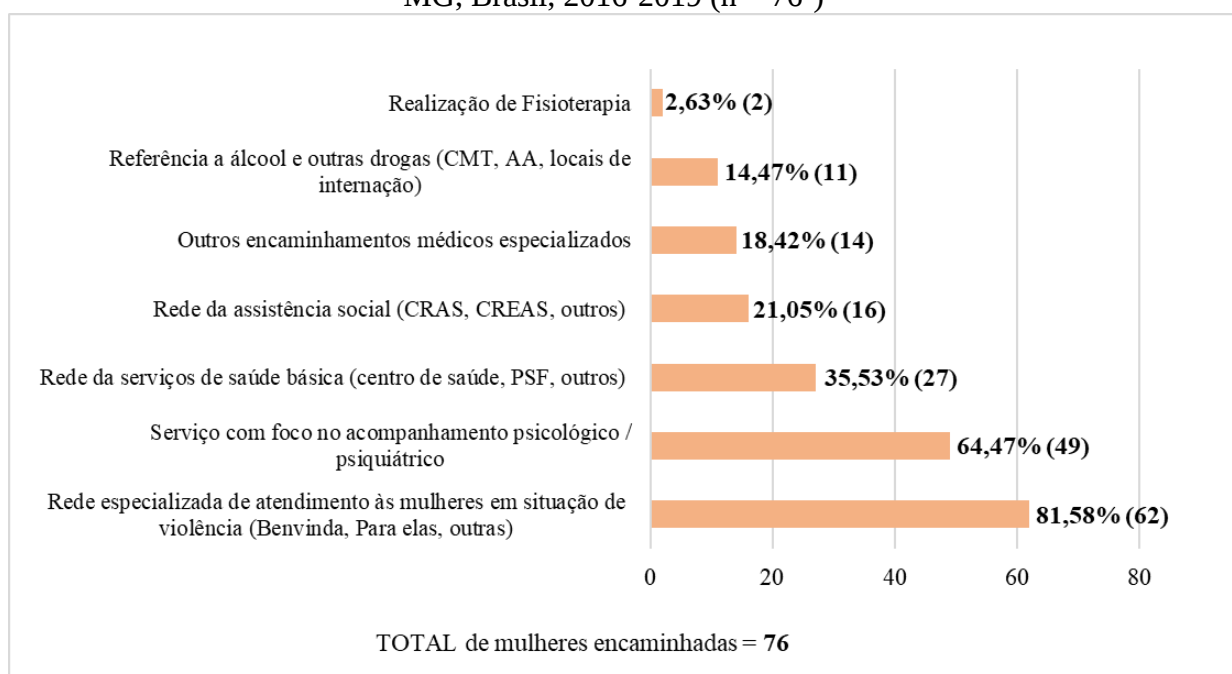
Figura 5 - Fluxograma resumo do atendimento no setor de pronto de socorro às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 205)



Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Com relação aos encaminhamentos pós alta do setor de pronto socorro, 81,58% das mulheres foram orientadas e direcionadas a procurar um ou mais serviços especializados da rede de atendimento para situações de violência contra as mulheres por parceiro íntimo (75,81% delas a uma Delegacia de mulheres; 45,16% ao Benvinda; 4,84% ao Disque mulheres e ao Para Elas, respectivamente, e 8,06% a um serviço especializado de referência da cidade de origem). Percebe-se por meio do Gráfico 3 o maior foco dos encaminhamentos para necessidades em saúde referentes aos aspectos psicológicos, de assistência social e hábitos de vida, e com menor frequência a serviços médicos especializados e fisioterápico (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Encaminhamento pós alta das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas no pronto socorro de um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2019 (n = 76*)



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Nota: *As mulheres foram encaminhadas a um ou mais serviços.

CMT: Centro Mineiro de Toxicomania; AA: Alcoólicos Anônimos; CRAS: Centro de Referência de Assistência Social; CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; PSF: Programa Saúde da Família; Benvinda: Centro Especializado de Atendimento à Mulher que realiza atendimento e acompanhamento às mulheres a partir de 18 anos que já vivenciaram ou vivenciam violência doméstica de gênero (<https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/sudc/equipamentos/benvinda>); Para elas: Projeto vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) composto por atendimento ambulatorial às mulheres, no Hospital das Clínicas da UFMG, além de ofertar diversas oficinas com o objetivo de transformar a realidade das mulheres em situação de violência ou em vulnerabilidade social para ela (<https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/projeto-muda-vida-de-mulheres-vitimas-de-violencia>).

5.3.2 Caracterização do atendimento quando da internação hospitalar

Dentre as 205 mulheres atendidas por situação de VPI, 102 (49,76%) necessitaram de internação hospitalar. Esse grupo de pacientes específico não apresentou distinções do total de mulheres atendidas no que se refere aos perfis sociodemográfico, de condições prévias de saúde ou aspectos relacionados à parceria íntima. Assim, prevaleceram mulheres jovens (com caracterização etária idêntica), pardas, e que tiveram o parceiro atual como agressor, em sua maioria esposo ou amasiado.

Em relação à demanda por assistência em saúde, todas as 102 mulheres internadas necessitaram ser submetidas a um ou mais procedimentos invasivos e cuidados adicionais, com destaque para o uso de cateter venoso periférico para realização de medicações (100%), oxigenoterapia (75,49%), em que 58,82% das mulheres foram intubadas e permaneceram sob ventilação mecânica. Além disso, 50,98% necessitaram de um cateter vesical de demora, 42,16% demandaram a realização de curativos com coberturas terapêuticas para as lesões e 38,24% foram submetidas a hemotransfusão (Tabela 8).

Durante a internação hospitalar, as mulheres receberam diversas medicações, em especial as classes relacionadas: ao controle da dor e sedação (analgésico/antitérmico, anestésico, anti-inflamatório, sedação, morfina e outros analgésicos opiáceos e bloqueador neuromuscular); à prevenção e controle de processos infecciosos (antibiótico profilático e terapêutico); ao controle hemodinâmico direto (reposição volêmica e amina vasoativa) e aos aspectos psiquiátricos e neurológicos (benzodiazepínico, antipsicótico, anticonvulsivante e antidepressivo) (Tabela 8).

Mesmo se tratando de um hospital de alta complexidade, oito mulheres internadas demandaram procedimento de transporte externo a outros hospitais para avaliação diagnóstica ou terapêutica especializada, não disponível na instituição (Tabela 8). Em quatro casos (50%), tratou-se de pacientes grávidas, para avaliação obstétrica, perfil de pacientes que correspondeu a sete mulheres gestantes dentre o total das 205 mulheres atendidas em situação de violência no período estudado (3,41%).

Tabela 8 - Procedimentos hospitalares demandados pelas mulheres em situação de violência por parceiro íntimo internadas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 102)

Variável	N	%
Uso de dispositivos invasivos		
Cateter venoso periférico	102	100
Tubo orotraqueal	60	58,82
Cateter vesical de demora	52	50,98
Cateter venoso central	26	25,49
Drenos	25	24,51
Cateter arterial	24	23,53
Cateter entérico	23	22,55
Cateter gástrico	17	16,67
Cateterismo vesical intermitente	12	11,76
Traqueostomia	6	5,88
Derivação ventricular externa	2	1,96
Outros dispositivos invasivos	8	7,84
Demais procedimentos e cuidados		
Oxigenoterapia	77	75,49
Ventilação mecânica	60	58,82
Curativos com coberturas em lesões de pele	43	42,16
Hemotransfusão	39	38,24
Suplementação nutricional acrescida à dieta (enteral ou oral)	17	16,67
Transporte a outro serviço para diagnóstico ou terapêutica complementar	8	7,84
Hemodiálise	3	2,94
Outros procedimentos	23	22,55
Medicações utilizadas		
Analgésico / antitérmico	100	98,04
Anestésico	85	83,33
Antiemético	83	81,37
Anti-inflamatório	80	78,43
Antibiótico profilático	68	66,67
Sedação	66	64,71
Morfina	65	63,73
Anticoagulante	62	60,78
Outro analgésico opiáceo	59	57,84
Bloqueador neuromuscular	58	56,86
Reposição volêmica (soro fisiológico / ringer lactato)	54	52,94
Corticosteróide	53	51,96
Benzodiazepínico	40	39,22
Antibiótico terapêutico	33	32,35
Amina vasoativa (noradrenalina)	21	20,59
Antipsicótico	18	17,65
Anticonvulsivante	13	12,75
Antidepressivo	13	12,75

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Em relação à realização de exames, 87,25% das mulheres realizaram exames laboratoriais de sangue, com total de 1.081 coletas para análise. Dentre os exames de imagem, 75,49% das pacientes foram submetidas a alguma radiografia, 68,63% a tomografias e 31,37% ultrassonografias, além da necessidade, em alguns casos, de exames de maior complexidade, conforme mostrado na Tabela 8. Também foram realizados exames de culturas diversos (hemocultura, urocultura, líquido e secreções corporais) e demais rotinas laboratoriais, sendo um número mais reduzido de mulheres que necessitou de tais exames, no entanto, cada uma delas em quantitativo de duas ou mais vezes de coletas e análises laboratoriais (Tabela 9).

Quanto às intervenções cirúrgicas, 69,61% das mulheres realizaram uma ou mais destas, com maior demanda pela especialidade de cirurgia geral e do trauma (43,66%) e cirurgia plástica (40,85%) (Tabela 9).

Tabela 9 - Realização de exames e cirurgias pelas mulheres em situação de violência por parceiro íntimo internadas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 102)

Variável	(Continua)	
	N	%
Exames de imagem		
Radiografia	77	75,49
Tomografia	70	68,63
Ultrassonografia	32	31,37
Eletrocardiograma (ECG)	18	17,65
Exames por videoscopia	9	8,82
Ecocardiograma (ECO)	6	5,88
Angiotomografia	4	3,92
Outros*	4	3,92
Exames laboratoriais de sangue	89	87,25
Exames de cultura		
Hemocultura	20	19,61
Urocultura	15	14,71
Cultura de secreção pele	14	13,73
Cultura de secreção respiratória	11	10,78
Cultura de ponta de cateter venoso central	7	6,86
Cultura de líquido	3	2,94
Outros exames complementares		
Exame de urina rotina	13	12,75
Exame de líquido rotina	4	3,92
Beta-HCG	9	8,82
Demais exames	4	3,92

Tabela 9 - Realização de exames e cirurgias pelas mulheres em situação de violência por parceiro íntimo internadas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 102)

Variável (n)	(Conclusão)	
	N	%
Intervenções cirúrgicas (71)**	71	69,61
Cirurgia geral	31	43,66
Cirurgia plástica	29	40,85
Cirurgia neurológica	9	12,68
Cirurgia vascular	8	11,27
Cirurgia bucomaxilofacial	8	11,27
Cirurgia ortopédica	7	9,86
Cirurgia oftalmológica	7	9,86
Cirurgia de mão	6	8,45
Outras cirurgias***	2	2,82

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Notas: *Outros (1 exame cada): Eletroencefalograma (EEG); Ressonância magnética (RM); Angiografia cerebral; Cateterismo cardíaco (CATE). ** Dentre as 71 pacientes que realizaram intervenções cirúrgicas, podem ter realizado mais de um procedimento cirúrgico. ***Outras (1 cirurgia cada): Cirurgia torácica; Cirurgia de otorrinolaringologia.

Quanto à movimentação intra-hospitalar, 85,29% das mulheres foram atendidas primeiramente em passagem pelo pronto socorro na sala de politraumatismo e 41,18% também permaneceram em demais salas de especialidades (ambulatórios) até a internação, quando então 69,61% delas foram encaminhadas para tratamento no bloco cirúrgico, 26,47% necessitaram de internação em unidade de terapia intensiva e 68,63% finalizaram sua permanência na instituição em setor de enfermaria, até a alta hospitalar. Apresenta-se por meio do Quadro 2 os valores mínimo, máximo e a mediana de tempo de permanência das mulheres internadas em cada unidade pela qual transitaram no hospital, assim como o tempo total de internação hospitalar, que apresentou intervalo interquartilico (04-16) (Quadro 2).

Quadro 2 - Tempo de permanência hospitalar das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo internadas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 102).

	Mínimo	Máximo	Mediana (IQ)
Sala de Politraumatismo	10 minutos	06 dias	05 horas
Demais salas do PS	03 horas	15 dias	02 dias
Bloco Cirúrgico	01 hora	03 dias	9 horas 30 minutos
UTI	02 dias	76 dias	09 dias
Enfermaria	12 horas	52 dias	07 dias
Tempo Total de Internação	01 dia	99 dias	08 dias (04-16)

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Nota: PS=Pronto Socorro; UTI=Unidade de Terapia Intensiva.

5.3.3 Caracterização das complicações e desfecho clínico

Devido à agressão e internação hospitalar a ela decorrente, 62 mulheres (60,78%) apresentaram complicações, com prevalência das infecções (38,71%), pneumotórax (25,81%), hemotórax (24,19%) e complicações neurológicas (20,97%) (Tabela 10).

Tabela 10 - Complicações apresentadas pelas mulheres em situação de violência por parceiro íntimo internadas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 102)

Variável	N	%
Complicações	62	60,78
Infecções	24	38,71
Pneumotórax	16	25,81
Hemotórax	15	24,19
Complicações neurológicas	13	20,97
Choque	10	16,13
Sepse	9	14,52
Hemorragia	9	14,52
Lesão por pressão	9	14,52
Complicações vasculares	7	11,29
Complicações hematológicas	6	9,68
Complicações hidroeletrolíticas	6	9,68
Complicações renais	5	8,06
Complicações ortopédicas	4	6,45
TEP	1	1,61
Outras complicações	21	33,87

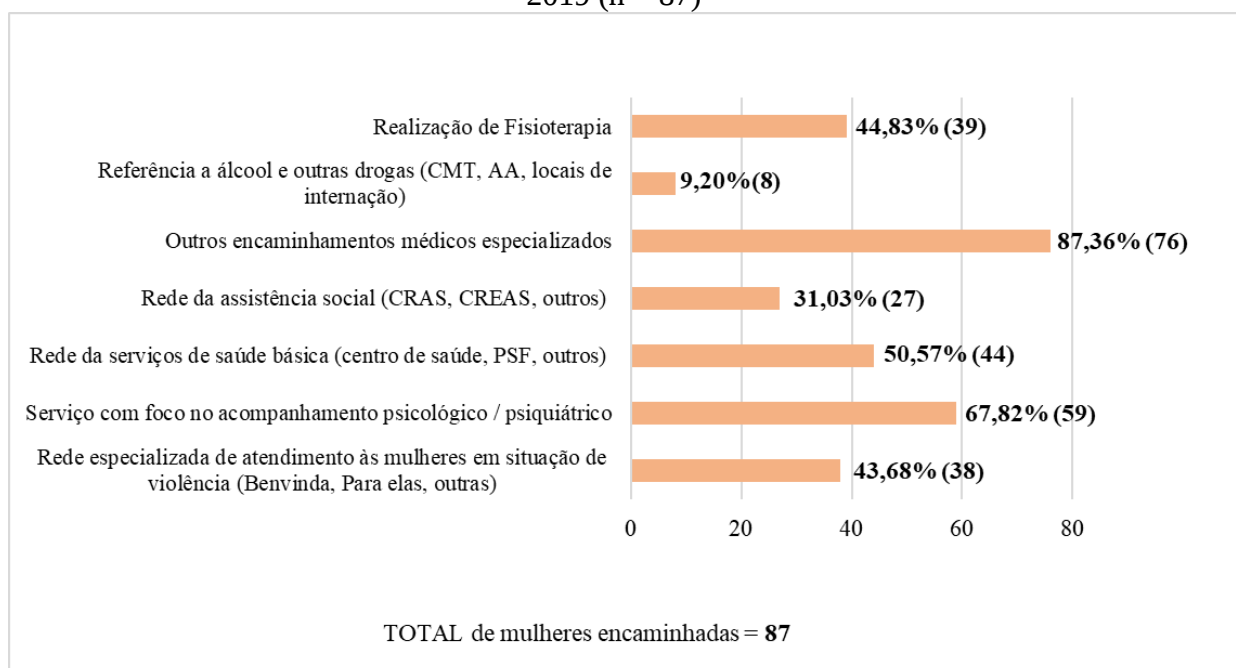
Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Nota: TEP=Tromboembolismo Pulmonar.

Sobre o desfecho clínico, em sete (6,86%) casos as pacientes foram transferidas para continuidade do tratamento em outro hospital e sete (6,86%) evoluíram a óbito. A maioria (n=88, 86,27%) recebeu alta para o domicílio, das quais, somente em um caso não foi encontrado registro em prontuário quanto a algum encaminhamento ambulatorial. Conforme apresentado no Gráfico 4, as mulheres foram encaminhadas no pós alta, principalmente, para acompanhamento junto a serviços médicos especializados (87,36%), algum serviço com foco no acompanhamento psicológico/psiquiátrico (67,82%) e na rede de serviços de saúde básica (50,57%).

Quando comparadas às mulheres que não necessitaram de internação hospitalar, observada uma mudança no perfil de prevalência dos encaminhamentos, principalmente com maior necessidade das mulheres internadas de direcionamento para realização de fisioterapia (44,83%), e menor enfoque nos encaminhamentos à rede especializada de apoio em situações de violência contra as mulheres (43,68%). Com relação a este último aspecto, 47,37% foram encaminhadas ao Benvinda; 44,74% a uma Delegacia de mulheres; 18,42% ao Para Elas e 15,79% a um serviço especializado de referência da cidade de origem.

Gráfico 4 - Encaminhamento pós alta das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo internadas em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 87)



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

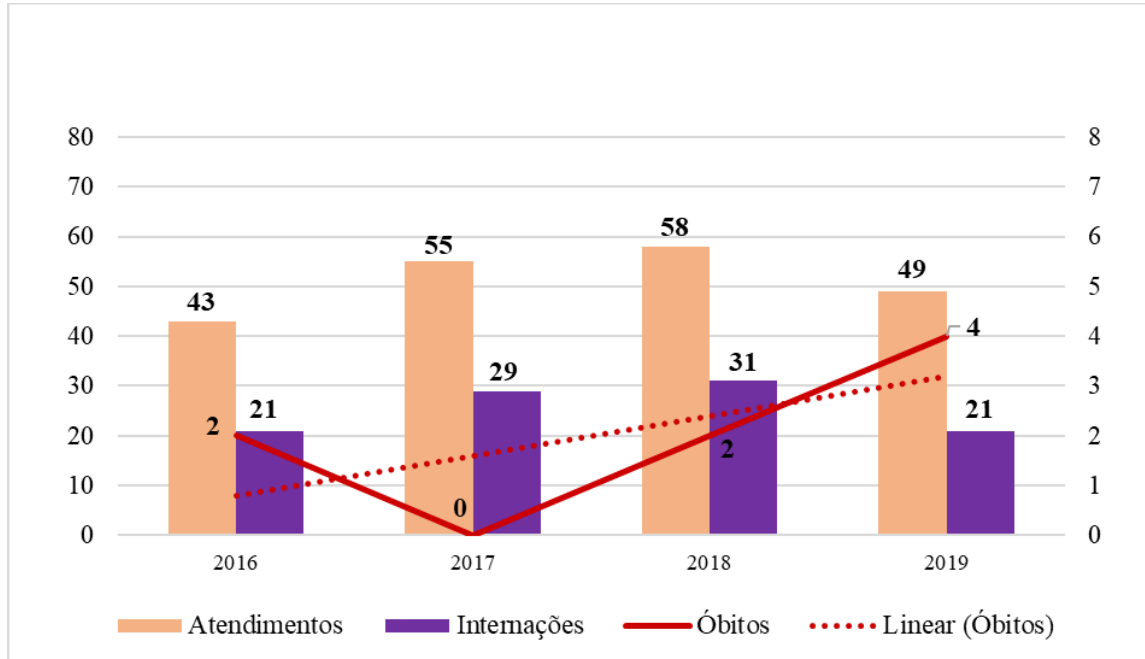
Nota: *As mulheres foram encaminhadas a um ou mais serviços.

CMT: Centro Mineiro de Toxicomania; AA: Alcoólicos Anônimos; CRAS: Centro de Referência de Assistência Social; CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; PSF: Programa Saúde da Família; Benvinda: Centro Especializado de Atendimento à Mulher que realiza atendimento e acompanhamento às mulheres a partir de 18 anos que já vivenciaram ou vivenciam violência doméstica de gênero (<https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/sudc/equipamentos/benvinda>); Para elas: Projeto vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) composto por atendimento ambulatorial às mulheres, no Hospital das Clínicas da UFMG, além de ofertar diversas oficinas com o objetivo de transformar a realidade das mulheres em situação de violência ou em vulnerabilidade social para ela (<https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/projeto-muda-vida-de-mulheres-vitimas-de-violencia>).

Conforme registros em sistema informatizado da instituição, foi possível detectar ainda que 68 (71,58%) mulheres necessitaram de atendimentos de retorno em serviços ambulatoriais no próprio hospital ou em alguma outra instituição da rede hospitalar a qual faz parte (e por isso é possível visualizar em sistema informatizado o comparecimento da paciente). Em 14 casos (14,74%), as mulheres precisaram de reinternação hospitalar nesta instituição, para continuidade da terapêutica em outro momento oportuno ou para tratamento de complicações posteriores à alta hospitalar. Em 81,05% dos prontuários havia alguma descrição de limitações ou sequelas físicas às quais a mulher passou a apresentar após a agressão e necessidade de internação hospitalar, principalmente cicatrizes dos ferimentos, comprometimentos motores e neurológicos.

O Gráfico 5 apresenta a distribuição do número de atendimentos, necessidade de internações hospitalares e óbitos das mulheres ao longo do período de quatro anos estudados, 2016 a 2019, em que se ressalta a ocorrência de 50% dos óbitos do período no último ano (2019).

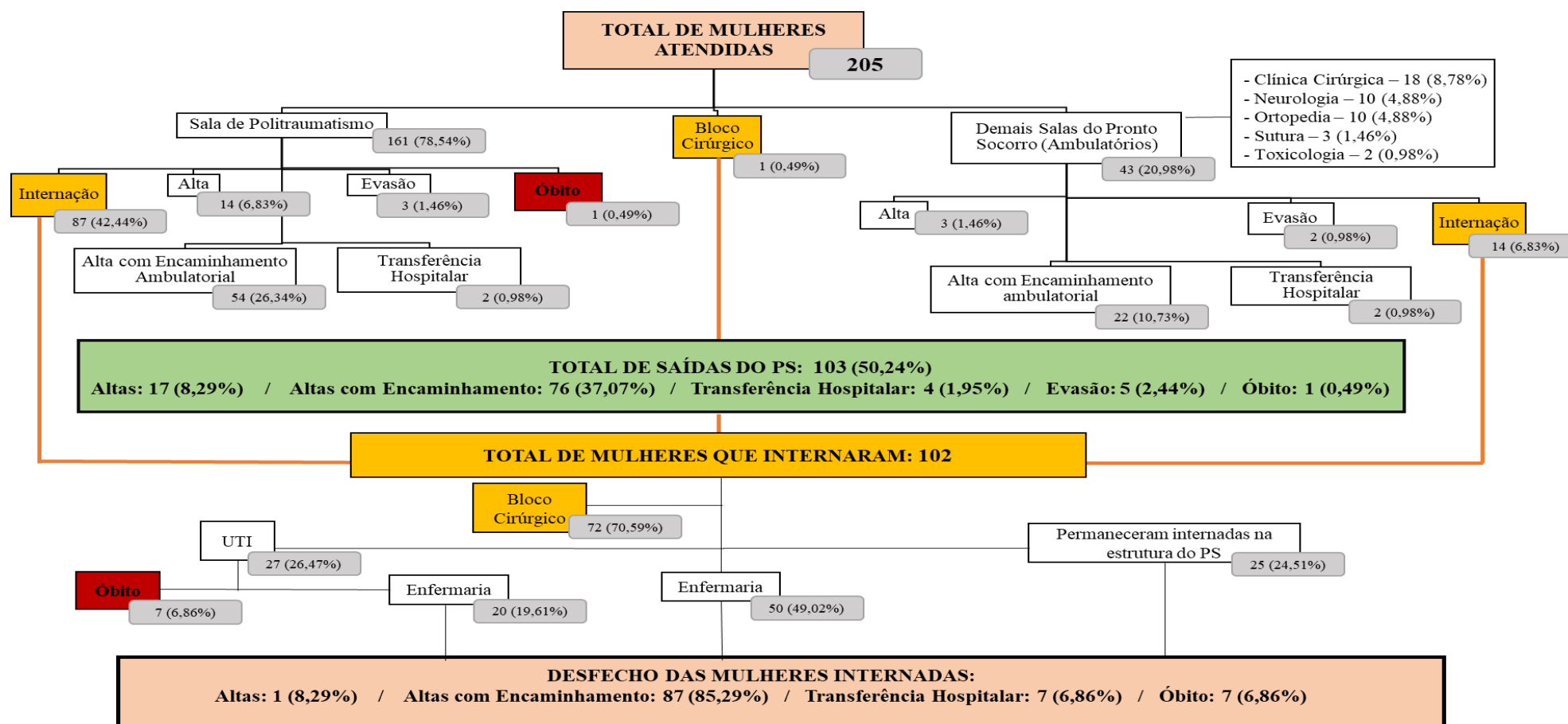
Gráfico 5 – Distribuição da frequência de atendimentos, internações e óbitos de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em um hospital de alta complexidade nos anos de 2016 a 2019. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019
(n = 205 atendimentos / 102 internações / 8 óbitos).



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Por fim, a Figura 6 mostra um fluxograma com a síntese que contempla todo o fluxo e desfecho do atendimento hospitalar das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo avaliadas neste estudo.

Figura 6 - Fluxograma do atendimento hospitalar prestado às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo em um hospital de alta complexidade. Belo Horizonte-MG, Brasil, 2016-2019 (n = 205).



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização da população de mulheres

6.1.1 Caracterização sociodemográfica

As mulheres em situação de violência por parceiro íntimo que necessitaram de atendimento hospitalar mostraram que esse fenômeno as atinge nas diversas faixas etárias. No entanto, a concentração de casos de mulheres com idades entre 18 e 49 anos evidencia que, apesar das variações pertinentes à amostra e método de cada pesquisa, demais levantamentos corroboram que as mulheres em idade reprodutiva estão mais suscetíveis à violência pelo parceiro do que mulheres mais velhas: com variação de idade em estudo entre 18 e 56 anos, média de 30,2 anos, e 77,9% das mulheres entre 20 e 39 anos (DOURADO; NORONHA, 2015). Pesquisa com dados de notificação compulsória do SINAN, de 2011 a 2017, também dentre mulheres com idade maior ou igual 15 anos, teve associação positiva às de 20 a 39 anos (MASCARENHAS *et al.*, 2020) e estudo hospitalar italiano, com variação de idade de 18 a 90 anos, as mulheres estiveram mais expostas ao abuso entre 26 e 45 anos, pontuado pelos autores a influência de se observar relacionamentos afetivos de maior estabilidade geralmente nessa faixa etária (CAPUCCI *et al.*, 2015).

A ocorrência de violência por parceiro íntimo a menores de 18 anos no presente estudo reforça o início cada vez mais precoce do fenômeno nas relações, conforme estatística nacional em que 31% das mulheres relataram primeiro episódio de agressão antes dos 19 anos de idade (BRASIL, 2019). Apesar de faixa etária muitas vezes não contemplada nas pesquisas, tem sido cada vez mais notória a violência dessa natureza entre mulheres jovens de 15 a 19 anos, o que sugere a influência estrutural da masculinidade e feminilidade, que tem o gênero e a geração como determinantes para a vulnerabilidade à violência por parceiro íntimo desde a adolescência (BRANCAGLIONI; FONSECA, 2016).

Estudo realizado com adolescentes com média de 18,2 anos mostrou que eles começaram a ter relações de intimidade em média com 13,7 anos, e primeira relação sexual aos 16,4 anos, ambos dados similares entre meninos e meninas, sendo relatado por 91% dos jovens já terem perpetrado e 90,1% já terem sofrido pelo menos um tipo de violência no relacionamento (psicológica, sexual, relacional ou física), com apenas 10 adolescentes que afirmaram nunca ter praticado violência na relação de afeto (BRANCAGLIONI; FONSECA, 2016). Muitas agressões não são reconhecidas por eles como violência, mas sim percebidas

como brincadeiras ou demonstrações de amor e cuidado entre os parceiros, em especial por meninas, reflexo de uma construção hegemônica de feminilidade que projeta a elas a necessidade de manutenção de relações duradouras, atreladas a valores tradicionais do casamento e da constituição da família, vistos como essenciais para as mulheres, que as induz à idealização da relação afetiva, idealização amorosa feminina que se mantém para além da adolescência em sua vivência adulta (BRANCAGLIONI; FONSECA, 2016).

Tais aspectos discutidos pelas autoras apontam para a implicação das crenças dos adolescentes, que podem dificultar a percepção e saída das meninas de relações violentas e tem tornado o problema cada vez mais frequente e de elevada magnitude nessa fase da vida. As construções de gênero já presentes na adolescência e a vivência das primeiras relações de intimidade em uma sociedade androcêntrica pode determinar maior vulnerabilidade à vivência de violência, possivelmente determinando também a naturalização e legitimação de tais agressões (BRANCAGLIONI; FONSECA, 2016).

Com relação à raça/cor, observou-se importante ocorrência de casos de violência pelo parceiro especialmente dentre as mulheres pardas e negras, em sua maioria, o que provavelmente reforça os aspectos de iniquidade atrelada ao elemento raça/cor como influente na ocorrência de violência também dessa natureza junto às mulheres e como importante fator agravante de vulnerabilidade às mulheres pardas e negras. Dados gerais do Atlas da Violência mais atual mostram evidente influência da raça/cor na taxa geral de homicídios de mulheres no Brasil, com redução de 11,7% nos índices na última década entre mulheres não negras, enquanto a taxa entre as mulheres negras aumentou 12,4% (que correspondeu, em 2018, a 68% das mulheres assassinadas no país, com 2,8 por 100 mil mulheres não negras assassinadas, e 5,2 por 100 mil mulheres negras assassinadas no referido ano) (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2020).

Assim, mostra-se fundamental ter a categoria raça/cor nas pesquisas e análises sobre violências contra mulheres, já que, a análise em associação dos diversos fatores sociodemográficos articulados à raça/cor faz com que mulheres negras estejam, em geral, mais vulneráveis aos distintos tipos de violência (ENGEL, 2020; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019).

Sobre essa vertente, Saffioti (1999a) discute que o indivíduo não apresenta homogeneidade na sua constituição resultante do gênero, raça e classe social, diretamente dependente assim das condições históricas, que tornam um desses aspectos proeminente em relação aos demais, mas sempre interligados, e que em circunstâncias distintas pode modificar-

se por outra característica dominante, haja vista a mobilidade do sujeito múltiplo, marcado pela instabilidade dos processos sociais (SAFFIOTI, 1999a).

Dessa forma, a faixa de renda domiciliar tem se mostrado uma outra condição influente na vulnerabilidade das mulheres à violência: aquelas na faixa salarial de até 1 salário mínimo apresentam as maiores incidências de agressões físicas, especialmente as mulheres negras nesse contexto, o que reforça a iniquidade social das mulheres negras e de menor renda, que se mostram duplamente vulneráveis; para as mulheres brancas, a incidência é menor entre as faixas de 1 a 8 salários, mas aumenta quando mais de 8 salários mínimos (ENGEL, 2020; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019).

No presente estudo, dentre os prontuários hospitalares que continham as informações quanto à escolaridade, vínculo empregatício e ocupação, prevaleceram as mulheres que apresentavam ensino médio completo ou escolaridade abaixo dessa; que possuíam um trabalho informal ou não trabalhavam, sendo principalmente do lar e atendentes em estabelecimento comercial ou auxiliar administrativa. Em estudo de Dourado e Noronha (2015) também prevaleceram as mulheres pardas (67,2%), que residiam em bairros populares da cidade (67,8%), haviam estudado entre 5 e 9 anos completos (39,6%), em que 59,1% exerciam algum trabalho remunerado, 21,5% declararam-se do lar, 4,6% estavam desempregadas e 6,8% eram estudantes (DOURADO; NORONHA, 2015).

Demais autoras descrevem ter ficado evidente no estudo por elas realizado a associação do atendimento por violência por parceiro íntimo com a pior condição socioeconômica da mulher, mensurada pela menor escolaridade e não exercício de atividade remunerada, não identificada assim associação com a cor da pele, o que sugeriu que a maior prevalência de violência por parceiro íntimo entre mulheres negras possa associar-se a condições socioeconômicas desfavoráveis, salientado pelas autoras a necessidade de investigações com maior profundidade quanto ao nexos da raça/cor à violência doméstica (GARCIA *et al.*, 2016).

Mascarenhas *et al.* (2020) discutem que, apesar da baixa escolaridade ser considerada um consistente fator de risco, o nível socioeconômico, desemprego e a baixa renda parecem ser preditores mais robustos que a escolaridade. No entanto, pontuam a hipótese de que níveis educacionais mais elevados, provavelmente, tornam as mulheres mais capazes de alcançar autonomia, autoconfiança, habilidades para se informar e utilizar de redes de apoio e recursos sociais, tanto no reconhecimento quanto para romper com relacionamentos abusivos, visto assim como um fator de proteção contra eventos violentos (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

Assim, apesar de alguns estudos indicarem que a violência por parceiro íntimo não é um fenômeno restrito aos grupos com maior vulnerabilidade social, mas que perpassa todas as

classes sociais (BRANCAGLIONI; FONSECA, 2016; MASCARENHAS *et al.*, 2020), o mesmo tipo de acontecimento traumático é vivido de forma diferente pelas mulheres em contextos socioeconômicos distintos, que, ainda que similares em muitos aspectos, influencia decisivamente para que as experiências de violência sejam tão singulares e diversas (DOURADO; NORONHA, 2014). Ao se analisar o fator econômico acrescenta-se que uma grande parcela de mulheres se encontra na informalidade, sem renda fixa, ou muitas vezes não tem controle das finanças domésticas que, via de regra, está centrado na figura masculina da família, com restrição de acesso da mulher ao recurso financeiro da família, o que dificulta para muitas delas romperem um relacionamento abusivo por dependência econômica ao agressor (CARNEIRO *et al.*, 2017; VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020).

Nesse contexto, tem sido estimulado pela OMS a implementação de estratégias que conferem poder econômico às mulheres e buscam promover igualdade de gênero quanto aos aspectos financeiros, uma das poucas intervenções com evidências documentadas na redução da violência por parceiro íntimo, em que os esforços para conferir poder social e econômico à mulher mostram-se importantes na prevenção da violência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

6.1.2 Condições de saúde

Com relação às condições de saúde prévias, parcela considerável de mulheres apresentavam alguma comorbidade e faziam uso de algum medicamento para controle de doenças, com destaque dentre estas para as doenças psiquiátricas e o uso atual ou prévio de antidepressivo e benzodiazepínico, em que somente algumas mulheres atendidas pela violência referiram acompanhamento psicológico prévio na vida.

A literatura aponta que grandes proporções de mulheres que sofreram VPI apresentam, além das lesões físicas, forte associação a diversas outras condições adversas de saúde, tais como dores crônicas, distúrbios que afetam o sistema nervoso, circulatório, gastrointestinal, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e, nesse aspecto, com o dobro de risco de apresentar diagnóstico de depressão e, em média, 4,5 vezes maior de tentar suicídio quando comparadas a mulheres não expostas a esse tipo de violência (BOTT *et al.*, 2019; CARNEIRO *et al.*, 2017; HINK *et al.*, 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; WHO; LSHTM; SAMRC, 2013).

Apesar de decorrente de questões de gênero e do controle masculino sobre a mulher, não necessariamente causados por doenças mentais, a relação entre os aspectos psiquiátricos e a violência doméstica mostra-se bidirecional: os transtornos mentais podem aumentar a vulnerabilidade à violência, enquanto a exposição aos maus-tratos também pode desencadear danos psicológicos às mulheres (HINK *et al.*, 2015; WHO; LSHTM; SAMRC, 2013). São descritos sentimentos de medo, impotência, ansiedade, estresse, frustração, raiva e confusão, sintomas de estresse pós-traumático e depressão como transtornos mentais que aumentam a predisposição a agressões e o risco de violência doméstica (HINK *et al.*, 2015).

Dentre as mulheres em ambiente hospitalar estudadas, houve aquelas que se declararam usuárias de drogas ilícitas, etilistas e/ou tabagistas. Sobre esses aspectos, sabe-se que mulheres expostas a violência praticada por parceiro íntimo tendem a realizar uso prejudicial do álcool como meio de enfrentar as vivências ou de se automedicar (GARCIA *et al.*, 2016; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014) e têm probabilidade quase duas vezes maior de apresentar transtornos associados à ingestão abusiva de álcool (WHO; LSHTM; SAMRC, 2013). Em estudo realizado por Carvalho *et al.* (2018), a maioria das mulheres em situação de violência conjugal declarou abuso frequente de bebida alcoólica, cigarro e de benzodiazepínicos.

A natureza multifacetada da violência a torna um produto dos múltiplos fatores individuais e contextuais com influência sobre o comportamento, tendo o abuso de substâncias químicas, seja ela o álcool, drogas ou medicamentos, associados a episódios prévios de agressão, características que aumentam a probabilidade do indivíduo se tornar vítima ou agressor (ANDERSON *et al.*, 2015; HINK *et al.*, 2015; KRUG *et al.*, 2002).

6.1.3 Situação de parceria íntima e vínculo familiar

Quanto ao relacionamento afetivo, as mulheres eram casadas ou se encontravam em uma união estável, e houve a predominância de maior tempo de relacionamento com o parceiro. Em um estudo de prevalência, mulheres solteiras, em um relacionamento com menos de 10 anos de duração e que tinham filhos estavam em maior risco de abuso físico por parceiro íntimo nos últimos 12 meses avaliados (PRAISE INVESTIGATORS, 2013) e há uma tendência aos casais estarem juntos em um relacionamento em curso quando da maior ocorrência do incidente de violência (KOTHARI *et al.*, 2015).

Com relação ao fator tempo de relacionamento, as mulheres em um estudo descreveram o período do início da relação conjugal como período bom da relação, mas destacaram que, o passar do tempo impulsionou mudanças de comportamento pelo companheiro, como o ciúmes e relações extraconjugais, que desencadearam atos violentos de toda a natureza no convívio conjugal (VIEIRA *et al.*, 2014).

Prevaleceu no estudo mulheres com filhos, sendo filhos também do agressor e que moram junto à mãe agredida no mesmo domicílio. Em estudo de Vieira *et al.* (2014) o número variou de um a oito filhos, com uma média de 2,38 filhos. Capucci *et al.* (2015) citam uma tendência de 15% a 30% dos casos de comportamento abusivo por parceiro íntimo com início dos episódios de violência no período de gravidez da mulher. Bott *et al.* (2019) indicam para correlação da violência conjugal com menor idade na primeira união, maior paridade e ocorrência de situação de gravidez não programada.

O fato de ter filhos diminui a capacidade das mulheres de evitar o conflito com o agressor na rotina familiar, associado ao medo da violência do parceiro se estender aos filhos, e as torna ainda mais sujeitas a sofrer violência física, já que dificulta a busca por ajuda e a romper com o ciclo de violência (BRASIL, 2019; LUCENA *et al.*, 2016; SAFFIOTI, 1999a). Dados apontam a presença dos filhos como uma constante nos episódios de violência, que em 59,66% dos casos os filhos presenciam a violência do parceiro à mãe e em 21,64% eles chegam a sofrer da agressão juntamente com a mãe violentada (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019).

Ressalta-se assim o impacto da violência por parceiro íntimo também aos filhos das mulheres agredidas, haja vista que crianças e adolescentes expostos à violência familiar apresentam maior risco de envolver-se em comportamentos agressivos e antissociais ao longo do seu desenvolvimento, que se inclui perpetrar a violência em seus relacionamentos futuros na fase adulta (BOTT *et al.*, 2019; CARNEIRO *et al.*, 2017; CARVALHO *et al.*, 2018; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). Dessa forma, ocorre a reprodução transgeracional da violência, em que filhos que testemunharam a mãe ser agredida apresentam mais chances de cometer violência contra suas parceiras, e no caso das filhas que presenciam desde a infância relacionamentos violentos entre os pais, tendem a naturalizar e reproduzir tal modelo relacional em seus vínculos conjugais, que favorece a permanência de mulheres em relações conjugais desrespeitosas (CARVALHO *et al.*, 2018).

6.2 Caracterização do evento da violência por parceiro íntimo

6.2.1 Caracterização da agressão

O episódio de violência deu-se principalmente aos finais de semana, sábados e domingos, e no horário noturno, compreendido nesse estudo entre 18h00 e 23h59 horas. A ocorrência durante os finais de semana e nos períodos da noite associa-se aos períodos de maior contato entre a mulher e o parceiro, principalmente no domicílio, de maneira mais continuada, e reforça a importância do funcionamento ininterrupto dos serviços de referência na assistência às mulheres em situação de violência, para que haja o atendimento adequado nos períodos de maior demanda, finais de semana e a noite (GARCIA *et al.*, 2016).

Em sua maioria, os casos de violência atendidos ocorreram na cidade de Belo Horizonte-MG, na residência da mulher. Está bem definido, nos diversos estudos acerca da temática, o domicílio como local preponderante de ocorrência da violência por parceiro íntimo (DOURADO; NORONHA, 2015; MASCARENHAS *et al.*, 2020; VIANA *et al.*, 2018), o que reflete a casa, que deveria representar local seguro e de acolhimento às mulheres, inclusive contra as violências sociais, como o local mais perigoso para as mulheres em situação de violência pelo parceiro (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

A família tem se traduzido em uma das principais instituições reprodutoras das construções de gênero e desigualdades sociais entre homens e mulheres, na qual, o homem, em geral, costuma ocupar um lugar de autoridade máxima, dominador e provedor (na situação de pai, esposo ou ambos os papéis), que legitima uma cultura androcêntrica quanto à posição que homens e mulheres devem ocupar na sociedade (DUARTE *et al.*, 2015). Tal compreensão familiar reafirma a mulher como “sexo mais fraco”, com ênfase em sua função procriadora e geralmente confinada ao ambiente doméstico, principal local de violência (CAPUCCI *et al.*, 2015).

Sobre a temática, Saffioti (1999a) descreve o processo de territorialização do domínio familiar, em que o homem e suas vontades, como chefe, reinam incondicionalmente sobre os demais membros, tanto nos aspectos espaciais da residência, quanto simbólicos. Assim, todos vinculados àquele território, a casa, tornam-se passíveis de sofrer violência, das diversas naturezas, mesmo que não se encontrem mais instalados no domicílio ou no núcleo familiar, como é o caso em que a mulher, mesmo após rompimento do relacionamento, ainda assim torna-se vítima de feminicídio pelo parceiro, geralmente no interior da própria residência (SAFFIOTI, 1999a). Dados do IPEA (2020) reforçam a ocorrência do homicídio dentro da

residência, em percentual, de mulheres (38,9%) mostra-se 2,7 vezes maior que de homens (14,4%), o que reflete a dimensão do feminicídio por parceiro íntimo (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2020).

Seguido do domicílio, a ocorrência dos casos de violência deu-se também em via pública ou um local público, situação discutida por Dourado e Noronha (2015), que também obtiveram taxa aproximada em seu estudo (25%). O fato aponta para que nem mesmo os possíveis julgamentos sociais à prática presenciada de violência diante de terceiros mostrou-se impeditivo para que o parceiro efetuasse a violência contra a mulher nesses casos (DOURADO; NORONHA, 2015).

A violência foi perpetrada em sua maioria por um parceiro atual, por um cônjuge ou amasiado ou por um namorado, com relato frequente de reincidência, não se tratar do primeiro episódio de agressão física pelo parceiro. Estudos em que há a informação quanto ao agressor, percebe-se a prevalência do marido/companheiro nesta posição (BRASIL, 2019; CAPUCCI *et al.*, 2015; DOURADO; NORONHA, 2015; GARCIA *et al.*, 2016; VIANA *et al.*, 2018), com índices que chegam a 98% dos casos, que reafirma a violência ocorrente principalmente no contexto de um relacionamento íntimo estável (CAPUCCI *et al.*, 2015).

No entanto, ressalta-se que em algumas pesquisas há um percentual relevante de casos em que as mulheres que procuram o serviço de saúde com lesões devido a espancamento ou abuso não especificam o agressor, assim, informações sobre a relação entre eles não é comumente registrado, apesar de sua importância para as condutas e qualidade do atendimento e as estratégias de prevenção (CAPUCCI *et al.*, 2015; STÖCKL *et al.*, 2013). Estudos também têm ressaltado a violência realizada por ex-parceiros, que demonstra que, apesar do homem não mais conviver com a mulher, tal fato não o impediu de praticar a violência, o que corrobora o entendimento de que o rompimento do laço conjugal com um parceiro violento não significa situação de tranquilidade à mulher ou mesmo ausência de risco de sofrer episódios de agressão (DOURADO; NORONHA, 2015).

Assim, o período de ruptura do relacionamento exacerba os sentimentos de possessividade, controle, ciúmes e hostilidade geral por parte do homem sobre a mulher, mesmo após o fim da relação, o que acentua o risco da violência e de sua magnitude e reforça a condição de risco a qual as mulheres se expõem ao tentarem pôr fim à um relacionamento abusivo e previamente marcado por conflitos e agressões, que inclui maior risco ao feminicídio nessa fase, caso não sejam efetivadas medidas de proteção à mulher (DOURADO; NORONHA, 2015; MASCARENHAS *et al.*, 2020).

Além disso, a conjuntura de repetição da violência, em que mulheres sofrem sucessivas agressões, é apontada por alguns estudos (CAPUCCI *et al.*, 2015; KOTHARI *et al.*, 2015; MASCARENHAS *et al.*, 2020; VIEIRA *et al.*, 2014; WU *et al.*, 2010), que inclui mulheres com frequentes procuras por serviços de assistência, tanto denúncias formais do companheiro em instituição policial (VIEIRA *et al.*, 2014) e também comparecimentos a serviços de saúde de pronto socorro com diferentes lesões (CAPUCCI *et al.*, 2015; KOTHARI *et al.*, 2015; WU *et al.*, 2010). Dados do IPEA referem que as situações de violência podem se configurar semanalmente (35,60% das mulheres em que há reincidência) ou mesmo, em 39,47% dos casos, diariamente (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019).

Capucci *et al.*, 2015 descrevem também situações em que as mulheres podem relatar versões distintas como causas das lesões, como quedas ou tentativas de assalto, no intuito de desvencilhar o fato ao parceiro a fim de evitar a abordagem ou envolver o mesmo, sendo que essas mulheres geralmente apresentaram mais registros de visitas por lesões ao pronto socorro, em distintos episódios. Os autores indicam para a provável ausência de oferta de programas de suporte adequados, associados a esses casos de repetição da violência (CAPUCCI *et al.*, 2015) e a demanda reiterada por serviços de tratamento de trauma como oportunidades perdidas para intervir efetivamente na continuidade da relação abusiva, aumento crescente da gravidade das agressões e assim evitar casos de feminicídio decorrente de violência por parceiro íntimo (BARUFALDI *et al.*, 2017; WU *et al.*, 2010).

Nesse contexto, Saffioti (1999a) explora a definição de co-dependência em que a mulher, emaranhada em suas carências, necessita do parceiro para a sensação de segurança, ligada psicologicamente ao parceiro e à relação movida pela compulsividade do homem, que torna-se em si um vício, uma necessidade à mulher, que então a faz suportar a violência e a compreendê-la como parte indissociável do relacionamento, muitas vezes pelo período de anos, quando acontece a reincidência das agressões (SAFFIOTI, 1999a). A autora complementa com a diferença entre autonomia e independência, que para o relacionamento, mesmo que uma minoria de mulheres seja dotada de autonomia e liberdade de suas ações, faz-se comum haver grande dependência sentimental recíproca na relação afetiva (SAFFIOTI, 1999a).

A maioria das mulheres do presente estudo necessitaram do primeiro atendimento já no hospital de alta complexidade, geralmente encaminhadas a ele por serviço de atendimento pré-hospitalar, aos cuidados e definição de um profissional de saúde, principalmente pelo SAMU 192, com o tempo em geral reduzido entre a agressão e a entrada no serviço hospitalar de alta complexidade. Tais características representam a configuração da rede de serviços de urgência

e emergência e o quanto ela necessita ser pensada e preparada para abarcar adequadamente a assistência às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo.

As mulheres foram agredidas principalmente por meio de força corporal direta, ou espancamento, com uso de algum instrumento pelo parceiro para proferir a agressão arma branca, algum objeto contundente ou perfurante e uma arma de fogo, além dos casos de queimadas, com casos de aplicação de mais de uma forma de agressão física, de forma concomitante. A força corporal/espancamento é o principal meio de agressão do parceiro às mulheres atendidas nas emergências (GARCIA *et al.*, 2016), no entanto, tem sido acompanhado de um aumento gradativo de uso de outros meios, como a arma de fogo (ENGEL, 2020).

Apesar de no presente estudo o uso de uma arma de fogo ter apresentado menor porcentagem de casos, observa-se uma preocupação crescente dos autores quanto a esse meio de violência no âmbito familiar (KONGKAEWPAISAN *et al.*, 2020; MINAYO, 2005). A aquisição de armas de fogo representa combinação perigosa que desencadeia maior risco de violência doméstica em famílias que têm a presença de um agressor, causa comum de ferimentos que requerem hospitalização nos Estados Unidos (KONGKAEWPAISAN *et al.*, 2020). Minayo (2005) se refere à arma de fogo como um instrumento que serve ao machismo pós-moderno propositalmente para provocar lesões e matar. No Brasil, no período de 2013 a 2018, foi detectado aumento de 25% nos homicídios de mulheres por arma de fogo dentro das residências, o que parece comprovar o crescimento na difusão de armas e sua influência no feminicídio para o país (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2020).

Durante o atendimento hospitalar, apesar de um elevado número de prontuários não apresentar informações quanto ao uso de bebida alcoólica ou de drogas ilícitas pelo parceiro agressor, houve casos em que as mulheres relataram a um profissional de saúde que o parceiro havia ingerido bebida alcoólica e/ou feito o uso de drogas ilícitas. De acordo com a OMS, álcool e violência mostram-se relacionados, com influência direta do consumo excessivo de bebida alcoólica nas funções físicas, cognitivas e redução do autocontrole, o que pode predispor ao confronto e comportamentos violentos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). Estudos descrevem a ingestão de álcool por parte do agressor, mesmo de forma não abusiva, e o uso de drogas ilícitas, com papel significativo na perpetração de violência contra as mulheres pelo parceiro (CARVALHO *et al.*, 2018; GARCIA *et al.*, 2016; MASCARENHAS *et al.*, 2020; VIEIRA *et al.*, 2014).

Nesse contexto relacional, as mulheres tendem a explicar a violência conjugal como uma consequência direta do efeito da bebida, no intuito de buscar uma resposta à causa do comportamento explosivo do companheiro (VIEIRA *et al.*, 2014). No entanto, a ingestão

abusiva de álcool consiste em um elemento potencializador, fator precipitador de violência, mas sem relação causal direta entre os fenômenos: o consumo de álcool compreende assim mais um dentre os diversos fatores contribuintes à complexa rede de vulnerabilização das mulheres à violência pelo parceiro (CARVALHO *et al.*, 2018; GARCIA *et al.*, 2016; KRUG *et al.*, 2002; VIEIRA *et al.*, 2014). O consumo de bebida alcoólica interfere ainda na expectativa do homem de que, por isso, as outras pessoas tolerem mais tais comportamentos e tende a conferir maior gravidade às lesões e consequências da violência para as mulheres (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

Além disso, as tentativas da mulher em persuadir o parceiro a parar de beber, por meio do questionamento feminino quanto ao uso do álcool pelo homem, também se mostrou como desencadeador de violência, reação masculina reforçada por uma construção sociocultural de submissão e passividade como atributos inerentes ao feminino, que não deveria assim opor-se ao comportamento do parceiro (CARVALHO *et al.*, 2018; VIEIRA *et al.*, 2014).

6.2.2 Caracterização da lesão advinda da violência

As mulheres no presente estudo apresentaram lesões principalmente na face, cabeça, membros superiores e região torácica, com situações de múltiplos locais corporais lesionados, com destaque para o acometimento, especificamente, dos olhos, da região da boca/mandíbula/mento e região cervical.

Os locais do corpo mais afetados pela agressão sofrida por mulheres tem sido a cabeça, face, pescoço e membros superiores, mais comumente golpeadas pelos agressores, com desenvolvimento frequente de lesões musculoesqueléticas, lacerações e fraturas (ANDERSON *et al.*, 2015; DOURADO; NORONHA, 2015; ENGEL, 2020; PRAISE INVESTIGATORS, 2013; WHO; LSHTM; SAMRC, 2013; WU *et al.*, 2010;). Especificamente a região da cabeça e pescoço têm se mostrado um marcador significativo de violência por parceiro íntimo, um padrão de lesão física em mulheres que se apresentam na emergência hospitalar, que tem evidenciado a possibilidade de diferenciar as situações de violência por parceiro íntimo dos acometimentos por demais causas externas (DOURADO; NORONHA, 2015; GARCIA *et al.*, 2016; WU *et al.*, 2010). Assim, ferimentos não testemunhados na cabeça, pescoço ou na face, além da presença de múltiplas lesões, foram fortemente associadas e por isso sugestivas de violência por parceiro íntimo (WU *et al.*, 2010).

Estudo de WU *et al.* (2010) apresenta importante contribuição acerca da compreensão possível quanto ao mecanismo de trauma, como lesões do tipo defesa se encaixam no padrão geral de lesões decorrentes de violência por parceiro íntimo: a mulher faz uso dos braços e mãos na tentativa de se defender dos golpes do agressor, no entanto, ele tende a continuar a agredi-la até conseguir atingir a área pretendida, a face da mulher, o que explica com plausibilidade o fato das lesões em membros superiores não serem em si um indicador de violência por parceiro íntimo, apesar de bastante frequentes, mas sim as lesões na região da cabeça, face e pescoço, mesmo que não representem as lesões mais graves, e principalmente, a presença de múltiplas lesões, marcadores significativos dos casos de violência por parceiro íntimo.

Os autores complementam não terem identificado associação entre lesões no tórax, abdome, pelve, coluna e violência por parceiro íntimo, além das lesões de extremidade inferiores que também foram menos prováveis (WU *et al.*, 2010). As múltiplas lesões também foram apontadas por Anderson *et al.* (2015) com maior probabilidade de ocorrência dentre mulheres vítimas de violência dessa natureza, com maior necessidade de comparecimentos ao serviço de emergência e hospitalizações.

As agressões intencionais ao rosto são discutidas por Dourado e Noronha (2014) em seus aspectos físicos, que afetam a concretude corporal, e principalmente à subjetividade e significados vinculados às marcas faciais, como instâncias indissociáveis ao ser humano violentado. O indivíduo constrói suas relações sociais a partir do corpo, dessa forma, a violência física intencional por um parceiro afetivo representa a quebra de limites e a invasão do espaço corporal da mulher, prioritariamente em área corporal de grande visibilidade e simbolizada culturalmente, e assim, as marcas deixadas na face, temporárias ou permanentes, violam os traços e padrão de beleza previamente existentes e visualizados pelo outro; expõem a mulher ao olhar alheio; assumem significado de demarcação de território pelo agressor, que revitimiza-a continuamente e impacta na identidade pessoal da mulher (DOURADO; NORONHA, 2014, 2015).

Na área da traumatologia bucomaxilofacial, a abordagem geralmente biomédica tende a atentar para os efeitos físicos isoladamente e assim associar a alta prevalência de atendimentos por lesões faciais em serviços de saúde, principalmente, por considerar a cabeça região mais exposta e com menos proteção, mais especificamente, o rosto (DOURADO; NORONHA, 2014). No entanto, as autoras salientam a importância de se rever essa atribuição objetiva, baseada em causa e efeito sobre a estrutura corpórea, e considerar as situações que originaram as lesões, com o rosto como o alvo escolhido pelos homens para agressão, haja vista sua forte carga simbólica (DOURADO; NORONHA, 2014).

Relevante discutir nesse contexto o valor cultural da beleza que é atribuído ao rosto nas relações entre parceiros íntimos, já que, por meio da violência, o agressor viola a face da mulher, local mais sujeito à apreciação e ao julgamento social na convivência futura dela com demais indivíduos. Assim, há impacto direto com depreciação de sua autoimagem, de acordo com padrões preestabelecidos pela sociedade que cultua a beleza feminina e seu poder de sedução por meio dela, com possível impacto negativo na projeção de novos relacionamentos amorosos, fatores que geram intenso sofrimento emocional, a curto e longo prazo à mulher (DOURADO; NORONHA, 2014).

Com relação à boca como foco da agressão, há o entendimento de que, após desgastados os canais de comunicação do casal, o conflito adquire natureza violenta e o marido age por meio da violência física a fim de suprimir a fala da mulher, ato que manifesta então um poder por força física contra a esposa para anular o seu poder de fala (DOURADO; NORONHA, 2014). Assim, as várias peculiaridades da face, que vão além de cicatrizes, perdas dentárias e disfunções mastigatórias, fazem com que sua violação se revista de sentidos que vão muito além da esfera anatômica, fatores que precisam ser considerados pelos profissionais envolvidos na assistência às mulheres para que não haja uma compreensão limitada do real fenômeno (DOURADO; NORONHA, 2015).

Quanto ao tipo de lesão, prevaleceram no presente estudo os traumas fechados, contusões e traumatismo cranioencefálico, em que as mulheres desenvolveram ferimentos perfurocortantes, fraturas ósseas, ferimentos cortocontusos e queimaduras, das quais, preponderaram as queimaduras na forma grave, classificadas como grande queimadas ou queimadas de grande gravidade. Em estudo de Garcia *et al.* (2016) também predominou a ocorrência de lesões decorrentes de força corporal ou espancamento (60,7%), seguidas de corte ou laceração (46,4%) e contusão (20,2%), haja vista o uso de objetos perfurocortantes (20,9%) e objeto contundente (11,9%). Entorses, fraturas, lacerações, facadas, contusões no peito e queimaduras são citadas por Wu *et al.* (2010) como as formas de lesões mais graves apresentadas pelas mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo, geralmente concomitantes a lesões faciais contundentes.

Com relação às queimaduras, o protocolo preconizado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica define a gravidade do trauma por queimadura de acordo com os parâmetros extensão corporal atingida, profundidade da lesão e local do corpo queimado, sendo o paciente queimado classificado então como pequeno, médio ou grande queimado, similar ao uso dos termos queimado de pequena, média ou grande gravidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2008).

Estudo de Lama *et al.* (2015) de atendimentos em unidade especializada de queimados mostrou dentre pacientes com queimaduras intencionais a predominância de: mulheres, casadas, jovens, com episódio mais ocorrente na residência (95%), desencadeadas por fogo e querosene, e que apresentaram queimaduras mais extensas, de maior gravidade e mortalidade, quando se tratavam de casos de agressão, do que as queimaduras não intencionais, com altos níveis posteriores de morbidade física e psicológica às sobreviventes.

Além disso, fatores de risco psicossociais subjacentes foram associados à maioria dos casos no estudo anterior, com abuso prévio de drogas ou álcool, baixo status socioeconômico e importante relato de pacientes que apresentam queimadura autoinfligida sem a intenção de se matar, mas sim no intuito de atrair atenção à angústia extrema e situação familiar estressante vivida, que aponta para a associação entre queimaduras, tentativas de auto-extermínio e a situação de violência por parceiro íntimo como desencadeadora, ao anteceder tais problemas de saúde para as mulheres, fato também observado em estudo brasileiro que o antecedeu (DINIZ *et al.*, 2007; LAMA *et al.*, 2015).

Assim, queimaduras intencionais em mulheres devido a agressão ou automutilação frequentemente são resultantes da violência doméstica baseada no gênero, decorrente do abuso físico e psicológico de mulheres pelo companheiro, que reforça a necessidade de uma abordagem de saúde pública para a adequada identificação das mulheres em risco e desenvolver medidas para compreender e abordar questões psicossociais e culturais de gênero como prioridade na prevenção de queimaduras à mulheres, que muitas vezes, devido à situação de dependência ao parceiro e à ausência de rede de apoio e segurança social, não têm opção a não ser voltar para a mesma casa, junto ao agressor, após a alta hospitalar (DINIZ *et al.*, 2007; LAMA *et al.*, 2015).

6.3 Caracterização do atendimento hospitalar às mulheres

6.3.1 Caracterização do atendimento no pronto socorro

Ao dar entrada no hospital, os pacientes são submetidos a classificação de risco, que segue os moldes do Protocolo de Manchester. Dentre as mulheres que compõem essa pesquisa, a porcentagem de prontuários que continham a classificação de risco não atingiu a totalidade ou mais próximo dela, provavelmente, devido ao fato de, no período de 2016 a 2019, que compreende a pesquisa houve mudanças na instituição quanto ao fluxo e modelo de registro da classificação, que somente foi devidamente padronizada em prontuário a partir de 2018.

A maioria das mulheres ter sido classificada como muito urgentes/laranja e encaminhadas para avaliação na sala de politraumatismo, que possibilita a avaliação quando necessário por mais de uma especialidade e cuidados de maior complexidade, reforça a demanda de cuidados em saúde dos casos atendidos dessa natureza de violência e indica para a situação de politraumatismo ocorrente, o grau de lesões a que pode chegar a VPI e sua gravidade, que mesmo diante da magnitude observada, aponta para a invisibilidade da VPI nos serviços de saúde.

O aumento na gravidade ou frequência da violência, que leva a mulher ao reconhecimento de que não haverá uma mudança de conduta por parte do parceiro agressor, e assim a constatação de que sua vida ou a de seus filhos esteja em perigo, configuram como gatilhos, fatores importantes para motivar o relato e denúncia da violência, conforme descrito por mulheres que vivenciaram tal situação (KRUG *et al.*, 2002). Assim, haja vista que a fase aguda e mais grave da agressão pode levar as mulheres a relatarem a situação de violência a qual estão expostas, os profissionais de saúde atuantes em hospitais de urgência e emergência representam atores importantes nesse processo (AHMAD *et al.*, 2017; PRAISE INVESTIGATORS, 2013).

Pesquisa que abordou pacientes mulheres e homens, vítimas ou perpetradores de VPI, em um condado norteamericano, detectou um padrão de maior utilização de serviços em pronto socorro relacionada ao tratamento de lesões decorrentes de violência por parceiro íntimo, com taxas de 68,1 hospitalizações por 10.000 pessoas, significativamente maiores do que a taxa de uso hospitalar esperada da população em geral, de 17,0 por 10.000 pessoas, dentre esses, as mulheres, independentemente do tipo de envolvimento como vítimas ou perpetradoras, tiveram taxa significativamente maior de visitas do que os homens (KOTHARI *et al.*, 2015).

A referida pesquisa identificou então que indivíduos bidirecionalmente violentos, portanto, que sofreram injúria e agiram de forma violenta no episódio, tiveram os níveis mais altos de visitas ao pronto socorro e de hospitalizações por lesões, que leva a perceber situações de elevada agressividade mútua no relacionamento, na qual muitas vezes a mulher recorre à violência em legítima defesa, que leva então à violência bidirecional (KOTHARI *et al.*, 2015). Os autores descrevem que há uma elevada entrada e saídas do pronto socorro por ferimentos decorrentes de VPI, provavelmente, quando da menor gravidade das agressões, no entanto, ressalta que, semelhante às visitas em setor de emergência, pode haver uma subestimação da real presença de mulheres em situação de internação hospitalar em enfermarias clínico-cirúrgicas, que podem ser tão altas quanto as passagens no pronto socorro, com subdimensionamento do problema (KOTHARI *et al.*, 2015).

No presente estudo, a informação de se tratar de um caso de violência por parceiro íntimo geralmente não é referida desde à admissão no hospital, que mostra que as mulheres são primeiramente atendidas com um diagnóstico clínico exclusivamente focado no tipo de trauma ou lesão, e somente ao longo da permanência hospitalar compreendido e registrado como um caso de VPI. O assistente social mostrou-se o profissional que mais registrou pela primeira vez essa informação no prontuário, com abordagem à mulher (ou algum acompanhante desta) sobre esse aspecto originário da agressão, enquanto o profissional enfermeiro apresentou índice muito baixo de detecção e registro em prontuário da situação de VPI.

Sobre esse aspecto, discute-se que os profissionais de saúde assistenciais não estão preparados para identificar as mulheres em situação de violência e fornecer a elas o apoio adequado (EDUCATE INVESTIGATORS, 2018; MCGARRY, 2017). Na maioria dos países, médicos e enfermeiros raramente perguntam às mulheres se estão em um relacionamento abusivo, ou mesmo verificam se há sinais esperados de violência (BAKON *et al.*, 2019; KRUG *et al.*, 2002). O questionamento direto sobre situações de violência, em um ambiente privativo, acolhedor e sigiloso, mostra-se importante para que a maioria das mulheres relate adequadamente sobre o ocorrido, o que consiste, assim, ação fundamental dos profissionais de saúde no atendimento a mulheres que podem ter sofrido VPI (AHMAD *et al.*, 2017; PRAISE INVESTIGATORS, 2013; UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2018).

Sabe-se que apenas 14% das mulheres que procuram serviços de saúde com lesões são perguntadas sobre violência por parceiro íntimo, mesmo sendo referido por quase 75% delas que os profissionais de saúde devam perguntar a todas as mulheres se elas se encontram em tal situação de violência (PRAISE INVESTIGATORS, 2013). Mulheres que procuram uma unidade de trauma com lesões geralmente apoiam o rastreamento, a fim de possibilitar a identificação e proceder com ações de apoio e suporte às mulheres. A prática mostra-se relevante, já que o conhecimento acerca dos recursos disponíveis em situação de VPI varia de acordo com o contexto regional e cultural em que a mulher se encontra, com locais em que 60% das mulheres apresentam conhecimento sobre tais recursos, enquanto há demais localidades em que as mulheres não se mostram cientes sobre eles (PRAISE INVESTIGATORS, 2013; UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2018).

Além disso, o perfil de assistência em saúde em serviços de emergência hospitalar, essencialmente baseada em diagnósticos médicos e em modelo de tratamento com ênfase nos sintomas e sua medicalização para resolução clínica, limitado ao emprego de tecnologias exclusivamente materiais, tecnologias duras, pode representar barreira ao questionamento e ao

relato da natureza da violência por parceiro íntimo pelas mulheres, ao induzir falta de acesso ou confiança delas aos profissionais de saúde para descrever durante o atendimento o mecanismo de agressão sofrida e o vínculo com o perpetrador (BAKON *et al.*, 2019; GUIMARAES; PEDROZA; GREGÓRIO, 2020; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). Importante a adoção de medidas pelos serviços de saúde para que os episódios de VPI não sejam compreendidos como situações individuais e passíveis de tratamento que foque, exclusivamente, a resolução do dano físico, a nível institucional (MCGARRY, 2017).

Os profissionais de saúde, geralmente único contato das sobreviventes, muitas vezes não realizam triagem consistente acerca da VPI devido tempo, recursos e treinamentos limitados, receio em ofender a paciente e baixo estímulo institucional, fatores que levam à perda de oportunidades para as mulheres acessarem informações, recursos e suporte adequados (UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2018; MCGARRY, 2017)

Dessa forma, há uma lógica da supressão de sintomas como a tristeza e a ansiedade, indicadores do sofrimento vivido e da necessidade de aplicação terapêutica na modificação dos aspectos de vida, não somente em sinais corporais agudos, e assim a abordagem exclusivamente biomédica induz ao mascaramento do sofrimento, invisibilidade do problema e à manutenção das situações de violência, além de consistir em violência institucional (GUIMARAES; PEDROZA; GREGÓRIO, 2020). As feridas do corpo físico acabam por suplantam as feridas da alma, as lesões visíveis ganham destaque em detrimento às lesões invisíveis, impacto de os profissionais assistenciais, e nesse estudo com abordagem em especial ao profissional enfermeiro, não realizarem acolhimento e escuta adequados, com dedicação de tempo e atenção à mulher assistida e a adequada aplicação de tecnologias leves.

Especialistas têm argumentado entender a triagem de rotina como benéfica para o rompimento da estigmatização e maior divulgação do problema da VPI, que facilita a comunicação e decisões que auxiliem no rompimento do relacionamento abusivo, conjuntamente, vítima e o profissional de saúde, que deve consistir em uma diretriz institucional o conhecimento de tais sinais de abuso ao tratar as pacientes (MCGARRY, 2017; WU *et al.*, 2010). No entanto, tem-se que considerar também o dano potencial da abordagem de uma questão tão delicada nos casos em que a mulher não esteja preparada psicologicamente para revelar de forma voluntária o abuso e, conseqüentemente, atuar de forma ativa no difícil movimento de romper com a violência em sua vida, fator que impacta para a ausência de evidências suficientes no sentido de rastrear rotineiramente todas as mulheres para situação de violência por parceiro íntimo nos serviços, assim, com tendência à recomendação atual de

sociedades especializadas para a triagem das mulheres consideradas em elevado risco de violência dessa natureza (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; WU *et al.*, 2010).

Assim, Saffioti (1999a) aponta que para a adequada detecção da natureza da violência, talvez a escuta deva ser realizada com auxílio de um profissional assistente social ou psicólogo(a), em local apropriado, com o devido sigilo, para a detecção e encaminhamento correto dos casos. Outros autores reforçam que o setor de pronto socorro, mesmo por natureza um ambiente continuamente lotado e com diversas atividades concomitantes, fatores que dificultam a abordagem precisa das pacientes, mostra-se importante local para detecção adequada dos casos de violência por parceiro íntimo, com oportunidades relevantes dentro da configuração dos cuidados hospitalares de medidas efetivas de intervenção às mulheres em situação de violência (AHMAD *et al.*, 2017; KOTHARI *et al.*, 2015; WU *et al.*, 2010).

6.3.2 Caracterização do atendimento quando da internação hospitalar

No presente estudo, destacou-se a elevada porcentagem de mulheres que necessitaram de internação hospitalar para tratamento das lesões advindas da agressão física pelo parceiro. Em pesquisa de Garcia *et al.* (2016) que avaliou fatores associados ao atendimento de mulheres por violência doméstica e familiar em serviços de urgência e emergência em 25 capitais brasileiras, as mulheres necessitaram procurar atendimento em outro serviço previamente à entrada no hospital em que se deu o tratamento, e à avaliação hospitalar a maioria delas evoluiu para alta (75%), 8,8% requereram internação hospitalar e 0,7% evoluíram para óbito (GARCIA *et al.*, 2016).

No estudo atual todas as mulheres foram submetidas a um ou mais procedimentos invasivos e cuidados adicionais, diversas medicações de variadas classes, exames de imagem e laboratoriais e, em alguns casos, necessidade de transporte externo a outros hospitais para terapêutica, que reforçam as diversas necessidades em saúde das mulheres em situação de violência. As mulheres realizaram ainda uma ou mais intervenções cirúrgicas, de diversas especialidades, com demanda por internação em unidade de terapia intensiva, que em sua maioria finalizaram a permanência em setor de enfermaria, até a alta hospitalar. WU *et al.* (2010) citam dados em que 21% das mulheres que apresentaram lesões agudas necessitaram de cirurgia de emergência.

Tais resultados desse estudo possibilitam identificar que mulheres agredidas pelo parceiro demandam uma série de cuidados e atendimentos especializados, urgentes e emergentes, com cuidados críticos e invasivos, configurando a magnitude da violência sofrida

pelas mulheres, o que reforça o impacto deletério das relações de gênero e as reais consequências nefastas da VPI às mulheres, em sua saúde e sua vida, impactando toda a sociedade, retratando a magnitude da VPI e a importância das instituições hospitalares referência em atendimento de urgência e emergência como local de detecção dos casos de violência, acolhimento, tratamento, cuidado e um dos pontos de composição da rede intersetorial para o enfrentamento e rompimento do ciclo de violência, sua escalada de gravidade e a prevenção de feminicídios.

Nesse contexto, pesquisa norte-americana de Davidov *et al.* (2017) sobre hospitalização relacionada à violência por parceiro íntimo apresentou como procedimentos comumente realizados às pacientes internadas: intubação e ventilação mecânica; transfusões de sangue; cateterismo vascular; endoscopia digestiva alta; desbridamento de feridas, queimaduras ou infecção; cateterismo vesical de demora; drenagem torácica ou toracocentese; hemodiálise; tratamento ortopédico de fratura ou luxação; procedimento de sutura; tomografia computadorizada, resultados em alinhamento com o observado no presente estudo.

Em estudo de Davidov *et al.* (2017) obteve-se média de tempo de permanência hospitalar das pacientes em situação de violência de 10,5 a 12,2 dias, mortalidade de 2,2% a 2,5%. No presente estudo, as medianas quanto à permanência foram de 9 dias em unidade de terapia intensiva, 7 dias em enfermaria, com tempo total de internação hospitalar de 8 dias, máxima de permanência de 99 dias no hospital.

O maior custo da violência traduz-se nas perdas prematuras de vidas e às sequelas irreversíveis às mulheres, com impacto nos anos de vida perdidos pelas mortes ocorridas e pelas incapacidades instaladas, sendo importante destacar a evitabilidade da VPI, causadora de tais danos às mulheres. Também há elevada alocação de recursos para manter serviços de segurança pública, sistema prisional, de assistência social e em saúde necessários às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo e suas famílias, além dos custos de licenças médicas e absenteísmo, aposentadorias, pensões dentre outros inerentes a esse contexto (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014;).

Além dos ferimentos físicos imediatos advindos do episódio de violência, outras consequências não-fatais para a saúde mostram-se frequentes, muitas com efeitos de longo prazo, como: incapacitações; dor crônica; abuso de substâncias como cigarro, álcool e drogas; problemas de saúde reprodutiva; condições de saúde mental como depressão, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade e comportamento suicida; diversas outras doenças crônicas e infecciosas; todos esses fatores decisivos para que a VPI afete de forma

desproporcionalmente superior com prejuízos à saúde, quando comparada a outras formas de violência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2018).

Assim, as mulheres em situação de violência necessitam de cuidados imediatos com serviços especializados, abrangentes e de qualidade, mobilizam diversas clínicas assistenciais, procedimentos e todo o serviço em geral de forma bastante variada, que sejam, portanto, capazes de apoiá-las nas suas preocupações e demandas, contando com profissionais de saúde capacitados e sensíveis às questões de gênero, que então possam prestar cuidados e informações em prol de ajudá-las na recuperação do trauma vivido e a minimizar potenciais consequências de saúde a curto e longo prazo (AHMAD *et al.*, 2017; BAKON *et al.*, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

6.4 Caracterização das complicações e desfecho clínico

Devido à agressão e internação hospitalar a ela decorrente, as mulheres apresentaram complicações, com prevalência das infecções, pneumotórax, hemotórax e complicações neurológicas. Estudo de Davidov *et al.* (2017) referiu como principais diagnósticos frequentemente associados a esse tipo de violência: pneumonia; doença pulmonar obstrutiva crônica e bronquiectasia; lesão intracraniana; tratamento de feridas e fraturas; insuficiência renal aguda; distúrbios de fluidos e eletrólitos; sepse; além de terapia psiquiátrica e psicológica, que indicam o quanto a violência por parceiro íntimo representa necessidade de assistência em saúde adicional à mulher.

Sobre o desfecho clínico, a maioria das pacientes teve alta hospitalar, das quais, somente em 01 caso não foram encontrados registros em prontuário quanto a algum encaminhamento ambulatorial. Conforme registros em sistema informatizado da instituição, parcela relevante das mulheres necessitou de atendimentos de retorno em serviços ambulatoriais no próprio hospital ou em alguma outra instituição da rede hospitalar a qual faz parte (e por isso é possível visualizar em sistema informatizado o comparecimento da paciente), em alguns casos com necessidade de reinternação hospitalar na instituição, para continuidade da terapêutica em outro momento oportuno ou para tratamento de complicações posteriores à alta hospitalar. Mostrou-se expressivo o número de mulheres que havia em seu prontuário alguma descrição de limitações ou sequelas físicas às quais passou a apresentar após a agressão, principalmente cicatrizes dos ferimentos, comprometimentos motores e neurológicos.

6.4.1 Mortes

Acerca do desfecho clínico, 08 mulheres morreram no presente estudo, 01 paciente à entrada no hospital, no pronto socorro, e as outras 07 mulheres após extenso período de internação hospitalar na unidade de terapia intensiva, que correspondeu a taxa de óbito de 6,86% dentre as mulheres internadas.

Observou-se ao longo do período estudado que, nos anos de 2016 a 2018 parece ter havido aumento no número de casos e na necessidade de internação hospitalar das mulheres, mas com redução no ano de 2019, o que faz parecer, portanto, estacionário, e que carece de análises estatísticas adicionais de tendência. No entanto, ressalta-se que 50% dos óbitos no período ocorreram no último ano (2019), o que indica a gravidade da violência a que essas mulheres atendidas nesse contexto hospitalar foram submetidas.

Além disso, destaca-se que os dados provavelmente devam ser ainda mais expressivos na atualidade, nos anos de 2020 e 2021, haja vista que na situação de pandemia de Covid-19 vigente houve importante incremento nas desigualdades, incluída as de gênero, com as mulheres obrigadas a permanecer em isolamento domiciliar junto a seus parceiros agressores, muitas vezes sem redes de apoio efetivas para busca de ajuda ou alternativas viáveis para saída do relacionamento abusivo em situação de pandemia (VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020).

O homicídio é uma causa importante de mortalidade prematura em todo o mundo, mas a evidência da magnitude dos assassinatos de mulheres por parceiro íntimo, geralmente resultado de uma longa história de abusos, são escassos e dificultados pela grande quantidade de informações faltantes, em especial sobre a relação vítima-agressor (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2020; STÖCKL *et al.*, 2013). Barufaldi *et al.* (2017) corroboram a situação de vulnerabilidade feminina ao óbito no contexto do relacionamento afetivo e complementam com análise em relação ao ciclo de vida, em que, tanto para adolescentes quanto mulheres adultas, o parceiro íntimo se manteve como principal agressor associado aos óbitos das mesmas, em 39,9% e 59,9%, respectivamente (BARUFALDI *et al.*, 2017).

Revisão sistemática de Stöckl *et al.* (2013), realizada com apoio da OMS para estimar a prevalência global e regional de homicídio por VPI, que avaliou dados de 66 países, mostrou que 38,6% dos homicídios femininos foram perpetrados por um parceiro íntimo, a se considerar ainda que em 19,8% dos casos não haviam informações quanto à relação vítima-agressor, com aumento da porcentagem para 47,4% quando analisados somente os casos em que a relação vítima-agressor era conhecida, ao desconsiderar, portanto, as informações ausentes. O estudo

mostrou então de forma consistente o homicídio pelo parceiro íntimo como a principal forma de assassinato das mulheres, em todos os países analisados (STÖCKL *et al.*, 2013).

Os autores contribuem com a análise de que, diferente de demais homicídios, o feminicídio por parceiro íntimo geralmente não apresenta característica de premeditação, mas deriva de uma derrota presumível da mulher no confronto com o parceiro homem (SAFFIOTI, 1999a), que consiste no desfecho resultante da atuação ineficaz da sociedade, nos seus diversos setores (saúde, segurança, educação, assistência social) na identificação e resposta de pronto à violência contra as mulheres (BARUFALDI *et al.*, 2017; STÖCKL *et al.*, 2013). Dessa forma, trata-se de mortes anunciadas, haja vista o entendimento do maior risco das mulheres ao assassinato, de acordo com históricos de agressões que demonstram a ineficácia, muitas vezes, das medidas protetivas em preservar a vida das mulheres nessa situação, e que demonstra o caráter crônico e a importância em se atuar prontamente para a interrupção do ciclo de violência por parceiro íntimo (BARUFALDI *et al.*, 2017).

6.4.2 Encaminhamentos

Dentre as mulheres que tiveram alta do pronto socorro, houve maior ênfase dos encaminhamentos nos atendimentos com entrada e saída do pronto socorro para necessidades em saúde referentes aos aspectos psicológicos, comportamentais e de assistência social, com menor frequência a serviços médicos especializados.

Quando comparadas as mulheres que necessitaram ou não de internação hospitalar, observada uma mudança no perfil de prevalência dos encaminhamentos, com maior necessidade das mulheres internadas de direcionamento para realização de fisioterapia, e menor enfoque nos encaminhamentos à rede especializada de apoio a mulheres em situação de violência.

A assistência às mulheres em situação de VPI baseia-se na interlocução entre diferentes serviços, portanto, o hospital de atendimento emergencial às mulheres feridas deve referenciá-las adequadamente a demais serviços de saúde para tratamento dos impactos da agressão a longo prazo; instituições especializadas em casos associados ao abuso de drogas; organizações de assistência social; segurança; apoio jurídico; dentre outros, processos em que mostra-se fundamental o nível de informação e esclarecimento provido pelos profissionais de saúde à mulher, quanto aos seus direitos e possibilidades, como subsídio para a tomada de decisões por ela (BELO HORIZONTE, 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Dessa forma, o atendimento continuado de qualidade e com apoio às necessidades específicas, centrado em cada mulher, seus valores e crenças, pode reduzir o trauma sofrido, auxiliar na recuperação e minimização das graves consequências dos abusos para a saúde mental e prevenir sua reexposição a atos de violência, com abordagem profissional recomendada a nível de toda a família e suas vulnerabilidades para êxito da intervenção (BELO HORIZONTE, 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Nesse contexto, consta em guia de atendimento às mulheres em situação de violência do município de Belo Horizonte/MG, local do estudo, o serviço Benvinda, ao qual algumas mulheres foram encaminhadas. Trata-se de um centro de apoio especializado, que atua na orientação, atendimento, acompanhamento e encaminhamento de mulheres em situação de violência de gênero no âmbito doméstico e/ou intrafamiliar, que conta com ações psicossociais, grupos de mulheres e orientação jurídica, além do encaminhamento dos casos de risco iminente de morte para abrigo na Casa Sempre Viva, quando da inexistência de demais recursos de proteção à mulher contra novos episódios de violência (BELO HORIZONTE, 2015).

O encaminhamento à delegacia de mulheres, especializada em crimes contra as mulheres, mostra-se importante para a devida notificação oficial à justiça do caso, andamento do boletim de ocorrência e tomada de medidas de segurança à mulher, que nem sempre contará com uma rede de apoio familiar e social efetiva que garanta sua proteção contra novas agressões. É um dever do profissional de saúde e um direito da mulher ser devidamente esclarecida sobre o boletim de ocorrência (BELO HORIZONTE, 2015).

A esse respeito, mostra-se significativa a parcela de mulheres agredidas fisicamente pelo parceiro que não procura a polícia, além daquelas que, ao receberem atendimento policial, optam por não registrar ou manter a queixa, situações que invisibilizam a agressão e que impossibilitam o seguimento de ações para investigação e punição dos agressores (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019). São descritas como prováveis motivações para a não notificação da violência pela mulher, principalmente, o medo de represália ou vingança pelo parceiro autor da violência, evitar constrangimentos, e desconfiança na polícia, com destaque para maior percentual de mulheres brancas que adotam a conduta de não prestar queixa (18,2%) em comparação a mulheres negras (10,7%) (ENGEL, 2020; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019).

Com relação ao encaminhamento a serviços de abordagem e acompanhamento psicológico, provavelmente não é realizado em alguns casos devido a não identificação e condutas pelos profissionais de saúde assistenciais, mesmo diante da evidente interface das experiências de violência física aos problemas de saúde mental, com impactos emocionais

negativos dificilmente superados sem o acompanhamento articulado com especialistas, que garantam qualidade na atenção em saúde mental às mulheres (DOURADO; NORONHA, 2014; VIEIRA *et al.*, 2014).

Especificamente nos casos de ferimentos faciais, a agressão é permeada por ainda mais acentuada vivência da vergonha, humilhação, autodepreciação e sofrimento psíquico, então com necessidade de cuidado multidisciplinar, que geralmente inclui emergencistas, cirurgias plásticas, ortopedistas, odontólogos, fisioterapeutas, equipe de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais (DOURADO; NORONHA, 2015). Todos eles necessitam estar sensibilizados e capacitados para prestar atenção em saúde adequada às mulheres em situação de violência, que não pode limitar-se aos acometimentos físicos do ocorrido, sem a percepção de toda a complexidade da violência dessa natureza, muitas vezes sem o referenciamento oportuno das pacientes à rede de assistência psicológica para continuidade necessária da abordagem (BAKON *et al.*, 2020; DOURADO; NORONHA, 2015).

Mostra-se imprescindível também articular ações de prevenção ao uso de álcool e outras drogas às mulheres e seus companheiros, com abordagem em serviços especializados, para a implementação de estratégias de atuação profissional que vão além da abordagem estritamente biológica, mas com vista aos aspectos sociais que envolvem tanto a mulher quanto seu parceiro, com ações de enfrentamento, combate e desconstrução da cultura machista e o álcool pelos profissionais de saúde (VIEIRA *et al.*, 2014).

Mulheres que estiveram em acompanhamento clínico e psicossocial hospitalar devido situação de violência idealmente devem ser contra-referenciadas aos profissionais dos Centros de Saúde e Programa de Saúde da Família que compõem a atenção primária em saúde, para que os casos cheguem ao conhecimento da equipe respectiva e haja a continuidade da assistência de forma integral e personalizada, por equipe multiprofissional, para que a mulher consiga recuperar sua autoestima e sua colocação social (BELO HORIZONTE, 2015; CARNEIRO *et al.*, 2017; UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2018).

Assim, intervenções eficazes geralmente incluem assistência por meio de visitas domiciliares, vigilância ativa e apoio contínuo, com informações e aconselhamentos individualizados sobre: o ciclo de violência; habilidades para resolução não violenta de conflitos; fatores de risco para homicídio; planejamento de segurança e recursos comunitários disponíveis, com foco ao risco específico de cada mulher e família, já que há indícios de que, somente fornecer informações sobre as opções de encaminhamento e a realização de intervenções breves, sem continuidade, geralmente mostra-se ineficaz à prevenção de novos episódios de violência (BAKON *et al.*, 2020; UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES

TASK FORCE, 2018). Afinal, nos casos de violência por parceiro íntimo, somente ao se considerar todas as possibilidades de encaminhamento, as ações em saúde possibilitam a integralidade no cuidado, com vista aos direitos humanos das mulheres (VIEIRA *et al.*, 2014).

6.4.3 Atuação dos profissionais de saúde

O papel dos profissionais de saúde atuantes em urgência e emergência e serviços hospitalares, muitas vezes o primeiro contato com as mulheres, mostra-se então fundamental para a adequada identificação, notificação formal dos casos (base para implementação de políticas públicas de enfrentamento do problema), além da adequada abordagem e plano de cuidados às mulheres agredidas por seus parceiros, condutas que devem fazer parte da rotina de atendimentos às pacientes feridas (BAKON *et al.*, 2019; BARUFALDI *et al.*, 2017; GARCIA *et al.*, 2016).

No entanto, o reconhecimento e intervenções à violência contra as mulheres no cotidiano de trabalho ainda se configura um importante desafio e ponto de dificuldade para os profissionais de saúde, apresentados como fatores limitantes a falta de capacitação adequada; modelo de assistência de foco estritamente biológico historicamente estabelecido; influência dos aspectos culturais como barreiras à abordagem da temática junto às pacientes, muitas vezes com a própria naturalização da situação por parte da mulher violentada (BAKON *et al.*, 2020; DOURADO; NORONHA, 2015; MCGARRY, 2017).

Conforme sinalizado por diversos autores, a falta de capacitação dos profissionais de saúde sobre a temática de VPI impacta diretamente em sua abordagem, associada à deficiência na formação, desconhecimento das dinâmicas de gênero e a influência das próprias relações de gênero vividas pelos envolvidos na assistência, profissionais atuantes e mulheres assistidas, que dificulta a detecção dos sinais de violência nas queixas apresentadas (BAKON *et al.*, 2020; DUARTE *et al.*, 2015; VIEIRA *et al.*, 2014). Assim, devido a falta de sensibilização e compreensão do fenômeno, as mulheres tornam-se comumente passíveis de ser desacreditadas, demandadas por provas do ocorrido, e então revitimizadas nos serviços de assistência (ENGEL, 2020).

Emerge aos profissionais nesse contexto a vivência de desconforto, impotência, incapacidade e ansiedade quando do atendimento a mulheres violentadas por seus parceiros, que pode induzir a lacunas na assistência, dentre elas, registros inadequados ou incompletos nos prontuários, que não contemplam apropriadamente tal problema de saúde e contribuem para sua invisibilidade (DUARTE *et al.*, 2015; MCGARRY, 2017). Assim, mostra-se necessário a

responsabilização das instituições na qualificação dos profissionais de saúde assistenciais na perspectiva de gênero (LUCENA *et al.*, 2016), que os possibilite o desenvolvimento de conhecimento teórico, habilidades e atitudes necessários para a incorporação dos aspectos de gênero e suas repercussões na assistência em saúde das mulheres (VIEIRA *et al.*, 2014; BAKON *et al.*, 2020).

Estudo de avaliação do impacto de um programa educacional direcionado à abordagem da VPI, composto por três módulos *online* interativos que contém conhecimentos quanto às definições, prevalência, dinâmica dos relacionamentos abusivos, barreiras para rompê-los, além das competências e habilidades clínicas para identificação e assistência às mulheres em situação de violência, mostrou melhoria significativa nos conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos autorreferidos por profissionais de saúde (EDUCATE INVESTIGATORS, 2018). Os participantes da capacitação atuavam em unidades de trauma no tratamento de mulheres com fraturas, estudo que contribuiu para demonstrar que programas educativos tem potencial em melhorar o atendimento às pacientes quando realizados aos profissionais de saúde (EDUCATE INVESTIGATORS, 2018).

Ademais, a organização de fluxos de assistência, por meio da adoção de protocolos com linha de cuidado direcionado às mulheres em situação de VPI, favorece a adequada abordagem dos casos em toda sua complexidade, de forma humanizada e sem revitimizar as mulheres, haja vista que a estruturação do atendimento proporciona tratamento individualizado, mais consistente e abrangente dentro da rede de apoio (MAFIOLETTI *et al.*, 2018).

Compreender as dinâmicas de gênero sob o enfoque feminista proporciona o entendimento sobre as diversas condições de vida e de saúde das mulheres, diretamente decorrentes das desigualdades legitimadas social e culturalmente, que desencadeiam dentre outras comorbidades a vulnerabilidade à violência em contexto doméstico e afetivo (DUARTE *et al.*, 2015). Somente por meio da desconstrução quanto à visão de tais desigualdades os profissionais de saúde conseguirão atuar efetivamente em prol do empoderamento das mulheres para um posicionamento crítico reflexivo diante do vivido de relacionamentos abusivos, além da adequação de abordagem aos atendimentos à toda a população (VIEIRA *et al.*, 2014).

Neste contexto, os profissionais de enfermagem são responsáveis pelo atendimento às mulheres em situação de violência nos diversos níveis da rede de enfrentamento ao problema. Em ambiente hospitalar, como o do estudo, prestam assistência por 24 horas ininterruptas às pacientes, portanto, são os profissionais mais próximos e com maior potencial de vínculo, capaz de favorecer a abordagem das mulheres quanto ao problema de saúde (MCGARRY, 2017),

estratégias para o enfrentamento e registros adequados em prontuário, o que não foi observado na presente investigação.

No entanto, quando qualificados para o acolhimento das necessidades multidimensionais das mulheres, os profissionais mostram-se capazes de atuar além das questões biológicas (AHMAD *et al.*, 2017; MCGARRY, 2017), com cuidado ampliado à família, na atenção que inclui também os homens, quanto aos aspectos predisponentes à violência, como o alcoolismo e abuso de drogas, usuários frequentes dos serviços hospitalares de saúde associados a essas demandas (VIEIRA *et al.*, 2014). Assim, os profissionais de enfermagem têm potencial para trazer para o campo da prática em saúde as reflexões sobre gênero como ferramenta capaz de ampliar a abordagem sobre o problema da violência contra as mulheres (BAKON *et al.*, 2020; DUARTE *et al.*, 2015).

6.5 Limitações do estudo

O presente estudo serve de base para o conhecimento do panorama sociodemográfico, perfil de ocorrência das agressões, das notificações, reincidência e magnitude dos casos de violência por parceiro íntimo às mulheres, no entanto não pode ser generalizado em sua totalidade de resultados quanto aos aspectos clínicos, de cuidados hospitalares prestados e desfechos das mulheres, por se referir a uma população de mulheres atendidas em um serviço hospitalar específico, com possibilidade de influências desse contexto e da assistência nele prestada. O estudo foi realizado em um único serviço hospitalar, portanto abrange um cenário limitado de casos atendidos, sendo importante sinalizar que o perfil apresentado corresponde às mulheres que chegam aos serviços, diante de várias mulheres que não buscam atendimento por vergonha, proibição ou mesmo devido ao feminicídio no local de ocorrência da agressão.

A situação de subnotificação de casos junto ao SINAN e a elevada quantidade de dados indisponíveis nos prontuários em algumas variáveis, observados no presente estudo, dificultam uma análise mais qualificada dos casos, limitação também apontada por outras pesquisas sobre a temática, tanto nos casos de consulta a fichas de notificação, prontuários ou mesmo participação por meio de questionários, por mulheres ou profissionais de saúde, em que o preenchimento incompleto ou dados ignorados são relacionados, provavelmente, ao desejo de não revelação da situação vivida por parte das mulheres, ou fatores associados ao serviço de emergência, como a falta de sensibilização dos profissionais quanto a importância do registro dos casos e sua evidência ou como consequência da provável sobrecarga profissional na área.

Assim, certamente o número de casos de mulheres atendidas acometidas pela violência por parceiro íntimo é superior ao obtido no estudo, reflexo da invisibilidade do problema.

Ressalta-se a importância de explicitar por meio de dados quantitativos a gravidade e magnitude do fenômeno da violência por parceiro íntimo às mulheres e serviços de saúde, objeto desse estudo. No entanto, entende-se que a abordagem quantitativa se mostra incapaz de contemplar todos os aspectos inerentes à violência estudada, com necessidade de complementação com pesquisas que abordem os aspectos qualitativamente, dada a inquestionável relevância das subjetividades de homens e mulheres que incide e perpetua as desigualdades de gênero e a violência. Quantificar as mulheres violadas e mortas mostra-se necessário, para chamar a atenção para as reais consequências da violência, mas nunca será capaz de definir completamente os efeitos dessa violência às mulheres e sociedade.

6.6 Contribuições do estudo

Os resultados desta pesquisa retratam a amplitude da violência contra as mulheres por parceiro íntimo, com contribuição para tornar mais visível o fenômeno e suas repercussões. A caracterização da violência e suas circunstâncias de ocorrência podem auxiliar para maior conhecimento do perfil de acometimento, que consistem em evidências adicionais no planejamento de ações de enfrentamento ao problema de saúde pública.

A abordagem dos aspectos especificamente referentes às lesões, suas características e necessidades de tratamento hospitalar podem influenciar para maior identificação nos serviços de trauma das mulheres em provável situação de violência por parceiro íntimo e direcionar para as intervenções possíveis na prestação de cuidados em saúde por parte dos profissionais hospitalares.

Embora o estudo refira-se a um contexto local de mulheres agredidas, aponta de forma consistente para a violência por parceiro íntimo enquanto um problema evitável que ainda causa relevante impacto em saúde não fatal e na mortalidade das mulheres. Em complemento, mostra a importância de atuação dos serviços de urgência e emergência e hospitalares no tratamento adequado e na prevenção em nível secundário e terciário, com abordagem centrada nos cuidados às mulheres, sua recuperação e reinserção social pós trauma, de forma saudável e protegida de novos episódios violentos.

Assim, na perspectiva das ações assistenciais, o presente estudo reforça a importância em ter um plano de cuidados às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo, com

abordagem multiprofissional dos casos e adequado preenchimento do prontuário da paciente, que contemple, além do tratamento medicamentoso, exames e procedimentos realizados, os contextos individuais e familiares, caracterização de forma completa da agressão vivenciada, as providências tomadas e encaminhamentos na rede de atenção especializada, aspectos necessários para se promover assistência em saúde de qualidade e impulsionar o rompimento pela mulher com o ciclo de violência, com vista à preservação de vidas.

Para a área de ensino, aponta para a relevância de que sejam abordadas as questões de gênero e da violência contra as mulheres em atividades curriculares na formação dos profissionais de saúde, além de cursos de capacitação acerca da temática àqueles atuantes nos serviços, em especial aos que consistem em porta de entrada ao sistema de saúde. O cuidado e o ensino em saúde devem ser feitos utilizando-se as lentes do gênero, especialmente nos casos de violência. Para a área de pesquisa, assinala para necessidade de demais estudos que contemplem as especificidades do trauma, como no caso de mulheres queimadas pelos parceiros, e dos aspectos sociodemográficos, como mulheres em situação de rua que nesse contexto sofrem tal violência, pela carência de evidências sobre as temáticas. Também relevante o complemento com pesquisa que aborde os custos atrelados a essa violência e suas necessidades de tratamento em saúde.

Ao descrever e mensurar os fatores influentes no ciclo de violência, como a repetição da violência, tempo de relacionamento com o agressor e a constituição familiar, em associação à gravidade da agressão, o estudo direciona para a importância das estratégias de mudanças nas construções socioculturais que envolvem as questões de gênero, para que haja ações e investimentos em prevenção compatíveis com a dimensão e gravidade do problema e capazes de promover de forma eficaz o empoderamento feminino.

7 CONCLUSÃO

A análise dos atendimentos possibilitou identificar que mulheres jovens são mais vulneráveis à violência por parceiro íntimo com necessidade de atendimento hospitalar, que inclui aquelas menores de 18 anos. Mesmo jovens, porcentagem relevante possui alguma comorbidade, principalmente acometimentos psiquiátricos. Mulheres que não trabalham ou tem um trabalho informal, casadas ou com união estável em relacionamento de vários anos, que tem filhos com o agressor e moram no mesmo domicílio, foram as mais acometidas pela violência dessa natureza, sendo a residência o espaço mais frequente da agressão.

Os episódios de violência ocorreram em sua maioria nos finais de semana e no período noturno, por agressão direta ou espancamento, além do uso adicional de objetos perfurocortantes e contusos, que gerou ferimentos prioritariamente na face, cabeça e membros superiores, com o acometimento de várias regiões corporais de forma concomitante, com múltiplas lesões. Ademais, houve casos de mulheres queimadas, a maioria classificada como grande queimada e com longo período de internação hospitalar.

A assistência imediata ocorreu em tempo hábil, com as mulheres encaminhadas por serviços de atendimento pré-hospitalar principalmente pelo SAMU 192. As mulheres eram predominantemente provenientes da cidade de Belo Horizonte, com primeiro atendimento já no hospital de estudo. À admissão hospitalar, as pacientes foram classificadas com nível de prioridade muito urgente (laranja), conscientes e atendidas pela equipe de cirurgia geral e do trauma.

Em diversos casos não houve registro desde a admissão hospitalar de se tratar de agressão por parceiro íntimo, somente após abordagem, geralmente de assistente social, tal informação quanto à natureza da agressão e suas nuances tornaram-se evidentes. Esse resultado, atrelado ao fato de as mulheres já terem sofrido agressões prévias pelo mesmo parceiro, com permanência no relacionamento e reincidência dos episódios, leva a concluir da vivência do ciclo de violência em patamar mais avançado por essas mulheres.

Durante permanência no pronto socorro, em sua maioria menor que um dia, as mulheres foram submetidas a procedimentos de sutura e de imobilização de membros com tala e houve expressiva necessidade de internação hospitalar para tratamento das lesões, com demanda por realização de exames de imagem, principalmente de radiografias e tomografias, exames laboratoriais e intervenções cirúrgicas. As mulheres foram submetidas a procedimentos invasivos e cuidados adicionais.

Decorrente da agressão e internação hospitalar, as mulheres apresentaram complicações como infecções, pneumotórax, hemotórax e distúrbios neurológicos, principalmente. Como desfecho, passaram por internação nas enfermarias do serviço, com consequente alta hospitalar e encaminhamento ambulatorial na rede de atendimento às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. Muitas delas necessitaram de consultas de retorno em serviços ambulatoriais do próprio hospital ou em demais instituições também hospitalares da rede própria, com alguns casos que exigiram reinternação para continuidade do tratamento e ocorreram oito óbitos. No período temporal analisado, houve prevalência dos óbitos no último ano - 2019, que pode estar associado a um provável aumento da gravidade da violência a que as mulheres atendidas nesse contexto hospitalar foram submetidas.

Acredita-se que esse estudo contribua para maior visibilidade da ocorrência e da magnitude da violência contra as mulheres por parceiro íntimo, além de útil para gestores e profissionais de saúde que atuam em ambiente hospitalar que, ao conhecerem os resultados de suas práticas profissionais, permitirá a identificação de possíveis adequações de processos institucionais na busca de melhoria na qualidade na assistência às mulheres, e pode auxiliar na capacitação profissional e ensino.

A análise realizada auxilia na compreensão do impacto das questões de gênero e consequente violência por parceiro íntimo no processo de adoecimento e morte das mulheres, com vista à abordagem desse complexo fenômeno nos diversos espaços de atenção às mulheres, em que se inclui o ambiente hospitalar, para que promovam cada vez mais o empoderamento feminino, fundamental para o reconhecimento de relacionamentos abusivos e a busca de estratégias para vivências femininas livres de violência.

Aponta-se o potencial do profissional enfermeiro nos processos educativos e ações nos serviços de saúde e de formação profissional acerca da temática, com foco na adequada abordagem assistencial e prevenção do problema. Reforça-se mais uma vez a importância de adoção pela sociedade de estratégias de rompimento com as convicções patriarcais que permeiam as relações de gênero, com ênfase em formas pacíficas de resolução de conflitos nos relacionamentos afetivos, que a violência não se torne opção.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, D. F. *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, P. 2017.
- AHMAD, I. *et al.* Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 26, n. 21-22, p. 3271-3285 Nov. 2017.
- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **ATLS advanced trauma life support**: student course manual. 10. ed. Chicago: ACS, 2018. Disponível em: https://learning.facs.org/system/files/ATLS%2010th%20Edition%20Student%20Manual_0.pdf. Acesso em: 28 ago. 2021.
- ANDERSON, J. C. *et al.* Injury outcomes in African American and African Caribbean women: the role of intimate partner violence. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis Mo, v. 41, n. 1, p. 36-42, Jan. 2015.
- BAKON, S. *et al.* The provision of emergency healthcare for women who experience intimate partner violence: part 1: an integrative review. **Emergency Nurse**, London, v. 27, n. 6, p. 19-25, Nov. 2019.
- BAKON, S. *et al.* The provision of emergency healthcare for women who experience intimate partner violence: part 2: strategies to address knowledge deficits and negative attitudes. **Emergency Nurse**, London, v. 28, n. 4, p. 18-23, Jul. 2020.
- BARUFALDI, L. A. *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2929-2938, set. 2017.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**: livro 1: fatos e mitos. 4. ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Relação de bairros, regional e territórios de gestão compartilhada**. Belo Horizonte: PBH, 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/cultura/2019/COMUC/Rela%C3%A7%C3%A3o%20de%20bairro%2C%20regional%20e%20territ%C3%B3rios.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de atendimento às mulheres em situação de violência**. Coordenação: Fabiano Geraldo Pimenta Júnior *et al.* Belo Horizonte: SMS, 2015. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/guia_atendimento_mulheres_situacao_violencia.pdf. Acesso em: 28 ago. 2021.
- BOTT, S. *et al.* Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, n. 43, p. e26, mar. 2019.

BRANCAGLIONI, B. C. A.; FONSECA, R. M. G. S. Intimate partner violence in adolescence: an analysis of gender and generation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 890-898, set./out. 2016.

BRASIL. **Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [...]. Brasília: Presidência da República, 2006. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/95552/lei-maria-da-penha-lei-11340-06>. Acesso em: 19 de Abril de 2019.

BRASIL. **Lei 13.104, de 9 de março de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio. Brasília: Presidência da República, 2015a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm. Acesso em: 19 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.778/2003, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília: Presidência da República, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm. Acesso em: 28 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva 2006 e 2007: vigilância de violências e acidentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 29 ago. 2021.

BRASIL. Senado Federal. **Histórias de amor tóxico: a violência contra as mulheres**. Brasília: Senado Federal, 2020. (Edições do Senado Federal, v. 280.). Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/578068/Historias_amor_toxico.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em: 28 ago. 2021.

BRASIL. Senado Federal. Instituto de Pesquisa DataSenado. Observatório da Mulher contra a Violência **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais: n. 2**. Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher contra a Violência, 2018. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR-2018.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2021.

BRASIL. Senado Federal. Instituto de Pesquisa DataSenado. Observatório da Mulher contra a Violência. Secretaria de Transparência. **Relatório de pesquisa: violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher contra a Violência, 2019.

Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/violencia-contra-a-mulher-agressoes-cometidas-por-2018ex2019-aumentam-quase-3-vezes-em-8-anos-1>. Acesso em: 03 jun. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

CAPUCCI, R. *et al.* Characteristics of gender-based violence determined from emergency room visits. **Violence and gender**, San Diego, CA, v. 2, n. 2, p. 129-133, 2015.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Violência conjugal: repercussões para mulheres e filhas(os). **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. e20160346, 2017.

CARVALHO, M. R. S. *et al.* Interface between conjugal violence and alcohol consumption by the partner. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, Suppl. 5, p. 2109-2115, 2018.

COSTA-VAL, R.; MIGUEL, E. V.; SIMÃO FILHO, C. Onda vermelha—ações táticas que visam à abordagem de pacientes in extremis, no Hospital João XXIII, FHEMIG. **Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular**, v. 5, n. 2, p. 211-214, 2005.

DAVIDOV, D. M. *et al.* Intimate partner violence-related hospitalizations in Appalachia and the non-Appalachian United States. **Plos One**, San Francisco, CA, v. 12, n. 9, p. e0184222, Sep. 2017.

DINIZ, N. M. F. *et al.* Mulheres queimadas pelos maridos ou companheiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 321-325, set. 2007.

DOURADO, S. M., NORONHA, C. V. A face marcada: as múltiplas implicações da vitimização feminina nas relações amorosas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 623-643, 2014.

DOURADO, S. M., NORONHA, C. V. Marcas visíveis e invisíveis: danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2911-2920, set. 2015.

DUARTE, M. C. *et al.* Gender and violence against women in nursing literature: a review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, p. 325-332, mar./abr. 2015.

EDUCATE INVESTIGATORS. Novel education program improves readiness to manage intimate partner violence in the fracture clinic: a pretest-posttest study. **CMAJ Open**, Ottawa, v. 6, n. 4, p. E628-E636, Dec. 2018.

ENGEL, C. L. A Violência contra a mulher. In: FONTOURA, N.; REZENDE, M.; QUERINO, A. C. (Org.). **Beijing +20: avanços e desafios no Brasil contemporâneo**. Brasília: Ipea, 2020. cap. 4, p. 159-216. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10307>. Acesso em: 28 ago. 2021.

FERNANDES, M. P. M. **Sobrevivi ... posso contar**: Maria da Penha. 2. ed. Fortaleza: Armazém da Cultura, 2012.

FRONTEIRA, I. Estudos observacionais na era da medicina baseada na evidência: breve revisão sobre a sua relevância, taxonomia e desenhos. **Acta Medica Portuguesa**, Lisboa, v. 26, n. 2, p. 161-170, mar./abr. 2013. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/3975/3223>. Acesso em: 07 set. 2019.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Hospital João XXIII**. Belo Horizonte: FHEMIG, 2020b. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento/complexo-de-urgencia-e-emergencia/hospital-joao-xxiii>. Acesso em: 04 jun. 2020.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Plano de integridade da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte, FHEMIG, 2020a. 60 p. Disponível em: http://www.fhemig.mg.gov.br/images/Plano_de_Integridade_FHEMIG/Plano_de_Integridade_FHEMIG_2020.pdf. Acesso em: 04 jun. 2020.

GARCIA, L. P. *et al.* Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. e00011415, abr. 2016.

GOMES, N. P. *et al.* Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 504-508, dez. 2007.

GUIMARAES, M. C.; PEDROZA, R. L. S.; GREGÓRIO, G. S. Conceituando violências contra mulheres: reflexões sob o prisma de gênero e direitos humanos. *In*: BRASIL. Senado Federal. **Histórias de amor tóxico: a violência contra as mulheres**. Brasília: Senado Federal, 2020. p. 53-74. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/578068/Historias_amor_toxico.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em: 28 ago. 2021.

HINK, A. B. *et al.* Risks go beyond the violence: Association between intimate partner violence, mental illness, and substance abuse among females admitted to a rural Level I trauma center. **The Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, Hagerstown, MD, v. 79, n. 5, p. 709-714, Nov. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3460>. Acesso em: 28 ago. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Atlas da violência 2019**. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2019. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf. Acesso em: 05 nov. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Atlas da violência 2020**. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2020.pdf. Acesso em: 28 ago. 2021.

KONGKAEWPAISAN, N. *et al.* No place like home: A national study on firearm-related injuries in the American household. **The American Journal of Surgery**, Birmingham, AL, v. 220, n. 6, p. 1599-1604, Dec. 2020.

KOTHARI, C. L. *et al.* Emergency department visits and injury hospitalizations for female and male victims and perpetrators of intimate partner violence. **Advances in Emergency Medicine**, London, Nov. 2015.

KRUG, E. G. (Ed.). *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 28 ago. 2021.

LAMA, B. B. *et al.* Intentional burns in Nepal: a comparative study. **Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries**, Amsterdam, v. 41, n. 6, p. 1306-1314, Sep. 2015.

LUCENA, K. D. T. *et al.* Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 139-146, 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/119238/117006>. Acesso em: 11 jun. 2019.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de classificação de risco**. Versão brasileira: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2017.

MAFIOLETTI, T. M. *et al.* Violência contra mulheres: trajetória histórica de um programa de atenção (Curitiba – 1997-2014). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 6, p. 3081-3089, 2018.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 1, p. : E200007, 2020.

MCGARRY, J. Domestic violence and abuse: an exploration and evaluation of a domestic abuse nurse specialist role in acute health care services. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 26, n. 15-16, p. 2266-2273, Aug. 2017.

MENDES, L. E. S. O. Direitos humanos e feminismos brasileiros: diálogos e estratégias políticas para emancipação e justiça social. In: BRASIL. Senado Federal. **Histórias de amor tóxico: a violência contra as mulheres**. Brasília: Senado Federal, 2020. p. 36-52. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/578068/Historias_amor_toxico.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em: 28 ago. 2021.

MINAYO, M. C. S. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 18-34, mar. 2005.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (Org.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

MIRIM, L. A. L. Balanço do enfrentamento da violência contra a mulher na perspectiva da saúde mental. In: DINIZ, C. S. G.; SILVEIRA, L. P.; MIRIM, L. A. L. (Org.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005): alcances e limites**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (CEDAW), 1979**. Brasília: ONU Mulheres Brasil, 1979. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf. Acesso em: 28 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, 1994**. Brasília: BVSMS, 1994. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Brasília: OMS, 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 19 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014**. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Violência contra a mulher: estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher**. 54º Conselho diretor e 67º Sessão do comitê regional da OMS para as Américas. Washington, DC: PAHO, 2015. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18386/CD549Rev2_por.pdf?sequence=9&isAllowed=y. Acesso em: 05 nov. 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. **Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países**. San José: Organización Panamericana de la Salud, 2000. Disponível em: <https://paho.org/hq/dmdocuments/2011/GDR-Violencia-Domestica-Ruta-Critica-2011.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

PRAISE INVESTIGATORS. Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: a multinational prevalence study. **Lancet**, London, v. 382, n. 9895, p. 866-876, Sep. 2013.

RODRIGUES, W. F. G.; RODRIGUES, R. F. G.; FERREIRA, F. A. Violência contra a mulher dentro de um contexto biopsicosocial um desafio para o profissional da enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1752-1758, abr. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/15247/18031>. Acesso em: 11 jun. 2019.

SACCO, M. A. *et al.* The impact of the Covid-19 pandemic on domestic violence: the dark side of home isolation during quarantine. **Medico-Legal Journal**, Cambridge, v. 88, n. 2, p. 71-73, Jul. 2020.

SAFFIOT, H. I. B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 13, n. 4, p.82-91, 1999a.

SAFFIOTI, H. I. B. Primórdios do conceito de gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 12, p. 157-163, 1999b.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade** [Internet]. v. 20, n. 2, p. 71-99, jul/dez. 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3523-3532, nov. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. **Queimaduras**: diagnóstico e tratamento inicial. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto diretrizes**. Brasília: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008. Disponível em: <https://www.bibliomed.com.br/diretrizes/pdf/queimaduras.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2021.

STÖCKL, H. *et al.* The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. **Lancet**, London, v. 382, n. 9895, p. 859-865, Sep. 2013.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **International Conference on population and development (ICPD), 5 September 1994, Cairo, Egypt**. New York: UNFPA, 1994. Disponível em: <https://www.unfpa.org/events/international-conference-population-and-development-icpd>. 28 ago. 2021

UNITED NATIONS. United Nations General Assembly. **Declaration on the elimination of violence against women. A/RES/48/104**. New York: United Nations, 1993. Disponível em: https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocity-crimes/Doc.21_declaration%20elimination%20vaw.pdf. Acesso em: 28 ago. 2021.

UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for intimate partner violence, elder abuse and abuse of vulnerable adults: US preventive services task force final recommendation statement. **JAMA**, Chicago, v. 320, n. 16, p. 1678-1687, 2018.

VIANA, A. L. *et al.* Violência contra a mulher. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 4, p. 923-929, abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/110273/28639>. Acesso em: 11 jun. 2019.

VIEIRA, L. B. *et al.* Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 366-372, maio/jun. 2014.

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 23, p. E200033, 2020.

WADSWORTH, P. *et al.* Health and health care from the perspective of intimate partner violence adult female victims in shelters: impact of IPV unmet needs, barriers, experiences, and preferences. **Family and Community Health**, Germantown, v. 41, n. 2, p. 123-133, Apr./Jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Consultation on Violence and Health. **Violence: a public health priority**. Geneva: WHO, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines**. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 28 ago. 2021.

WHO; LSHTM; SAMRC - WORLD HEALTH ORGANIZATION; LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE; SOUTH AFRICAN MEDICAL RESEARCH COUNCIL. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 28 ago. 2021.

WU, V. *et al.* Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. **Trauma, Violence, & Abuse**, Thousand Oaks, v. 11, n. 2, p. 71-82, Apr. 2010.

APÊNDICE 1 - Instrumento de coleta de dados da pesquisa

Análise dos atendimentos a mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo em uma unidade hospitalar

Data da coleta: ____/____/____

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
1. Registro: _____	2. Prontuário: _____
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
3. Data de nascimento: ____/____/____	4. Idade à internação: _____ anos
5. Raça/Cor: () Branca () Parda () Preta () Indígena () Amarela () Não informado	
6. Escolaridade: () Analfabeto () 5º ano incompleto do Ensino Fundamental () 5º ano completo do EF () 6º ao 9º ano incompleto do EF () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto	() Ensino médio completo () Educação superior incompleta () Educação superior completa () Pós-graduação (latu sensu / stricto sensu) () Não informado
7. Situação Conjugal: () Solteira () Viúva () Separada/divorciada () Casada/união estável () Outro: _____ () Não informado	
8. Tempo de relacionamento com o agressor: _____ () Sem relato prontuário	
9. Vítima possui filhos: () Sim () Não () Sem relato prontuário Também são filhos do agressor? () Sim () Não () Sem relato prontuário Um ou mais filhos moram com a vítima? () Sim () Não () Sem relato prontuário Um ou mais filhos moram com outros familiares? () Sim () Não () Sem relato prontuário	
10. Ocupação: _____ () não informado Vínculo empregatício: () Trabalho formal () Trabalho informal () Não trabalha () Não informado Recebe algum tipo de benefício social? () Sim () Não () Sem relato prontuário	
11. Local de moradia: Rua/avenida: _____ Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ () Não informado	

12. Doenças prévias: () HAS () DM () Dislipidemias () Doenças pulmonares () Doenças cardiovasculares () Doenças renais () Doenças gastrointestinais () Doenças autoimunes () Depressão () Alcoolismo () Tabagismo () Obesidade () Câncer () Outras: _____		
13. Medicamentos em uso prévio: _____ _____		
Acompanhamento psicológico/psiquiátrico prévio? () Sim () Não () Sem relato prontuário		
DADOS ASSOCIADOS AO EPISÓDIO DE VIOLÊNCIA E AO ATENDIMENTO INICIAL		
14. Data da violência: ____/____/____ 15. Dia da semana: _____ 16. Hora: ____:____		
17. Data da entrada no hospital: ____/____/____ 18. Hora: ____:____		
19. Tempo decorrido entre o trauma e a entrada no hospital: _____		
20. Primeiro atendimento no hospital? () Sim () Não		
21. Transferida de outro serviço? () Sim. Qual? _____ () Não		
22. Local de ocorrência: () Residência () Local público () Local de trabalho () Via pública () Outro: _____		
23. Região da cidade:	() Região Norte () Região Centro Sul () Região Leste () Região Nordeste () Região Noroeste	() Região Venda Nova () Região Metropolitana de Belo Horizonte - Cidade: _____ () Demais cidades: _____
24. Encaminhada por: () SAMU () Bombeiros () Ambulância/Demais profissionais () Polícia () Parceiro/agressor () Familiares/amigos () Desconhecidos () Por conta própria () Outros: _____ () Não informado		
25. Vínculo com o agressor: () Namorado () Ex-namorado () Nôvo () Ex-nôvo () Cônjuge () Ex-cônjuge () Amasiado () Ex-parceiro () Outros () Não informado		
26. Agressões prévias pelo parceiro? () Sim () Não () Sem relato prontuário		
27. Ingestão de bebida alcoólica por parceiro/agressor? () Sim () Não () Sem relato prontuário		
28. Uso de drogas pelo parceiro? () Sim () Não () Sem relato prontuário Quais: () Maconha () Cocaína () Crack () Ecstasy () LSD () Outras: _____		

29. Ingestão de bebida alcoólica pela paciente/vítima? () Sim () Não () Sem relato prontuário	
30. Uso de drogas pela vítima? () Sim () Não () Sem relato prontuário	
Quais: () Maconha () Cocaína () Crack () Ecstasy () LSD () Outras: _____	
31. Forma de agressão: () Enforcar/sufocação/estrangular () Arma de fogo * () Arma branca * () Força corporal * () Demais objetos contundentes/perfurantes * () Empurrar de altura () Provocar queimadura corporal () Outros: _____	
*Número de PABs ou PAFs: () Único PAB / PAF () Múltiplos PABs / PAFs	
*Tipo de força corporal direta: () Socos () Chutes () Cabeçadas () Outro: _____	
*Demais objetos contundentes/perfurantes: () Copo ou garrafa de vidro () Pau ou bastão () Capacete () Outro () Não informado	
32. Nível de prioridade clínica em primeiro atendimento no hospital - Sistema de Triage de Manchester: () Vermelho () Laranja () Amarelo () Verde () Azul () Não informado	
33. Tempo entre a chegada e término da Classificação de Risco (CR): _____ minutos	
34. Fluxograma utilizado na CR: _____	
35. Discriminador utilizado na CR: _____	
36. Setor de encaminhamento após a CR: _____	
37. Especialidade do primeiro atendimento: () Ortopedia () Neurologia () Bucomaxilo () Cirurgia Vascular () Cirurgia Geral () Cirurgia Plástica () Clínica Médica () Outro: _____ Demais especialidades: _____	38. Trauma resultante da agressão: () Trauma cranioencefálico () Trauma de face () Trauma torácico () Trauma abdominal () Trauma de coluna (cervical, torácica, lombar) () Trauma de quadril () Trauma em genital () Trauma de MMSS () Trauma de MMII () Queimadura () Outro: _____
39. Onda vermelha? () Sim () Não	40. PCR? () Sim () Não
41. Tipos de Lesões: () Sem lesões aparentes () Escoriações: Local(is): _____ () Ferimento cortocotuso: _____ () Ferimento perfurocortante: _____ () Contusão: _____ () Fratura óssea Local(is): _____ () Fratura exposta: _____	() Ferimento fechado: _____ () Queimadura SCQ: _____ % Classificação: () 1º grau () 2º grau () 3º grau () Laceração de grandes vasos: _____ () TCE () Leve () Moderado () Grave () Outras lesões: _____

42. XABCDE do trauma intra-hospitalar: X - _____ A - _____ B - _____ C - _____ D - _____ E - _____	
43. Situação admissão: ECG: _____ / FR: _____ lpm / PA: sis _____ / dias _____ (média: _____) Escore de Trauma (RTS): _____ OIS: _____	
44. Primeiro relato/evolução em prontuário de se tratar de violência por parceiro íntimo? () À admissão () Outro Data: ____/____/____ Hora: ____:____	
45. Profissional que relatou em prontuário primeiramente se tratar de violência por parceiro íntimo? () Enfermeiro () Médico () Psicólogo () Assistente Social () Outro: _____	
46. Desfecho do atendimento inicial: () Internação () Alta () Encaminhamento ambulatorial () Transferência hospitalar () Evasão () Óbito: () Pela agressão () Outras causas: _____	
47. Tempo de permanência no pronto atendimento: _____ dias _____ horas	
48. Data de transferência/alta: ____/____/____ 49. Hora: ____:____	
DADOS ASSOCIADOS À INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
50. Monitorizações invasivas: () PAI () PIC () PVC () PIV/PIA () Outra: _____	
51. Dispositivos: () CVC () PAI () CNG/COG () CNE/COE () CVD () CVA () CVP () DVE () DVP () Drenos: _____ () Outro: _____	
52. Procedimentos: () Oxigenoterapia () VM (TOT ou TQT) () Sutura () Gesso () Hemotransfusão	53. Exames: () RX: _____ () US: _____ () TC: _____ () ECO () ECG () EEG () RM () Laboratoriais: _____

ANEXO – 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise dos atendimentos a mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo em uma unidade hospitalar

Pesquisador: Kleyde Ventura de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34735820.7.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.283.314

Apresentação do Projeto:

Estudo a ser desenvolvido pela aluna de mestrado Cinthia Neves Fonseca do Programa de Pós graduação da Escola de Enfermagem UFMG, sob orientação da profª Drª Kleyde Ventura de Souza e coorientado pela profª Drª Allana dos Reis Corêa sobre Violência contra as mulheres.

A violência contra a mulher é um dos maiores problemas de saúde pública e uma das violações dos direitos humanos mais sistematicamente praticadas em todo o mundo. É a expressão máxima do poder que os homens acreditam ter sobre as mulheres e prevalece a violência perpetrada pelo próprio parceiro íntimo e do tipo física, em suas diversas formas de manifestação e variados graus de severidade. Tal agravo pode apresentar graves consequências, como lesões corporais de repercussão na saúde física e mental, de forma imediata, e também com possíveis efeitos em longo prazo. Pesquisas com a população feminina brasileira sugerem aumento no percentual de vítimas, da gravidade das lesões e entre mulheres cada vez mais jovens. Não está claro as intervenções e os desfechos aos quais a mulher está exposta quando da necessidade de internação hospitalar pelos traumas da violência.

Para atingir os objetivos, será desenvolvido um estudo observacional, do tipo transversal, com abordagem quantitativa. Sua população será composta por todas as mulheres que necessitaram de assistência no Pronto Socorro João XXIII, da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), referência para este tipo de atendimento, devido a trauma físico advindo da violência por parceiro íntimo, no período de 2016 a 2019, em um hospital de Belo Horizonte referência no atendimento a

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad 81 2005
Bairro: Unidade Administrativa III **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4502 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.283.314

politraumatismo, que contempla atendimento da grande maioria de mulheres na situação a ser avaliada. Utilizar-se-á de Instrumento específico contemplando as variáveis do estudo por ocasião da coleta das informações por meio dos prontuários. Os dados serão analisados por meio dos programas EpiData 3.1 e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os atendimentos realizados a mulheres com trauma, vítimas de violência pelo parceiro íntimo.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar as mulheres vítimas de violência física pelo parceiro íntimo atendidas em um hospital referência nos atendimentos de trauma do estado de Minas Gerais;
- Identificar o contexto de ocorrência da agressão e tipo de trauma ao qual a mulher foi vítima;
- Identificar intervenções hospitalares pelas quais as mulheres foram submetidas durante a internação;
- Descrever as complicações e o desfecho clínico prevalentes às mulheres atendidas nesse contexto;
- Identificar os custos em saúde associados à assistência hospitalar às mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A coleta de dados ocorrerá por meio secundário (dados de prontuário), tendo em vista entender que o contato direto com a vítima da violência, com abordagens por meio de entrevista, por exemplo, na situação aguda do trauma e em ambiente hospitalar, poderia gerar danos à paciente ao reviver o episódio de violência. Os pesquisadores esclarecem que serão seguidos procedimentos que assegurem a confidencialidade das informações coletadas, proteção da imagem e a não estigmatização das mulheres foco da pesquisa, sendo utilizados somente o número de registro.

Pretende contribuir com dados que mostrem a real dimensão do problema, tanto para a mulher vítima da violência, quanto para as instituições, sistema de saúde e a sociedade e com isto, poderão auxiliar na busca por assistência integral às vítimas, com identificação precoce e atendimento de emergência adequado. Pensar e aprimorar as políticas públicas vigentes, tanto na assistência hospitalar, quanto no acompanhamento e continuidade do tratamento após alta. Tem potencial para contribuir com as necessidades de assistência em saúde e os custos associados às vítimas de formas mais graves de violência por parceiro íntimo, explorar disparidades na utilização.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad. SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4502 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.263.314

dos recursos, e o desenvolvimento de programas efetivos e direcionados às necessidades da população nesse contexto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo bem contextualizado, de tema relevante cuja ocorrência vem aumentando e tem sido cada vez mais evidenciado e necessita de estudos que contribuam para minimizar/reduzir sua ocorrência e danos nas mulheres.

Os prontuários a serem consultados envolvem os anos de 2016 a 2019, com um cálculo amostral de 300, conforme dados do sistema de prontuários da Instituição e do serviço de psicologia do mesmo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Utilização de dados secundários extraídos de prontuários.

Atende a Resolução 466/2012, apresenta ao COEP UFMG a documentação necessária e anuência da Diretoria de Gestão de Pessoas e da Gerência de Desempenho, Desenvolvimento, Inovação e Pesquisa/Coordenação de Inovação Tecnológica e Pesquisa da FHEMIG que recomenda a submissão ao CEP da Instituição, após aprovação no COEP-UFMG, para autorização do início da coleta dos dados.

Recomendações:

Aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Apresentou a anuência da Instituição envolvida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço:	Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl 2005		
Bairro:	Unidade Administrativa II	CEP:	31.270-901
UF:	MG	Município:	BELO HORIZONTE
Telefone:	(31)3409-4502	E-mail:	coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 4.283.314

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1547457.pdf	30/06/2020 18:31:35		Acelto
Outros	InstrumentoColetadeDados.docx	30/06/2020 18:25:57	Cinthia Neves Fonseca	Acelto
Declaração de concordância	CartaAnuencia.pdf	30/06/2020 18:24:26	Cinthia Neves Fonseca	Acelto
Outros	SEIGOVMG16098537Memorando.pdf	30/06/2020 18:07:59	Cinthia Neves Fonseca	Acelto
Outros	SEIGOVMG15458779TermodeAnuencia.pdf	30/06/2020 18:06:53	Cinthia Neves Fonseca	Acelto
Outros	ParecerFHEMIG.pdf	30/06/2020 18:06:00	Cinthia Neves Fonseca	Acelto
Outros	TCUD.docx	30/06/2020 18:05:32	Cinthia Neves Fonseca	Acelto
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	30/04/2020 18:24:55	Cinthia Neves Fonseca	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto.docx	30/04/2020 18:19:40	Cinthia Neves Fonseca	Acelto
Parecer Anterior	ParecerCamaraDepartamental.pdf	29/04/2020 20:31:17	Kleyde Ventura de Souza	Acelto
Orçamento	Orcamento.docx	29/04/2020 20:27:37	Kleyde Ventura de Souza	Acelto
Cronograma	Cronograma.docx	29/04/2020 20:25:43	Kleyde Ventura de Souza	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 17 de Setembro de 2020

Assinado por:
Crislisa Carem Palva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad 81 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4502 E-mail: coep@prpq.ufmg.br