

A Violência Doméstica e o Papel do Médico Ortopedista: Revisão das Lesões Musculoesqueléticas Não Acidentais e Plano de Atuação

Sofia Lara Alves Henriques

M

2024



A Violência Doméstica e o Papel do Médico Ortopedista: Revisão das Lesões Musculoesqueléticas Não Acidentais e Plano de Atuação

Estudante: Sofia Lara Alves Henriques

Aluna do 6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Endereço eletrónico: up201807726@up.pt

Contacto telefónico: 911 900 790

Orientador: Professor Doutor Manuel André dos Santos Gomes

Assistente Graduado Sénior de Ortopedia do Centro Hospitalar Universitário do Porto

Professor Catedrático Convidado do ICBAS-CHUdSA

Endereço: m.andre.santos.gomes@gmail.com

**A Violência Doméstica e o Papel do Médico Ortopedista: Revisão das
Lesões Musculoesqueléticas Não Acidentais e Plano de Atuação**

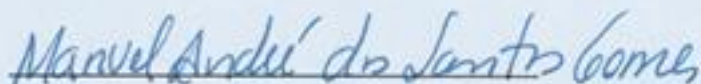
Porto, maio de 2024

Estudante:



(Sofia Lara Alves Henriques)

Orientador:



(Professor Doutor Manuel André dos Santos Gomes)

RESUMO

Enquadramento:

A violência doméstica é um problema de saúde pública altamente prevalente, representando a principal causa global de lesões não fatais em mulheres. Apesar da sua relevância e das variadas repercussões que pode ter, nomeadamente ao nível da saúde, esta é, muitas vezes, uma temática postergada na comunidade médica, o que prejudica significativamente as taxas de rastreio, diagnóstico e tratamento.

Tal como o título evidencia, será explorada uma contextualização da violência doméstica na esfera da Ortopedia, uma vez que, frequentemente, esta é a primeira especialidade com a qual a vítima contacta, em contexto de urgência. Serão detalhadas as principais lesões musculoesqueléticas identificadas em vítimas de violência doméstica, bem como os seus mecanismos de ação subjacentes, para que haja reconhecimento dos seus padrões e se possibilite a deteção de eventuais inconsistências entre a história relatada pela vítima e a realidade.

Nesta dissertação, será explorada apenas a bibliografia referente à população adulta.

Avaliar-se-ão as múltiplas dificuldades, descritas na literatura científica, inerentes à abordagem médica da violência doméstica, frisando, não só, as barreiras por vezes impostas pelos próprios médicos, maioritariamente resultantes da sua pouca informação sobre o tema, como também pelas vítimas, tendo em conta os seus contextos social, psicológico, cultural e económico, que muitas vezes deturpam o reconhecimento ou aceitação da sua situação de violência.

Serão abordados os direitos e os deveres do médico, com ênfase no segredo médico e os casos obrigatórios de denúncia. Também, serão apresentadas estratégias de atendimento, apoiadas em evidência científica, e os fatores associados a um perigo acrescido de escalamento da violência, permitindo a estratificação e abordagem diferenciada, conforme o risco. Assim, serão expostos métodos de rastreio validados, até à data, diretrizes de abordagem à vítima, tanto as promulgadas pela Direção Geral de Saúde (DGS), como as adotadas noutros países, sobre o modo de documentação médica das lesões, instruções sobre como sinalizar os casos bem como os recursos de apoio disponíveis em Portugal.

Por fim, esta dissertação colocará em perspetiva as lacunas ainda presentes, neste tema, com base nas limitações enumeradas na literatura atual, apresentando propostas para as contornar, que incluirão essencialmente iniciativas de educação e conscientização das boas práticas para os profissionais de saúde, e levantará questões que poderão ser exploradas em pesquisas futuras.

Objetivos:

Esta dissertação valoriza destacar a violência doméstica como um grave problema de saúde pública e justifica a necessidade de uma mudança no paradigma das práticas médicas comuns, de modo a garantir que este tema recebe a atenção que merece.

Metodologia:

Esta revisão bibliográfica foi redigida com base nas recomendações presentes no protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).

A pesquisa foi conduzida nas plataformas *ScienceDirect* e *PubMed*, com as palavras-chave *Domestic Violence; Intimate Partner Violence; Physical Abuse; Orthopedic Surgeons; Physician's Role; Nonaccidental Trauma*. Foram encontrados 20 resultados na *ScienceDirect* e 795 resultados no *PubMed*, compreendidos entre os anos 2000 e 2023.

Em primeiro lugar, foram excluídos os artigos isentos de livre acesso, os que não estavam escritos em inglês e aqueles que, com base na leitura do título e/ou do *abstract*, não pareciam responder às perguntas levantadas nesta dissertação.

Numa segunda fase, após a leitura dos artigos, foram eliminados os duplicados.

Posteriormente, foram exploradas algumas das referências bibliográficas citadas nos artigos selecionados, incluindo *guidelines* Americanas e Canadianas, um *website* Canadano (desenhado para informar os Ortopedistas no âmbito da Violência Doméstica) e foram analisadas as diretrizes publicadas pela DGS relativas ao tema, num total de 47 documentos.

Palavras-chave: *Domestic Violence; Intimate Partner Violence; Physical Abuse; Orthopedic Surgeons; Physician's Role; Nonaccidental Trauma*

ABSTRACT

Background:

Domestic violence is a highly prevalent public health issue, representing the leading global cause of non-fatal injuries in women. Despite its relevance and various repercussions it can have, notably in terms of health, it is often a neglected topic in the medical community, significantly impairing screening, diagnosis, and treatment rates.

As the title suggests, this thesis will explore a contextualization of domestic violence within the sphere of Orthopedics, as this is often the first specialty with which the victim comes into contact, especially in emergency situations. Consequently, the main musculoskeletal injuries identified in victims of domestic violence will be detailed, along with their underlying mechanisms of action, to recognize their patterns and enable the detection of any inconsistencies between the victim's reported history and reality.

This dissertation will only explore literature related to the adult population.

Multiple difficulties described in the scientific literature inherent in the medical approach to domestic violence will be evaluated, highlighting not only the barriers sometimes imposed by doctors themselves, mostly resulting from their lack of information about the topic, but also by the victims, considering their social, psychological, cultural, and economic contexts, which often distort the recognition or acceptance of their situation of violence.

The rights and duties of the physician will be stated, with emphasis on Medical Confidentiality and mandatory reporting cases. Moreover, evidence-based care strategies will be presented, along with factors associated with an increased risk of violence escalation, allowing for stratification and differentiated approaches according to risk. Thus, validated screening methods will be exposed, to date, victim approach guidelines, both those promulgated by the Direção Geral de Saúde (DGS) and those adopted in other countries, informative guides on how to document injuries medically, instructions on how to flag cases, and support resources available in Portugal.

Finally, this dissertation will put into perspective the remaining gaps in this topic, based on the limitations enumerated in the current literature, presenting proposals to overcome them, which will essentially include initiatives for education and awareness of best practices for healthcare professionals, and will raise questions that could be explored in future research.

Objectives:

This dissertation aims to highlight domestic violence as a serious public health issue and justify the need for a paradigm shift in common medical practices, to ensure that this issue receives the attention it requires.

Methodology:

This literature review was drafted based on the recommendations outlined in the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) protocol.

The search was conducted on the ScienceDirect and PubMed platforms using the keywords Domestic Violence; Intimate Partner Violence; Physical Abuse; Orthopedic Surgeons; Physician's Role; Nonaccidental Trauma, yielding 20 results on ScienceDirect and 795 results on PubMed, spanning from the years 2000 to 2023.

Initially, articles that were not freely accessible, not written in English, or did not appear to address the questions raised in this dissertation based on the title and/or abstract were excluded.

In a second phase, after a thorough reading of each remaining article, duplicates were eliminated.

Subsequently, some of the bibliographic references cited in the selected articles were explored, including American and Canadian guidelines, a Canadian website (designed to inform orthopedic surgeons on the topic of domestic violence), and guidelines published by the DGS regarding the subject, with a total of 47 bibliographic references.

Keywords: *Domestic Violence; Intimate Partner Violence; Physical Abuse; Orthopedic Surgeons; Physician's Role; Nonaccidental Trauma*

LISTA DE ABREVIATURAS

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

DGS - Direção Geral da Saúde

LME - Lesões Musculoesqueléticas

SU - Serviço de Urgência

VD - Violência Doméstica

ÍNDICE

RESUMO.....	iv
ABSTRACT	vi
LISTA DE ABREVIATURAS	viii
1. INTRODUÇÃO	1
2. FATORES DE RISCO	2
3. PRINCIPAIS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS E DOS TECIDOS MOLES.....	3
3.1. Mecanismos das Lesões Musculoesqueléticas	3
3.2. Lesões Musculoesqueléticas e dos Tecidos Moles por Região Corporal	5
3.3. Distinção entre Lesões Acidentais e Não Acidentais	9
4. O PAPEL DO MÉDICO ORTOPEDISTA.....	10
4.1. Principais Desafios.....	10
4.2. Atendimento à Vítima.....	12
4.3. Considerações sobre o Rastreamento de Violência Doméstica	13
4.4. Ferramentas de Rastreamento	13
4.5. Rastreamento de Violência Doméstica nos Homens.....	16
4.6. Documentação da Violência Doméstica	17
4.7. Medição do Risco e Sinalização	18
4.8. Criação de Planos de Segurança	21
4.9. Questões Éticas Relacionadas com o Atendimento de Vítimas de Violência Doméstica	22
4.10. Impacto da Intervenção no Médico e Medidas de Segurança	23
5. LIMITAÇÕES ATUAIS NA INVESTIGAÇÃO	24
6. PERSPECTIVAS FUTURAS	25
6.1. Prevenção da Violência Doméstica	25
6.2. Sugestões de Pesquisas Futuras	25
7. CONCLUSÃO.....	26
BIBLIOGRAFIA.....	27

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fraturas oblíquas do terço proximal do perônio e diáfise da tíbia, com fragmentos “em asa de borboleta”	6
Figura 2 - Enumeração de indicadores de risco de escalamento de violência ou de homicídio, de acordo com o Guia de Violência Interpessoal, publicado pela DGS. ¹	18
Figura 3 - Fluxograma geral de abordagem às vítimas de VD, preconizado pela DGS. ¹	20
Figura 4 - Protocolos de atuação conforme o nível de risco, desenhados pela DGS. ¹	21

LISTA DE TABELAS

Tabela I – Fatores de Risco obtidos, com elevado grau de consensualidade na literatura, que aumentam a suscetibilidade sofrer de VD. ^{10,11}	2
Tabela II - Características tipicamente presentes numa vítima de VD. ^{5,11,12}	2
Tabela III - Populações mais vulneráveis à vitimização por VD. ^{1,11,15,16}	3
Tabela IV - Resumo dos Mecanismos de Lesão mais descritos na literatura sobre VD. ^{5,6,8,15,17-20}	3
Tabela V - Resumo das lesões mais comuns de VD por região corporal, com especificação dos mecanismos de lesão e particularidades inerentes às mesmas.....	7
Tabela VI - Indicadores gerais que evocam a possibilidade de violência por terceiros. ^{8,17,18,20,21,28,30,31}	9
Tabela VII - Indicadores sugestivos de violência por terceiros nas lesões ortopédicas. ^{15,17,31-33} ..	9
Tabela VIII - Indicadores sugestivos de violência, baseados em comportamentos ou posturas adotadas por potenciais vítimas ou agressores. ^{8,20,21,30,31}	10
Tabela IX - Principais desafios e dificuldades na abordagem da VD, levantadas pelas vítimas ou médicos.	12
Tabela X - Medidas que os médicos podem seguir para garantir que atendem as vítimas de VD de forma mais humanizada. ^{1,3,8,9,20,21,37}	12
Tabela XI - Versão da mnemônica SCRAPED, traduzida para a língua portuguesa, adaptada de Edwardsen, Morse e Frankel. ²¹	14
Tabela XII - Versão do instrumento de rastreio de VD, Partner Violence Screen, traduzida para a língua portuguesa, adaptada de Feder, Ramsay, Dunne, et al. ³⁹	14
Tabela XIII - Versão da ferramenta de rastreio WAST, traduzida para língua portuguesa, adaptada de Rabin, Jennings e Jacquelyn. ³⁸	14
Tabela XIV - Versão da ferramenta de rastreio HITS, traduzida para língua portuguesa, adaptada de Rabin, Jennings e Jacquelyn. ³⁸	15
Tabela XV - Sumário de algumas das particularidades e desafios inerentes ao rastreio de VD nos homens. ^{1,16,41}	16
Tabela XVI - Versão da ferramenta de rastreio HITS, traduzida para língua portuguesa, adaptada de Velonis, Maddox, Buhariwala, et al. ¹⁶	17
Tabela XVII - Estratégias de segurança que podem ser propostas às vítimas de VD, mediante as suas circunstâncias.	21
Tabela XVIII - Medidas preconizadas pela DGS, para proporcionar uma maior segurança dos médicos que abordam as vítimas de VD.	23
Tabela XIX - Limitações na investigação sobre VD atualmente descritas na literatura.....	24

1. INTRODUÇÃO

A violência doméstica (VD) define-se por um leque de atos ou condutas que infligem, reiteradamente, sofrimento físico, psicológico, sexual ou económico, dirigidos a uma ou mais pessoas que habitam no mesmo agregado familiar ou, em situações de não coabitação, têm uma relação de cônjuge, ex-cônjuge ou análoga com o agressor.¹

Em Portugal, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) presta, todos os anos, auxílio a milhares de vítimas de VD, que correspondem a mais de 70% dos pedidos de ajuda. Na última década, os atendimentos anuais variaram entre os 16 e 24 milhares, tendo atingido picos máximos em 2019 e 2023 (23586 e 23465 casos, respetivamente).²

Assim, a VD deverá ser encarada como um problema de saúde pública relevante, uma vez que pode ocorrer deterioração grave da saúde da vítima e comprometer o seu bem-estar.¹

Na prática clínica, as lesões musculoesqueléticas (LME) são frequentes, representando a segunda principal manifestação de VD (após lesões não musculoesqueléticas da cabeça e do pescoço).^{3,4} Estima-se que, das vítimas de VD que recorreram ao serviço de urgência (SU), cerca de 10% apresentava fraturas e cerca de 15% algum grau de luxação articular.⁵

Ainda assim, ressalva-se que a sua extensão verdadeira é desconhecida, uma vez que se estima que menos de um terço das vítimas procure ajuda médica.⁶ Quanto às vítimas que o fazem, pelo menos um quarto precisou de recorrer duas ou mais vezes aos cuidados de saúde até às suas lesões terem sido reconhecidas como consequência da VD.⁵

Um dos estudos mais citados na área, conduzido por Sprague *et al.*, concluiu que cerca de 2% das lesões de mulheres atendidas nas clínicas de Ortopedia surgem como consequência direta de VD e que uma em cada seis destas terá história positiva de VD, no ano anterior.³

Posto isto, é lícito afirmar que os médicos Ortopedistas se encontram numa posição estratégica para rastrear, identificar e abordar casos de VD, uma vez que são, com frequência, os primeiros médicos que contactam com a vítima.⁴

Ao longo deste trabalho, explorar-se-á a relação que a Ortopedia estabelece com esta temática, com ênfase nos papéis que os Ortopedistas podem desempenhar na abordagem das vítimas, desde o rastreio até à referenciação para os recursos de apoio necessários.^{7,8}

Adicionalmente, serão exploradas questões e princípios éticos relacionados, bem como serão colocadas em perspetiva as múltiplas dificuldades inerentes à abordagem da VD, as

limitações que atualmente obstaculizam a investigação do tema e as questões passíveis a ser abordadas em pesquisas futuras.

No âmbito desta dissertação, a pesquisa restringir-se-á somente à população adulta, não havendo exploração da literatura sobre outras temáticas, como os maus-tratos, nem de crianças, idosos ou deficientes, por serem populações que requerem atendimento particular.

2. FATORES DE RISCO

No que diz respeito à identificação de potenciais vítimas, os Ortopedistas deverão conhecer determinados fatores de risco, consensualmente descritos na literatura, que parecem aumentar significativamente a predisposição de uma pessoa sofrer VD.⁹

Tabela I – Fatores de Risco obtidos, com elevado grau de consensualidade na literatura, que aumentam a suscetibilidade de sofrer VD.^{10,11}

Fatores de Risco para ser Vítima de Violência Doméstica
<ul style="list-style-type: none">• Sexo feminino: estima-se que 95% das vítimas são mulheres• Contextos sociais que normalizam ou desculpabilizam a violência• Desemprego• Menor nível de escolaridade• Contexto socioeconómico frágil

Em caso de suspeita, é importante que o Ortopedista averigue a positividade para os seguintes antecedentes, tipicamente presentes nas pessoas expostas à violência:⁹

Tabela II - Características tipicamente presentes numa vítima de VD.^{5,11,12}

Caraterísticas típicas de uma Vítima de Violência Doméstica
<ul style="list-style-type: none">• História de perturbações psiquiátricas, nomeadamente depressão ou ansiedade• História de abuso de álcool ou substâncias ilícitas• História de exposição a atos de violência doméstica na infância• Proximidade com o(a) agressor(a) (ex: companheiro, ex-companheiro, familiar, etc)• Ter sofrido outros tipos de violência, como emocional ou sexual

Relativamente aos grupos populacionais considerados vulneráveis, é intuitivo pensar, numa primeira instância, nos menores de idade, idosos e deficientes, por serem indivíduos que requerem cuidados particulares e frequentemente incapazes de se defender de atos violentos.¹³

Contudo, existem fatores, por vezes difíceis de detetar, que avultam a vulnerabilidade da vítima e dificultam a sua capacidade de se proteger ou pedir ajuda. Por exemplo, o agressor pode interferir no cumprimento das suas necessidades básicas, ao controlar a sua medicação, gastos ou acesso aos cuidados de saúde. Ainda, a vítima pode sentir dependência emocional (sobretudo se estiver isolada socialmente, tiver baixa autoestima, medo de morrer ou perder a custódia de

filhos menores) ou financeira (dificuldade em arranjar emprego, habitação, entre outras situações), face ao agressor, que podem fazê-la permanecer nessa relação.^{1,4,11,14}

Os estudos mais recentes têm vindo a identificar, dentro da população adulta, certos grupos populacionais que aparentam maior risco de sofrer VD, tais como:

Tabela III - Populações mais vulneráveis à vitimização por VD.^{1,11,15,16}

Populações mais vulneráveis à Violência Doméstica
<ul style="list-style-type: none"> • Grávidas (sobretudo quando a gravidez não foi planeada) • Grupos minoritários, nomeadamente, minorias sexuais ou de género • Imigrantes

Esta pode afetar qualquer indivíduo, independentemente do seu estrato demográfico, socioeconómico ou cultural. Por isso, é necessário que os médicos valorizem quaisquer achados sugestivos de violência, mesmo nas pessoas sem fatores de risco.

3. PRINCIPAIS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS E DOS TECIDOS MOLES

3.1. Mecanismos das Lesões Musculoesqueléticas

No que concerne às lesões mais frequentemente observadas nas vítimas de VD, estudos recentes têm-se focado na investigação dos mecanismos de lesão subjacentes, com o intuito de estabelecer padrões que correlacionem a sua localização e gravidade.

Assim, os mecanismos de lesão mais reportados, até à atualidade, encontram-se resumidos na seguinte tabela:

Tabela IV - Resumo dos Mecanismos de Lesão mais descritos na literatura sobre VD.^{5,6,8,15,17-20}

Mecanismos de Lesão mais comuns na Violência Doméstica
<p>1. Traumatismo contuso</p> <ul style="list-style-type: none"> • É o mecanismo mais comum de agressão, que resulta em até 70% das lesões. • Os agressores tendem a infligir dano com recurso ao próprio corpo. • Como exemplo, existem as lesões por: <ul style="list-style-type: none"> ○ Chapada: são lesões que, tendencialmente, não requerem atenção médica. Poderá ser visível um eritema transiente ou lesões figuradas de dedos. Se a agressão ocorrer sobre o pavilhão auricular, poderá ocorrer rutura da membrana timpânica que, apesar de incomum, é um achado altamente específico de violência física. ○ Soco: por norma, resulta em lesões mais severas, como hematomas, lacerações, fraturas ou lesões internas. Constitui o mecanismo mais reportado de fraturas maxilofaciais. ○ Pontapear, empurrar, esmagar, derrubar a vítima ou bater com sua a cabeça no chão ou parede: apesar de serem atos menos reportados, podem infligir danos graves.
<p>2. Agressões com objetos</p> <ul style="list-style-type: none"> • São menos comuns, perfazendo apenas 0,5% das lesões por VD.

- Habitualmente, são envolvidos objetos domésticos, como facas, que aumentam significativamente o risco de lesões graves ou fatais.
- De um modo geral, estas agressões são mais típicas de situações de longa duração ou quando as vítimas são isoladas em espaços apertados e o agressor as impede de escapar.

3. Estrangulamento e esganadura

- **Estrangulamento:** caracteriza-se pela constrição ativa do pescoço por força muscular do agressor, que pode ser aliada a outro objeto, como um cinto, corda ou equivalentes.
- **Esganadura:** pressupõe a exercício de pressão no pescoço, pelo agressor, com apenas as suas mãos, sem recorrência a objetos.
- Ataques desta índole podem cursar com uma ampla variedade de lesões, como hematomas, abrasões, petéquias subconjuntivais, lesões figuradas de dedos ou cordas, tosse, dispneia, disфонia, disfagia, odinofagia, cefaleias, acufenos, enfisema subcutâneo e, ainda, indicadores de anoxia, como perda de consciência, perda transitória de memória, perda do controlo esfíncteriano, alterações da força ou parestesias.
- É possível a vítima ter sofrido períodos de anoxia, mesmo que os achados ao exame físico sejam subtis, pelo que é importante atentar a possibilidade de existirem défices neurológicos associados.
- As vítimas estranguladas ou esganadas apresentam um risco sete vezes maior de homicídio, em relação às outras vítimas de VD.

4. Mecanismos menos reportados

- **Puxões de cabelos:** reportados por quase 10% das vítimas do sexo feminino e 2% do sexo masculino. Apesar de pouco descritos na literatura, já foram registados relatos de alopecia traumática, escoriação da pele ou trauma da coluna cervical.
- **Mordeduras:** evento raro, presente em menos de 1% das vítimas que recorrem aos cuidados de saúde. Podem manifestar-se através de impressões dentárias temporárias, hematomas, abrasões, lacerações ou avulsões e, nos casos mais graves, podem levar à amputação parcial ou total da região afetada.
- **Queimaduras intencionais:** com prevalência semelhante às mordeduras.

De acordo com os mecanismos de agressão supramencionados, é possível concluir que a maioria das agressões ocorre sem recurso a instrumentos, resultando em impactos de baixa energia e lesões pouco graves.^{6,18} Não obstante a sua falta de gravidade, é fulcral que o médico valorize esses achados e considere a possibilidade de VD.^{10,18} As lesões ameaçadoras de vida, em contrapartida, são raras e indicativas de um escalamento da violência.²¹

Além disso, é crucial firmar que as manifestações de VD não se cingem apenas às LME. Aliás, estas tendem a associar-se a equimoses, abrasões, hematomas, lacerações, queimaduras ou lesões abdominopélvicas, pelo que a sua presença deverá aumentar a suspeita de VD.^{6,11}

Ainda assim, é importante ressaltar que as informações redigidas, nesta tabela, foram obtidas por estudos que utilizaram relatos de vítimas ou testemunhas como base, o que pode gerar vieses de subjetividade. Não obstante, a sua ocorrência é aceitável pois, de um ponto de vista ético, não seria viável reproduzir tais lesões em humanos, para efeitos de estudo.¹⁷

3.2. Lesões Musculoesqueléticas e dos Tecidos Moles por Região Corporal

Nos últimos anos, a literatura tem vindo a concluir que a cabeça, face e pescoço são os locais mais afetados nas agressões por VD, seguidos pelos membros superiores e inferiores.^{22,23}

Postula-se que a primazia pela área craniofacial para agressões se deve ao facto desta se encontrar, com frequência, ao nível do braço do agressor. Além disso, esses golpes infligem muita dor e podem cursar com lesões de desfiguramento, afetando a autoestima da vítima.²³

Começando pelas lesões maxilofaciais, as fraturas mais descritas são, por ordem, nos ossos nasais, mandibulares e orbitais.^{10,23} Por se tratar, tendencialmente, de lesões de baixa energia, como socos, apenas 5% das fraturas observadas são cominutivas.²³

As lesões nos membros, por sua vez, devem-se a posturas de autodefesa adotadas pela vítima, como utilizar os braços para cobrir a face, tornando estes os segundos mais atingidos.²²⁻²⁴ É típica a presença de fraturas nas mãos, sobretudo nas falanges distais dos 1º, 4º e 5º dedos; reportaram-se casos de luxações ou subluxações, sobretudo nas articulações interfalângicas.²² Apesar das fraturas nos dedos também poderem ocorrer em acidentes, essas determinam apenas 10% das fraturas acidentais dos membros superiores, sendo mais comuns nos punhos, antebraços e cotovelos. Quase um terço das fraturas dos membros superiores, em contexto de VD, ocorre no antebraço.^{22,24}

Investigações têm testado a possibilidade das fraturas do cúbito isoladas, ou *nightstick fractures* (em português, a fratura do cassetete), encontrarem-se significativamente aumentadas nos casos de violência por terceiros. De facto, o mecanismo de ação que batizou a mesma reflete o ato dum pessoa levantar o antebraço para proteger a face de um golpe com um objeto contundente, resultando na fratura da porção média do cúbito. Assim, um estudo concluiu que quase um terço dessas poderá ser devido a VD. Ainda que a maioria dessas fraturas ocorra em acidentes de viação ou embates contra superfícies duras, esse estudo defende que é pertinente discutir sobre VD com indivíduos que sustentem essas fraturas, sobretudo se a história que contarem for vaga ou contraditória.²⁵ Por exemplo, mais de metade das vítimas de VD com esta fratura tentou justificá-la com quedas acidentais. Apesar disso ser possível, as quedas acidentais por cima de uma mão dorsifletida não tendem a fraturar o cúbito, mas sim o rádio distal (fratura de Smith), pelo que é imperativo atentar aos doentes que se apresentem com esta fratura e relatem eventos acidentais.²⁵

Ademais, outras fraturas que já foram documentadas em vítimas de VD são as fraturas em “asa de borboleta”, que acometem sobretudo as diáfises dos ossos longos, como úmero ou

tíbia. O seu nome deve-se ao dobramento do osso com formação de um fragmento triangular, como pretende ilustrar a seguinte figura:²⁶



Figura 1 – Fraturas oblíquas do terço proximal do perônio e diáfise da tíbia, com fragmentos “em asa de borboleta”. Fonte: <https://radiopaedia.org/cases/fracture-with-butterfly-fragment>.

Todavia, ainda não foi possível estabelecer uma correlação estatística entre estas fraturas e VD.^{25,26}

Quanto aos ombros, as fraturas destes são quatro vezes mais comuns em contextos de VD, sendo o mecanismo mais comum a projeção contra superfícies duras, como a parede ou o chão. Assim, uma pessoa com fratura no ombro e descrição imprecisa deverá ser inquirida sobre VD.²⁴

Quanto às lesões nos membros inferiores, a maioria corresponde a fraturas e quase metade acomete os pés, atingindo sobretudo os ossos metatársicos, falanges e tarso. Outras fraturas menos comuns envolvem o fémur, tíbia, perônio e sacro. São comuns, ainda, lesões dos tecidos moles, sobretudo da articulação tibiotársica, e a luxação de Lisfranc, nas articulações tarsometatársicas. Apenas 20% das vítimas que recorreu ao SU confessou VD, tendo as restantes atribuído as lesões a acidentes, como quedas. Supõe-se que estas ocorram quando a vítima tenta proteger a sua cabeça e abdómen do agressor, através da posição fetal, deixando os membros superiores e parte distal dos inferiores vulneráveis aos ataques.²⁷ Outras teorias incluem tentativas de autodefesa, em que a vítima pontapeia o agressor, ou tentativas de fuga, com a ocorrência de quedas, saltos em altura ou acidentes em escadas.^{17,27,28}

Relativamente às lesões torácicas, os achados mais comuns foram as fraturas, seguidas por lesões viscerais. Cerca de um terço das fraturas envolve os três últimos arcos costais, sobretudo a parte anterior, possivelmente por golpes diretos, como socos ou pontapés, ou pela postura de defesa que a vítima que cai no chão adota, em que cobre a sua cara com as mãos e braços, deixando a região torácica inferior exposta.¹⁸ Outras fraturas incluem o esterno, clavícula e vértebras. A maioria destas fraturas não apresentou desvio significativo, sendo compatíveis com impactos de baixa energia, expectáveis na VD.^{18,25} Quase metade das vítimas com fraturas torácicas agudas tinha fraturas crónicas ou em diferentes estadios de cura, o que traduz agressões de repetição. Em termos de luxação, reportaram-se casos de luxação acromioclavicular. As lesões viscerais ocorrem sobretudo em esfaqueamentos, que podem causar pneumotórax traumático, por exemplo. Verificou-se a recorrência de pneumotórax em várias vítimas de VD. Na presença de lesões graves e profundas, as vítimas tendem a confessar prontamente o seu historial de VD aos médicos.¹⁸

Relativamente às fraturas vertebrais, estas concentram-se sobretudo ao nível de C2 e, em segundo lugar, na transição toracolombar, especialmente em L1 e L2. As lesões espinais são extremamente raras em contexto de VD, uma vez que o traumatismo direto é o mecanismo mais comum de lesão. Podem verificar-se lesões por compressão dos corpos vertebrais, por fraturas de avulsão ou coleções hemáticas. As lesões com efeito chicotada podem ocorrer em contextos de estrangulamento, por manipulação violenta do pescoço pelo agressor ou por hiperextensão cervicotorácica, se a vítima for projetada contra superfícies duras, como paredes. Na admissão ao SU, as causas mais relatadas foram quedas e lesões acidentais, mas quase 40% admitiu VD.²⁹

A bacia constitui outro alvo comum de lesões, sobretudo quando ocorre violência sexual. Não obstante, detetou-se uma prevalência relativa significativamente maior de lesões pélvicas nos homens, especialmente ao nível do escroto, nomeadamente em contextos de autodefesa ou de vingança da vítima, por ser uma área de maior sensibilidade.¹⁰

Para sumariar esta secção, destaca-se o seguinte Quadro-Resumo:

Tabela V - *Resumo das lesões mais comuns de VD por região corporal, com especificação dos mecanismos de lesão e particularidades inerentes às mesmas.*

Região Corporal	Lesões mais Comuns	Mecanismo de Lesão	Comentários
-----------------	--------------------	--------------------	-------------

Cabeça, face e pescoço	Fraturas nasais, mandibulares e orbitais, associadas a edema e hematomas periorbitários.	Golpes diretos, como socos.	Os ossos mais fraturados, em contexto de VD, por ordem decrescente, são os ossos nasais, da mandíbula e da região orbital. São regiões de eleição para agressão por serem proeminentes e, por norma, ao nível do braço do agressor, cujos golpes podem infligir dor considerável e até desfiguramento, afetando seriamente a autoestima da vítima. Por resultarem, tipicamente, de golpes diretos com baixa energia, a prevalência de fraturas cominutivas é de apenas 5%.
Tórax	Fraturas costais, esternais, claviculares e vertebrais. Luxação acromioclavicular. Lesões viscerais, se esfaqueamento, como pneumotórax traumático, hemotórax, laceração esplénica ou contusão pulmonar.	Golpes diretos, como socos ou pontapés, e com objetos penetrantes.	As fraturas são as lesões torácicas mais comuns, seguidas das lesões viscerais e dos tecidos moles. Os ossos mais acometidos são os três arcos costais inferiores, que são mais vulneráveis a golpes quando a vítima encolhe o corpo, em autodefesa. São fraturas tipicamente alinhadas. Podem ser observáveis fraturas crónicas ou em diferentes estadios de cura. A presença de lesões viscerais tende a ocorrer com o uso de armas brancas e, pela sua gravidade, aumentam a propensão da vítima confessar a sua situação de VD.
Coluna dorsal e lombar	Fraturas em C2 e entre L1 e L2. Lesões espinais, por compressão dos corpos vertebrais, fraturas por avulsão ou coleções hemáticas são raras.	Impactos com efeito chicoteada, estrangulamento, projeção contra superfícies duras e torção da coluna.	Estas lesões são muito raras na VD, por não derivarem de mecanismos de lesão como trauma direto. As vítimas tendem a justificar estas lesões por trauma ou queda accidental, apesar de quase 40% confessar VD.
Bacia	Nos homens, ao nível escrotal, e nas mulheres agredidas sexualmente.	Violência sexual, agressão direta.	A prevalência de lesões por VD na bacia é significativamente maior nos homens, tipicamente no escroto, em contextos de autodefesa ou vingança.
Membros superiores	Fraturas em mãos, dedos, antebraços, ombros. Luxações. Lesões dos tecidos moles.	Autodefesa, golpes diretos, projeções contra superfícies duras.	Os membros superiores são os segundos alvos de ataque mais comuns na VD, com maior prevalência de fraturas nas mãos e dedos, presumidamente por adoção de posturas de autodefesa da cara. Os ossos mais atingidos são as falanges distais dos 1º, 4º e 5º dedos, e cerca de um terço das fraturas ocorre no antebraço, sendo as <i>nightstick fractures</i> um exemplo a reter. As fraturas de ombros são mais comuns em contextos de VD do que accidentais, por embate contra superfícies duras.

Membros inferiores	Fraturas nos ossos metatársicos, falanges, tarso. Luxação tarsometatársica e lesões dos tecidos moles da articulação tibiotársica.	Proteção do abdômen e da cabeça, em autodefesa. Quedas ou acidentes durante tentativas de fuga.	Na VD, a maioria das lesões dos membros inferiores corresponde a fraturas, sobretudo ao nível dos pés, nos ossos metatársicos, seguidos pelas falanges e tarso. Por sua vez, as fraturas do fêmur, tibia, entre outras, são menos comuns. A articulação tibiotársica é a mais lesionada, nos tecidos moles, e as luxações afetam sobretudo as articulações tarsometatársicas. Apenas cerca de 20% das vítimas confessa VD, justificando essas lesões com eventos acidentais.
---------------------------	--	---	--

3.3. Distinção entre Lesões Acidentais e Não Acidentais

Em certos casos, a falta de sinais inequívocos de VD pode dificultar a distinção entre lesões acidentais e intencionais, por parte dos médicos. Assim, estes deverão ter conhecimento de fatores potencialmente indicativos de traumatismos intencionais.

Estes podem ser gerais, específicos de certas LME ou derivados de comportamentos ou posturas adotadas pela vítima e agressor. As três tabelas, adiante, resumem esses fatores:

Tabela VI - Indicadores gerais que evocam a possibilidade de violência por terceiros.^{8,17,18,20,21,28,30,31}

Indicadores Gerais de Violência
<ul style="list-style-type: none"> • Múltiplas lesões em várias regiões corporais. • Lesões geralmente resultantes de golpes de baixa energia. • Lesões em diferentes estádios de evolução. • Lesões intencionalmente cobertas por roupa, óculos de sol ou maquiagem. • Lesões figuradas (ex: contornos de dedos, fivelas de cinto, cordas, entre outros). • Lesões com estigmas de autodefesa. <ul style="list-style-type: none"> ○ Lesões ativas de autodefesa: quando as vítimas, por exemplo, agarram diretamente numa arma, para se protegerem. Estas lesões ocorrem sobretudo nas palmas das mãos. ○ Lesões passivas de autodefesa: quando as vítimas encolhem o corpo, de modo a amparar os golpes. Ocorrem tipicamente ao nível da face extensora dos membros e costas. <p>Note-se que a presença destas lesões implica que a vítima tenha a mínima capacidade de se proteger. Assim, estas são menos comuns nos extremos etários e nas vítimas com limitações físicas ou sob a influência de substâncias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesões abdominais em grávidas.

Tabela VII - Indicadores sugestivos de violência por terceiros nas lesões ortopédicas.^{15,17,31-33}

Indicadores sugestivos de Violência em Lesões Ortopédicas
<ul style="list-style-type: none"> • Lesões por VD tendem a ter uma distribuição mais proximal e central do que as lesões acidentais. • Ausência de desvio significativo ou cominuição nas fraturas. • Menor afeção das regiões com proeminências ósseas (como joelhos, ancas, cotovelos e queixo), do que nas situações por quedas acidentais.

- Situações como empurrões ou projeções da vítima podem cursar com lesões sobreponíveis a padrões acidentais.
- Lateralidade das lesões, com preponderância de lesões de autodefesa no lado esquerdo, por dominância destra na população geral.
- Presença de fraturas craniofaciais.
- Presença de fraturas diafisárias.

Tabela VIII - Indicadores sugestivos de violência, baseados em comportamentos ou posturas adotadas por potenciais vítimas ou agressores.^{8,20,21,30,31}

Indicadores de Violência baseados na Postura e Comportamentos
<ul style="list-style-type: none"> ● Relato dos acontecimentos contraditório ou discordante com as lesões que apresenta, com possíveis mudanças de versão, em relação à história inicial. ● Dificuldade em explicar como se lesionou. ● Atraso na procura de cuidados de saúde. ● Recorrência sistemática a serviços ou profissionais de saúde diferentes. <ul style="list-style-type: none"> ○ Pode constituir uma tentativa, por parte da vítima ou do agressor, de mascarar a situação de VD. ● Preocupação excessiva da vítima por lesões aparentemente mínimas ou despreocupação face a lesões de elevada gravidade. ● Presença de acompanhante hipervigilante, que insiste em estar presente durante toda a avaliação ou que mostra renitência em sair, quando tal lhe é solicitado. ● Acompanhante que tenta minimizar as queixas da vítima, diminuir a sua credibilidade ou que insiste em responder às perguntas, mesmo quando não são direcionadas a si. Ainda, fornece respostas vagas se for questionado diretamente sobre as lesões.

4. O PAPEL DO MÉDICO ORTOPEDISTA

4.1. Principais Desafios

Nos vários estudos, têm sido descritas múltiplas barreiras que deturpam a abordagem da VD e dificultam os seus processos de rastreio, diagnóstico, tratamento e referenciação. Estas dificuldades podem ser originadas tanto pelas vítimas, como pelos próprios médicos, e poderá ser encontrado um resumo das mesmas na Tabela IX, no final deste capítulo (4.1).

Começando pelas dificuldades das vítimas, verifica-se que muitas destas não procuram cuidados de saúde.⁸ Múltiplos fatores psicossociais, como medo, culpa, vergonha, experiências negativas prévias com os cuidados de saúde, receio de estigmatização, de retaliação do agressor, entre outros, podem dissuadi-las na procura de ajuda.^{5,18} Como já foi explicado, existem diversos aspetos, nem sempre facilmente identificáveis, que podem acrescer a sua vulnerabilidade e dependência, face ao agressor.¹

Além disso, estas podem não reconhecer a sua situação de VD, acreditar que merecem ser tratadas dessa forma, que nunca serão capazes de sobreviver sem o agressor ou que ele,

eventualmente, irá mudar.^{1,4,20} Ainda, como já mencionado, algumas vítimas tentam justificar as suas lesões com base em eventos acidentais.^{5,22} Finalmente, estas podem achar que abordar a VD não é de domínio médico, evitando com falem sobre isso, em consulta.^{1,18}

Ainda, as vítimas podem mostrar relutância em aceitar os recursos oferecidos, por não considerarem a sua situação grave o suficiente ou não terem ficado esclarecidas sobre a sua utilidade. Por fim, o seu acesso às redes de apoio pode estar comprometido, por exemplo, pela hipervigilância do agressor, medo de perseguição, dificuldades no transporte, entre outros.^{8,34}

Por sua vez, as limitações apresentadas pelos médicos prendem-se essencialmente na sua falta de formação em VD, desconhecimento dos recursos de apoio existentes, aquisição de crenças equivocadas sobre o tema e relutância em abordar situações delicadas.^{5,22,35}

Um estudo demonstrou que quase 75% dos médicos considerava a sua formação em VD insuficiente e, noutro estudo, 75% admitiu desconhecer que medidas tomar, nos casos em que se confirma VD.^{4,35} Outros constrangimentos incluem a preocupação com a falta de tempo, incerteza sobre como dialogar sobre VD, medo de comprometer a sua própria segurança, de transpor os limites da relação médico-doente ou ter de se deslocar, mais tarde, ao tribunal para justificar e esclarecer o que descreveu nos registos clínicos.^{22,35}

A abordagem pode ser também dificultada por crenças equivocadas, como que a VD não é um problema comum, um médico não deve interferir em conflitos conjugais ou familiares, as vítimas não saem da relação porque beneficiam dela, que estas são também responsáveis pela ocorrência de VD, que possuem uma personalidade passiva que predispõe à violência, que o agressor deixaria de ser violento se cessasse o consumo de álcool ou substâncias, ou que seria ofensivo questionar sobre o tema, em consulta.^{4,7,22,35}

Em resposta ao último ponto, um estudo realizado a centenas de doentes seguidos em Ortopedia verificou que a grande maioria dos participantes não se sentiriam ofendidos, caso o seu médico questionasse sobre VD. Ainda assim, menos homens concordaram que a VD contra homens é um problema sério ou que o rastreio rotineiro deve abranger ambos os sexos.^{7,36} Não obstante, 60% dos defendeu que os Ortopedistas devem questionar rotineiramente sobre VD, especialmente às mulheres, e 80% concordou que essa atitude facilita largamente o processo de obtenção de ajuda.^{3,36} Em contraste, apenas 6% afirmou alguma vez ter sido questionado sobre o assunto.³ Em particular, estudos retrospectivos dirigidos aos indivíduos com fraturas faciais, altamente prevalentes na VD, verificaram que menos de metade dos doentes possuía, no registo clínico, evidências de discussão sobre VD.²³

Tabela IX – Resumo dos principais desafios e dificuldades na abordagem da VD.

Principais Desafios na abordagem da Violência Doméstica	
Desafios dos Médicos	Desafios das Vítimas
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de formação em VD • Incerteza sobre como dialogar sobre VD • Relutância em abordar situações delicadas • Preocupação com a escassez de tempo • Crenças equivocadas sobre VD • Medo de comprometer a própria segurança • Desconhecimento das medidas a tomar em caso de VD • Desconhecimento dos recursos de apoio disponíveis • Problemas legais futuros 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa procura de cuidados médicos • Percepção de que VD não é uma questão médica • Experiências negativas prévias com serviços de saúde • Dificuldade em reconhecer a gravidade da sua situação • Crenças que desculpabilizam o agressor ou aumentam a dependência face a ele • Medo de perseguição ou retaliação do agressor • Relutância em aceitar recursos de apoio oferecidos • Dúvidas sobre a utilidade dos recursos oferecidos

4.2. Atendimento à Vítima

Quando o médico aborda uma potencial vítima de VD, em contexto de SU ou consulta, é essencial garantir a humanização do atendimento, para que se crie uma boa relação médico-doente, indispensável para o sucesso da intervenção. Algumas sugestões que promovem esse género de atendimento encontram-se listadas, na tabela abaixo:

Tabela X – Medidas para humanizar o atendimento às vítimas.^{1,3,8,9,20,21,37}

Medidas de Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica
<ul style="list-style-type: none"> • Adotar um registo empático, dialogando num ambiente calmo e privado. • Assegurar o sigilo médico e envolver o mínimo de profissionais de saúde. • Solicitar a retirada de acompanhantes, durante o atendimento. • Questionar sobre VD de forma direta e normalizar essa prática. <ul style="list-style-type: none"> ○ Por exemplo: “Como a VD é um problema muito comum, perguntamos por rotina a todos os doentes se estão a passar por isso. É o seu caso?”. • Escolher cuidadosamente as palavras e evitar atitudes julgadoras. • Validar os sentimentos da vítima e oferecer apoio verbal empático. <ul style="list-style-type: none"> ○ Por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Obrigado(a) por partilhar isto comigo e lamento a sua situação. Espero que saiba que a culpa disto não é sua. Ninguém merece ser tratado desta forma.” ▪ “Nem imagino o quão difícil isto é para si. Espero que saiba que estamos aqui para ajudar e que existem meios disponíveis para isso.” • Garantir uma escuta atenta e manutenção do contato visual. • Evitar posturas inibitórias (como falar de pé, enquanto a vítima está sentada), interrupções ou perguntas que induzam culpa (por exemplo, "Por que é que ainda não saiu de casa?"). • Repetir e reformular o que a vítima diz, para que ela se sinta ouvida.

- Encorajar a vítima a falar, mas sem forçar.
- Se a vítima começar a chorar, oferecer água ou lenços.
- De modo a garantir que a vítima percebe o que foi discutido, pode ser útil recapitular e oferecer um papel com as informações mais importantes escritas.
- Acompanhar a vítima até à saída, reforçando a disponibilidade para apoio futuro.
- Continuar a discutir sobre VD, nas consultas de seguimento, de modo a estabelecer uma relação médico-doente de confiança.

Por fim, é fundamental o médico ter a perceção de que, especialmente num primeiro atendimento, não é necessário formular todas as perguntas, durante a anamnese, nem dar resposta a todas as questões da vítima.¹

4.3. Considerações sobre o Rastreio de Violência Doméstica

À luz da vasta prevalência que a VD poderá ter, vários estudos têm questionado a utilidade de implementar um rastreio universal. Aliás, verificou-se que esta abordagem poderá triplicar a taxa de confissão, ao invés de esperar que a vítima fale de forma espontânea sobre o assunto.⁹ Além de nenhum artigo ter reportado, até hoje, danos advindos dessa prática, o ato de perguntar pode ajudar os doentes a reconhecerem a VD como um problema e encorajá-los a quebrar o silêncio.^{9,37}

Concluiu-se, de igual modo, que poderá ser vantajoso inquirir repetidamente sobre o assunto, ao longo das várias consultas, pois o facto de uma pessoa não ter sofrido VD no passado não invalida que isso possa acontecer no futuro.⁸ Ainda, uma vítima poderá não se sentir à vontade para expor a sua situação, numa primeira consulta, pois a confiança médico-doente pode demorar tempo até ser estabelecida.^{20,37}

Por fim, no que concerne à metodologia da anamnese, constatou-se uma preferência maioritária pelo rastreio individual presencial, seguida pelos questionários escritos.³⁶

4.4. Ferramentas de Rastreio

Com a crescente relevância do tema da VD, têm sido criados múltiplos instrumentos de rastreio, de modo a auxiliar a abordagem destas vítimas. Alguns destes, inclusive, apresentam-se sob a forma de mnemónica, sigla ou acrónimo, o que facilita a estruturação da entrevista e garante a discussão dos aspetos mais importantes. Posto isto, são ferramentas altamente úteis, especialmente para os médicos com menor experiência.^{21,35}

Começando pelo instrumento SCRAPED, este apresenta-se sob a forma de mnemónica e encontra-se ilustrado na Tabela XI. Ainda, a tradução do seu nome, em português, é abrasão, o que permite lembrar aos médicos que as lesões típicas de VD têm baixa gravidade clínica.²¹

Tabela XI - Versão da mnemónica SCRAPED, traduzida para a língua portuguesa, adaptada de Edwardsen, Morse e Frankel.²¹

S	Suspeita	O(A) doente tem história suspeita de VD?
C	Central	As lesões têm localização central?
R	Repetição	Há história de lesões de repetição?
A	Relato de Abuso	O(A) doente refere que sofre de VD?
P	Parceiro Possessivo	Há evidência de um(a) parceiro(a) possessivo(a)?
E	Explicação incoerente	A explicação coincide com os achados ao exame físico?
D	Questões Diretas	Realizar questões diretas sobre comportamentos violentos.

Relativamente ao último ponto, desta tabela, os estudos têm concluído que perguntas diretas, específicas e simples sobre VD aumentam as chances de confissão.^{21,36,37}

Outro instrumento validado para rastrear VD é o *Partner Violence Screen*, apresentado na Tabela XII. Este contém três questões, cuja positividade de pelo menos uma configura uma potencial situação de VD. Por ser fácil e rápido de aplicar, é ideal para contextos de SU.^{3,8,38,39}

Tabela XII - Versão do instrumento de rastreio de VD, *Partner Violence Screen*, traduzida para a língua portuguesa, adaptada de Feder, Ramsay, Dunne, et al.³⁹

Partner Violence Screen
1) Alguém o(a) agrediu através de chapada, soco, pontapé ou outro gesto violento, no último ano? Se sim, quem?
2) Sente-se seguro(a) na sua relação atual?
3) Existe algum parceiro(a), de uma relação anterior, que lhe faz temer pela sua segurança?
<i>Interpretação:</i> A resposta positiva a pelo um menos uma das questões denota um forte indicador de violência.

Ainda assim, esta ferramenta não explora diretamente outras formas de violência, além da violência física, que podem estar igualmente presentes na VD. Nessa perspetiva, outros questionários validados, como o *Women Abuse Screening Tool (WAST)* e o *Hurt, Insult, Threaten and Scream (HITS)*, têm a vantagem de avaliar a ocorrência de violência psicológica ou sexual. Contudo, por possuírem um maior número de questões e, por conseguinte, um sistema de pontuação menos imediato, recomenda-se a sua utilização sobretudo em contextos de consulta. É possível observar uma versão traduzida dos mesmos, nas Tabelas XIII e XIV.^{38,40}

Tabela XIII - Versão da ferramenta de rastreio WAST, traduzida para língua portuguesa, adaptada de Rabin, Jennings e Jacquelyn.³⁸

Women Abuse Screening Tool (WAST)
a) No geral, como é que descreveria a sua relação com o(a) seu(sua) parceiro(a)?
1. Sem qualquer tensão
2. Com alguma tensão
3. Muita tensão

- b) Com que dificuldade é que resolve as discussões com o seu(sua) parceiro (a)?**
1. Sem dificuldade
 2. Alguma dificuldade
 3. Muita dificuldade
- c) As discussões costumam deixá-la em baixo ou a sentir-se mal consigo mesmo(a)?**
1. Nunca
 2. Por vezes
 3. Com frequência
- d) As discussões costumam terminar em agressão, por parte do(a) seu(sua) parceiro(a) ?**
1. Nunca
 2. Por vezes
 3. Com frequência
- e) Costuma sentir medo daquilo que o(a) seu(sua) parceiro(a) faz ou diz?**
1. Nunca
 2. Por vezes
 3. Com frequência
- f) Alguma vez foi agredida fisicamente pelo(a) seu(sua) parceiro(a)?**
1. Nunca
 2. Por vezes
 3. Com frequência
- g) Alguma vez foi agredida emocionalmente pelo(a) seu(sua) parceiro(a)?**
1. Nunca
 2. Por vezes
 3. Com frequência
- h) Alguma vez foi agredida sexualmente pelo(a) seu(sua) parceiro(a)?**
1. Nunca
 2. Por vezes
 3. Com frequência

Interpretação: Positividade para pontuações iguais ou superiores a 13 pontos.

Tabela XIV - Versão da ferramenta de rastreio HITS, traduzida para língua portuguesa, adaptada de Rabin, Jennings e Jacquelyn.³⁸

Hurt, Insult, Threaten or Scream (HITS)
<p>Com que frequência é que o(a) seu(sua) parceiro(a):</p> <p>a) O/A magoa fisicamente? (Hurt)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Com alguma frequência 5. Com frequência <p>b) O/A insulta ou menospreza? (Insult)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Com alguma frequência 5. Com frequência <p>c) Ameaça magoá-lo(a)? (Threat)</p>

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Com alguma frequência 5. Com frequência d) Grita consigo? (Scream) 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Com alguma frequência 5. Com frequência
<i>Interpretação: Positividade para pontuações iguais ou superiores a 10,5 pontos.</i>

4.5. Rastreio de Violência Doméstica nos Homens

Ainda que a maioria das vítimas de VD seja do sexo feminino, tem havido um interesse crescente em conceber uma ferramenta de rastreio que possa ser utilizada de forma universal.⁴

Todavia, o rastreio de VD dirigido aos homens pode englobar certas particularidades e desafios, que se encontram resumidos na seguinte tabela:

Tabela XV - Sumário de algumas das particularidades e desafios inerentes ao rastreio de VD nos homens.^{1,16,41}

Particularidades e Desafios do Rastreio de Violência Doméstica nos Homens
Crenças e concepções sociais sobre a violência contra os homens
<ul style="list-style-type: none"> • Vergonha e humilhação em admitir que é vítima de agressões, sobretudo por mulheres. • Ser percecionado como alguém incapaz de se defender ou impor. • Receio de ser percecionado como agressor. <ul style="list-style-type: none"> ○ Verificou-se que uma percentagem significativa de vítimas do sexo masculino também apresenta historial de agressões. • Possibilidade de, em caso de separação matrimonial, a guarda dos filhos menores ser concedida à mulher. • Estigmatização acrescida nos homens transgénero ou não heterossexuais.
Diferenças entre os agressores homens e mulheres
<ul style="list-style-type: none"> • Quando o agressor é do género feminino, a violência tende a ser mais emocional. <ul style="list-style-type: none"> ○ Por exemplo, as mulheres tendem a agredir sobre a forma de ameaças de suicídio, de falsas denúncias à polícia ou de alienação parental. • A violência física contra homens ocorre sobretudo em contextos de autodefesa.
Diferenças nos comportamentos entre sexos
<ul style="list-style-type: none"> • O fenómeno de consultas de repetição é muito mais típico nas mulheres.

Assim, é possível inferir que o rastreio nos homens possui dificuldades específicas, que contribuem para uma subestimação de VD ainda mais acentuada nesta população.^{1,16,41}

Posto isto, na tentativa de obter um instrumento de rastreio ainda mais eficaz, um estudo compilou dois questionários, anteriormente validados para a população masculina (o HITS e o *The George Washington University Universal Violence Prevention Screening Protocol*).

Em resultado, obteve-se um formulário que inclui as quatro perguntas do HITS, assim como questões sobre comportamentos coercivos ou controladores, comuns na violência contra homens, que se encontra ilustrado na Tabela XVI:¹⁶

Tabela XVI - Versão da ferramenta de rastreio HITS, traduzida para língua portuguesa, adaptada de Velonis, Maddox, Buhariwala, et al.¹⁶

Questionário da compilação dos questionários HITS e <i>The George Washington University Universal Violence Prevention Screening Protocol</i>
1) Nos últimos 12 meses, com que frequência é que se sentiu desconfortável ao falar ou fazer algo, enquanto está com o(a) seu(sua) parceiro(a) atual?
2) Nos últimos 12 meses, com que frequência é que o(a) seu(sua) parceiro(a):
2.1) O/A insultou ou menosprezou? *
2.2) Gritou consigo? *
2.3) Controlou aquilo que pode ver, onde pode ir ou o que veste?
2.4) Fê-lo(a) sentir-se com medo dele(a)?
2.5) Ameaçou magoá-lo(a) ou alguém de quem você gosta? *
2.6) O/A magoou fisicamente? *
2.7) Agrediu através de soco, chapada, pontapé, estrangulamento ou com uma arma?
2.8) Forçou, ameaçou ou pressionou a participar em atividades sexuais, contra a sua vontade?
* Perguntas retiradas do Questionário HITS.

Posto isto, concluiu-se que é aceitável aplicar nos homens algumas das perguntas feitas às mulheres, o que aproxima a possibilidade de se criar, futuramente, uma forma de rastreio adequada a todos os indivíduos, ao invés de se recorrer a múltiplas ferramentas.¹⁶

4.6. Documentação da Violência Doméstica

Caso uma pessoa confesse a sua situação de VD, é fundamental que o médico proceda à documentação de todo o processo de forma correta.

Os registos clínicos permitem organizar a abordagem da VD, justificar decisões clínicas, facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e reter dados com valor legal.^{8,42}

Assim, estes devem conter descrições de eventos presentes ou passados de violência, caracterizações detalhadas das lesões com anexo, se possível, de fotografias ou esquemas corporais com as mesmas devidamente assinaladas.^{4,31}

Além disso, os mecanismos lesionais deverão ser registados da forma mais fiel possível às palavras da vítima, com recorrência, se necessário, ao uso de aspas ou de expressões como

“A(o) doente refere/afirma”.^{8,43} É importante que o médico limite o registo aos acontecimentos que observou, abstendo-se de registos ambíguos ou derogatórios.

Além disso, anotar o estado psicológico da vítima, a sua postura, negativos relevantes, sobretudo das perguntas de rastreio, e discordâncias ou contradições proferidas por esta.¹

Se a identidade do agressor for revelada, deverá ser registado o seu nome e a relação que tem com a vítima. Isto não implica que serão feitas acusações criminais contra essa pessoa, apenas estabelece as informações que a vítima partilhou durante a sua consulta médica.¹¹

4.7. Medição do Risco e Sinalização

Outro aspeto fundamental após uma confissão de VD é a avaliação do risco da vítima de homicídio ou de escalamento da violência, para que se tome providências e se delineie um plano de ação adaptado às suas circunstâncias.

De acordo com o Guia de Violência Interpessoal, publicado pela Direção Geral de Saúde (DGS), deverão ser avaliados os seguintes indicadores de risco:¹

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE RISCO

Presença de indicadores de **RISCO**, avaliado em conjunto com a vítima:

- Ameaça ou uso de armas
- Ameaças ou tentativa de homicídio à vítima ou figuras significativas
- Ameaças ou tentativa de suicídio por parte da vítima
- Maus tratos e crianças e jovens ou outros elementos da família
- Lesões graves em incidentes anteriores
- Ameaça ou abandono da relação por parte da vítima
- Ameaças ou assédio/perseguições/stalking
- Escalada da gravidade, intensidade e frequência da violência
- Episódios de violência durante a gravidez
- Prática de sexo forçado com a vítima
- Manifestação de ciúmes extremos, controlo obsessivo
- Morbilidade psiquiátrica/psicopatologia
- Atitudes extremas de dominância e poder
- Agravamento das estratégias de isolamento
- Consumo de álcool ou outras substâncias
- Comportamento violento generalizado
- Diminuição ou ausência de remorso
- Historial de crimes
- Violação de ordens judiciais

NA PRESENÇA DESTE INDICADOR, O RISCO AUMENTA CONSIDERAVELMENTE

Resposta positiva da vítima aos itens de perceção de perigo:

- Sentimento de insegurança
- Receio em voltar para casa / contexto onde ocorreu a situação de violência
- Existência de perigo para os filhos
- Presença do/a agressor/a em localização próxima
- Desconhecimento da situação por familiares e/ou amigos
- Fraco apoio familiar ou social

Diagnóstico de **PERIGO IMINENTE**

(possibilidade de sofrer um episódio iminente de violência com perigo para a vida da vítima e/ou das suas figuras significativas), fundamentada na entrevista, perceção da vítima, avaliação biopsicossocial e exame físico.

Figura 2 - Enumeração de indicadores de risco de escalamento de violência ou de homicídio, de acordo com o Guia de Violência Interpessoal, publicado pela DGS.¹

Ainda assim, é impreterível ter em consideração de que estas avaliações de risco não são objetivas e necessitam a conciliação de outros fatores, como a frequência e escalada evolutiva

da violência, capacidade de resposta e estratégias de *coping* por parte da vítima, perigosidade do agressor e percepção da perigosidade deste, por parte da vítima.¹

Após a avaliação de risco, as vítimas deverão ser triadas em uma de três categorias de risco (Situação de suspeita, risco ou perigo) e, posteriormente, deverá ser seguido o protocolo de ação associado (Protocolo 1, 2 e 3, respetivamente, representados na Figura 4, adiante).

Relativamente ao nível de risco mais baixo, “Situação de Suspeita”, este inclui os casos em que a vítima não reconhece a sua situação de VD. O objetivo, nestes casos, é ajudá-la a compreender a sua situação como um problema, enfatizando as repercussões que esta pode ter na sua saúde ou na dos seus dependentes. A vítima deverá receber apoio na sua tomada de decisões e ser informada dos recursos de apoio existentes, nomeadamente policial, com encaminhamento para os mesmos, em caso de aceitação.¹

Uma “Situação de Risco”, por seu turno, compreende um nível intermédio de risco, em que a vítima confirma encontrar-se numa situação de VD. Nestas circunstâncias, deverá ser desenvolvido um plano de segurança, para que esta se possa proteger durante as situações de maior perigo, bem como discutidas medidas preventivas de novas situações de violência. Por fim, a vítima deverá ser sensibilizada de que a VD constitui um crime e receber informações sobre o processo de denúncia. Caso esta aceite, o médico deverá apoiá-la nesse processo de queixa. Em caso de recusa, deverá ser preenchido o Formulário de Denúncia de Crime da DGS e enviar o mesmo ao Ministério Público.¹

Por último, uma “Situação de Perigo” define os casos em que a vítima corre perigo de vida, após a avaliação dos indicadores de risco. É vital mantê-la em segurança e fora do alcance do agressor. Se necessário, deverão ser contactadas as forças da GNR ou PSP. Poderá, ainda, ser ativada a Linha de Emergência Social 144, que visa resposta imediata a situações que requerem proteção social urgente ou emergente, assegurando o encaminhamento posterior para apoio social. Nestas situações, é imperativo preencher o Formulário de Denúncia de Crime e enviá-lo ao Ministério Público. Após garantir que a vítima está fora de perigo iminente, esta deverá ser acompanhada de acordo com o estipulado no Protocolo 2, para as situações de risco.¹

Independentemente do nível de risco da vítima, deverá ser preenchido o Formulário de Registo Clínico de Violência, que contém informações sobre a vítima, como antecedentes, exame físico, estado psicológico, processo interno de mudança, indicadores de risco, plano de intervenção, identificação do alegado agressor e de prestadores de informações. Por fim, deverá ser enviada uma cópia do mesmo para a Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA).

No caso de crianças ou jovens presenciarem VD, dever-se-á sinalizar o Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR), através da Ficha de Sinalização NACJR ou CPCJ.¹

Note-se que o ato de sinalização compreende a transmissão de informação da situação de VD a alguma das equipas supramencionadas para fins casuísticos ou consultadoria, havendo acompanhamento apenas em casos excepcionais. Nos casos que em que não é necessária uma intervenção direta, a vítima poderá ser encaminhada para outros serviços, como a APAV.¹

Ainda, é essencial que o médico se mantenha atualizado sobre os recursos disponíveis, como polícia, assistentes sociais, abrigos, apoio psicológico e peritos médico-legais, sob pena destes se encontrarem lotados, não operacionais ou terem mudado de instalações.²⁰

De modo a sumariar a abordagem dos casos de VD, conforme o seu nível de risco, apresentam-se os seguintes fluxogramas, presentes no Guia de Violência Interpessoal da DGS:

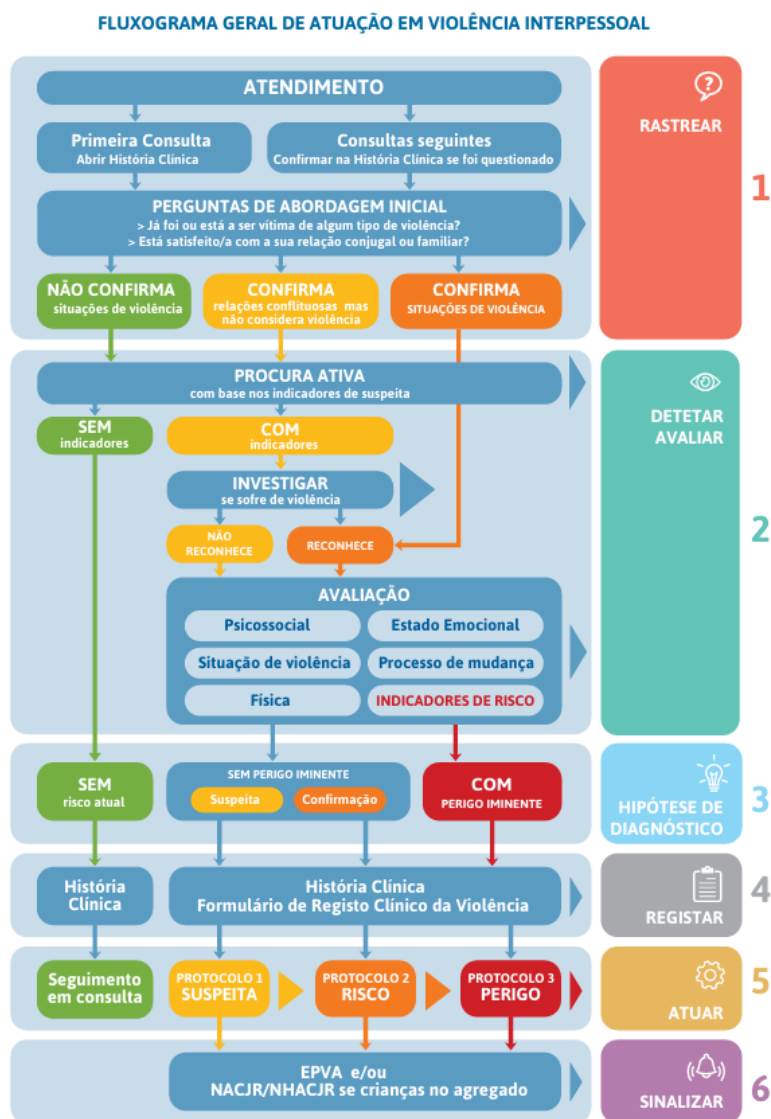


Figura 3 - Fluxograma geral de abordagem às vítimas de VD, preconizado pela DGS.¹

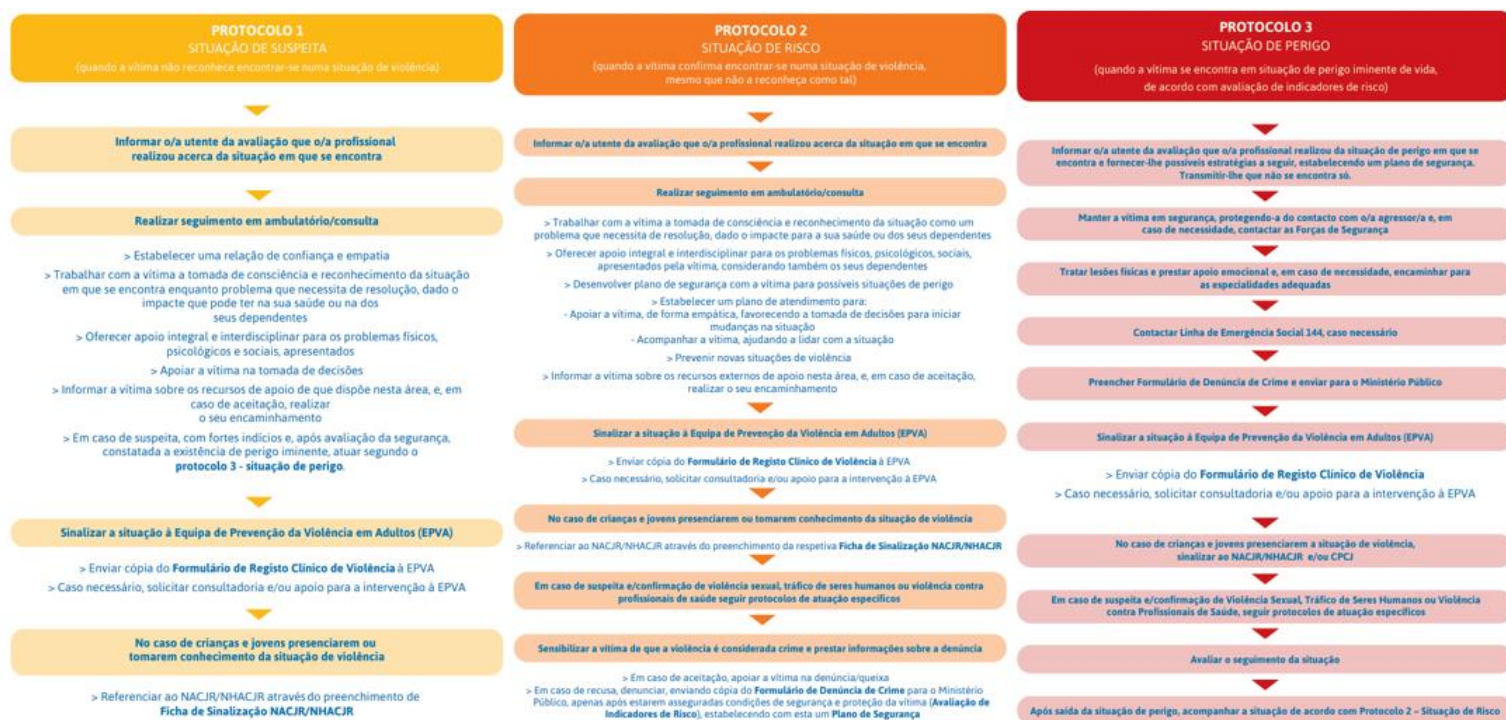


Figura 4 - Protocolos de atuação conforme o nível de risco, formulados pela DGS.¹

4.8. Criação de Planos de Segurança

Sair de uma relação violenta constitui um processo contínuo, que pode durar meses ou até anos, e, inclusive, envolver múltiplas tentativas de partida, seguidas de retornos.^{8,20} Nestes casos, é importante estabelecer planos de segurança que tenham em conta o contexto da vítima. Deverão ser estabelecidas estratégias que possam ser aplicadas caso esta ainda coabite com o agressor ou esteja a planear fugir.²⁰ Algumas dessas estratégias encontram-se sumariadas, na seguinte tabela:

Tabela XVII - Estratégias de segurança que podem ser propostas às vítimas de VD, mediante as suas circunstâncias.

Criação de Planos de Segurança	
Estratégias de Segurança durante os momentos de Crise	
<ul style="list-style-type: none"> • Averiguar a possibilidade de sair de casa por uma divisão diferente. • Evitar discussões dentro de casas de banho, que tendem a ter uma área mais limitada e conferem maior risco de quedas e traumatismos. • Evitar discussões em cozinhas ou em divisões com objetos que possam ser utilizados como armas, tais como facas. • Durante os momentos de maior raiva do agressor, tentar entrar num quarto que possa ser trancado. • Se aplicável, instruir aos menores de idade que não se envolvam nas disputas físicas, mesmo que seja em defesa de outra vítima. • Ter uma mala preparada com roupas, medicação, dinheiro e documentos de identificação, em caso de necessidade de abandono rápido da casa. 	

<ul style="list-style-type: none"> • Eleger um familiar ou amigo de confiança para telefonar, para poder ir ao seu encontro durante as crises, ou combinar um código para quando necessitar de ajuda.
Estratégias de Segurança para quando a vítima permanece na mesma casa, sem o agressor
<ul style="list-style-type: none"> • Apelar à vítima que obtenha uma ordem cautelar contra o agressor. • Pedir aos vizinhos que alertem as autoridades caso vejam o agressor, nas imediações. • Reforçar a segurança doméstica, com mudança de fechaduras e, se possível, reforço das portas e janelas e instalação de sistema de alarme.
Estratégias de Segurança para quando a vítima abandona o agressor
<ul style="list-style-type: none"> • Abrir novas contas bancárias no próprio nome. • Mudar o número de telemóvel, códigos de acesso e senhas. • Se aplicável, informar o local de trabalho e a escola dos menores sobre a situação. • Alterar ao máximo as rotinas, de modo a dificultar o rastreamento pelo agressor.

4.9. Questões Éticas Relacionadas com o Atendimento de Vítimas de Violência Doméstica

De acordo com o Código Penal Português, a VD é considerada um crime público, o que determina que qualquer indivíduo que tome conhecimento da sua ocorrência tem o dever de o denunciar. Além disso, o Ministério Público poderá iniciar os processos criminais, sem precisar que a vítima faça queixa.⁴⁶

Os médicos que exercem ao abrigo do Serviço Nacional de Saúde são reconhecidos como funcionários públicos, pelo que têm o dever legal de denunciar os crimes de que tomem conhecimento, no exercício das suas funções, mesmo que a vítima não o consinta ou que o agente do crime ainda seja desconhecido.^{1,46}

Contudo, na prática clínica, é comum os médicos enfrentarem dilemas sobre a questão da denúncia, uma vez que esta pode comprometer a segurança e o bem-estar da vítima, por retaliação do agressor, e deteriorar a relação médico-doente, por quebra do sigilo médico.¹

O Código Deontológico Médico estabelece que o segredo médico pode ser revogado nos casos de VD contra menores, deficientes, idosos ou pessoas particularmente indefesas, por exemplo, vítimas que apresentem dependência face ao agressor.⁴⁶ Posto isto, é boa prática os médicos informarem os doentes sobre os limites da confidencialidade, antes de perguntar sobre o tópico, para que estes possam decidir se desejam ou não revelar a sua situação.^{1,20}

Nas situações em que não existe uma obrigação explícita de denúncia, o médico deverá ponderar cuidadosamente a sua abordagem, medindo os riscos e benefícios de cada ação.^{1,46} Ainda assim, a Ordem dos Médicos reitera que ameaças diretas à saúde ou vida das vítimas são motivo suficiente para quebrar o segredo médico. Em contraste, o cumprimento do código penal não deverá ser a única motivação do médico para o fazer.⁴⁶

Além da garantia do sigilo, da segurança da vítima e do respeito das normas legais, é importante considerar dois princípios éticos: minimização de danos e preservação da autonomia

da vítima. O primeiro apela a que não se repitam intervenções, sobretudo por mais do que um profissional, de modo a evitar a revitimização, que se respeite e valide a experiência da vítima, e que não se imponham juízos de valor ou se aja de modo paternalista.^{1,45}

Já o princípio da autonomia preza o respeito da vontade da vítima, salvo se estiverem implicadas as exceções legalmente previstas, prestando-lhe toda a informação e garantindo a sua compreensão da mesma, para que esta possa tomar decisões livres e informadas.¹

4.10. Impacto da Intervenção no Médico e Medidas de Segurança

A intervenção nos casos de VD pode ser complexa e despoletar sentimentos negativos nos profissionais de saúde, colocando em causa a sua própria saúde física e mental. Alguns riscos incluem a contaminação psíquica, sobretudo quando o médico se identifica demasiado com a vítima e não é capaz de manter a distância adequada, a tentativa de tomada de decisões pela vítima, sobreposição dos seus valores pessoais e *stress* associado à falha da intervenção.¹

Deste modo, a DGS estipulou algumas medidas preventivas, que zelam pela proteção tanto dos médicos, como da vítima, que se encontram enumeradas, na seguinte tabela:

Tabela XVIII - Medidas preconizadas pela DGS para proporcionar uma maior segurança dos médicos que abordam as vítimas de VD.

Medidas de Segurança dos Médicos na Abordagem às Vítimas de Violência Doméstica
<ul style="list-style-type: none">● Sensibilização dos médicos acerca dos limites da relação médico-doente, para que atuem de forma empática, mas com o distanciamento necessário.● Evitar identificar-se como prestador de apoio às vítimas de VD fora dos estabelecimentos de saúde.● Salvaguardar o anonimato em encontros técnicos, como congressos, através da ocultação do nome da vítima, terceiros, lugares ou instituições de apoio envolvidas.● Evitar discussões sobre o processo nas zonas de convívio ou na presença de terceiros.● Manter a documentação em locais seguros e protegidos, para que não seja acedida pela vítima, agressor ou outro profissional que não esteja a auxiliar o caso.● Identificar fotografias e vestígios com o número do episódio, ao invés de usar o nome ou número de utente da vítima.● Evitar fornecer dados pessoais à vítima, como o contacto telefónico pessoal, revelar o local onde vive ou os lugares que frequenta.● Preferir realizar a denúncia em nome do serviço, em vez de utilizar o nome próprio.● Se for oferecido apoio suplementar à vítima por via telefónica, adotar as seguintes precauções:<ul style="list-style-type: none">○ Não ligar à vítima sem o seu consentimento prévio e fazê-lo apenas em horários previamente combinados.○ Não deixar mensagens na caixa de correio eletrónica, sob pena de serem intercetadas pelo agressor.○ Caso a vítima esteja a usar um telemóvel acessível ao agressor, instruir que esta apague dos registos todas as comunicações efetuadas.

- Incentivar que a vítima guarde em locais seguros os objetos que possam denunciar a sua procura por ajuda, como cartões de serviços de apoio, contactos telefónicos ou planos de segurança.
- Aconselhar a vítima a escolher cuidadosamente quem confia sobre sua situação de VD.
- Não fornecer informações a terceiros sem autorização da vítima, mesmo que estes se identifiquem como familiares ou amigos desta.
- Em caso de interação com o(a) agressor(a), não revelar o próprio envolvimento no apoio à vítima, nem fornecer dados acerca do caso.

5. LIMITAÇÕES ATUAIS NA INVESTIGAÇÃO

Ao longo destes últimos anos, os estudos sobre VD têm apresentado sistematicamente diversas limitações, descritas na tabela seguinte:

Tabela XIX - Limitações na investigação sobre VD atualmente descritas na literatura.

Limitações na Investigação de Violência Doméstica descritas na Literatura
<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em estipular uma verdadeira população de controlo. <ul style="list-style-type: none"> ○ Impossibilidade de validar a negação de exposição à VD. • Dificuldade em determinar padrões lesionais relacionados com violência. <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausência de estipulação de grupos de controlo com lesões não resultantes de violência. • Obtenção de amostras pequenas, muitas vezes com base num só estabelecimento de saúde. <ul style="list-style-type: none"> ○ Possível viés de seleção. • Dificuldade em estimar com precisão a verdadeira prevalência da VD. <ul style="list-style-type: none"> ○ Apenas uma parte das vítimas recorre aos cuidados de saúde. ○ Vítimas não confessam VD, em grande parte dos casos. ○ Seguimento difícil por realização de exames complementares ou consultas em instituições médicas distintas. • Natureza retrospectiva da maioria dos estudos na área. <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilização dos registos clínicos, que nem sempre estão completos ou traduzem a realidade de forma rigorosa, como única fonte de informação. • Não adesão ou recusa de participação nos estudos. <ul style="list-style-type: none"> ○ Vítimas podem ser menos propensas a colaborar, havendo a possibilidade de existir uma diferença significativa de VD nos participantes e nos não participantes. ○ Falta de perceção da VD como um tema com interesse ou relevância. • Utilização de questionários preenchidos pelos participantes como fonte principal de informação. <ul style="list-style-type: none"> ○ Preenchimento individual dos mesmos, sem intervenção dos investigadores, por motivos de confidencialidade. ○ Obtenção de respostas incompletas ou não representativas da realidade. ○ Impossibilidade de confirmar as informações registadas, devido ao anonimato dos questionários.

Posto isto, é possível observar que a VD é um tema ainda altamente obstaculizado, do ponto de vista da investigação, dificultando a estimativa da sua prevalência e repercussões.

6. PERSPETIVAS FUTURAS

6.1. Prevenção da Violência Doméstica

Apesar do destaque e significância que o tema da VD tem adquirido, nos últimos anos, a resposta da comunidade médica continua a ser descrita como inconsistente e insatisfatória.⁴⁷

Posto isto, é fundamental estimular os médicos, sobretudo os Ortopedistas, que lidam frequentemente com potenciais vítimas de VD, para que se envolvam ativamente no assunto. Tal poderá incluir o incentivo à familiarização continuada com as leis vigentes e os recursos disponíveis, à participação em trabalhos de investigação e adequação dos registos médicos.^{31,37}

Ainda, poderão ser implementados programas formativos ou atividades com regime interativo, de modo a aprimorar as suas capacidades de identificação e abordagem da VD.^{1,21}

Por fim, poderá ser proveitoso os estabelecimentos de saúde entrarem em contacto com entidades prestadoras de apoio às vítimas, a fim de formar protocolos e promover os seus recursos, por exemplo, através de panfletos ou *posters*, nas zonas comuns ou salas de espera.³⁷

6.2. Sugestões de Pesquisas Futuras

Com base na pesquisa realizada no âmbito desta dissertação, foi possível constatar que ainda permanecem inúmeras questões por responder e aspetos por melhorar.

Por exemplo, vários artigos científicos destacam a necessidade de educar e sensibilizar os profissionais de saúde para o tema, ainda postergado na comunidade médica. Propõem-se estratégias que aumentem o seu conhecimento e conforto ao questionar os doentes sobre VD, garantindo a sua própria segurança e a da vítima.^{1,4,31,37}

Embora existam ferramentas de apoio à abordagem da VD, ainda se desconhece os seus benefícios a longo prazo.²¹

Além disso, como já referido, tem sido evidenciado um interesse crescente em estudos focados nas vítimas do sexo masculino e na criação de um instrumento de rastreio universal e baseado em evidência científica.¹⁶

Para terminar, até hoje, pouco se investigou sobre como os médicos podem garantir sua segurança ao abordar vítimas de VD. Este constitui um tópico de elevada relevância, pois a falta de garantia da sua segurança pode impedir que estes atuem, nesses casos.¹

7. CONCLUSÃO

Esta dissertação permitiu constatar que a VD é a principal causa global de lesões não fatais nas mulheres, ressaltando a importância dos profissionais de saúde a encarem como um problema de saúde pública meritório de atenção e zelo.

Dada a marcada prevalência de LME nas vítimas, a Ortopedia assume uma posição de destaque no combate à VD. Assim, é fulcral que os ortopedistas detenham conhecimentos base que lhes permitam identificar LME possivelmente secundárias a atos de violência e abordar as vítimas de forma adequada, sem o compromisso da sua segurança, deveres e leis vigentes.

Posto isto, a mensagem-chave desta tese é que a VD é um tema que urge investimento, nomeadamente ao nível da formação e sensibilização da classe médica.

Para tal, é imprescindível a diligência das instituições de saúde e dos próprios médicos, para que seja viável a edificação de uma sociedade mais segura e menos vulnerável à violência.

BIBLIOGRAFIA

1. Direção Geral de Saúde (DGS). Lisboa. DGS. Consultado pela última vez a 14 de outubro de 2023. Disponível em: https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf
2. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). APAV. Consultado pela última vez a 4 de março de 2024. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/estatisticas/estatisticas
3. PRAISE Investigators, Sprague S, Bhandari M, et al. Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: a multinational prevalence study. *Lancet*. 2013;382(9895):866-876.
4. Della-Rocca G, Tornetta P, Schneider P, et al. Intimate Partner Violence and Orthopaedics: AOA Critical Issues. *J Bone Joint Surg Am*. 2019;101(13):e62.
5. Giordano V, Giordano C, Lopes I, et al. Orthopaedic surgeons can play important role in identifying victims of domestic violence in the emergency department - narrative review of Brazilian literature. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101(50):e31461.
6. Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2010;11(2):71-82.
7. Bhandari M, Sprague S, Tornetta P, et al. (Mis)perceptions about intimate partner violence in women presenting for orthopaedic care: a survey of Canadian orthopaedic surgeons. *J Bone Joint Surg Am*. 2008;90(7):1590-1597.
8. McKibbin A, Gill-Hopple K. Intimate Partner Violence: What Health Care Providers Should Know. *Nurs Clin North Am*. 2018;53(2):177-188.
9. Bhandari M, Sprague S, Dosanjh S, et al. The prevalence of intimate partner violence across orthopaedic fracture clinics in Ontario. *J Bone Joint Surg Am*. 2011;93(2):132-141
10. Kavak N, Kavak R, Özdemir M. A 10-Year Retrospective Analysis of Intimate Partner Violence Patients in the Emergency Department. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2021;28(6), 796.
11. Sugg N. Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. *Med Clin North Am*. 2015;99(3):629-649.
12. Capaldi D, Knoble N, Shortt J, et al. A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*. 2012;3(2):231-280.
13. US Preventive Services Task Force, Curry S, Krist A, et al. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;320(16):1678-1687.
14. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, et al. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-1269.

15. George E, Phillips C, Shah N, et al. Radiologic Findings in Intimate Partner Violence. *Radiology*. 2019;291(1):62-69.
16. Velonis A, Maddox R, Buhariwala P, et al. Asking the Right Questions: Screening Men for Partner Violence. *J Interpers Violence*. 2022;37(15-16):NP13813-NP13829.17.
Sheridan DJ, Nash KR. Acute injury patterns of intimate partner violence victims. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(3):281-289. doi:10.1177/1524838007303504
18. Gosangi B, Wong A, Gujrathi R, et al. Imaging patterns of thoracic injuries in survivors of intimate partner violence (IPV). *Emerg Radiol*. 2023;30(1):71-84.
19. Magalhães T. Violência e abuso: Respostas simples para questões complexas. 1ª Edição. Coimbra: Coimbra University Press; 2010.
20. IPVEDUCATE - Educate Programs. Hamilton. IPVEducate. Consultado pela última vez a 14 de outubro de 2023. Disponível em: <https://ipveducate.com/educate-programs/>
21. Edwardsen E, Morse D, Frankel R. Structured practice opportunities with a mnemonic affect medical student interviewing skills for intimate partner violence. *Teach Learn Med*. 2006;18(1):62-68.
22. Thomas R, Dyer G, Tornetta P, et al. Upper extremity injuries in the victims of intimate partner violence. *Eur Radiol*. 2021;31(8):5713-5720.
23. Gujrathi R, Tang A, Thomas R, et al. Facial injury patterns in victims of intimate partner violence. *Emerg Radiol*. 2022;29(4):697-707.
24. Khurana B, Raja A, Dyer G, et al. Upper extremity fractures due to intimate partner violence versus accidental causes. *Emerg Radiol*. 2022;29(1):89-97.
25. Khurana B, Sing D, Gujrathi R, et al. Recognizing Isolated Ulnar Fractures as Potential Markers for Intimate Partner Violence. *J Am Coll Radiol*. 2021;18(8):1108-1117.
26. Reber S, Simmons T. Interpreting Injury Mechanisms of Blunt Force Trauma from Butterfly Fracture Formation. *Journal of forensic sciences*. 2015;60(6).
27. Gosangi B, Lebovic J, Park H, et al. Imaging patterns of lower extremity injuries in victims of intimate partner violence (IPV). *Emerg Radiol*. 2021;28(4):751-759.
28. Chattopadhyay S, Sukul B. Pattern of defence injuries among homicidal victims. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*. 2013;3:81-84.
29. Watane G, Gosangi B, Thomas R, et al. Incidence and characteristics of spinal injuries in the victims of intimate partner violence (IPV). *Emerg Radiol*. 2021;28(2):283-289.
30. Campbell C. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359(9314):1331-1336.
31. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Rosemont. AAOS. Consultado pela última vez a 20 de setembro de 2023. Disponível em: <https://www.aaos.org/globalassets/about/bylaws-library/information-statements/1030-child-abuse-or-maltreatment-elder-maltreatment-and-intimate-partner-violence-ipv.pdf>

32. Wong N, Rosen T, Sanchez A, et al. Imaging Findings in Elder Abuse: A Role for Radiologists in Detection. *Can Assoc Radiol J.* 2017;68(1):16-20.
33. Kavak R, Özdemir M. Radiological appearance of physical elder abuse. *Eur Geriatr Med.* 2019;10(6):871-878.
34. McLeod A, Hays D, Chang C. Female Intimate Partner Violence Survivors' Experiences With Accessing Resources. *Journal of Counseling & Development.* 2010;88.
35. Sprague S, Kaloty R, Madden K, et al. Perceptions of intimate partner violence: a cross sectional survey of surgical residents and medical students. *J Inj Violence Res.* 2013;5(1):1-10.
36. Sprague S, Goslings J, Petrisor B, et al. Patient opinions of screening for intimate partner violence in a fracture clinic setting: P.O.S.I.T.I.V.E.: a multicenter study. *J Bone Joint Surg Am.* 2013;95(13):e91.
37. Canadian Orthopaedic Association (COA): Position Statements. Quebec. COA. Consultado pela última vez a 28 de janeiro de 2024. Disponível em: <https://coa-aco.org/position-statements/>
38. Rabin R, Jennings J, Campbell J, et al. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2009;36(5):439-445.e4.
39. Feder G, Ramsay J, Dunne D, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess.* 2009;13(16):iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347.
40. Yut-Lin W, Othman S. Early detection and prevention of domestic violence using the Women Abuse Screening Tool (WAST) in primary health care clinics in Malaysia. *Asia Pac J Public Health.* 2008;20(2):102-116.
41. Savall F, Lechevalier A, Hérin F, Vergnault M, Telmon N, Bartoli C. A ten-year experience of Savall F, Lechevalier A, Hérin F, et al. A ten-year experience of physical Intimate partner violence (IPV) in a French forensic unit. *J Forensic Leg Med.* 2017;46:12-15.
42. Gerber M, Leiter K, Hermann R, et al. How and why community hospital clinicians document a positive screen for intimate partner violence: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2005;6:48.
43. National Institute of Justice (NIJ): Department Justice. Washington. NIJ. Consultado pela última vez a 10 de setembro, 2023. Disponível em: <https://nij.ojp.gov/library/publications/documenting-domestic-violence-how-health-care-providers-can-help-victims>
44. Campbell J, Webster D, Glass N. The danger assessment: validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *J Interpers Violence.* 2009;24(4):653-674.
45. Liebschutz J, Rothman E. Intimate-partner violence--what physicians can do. *N Engl J Med.* 2012;367(22):2071-2073.

46. Ordem dos Médicos: Questões ético-jurídicas no contexto da violência doméstica. Lisboa. Ordem dos Médicos. Consultado pela última vez a 21 de fevereiro de 2024. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/questoes-etico-juridicas-no-contexto-da-violencia-domestica-a-relacao-medico-doente-e-o-segredo-medico/>
47. Sprague S, Goslings J, Petrisor B, et al. Patient opinions of screening for intimate partner violence in a fracture clinic setting: P.O.S.I.T.I.V.E.: a multicenter study. *J Bone Joint Surg Am*. 2013;95(13):e91.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

