



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Quintes Avanci, Joviana; Wernersbach Pinto, Liana; Gonçalves de Assis, Simone
Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros
com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 9, septiembre, 2017, pp. 2825-2840

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63052677004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida

Treatment for cases of violence by Brazilian emergency services focusing on family relationships and life cycles

Joviana Quintes Avanci ¹
 Liana Wernersbach Pinto ¹
 Simone Gonçalves de Assis ¹

Abstract This article analyzes data regarding cases of domestic violence treated by the emergency services through the following: the sociodemographic characteristics of the people who were treated; the events themselves; the evolution of care (from childhood to old age by gender); and the factors that differentiate cases of domestic violence compared to those committed by non-family members. Data from 24 Brazilian state capitals and the Federal District were analyzed, comprising 86 emergency services: a total of 4,893 individuals were surveyed. Of those people who were treated by emergency services, 26.6% suffered domestic violence: 40.0% were children/adolescents, 57.2% were adults and 2.8% were elderly. The adjusted model, which compared victims of violence committed by other family members with those who were not family members, showed that males were less likely to suffer from domestic violence; those that had fewer years of education were at increased risk; and that women were more likely to commit domestic violence compared to the category of "both genders". This study reinforces the fact that health sector professionals need to be able to deal with domestic violence by providing support, performing good practices, abiding by care protocols, taking care of injuries, and facilitating access to other services.

Key words Domestic violence, Surveys, Emergency health services

¹ Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli/Claves, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Av. Brasil 4036/7º, Manguinhos. 21040-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. joviana@claves.fiocruz.br

Resumo O presente estudo analisa dados de violência intrafamiliar atendidos nos serviços de emergência segundo as características sociodemográficas das pessoas atendidas, do evento e a evolução do atendimento, da infância à velhice por sexo; e os fatores que diferenciam os eventos de violência intrafamiliar em comparação aos cometidos por não familiares. Foram analisados dados de 24 capitais brasileiras e do Distrito Federal, compreendendo 86 serviços de urgência e emergência englobando um total de 4.893 indivíduos. Dentre o total de atendimentos, 26,6% sofreram violência intrafamiliar (40,0% crianças/adolescentes, 57,2% adultos e 2,8% idosos). O modelo ajustado, que compara as vítimas de violências cometidas por familiares em relação aos não familiares, mostra que ser do sexo masculino possui menor chance de sofrer violência intrafamiliar, ter menos anos de estudo tem risco aumentado e mulheres têm maior chance de cometerem violência intrafamiliar se comparado com a categoria "ambos os sexos". O estudo reforça que os profissionais de saúde precisam ser habilitados a lidar com o fenômeno da violência familiar, prestando apoio e suporte, realizando boas práticas e cuidados protocolares, cuidando das lesões e promovendo acesso a outros serviços.

Palavras-chave Violência doméstica, Violência intrafamiliar, Inquéritos, Serviços saúde de emergência

Introdução

Este artigo é fruto de pesquisa epidemiológica que integra o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas-Viva¹, em seu componente vigilância por inquérito. Este recente e relevante sistema de vigilância é uma resposta governamental ao grave contexto de violência que assola o país, demandando posturas consistentes do Ministério da Saúde. Respondendo a esta demanda social, este Ministério priorizou a atenção sobre os impactos da violência na saúde da população, implementando as Políticas: *Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*², *Nacional de Atenção às Urgências e Emergências*³ e *Nacional de Promoção da Saúde*⁴.

A violência, na perspectiva do setor saúde, é conceituada como *o uso da força contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação*, distinguindo entre aquela dirigida a si mesmo, a interpessoal e a coletiva. Dentre as formas de violência interpessoal, destacam-se: (1) a *intrafamiliar*, que ocorre em geral dentro de casa, mas não exclusivamente; e (2) a *comunitária*, que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consanguíneo ou não), conhecidos ou não, e geralmente ocorrendo fora de casa⁵. O conceito de violência intrafamiliar foca nos conflitos entre os membros da família, transformados em intolerância, abusos e opressão, mas que não têm necessariamente a unidade doméstica como espaço de ocorrência prioritário⁶.

As violências intrafamiliar e comunitária têm grande magnitude na população mundial e atingem as pessoas de maneira desigual em relação a sexo, raça/cor, idade e condição socioeconômica⁵. Crianças, adolescentes, mulheres (de todas as idades) e idosos são os grupos mais afetados pela violência intrafamiliar, em função da situação de dependência física, social e econômica e da manutenção de normas culturais patriarcais⁷⁻¹⁰. Homens, jovens e negros estão entre os mais acometidos pela violência comunitária⁵.

Na *infância*, a violência intrafamiliar se sobrepõe à comunitária e é geralmente causada pelos responsáveis. Acomete mais as crianças mais novas, sendo os meninos mais vítimas de agressões físicas enquanto as meninas mais as sexuais. A pobreza tem impacto importante na violência intrafamiliar pelo efeito no comportamento dos pais e na dinâmica familiar, ao lado da existência de muitas crianças em casa, do uso de álcool e drogas pelos pais ou responsáveis e da violên-

cia entre eles. Na *adolescência*, a vitimização da violência comunitária se destaca, assim como a autoria de situações de violência. Ser menino, ter baixo desempenho escolar, dificuldade de relacionamento com familiares e amigos, ter a presença de apenas um dos pais em casa e conviver com conflitos familiares são os fatores que predispõem à violência nessa fase. Na *vida adulta*, a violência familiar se expressa principalmente pela que ocorre entre parceiros íntimos, com relevância a cometida contra a mulher; enquanto a violência comunitária afeta mais os homens jovens e decorrentes de homicídios. Pouca idade, abuso de álcool, problemas de saúde mental, desemprego, pobreza e normas tradicionais de gênero são aspectos que impulsoram ambos tipos de violência. Entre os *idosos*, a violência dos filhos contra os pais se evidencia. Nestes casos, a natureza do relacionamento anterior entre a pessoa que cuida e o idoso, a depressão do cuidador, assim como problemas de alcoolismo e dificuldades financeiras são gatilhos para a violência neste momento da vida^{5,11}.

Fraturas e contusões, lacerações e traumas, palpitações, falta de ar e dor crônica são alguns dos sinais e sintomas da busca por atendimento em serviço de urgência e emergência por pessoas em situações de violências¹². Melo et al.¹³ apontam que é neste setor que muitos indivíduos envolvidos em episódios de violência têm o primeiro contato com uma unidade de saúde, e deveria haver uma abordagem adequada pela equipe multiprofissional, voltada para as necessidades do indivíduo e oportunizando acesso a serviços de proteção. Em geral, se conhece muito pouco sobre as informações dos atendimentos nos serviços de saúde em nível de urgência e emergência, que recebem especialmente as vítimas de violências com maior gravidade¹⁴⁻¹⁶.

Este artigo tem como objetivos analisar os dados de violência intrafamiliar atendidos nos serviços de urgência e emergência, segundo: (1) as características sociodemográficas das pessoas atendidas, do evento e a evolução do atendimento, da infância à velhice por sexo; e (2) os fatores que diferenciam os eventos de violência intrafamiliar em comparação aos cometidos por não familiares.

Materiais e métodos

Este artigo emprega dados oriundos do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências VIVA Inquérito, um estudo transversal realizado a

cada três anos em serviços sentinelas de urgência e emergência brasileiros, que visa analisar a tendência de acidentes e violências no país, bem como traçar um perfil das vítimas atendidas. O inquérito foi realizado em 24 capitais, no Distrito Federal e em 11 municípios selecionados, perfazendo 114 serviços participantes. Neste artigo, contudo, são empregados apenas os dados das capitais e do Distrito Federal, o que compreendeu 86 serviços de urgência e emergência.

Os dados foram coletados em 30 dias consecutivos, entre os meses de setembro e dezembro de 2014, divididos em 60 turnos de 12 horas, selecionados mediante sorteio probabilístico. O tamanho amostral foi calculado de forma a se obter um coeficiente de variação inferior a 30% e um erro padrão menor que 3: calculou-se um mínimo de 2.000 atendimentos por causas externas nas capitais dos estados. O número de turnos em cada estabelecimento foi dado pela razão entre o tamanho mínimo estabelecido (2.000) e a média de atendimentos do estabelecimento em anos anteriores.

O instrumento empregado para a coleta dos dados tem cinco blocos: (1) dados gerais, com informações sobre o município e o local do atendimento, data, hora, consentimento em participar da pesquisa; (2) dados da pessoa atendida, com variáveis como idade, sexo, raça, escolaridade, trabalho e presença de deficiência; (3) dados de residência da vítima; (4) dados específicos da ocorrência, com questões sobre o tipo de violência ou acidente, especificando meios empregados, prováveis agressores, se o evento foi intencional ou não e se o indivíduo havia consumido álcool; e (5) dados sobre a lesão e a evolução, contemplando itens como as partes do corpo atingidas, a natureza da lesão e a evolução do caso.

A variável desfecho sob análise neste artigo foi a violência intrafamiliar, definida como qualquer forma de violência praticada por pai/mãe, companheiro(a) ou outro familiar. Com foco na violência intrafamiliar, nas análises estatísticas, esses casos foram comparados aos casos de violência cujos agressores não eram membros da família: amigo/conhecido, agente legal público, desconhecido e outro. Os casos de acidentes não estão incluídos no estudo.

Para descrição dos dados foram construídas as distribuições de frequência das variáveis segundo o sexo para cada um dos grupos etários: infância e adolescência (0-19 anos), adulto (20 a 59 anos) e idoso (60 anos ou mais). Com a fina-

lidade de verificar associações utilizou-se o teste de Rao-Scott, com nível de significância de 5%.

Na etapa de modelagem, ajustou-se inicialmente modelos separados para cada um dos grupos etários estudados. A primeira etapa deste processo envolveu a realização da análise bivariada do desfecho (ter sofrido violência intrafamiliar) em relação a todas as seguintes variáveis: raça/cor de pele (branca, preta/parda, amarela/indígena), deficiência (sim, não), vulnerabilidades (cigano, quilombola, aldeado, pessoa em situação de rua), anos de escolaridade, trabalho (sim, não), natureza da violência (física, psicológica, sexual, negligência e outra), uso de álcool (sim, não), agressor [pai/mãe, companheiro(a), ex-companheiro(a), outro familiar, amigo/conhecido, agente legal público, desconhecido, outro], sexo do agressor (masculino, feminino, ambos), meio utilizado (força, arma de fogo, envenenamento, objeto perfuro cortante, objeto contundente, ameaça, substância/objeto quente, outro), local de ocorrência (domicílio, escola, área de recreação, via pública, outro), tipo de lesão (sem lesão, contusão/entorse/luxação, corte/laceração, fratura/amputação/trauma, intoxicação/queimaduras/outras), parte do corpo atingida (cabeça/pescoço, coluna/tórax/abdome, genitais/ânus, membros inferiores e superiores, múltiplos órgãos/regiões) e evolução (alta, internação hospitalar, encaminhamento ambulatorial, outros).

A seguir, procedeu-se a modelagem empregando apenas as variáveis cujos p-valores fossem inferiores a 0,20. Seguiu-se, então, para a modelagem do desfecho de todas as faixas etárias conjuntamente. Como para a situação anterior, o primeiro passo consistiu da análise bivariada entre o desfecho e as demais variáveis. A avaliação da qualidade do ajuste dos modelos foi realizada empregando-se a estatística R-quadrado de McFadden, cujos valores variam de 0 a 1. Todas as análises foram realizadas empregando-se o módulo *Complex Samples* do pacote estatístico SPSS 20.0.

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde aprovou a realização da pesquisa. Obteve-se o consentimento verbal do paciente ou de seu responsável no momento de realização da entrevista. Conforme estabelecido na Resolução 466/2012, aos participantes foi garantido o total anonimato bem como a liberdade de interrupção da entrevista a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para a vítima ou seus familiares.

Resultados

Foram pesquisados 4.893 indivíduos em serviços de emergência brasileiros no período investigado, dos quais 26,6% sofreram violência intrafamiliar (40,0% crianças e adolescentes, 57,2% adultos e 2,8% idosos) e 73,4% foram vítimas de violências praticadas por pessoa não pertencente à família.

A Tabela 1 mostra que dentre as 413 *crianças e adolescentes* que sofreram violência ocasionada por familiares 50,5% eram do sexo masculino, 54,5% eram pretos ou pardos e 89,1% tinham até 8 anos de estudo. Numa análise por sexo, verifica-se que 16,1% dos casos femininos relataram possuir entre nove e 12 anos de escolaridade contra apenas 3,6% dos masculinos ($p = 0,010$). Em relação ao tipo de violência sofrida, a negligência (58,5%) e a violência física (37,7%) se evidenciam. Vale ressaltar que 6,9% dos atendimentos de crianças e adolescentes do sexo feminino foram decorrentes de violência sexual e 0,7% de psicológica contra praticamente nenhum do sexo masculino em ambos tipos de violência ($p = 0,001$). O uso de álcool foi relatado por 4,4% das vítimas atendidas nessa faixa etária e 33,4% afirmaram que a violência foi intencional. O pai ou a mãe foram os principais agressores da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes (59,9%), com destaque os do sexo feminino ($p = 0,026$). O domicílio foi o local de maior ocorrência da violência entre os membros da família (84,8%), 57,5% dos casos ocorreram de segunda a quinta e 51,3% ocorreram no período da noite/madrugada.

O espancamento e a força corporal foram os meios utilizados por 24,4% dos agressores. Chama atenção o fato de que 33,5% das crianças e adolescentes do sexo feminino terem sido vítimas de espancamento contra 15,6% daqueles do sexo masculino ($p = 0,004$). Entre os meninos, sobressai a vitimização por objetos perfuro cortantes (10,4%) e contundentes (8,0%), contra 6,8% e 3,1% respectivamente entre as meninas. Também ressalta-se que para 2,6% dos indivíduos do sexo feminino o meio empregado foi a ameaça (nenhum no sexo masculino).

Os cortes e as lacerações ocorreram em 31,4% das vítimas e a cabeça/pescoço foram atingidos em 51,5% dos casos. A evolução dos casos mostra que 79,4% tiveram alta após o atendimento no serviço de urgência e emergência.

Na Tabela 2 podem ser observadas as características dos 725 adultos atendidos nos serviços de emergência em função da violência intrafamiliar. Verifica-se que 57,7% eram do sexo feminino,

73,0% eram de cor preta/parda, 39,1% tinham entre nove e 11 anos de escolaridade e cerca de 60% trabalhavam. Na comparação segundo o sexo, há predomínio de homens de cor de pele preta/parda, de pessoas com menos anos de estudo e que trabalham ($p < 0,001$, $p = 0,009$ e $p < 0,001$ respectivamente).

A violência física ocorreu em 97,7% dos casos e 37,1% dos indivíduos relataram que haviam consumido álcool, sendo este percentual bem superior entre os homens (55,2% contra 23,8% das mulheres) ($p < 0,001$). Para 87,8% o evento foi intencional, em 61,4% o agressor foi o/a companheiro/a e em 73,3% o agressor foi homem. No caso das vítimas mulheres, em 89,4% dos agressores foram do sexo masculino ($p < 0,001$). O espancamento e a força física foram utilizados em 58,1% dos casos, com destaque para a violência que atinge as mulheres (73,1% contra 37,6% dos homens); ao passo que entre os homens a utilização de objeto perfuro cortante se sobressai (40,5% contra 11,3% entre as mulheres) ($p < 0,001$). O domicílio foi o local de ocorrência de 76,4% dos eventos. De forma diferente ao que se observou entre as crianças e os adolescentes, as violências ocorreram de sexta a domingo em 60,2% dos atendimentos e 51,8%, nos horários da noite e madrugada. Assim como entre a faixa mais jovem, também para os adultos notou-se grande frequência de corte e lacerações (47,7%) e cabeça e pescoço sendo atingidos (38,3%). As mulheres são mais lesionadas por contusões/entorses e luxação, fraturas/amputações e traumas, e intoxicação/queimadura; enquanto os homens mais por cortes e lacerações ($p < 0,001$). As partes do corpo atingidas também diferem segundo sexo, com primazia da coluna/tórax/abdome entre os homens e múltiplos órgãos entre as mulheres ($p < 0,001$). Interessante observar que a alta após o atendimento no serviço de emergência é mais frequente entre as mulheres (83,4% contra 69,4% dos homens); enquanto que as internações são mais presentes entre os homens (21,3% contra 11,8% das mulheres) ($p = 0,005$).

A caracterização dos 36 idosos vítimas de violência intrafamiliar pode ser observada na Tabela 3: 57,4% eram do sexo feminino, 55,8% eram pardos ou negros e 26,2% possuíam alguma deficiência. É muito maior o número de idosas em situação de violência intrafamiliar (41,4%) do que de idosos (7,3%) ($p = 0,03$). A violência física e a negligência se destacam nesta faixa etária, com a presença de intencionalidade do ato em 70,7% dos casos. Meios como espancamento, envenenamento e uso de objeto contundente se ressaltam.

Tabela 1. Caracterização de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar e atendidos em serviços de urgência e emergência em capitais brasileiras participantes do VIVA Inquérito segundo o sexo, 2014 (N = 413*).

Variável	SEXO		Total	p-valor
	Masculino	Feminino		
	%	%	%	
Raça/cor da pele				
Branca	41,0	45,8	43,4	0,430
Preta/parda	56,0	52,9	54,5	
Amarela/indígena	3,0	1,3	2,2	
Deficiência				
Sim	2,3	-	1,2	0,055
Não	97,7	100,0	98,8	
Vulnerabilidades				
Sim	0,3	2,0	1,2	0,102
Não	99,7	98,0	98,8	
Escolaridade				
0 a 4	70,9	52,6	61,2	0,010
5 a 8	24,2	31,1	27,9	
9 a 11	3,6	16,1	10,2	
12 e mais	1,2	0,2	0,7	
Trabalho				
Sim	4,2	5,9	5,0	0,508
Não	95,8	94,1	95,0	
Tipo de violência				
Física	35,7	39,8	37,7	0,001
Sexual	0,1	6,9	3,5	
Psicológica	-	0,7	0,3	
Negligência/abandono	64,2	52,6	58,5	
Uso de Álcool				
Sim	2,7	6,2	4,4	0,137
Não	97,3	93,8	95,6	
Percepção da violência				
Intencional	29,2	37,6	33,4	0,236
Não intencional	68,4	57,6	63,0	
Não sabe	2,4	4,8	3,6	
Sexo do agressor				
Masculino	25,7	41,9	33,7	0,026
Feminino	58,5	47,5	53,1	
Ambos	15,8	10,6	13,2	
Meio utilizado				
Força corporal/espancamento	15,6	33,5	24,4	0,004
Arma de fogo	0,9	0,1	0,5	
Envenenamento	0,4	1,0	0,7	
Objeto perfurocortante	10,4	6,8	8,6	
Objeto contundente	8,0	3,1	5,6	
Ameaça	-	2,6	1,3	
Substância/objeto quente	1,6	2,9	2,3	
Outro	63,0	50,0	56,6	

continua

Tabela 1. continuação

Variável	SEXO			p-valor
	Masculino	Feminino	Total	
	%	%	%	
Local de ocorrência				
Domicílio	85,3	84,2	84,8	0,897
Escola	0,1	-	0,1	
Área de recreação	1,0	0,9	0,9	
Via pública	11,5	13,5	12,5	
Outros	2,1	1,4	1,7	
Dia da ocorrência				
Segunda a quinta	56,5	58,5	57,5	0,743
Sexta a domingo	43,5	41,5	42,5	
Faixa de horário				
Manhã	14,5	20,2	17,3	0,141
Tarde	36,4	26,1	31,4	
Noite/madrugada	49,0	53,6	51,3	
Tipo de lesão				
Sem lesão	17,1	15,8	16,4	0,842
Contusão/Entorse e luxação	20,7	23,5	22,1	
Corte e laceração	33,3	29,5	31,4	
Fratura/Amputação/Traumas	18,7	17,3	18,0	
Intoxicação/queimadura/outro	10,3	13,9	12,1	
Parte do corpo atingida				
Cabeça/pescoço	58,5	44,4	51,5	0,107
Coluna/tórax/Abdome	2,3	5,4	3,8	
Genitais/Ânus	1,5	3,2	2,3	
Membros (S e I)	30,2	33,4	31,8	
Múltiplos órgãos/regiões	7,5	13,5	10,5	
Evolução				
Alta	78,1	80,6	79,4	0,283
Internação hospitalar	17,0	11,6	14,3	
Encaminhamento ambulatorial	3,5	3,6	3,6	
Outros	1,5	4,1	2,8	

* tamanho da amostra sem expansão.

O domicílio foi o local de 94,5% das ocorrências e nota-se que os homens foram majoritariamente vitimizados no período da tarde (77,5%) e as mulheres no período da manhã (44,1%) ($p = 0,001$). Nota-se ainda que 41,9% dos homens sofreram cortes e lacerações e 51,6% das mulheres, fraturas, traumas e amputações. Entre os idosos, as lesões afetaram com mais frequência múltiplos órgãos (42,6%). Já para as mulheres, membros superiores e inferiores se destacam (47,7%) ($p = 0,049$). Em relação à evolução do caso, 64,2% teve alta após o atendimento no serviço, sem distinção entre os sexos.

A Tabela 4 apresenta os resultados da análise bivariada segundo os casos atendidos por violência intrafamiliar e os decorrentes de violências praticadas por outras pessoas não pertencentes à família da vítima. Verifica-se que houve diferença estatisticamente significativa para todas as variáveis, exceto: dia da ocorrência ($p = 0,952$), deficiência ($p = 0,078$) e faixa de horário ($p = 0,078$). Apesar disso, as duas últimas foram inseridas no modelo de regressão logística visto que apresentaram p-valor inferior ao ponto de corte definido (0,2).

Ainda da Tabela 4 pode-se visualizar as características daqueles que sofreram violência

Tabela 2. Caracterização dos adultos vítimas de violência intrafamiliar e atendidos em serviços de urgência e emergência em capitais brasileiras participantes do VIVA Inquérito segundo o sexo, 2014 (N = 725*).

Variável	SEXO		Total	p-valor
	Masculino	Feminino		
	%	%	%	
Raça/cor da pele				0,000
Branca	17,5	32,3	26,0	
Preta/parda	80,8	67,2	73,0	
Amarela/indígena	1,7	0,4	0,9	
Deficiência				
Sim	2,6	2,0	2,2	0,649
Não	97,4	98,0	97,8	
Vulnerabilidades				
Sim	99,4	98,6	98,9	0,335
Não	0,6	1,4	1,1	
Escolaridade				
0 a 4	32,4	28,2	29,9	0,009
5 a 8	30,4	21,0	24,9	
9 a 11	34,2	42,5	39,1	
12 e mais	3,0	8,3	6,1	
Trabalho				
Sim	76,5	49,8	60,8	0,000
Não	23,5	50,2	39,2	
Tipos de violência				
Física	98,1	97,4	97,7	0,176
Sexual	-	0,9	0,5	
Psicológica	0,4	1,6	1,1	
Negligência/abandono	1,4	-	0,6	
Outro	0,1	-	0,0	
Uso de Álcool				
Sim	55,2	23,8	37,1	0,000
Não	44,8	76,2	62,9	
Percepção da violência				
Intencional	87,4	88,1	87,8	0,128
Não intencional	12,2	9,7	10,8	
Não sabe	0,4	2,2	1,4	
Sexo do agressor				
Masculino	51,5	89,4	73,3	0,000
Feminino	46,7	8,8	24,8	
Ambos	1,8	1,9	1,9	
Meio utilizado				
Força corporal/espancamento	37,6	73,1	58,1	0,000
Arma de fogo	2,3	1,1	1,6	
Envenenamento	-	-	-	
Objeto perfurocortante	40,5	11,3	23,6	
Objeto contundente	14,9	10,2	12,2	
Ameaça	0,3	1,6	1,0	
Substância/objeto quente	0,8	0,4	0,6	
Outro	3,7	2,3	2,9	

continua

Tabela 2. continuação

Variável	SEXO		Total	p-valor
	Masculino	Feminino		
	%	%	%	
Local de ocorrência				
Domicílio	76,1	76,6	76,4	0,977
Escola				
Área de recreação	0,3	0,4	0,4	
Via pública	17,6	17,4	17,5	
Outros	6,1	5,5	5,7	
Dia da ocorrência				
Segunda a quinta	36,4	42,2	39,8	0,224
Sexta a domingo	63,6	57,8	60,2	
Faixa de horário				
Manhã	19,7	19,0	19,3	0,358
Tarde	25,2	31,7	28,9	
Noite/madrugada	55,1	49,3	51,8	
Tipo de lesão				
Sem lesão	3,8	6,5	5,4	0,000
Contusão/Entorse e luxação	16,5	32,6	25,9	
Corte e laceração	65,4	34,8	47,7	
Fratura/Ampuração/Traumas	11,3	21,0	16,9	
Intoxicação/queimadura/outro	2,9	5,1	4,2	
Parte do corpo atingida				
Cabeça/pescoço	38,1	38,4	38,3	0,000
Coluna/tórax/Abdome	15,7	6,0	10,2	
Genitais/Ânus	0,8	1,1	1,0	
Membros (S e I)	31,8	26,9	29,0	
Múltiplos órgãos/regiões	13,6	27,6	21,5	
Evolução				
Alta	69,4	83,4	77,5	0,005
Internação hospitalar	21,3	11,8	15,8	
Encaminhamento ambulatorial	5,7	3,5	4,4	
Outros	3,6	1,3	2,3	

* tamanho da amostra sem expansão.

cometida por não familiares, se aproximando de um perfil de violência comunitária: 76,1% são homens, 72,1% têm de 20 a 59 anos, 69,4% são pardos ou negros, cerca de 41% possuem nove ou mais anos de estudo e 52,3% estavam trabalhando no momento. Quanto ao tipo de violência, a física se mostrou mais prevalente (96,6%), o consumo de álcool foi relatado por 36,9% dos indivíduos e 83,1% a consideraram como intencional. Em 60,3% dos casos o agressor foi um desconhecido e em 87,2%, um homem. Entre os meios empregados destacam-se o uso da força física/espancamento (46,9%), as armas de

fogo (20,3%) e o uso de objetos perfuro cortantes (18,6%). Observa-se também que em 50,3% dos casos a via pública foi o local da ocorrência e que em 55,6% o evento ocorreu de noite ou de madrugada. Cortes e lacerações ocorreram em 48,6% das vítimas dessa forma de violência. Cabeça e pescoço (32,4%) e membros superiores e inferiores (30,5%) destacam-se entre as partes do corpo atingidas e 61,6% evoluíram para alta após atendimento no serviço de emergência. No perfil dos que sofrem violência intrafamiliar (todas as idades) predomina: mulher, adulto, cor da pele preta ou parda, com ensino fundamental, fora do

Tabela 3. Caracterização de idosos vítimas de violência intrafamiliar e atendidos em serviços de urgência e emergência em capitais brasileiras participantes do VIVA Inquérito segundo o sexo, 2014 (N = 36*).

Variável	SEXO		Total	p-valor
	Masculino	Feminino		
	%	%	%	
Raça/cor da pele				
Branca	47,0	40,6	43,3	0,768
Preta/parda	53,0	57,9	55,8	
Amarela/indígena	-	1,5	0,9	
Deficiência				
Sim	7,3	41,4	26,2	0,030
Não	92,7	58,6	73,8	
Vulnerabilidades				
Sim	-	-	-	
Não	100,0	100,0	100,0	
Escolaridade				
0 a 4	55,9	86,2	72,4	0,235
5 a 8	13,1	8,0	10,3	
9 a 11	31,0	5,8	17,2	
12 e mais				
Trabalho				
Sim	31,6	5,9	17,4	0,037
Não	68,4	94,1	82,6	
Tipo de violência				
Física	60,9	44,3	51,4	0,556
Sexual	-	-	-	
Psicológica				
Negligência/abandono	39,1	54,1	47,7	
Outro	-	1,6	0,9	
Uso de Álcool				
Sim	18,2	8,4	13,0	0,419
Não	81,8	91,6	87,0	
Percepção da violência				
Intencional	91,3	55,5	70,7	0,222
Não intencional	8,7	28,2	19,9	
Não sabe	-	16,3	9,4	
Sexo do agressor				
Masculino	32,5	50,8	43,2	0,153
Feminino	33,1	44,7	39,9	
Ambos	34,3	4,4	16,9	
Meio utilizado				
Força corporal/espancamento	21,6	34,0	28,6	0,093
Arma de fogo	2,0	-	0,9	
Envenenamento	24,0	-	10,5	
Objeto perfurocortante	10,6	-	4,6	
Objeto contundente	25,5	12,7	18,3	
Ameaça				
Substância/objeto quente	-	2,2	1,2	
Outro	16,3	51,1	35,9	

continua

Tabela 3. continuação

Variável	SEXO		Total	p-valor
	Masculino	Feminino		
	%	%	%	
Local de ocorrência				
Domicílio	97,9	92,1	94,5	0,587
Escola	-	-	-	
Área de recreação	-	-	-	
Via pública	-	4,0	2,3	
Outros	2,1	3,9	3,2	
Dia da ocorrência				
Segunda a quinta	62,9	71,8	68,5	0,595
Sexta a domingo	37,1	28,2	31,5	
Faixa de horário				
Manhã	2,1	44,1	26,6	0,001
Tarde	71,5	24,7	44,2	
Noite/madrugada	26,4	31,2	29,2	
Tipo de lesão				
Sem lesão	11,0	-	4,7	0,103
Contusão/Entorse e luxação	13,0	22,5	18,5	
Corte e laceração	41,9	18,3	28,4	
Fratura/Amputação/Traumas	10,1	51,6	33,9	
Intoxicação/queimadura/outro	24,0	7,5	14,5	
Parte do corpo atingida				
Cabeça/pescoço	35,7	43,3	40,3	0,049
Coluna/tórax/Abdome	4,5	5,4	5,1	
Genitais/Ânus				
Membros (S e I)	17,2	47,7	35,5	
Múltiplos órgãos/regiões	42,6	3,6	19,1	
Evolução				
Alta	58,7	68,4	64,2	0,860
Internação hospitalar	31,2	25,7	28,0	
Encaminhamento ambulatorial	10,1	5,9	7,7	
Outros	-	-	-	

* tamanho da amostra sem expansão.

mercado de trabalho, vítima de violência física e agressor do sexo masculino.

Os resultados dos ajustes de modelos segundo faixa etária (Tabela 5) mostraram as seguintes variáveis como significativas e que permaneceram no modelo final para o grupo das crianças e adolescentes: sexo (menino), sexo do agressor (feminino) e escolaridade (mais baixa). Em relação aos que sofreram violência praticada por membros de fora da família, ser do sexo masculino representou uma proteção ou risco reduzido de sofrer violência intrafamiliar se comparado ao

feminino. Já para a escolaridade, verifica-se que um menor número de anos de estudo aumentou a chance de sofrer violência intrafamiliar ($p = 0,001$). E, há menor chance de que os agressores que praticam violência intrafamiliar sejam homens, quando se compara com a categoria “ambos” e a violência não intrafamiliar.

Já para a faixa adulta, sexo, cor da pele e sexo do agressor se mostraram significativas. Novamente, quando se compara com a violência cometida por não familiares, observa-se que adultos do sexo masculino têm menos chance

Tabela 4. Caracterização das vítimas de violência atendidos em serviços de urgência e emergência em capitais brasileiras participantes do VIVA Inquérito, 2014 (N = 4.893*).

Características	Violência cometida por não familiares	Violência intrafamiliar	Total	p-valor
	%	%	%	
Sexo				
Masculino	76,1	45,6	68,0	0,000
Feminino	23,9	54,4	32,0	
Faixa etária				
0 a 19 anos	25,0	40,0	29,0	0,000
20 a 59 anos	72,1	57,2	68,1	
60 ou mais	2,8	2,8	2,8	
Raça/cor da pele				
Branca	28,4	33,3	29,7	0,035
Preta/parda	69,4	65,3	68,3	
Amarela/indígena	2,1	1,4	2,0	
Deficiência				
Sim	3,9	2,5	3,5	0,078
Não	96,1	97,5	96,5	
Vulnerabilidades				
Sim	3,8	1,1	3,1	0,000
Não	96,2	98,9	96,9	
Escolaridade				
0 a 4	29,7	40,2	32,3	0,000
5 a 8	29,3	25,3	28,3	
9 a 11	34,4	30,1	33,4	
12 e mais	6,5	4,4	6,0	
Trabalho				
Sim	52,3	36,5	48,0	0,000
Não	47,7	63,5	52,0	
Tipo de violência				
Física	96,6	72,5	89,5	0,000
Sexual	1,5	1,7	1,5	
Psicológica	0,7	0,8	0,7	
Negligência/abandono	1,0	25	8,1	
Outra	0,3	0,0	0,2	
Uso de Álcool				
Sim	36,9	23,2	33,2	0,000
Não	63,1	76,8	66,8	
Percepção da violência				
Intencional	83,1	66,2	78,6	0,000
Não intencional	13,4	31,3	18,2	
Não sabe	3,5	2,5	3,3	
Agressor				
Pai/mãe	-	25,9	7,9	0,000
Companheiro/a	-	39,5	12,1	
Outro familiar	-	34,6	10,6	
Amigo conhecido	32,1	-	22,3	
Agente legal público	4,8	-	3,3	
Desconhecido	60,3	-	41,8	
Outro	2,8	-	1,9	

continua

Tabela 4. continuação

Características	Violência cometida por não familiares	Violência intrafamiliar	Total	p-valor
	%	%	%	
Sexo do agressor				
Masculino	87,2	57,0	77,4	0,000
Feminino	8,4	36,3	17,4	
Ambos	4,4	6,7	5,2	
Meio utilizado				
Força corporal/espancamento	46,9	43,8	46	0,000
Arma de fogo	20,3	1,2	14,7	
Envenenamento	0,1	0,6	0,2	
Objeto perfuro cortante	18,6	17,3	18,2	
Objeto contundente	10,6	9,7	10,3	
Ameaça	0,6	1,1	0,8	
Substância/objeto quente	0,1	1,2	0,5	
Outro	2,7	25,1	9,3	
Local de ocorrência				
Domicílio	23,4	80,1	38,6	0,000
Escola	5,0	0,0	3,7	
Área de recreação	2,9	0,6	2,3	
Via pública	50,3	15,2	40,9	
Outros	18,3	4,1	14,5	
Dia da ocorrência				
Segunda a quinta	47,6	47,5	47,6	0,952
Sexta a domingo	52,4	52,5	52,4	
Faixa de horário				
Manhã	18,3	18,8	18,4	0,078
Tarde	26,2	30,3	27,3	
Noite/madrugada	55,6	50,9	54,3	
Tipo de lesão				
Sem lesão	5,7	9,8	6,8	0,000
Contusão/Entorse e luxação	18,2	24,1	19,7	
Corte e laceração	48,6	40,5	46,4	
Fratura/Amputação/Traumas	17,1	17,8	17,3	
Intoxicação/queimadura/outro	10,5	7,8	9,7	
Parte do corpo atingida				
Cabeça/pescoço	32,4	43,1	35,2	0,000
Coluna/tórax/Abdome	14	7,7	12,3	
Genitais/Ânus	0,9	1,4	1,1	
Membros (S e I)	30,5	30,3	30,5	
Múltiplos órgãos/regiões	22,2	17,4	20,9	
Evolução				
Alta	61,6	77,6	65,9	0,000
Internação hospitalar	29,2	15,6	25,6	
Encaminhamento ambulatorial	5,3	4,4	5,0	
Outros	3,9	2,4	3,5	

* tamanho da amostra sem expansão.

Tabela 5. Razões de chance ajustadas com respectivos intervalos de confiança para as variáveis associadas ao desfecho violência intrafamiliar segundo grupos etários, Brasil, 2014.

Característica	OR ajustado	IC 95%
Todos os grupos etários		
Sexo		
Masculino	0,23	0,18-0,29
Feminino	referência	
Escolaridade		
0 a 4	1,65	1,31 - 2,08
5 ou mais	referência	
Sexo do agressor		
Masculino	0,79	0,43 - 1,47
Feminino	3,24	1,65 - 6,38
Ambos	referência	
Crianças e adolescentes		
Sexo		
Masculino	0,34	0,21 - 0,57
Feminino	referência	
Escolaridade		
0 a 4	2,28	1,41 - 3,69
5 ou mais	referência	
Sexo do agressor		
Masculino	0,26	0,11 - 0,61
Feminino	1,48	0,57 - 3,9
Ambos	referência	
Adultos		
Sexo		
Masculino	0,19	0,14 - 0,25
Feminino	referência	
Raça/cor da pele		
Branca	1,75	0,74 - 4,1
Preta/parda	2,37	1,03 - 5,46
Amarela/indígena	referência	
Sexo do agressor		
Masculino	2,48	1,04 - 5,91
Feminino	9,69	3,69 - 25,45
Ambos	referência	
Idosos		
Sexo		
Masculino	0,27	0,09 - 0,75
Feminino	referência	

que mulheres de sofrer violência praticada por familiares (OR = 0,19; IC95% = 0,14 - 0,25). Nota-se ainda que pessoas pardas ou negras têm maior chance (OR = 2,37; IC95% = 1,03 - 5,46)

de violência intrafamiliar se comparados a pessoas com cor da pele amarela/indígena, quando se compararam as violências cometidas por familiares e não familiares. Em relação ao sexo do agressor, observa-se que há uma chance de 9,69 deste ser uma mulher se comparado com ser agredido por pessoas de ambos os sexos e de 2,48 para homens em relações a ambos os sexos.

Para os idosos, apenas a variável sexo permaneceu no modelo final e, assim como para os outros grupos etários, verificou-se proteção para sofrer violência cometida por familiares no sexo masculino (OR = 0,27; IC95% = 0,09 - 0,75).

O modelo ajustado para todas as faixas conjuntamente mostra que sexo, escolaridade da vítima e sexo do agressor permaneceram no modelo final, mostrando-se fatores chave na ocorrência de violência intrafamiliar. Homens possuem menor chance de sofrer violência intrafamiliar (OR = 0,23; IC95% = 0,18 - 0,29), pessoas com menos anos de estudo têm risco aumentado (OR = 1,65; IC95% = 1,31 - 2,08) e mulheres têm maior chance de cometerem violência intrafamiliar se comparado com a categoria “ambos os sexos” (OR = 3,24; IC95% = 1,65 - 6,38) (Tabela 5).

Discussão

A demanda de atendimento em serviços médicos de urgência/emergência por violências, especialmente a intrafamiliar, é um campo ainda desconhecido, subexplorado e subutilizado, apesar de se configurar como importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo e de alcançar elevados patamares na morbimortalidade no país^{17,18}. Assim, este estudo traz uma abordagem rica e inédita no estudo da violência intrafamiliar, ao investigar separadamente as etapas do ciclo de vida afetadas pelo fenômeno e que chegam aos serviços de urgência e emergência de várias capitais brasileiras. Os achados possibilitam identificar fatores chave na caracterização de casos de violência intrafamiliar, que ocasionaram lesões e por isso estão na emergência. Aliás, vale ressaltar que a investigação do fenômeno no contexto dos serviços de urgência e emergência é original no país. O maior conhecimento da violência intrafamiliar, especialmente comparada com casos de violência comunitária, possibilita o planejamento estratégico e favorece pistas para uma atuação que atenua os efeitos dessa situação e promova acesso a outros serviços.

Dentre as violências, a intrafamiliar tem particularidades que merecem atenção cuidadosa por parte dos profissionais de saúde, já que está

imbuída de valores, crenças, comportamentos e formas de comunicação distorcidas entre familiares. Entender o contexto da violência, a maneira com que as pessoas da família se relacionam, a presença de episódios violentos anteriores, o receio em dar informações, o pacto de sigilo familiar em torno da situação e os aspectos relacionados a questões sociais, culturais e comunitárias têm um impacto profundo na forma com que se dá o acolhimento, o cuidado, o encaminhamento e a resolutividade da situação nos diversos níveis de atendimento em saúde.

Dentre os achados do estudo, chama atenção o fato de que um quarto das violências que chegam nesses serviços sejam ocasionadas por agressões de familiares, sendo especialmente a mãe a principal agressora na infância e adolescência; o parceiro íntimo na vida adulta, e os filhos na velhice. Destaca-se a alta prevalência de atendimento às mulheres vítimas da violência pelo parceiro íntimo, coadunando com o achado de Stark e Flitcraft¹⁹, que apontam a violência conjugal como a maior causa de lesão corporal nos serviços de emergência, alertando que as dimensões que acompanham esse sofrimento não são consideradas nas condutas médicas na medida em que um mesmo diagnóstico e procedimento são prescritos tanto à mulher que sofreu uma fratura por queda quanto àquela que apresentou uma por espancamento do companheiro. A situação é estarrecedora quando se estima que no Brasil ocorreram, entre 2009 a 2011, 16.993 feminicídios, o que equivale a uma taxa anual de mortalidade de 5,82 óbitos por 100.000 mulheres²⁰. Nos Estados Unidos estima-se que a cada ano mais de meio milhão de lesões que requerem cuidados médicos resultam dessa forma de violência e mais de 145.000 exigem hospitalizações. Praticamente uma em cada três pacientes mulheres são vítimas de violência pelo parceiro íntimo²¹.

Outro achado relevante é a constatação de que ser do sexo feminino é um fator importante para a vitimização da violência intrafamiliar em praticamente todo o período da vida, o que remete à questões culturais de gênero fortemente presentes nas relações familiares, nas quais ser menina, mulher e idosa impõe um lugar de inferioridade e desigualdade entre os membros da fa-

mília, podendo gerar tapas, murros, humilhações e até morte²². A menor escolaridade é outro dado que merece atenção⁵, apontando que a educação incrementa uma cultura de tolerância e respeito aos direitos humanos.

Pela própria característica pontual e esporádica do atendimento oferecido em serviço de urgência e emergência, a violência física é a principal causa de atenção em todas as etapas do ciclo da vida. Contudo, vale destacar a frequência da violência sexual entre meninas na infância/adolescência e a negligência entre idosos. Quanto à violência sexual, apesar de sua subnotificação, dados da Secretaria Especial dos Direitos Humanos²³ mostram que no período de maio de 2003 a maio de 2004, aproximadamente 5 mil denúncias eram referentes a essa violência e cerca de 4 mil referiam-se à exploração sexual. Entre os idosos, a negligência e o abandono familiar são as violências mais presentes nessa fase da vida, muito ocasionada pelo estresse e desgaste emocional dos cuidadores e a dependência das vítimas^{24,25}.

No que diz respeito ao contexto do atendimento em urgência e emergência, alguns fatores criam barreiras para um cuidado mais aprofundado dos casos que envolvem violência intrafamiliar, entre os quais estão: ênfase no fluxo, na intervenção rápida e nos aspectos tecnológicos de cuidado; sobrecarga de trabalho dos profissionais; desarticulação com serviços de referência; frustração dos profissionais pela incapacidade de resolver o problema ou ajudar; desamparo e isolamento das equipes de urgência e emergência e falta de preparo dos profissionais para lidar com a questão da violência, especialmente a intrafamiliar²⁶⁻²⁹.

Quanto às limitações do estudo, primeiramente ressalta-se o viés de seleção, uma vez que nem todos os casos de violência intrafamiliar chegam aos serviços de emergência, principalmente os de menor gravidade. Outros aspectos se referem à: amostra de conveniência, o que impossibilita generalizações; análise pontual da realidade, que revela apenas dados sobre vítimas não fatais atendidas em unidades de urgência e emergência por um curto período de tempo; qualidade do preenchimento do inquérito; dificuldade de comparar com achados semelhantes no contexto da emergência.

Colaboradores

JQ Avanci, LW Pinto e SG Assis participaram da redação, contribuíram na concepção e delineamento do manuscrito, revisão crítica do conteúdo, análise e interpretação dos resultados e declararam ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº. 1.356, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinelas, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 24 jul.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº. 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União* 2001; 17 maio.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº. 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União* 2003; 30 set.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 31 mar.
5. Krug EG, organizador. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.
6. Lima DC. *Homens autores de violência doméstica e familiar contra a mulher: desafios e possibilidades* [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
7. Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil, 2011. *Cien Saude Colet* 2015; 20(3):655-666.
8. Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas pelo setor saúde - Brasil, 2010. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9):2331-2342.
9. Rodrigues CS, Malta DC, Godinho T, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Silva RE. Acidentes e violências entre mulheres atendidas em Serviços de Emergência Sentinelas - Brasil, 2009. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9):2319-2330.
10. Conceição TB. *Assimetria e simetria de gênero na violência por parceiro íntimo em pesquisas realizadas no Brasil* [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
11. NjaineK, Assis S, Constantino P, organizadores. *Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
12. Donnelly EA, Oehme K, Melvin R. What do EMS personnel think about domestic violence? An exploration of attitudes and experiences after participation in training. *J Forensic Leg Med* 2016; 38:64-69.
13. Melo RA, Peralva TR, Aratijo AKC, Souza DDO, Bezer- ra CS, Rafael LDC. Violência doméstica na percepção de enfermeiros de serviço de emergência. *Revista Ciência & Saberes-Facema* 2016; 2(3):221-228.
14. Cavalcanti MLT, Deslandes SF, Minayo MCS. Análise da Implementação do Atendimento Hospitalar. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 139-158.
15. Minayo MCS, Deslandes SF. *Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

16. Assis SG, Deslandes SF, Minayo MCS. *O atendimento de pessoas em situação de violência no Sistema Único de Saúde - SUS. Uma revisão da bibliografia da área da saúde 2001-2013*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. No prelo 2017.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Informações de saúde [dados na Internet]. Brasília: MS [acessado 2016 dez 20]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
18. Mascarenhas MDM, Silva MMAD, Malta DC, Moura LD, Gawryszewski VP, Costa VC, Morais Neto OLD. Atendimentos de emergência por acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes: Brasil, 2006. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1657-1668.
19. Stark E, Flitcraft A. *Women at risk. Domestic violence and Women's health*. Thousand Oaks: Sage Publication; 1996.
20. Garcia LP, Freitas L, Silva G. *Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2013.
21. Department of Health and Human Services. *Costs of intimate partner violence against women in the United States*. Washington: Centers for Disease Control and Prevention; 2003.
22. Vieira LSES, Pordeus AMJ, Ferreira RC, Moreira DP, Maia PB, Saviolli KC. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. *Saúde Soc* 2008; 17(3):113-125.
23. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. (2007). *Dados atualizados do disque denúncia nacional*. [acessado 2017 jul 11]. Disponível em: <http://www.unb.br/cet/turismoeinfancia/textos.dados/indice%20por%20Uf%20de%20denuncias.pdf>
24. Jayawardena KM, Liao S. Elder abuse at end of life. *J Paillat Med* 2006; 9(1):127-136.
25. Queiroz ZPV, Lemos NFD, Ramos LR. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2815-2824.
26. McGarry J, Nairn S. An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: a qualitative study. *Int Emerg Nurs* 2015; 23(2):65-70.
27. Yonaka L, Yoder M, Darrow J, Sherck J. Barriers to screening for domestic violence in the emergency department. *J Contin Educ Nurs* 2007; 38(1):37-45
28. Andersson H, Jakobsson E, Furaker C, Nilsson K. The everyday work at a Swedish emergency department: the practitioners perspective. *Int Emerg Nurs* 2012; 20(2):58-68.
29. Oliveira LRD, Mello Jorge MHPD. Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso. *Rev Brasileira de epidemiologia* 2008; 11(3):420-430.

Artigo apresentado em 10/01/2017

Aprovado em 18/04/2017

Versão final apresentada em 01/06/2017