



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Índice de choque e de mortalidade em vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência

Natália Almeida Lopes Figueiredo

Novembro, 2022



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Índice de choque e de mortalidade em vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência

Natália Almeida Lopes Figueiredo

Dissertação

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8º ed.

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes

Novembro, 2022

*“A violência destrói o que ela pretende defender:
a dignidade da vida, a liberdade do ser humano”.*

João Paulo II

Agradecimentos

Esta graduação é o resultado de grande dedicação e esforço pessoal, possível graças à ajuda das pessoas que nos rodeiam e nos vão dando força para seguir em frente.

Quero por isso agradecer a todos que tornaram possível o culminar deste trabalho.

À Professora Doutora Madalena Cunha pela orientação, dedicação, disponibilidade e confiança que depositou em mim, ao longo deste caminho, que se tornou difícil por motivos familiares.

À minha família e principalmente ao meu filho Gonçalo, pela paciência e apoio, estando sempre presentes e disponíveis.

Por último, o meu profundo e sincero agradecimento a todas as pessoas que contribuíram de um modo ou de outro, para a concretização deste projeto.

Muito Obrigado a todos ...

Índice

Índice de Figuras.....	11
Índice de Tabelas	13
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónios.....	15
Lista de Símbolos	17
Introdução	23
1. Violência Interpessoal	25
2. Métodos	31
2.1. Participantes	32
2.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	33
2.2. Instrumento de Recolha de Dados.....	34
2.2.1. Critérios de operacionalização das variáveis independentes	35
2.2.2. Critérios de operacionalização das variáveis dependentes.....	44
2.3. Considerações Éticas e Integridade da Investigação	46
2.4. Análise de Dados.....	46
3. Resultados	49
3.1. Caracterização das Variáveis de Contexto da Agressão	49
3.2. Caracterização das Variáveis Clínicas	50
3.3. Caracterização dos Antecedentes Pessoais.....	52
3.4. Caracterização do Índice de Choque e Índice de Mortalidade.....	57
3.5. Análise Inferencial	59
4. Discussão	65
Conclusão.....	69
Referências Bibliográficas.....	71
Anexos	75
Anexo I – Instrumento de colheita de dados.....	77
Anexo II – Identificação do projeto “Evidências para não arriscar vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta” da Unidade da UniCise, IPV Viseu	81
Anexo III - Deliberação Comissão de ética para a Saúde do CHTV.....	85

Índice de Figuras

Figura 1: Esquema conceptual da investigação	32
Figura 2: Régua da dor	38

Índice de Tabelas

Tabela 1: Estatísticas da idade em função do género	33
Tabela 2: Caracterização das variáveis sociodemográficas em função do género	34
Tabela 3: Critérios de Operacionalização das variáveis sociodemográficas	35
Tabela 4: Critérios de operacionalização das variáveis de contexto da agressão.....	35
Tabela 5: Fluxogramas do Sistema de Triagem de Manchester (STM).....	36
Tabela 6: Discriminadores do fluxograma agressão vs prioridade clínica.....	36
Tabela 7: Conceito de Violência Interpessoal	39
Tabela 8: Critério de operacionalização das variáveis de contexto clínico.....	41
Tabela 9: Critérios de operacionalização das variáveis dos antecedentes pessoais	44
Tabela 10: Operacionalização da variável índice de choque pela escala shock index	44
Tabela 11: Operacionalização do índice de mortalidade pela escala MGAP.....	45
Tabela 12: Estatísticas relativas ao número de idas ao SU segundo género	49
Tabela 13: Caracterização das variáveis de contexto de agressão em função do género	50
Tabela 14: Caracterização das variáveis clínicas em função do género.....	51
Tabela 15: Caracterização dos antecedentes pessoais em função do género	52
Tabela 16: Presença de antecedentes em função do género	52
Tabela 17: Estatísticas relacionadas com o tempo de permanência nos SU segundo o género	53
Tabela 18: Caracterização do agente da agressão	53
Tabela 19: Caracterização do agente da agressão em função do género.....	53
Tabela 20: Alterações emocionais/psicológicas e comportamentais.....	54
Tabela 21: Caracterização das alterações emocionais/ psicológicas/ comportamentais em função do género	54
Tabela 22: Caracterização da localização da agressão em função do género	55
Tabela 23: Caracterização das lesões em função do género.....	55
Tabela 24: Exames complementares de diagnóstico realizados.....	55
Tabela 25: Caracterização dos encaminhamentos para consultas de especialidades em função do género	56
Tabela 26: Caracterização dos encaminhamentos para consultas não médicas/ outras entidades em função do género.....	56
Tabela 27: Destino final da vítima em função do género.....	57
Tabela 28: Estatísticas relativas ao índice de choque e índice de mortalidade em função do género	57

Tabela 29: Índice de choque e de mortalidade em função do género.....	58
Tabela 30: Resultados dos Testes U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas, de contexto e antecedentes pessoais com o índice de choque e o Índice de mortalidade	61
Tabela 31: Correlação de Spearman relacionando o índice de choque com índice de mortalidade	63

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

Cf. - Conforme

CHTV – Centro Hospitalar Tondela Viseu

cpm – Ciclos por minuto

CV - Coeficiente de variação

DGS – Direção Geral da Saúde

DP - Desvio-padrão

ECD – Exames complementares de diagnóstico

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EPVA – Equipa de Proteção da Violência em Adultos

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu

et al. - e outros

FC - Frequência cardíaca

FR – Frequência Respiratória

h - Hora

HSD – Hematoma subdural

IML – Instituto de medicina legal

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

K/erro - Kurtosis/error (Curtose)

K-W - Teste de Kruskall-Walis

Máx. - Máximo

MGF – Medicina geral e familiar

Min. - Mínimo

mmHg – Milímetros de mercúrio

n - Frequência absoluta

NAVVD – Núcleo de apoio a vítimas de violência doméstica

Nº / nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ORL – Otorrinolaringologista

p – Nível de significância

p. – Página

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PSP – Polícia de Segurança Pública

RX – Radiografia

Sk/erro - Skewness/error (assimetria)

SpO2 – Saturação periférica de oxigénio

SU – Serviço de Urgência

TA - Tensão Arterial

UM-W – Teste U de Mann-Whitney

vs. - Versus

Lista de Símbolos

% - percentagem

< - menor que

\leq - menor ou igual

= - igual

> - maior que

\geq - maior ou igual

X^2 - Qui-quadrado

M – Média

Resumo

Introdução: A violência interpessoal é um problema de saúde pública com considerável impacto pessoal, social e económico. A estratificação do índice de choque e de mortalidade destas vítimas no serviço de urgência, permite intervenções ajustadas com o intuito de aumentar a sua sobrevivência.

Objetivos: Determinar o índice de choque e de mortalidade em vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência e analisar a influência das variáveis sociodemográficas, antecedentes pessoais e variáveis de contexto no índice de choque e de mortalidade.

Métodos: Estudo observacional, com coorte transversal e foco retrospectivo, numa amostra de 221 vítimas de violência interpessoal, admitidas no serviço de urgência de um centro hospitalar da região centro de Portugal. Foram aplicadas as escalas Schok Index (Mutschler, et al., 2013) e a MGAP (Sartorius et al., 2010). O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da instituição.

Resultados: Prevalceu a violência na comunidade em ambos os géneros (25.6%), o choque ligeiro (60.7%) e o baixo índice de mortalidade (95.4%) foram os índices de gravidade mais representativos. A idade tem influência no índice de choque e de mortalidade. A violência na comunidade e o tempo de permanência no serviço de urgência têm influência no índice de mortalidade. Quanto maior o índice de choque, maior o índice de mortalidade, apesar de sem diferenças estatisticamente significativas.

Conclusão: O índice de choque ligeiro e o baixo índice de mortalidade foram os mais representativos demonstrando uma elevada sobrevivência das vítimas. O cálculo destes índices garante a gestão adequada da assistência à pessoa vítima de violência interpessoal, permitindo estabelecer intervenções diferenciadas reduzindo o risco de mortalidade. Vítimas mais jovens apresentam maior risco de choque e de mortalidade. Vítimas de violência na comunidade e com tempos de permanência inferior a 240 minutos apresentam maior índice de mortalidade. O estudo demonstrou a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para a melhoria de registos concisos e objetivos.

Palavras-chave: violência interpessoal; índice de choque; índice de mortalidade; urgência

Abstract

Introduction: Interpersonal violence is a public health problem with considerable personal, social and economic impact. The stratification of the shock and mortality rates of these victims in the emergency department allows for tailored interventions with the aim of increasing their survival.

Objectives: To determine the shock and mortality rate in victims of interpersonal violence assisted in the emergency department and to analyze the influence of sociodemographic variables, personal background and context variables on the shock and mortality rate.

Methods: Observational study, with cross-sectional cohort and retrospective focus, in a sample of 221 victims of interpersonal violence, admitted to the emergency service of a hospital center in the central region of Portugal. The Shock Index (Mutschler, et al., 2013) and the MGAP (Sartorius et al., 2010) scales were applied. The study received a favorable opinion from the Ethics Committee for Health at the institution.

Results: Community violence prevailed in both genders (25.6%), mild shock (60.7%) and low mortality rate (95.4%) were the most representative severity indices. Age has an influence on the shock and mortality rates. Violence in the community and length of stay in the emergency department have an influence on the mortality rate. The higher the shock index, the higher the mortality rate, although without statistically significant differences.

Conclusion: The mild shock index and the low mortality rate were the most representative, demonstrating a high survival of the victims. The calculation of these indices guarantees the adequate management of the assistance to the person victim of interpersonal violence, allowing to establish differentiated interventions reducing the risk of mortality. Younger victims are at greater risk of shock and mortality. Victims of violence in the community and with lengths of stay of less than 240 minutes have a higher mortality rate. The study demonstrated the need to sensitize health professionals to the improvement of concise and objective records.

Keywords: interpersonal violence; shock index; mortality rate; urgency

Introdução

A violência, em todas as suas dimensões, é considerada um problema de Saúde Pública, com impacto negativo na vida do cidadão em qualquer fase do ciclo vital. Anualmente, milhões de pessoas perdem a vida ou ficam incapacitadas em consequência de lesões causadas por atos de violência interpessoal.

As ocorrências por crime e violência em Portugal, registadas no ano 2021, foram de 29.3%, sendo 4.7% de crime contra a integridade física. (INE, 2022a). No topo dos crimes mais referenciados, destacam-se os crimes contra as pessoas (APAV, 2022).

Face ao aumento da procura dos serviços de urgência pelas vítimas de violência interpessoal, justifica-se a tomada de iniciativas no quadro do Sistema de Saúde, na perspetiva de aperfeiçoar os modelos organizacionais dos serviços, incrementando a qualificação dos profissionais de saúde.

A violência física demonstra-se mais prevalente, de certa forma, expectável uma vez que pela gravidade das lesões em consequência da agressão, as vítimas recorrem aos serviços de saúde na procura de cuidados diferenciados. Parece-nos assim, pertinente estudar a violência em contexto de trauma, já que as vítimas que procuram os cuidados de saúde, são na sua maioria, vítimas de agressão de natureza física.

O termo “trauma” é usado para definir ou descrever as lesões causadas por um evento que gera um ferimento de maneira inesperada, ou seja, danos causados por acidentes, violência ou agressões (Bossoni, 2021). Quando a vítima recorre ao serviço de urgência, necessita de uma avaliação adequada, podendo haver necessidade de em algumas circunstâncias, de acordo com a gravidade da situação clínica da vítima, ser necessário o controle de hemorragias e avaliação do estado geral, promovendo intervenções adequadas, para manter a vida e evitar sequelas daquela pessoa.

Constitui-se assim importante conhecer o índice de choque e de mortalidade destas vítimas, estratificado pelas escalas *Shock Index (SI)* e *Mechanism, Glasgow coma scale, Age, and arterial Pressure (MGAP)*, a fim de atingir uma prestação de cuidados de excelência.

Este estudo integra-se no projeto de Investigação “Evidências para Não Arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta” (código de referência/ identificação:

PROJ/UniCISE /2017/0001), da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCiSE) da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV).

Os serviços de urgência são a unidade de saúde com maior probabilidade de admissão de vítimas de violência interpessoal, justificação para o estudo ser implementado num serviço de urgência da região centro, nomeadamente no Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV), EPE – Serviço de Urgência Polivalente, num período de um ano, de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2020.

Na procura de novo conhecimento que fundamente boas práticas sobre esta problemática, emergem questões às quais procuraremos dar resposta, partindo das seguintes questões gerais de investigação:

Qual o índice de choque das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência?

Qual o índice de mortalidade das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência?

No intuito de dar resposta a estas questões orientadoras, este estudo pretende responder aos seguintes objectivos: Determinar o índice de choque e o índice de mortalidade mais prevalentes nas vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência.

1. Violência Interpessoal

Violência interpessoal continua a ser um problema de saúde pública a nível mundial, estimando-se, que uma em cada três mulheres foi vítima de violência por parceiro íntimo e um em cada quatro adultos foi abusado fisicamente em criança (Olive et al., 2020).

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), no ano de 2021, apura que os crimes contra as pessoas foram os mais notificados, em cerca de 90% do total de crimes contra as pessoas, com particular destaque para os crimes de Violência familiar/ parceiro íntimo (76.8%) e outros tipos de violência (APAV, 2022).

Violência é entendida como, todo o uso intencional de força física ou poder, real ou com ameaça contra si próprio, ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação (Olive et al., 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define a violência interpessoal como todo o tipo de violência que ocorre entre membros de uma família, parceiros íntimos, amigos, conhecidos e desconhecidos, incluindo os maus-tratos contra as crianças, mulheres e idosos (OMS, 2014).

Segundo quem comente o ato de violência são considerados três tipos de violência: a violência autodirigida (contra si mesmo), a violência interpessoal e a violência coletiva (DGS, 2016).

A violência interpessoal integra a *violência familiar /parceiros íntimos* (toda aquela que ocorra entre parceiros íntimos, nas relações de intimidade e/ou conjugalidade, violência no namoro tanto em casais heterossexuais como homossexuais) e a *violência na comunidade* (inclui as situações de violência perpetrada no círculo de pessoas próximas de quem é maltratado, como a que ocorre fora dele, assim como, violência juvenil, atos variados de violência, assédio e abuso sexual ou violação por estranhos, violência no contexto laboral, estabelecimentos prisionais, lares de acolhimento enquanto estratégias de coação psicológica) (DGS, 2016).

A violência familiar/ parceiro íntimo, inclui a violência doméstica e a violência intrafamiliar (entre parceiros íntimos e membros da família que coabitam no mesmo agregado familiar), ou seja, é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outra pessoa da família,

cometido dentro ou fora de habitação por um membro da família, incluindo pessoas que assumem a função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e que tenham relação de poder. A violência na comunidade, corresponde a todo o tipo de violência que ocorre no ambiente social, entre conhecidos ou desconhecidos, por atentado à sua integridade e vida e/ou aos seus bens (DGS, 2016).

A ocorrência de crime em Portugal no ano 2022 é de 29.3%, com registo de crime contra a integridade física de 4.7% (INE, 2022b). Quanto à sua natureza, a violência pode ser considerada física, sexual, psicológica, de privação e por negligência (Olive et al., 2020).

Os estudos demonstram que na maioria dos casos, as vítimas de violência interpessoal apresentam trauma maxilofacial (Loutroukis et al., 2020), traumatismo crânio encefálico (TCE), sendo o mecanismo mais prevalente o contundente (Garcez et al., 2019), porém, também conduz a um impacto na saúde mental das vítimas associado a um maior risco de condições médicas de longo prazo (Walker et al., 2020).

O termo “trauma” é utilizado de forma abrangente para descrever lesões causadas por uma força externa devido a acidentes ou violência, caracterizado pelo tipo de mecanismo de lesão que o causou, classificando-se em trauma penetrante ou contuso.

As causas mais comuns de grande traumatismo são os acidentes, atropelamentos, lesões por arma de fogo/ arma branca, quedas de altura, queimaduras, afogamentos e violência interpessoal (Velho, 2020). A violência sem recurso a armas, excepcionalmente leva à morte, mas pode causar danos incalculáveis e está geralmente associada ao consumo de álcool e drogas (Velho, 2020).

Um dos desafios mais importantes no que diz respeito ao atendimento de uma vítima de trauma, é o fato de os perfis das vítimas serem diferentes na natureza e gravidade das lesões. Esta heterogeneidade tem despertado estudos, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento de Trauma Scoring Systems (TSS), que permite a atribuição de uma determinada pontuação às vítimas de trauma dependendo de variáveis específicas (Milton et al., 2021).

Na gestão de vítimas de agressão com trauma físico grave, o tempo é essencial. A prestação de cuidados adequados atempadamente permite diminuir a mortalidade e a morbidade. Esse cuidado imediato depende de estratificação de risco eficaz e eficiente em contexto de urgência (Mohammed et al., 2022).

A estratificação da gravidade de trauma através de escalas pode orientar a tomada de decisão clínica no atendimento da vítima, como orientar para procedimentos cirúrgicos que devem ou não ser realizados. Estes sistemas de estratificação também otimizam a comunicação entre os profissionais de saúde, padronizando a linguagem utilizada e contribuindo para o controle de qualidade dos serviços no atendimento de vítimas de trauma (Milton et al., 2021).

Nos últimos anos, uma ampla gama de TSS foi desenvolvida. Neste estudo pretende-se aplicar as escalas Schok index (SI) e a Mechanism/Glasgow Coma Scale/Age/Pressure (MGAP) score. Ambas as escalas são preditoras da gravidade de trauma e do índice de mortalidade da vítima, podendo ser aplicadas no cenário de trauma em contexto pré-hospitalar e no ambiente hospitalar.

Os profissionais de saúde utilizam os sinais vitais da vítima para detetar precocemente alterações fisiológicas que colocam a vítima em risco de vida, tais como, a frequência cardíaca, a tensão arterial, a frequência respiratória, escala de coma de Glasgow e a saturação de oxigénio periférico. De acordo com seus valores, a gestão dos cuidados à vítima é estabelecida e são definidas as intervenções a realizar.

O choque hemorrágico é a principal causa de mortalidade após trauma, sendo evitável quando detetado precocemente. Permite gerir os cuidados e antecipar as intervenções necessárias, nomeadamente, a ativação da equipa de trauma na urgência, bloco operatório ou até mesmo na implementação do protocolo de hemorragia maciça. O diagnóstico de hemorragia maciça depende de parâmetros laboratoriais, com difícil implementação no imediato. Diferentes estudos têm mostrado a aplicação do Schok index (SI) na abordagem à vítima de trauma, demonstrando que um SI elevado está associado a alta mortalidade (Terceros-Almanza, et al., 2017).

O índice de choque (SI) foi introduzido pela primeira vez por Allgöwer e Burri em 1967 como ferramenta simples para avaliar a gravidade do estado de hipoperfusão da vítima (Althunayyan, 2019). É avaliado pela escala fisiológica Shock index e define-se como a frequência cardíaca (FC) dividida pela pressão arterial sistólica (PAS), tendo uma aplicação na prática, fácil e rápida que permite determinar a gravidade da vítima (Koch et al., 2019). Embora a FC e a PAS sejam parâmetros utilizados com frequência para caracterizar o tipo de choque, frequentemente apresentam valores normais na fase compensatória do choque e podem ser confundidos por efeitos da medicação de domicílio da vítima. O $SI > 1.0$ tem sido referência para prever o aumento do risco de mortalidade e outros marcadores de morbidade, como a

necessidade de ativação do protocolo de transfusão maciça e admissão da vítima em unidades de cuidados intensivos (Koch et al, 2019).

El-Menyar et al., (2018), refere que o SI pode ser usado precocemente para prever a necessidade de transfusão maciça, laparotomia e prever o índice de mortalidade. Três revisões sistemáticas, duas das quais foram meta-análises, confirmaram que o Schok index é preditor de mortalidade em vítimas de trauma (Althunayyan, 2019).

Sartorius, et al. (2010) citado por Rahmani, et al. (2017), demonstraram num que o mecanismo, o índice de reatividade de Glasgow (ECG), a idade e pressão arterial sistólica (MGAP), podem prever a taxa de mortalidade dos doentes com trauma admitidos no serviço de urgência.

A escala Mechanism/Glasgow Coma Scale/Age/Pressure (MGAP) score, integra o mecanismo de trauma, a Escala de Coma de Glasgow, a idade e a pressão arterial sistólica do doente, variando entre 3 e 29, sendo definidos três níveis de gravidade, sendo que, quanto menor o score final maior o risco de mortalidade da vítima.

Sartorius et al. (2010) citado por Mohammed et al. (2022), demonstrou que a estratificação do risco pela MGAP pode delinear claramente as diferenças no desfecho de mortalidade entre vítimas de baixo, médio e alto risco, de forma mais específica do que a escala de Revised Trauma Score (RTS).

A pontuação da MGAP incorpora dois componentes anatômicos que o distinguem da RTS. O primeiro é o mecanismo do trauma e o segundo a idade. A idade é considerada um fator importante na previsão da mortalidade, que é significativamente maior entre os idosos, por respostas adaptativas enfraquecidas. A MGAP tem em consideração este fator na sua aferição (Mohammed et al., 2022).

Mohammed et al., (2022), apurou uma excelente capacidade de calcular o índice de mortalidade hospitalar através da escala MGAP. Esta escala em particular, foi mais eficaz a demonstrar o índice de mortalidade das vítimas. Recomenda o seu uso em triagem pré-hospitalar e hospitalar em contexto de urgência, para avaliação dos cuidados e pesquisa de lesões pela sua simplicidade de aplicação.

Um estudo retrospectivo realizado na Universidade da Virgínia, com o objetivo de investigar o desempenho de quatro sistemas de pontuação de trauma: MGAP (Mecanismo, Escala de Coma de Glasgow, Idade e pressão arterial), Escore de Gravidade de Lesões (ISS), Novo Escore de Gravidade de Lesão (NISS) e Escore de Gravidade de Lesão Relacionada ao

Trauma (TRISS) para prever a mortalidade hospitalar, apurou que a MGAP foi significativamente superior ao ISS e ao NISS nessa previsão (Larkin et al., 2022).

As vítimas de agressão apresentam lesões físicas e alterações hemodinâmicas que justificam realizar a estratificação do índice de choque e de mortalidade em contexto de urgência, permitindo reorganizar intervenções com o intuito de prestar cuidados de excelência, dado que, o trauma é a principal causa de morte (Mota et al., 2021) e o choque hemorrágico responsável por 50% das mortes por trauma (Brinck et al., 2016).

Consideramos assim, pertinente conhecer o índice de choque e de mortalidade em contexto de trauma das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência.

2. Métodos

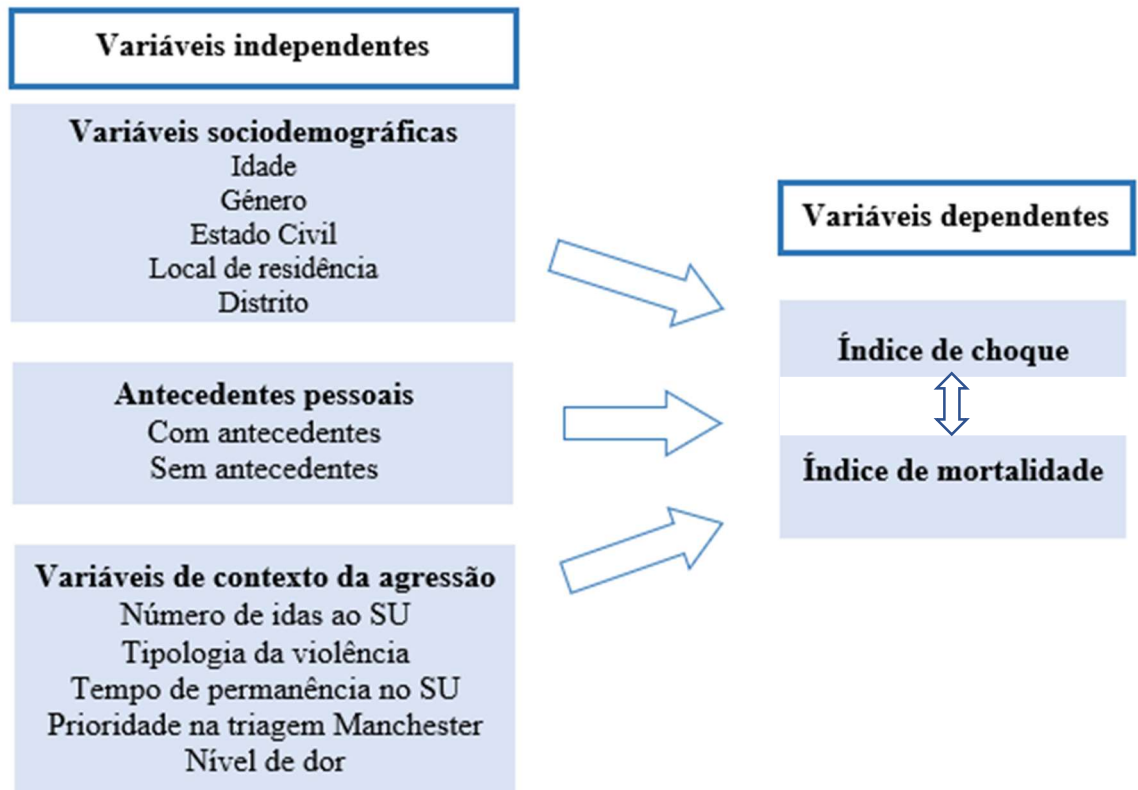
Neste capítulo, definem-se as estratégias para estudar o índice de choque e de mortalidade em vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência, assim como, os procedimentos metodológicos que procuram dar resposta às questões de investigação e aos objetivos definidos, o que implica a descrição do tipo de investigação, a amostragem realizada, o instrumento de recolha de dado utilizado, os procedimentos éticos e formais, bem como o respetivo tratamento estatístico, através do qual se poderá chegar a conclusões acerca da problemática em estudo.

Optou-se por um estudo observacional de análise quantitativa, com coorte transversal e foco retrospectivo que pretende determinar o índice de choque e o índice de mortalidade mais prevalente nas vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência. A amostra compreende 211 vítimas de um centro hospitalar da região centro do país, no ano de 2020. O estudo tem como objetivos específicos:

- Caracterizar o contexto sociodemográfico, contexto da agressão e antecedentes pessoais das vítimas de violência interpessoal;
- Estratificar o índice de choque e de mortalidade vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência;
- Estratificar a tipologia das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência;
- Analisar a influencia das variáveis sociodemográficas, antecedentes pessoais e variáveis de contexto da agressão no índice de choque e de mortalidade;
- Avaliar o impacto do índice de choque no índice de mortalidade.

Neste sentido e face ao suporte teórico exposto foi elaborado um desenho do estudo apresentado na figura 1, com o qual se pretende explicar as inter-relações das variáveis com o índice de choque e de mortalidade das vítimas de violência interpessoal admitidas no serviço de urgência, que se assumem neste estudo como variáveis dependentes.

Figura 1: Esquema conceptual da investigação



2.1. Participantes

A população alvo tinha foco nos adultos com idade igual ou superior a 18 anos admitidos no serviço de urgência de um centro hospitalar da zona centro de Portugal, por trauma, durante o ano de 2020, num total de 69 751 pessoas.

A amostra é do tipo não probabilística por conveniência, integrando 211 vítimas (1.66% da população) que foram admitidas no serviço de urgência polivalente, no ano de 2020, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro. Considerou-se como critério de inclusão todas as pessoas admitidas no serviço de urgência polivalente, com idade igual ou superior a 18 anos, vítimas de violência interpessoal, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2020, com diagnóstico de Agressão.

2.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra de 211 vítimas apresenta uma idade mínima de 18 anos e máxima de 88 anos, com uma média de idades de 45.55 anos ($dp = \pm 17,01$ anos). Distribui-se em 133 vítimas do género masculino (63.0%) e 78 vítimas do género feminino (36.9%). Pelos coeficientes de variação, constatamos uma dispersão elevada ($> a 30\%$) em torno da média e os índices de assimetria positiva e curtose indicia curva platicurtica (cf. Tabela 1).

Tabela 1: Estatísticas da idade em função do género

	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Feminino	78	18	88	49.79	17,36	36.22	1.68	-0.91
Masculino	133	18	76	43.06	16,45	36.93	0.39	-2.59
Total	211	18	88	45.55	17.01	37.31	1.86	-1.58

Estabelecidos os **grupos etários**, prevalecem as vítimas com idade entre os 18 anos e os 49 anos (58.8%), sendo o género masculino mais representativo (63.9%) em relação ao género feminino (50.0%), sem diferenças significativas ($X^2= 6.725$; $p=0,081$).

A **residência** prevalente é em meio rural (56.4%), sendo 60.2% do género masculino e 50.0% do género feminino, sem diferenças significativas ($X^2= 2.060$; $p=0,151$).

O **distrito** de Viseu (93.8%) foi o mais pontuado, sem diferenças significativas ($X^2= 3.590$; $p=0.058$), com **nacionalidade** portuguesa (98.6 %), também sem diferença significativa ($X^2= 0.017$; $p=0.896$) e o **estado civil**, após recodificação da variável constitui-se dois grupos: sem companheiro (engloba os solteiros, divorciados e viúvos) e com companheiro (anexa os casados e os que coabitam em união de facto), verifica-se que 66.7% coabitam com companheiro, sendo que, no género feminino prevalecem as vítimas que coabitam com companheiro (92.9%) e no género masculino predominam os que vivem sem companheiro (70.0%), com diferenças estatisticamente significativa ($X^2= 10.371$; $p=0.001$), tal como poderemos confirmar pela tabela 2.

Tabela 2: Caracterização das variáveis sociodemográficas em função do género

Variáveis	Género		Masculino		Total		Residuais		X ²	P
	Feminino		N	%	N	%	1	2		
	(78)	(37.0)	(133)	(63.0)	(211)	(100.0)				
Grupo etário										
<35 anos	17	21.8	45	33.8	62	29.4	-1.9	1.9	6.725	0.081
35-49 anos	22	28.2	40	30.1	62	29.4	-0.3	0.3		
50-64 anos	24	30.8	36	27.1	60	28.4	0.6	-0.6		
≥65 anos	15	19.2	12	9.0	27	12.8	2.1	-2.1		
Residência										
Urbano	39	50.0	53	39.8	92	43.6	1.4	-1.4	2.060	0.151
Rural	39	50.0	80	60.2	119	56.4	-1.4	1.4		
Distrito										
Viseu	70	89.7	128	96.2	198	93.8	-1.9	1.9	3.590	0.058
outro	8	10.3	5	3.8	13	6.2	1.9	-1.9		
Nacionalidade										
Portuguesa	77	98.7	131	98.5	208	98.6	0.1	-0.1	0.017	0.896
Outra	1	1.3	2	1.5	3	1.4	1.4	-1.4		
Estado Civil										
Sem companheiro	1	7.1	7	70.0	8	33.3	-3.2	3.2	10.371	0.001
Com companheiro	13	92.9	3	30.0	16	66.7	3.2	-3.2		

2.2. Instrumento de Recolha de Dados

A recolha de dados de dados, abrangeu os episódios de urgência com diagnóstico de Agressão, através da informação obtida pelo Sistema de Informação Alert® e formulário de registo clínico de violência da Equipa de Prevenção de violência do adulto – EPVA, de um Centro Hospitalar da região centro do país. A Grelha de recolha de dados utilizada foi a de Figueiredo & Cunha (2021) que se encontra em anexo (cf. Anexo I) e contém a seguinte estrutura: Variáveis sociodemográficas (idade; género; nacionalidade; estado civil; local de residência; distrito da residência), Variáveis de contexto da agressão (data de admissão; dia da semana, número de idas ao serviço de urgência por agressão e transporte), Variáveis de contexto clínico (fluxograma de triagem Manchester; discriminador; prioridade atribuída; parâmetros vitais tais como: dor, escala de coma de Glasgow (ECG), Tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC), saturação periférica de oxigénio (SpO2); agente de agressão, localização da lesão, alterações emocionais, psicológicas e comportamentais, tipologia e natureza da agressão, tempo de permanência no serviço de urgência, lesão, exames complementares de diagnóstico (ECD), encaminhamentos e destino) e Variáveis antecedentes pessoais (patologia psiquiátrica, consumo de substâncias, consumo de fármacos e história prévia de violência).

2.2.1. Critérios de operacionalização das variáveis independentes

- **Variáveis sociodemográficas:**

A tabela 3 sintetiza a operacionalização empírica realizada das variáveis sociodemográficas.

Tabela 3: Critérios de Operacionalização das variáveis sociodemográficas

Variáveis	Operacionalização
Idade	Em anos com recodificação em grupos etários: < 35 anos 35 - 49 anos 50 - 64 anos ≥ 65 anos - conceito de idoso (INE, 2021a)
Género	Feminino Masculino
Nacionalidade	Portuguesa Outra
Residência	Rural Urbano
Distrito	Viseu Outros
Estado Civil	Sem companheiro: Solteiro, Divorciado, Viúvo Com companheiro: Casado; União de factos

- **Variáveis de Contexto da agressão:**

A operacionalização das variáveis de contexto da agressão, foram efetuadas, tal como descrito na tabela 4.

Tabela 4: Critérios de operacionalização das variáveis de contexto da agressão

Variáveis	Operacionalização
Número de idas ao SU	Uma Duas ou mais
Dia da semana	Domingo 2ª feira 3ª feira 4ª feira 5ª feira 6ª feira Sábado
Hora da admissão	Noite (0h - 7h59) Manhã (8h - 15h59) Tarde (16h - 23h59)
Transporte	INEM/ Ambulância Próprio Outros

- **Variáveis de contexto clínico:**

Fluxograma –. O STM abrange 52 fluxogramas baseados na queixa de apresentação do doente (Grupo Português de Triagem [GPT], 2010), tal como descrito na tabela 5.

Tabela 5: Fluxogramas do Sistema de Triagem de Manchester (STM)

1 – Agressão	26 - Embriaguez aparente
2 – Alergias	27 - Erupções cutâneas
3 – Asma	28 - Estado de inconsciência/síncope
4 - Auto-agressão	29 - Exposição a químicos 30 – Feridas
5 - Bebê que chora	31 - Grande traumatismo
6 – Cefaleia	32 - Gravidez
7 - Comportamento estranho	33 - Hemorragia gastro-intestinal
8 – Convulsões	34 - Hemorragia vaginal
9 - Corpo estranho	35 - Indisposição do adulto
10 - Criança com dificuldade de locomoção	36 - Infecções locais e abcessos
11 - Criança que não se sente bem	37 - Lesão toraco-abdominal
12 - Criança irritável	38 - Mordeduras e picadas
13 – Diabetes	39 - Pais preocupados (P)
14 - Diarreia e/ou vômitos	40 - Palpitações
15 – Dispneia	41 - Problemas estomatológicos
16 - Dispneia na criança	42 - Problemas faciais
17 - Doença mental	43 - Problemas nos membros
18 - Doenças sexualmente transmissíveis	44 - Problemas oftálmicos
19 - Dor abdominal	45 - Problemas de ouvidos
20 - Dor abdominal na criança	46 - Problemas urinários
21 - Dor cervical	48 - Queimaduras profundas e superficiais
22 - Dor garganta	49 - Sobredosagem ou envenenamento
23 - Dor lombar	50 - TCE
24 - Dor testicular	51 - Catástrofes - avaliação primária
25- Dor torácica	52 - Catástrofe - avaliação secundária

Fonte: Grupo Português de Triagem (2010). Triagem no serviço de urgência. Manual do Formando. 2.^a edição. Amadora: Grupo Português de Triagem, p. 31

Discriminador - permite a inclusão numa das cinco prioridades clínicas (GPT, 2010), tal como descritos na tabela 6.

Tabela 6: Discriminadores do fluxograma agressão vs prioridade clínica

Prioridade clínica	Discriminador
Emergente	Compromisso da via aérea; Respiração ineficaz; Hemorragia exsanguinante; Choque.
Muito urgente	Mecanismo de lesão; Dispneia aguda; Grande hemorragia incontrolável; Alteração do estado de consciência de novo; Défice neurológico agudo; Dor severa;
Urgente	Pequena hemorragia incontrolável; História de perda de consciência; Novos sintomas e/ou sinais neurológicos; Alteração da coagulação; História inapropriada; Dor moderada;
Pouco urgente	Edema; Deformação; Dor ligeira < 7 dias; Problema recente;
Não urgente	Nenhum dos anteriores discriminadores

Fonte: Grupo Português de Triagem (2010). Triagem no serviço de urgência. Manual do Formando. 2.^a edição. Amadora: Grupo Português de Triagem, p. 6

Índice de reatividade de Glasgow

Obtido pela mensuração da Escala de Coma de Glasgow (cf. Tabela 7), avalia o nível de consciência através de três parâmetros (abertura ocular, resposta motora e resposta verbal), com atribuição de um valor por cada parâmetro, sendo que o somatório dos três resulta num score final que varia de 0 a 15 pontos e quanto menor for o score final mais grave será a situação clínica do doente.

Tabela 7: Escala de Coma de Glasgow (ECG)

Abertura ocular	Espontânea	4
	Estímulos verbais	3
	Estímulos dolorosos	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimentos de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Fonte: Grupo Português de Triagem (2010). Triagem no serviço de urgência. Manual do Formando, 2.^a edição. Amadora: Grupo Português de Triagem, p. 31

De modo a possibilitar a mensuração do índice de reatividade de Glasgow foi operacionalizada esta variável tal como se apresenta na tabela 8.

Tabela 8: Critérios de operacionalização do índice de reatividade de Glasgow

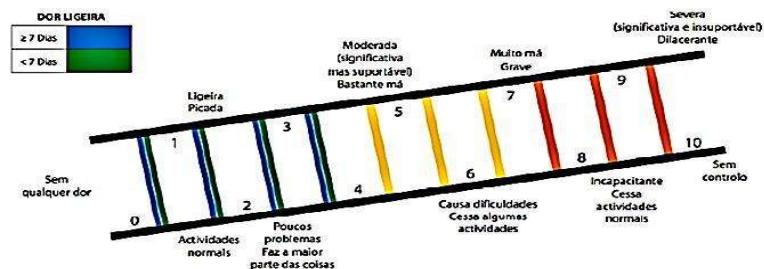
Índice de reatividade de Glasgow	Score
Sem alterações (ECG = 15)	1
Alteração ligeira (ECG 13 – 14)	2
Alteração significativa (ECG < 13)	3

Nível de Dor

A DGS (2003), através da circular normativa nº 09, reconhece a importância da utilização de escalas validadas internacionalmente para a mensuração da intensidade da dor, recomendando a Escala Visual Analógica (EVA), a Escala Numérica, a Escala Qualitativa e a Escala de Faces. No STM o nível de dor pode ser avaliado como queixa principal ou como queixa secundária. O sistema incorpora uma régua de dor (cf. figura 2) que integra os conceitos

da escala de dor numérica, escala verbal e da escala visual analógica (EVA), classificando a dor de zero a dez (Carvalho, 2016).

Figura 2: Régua da dor



Fonte: Carvalho. (2016). O Sistema de Triagem de Manchester e a avaliação da pessoa com dor. (Dissertação de Mestrado). ESEnfC. p. 66

A régua da dor do STM permite uma indexação da intensidade da dor à prioridade clínica atribuída. Uma dor ligeira (dor de 1 a 4) corresponde à prioridade pouco urgente, sendo o seu início até sete dias, mas se superior a sete dias passa para uma prioridade não urgente. Dor moderada (dor de 5 a 7) corresponde à prioridade urgente e a dor severa (dor de 8 a 10) à prioridade muito urgente (Carvalho, 2016). Para permitir a mensuração do nível de dor foi operacionalizada esta variável tal como se apresenta na tabela 9.

Tabela 9: Critério de operacionalização do Nível de dor

Nível de dor	Score
Sem dor (valor escala numérica - 0)	1
Ligeira (valor escala numérica 1 - 4)	2
Moderada (valor escala numérica 5 - 7)	3
Severa (valor escala numérica 8 - 10)	4

Alcoolémia – taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5 g/l (Lei nº 169/2013 revista a 09/01/2021, artigo 81º da XII secção). Neste estudo assumiu-se que a vítima estava sob influência de álcool quando apresentou taxa de alcoolémia $\geq 0,5$ g/l.

Tipologia da violência – pretende-se o estudo da violência interpessoal, pelo que a operacionalização desta variável incorpora apenas esta categoria, tal como descrito na tabela 7.

Tabela 7: Conceito de Violência Interpessoal

Violência familiar/ parceiro íntimo - Inclui a violência que ocorre entre os parceiros íntimos e membros da família que coabitam no mesmo agregado familiar (DGS, 2016).

Violência de parceiro íntimo /doméstica - qualquer forma de violência entre parceiros íntimos ou ex-parceiros íntimos, violência nas relações de intimidade e/ou conjugalidade, violência no namoro. Engloba todos os atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorrem no seio da família ou não, quer o infrator partilhe ou tenha partilhado, ou não, o mesmo domicílio que a vítima (DGS, 2016).

Violência contra pessoas idosas - qualquer forma de negligência ou de abuso físico, mental, sexual ou financeiro, sofrido a partir dos 65 anos de idade (INE, 2021a). Os maus-tratos contra pessoas idosas podem ocorrer tanto por omissão de cuidados a prestar, como por execução de atos que consubstanciam violência física ou psicológica, ou por atentado ao património de quem é vítima (DGS, 2016).

Violência da comunidade - Inclui a violência perpetrada no círculo de pessoas próximas de quem é maltratado, como a que ocorre fora dele, assim como, violência juvenil, atos variados de violência, assédio e abuso sexual ou violação por estranhos, violência no contexto laboral, estabelecimentos prisionais, lares de acolhimento enquanto estratégias de coação psicológica (DGS, 2016). Engloba a violência por conhecido, por estranho ou laboral.

Natureza da violência:

Violência física: Abrange atos como empurrar, pontapear, esbofetear, lançar objetos, torcer, queimar, cuspir, puxar cabelos, beliscar, esfaquear, espancar ou estrangular.

Violência psicológica: Engloba insultos, ameaças, críticas, humilhações, desvalorizações, intimidações, isolamento social, privação de contacto com a família e os amigos, revista a objetos pessoais (ex., agenda, telemóvel, computador), privação de documentação pessoal, negação do acesso a dinheiro ou a cuidados de saúde.

Violência sexual: Abarca todo o ato de obrigar, coagir, ameaçar ou forçar a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade, incluindo a violação no contexto conjugal, que muitas vezes não é entendida pelas vítimas enquanto tal (DGS, 2016).

Tempo de permanência no SU - Tempo total em horas e minutos que a vítima permaneceu no SU, aferido pelo cálculo do tempo desde a sua admissão até a hora de alta.

Agente de agressão:

Contundente – todo o tipo de instrumento rombo, capaz de gerar traumatismo no organismo. A ação causadora da lesão pode ser por pressão, por deslizamento ou ambas. Como exemplos de objetos temos: paus, pedras, martelos, bastões, bengalas, barras de ferro, etc. São também considerados como agentes contundentes o chute, o soco, as cabeçadas ou outras formas de ataque (Grego & Douglas, 2019).

Penetrante - engloba todo o tipo de trauma cortante e perfurante, ou seja, por agente cortante, entende-se todo o tipo de instrumento dotado de lâmina/ superfície de corte, por pressão ou deslizamento, através da força exercida pelo agressor gerando secção de tecidos. Como exemplos: navalha, faca, lâmina de barbear, canivete, louça, papel, vidro, machado, enxada, etc. (Grego & Douglas, 2019). Por agente perfurante, entende-se todo o tipo de instrumento dotado de ponta na extremidade de uma lâmina ou portador de um ou mais gumes que provocam lesões punctiformes. Como exemplos de objetos de pequeno calibre temos: alfinete, agulha, prego, espeto de churrasco, picador de gelo e armas de fogo (Grego & Douglas, 2019).

Alterações emocionais/ psicológicas/ comportamentais – qualquer manifestação emocional, psicológica ou comportamental manifestada pela vítima em consequência da agressão. O ato de provocar intencionalmente na pessoa dor, angústia através de ameaças, humilhações ou intimidação de forma verbal ou não verbal, tais como, insultos, ameaças, humilhação, intimidação, isolamento social, proibição de atividades, é considerada violência psicológica (APAV, 2020).

Localização da lesão – localização anatômica ou queixa do doente, registada no processo clínico do mesmo durante observação no serviço de urgência.

A operacionalização das variáveis de contexto clínico, foram efetuadas, tal como descrito na tabela 8.

Tabela 8: Critério de operacionalização das variáveis de contexto clínico

Variáveis	Operacionalização	Recodificação
Fluxograma	Agressão Cefaleias Comportamento estranho Doença mental Dor cervical Dor lombar Dor torácica Estados de inconsciência/ síncope Feridas Grande traumatismo Mordedura e picadas Problemas faciais Problemas nos membros Problemas oftalmológicos Problemas nos ouvidos Queda TCE	Agressão; Outros Entende-se por outros todos os restantes fluxogramas identificados, que foram agrupados por grupos de acordo com o STM (GPT, 2010), nomeadamente: Dor (cefaleia, dor cervical, dor lombar, dor torácica); Trauma (feridas, grande traumatismo mordeduras e picadas, queda e TCE); Doenças médica (estado de inconsciência/síncope); Problemas diversos (problemas nos membros, problemas faciais, problemas oftalmológicos e problemas nos ouvidos); Alterações de comportamento (comportamento estranho, doença mental);
Discriminador	Alteração da coagulação Alto risco de agressão a terceiros Com palpitações Compromisso da via aérea Dor ligeira; Dor moderada; Dor severa; Edema; Grande hemorragia incontrolável; Hemorragia exsanguinante; História cardíaca conhecida; História de TCE; História inapropriada; História de perda de consciência; História psiquiátrica significativa; Mecanismo de lesão Nenhum discriminador foi selecionado; Risco de auto-agressão; SpO2 baixa; Pequena hemorragia incontrolável; Problema recente; Recente redução da acuidade visual; Traumatismo direto da região lombar;	Dor ligeira; Dor moderada; Dor severa; História de perda de consciência; Pequena hemorragia; Problema recente; Outros; Os discriminadores do STM foram agrupados, de acordo com a sua frequência, correspondendo o “outros” àqueles em se verificaram em menor número. (GPT, 2010).
Alcoolémia	Sim (taxa de alcoolemia $\geq 0,5$ g/l) Não (taxa alcoolemia $< 0,4$ g/l) NA – não aplicável	Sem análise Com alcoolémia (taxa alcoolemia $\geq 0,5$ g/l) Sem alcoolémia (taxa alcoolemia $\leq 0,4$ g/l)
Índice de reatividade de Glasgow	Sem alteração (ECG = 15) Alteração ligeira (ECG 13 – 14) Alteração significativa (ECG < 13)	Sem alteração (ECG = 15) Alteração ligeira (ECG 13 – 14) Alteração significativa (ECG < 13)
Nível de dor	Sem dor Ligeira Moderada Severa	Sem dor (= 0) Ligeira (1 – 4) Moderada (5 – 7) Severa (8 – 10)
Tipologia da violência	Conhecido Desconhecido Laboral Violência Doméstica Violência pessoa Idosa Não específica	Violência Familiar/ parceiros íntimos; Violência da comunidade Não específica – sem informação no processo clínico.

Natureza da Violência	Física Psicológica Sexual Negligência Privação	Física Psicológica
Tempo de permanência no SU	Tempo total que o doente permaneceu no SU, aferido pelo cálculo do tempo desde a admissão até alta.	≤ 120 minutos 121 – 240 minutos 241 – 360 minutos ≥ 361 minutos
Agente de agressão	Contundente Cortante Perfurante Fogo e explosivos Térmico (frio/calor) Elétrico Radiação Substâncias causticas e corrosivas Tóxicos Filme Fotografia Outros	Contundente Penetrante
Alterações emocionais/ psicológicas/ comportamentais	Ansiedade Medo Choro Pânico Vergonha Culpa Fobias Tristeza Confusão Desconfiança Outros	Ansiedade Medo Choro Confusão Outros
Localização da lesão	Crânio Face Pescoço Tronco (anterior e posterior) Membros Superiores Membros Inferiores
Lesões	Sim, quais? Não	Edema Feridas Fraturas Hematomas Hematoma Subdural
Exames complementares diagnóstico (ECD)	Sim, quais? Não	Análises Tomografia computadorizada (TAC) Eletrocardiograma (ECG) Ecografia Otoscopia Radiografia (RX)
Encaminhamento Consulta especialidades	Sim, Quais? Não	Cardiologia, Cirurgia Maxilo-facial Medicina geral e familiar (MGF) Neurologia Oftalmologia Otorrinolaringologia (ORL) Ortopedia Psiquiatria
Encaminhamento Especialidades não médicas	Enfermagem Psicologia Serviço Social Outras	Enfermagem Outras entidades: Instituto medicina Legal (IML); Núcleo Apoio Vítima Violência Doméstica (NAVVD); Polícia de segurança Pública (PSP); Serviço Social
Destino	Domicílio Internamento Articulação com outras entidades	Domicílio Internamento Articulação com outras entidades Abandono

- **Variáveis antecedentes pessoais:**

São considerados como antecedentes pessoais a patologia psiquiátrica, abuso/dependência de substâncias e álcool, abuso de outros medicamentos e história de violência prévia (DGS, 2020).

Os fatores de risco para a vítima são considerados aqueles que aumentam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção da violência, podendo estar relacionado com características individuais da vítima, com o meio familiar ou sociocultural da vítima. Não podemos afirmar que ter um fator de risco é sinônimo de ocorrência de violência, mas a conjugação de diversos fatores de risco aumenta essa probabilidade.

São considerados fatores de risco, o gênero feminino, apresentar características de vulnerabilidade em termos de idade (crianças ou pessoas idosas) e de necessidades, ter personalidade e temperamento desajustados relativamente ao agressor, ter dependência substâncias (álcool, medicamentos e substâncias ilícitas), ter doença física e/ou mental, ou deterioração cognitiva fisiológica, ter sido vítima de violência na infância, ter assistido a violência entre os seus cuidadores, ter dependência física, emocional e/ou financeira do agressor, ter baixo nível educacional, estar isolado socialmente ou habitar em condições precárias (Baúto et al., 2019).

Problemas de saúde mental e/ou desordens da personalidade (como raiva, impulsividade e comportamentos instáveis), estão associados ao aumento do risco de comportamento criminal, incluindo a violência e a reincidência da violência, sendo fatores impulsionadores de atos de violência o consumo abusivo de substâncias ilícitas e álcool.

A violência familiar na infância ou na adolescência, está também associada a um maior risco de violência enquanto adulto, sendo esta variável considerada como um dos três mais proeminentes fatores de risco para a violência. O abuso físico, sexual ou emocional prévio em parceiros íntimos, os comportamentos violentos e agressivos em relacionamentos anteriores ou em relacionamentos atuais, histórico de violência contra membros de família apresentam uma maior probabilidade atos violentos (Baúto et al., 2019).

A operacionalização das variáveis antecedentes pessoais, foram efetuadas, tal como descrito na tabela 9.

Tabela 9: Critérios de operacionalização das variáveis dos antecedentes pessoais

Variáveis	Operacionalização	Recodificação
Patologia psiquiátrica	Diagnóstico de doença mental em registo no ALERT®	Sem antecedentes psiquiátricos Com antecedentes psiquiátricos
Abuso/ dependência de substâncias	Álcool Drogas Psicofármacos; Outros	Sem consumos Consumos de substâncias: Droga; Álcool; Sem consumos Consumo de fármacos: Psicofármacos; outros fármacos
História prévia de violência	Na idade adulta/ na Infância; Violência Intra-familiar;	Sem história prévia de violência Com história prévia de violência

2.2.2. Critérios de operacionalização das variáveis dependentes

- **Variável índice de choque**

Esta variável foi aferida através da escala de Shock index (SI) que é considerada uma escala preditora confiável de hipovolemia em doentes com trauma. Resulta da frequência cardíaca (FC) dividida pela pressão arterial sistólica (PAS).

Shertz (2020), refere que à medida que o doente perde sangue, a frequência cardíaca aumenta como mecanismo compensatório. Para o mesmo autor, apenas 71% dos doentes com trauma têm FC >100 batimentos por minuto e com pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg. Isto significa que, um terço dos doentes, apesar de hipotensos têm FC normal.

Mutschler, et al., (2013), citado por Mota, et al., (2021), estratificam o Shock index (SI) em 4 classes. A operacionalização desta variável corresponde às quatro classes da estratificação do índice de choque destes autores, sendo que, quanto maior o score final e consequentemente a classe atribuída, maior é a gravidade e o risco de choque hemorrágico (cf. Tabela 10).

Tabela 10: Operacionalização da variável índice de choque pela escala shock index

Classe	Índice de choque
I	Sem choque (< 0.6)
II	Choque ligeiro (≥ 0.6 e < 1.0)
III	Choque moderado (≥ 1.0 e < 1.4)
IV	Choque grave (≥ 1.4)

Fonte: Mutschler, M., Nienaber, U., Münzberg, M., Wöfl, C., Schoechl, H., Paffrath, T., Bouillon, B., & Maegele, M. (2013). The Shock Index revisited—a fast guide to transfusion requirement? A retrospective analysis on 21,853 patients derived from the TraumaRegister DGU®. *Critical Care*, 17(4), R172. <https://doi.org/10.1186/cc12851>

- **Variável Índice de mortalidade**

A avaliação do índice de gravidade de trauma por meio de escalas, permite ajudar os profissionais de saúde nos serviços de urgência a reconhecer a gravidade do trauma, determinar intervenções diferenciadas e adequadas ao doente de forma mais célere.

Sartorius, et al. (2010) citado por Rahmani, et al. (2017), demonstraram num estudo realizado que o mecanismo, índice de reatividade de Glasgow (ECG), idade e pressão arterial sistólica (MGAP) podem prever com precisão a taxa de mortalidade dos doentes com trauma admitidos no serviço de urgência. Segundo estes autores, a escala MGAP integra o mecanismo de trauma, a Escala de Coma de Glasgow, a idade e a pressão arterial sistólica do doente, variando entre 3 e 29, sendo definidos três níveis de gravidade, sendo que, quanto menor o score final maior o risco de mortalidade (cf. Tabela 11).

Tabela 11: Operacionalização do índice de mortalidade pela escala MGAP

Variáveis	Scores	Índice de mortalidade
Idade		
< 60 anos	5	Baixo risco (23 - 29)
> 60 anos	0	
ECG	3-15 (score atribuído da escala de coma de Glasgow)	Risco intermédio (18 - 22)
Mecanismo de trauma		Alto risco (3 - 18)
Contundente	4	
Penetrante	0	
TAS		
> 120 mmHg	5	
60 – 120 mmHg	3	

Legenda: Baixo risco (23-29 pontos); Risco intermédio (18-22 pontos); Alto risco (3-18 pontos)

Fonte: Rahmani, et al., (2017). Evaluation of MGAP and GAP trauma scores to predict prognosis of multiple-trauma patients. *Trauma Monthly*

2.3. Considerações Éticas e Integridade da Investigação

O estudo integra o Projeto de investigação “**Evidências para Não arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta**”, da Unidade de Investigação em Ciências da saúde e da educação (UniCise), da Escola superior de saúde de Viseu (ESSV) do IPV de Viseu (cf. Anexo II).

Obteve autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV) e parecer favorável da Comissão de Ética da instituição selecionada como participante (cf. Anexo III).

A informação recolhida foi sujeita a pseudoanonimização, não dispondo de elementos de identificação pessoal, sendo assegurado o tratamento confidencial dos dados. A equipa de investigação teve como compromisso respeitar os princípios de confidencialidade e privacidade inerentes à utilização de uma base de dados administrativa.

2.4. Análise de Dados

Para a análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e à estatística analítica ou inferencial. A estatística descritiva possibilitou determinar as frequências absolutas (N) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central, nomeadamente as médias (M) e as medidas dispersão, como a amplitude de variação (mínimo e máximo), o coeficiente de variação (CV%) e o desvio padrão (DP), bem como as medidas de forma, como a assimetria (SK/erro), achatamento (K/erro). A análise inferencial compreendeu a utilização dos seguintes testes paramétricos e não paramétricos:

- Teste do Qui-Quadrado (X^2) utilizado para testar se dois ou mais grupos independentes diferem relativamente a uma determinada característica e se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável categorizada é ou não idêntica. Foi efetuada a simulação de Monte Carlo para 10.000 amostras com um nível de confiança a 95% quando não foi possível aplicar o teste Qui- Quadrado. Associado ao teste de qui quadrado foram usados os resíduos ajustados que nos indicam as células que diferem entre si. Para a sua interpretação consideram-se valores positivos observados em células superiores a 2.

Todavia, os resíduos ajustados só podem ser objeto de leitura quando em linha ou em coluna o registo de casos for superior a 8;

- Teste de UMann Whitney usados para amostras independentes, quando se pretende fazer a comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;
- Teste de Kruskall Wallis – Trata-se de uma extensão do teste anterior que é usado para a comparação de três ou mais grupos amostrais. Este teste recorre-se, por norma, aos testes *post-hoc*, de modo a poder saber-se quais as médias que se diferenciam entre si.

A correlação de Spearman analisa a intensidade e a direção da relação entre duas variáveis. O coeficiente de correlação pode variar em termos de valor de -1 a +1. Quanto maior for o valor absoluto do coeficiente, mais forte é a relação entre as variáveis. O sinal de cada coeficiente indica a direção da relação. Se ambas as variáveis tendem a aumentar ou diminuir em conjunto, o coeficiente é positivo. Se uma variável tende a aumentar à medida que a outra diminui, o coeficiente é negativo.

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso a tabelas, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através da grelha de colheita de dados. Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS 26.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows.

Para a análise inferencial utilizaram-se os seguintes níveis de significância:

$p \geq 0.05$ – não significativo

$p < 0.05$ – significativo

$p < 0.01$ – bastante significativo

$p < 0.001$ – altamente significativo

Dispostas estas considerações metodológicas, iniciamos no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

3. Resultados

Neste capítulo pretende-se expor os resultados obtidos tendo em conta as questões de investigação e os objetivos inicialmente delineados. O n amostral, não corresponde em todas as variáveis a 211, por se ter verificado existirem falta de registos de diversos parâmetros, traduzindo-se em “missings” estatísticos.

3.1. - Caracterização das Variáveis de Contexto da Agressão

O **número de idas ao SU** em função do género (cf. Tabela 12) mostra que em média o género feminino (1.12) vai mais vezes ao SU do que o género masculino (1.08). Em termos estatísticos, os indivíduos apresentam um mínimo de 1 ida ao SU e um máximo de 5 idas, o que corresponde uma média de 1.09 idas ao SU, com um desvio padrão de 0.42 idas. Pelos coeficientes de variação, constatamos uma dispersão elevada (> a 30%) em torno da média. Com índice de assimetria positiva (enviesada à esquerda) e curtose com distribuição anormal com curva leptocúrtica.

Tabela 12: Estatísticas relativas ao número de idas ao SU segundo género

	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Feminino	78	1	5	1.12	0.51	45.45	23.01	83.82
Masculino	133	1	4	1.08	0.35	32.31	26.62	92.57
Total	211	1	5	1.09	0.42	38.07	37.78	146.46

Apuramos que o **turno da tarde** foi o mais registado na admissão ao SU (54.0%), sendo 54.9 % do género masculino e 52.6 % do género feminino, com uma diferença estatística significativa ($X^2=10.456$; $p=0,005$). O **dia da semana** mais representativo foi o domingo com 39 vítimas admitidas (18.5 %), prevalecendo o género masculino (21.1 %), seguido do sábado (17.5 %) e quinta-feira (16.6 %), sem diferença estatística significativa ($X^2=11.024$; $p=0.088$). Como **número de idas ao SU**, o registo de um episódio único de admissão foi o mais prevalente (92.9%) em ambos os géneros, no entanto, quando existe mais do que um episódio de admissão, o género feminino (7.7%) prevalece sobre o género masculino (6.8%), sem diferença

estatisticamente significativa ($X^2=0.064$; $p=0.801$). O **transporte** por meios INEM/ Ambulância foram os mais utilizados (63.5 %), seguido do transporte próprio (32.2 %), também sem diferença estatisticamente significativa ($X^2=0.059$; $p=0.971$), tal como podemos verificar na tabela 13.

Tabela 13: Caracterização das variáveis de contexto de agressão em função do género

Variáveis	Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais		X ²	p
		N (78)	% (37.0)	N (133)	% (63.0)	N (211)	% (100.0)	1	2		
Turno de entrada											
	Noite	13	16.7	41	30.8	54	25.6	-2.3	2.3	10.456	0.005
	Manhã	24	30.8	19	14.3	43	20.4	2.9	-2.9		
	Tarde	41	52.6	73	54.9	114	54.0	-0.3	0.3		
Dia da semana											
	Domingo	11	14.1	28	21.1	39	18.5	-1.3	1.3	11.024	0.088
	2ª feira	15	19.2	12	9.0	27	12.8	2.1	-2.1		
	3ª feira	10	12.8	15	11.3	25	11.8	0.3	-0.3		
	4ª feira	3	3.8	14	10.5	17	8.1	-1.7	1.7		
	5ª feira	17	2.8	18	13.5	35	16.6	1.6	-1.6		
	6ª feira	9	11.5	22	16.5	31	14.7	-1.0	1.0		
	Sábado	13	16.7	24	18.0	37	17.5	-0.3	0.3		
Idas ao SU											
	Uma	72	92.3	124	93.2	196	92.9	-0.3	0.3	0.064	0.801
	Duas ou mais	6	7.7	9	6.8	15	7.1	0.3	-0.3		
Transporte											
	INEM /Ambulância	50	64.1	84	63.2	134	63.5	0.1	-0.1	0.059	0.971
	Próprio	25	32.1	13	32.3	68	32.2	0.0	0.0		
	Outro	3	3.8	6	4.5	9	4.3	-0.2	0.2		

3.2. - Caracterização das Variáveis Clínicas

Apuramos pela tabela 14, que o **fluxograma** mais atribuído foi o da agressão (82.5%), no entanto, verificou-se que 17.5% das vítimas foram triadas por outros fluxogramas tais com: cefaleia, dor cervical, dor lombar, dor torácica, feridas, grande traumatismo, mordeduras e picadas, queda, TCE, estado de inconsciência/síncope, problemas nos membros, problemas faciais, problemas oftalmológicos, problemas nos ouvidos, por não terem especificado no momento de triagem terem sido vítimas de agressão. A dor moderada foi o **discriminador** mais atribuído (47.4%), com maior prevalência na **prioridade** urgente (77.7%) em ambos os géneros, assim como a **dor** moderada (75.8%) e o **índice de reatividade de Glasgow** sem alterações (98.6%), ou seja, com um score na escala de coma de Glasgow (ECG) de 15.

Verificou-se que 19.4% das vítimas apresentavam **alcoolémia** (superior ou igual a 0.5 g/l), destacando-se o género masculino em 29.3%. A **natureza da violência**, predominou a violência física (99.5%) e a violência não específica (49.3%) por falta de registos que possibilitassem a categorização do **tipo de violência**. Das vítimas em que foi possível classificar o tipo de violência sofrida, observa-se maior prevalência da violência na comunidade (25.6%), de igual modo para o género masculino (22.6%). Já para o género feminino predomina a violência familiar/ parceiros íntimos (48.7%).

Tabela 14: Caracterização das variáveis clínicas em função do género

Variáveis	Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais		X ²	p
		N (78)	% (37.0)	N (133)	% (63.0)	N (211)	% (100.0)	1	2		
Fluxograma											
Agressão		65	83.3	109	82.0	174	82.5	0.3	-0.3	0.065	0.799
Outros		13	16.7	24	18.0	37	17.5	-0.3	0.3		
Discriminador											
Dor ligeira		11	14.1	13	9.8	24	11.4	1.0	-1.0	13.823	0.032
Dor moderada		44	56.4	56	42.1	100	47.4	2.0	-2.0		
Dor severa		3	3.8	1	0.8	4	1.9	1.6	-1.6		
Hist. Perda consciência		3	3.8	5	3.8	8	3.8	1.6	-1.6		
P/G hemorragia		8	10.3	39	29.3	47	22.3	-3.2	3.2		
Problemas recentes		1	1.3	3	2.3	4	1.9	-0.5	0.5		
Outro		8	10.3	16	12.0	24	11.4	0.4	0.4		
Prioridade											
Sem prioridade		2	2.6	1	0.8	3	1.4	1.1	-1.1	5.428	0.365
Não urgente		2	2.6	0	0.0	2	0.9	1.9	-1.9		
Pouco urgente		11	14.1	18	13.5	29	13.7	0.1	-0.1		
urgente		58	74.4	106	79.7	164	77.7	-0.9	0.9		
Muito urgente		5	6.4	7	5.3	12	5.7	0.3	-0.3		
Emergente		0	0.0	1	0.8	1	0.5	-0.8	0.8		
Dor											
Sem dor (0)		1	1.3	2	1.5	3	1.4	-0.1	0.1	1.380	0.710
Dor ligeira (1-4)		14	17.9	27	20.3	41	19.4	0.4	0.4		
Dor moderada 5-7)		59	75.6	101	75.9	160	75.8	0.0	0.0		
Dor severa (8-10)		4	5.1	3	2.3	7	3.3	1.1	-1.1		
Índice reatividade Glasgow											
Sem alteração (GCS=15)		77	98.7	131	98.5	208	98.6	0.1	-0.1	0.017	0.896
Alt. Significativa (GCS<13)		1	1.3	2	1.5	3	1.4	-0.1	0.1		
Alcoolémia											
Sem alcoolémia		6	7.7	17	12.8	23	10.9	-1.1	1.1	26.445	0.000
Com alcoolémia		2	2.6	39	29.3	41	19.4	-4.7	4.7		
Tipo de violência											
Violência familiar/ parc. íntimo		38	48.7	15	11.3	53	25.1	6.1	-6.1	49.522	0.000
Violência na comunidade		24	30.8	30	22.6	54	25.6	1.3	-1.3		
Não específica		16	20.5	88	66.2	104	49.3	-6.4	6.4		
Natureza violência											
Física		77	98.7	132	100.0	209	99.5	-1.3	1.3	1.700	0.192
Psicológica		1	1.3	0	0.0	1	0.5	1.3	-1.3		

3.3. - Caracterização dos Antecedentes Pessoais

Apuramos que a **patologia psiquiátrica** em 16.6% das vítimas foi mais representativa no género feminino (25.6%) do que no género masculino (11.3%) e que o **consumo de substâncias** (droga e álcool) registados em 17.1% das vítimas foi mais prevalente no género masculino (24.1%) do que no género feminino (5.2%), sendo mais representativo o consumo de álcool do que o consumo de droga (15.8% VS 8.3%) no género masculino. O **consumo de fármacos** (psicofármacos e outros fármacos) em 12.3% das vítimas foi mais prevalente no género feminino (23.1%) do que no género masculino (6.0%) e o registo de **história prévia de violência** observado em 9.0%% das vítimas, pontuou mais no género feminino (10.3%) do que no género masculino (8.3%), tal como podemos verificar na tabela 15.

Tabela 15: Caracterização dos antecedentes pessoais em função do género

Variáveis	Género		Masculino		Total		Residuais		X ²	p
	Feminino		N	%	N	%	1	2		
	N	%	N	%	N	%				
	(78)	(37.0)	(133)	(63.0)	(211)	(100.0)				
Antecedentes pessoais										
Psiquiátricos	20	25.6	15	11.3	35	16.6	2.7	-2.7	7.330	0.007
Substâncias (droga)	2	2.6	11	8.3	13	6.2	-1.7	1.7	2.769	0.081
Substâncias (álcool)	2	2.6	21	15.8	23	10.9	-3.0	3.0	8.854	0.003
Fármacos (psicofármacos)	17	21.8	6	4.5	23	10.9	3.9	-3.9	15.122	0.000
Fármacos (outros)	1	1.3	2	1.5	3	1.4	-0.1	0.1	0.017	0.896
História prévia de violência	8	10.3	11	8.3	19	9.0	0.5	-0.5	0.237	0.627

Processada a recodificação da variável antecedentes pessoais, constitui-se dois grupos, sem antecedentes e com antecedentes, de forma a possibilitar o tratamento estatístico desta variável. Sem antecedentes pessoais, registamos mais de metade das vítimas (63.5%), com antecedentes, o maior percentual (41.0%) recai sobre o género feminino, enquanto o género masculino corresponde a 33.8%. (cf. Tabela 16).

Tabela 16: Presença de antecedentes em função do género

Antecedentes pessoais	Género		Masculino		Total		Residuais		X ²	p
	Feminino		N	%	N	%	1	2		
	N	%	N	%	N	%				
	(78)	(37.0)	(133)	(63.0)	(211)	(100%)				
Sem antecedentes	46	59.0	88	66.2	134	63.5	-1	1	1.097	0.295
Com antecedentes	32	41.0	45	33.8	77	36.5	1	-1		

Quanto ao **tempo de permanência no SU** em função do género, constatamos que em média, as mulheres (5h28 min) permanecem menos tempo que os homens (6h17min). Em termos globais, as estatísticas revelam que as vítimas apresentam um tempo de permanência mínimo de 0h18min e máximo de 22h19min, ao que corresponde um tempo médio de 5h59min. de permanência no SU. Pelos coeficientes de variação, constatamos uma dispersão elevada (> 30%) dos dados em torno da média (cf. Tabela 17). Os índices de curtose e assimetria tendem para curvas leptocurticas e enviesadas à esquerda.

Tabela 17: Estatísticas relacionadas com o tempo de permanência nos SU segundo o género

	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Feminino	78	0:20	19:30	5.28	3.57	72.26	7.14	6.61
Masculino	133	0:18	22:19	6.17	4.30	71.62	5.94	3.51
Total	211	0:18	22:19	5.59	4.19	72.14	8.72	5.87

O agente de agressão com maior registo foi o contundente (89.6%), o penetrante (6.7%) pontuou em menor escala (cf. Tabela 18).

Tabela 18: Caracterização do agente da agressão

Agentes de agressão	Não		Sim	
	N	%	N	%
Contundentes	22	10.4	189	89.6
Penetrante	197	93.5	14	6.7

Na intenção saber a prevalência dos principais agentes de agressão, a tabela 19 vem reforçar que o agente contundente é o mais prevalente quer para a amostra global (89.6%), quer para ambos os géneros (feminino= 93.6% vs masculino = 87.2%), embora, os percentuais do uso dos agentes contundentes e penetrantes não serem estatisticamente significativos.

Tabela 19: Caracterização do agente da agressão em função do género

Agente da agressão	Género		Masculino		Total		Residuais		X ²	p
	Feminino		N	%	N	%	1	2		
Contundente	73	93.6	116	87.2	189	89.6	1.5	-1.5	2.137	0.144
Penetrante	3	3.8	11	8.3	14	6.7	-0.2	0.2	3.004	0.160

As **alterações emocionais/ psicológicas/ comportamentais** registados são escassas, constatando-se que a ansiedade é a mais significativa com 10.43%, seguindo-se o medo (1.9%) e o choro (1.9%). Em “Outras” alterações agregou-se a agressividade, a agitação, o desespero, a desorientação, a insónia, a sonolência e a verborreia (cf. Tabela 20).

Tabela 20: Alterações emocionais/psicológicas e comportamentais

Alterações emocionais/ psicológicas/ comportamentais	Não		Sim	
	N	%	N	%
Ansiedade	189	89.57	22	10.43
Medo	207	98.10	4	1.90
Choro	207	98.10	4	1.90
Confusão	209	99.05	2	0.95
Outro	210	99.53	11	5.21

A tabela 21 faz a distribuição das alterações emocionais/psicológicas/ comportamentais por género. Anota-se que o género feminino demonstra níveis mais elevados de ansiedade (7.58%), enquanto no género masculino surgem com maior percentagem as outras manifestações (3.79%). O medo manifesta-se em igual percentagem em ambos os grupos.

Tabela 21: Caracterização das alterações emocionais/ psicológicas/ comportamentais em função do género

Género	Feminino		Masculino	
Alterações				
Ansiedade	16	7.58	6	2.84
Medo	2	0.95	2	0.95
Choro	3	1.42	1	0.47
Confusão	2	0.95	--	0.0
Outros	3	1.42	8	3.79

A tabela 22 reporta apenas os dados das vítimas que manifestaram danos físicos pela agressão. Apuramos que na globalidade a **localização da agressão** é mais prevalente foi no crânio (46.9%), seguido da face (44.1%) e membros superiores (33.2%). Em relação aos géneros, para o género masculino, verifica-se maior prevalência de lesões no crânio (50.4%), na face (46.6%), no crânio (42,2%) e membros superiores (30.8%), igual situação para o género feminino com maior registo no crânio (41.0%), na face (39.7%) e nos membros superiores (37.2%). O pescoço é a localização menos cotada (10.0%) para ambos os géneros, no entanto, com maior prevalência no género feminino (12.8%) do que no género masculino (8.3%).

Tabela 22: Caracterização da localização da agressão em função do gênero

Localização	Gênero	Feminino		Masculino		Total		Residuais		X ²	p
		N (78)	% (37.0)	N (133)	% (63.0)	N (211)	% (100.0)	1	2		
Crânio		32	41.0	67	50.4	99	46.9	-1.3	1.3	1.726	0.189
Face		31	39.7	62	46.6	93	44.1	-1.0	1.0	0.942	0.332
Pescoço		10	12.8	11	8.3	21	10.0	1.1	-1.1	1.136	0.287
Tronco		23	29.5	28	21.1	51	24.2	1.4	-1.4	1.908	0.167
Membros superiores		29	37.2	41	30.8	70	33.2	0.9	-0.9	0.895	0.344
Membros inferiores		17	21.8	18	13.5	35	16.6	1.6	-1.6	2.425	0.119

Observamos que as **lesões** mais prevalentes foram as feridas (28.44%), os hematomas (25.12%) e o edema (17.06%), em ambos os gêneros. No gênero feminino prevalece o hematoma, enquanto no masculino predomina a ferida (cf. Tabela 23).

Tabela 23: Caracterização das lesões em função do gênero

Lesões	Gênero	Feminino		Masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Edema		21	9.95	15	7.11	36	17.06
Feridas		17	8.06	43	20.38	60	28.44
Fraturas		4	1.89	30	14.22	34	16.11
Hematomas		26	12.32	27	12.79	53	25.12
Hematoma subdural (HSD)		1	0.47	0	0	1	0.47

Os **exames complementares de diagnóstico (ECD)** realizados com maior prevalência foram radiografias (79.15%), TAC (66.83%) e análises (18.96%) no global da amostra (cf. Tabela 24).

Tabela 24: Exames complementares de diagnóstico realizados

Exames complementares diagnóstico (ECD)	Não		Sim	
Análises	171	81.04	40	18.96
TAC	70	33.18	141	66.83
Eletrocardiograma	202	95.73	9	4.27
Ecografia	205	97.16	6	2.84
Otoscopia	208	98.58	3	1.42
Radiografia	44	20.85	167	79.15

O encaminhamento para as consultas de especialidade, verificamos que os percentuais em ambos os gêneros são maiores para a consulta de Medicina Geral e Familiar (31.28%), seguido da consulta para de Otorrinolaringologia (ORL) em 5.69%, seguido de consulta de maxilo-facial e ortopedia em igual percentagem (3.79%) (cf. Tabela 25).

Tabela 25: Caracterização dos encaminhamentos para consultas de especialidades em função do género

Género	Feminino		Masculino		Total	
	N (78)	% (37.0)	N (133)	% (63.0)	N (211)	% (100,0)
Consultas de especialidade						
Cardiologia	1	0.47	0	0	1	0.47
Cirurgia	2	0.95	0	0	2	0.95
Maxilo-facial	0	0	8	3.79	8	3.79
Medicina Geral e Familiar (MGF)	28	13.27	38	18.01	66	31.28
Neurocirurgia	1	0.47	0	0	1	0.47
Oftalmologia	0	0	4	1.90	4	1.90
Otorrinolaringologia (ORL)	1	0.47	11	5.22	12	5.69
Ortopedia	0	0	8	3.79	8	3.79
Psiquiatria	1	0.47	3	1.42	4	1.90

O encaminhamento para consultas não médicas e outras entidades, é pouco documentado, dos poucos mencionados, constata-se que o encaminhamento para consulta de enfermagem tem maior prevalência em ambos os gêneros (27.01%), seguido de outras entidades, tais como, serviço social, Instituto de Medicina Legal, Núcleo de Apoio à Vítima de Violência Doméstica (NAVVD) e Polícia de Segurança Pública em 5.21% (cf. Tabela 26).

Tabela 26: Caracterização dos encaminhamentos para consultas não médicas/ outras entidades em função do género

Género	Feminino		Masculino		Total	
	N (78)	% (37.0)	N (133)	% (63.0)	N (211)	% (100,0)
Consultas não médicas/ outras entidades						
Enfermagem	11	5.21	46	21.80	57	27.01
Outras entidades	9	4.27	2	0.95	11	5.21

O **destino final** das vítimas apresenta maior percentual no domicílio (88.6%), em ambos os gêneros, 5.2% das vítimas abandonaram o SU, sendo na sua maioria do gênero masculino. Entre o destino e gênero não encontramos diferenças significativas (Fisher=3.572; p=0.312), tal como podemos verificar pela tabela 27.

Tabela 27: Destino final da vítima em função do gênero

Destino	Gênero	Feminino		Masculino		Total		Residuais		Fisher	p
		N (78)	% (37.0)	N (133)	% (63.0)	N (211)	% (100.0)	1	2		
Domicílio		73	93.6	114	85.7	187	88.6	1.7	-1.7	3.572	0.312
Internamento		2	2.6	8	6.0	10	4.7	-1.1	1.1		
Art. c/ outra entidade		1	1.3	2	1.5	3	1.4	NA	NA		
Abandono		2	2.6	9	6.8	11	5.2	-1.3	1.3		

3.4. - Caracterização do Índice de Choque e Índice de Mortalidade

Da análise das estatísticas realizadas, objetiva-se que para o **índice de choque**, a média centra-se nos 0.63, apresentando um mínimo de 0.3 e um máximo de 1.0 e o **índice de mortalidade**, varia entre um mínimo de 20 e um máximo de 29, com uma média de 27.22.

A variável índice de choque, o coeficiente de variação tem uma dispersão normal dos dados em torno da média, e os índices de assimetria positiva (enviesada à esquerda) e curtose indiciam curva platicúrtica.

A variável índice de mortalidade o coeficiente de variação apresenta uma dispersão baixa (< 15%) dos dados em torno da média, com índice de assimetria negativa (enviesada à direita) e curva platicúrtica. (cf. Tabela 28).

Tabela 28: Estatísticas relativas ao índice de choque e índice de mortalidade em função do gênero

		N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Índice de choque	Feminino	78	0.3	0.9	0.62	0.13	20.34	-0.19	-1.07
	Masculino	133	0.3	1.0	0.63	0.13	20.09	1.90	2.55
	Total	211	0.3	1	0.63	0.13	20.16	1.40	1.41
Índice de mortalidade	Feminino	76	20	29	27.16	2.41	8.88	-3.85	-0.04
	Masculino	121	20	29	27.26	2.27	8.33	-4.73	-0.25
	Total	197	20	29	27.22	2.32	8.53	-6.05	-0.24

- **Estratificação do índice de choque e de mortalidade**

O **índice de choque** revelou que 62.6% do nosso n amostral apresentou índice de choque, sendo o choque ligeiro (60.7%) o mais prevalente, com distribuição idêntica para ambos os géneros, no entanto, sem diferença estatística significativa ($X^2= 2.443$; $p=0.295$), situação também apurada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 29).

O **índice de mortalidade**, aplicado a 93.4% (N=197) dos participantes, por falta de registo de parâmetros que compõem a escala MGAP nos processos clínicos, demonstrou-se terem baixo índice de mortalidade (95.4%), com uma distribuição semelhante entre os géneros, sem diferenças significativas ($X^2=1.147$; $p=0.284$), situação igualmente observada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 29).

Tabela 29: Índice de choque e de mortalidade em função do género

Variáveis	Género		Masculino		Total		Residuais	
	N (78)	% (37.4)	N (133)	% (62,6)	N (211)	% (100.0)	1	2
Índice de choque								
Sem choque	29	37.2	50	37.4	79	37.4	-0.1	0.1
Choque ligeiro	49	62.8	79	59.4	128	60.7	0.5	-0.5
Choque moderado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	--	--
Choque grave	0	0.0	4	3.0	4	1.9	-1.5	1.5
Variáveis	Género		Masculino		Total		Residuais	
	N (76)	% (38.6)	N (121)	% (61.4)	N (197)	% (100.0)	1	2
Índice mortalidade								
Baixo risco	71	93.4	117	96.7	188	95.4	-1.1	1.1
Risco moderado	5	6.6	4	3.3	9	4.6	1.1	-1.1
Alto risco	0	0.0	0	0.0	0	0.0	--	--

3.5. - Analise Inferencial

No decorrer desta investigação, procurou-se perceber qual a influencia das variáveis sociodemográficas, de contexto e antecedentes pessoais no índice de choque e no índice de mortalidade das vítimas de violência interpessoal.

A influencia da idade sobre o índice de choque é mais elevada nas vítimas com idade entre os 35 e os 39 anos, seguido do grupo etário dos 18 aos 34 anos, á semelhança para o índice de mortalidade, com diferenças estatísticas significativas em ambas as variáveis dependentes ($p= 0.000$). O que leva a inferir que a ***idade influencia o índice de choque e o índice de mortalidade das vítimas de violência interpessoal (cf. Tabela 30).***

A prevalência das vítimas do género masculino, quer no índice de choque quer no índice de mortalidade, comparativamente ao género feminino, não se traduz em diferença estatística significativa ($p >0.05$), aceitando-se que o ***género não influencia o índice de choque, nem o índice de mortalidade das vítimas de violência interpessoal (cf. Tabela 30).***

As vítimas com companheiro revelam um índice de choque e de mortalidade maior do que as vítimas sem companheiro. Porém, sem significado estatístico ($p >0.05$), considerando-se que o ***estado civil não influencia o índice de choque nem o índice de mortalidade das vítimas de violência interpessoal (cf. Tabela 30).***

Verificou-se maior predomínio de vítimas que vivem na zona urbana comparativamente com as vítimas de zona rural. No entanto, a inexistência de diferenças estatísticas significativas ($p > 0.05$), justifica aceitar que o ***local de residência não influencia o índice de choque e de mortalidade das vítimas de violência interpessoal (cf. Tabela 30).***

Em relação ao distrito de origem da vítima, verifica-se maior domínio no distrito de Viseu para o índice de choque e maior domínio para outros distritos para o índice de mortalidade. De igual modo, sem poder estatístico significativo ($p >0.05$), o que leva a rejeitar a relação prevista e a considerar que o ***distrito não influencia o índice de choque nem o índice de mortalidade das vítimas de violência interpessoal (cf. Tabela 30).***

Para o índice de choque predominou um único episódio de urgência, enquanto para o índice de mortalidade pontuou mais o número de idas ao SU em duas ou mais vezes, sem diferenças estatísticas significativas ($p >0.05$), inferindo-se que o ***número de idas ao SU não***

influencia o índice de choque e de mortalidade das vítimas de violência interpessoal (cf. Tabela 30).

O tipo de violência predominante em ambas as variáveis foi a violência na comunidade, contudo sem diferença estatística significativa ($p > 0.05$) para o índice de choque, mas com diferença estatística significativa no índice de mortalidade ($p = 0.000$), pelo que o ***tipo de violência não influencia o índice de choque, mas influencia o índice de mortalidade das vítimas de violência interpessoal (cf. Tabela 30).***

Quem permanece menos tempo no SU (<120 min) tem maior índice de choque e quem permanece menos de 240 min tem maior índice de mortalidade, comparativamente aos restantes tempos de permanência. Contudo, sem significado estatístico para o índice de choque ($p = 0.384$), mas com significado estatístico para o índice de mortalidade ($p = 0.012$). Portanto, infere-se que o ***tempo de permanência no SU não influencia o índice de choque, mas influencia o índice de mortalidade das vítimas de violência interpessoal (cf. Tabela 30).***

A prioridade atribuída à vítima muito urgente demonstra maior índice de choque, enquanto a não urgente tem maior índice de mortalidade. No entanto, ambas as variáveis sem poder estatístico significativo ($p > 0.05$), pelo que a ***prioridade não influencia o índice de choque nem o índice de mortalidade das vítimas de violência interpessoal (cf. Tabela 30).***

As vítimas sem dor revelaram maior índice de choque, e as com dor severa maior índice de mortalidade, contudo, sem diferenças estatisticamente significativas para ambas as variáveis. Inferindo-se que o nível de dor ***não influencia o índice de choque nem o índice de mortalidade das vítimas de violência interpessoal (cf. Tabela 30).***

Prevaleceu o domínio com antecedentes pessoais quer para o índice de choque, quer para o índice de mortalidade, sem poder estatístico significativo, pelo que os antecedentes pessoais ***não influenciam o índice de choque nem o índice de mortalidade das vítimas de violência interpessoal (cf. Tabela 30).***

Tabela 30: Resultados dos Testes U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas, de contexto e antecedentes pessoais com o índice de choque e o Índice de mortalidade

Variáveis	Índice de choque	Índice de mortalidade	Teste
	Ordenação média	Ordenação média	
Idade			
≤34 anos	121,89	113,71	Kruskal-Wallis
35-49 anos	125,11	113,93	
50-64 anos	83,36	104,10	
>65 anos	75,94	22,46	
Valor teste e (p)	25.07 (0.000)	66.63 (0.000)	
Gênero			
Feminino	104.42	98.16	U Mann-Whitney
Masculino	106.92	99.53	
Valor teste e (p)	5064.0 (0.774)	4534.0 (0.857)	
Estado civil			
Sem companheiro	12.06	10.00	U Mann-Whitney
Com companheiro	12.72	12.20	
Valor teste e (p)	60.50 (0.830)	42.00 (0.433)	
Residência			
Urbano	106.45	102.38	U Mann-Whitney
Rural	105.65	96.27	
Valor teste e (p)	5432.50 (0.925)	4498.50 (0.411)	
Distrito			
Viscu	106.77	98.89	U Mann-Whitney
Outro	94.35	100.50	
Valor teste e (p)	1135.50 (0.477)	1176.50 (0.914)	
N.º de idas ao SU			
Uma	106.23	98.10	U Mann-Whitney
2 ou mais	102.97	110.82	
Valor teste e (p)	1424.50 (0.842)	1115.50 (0.376)	
Tipo de violência			
Familiar/ parceiro íntimo	52.59	40.61	U Mann-Whitney
Comunidade	55.38	61.22	
Valor teste e (p)	1356.50 (0.642)	733.50 (0.000)	
Tempo no SU			
<120min	120.75	107.93	Kruskal-Wallis
121-240min	112.38	116.95	
241-360min	100.63	88.68	
>360min	100.52	90.63	
Valor teste e (p)	3.050 (0.384)	10.949 (0.012)	
Prioridade			
Sem prioridade (branco)	115.17	86.50	Kruskal-Wallis
Não urgente (azul)	66.50	144.00	
Pouco urgente (verde)	105.12	98.67	
Urgente (amarelo)	105.76	96.63	
Muito urgente (laranja)	119.08	126.86	
Emergente (vermelho)	63.00	0.00	
Valor teste e (p)	1.976 (0.852)	5.122 (0.275)	
Nível de dor			
Sem dor (valor 0)	176.50	95.00	Kruskal-Wallis
Dor ligeira (valor de 1 a 4)	105.68	100.05	
Dor moderada (valor de 5 a 7)	105.20	96.99	
Dor severa (valor de 8 a 10)	95.93	144.00	
Valor teste e (p)	4.219 (0.239)	4.779 (0.189)	
Antecedentes pessoais			
Com antecedentes	107.76	103.04	U Mann-Whitney
Sem antecedentes	102.93	91.99	
Valor teste e (p)	4922.50 (0.580)	3995.50 (0.150)	

*p<0,05

p<0,01*

p<0,001

Quando aplicados os testes Post Hoc, verificamos que para o **índice de choque** versus o *grupo etário* confirma-se existência de significado estatístico para vítimas:

- entre os 35-49 anos e os de idade ≥ 65 anos ($p=0,000$);
- com idade ≤ 34 anos e idade entre os 50-64 anos ($p=0,005$);
- com idade ≤ 34 anos e ≥ 65 anos ($p=0,002$);
- com idade entre os de 35 - 49 anos e os de 50 - 64 anos ($p=0,001$).

Para o **índice de mortalidade** versus o *grupo etário* confirma-se existência de significado estatístico para vítimas:

- entre os de 35-49 anos e os mais velhos ($p=0,000$);
- entre os mais velhos (≥ 65 anos) e todas as restantes três faixas etárias (todas com $p=0,000$).

O índice de mortalidade versus o *tempo no SU*, verifica-se aproximação da existência de significado estatístico entre os 2 períodos temporais já constatados pelo teste de Kruskal wallis, ou seja, entre 121-240 minutos e 241-360 minutos com ($p=0,088$ no Post Hoc).

Influencia do índice de choque no índice de mortalidade das vítimas de violência interpessoal (e vice-versa)

Com o intuito de avaliar o impacto do índice de choque sobre o o índice de mortalidade e vice-versa, foi aplicado uma correlação de Spearman (score vs score).

Constatamos uma correlação negativa (-0,045) entre o score do índice de choque e o score do índice de mortalidade. À medida que aumenta o índice de choque, aumenta o índice de mortalidade. A correlação entre as variáveis é inversamente proporcional, mas como o índice de mortalidade é calculado pela escala MGAP, que tem conotação invertida, quanto maior o índice de choque, menor será o valor do score da escala de MGAP, o que significa maior índice de mortalidade. Contudo, dada ausência de diferenças estatísticas significativas (cf. Tabela 31), infere-se que estas variáveis não se associam mutuamente.

Tabela 31: Correlação de Spearman relacionando o índice de choque com índice de mortalidade

	Índice de mortalidade (Score)	
	Rho	p
Índice de choque (Score)	- 0.045	0.529
Teste	Correlação de Spearman	
*p<0,05	**p<0,01	***p<0,001

4. Discussão

Os resultados permitem reconhecer a importância do uso de escalas de avaliação de gravidade em doentes vítimas de trauma por agressão e traçar o perfil das vítimas de violência interpessoal (n=211) admitidas no serviço de urgência polivalente, no ano 2020, num Centro Hospitalar da zona centro de Portugal, correspondendo a 1.66% da população assistida.

A amostra é maioritariamente do género masculino, com uma média de idades de 45.55 anos, prevalecendo as vítimas com idades entre os 18 e os 49 anos (58.8%), residentes no distrito de Viseu (93.8%), em meio rural (56.4%), de nacionalidade portuguesa (98.6%) e com companheiro (66.7%). Estes dados corroboram com os resultados dos estudos de Sheikh et al., (2020) e Silva et al., (2021), sobre vítimas de violência interpessoal admitidas no serviço de urgência.

As estatísticas relativas ao número de idas ao serviço de urgência, revelam que em média as vítimas recorrem ao SU em 1.09 vezes, com variação entre uma única ida e cinco idas. Comprova-se maior número de admissões no período da tarde (54%), ao domingo (18.5%), com um único episódio (92.9%), sendo transportados maioritariamente pelos meios INEM/ambulância (63.5%), tal como apurou Peixoto et al., (2019), demonstrando maior prevalência de admissões ao serviço de urgência ao domingo e no período da tarde.

O fluxograma mais atribuído foi o da agressão (82.5%), no discriminador “dor moderada” (47.4%), com prioridade urgente (77.7%), com um nível de dor - moderado (75.8%), índice de reatividade de Glasgow de 15 (98.6%) e tempo de permanência em média no SU de 5 horas e 59 minutos, provavelmente pela gravidade das lesões manifestadas com necessidade de medidas terapêuticas diferenciadas.

Apesar da escassez de registo quanto ao tipo de violência sofrida pela vítima, apuramos que predomina a violência na comunidade e a violência familiar/parceiro íntimo no género feminino, com diferenças estatísticas significativas ($p=0.000$). Estes dados são suportados pelos resultados explanados no relatório da APAV (2022), que descreve um aumento do crime contra pessoas no ano 2021, prevalecendo o crime de violência doméstica no género feminino.

Verificou-se o predomínio do consumo de substâncias, tais como droga e álcool (17.1%), seguido de patologia psiquiátrica (16.6%), consumo de fármacos (12.3%) e história

prévia de violência (9.0%) quando analisamos os antecedentes pessoais destas vítimas. O consumo de álcool pontuou mais em comparação com o consumo de droga, sendo mais representativo no género masculino (15.8%). A história de violência prévia foi mais representativa no género feminino. Sheikh et al., (2020), afirma que o abuso do álcool está fortemente associado a um risco aumentado de agressão, sendo considerado um fator desencadeador de atos de violência (Loutroukis et al., 2020) e consequentemente de casos de agressão (Queiroz et al., 2021). A diversão noturna na população mais jovem, pode justificar os resultados deste estudo relativamente à violência na comunidade.

A violência física foi a mais prevalente, dado que era expectável, uma vez que as vítimas procuram ajuda nos serviços de saúde pela necessidade de tratamento das suas lesões. Estes dados corroboram com os de Peixoto et al., (2019). O agente da agressão contundente, causado por objeto rombo, força, soco, chute e cabeçadas (Grego & Douglas, 2019), foi o mais representativo (89.6%), com maior prevalência no género feminino (93.6%) em comparação com o género masculino (87.2%), contrariando os resultados do estudo de Mota et al., (2021), em que as agressões resultaram maioritariamente em trauma penetrante.

Das lesões em consequência do ato de violência destacam-se as feridas (28.44%) seguido de hematomas (25.12%) o que revela a brutalidade da agressão sofrida pela vítima, sendo mais representativo as lesões por feridas no género masculino e os hematomas no género feminino. O crânio (46.9%), a face (44.1%) e os membros superiores (33.2%) foram as localizações anatómicas mais registadas em ambos os géneros. Estes dados vão de encontro ao estudo de Cabral et al., (2020), que inferiu que os traumatismos faciais predominam no género masculino enquanto Pereira et al., (2020), inferiu que as lesões na face, cabeça e pescoço predominam no género feminino em vítimas de violência doméstica.

Os exames complementares de diagnóstico mais realizados foram as radiografias (79.15%), TAC (66.83%) e análises ao sangue (18.96%). No que respeita aos encaminhamentos da vítima após alta do SU, a maioria foi encaminhada para o médico de família (31.28%) e para a consulta de enfermagem (27.01%), pela necessidade de continuidade de tratamentos em ambulatório.

A maioria das vítimas teve alta para o domicílio (88.6%), com 4.7% de registo de internamentos pela gravidade das lesões e ainda alguma desistência por parte da vítima de observação médica ou abandono contra parecer médico.

Apurou-se que 62.6% das vítimas apresentou risco de choque ($SI \geq 0.6$), com 60.7% com índice de choque ligeiro (≥ 0.6 e < 1.0) e 1.9% das vítimas apresentou índice de choque grave (≥ 1.4). Estes resultados corroboram com Charry et al., (2015), num estudo realizado com 170 utentes, apurando que 76% apresentavam choque ligeiro e 24% choque moderado a grave.

Koch et al., (2019) refere que o shock index (SI) é baseado em fatores disponíveis no momento da admissão e acolhimento da vítima, calculado no imediato quer no serviço de urgência quer no pré-hospitalar, e que, valores de $SI > 0.7$ demonstraram correlação direta com o aumento da probabilidade de choque, internamento e mortalidade.

Apurou-se que 95.4% das vítimas apresentou baixo índice de mortalidade (MGAP entre 23-29 pontos) em ambos os géneros, o que significa, elevada probabilidade de sobrevivida. Estes dados corroboram com Mota et al., (2021), no estudo realizado em vítimas de trauma, onde apurou que na primeira abordagem da vítima em meio pré-hospitalar o índice de mortalidade obtido pela MGAP demonstrou que 20,0% ($n = 121$) das vítimas, apresentava estado clínico desfavorável (> 18 pontos) e 80% baixo risco de mortalidade (> 23 pontos).

Os índices de gravidade de trauma são ferramentas valiosas na previsão do prognóstico da vítima, facilitando e orientando as intervenções e os cuidados diferenciados às vítimas de trauma por violência interpessoal.

Respondendo à questão *qual o índice de choque das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência*, avaliado pela escala SI, apurou-se que o choque ligeiro (≥ 0.6 e < 1.0) foi o mais prevalente (60.7%), com distribuição idêntica em ambos os géneros. A vítima do género masculino, na faixa etária dos 35 – 39 anos de idade, com companheiro, residentes em meio urbano, no distrito de Viseu, com um único episódio de urgência obteve maior índice de choque. Assim como, as vítimas violência na comunidade, com menor tempo de permanência no SU prolongado (< 120 min), prioridade muito urgente, nível de dor (sem dor) e com antecedentes pessoais registados. Apesar de sem poder estatisticamente significativo ($p > 0.05$) exceto para a idade com diferença estatística significativa ($p = 0.000$), ou seja, a idade influencia o índice de choque destas vítimas.

Respondendo à segunda questão de investigação, *qual o índice de mortalidade das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência*, avaliado através da escala de MGAP em 93.4% das vítimas da amostra ($n=197$), por inexistência de parâmetros registados no processo clínico da vítima para preenchimento da escala, apurou-se que 95.4% das vítimas obtiveram um baixo risco de mortalidade, o que significa uma probabilidade de sobrevivida

elevada, com uma distribuição idêntica em ambos os gêneros. Apurou-se que, a vítima do gênero masculino, com companheiro, com idade entre os 35 - 39 anos, residente em meio urbano e fora do distrito de Viseu, tem maior índice de mortalidade. Assim como, as vítimas com mais de um episódio de urgência, vítimas de violência na comunidade e com tempo de permanência no SU entre 121-240 minutos, prioridade não urgente, dor severa e com antecedentes pessoais registrados. Nesta variável constatamos poder estatístico significativo para a idade ($p= 0.000$), tipo de violência ($p= 0.000$) e o tempo de permanência no SU ($p= 0.012$), ou seja, apura-se que estas três variáveis influenciam o índice de mortalidade.

Inferiu-se que o índice de choque e o índice de mortalidade não se associam mutuamente, apesar da correlação negativa entre estas variáveis, não existe diferença estatística significativa.

Conclusão

A violência interpessoal tem impacto pessoal, social, económico e continua a ser um problema mundial. O serviço de saúde é muitas vezes o primeiro ambiente ao qual a vítima recorre. As autoridades de saúde devem apostar em estratégias de prevenção da violência e de capacitação dos profissionais de saúde na assistência destas vítimas, com deteção precoce de vítimas com elevado índice de gravidade.

Estudos demonstram que a mortalidade registada neste tipo de vítimas não é elevada, mas existe. Algumas vítimas têm morte imediata pelo mecanismo de trauma associado ao ato de violência, mas a maioria das vítimas recorre aos serviços de saúde para tratamento médico ou cirúrgico.

No sentido de melhorar a assistência prestada a estas vítimas em contexto de urgência e prevenir o pico de mortalidade, deverão ser implementados de mecanismos de reconhecimento e deteção da gravidade da vítima de violência interpessoal, instituindo-se um plano estratégico de intervenção, envolvendo diferentes entidades internas (EPVA-CHTV) e externas (APAV, Polícia de Segurança Pública), envolvendo os cuidados de saúde primários na prevenção e vigilância destas vítimas.

O estudo permitiu responder às questões de investigação e alcançar os objetivos delineados, tendo como amostra 211 vítimas admitidas por violência interpessoal durante o ano de 2020, no serviço de urgência de um Centro Hospitalar da zona centro de Portugal, cuja maioria é do género masculino, com uma média de idades de 45.55 anos.

Os resultados permitiram demonstrar que o índice de choque mais prevalente foi o choque ligeiro (60.7%), no entanto, 62.6% das vítimas apresentaram risco de choque (choque ligeiro e choque grave). Apurou-se baixo índice de mortalidade em 95.4% na globalidade da amostra, o que significa alta probabilidade de sobrevivência.

Inferiu-se ainda que, a idade influencia o índice de choque e de mortalidade ($p=0.000$), ou seja, quanto mais jovens maior é o risco de choque e de mortalidade. A violência na comunidade ($p=0.000$) e o tempo de permanência no SU ($p=0.012$) inferior a 240 minutos influenciam o índice de mortalidade. Estes dados podem ser justificados pelo uso de força e brutalidade no ato de violência, nos jovens masculinos em contexto social noturno em bares,

sob o efeito de álcool e substâncias, predispondo à ocorrência de lesões com maior gravidade e por isso, menor tempo de permanência no SU por necessidade de cuidados diferenciados e transferência da vítima para outros serviços tais como bloco operatório e unidade de cuidados intensivos.

Foram encontradas algumas das limitações metodológicas neste estudo, nomeadamente, o facto de a amostra ser não aleatória o que é considerado um fator limitante, a dimensão do grupo amostral ser reduzido ($n = 211$), o que permite considerar os resultados encontrados apenas para a amostra em questão, e a lacuna ao nível dos registos, o que inviabilizou o preenchimento das variáveis constantes na grelha de recolha de dados. A avaliação do índice de mortalidade pela escala MGAP, não foi viável em 14 vítimas da amostra devido à escassez de registos relativamente ao mecanismo de trauma.

Como linhas de investigação futuras sugere-se replicar o estudo sobre o índice de choque e de mortalidade de vítimas de violência interpessoal em amostras mais alargadas.

Como implicações para a prática clínica, alertar para a falta de registo precisos e objetivos nos processos clínicos, reconhecer a importância da aplicação das escalas shock index e MGAP e sensibilizar para o seu uso na prática clínica como preditoras da gravidade de trauma de vítimas de violência interpessoal e divulgar os resultados obtidos, sensibilizando os pares para esta problemática.

Como sugestões futuras de trabalho a desenvolver no serviço de urgência, consideramos importante dotar os enfermeiros da informação e dos resultados obtidos deste estudo, assim como, sugerir a aplicação destas duas escalas preditoras de gravidade de trauma, que são facilmente aplicadas, permitindo a implementação de intervenções ajustadas ao estado clínico da vítima.

Referências bibliográficas

- Althunayyan S. M. (2019). Shock Index as a Predictor of Post-Intubation Hypotension and Cardiac Arrest; A Review of the Current Evidence. *Bulletin of emergency and trauma*, 7(1), 21–27. <https://doi.org/10.29252/beat-070103>.
- APAV. (2022). Estatísticas APAV. Relatório anual 2021. Acedido por [Relatorio Anual 2021.pdf \(apav.pt\)](#)
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (março de 2020). Estatísticas APAV - Relatório Anual 2019. Obtido de www.APAV.pt/estatisticas
- Baúto, R.V., Fernandes, B.R.O., Ramalho, A., Costa, J. (2019). Guia (In)Formativo Avaliação de risco de Violência Doméstica. Egas Moniz. Acedido por <https://www.egasmoniz.com.pt/media/119228/Guia-avalia%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Bossoni, Alexandre. (maio, 2021). O que é trauma, quais os tipos e como tratá-lo?. Acedido por <https://www.santapaula.com.br/blog/o-que-e-trauma-quais-os-tipos-e-como-trata-lo/>
- Brinck, T., Handolin, L., & Lefering, R. (2016). The Effect of Evolving Fluid Resuscitation on the Outcome of Severely Injured Patients: An 8-year Experience at a Tertiary Trauma Center. *Scandinavian Journal of Surgery*, 105(2), 109-116. <https://doi.org/10.1177/1457496915586650>
- Cabral, C. de L., Lima, M. O. de., & Oliveira, S. M. L. de. (2021). Facial injuries caused by physical aggression: a bibliographic review. *Research, Society and Development*, 10(1), e14110111616. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11616>
- Carvalho, M. (2016). O Sistema de Triagem de Manchester e a avaliação da pessoa com dor. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem Coimbra. Acedido por <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=44075>
- Cherry, J. D., Bermeo, J. M., Montoya, K. F., Calle-Toro, J. S., Núñez, L. R., & Poveda, G. (2015). Índice de shock como factor predictor de mortalidad en el paciente con trauma penetrante de tórax. *Revista Colombiana de Cirugía*, 30(1), 24-28.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2016). Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. 2ª ed. Acedido por https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2020). Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde. Acedido por https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/02/DGS_Plano_AP_Violencia_S_Saude_2020-02-29-FINAL.pdf
- El-Menyar, A., Goyal, P., Tilley, E., & Latifi, R. (2018). The clinical utility of shock index to predict the need for blood transfusion and outcomes in trauma. *Journal of Surgical Research*, 227, 52-59.
- Garcez, R. H. M., Thomaz, E. B. A. F., Marques, R. C., Azevedo, J. A. P. de, & Lopes, F. F. (2019). [Characterization of oral maxillofacial lesions resulting from physical aggression: differences between genders]. *Ciencia & Saude Coletiva*, 24(3), 1143–1152. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.33892016>
- Grego, R. & Douglas, W. (2019). Medicina Legal – À Luz do Direito e do Direito Processual Penal. 12ª ed. Impetus. Acedido por [Medicina Legal - Rogério Greco - Impetus](#) Costa, F. A. D. D. (2021). *Triagem de manchester: intervenção dos Enfermeiros*. (Master's thesis).

- Grupo Português de Triagem (2010). Triagem no serviço de urgência. Manual do Formando. 2.^a edição. Amadora: Grupo Português de Triagem
- Grupo Português de Triagem (GPT). (2013). MTS Critérios cor branco. Acedido por <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Documentac%cc%a7a%cc%83o-MTS-Crite%cc%81rios-Cor-Branca.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2021a). Conceito de Idoso. Acedido por Sistema Integrado de Metainformação - conceitos (ine.pt)
- Instituto nacional de estatística (INE). (2022a). Taxa de criminalidade por Localização geográfica e Categoria de crime anual. Acedido por [Portal do INE](#)
- Instituto nacional de estatística. (INE). (2021b). Crimes registados Localização geográfica (NUTS - 2013). acedido por [Portal do INE](#)
- Instituto nacional de estatística. (INE). (2022b). Óbitos (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário e Causa de morte (Lista sucinta europeia); Anual. acedido por [Portal do INE](#)
- Koch, E., Lovett, S., Nghiem, T., Riggs, R. A., & Rech, M. A. (2019). Shock index in the emergency department: utility and limitations. *Open access emergency medicine : OAEM*, 11, 179–199. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S178358>
- Larkin, E. J., Jones, M. K., Young, S. D., & Young, J. S. (2022). Interest of the MGAP score on in-hospital trauma patients: comparison with TRISS, ISS and NISS scores. *Injury*.
- Loutroukis, T., Loutrouki, E., Klukowska-Rötzler, J., Koba, S., Schlittler, F., Schaller, B., Exadaktylos, A. K., Doulberis, M., Srivastava, D. S., Papoutsi, S., & Burkhard, J. (2020). Violence as the Most Frequent Cause of Oral and Maxillofacial Injuries among the Patients from Low- and Middle-Income Countries-A Retrospective Study at a Level I Trauma University Emergency Department in Switzerland. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4906. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134906>
- Marôco, J. (2018). Análise Estatística com o SPSS STATISTICS (7^a ed). Report Number, Lda
- Milton, M., Engelbrecht, A., & Geysler, M. (2021). Predicting mortality in trauma patients-A retrospective comparison of the performance of six scoring systems applied to polytrauma patients from the emergency centre of a South African central hospital. *African Journal of Emergency Medicine*, 11(4), 453-458.
- Mohammed, Z., Saleh, Y., AbdelSalam, E. M., Mohammed, N. B., El-Bana, E., & Hirshon, J. M. (2022). Evaluation of the Revised Trauma Score, MGAP, and GAP scoring systems in predicting mortality of adult trauma patients in a low-resource setting. *BMC Emergency Medicine*, 22(1), 1-10.
- Mota, M., Cunha, M., Santos, E., Figueiredo, Á., Silva, M., Campos, R., & Santos, M. R. (2021). Eficácia da intervenção da enfermagem pré-hospitalar na estabilização das vítimas de trauma. *Revista de Enfermagem*
- Mutschler, M., Nienaber, U., Münzberg, M., Wöfl, C., Schoechl, H., Paffrath, T., Bouillon, B., & Maegele, M. (2013). The Shock Index revisited—a fast guide to transfusion requirement? A retrospective analysis on 21,853 patients derived from the TraumaRegister DGU®. *Critical Care*, 17(4), R172. <https://doi.org/10.1186/cc12851>
- Olive, P., Hives, L., Wilson, N., Nowland, R., & Clegg, A. (2020). Health and well-being harms experienced by adult victims of interpersonal violence: a scoping review protocol. *JBI evidence synthesis, Publish Ahead of Print*, 10.11124/JBIES-20-00015. Advance online publication. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00015>
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Relatorio Mundial Sobre Prevenção da Violencia*. Obtido de <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>

- Peixoto, G. S., Inácio, Q. L., & Gadelha, L. M. U. (2019). Ansiedade e depressão em pacientes internados vítimas de acidentes e violência física interpessoal. *CEP*, 62(10), 660.
- Pereira de Sousa, M. E., Rodrigues de Santana, M., Monte da Cunha, G. I., da Silva Sousa, M. R., do Nascimento Silva, I. M., & Ramos Gonçalves, F. (2020). Traumas em mulheres vítimas de violência: uma análise em Recife-PE. *Nursing (São Paulo)*, 23(269), 4703–4710. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i269p4703-4710>
- Queiroz, D.R., Barros, M. V. G., Aguiar, J. A., Soares, F. C., Tassitano, R. M., Bezerra, J., & Silva, L. M. P. (2021). Consumo de álcool e drogas ilícitas e envolvimento de adolescentes em violência física em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(4), 1-10.
- Rahmani, F., Ebrahimi Bakhtavar, H., Shams Vahdati, S., Hosseini, M., & Mehdizadeh Esfanjani, R. (2017). Evaluation of MGAP and GAP trauma scores to predict prognosis of multiple-trauma patients. *Trauma Monthly*, 22(3).
- Sartorius, D., Le Manach, Y., David, J. S., Rancurel, E., Smail, N., Thicoïpé, M., Wiel, E., Ricard-Hibon, A., Berthier, F., Gueugniaud, P. Y., & Riou, B. (2010). Mechanism, glasgow coma scale, age, and arterial pressure (MGAP): a new simple prehospital triage score to predict mortality in trauma patients. *Critical care medicine*, 38(3), 831–837. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181cc4a67>
- Sheikh, S. (2020). Characteristics of interpersonal violence in adult victims at the Adult Emergency Trauma Centre (AETC) of Queen Elizabeth Central Hospital. *Malawi medical journal*, 32(1), 24-30.
- Shertz, M. (2020). Shock Index: a more sophisticated determinant of hypovolemic shock – Crisis Medicine. Acedido por <https://www.crisis-medicine.com/shock-index/>
- Silva, J. A. V., Padula, M. P. C., & Waters, C. (2021). Perfil epidemiológico, clínico e desfecho de pacientes com traumatismo cranioencefálico/Epidemiological, clinical profile and outcome of patients with traumatic brain injury. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 66(1u), 1-7. Acedido por <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2021.66.017>
- Terceros-Almanza, L. J., García-Fuentes, C., Bermejo-Aznárez, S., Prieto-Del Portillo, I. J., Mudarra-Reche, C., Saez-de la Fuente, I., & Chico-Fernández, M. (2017). Prediction of massive bleeding. Shock index and modified shock index. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 41(9), 532-538.
- Velho, Á., (2020). O que é Trauma?. CETS - Centro de Ensino e Treinamento em Saúde. Acedido por <https://cets.com.br/blog/o-que-e-trauma/>
- Walker, G. N., Dekker, A. M., Hampton, D. A., Akhetuamhen, A., & Moore, P. Q. (2020). A Case for Risk Stratification in Survivors of Firearm and Interpersonal Violence in the Urban Environment. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 21(6), 132–140. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.8.45041>

Anexos

Anexo I – Instrumento de colheita de dados



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCiSE)

Departamento: Enfermagem

Investigadores Principais: Professora Doutora Madalena Cunha

Investigador Colaborador: Mestre Mauro Coelho; Equipa de Prevenção de Violência do Adulto do CHTV

Nome do estudante: Natália Figueiredo

Estudante do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização Em Enfermagem Médico Cirúrgica, CPLEEMC, 8^aed.

Ano: 2021

Estudo: *Perfil das vítimas de Violência Interpessoal no Serviço de Urgência*

I PARTE – VARIÁVEIS DO CONTEXTO CLÍNICO

1 – N° Episódio urgência: _____

2 - Admissão na urgência: ___/___/___ 3 – Data do episódio de violência: ___/___/___

4 – Hora admissão: ___ 5 – Hora alta: ___ 6 - Dia da semana: _____ 7- N° idas ao SU: ___

8 - Transporte: INEM VMER Ambulância Transporte próprio Outro _____

II PARTE – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DA VÍTIMA

1 – Idade: ___ Anos 2 – Género: Feminino Masculino 3 – Nacionalidade: _____

4 – Estado Civil: Solteiro Casado/ União de factos Divorciado Viúvo

5 – Residência: Urbano Rural 6 – Distrito de residência: Viseu Outros _____

III PARTE – VARIÁVEIS DE CONTEXTO DA AGRESSÃO

1 – Relação com o agressor: _____ 2 – Coabita com o agressor: Sim Não

2 - Antecedentes pessoais:

Patologia psiquiátrica: Sim Não

Abuso / dependência de substâncias: álcool drogas psicofármacos outras

História de violência prévia: Na infância Idade adulta

- 3 – Tipo de agressão: familiar/ parceiro íntimo comunidade não específica
 4 – Natureza da violência: Física psicológica sexual negligência privação

IV PARTE – VARIÁVEIS CLÍNICAS

- 1 – Fluxograma da Triagem de Manchester: Agressão Outros _____
 2 – Discriminador: _____
 3 – Prioridade: emergente muito urgente urgente pouco urgente Não urgente sem prioridade
 4 – Parâmetros vitais: Dor ____; GCS _____; TA ____/____; FC ____; SpO2 _____
 5 – Alcoolémia: sim não NA
 6 – Recurso a agentes:
 Mecânicos: Contundentes Cortantes Perfurantes
 Fogo e explosivos
 Físicos: térmicos (calor / frio) Elétricos Radiações
 Químicos: Substâncias cáusticas e corrosivas Tóxicos
 Tecnológicos: Filme Fotografia
 Outro _____
 7 – Localização das lesões:
 Crânio Face Pescoço Tronco (anterior/ posterior)
 Membros superiores Membros inferiores
 8 – Alterações emocionais/ psicológicas/ comportamentais:
 Ansiedade Medo Choro Pânico Vergonha Culpa Fobias
 Tristeza Confusão Desconfiança Outros _____

V PARTE – PLANO DE INTERVENÇÕES CLÍNICAS

- 1 – Lesões: Sim Não Se sim, especificar _____
 2 – Prescrição de ECD: Sim Não Se sim, especificar: _____
 3 – Encaminhamento para Consulta de Especialidade:
 Sim Não Se sim, especificar: _____
 4 – Encaminhamento para outras especialidades não médicas:
 Enfermagem Psicologia Serviço Social Outras _____
 5 – Destino do paciente:
 Domicílio Internamento Articulação com outras entidades _____

Anexo II – Identificação do projeto “Evidências para não arriscar vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta” da Unidade da UniCise, IPV Viseu



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde De Viseu

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCiSE)

Identificação/Identification

Referência/Reference:	PROJ/UniCiSE /2017/0001
Título/Title:	<i>Evidências para Não Arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta</i>
Início/Beginning:	Setembro de 2017
Duração/Duration:	4 anos
Coordenador do projeto/Project Coordinator:	Maria Madalena Jesus Cunha Nunes



FCT
Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MaisVIDAS



Anexo III - Deliberação Comissão de ética para a Saúde do CHTV para realização do estudo



UNIDADE DE ENSINO, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARA CA.

19.05.21

DELIBERAÇÃO

N/ Referência	07/14/05/2021
Designação	Pedido de autorização para realização de um estudo subordinado ao tema: "perfil das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência".
Investigador Principal	Natália Figueiredo Professora Madalena Cunha
Data do documento	10 de maio de 2021
Data de Entrada na CES	12 de maio de 2021
Data de Deliberação CES	14 de maio de 2021

Analisado o pedido de autorização para realização de um estudo subordinado ao tema: "perfil das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência", cuja investigadora é a aluna Natália Figueiredo em colaboração com a Professora Madalena Cunha, esta CES deliberou, que nada tem a opor ao mesmo.

Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 14/05/2021

Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro
Vice-presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade
Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira
Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes
Vogal: Fernando José Andrade Ferreira Almeida
Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento
Vogal: Dra. Ana Maria Pinto da Costa

Dra. Helena Solheiro
Presidente da C.E.S.

Reunião 20/05/2021
CONSELHO ADMINISTRATIVO
Presidente (Nuno Duarte)
Vogal Executivo (Sandra Gil)
Vogal Executivo (Mafalda Guiné)
Diretor Clínico (Eduardo Melo)
Enfermeiro Chefe (José L. Gomes)

