

Perfil de mulheres atendidas em hospital de alta complexidade devido a agressão por queimadura pelo parceiro

Profile of women attended at a high complexity hospital due to assumption due to burning by the partner

Perfil de mujeres atendidas a un hospital de alta complejidad por asunción por quemaduras por parte de la pareja

Resumo

Objetivo: Descrever o perfil dos atendimentos a mulheres que foram agredidas pelo parceiro íntimo e sofreram queimaduras em hospital de referência em trauma, urgência e emergência do Estado de Minas Gerais. **Método:** estudo transversal, que analisou prontuários de 19 mulheres vítimas de agressão por queimadura realizadas pelo parceiro íntimo em um hospital de referência em trauma, urgência e emergência no período de 2016 a 2019. **Resultados:** A maioria das vítimas era parda, casada, com filhos, trabalhava informalmente e foi agredida na residência. O atendimento incluiu prioridade muito urgente/laranja, queimaduras graves de 2º grau, internação, procedimentos cirúrgicos, complicações e acompanhamento ambulatorial pós-alta. **Conclusão:** Os resultados indicam atendimentos de alta complexidade, o que implica necessidade de os serviços de saúde estabelecerem mecanismos de rastreamento e investigação da violência contra a mulher, bem como preparo da equipe, prevenindo agravamentos e oferecendo suporte adequado. **Descritores:** Agressão; Violência contra a Mulher; Violência por Parceiro Íntimo; Queimaduras.


Abstract

Objective: To describe the epidemiological profile of women who suffered assault due to burns by their intimate partner and were treated at a referral hospital for trauma emergencies in the State of Minas Gerais, Brazil. **Method:** This cross-sectional study analyzed the medical records of 19 women who were victims of assault due to burns by their intimate partner from 2016 to 2019 in a referral hospital for trauma emergencies in Minas Gerais. **Results:** Most victims were Brown, married, with children, worked informally, and were assaulted at home. Care included very urgent/orange priority treatment, severe second-degree burns, hospitalization, surgical procedures, complications, and post-discharge outpatient follow-up. **Conclusion:** Health services must establish mechanisms to track and investigate violence against women, preventing the worsening of their condition and offering adequate support. Professionals must be prepared at all levels of care and use surveillance and promotion strategies. **Descriptors:** Aggression; Violence against Women; Intimate Partner Violence; Burns.


Resumen

Objetivo: Describir el perfil de atención a mujeres que sufrieron agresión por quemaduras por parte de su pareja íntima, atendidas en un hospital de referencia para trauma, urgencia y emergencia en el estado de Minas Gerais (Brasil). **Método:** estudio transversal, que analizó las historias clínicas de 19 mujeres víctimas de agresión por quemaduras por parte de su pareja íntima atendidas en un hospital de referencia de trauma, urgencia y emergencia en Minas Gerais, en el periodo de 2016 a 2019. **Resultados:** La mayoría de las víctimas eran pardas, casadas, con hijos, trabajaban informalmente y fueron agredidas en su casa. La atención incluyó prioridad muy urgente/naranja, quemaduras graves de segundo grado, hospitalización, procedimientos quirúrgicos, complicaciones y seguimiento ambulatorio posterior al alta. **Conclusión:** Los resultados muestran una atención de alta complejidad, lo que requiere que los servicios de salud establezcan mecanismos para el seguimiento e investigación de la violencia contra la mujer, así como una mejor preparación de los profesionales para prevenir los agravamientos y ofrecer una adecuada asistencia. **Descritores:** Agresión; Violencia contra la mujer; Violencia de pareja; Quemaduras.


Cíntia Neves Fonseca¹

 0000-0003-2351-5210


Fernanda Coura Pena de Sousa²

 0009-0001-1374-9382


Paola Miranda de Sá¹

 0009-0003-9795-3536


Daniela Aparecida Morais³

 0000-0001-5708-5672

Kleyde Ventura de Souza²

 0000-0002-0971-1701

Allana dos Reis Côrrea²

 0000-0003-2208-958X

¹Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Autor correspondente:

Cíntia Neves Fonseca

E-mail: cintianevesfonseca@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Inseridas em um modelo patriarcal de estruturação de gênero e poder hierárquico, as mulheres destacam-se historicamente como grupo de maior vulnerabilidade a agressões, o que configura a violência contra a mulher um problema global de saúde pública e uma sistemática violação dos direitos humanos⁽¹⁻²⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência contra a mulher como toda ação ou conduta de violência de gênero que possa causar morte, dano físico, sexual, mental ou sofrimento à mulher, incluindo a ameaça de realização de tais atos, e a coerção ou privação arbitrária da liberdade, quer ocorra na vida pública ou na privada^(1,3). De acordo com a definição, a violência contra a mulher abarca as formas de violência física, sexual e psicológica, podendo ocorrer no âmbito da família, unidade doméstica ou na comunidade⁽³⁾.

O registro de agravos praticados contra mulheres tem aumentado ao longo dos anos. Levantamento brasileiro realizado bianualmente pelo Instituto de Pesquisa DataSenado sinalizou que em 2021 pelo menos 29% das brasileiras já sofreram violência doméstica, sendo relatados como principais responsáveis pelas agressões os atuais companheiros (marido/companheiro/namorado - 56%) e ex-companheiros (20%)⁽⁴⁾. Tal situação acentuou-se ainda mais em tempos de pandemia da COVID-19, advindo do isolamento domiciliar a que as famílias foram submetidas, o qual aumentou o período de convivência e exposição das mulheres a seus agressores⁽⁴⁻⁵⁾. As taxas elevadas de violência têm mantido o Brasil como 5º país com maior incidência de feminicídios no mundo (4,7 assassinatos a cada 100 mil mulheres)⁽⁶⁾, dados que reforçam a necessidade de se combater a violência doméstica⁽⁴⁾.

A situação conjugal e de subordinação, portanto emocional e afetiva, pode direcionar as atitudes da vítima diante de um quadro de violência: uma vez que o agressor é companheiro da mulher e pai de seus filhos, há uma tendência de não se tomar nenhuma atitude, a fim de prezar pela integridade da família⁽⁷⁻⁹⁾. Assim, a ela se

mantém no relacionamento, presumindo que tal comportamento não irá se repetir. No entanto, o fenômeno da violência conjugal caracteriza-se pela recorrência dos episódios de agressão, cada vez mais degradantes à mulher, mental e fisicamente, sendo as queimaduras realizadas pelo parceiro indicativas de uma escalada na gravidade da violência doméstica⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Dentre as diversas formas de agressão a que as mulheres estão expostas, a lesão por queimadura é reconhecida como um dos traumatismos mais graves, incapacitantes, e que desfiguram a vítima e a levam a um prolongado período de cuidados de saúde e recuperação. A queimadura requer tratamento imediato em decorrência de sua urgência, e está relacionada à hospitalização, vivência de dor, edema, rigidez das áreas afetadas e possível comprometimento das funções vitais⁽¹¹⁻¹²⁾. O impacto das lesões não se limita a danos físicos, atingindo também os aspectos psicoemocionais e relacionais⁽¹²⁾. A vítima vivencia um valor ainda mais negativo com as marcas e cicatrizes deixadas pelo agressor, que impactam, além da imagem corporal, a autoestima, o cuidado com o outro e a saúde mental⁽¹⁰⁾.

As mulheres sofrem consequências significativas na saúde física, mental e social associadas à violência doméstica: hipertensão arterial, doenças cardíacas, transtorno de ansiedade, depressão, distúrbios de sono e alimentação são alguns dos problemas referidos, os quais podem levar à morte, por homicídio ou suicídio⁽²⁾.

Dados de 2021 apontam que 36% das vítimas necessitaram de assistência em saúde diante da violência sofrida⁽⁴⁾, sendo os serviços de emergência um dos percursos mais traçados por essas vítimas. Nesses serviços, os profissionais de saúde costumam priorizar as lesões que ameaçam a vida, e o foco da assistência acaba mais direcionado para a estabilização das lesões corporais, o que contribui para o aumento da invisibilidade da violência causada pelo parceiro como um problema social, de maior abrangência e com impactos no processo saúde-doença^(8,10). Esses aspectos evidenciam o quão grande é o

desafio de se obter e analisar os dados relacionados ao ciclo da violência conjugal diante das especificidades do fenômeno^(7,9).

Em decorrência desta complexidade, a violência por parceiro íntimo (VPI), representa um desafio para o setor saúde, um problema que necessita ser tratado sob a ótica da integralidade do cuidado⁽⁸⁾. Nesse sentido, é imprescindível conhecer o perfil epidemiológico das mulheres agredidas atendidas em serviços de urgência para que a instituição conheça e aprimore estratégias para uma assistência mais efetiva e qualificada, com vistas ao enfrentamento deste problema.

A eliminação da violência contra a mulher compõe os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), constando como parte da Estratégia e Plano de Ação da OPAS 2015⁽¹⁾ e da OMS⁽³⁾ atuar no fortalecimento dos sistemas de coleta de dados e mensuração da proporção de mulheres e meninas com mais de 15 anos de idade que foram vítimas de violência física, sexual ou psicológica nos 12 meses anteriores, por um parceiro íntimo atual ou anterior^(1,3).

Traçar perfis e descrever características epidemiológicas permite, além de ações eficazes e assertivas nas lacunas geradas pelo problema em questão, conhecer a população a quem se oferece assistência e ampliar a abrangência e a evolução do sistema de saúde.

Assim, considerando o contexto da temática da violência contra a mulher, a gravidade das lesões por queimaduras como lesão por recorrência de agressão e a necessidade de avaliar serviços de saúde, este estudo teve como objetivo descrever o perfil dos atendimentos a mulheres que foram agredidas pelo parceiro íntimo e sofreram queimaduras em um hospital de referência em trauma, urgência e emergência do Estado de Minas Gerais.

Espera-se que os resultados deste estudo possam melhorar a compreensão do problema, ainda pouco explorado pela literatura, e auxiliar na condução adequada dos casos, considerando o fluxo da instituição hospitalar e contribuindo

para a vigilância, a notificação e o atendimento de qualidade às mulheres nesse contexto.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, retrospectivo, norteado pelo instrumento *Strengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE), realizado no Hospital de Pronto-Socorro João XXIII (HJXXIII), centro de atendimento a pacientes vítimas de politraumatismos e referência nacional no tratamento de grandes queimaduras, localizado no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

A população estudada foi composta por todos os casos de mulheres com idade maior ou igual a 15 anos, vítimas de agressão física por queimadura causada deliberadamente pelo parceiro íntimo e atendidas na instituição hospitalar no período de 2016 a 2019, o qual foi estabelecido por representar o marco de 10 anos da Lei Maria da Penha (2016), referência à temática, até o ano de 2019, quando da tramitação do projeto de pesquisa referente a conclusão de residência hospitalar.

Obteve-se durante período o total de 205 prontuários de mulheres vítimas de violência do parceiro, sendo que 180 foram obtidos por meio da identificação das fichas de notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Destes, 11 não foram encontrados pelos dados disponibilizados em sistema de prontuários, além de 36 casos que foram identificados e adicionados por meio da lista de atendimentos de violências dos Serviços de Psicologia e Serviço Social do hospital. Dos 205 prontuários revisados, 19 foram casos confirmados de vítima de agressão por queimadura corporal causada por VPI, compondo, assim, a população do presente estudo e analisando-a em sua completude.

No estudo foram contempladas variáveis referentes aos aspectos sociodemográficos: idade, cor da pele/raça, escolaridade, situação conjugal, tempo de relacionamento com o agressor, presença de filhos, ocupação e local de moradia; variáveis sobre o histórico de

saúde das mulheres: doença(s) prévia(s), uso de medicamentos, acompanhamento psicológico prévio; variáveis relacionadas ao episódio da violência: data, dia da semana, horário, local de ocorrência, tipo de transporte ao hospital, vínculo com o agressor e forma de agressão; variáveis relacionadas ao atendimento hospitalar: nível de prioridade/gravidade à admissão hospitalar, lesão(ões) resultante(s) da agressão, tempo de permanência hospitalar e desfecho da paciente, no intuito de caracterização do perfil de ocorrência, conforme literatura de referência sobre a temática.

Para a coleta de dados foi desenvolvido um instrumento contemplando as variáveis elencadas para o estudo. A coleta ocorreu no período de novembro de 2020 a fevereiro de 2021, em duas etapas. À primeira, realizou-se um levantamento da totalidade de mulheres vítimas de violência junto ao setor de estatística de atendimentos totais da instituição, assim como consulta à planilha de registro de atendimentos do serviço social e de psicologia do hospital, de modo a garantir a completude das informações relacionadas ao primeiro atendimento à mulher.

A segunda etapa contemplou consultas aos prontuários eletrônicos, encontrados no sistema informatizado do hospital, e aos prontuários físicos, presentes no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), a fim de garantir a abrangência das informações, haja vista que os registros dos profissionais na instituição dão-se de forma híbrida, tanto em sistema informatizado quanto de forma manual.

Após o preenchimento do instrumento de coleta, estes foram transcritos para o banco de dados no programa *Epidata* 3.1 por dupla digitação, e submetidos a análise estatística descritiva, sendo as variáveis contínuas analisadas com medidas de tendência central (média e mediana) e as variáveis qualitativas apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas.

Este estudo fundamentou-se na Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética

em Pesquisa do Ministério da Saúde, a qual estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e que foi submetida ao Comitê de Ética da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), com parecer de aprovação nº 4.886.540. Pela natureza da pesquisa, restrita à consulta de dados secundários, sem identificação e contato com o paciente, houve a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para participantes do estudo.

RESULTADOS

Dados Sociodemográficos

Obteve-se o total de 19 mulheres que sofreram agressão por queimadura corporal pelo parceiro íntimo. A idade entre elas variou de 18 a 57 anos, com mediana de 38 anos (IQ: 29-46). A raça/cor da pele predominante foi parda (68,42%).

Quanto ao nível de escolaridade, houve perda importante de dados, já que 68,42% dos casos não apresentaram a informação em prontuário, e 15,79% das mulheres tinham ensino médio completo.

Em relação ao estado civil, mais da metade era casada (52,63%), sendo as demais solteiras (42,11%) e separadas/divorciadas (5,26%). Em 63,16% dos prontuários encontrava-se descrito o tempo de relacionamento com o agressor, cuja média foi de 3,2 anos (DP±2,75). A maioria das mulheres tinha filhos (73,68%), variando de um a seis. A maioria deles moravam com a mãe (78,57%), 42,86% deles com a paternidade do agressor informada.

A maioria das mulheres exercia trabalho informal (47,37%), seguido por trabalho formal (21,05%) e ausência de trabalho (21,05%). Nenhuma delas referiu o ganho de algum benefício social. Em 10,53% dos prontuários não havia registro dessa variável.

Sobre a ocupação laboral, houve predominância de mulheres que exerciam trabalho

doméstico (41,67%), seguido por cabeleireira, manicure, atendente em estabelecimento comercial, auxiliar administrativa, empregada doméstica/faxineira, trabalhadora rural e estudante universitária, cada categoria com uma mulher, respectivamente. 15,79% relataram estar vivendo em situação de rua após a ocorrência da violência. Em 36,84% dos prontuários não havia registro dessa variável.

Histórico de saúde das mulheres

A maioria das vítimas relatou apresentar alguma doença (73,68%), e parcela relevante delas fazia uso de medicamentos (42,11%). Estes dados estão dispostos na tabela 1.

Tabela 1 – Doenças prévias e medicamentos em uso pelas mulheres que sofreram queimaduras realizadas pelo parceiro atendidas no hospital de referência. Belo Horizonte, MG, Brasil. 2016-2019.

DOENÇA PRÉVIA (N=14)	N	%
Doença Psiquiátrica	8	57,14
Hipertensão Arterial Sistêmica	6	42,86
Doença Neurológica	3	21,43
Doença Respiratória	2	14,29
Obesidade	2	14,29
Doença Gastrointestinal	1	07,14
Câncer	1	07,14
Outras Doenças	3	21,43
MEDICAMENTOS (N=8)	N	%
Antidepressivo	5	62,50
Anti-hipertensivo	4	50,00
Benzodiazepínico	4	50,00
Diurético	2	25,00
Anticonvulsivante	2	25,00
Antipsicótico	2	25,00
Protetor Gástrico	1	12,50

Fonte: elaborada pelos autores, 2021.

Em relação a acompanhamento psicológico prévio, quase metade das mulheres reportaram fazer (47,37%), e o mesmo percentual (47,37%) nunca havia realizado. Não houve registro desse dado em um prontuário (5,26%).

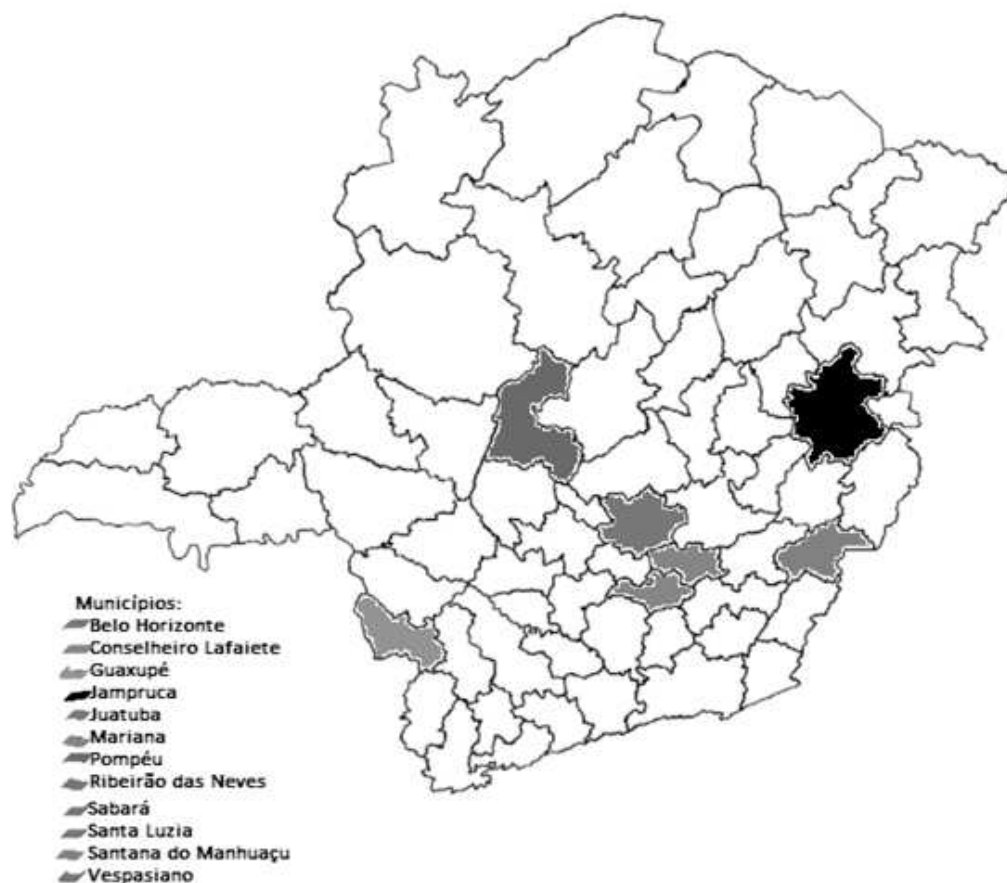
Caracterização da agressão

O episódio de violência ocorreu predominantemente em finais de semana (78,95%), no período noturno e da madrugada, que somaram 47,36% dos casos. 73,69% ocorreram na residência da mulher, seguidos por local público ou via pública (21,05%). 36,84% dos casos ocorreram na cidade de Belo Horizonte, e 63,16% em demais cidades do estado de Minas Gerais. A figura 1 mostra as regiões do Estado em que as mulheres foram agredidas por seus parceiros.

A agressão foi deferida principalmente pelo cônjuge (31,58%), mas também por namorado (21,05%), ex-cônjuge (15,79%) e as categorias ex-namorado, amasiado e ex-parceiro com 10,53%, sendo que a maioria dos casos não se tratava da primeira agressão, mas de situação recorrente no relacionamento (61,16%). O consumo de álcool pelo agressor esteve presente em 31,58% dos relatos, e o consumo de drogas ilícitas em 15,79%. No caso das vítimas, tanto o consumo de bebida alcoólica quanto o uso de drogas estavam registrados em 26,32% prontuários.

Em relação ao tempo entre ocorrência da agressão e admissão da vítima no atendimento do hospital, a maioria apresentou tempo menor que um dia (52,63%). Dessas, 31,58% ocorreram em menos de uma hora. Em sua maioria, as mulheres foram exclusivamente queimadas (73,68%), no entanto, houve casos em que a vítima foi submetida a mais de uma forma de agressão (26,32%) associada à queimadura corporal, como força corporal direta/ espancamento (10,53%), perfuração por arma de fogo (PAF) (5,26%), perfuração por arma branca (PAB) (5,26%), empurrada de altura (5,26%).

Figura 1 – Regiões do Estado de Minas Gerais em que as mulheres foram agredidas por seus parceiros. Belo Horizonte, 2016-2019.



Fonte: elaborado para fins deste estudo

Caracterização da assistência em saúde

A maior parte da população do estudo teve o primeiro atendimento no hospital de alta complexidade (52,63%). As demais mulheres foram atendidas primeiramente em hospitais em cidades no interior do Estado (31,58%) ou em Unidades de Pronto Atendimento de Belo Horizonte e região metropolitana (15,79%).

A vítima foi encaminhada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) (31,58%), por ambulância com profissional de saúde (21,05%), corpo de bombeiros (15,79%), ou pela polícia, familiares/amigos, por conta própria, cada um em 10,53% dos casos.

Na admissão hospitalar a maioria das mulheres encontrava-se consciente (89,47%), com Escala de Coma de Glasgow 15 (84,21%) ou 14 (5,26%), e foi classificada como risco

muito urgente/laranja (61,54%), seguido de 15,39% com a cor vermelha/emergência, 7,69% classificadas como amarelo/urgente, e outros 15,39% como verde/pouco urgente. As mulheres apresentaram também, além das queimaduras, contusões (21,05%), escoriações (10,53%), ferimentos perfuro cortantes (10,53%), ferimento corto contuso (5,26%) e fratura óssea (5,26%).

Além de atendimento pelas especialidades de Cirurgia Geral e do Trauma e Cirurgia Plástica, todas as mulheres necessitaram de avaliação/acompanhamento hospitalar por demais especialidades, principalmente Clínica Médica (84,21%), Cirurgia Geral (21,05%), Infectologia (26,32%), Nefrologia (21,05%), Ortopedia (15,79%), Cirurgia Vascular (15,79%), Otorrinolaringologia (15,79%), Neurologia (10,53%) e Cirurgia Torácica (10,53%).

No que se refere ao agente causador da queimadura, as substâncias combustíveis álcool e gasolina foram igualmente as mais envolvidas na agressão, somando 63,16% dos casos, seguido de água fervente (15,79%), e um episódio cada (5,26%) relacionado ao uso de cachaça, acetona, ponta de faca aquecida e abrasão extensa por atropelamento proposital com automóvel. Com relação à Superfície Corporal Queimada (SCQ), a maioria das mulheres apresentou de 10% a 30% (73,68%), seguidas das que apresentaram 70% a 80% de SCQ (15,79%), e menor que 10% de SCQ (10,53%).

As queimaduras foram avaliadas quanto à gravidade e quanto ao grau, com predominância daquelas de grande gravidade (63,16%), seguidas das de média (26,32%) e pequena gravidade (10,53%). Quanto ao grau das queimaduras, 89,47% apresentaram queimaduras de 2º grau, 68,42% queimaduras de 3º grau, e 5,26% queimaduras de 1º grau.

Os dados sobre o local de acometimento das lesões indicam que todas as mulheres apresentaram múltiplas regiões corporais atingidas concomitantemente, distribuídas em: tórax (78,95%), membros inferiores (exceto pés) (78,95%), membros superiores (exceto mãos) (63,16%), abdome (57,89%), região dorsal (52,63%), região cervical (52,63%), regiões da cabeça (exceto face) (15,79%), mãos (15,79%), pés (15,79%), pelve (10,53%), orelhas (5,26%), região genital (5,26%), face (4,39%).

Em 52,63% dos casos não houve identificação, desde a admissão, de se tratar de caso de violência doméstica contra a mulher queimada. O primeiro profissional a relatar em prontuário se tratar de tal violência foi o profissional médico (36,84%), seguido pelo assistente social (26,32%), enfermeiro e psicólogo, com 15,79% cada. Um caso (5,26%) foi relatado pelo profissional fisioterapeuta.

Devido à gravidade dos casos, 94,74% das mulheres demandaram internação hospitalar, todas elas com necessidade de uso de dispositivos invasivos. Os dispositivos invasivos utilizados, assim como os procedimentos e demais cuidados, estão listados abaixo na Tabela 2.

Tabela 2 - Dispositivos Invasivos e Demais Procedimentos e Cuidados demandados pelas mulheres queimadas pelo parceiro atendidas em um hospital de referência. Belo Horizonte, 2016-2019 (n=19)

DISPOSITIVOS INVASIVOS	N	%
Cateter Venoso Periférico	19	100,00
Cateter Vesical de Demora	12	63,16
Tubo Orotraqueal	11	57,89
Cateter Naso/Oro Entérico	10	52,63
Cateter Venoso Central	8	42,11
Cateter Arterial	6	31,58
Traqueostomia	5	26,32
Cateter Vesical de Alívio	3	15,79
Outros Dispositivos Invasivos	3	15,79
Cateter Naso/Oro Gástrico	2	10,53
Drenos	2	10,53
PROCEDIMENTOS E CUIDADOS	N	%
Oxigenioterapia	14	73,68
Ventilação Mecânica	11	57,89
Hemotransfusão	11	57,89
Dieta Enteral	9	47,36
Suplementação Nutricional	9	47,36
Imobilização com tala gessada ou outras talas	4	21,05
Sutura	4	21,05
Hemodiálise	2	10,53
CURATIVOS	N	%
Curativo com Sulfadiazina de Prata	18	94,74
Curativo com Kollagenase	14	73,68
Curativo com Ácido Graxo Essencial (A.G.E / Ácidos Monocarboxílicos / Ácido Linoléico)	14	73,68
Curativo com Hidrocarbonetos	9	47,37
Curativo com Hidrofibra antimicrobiana / carboximetilcelulose sódica	6	31,58
Curativo com Malha de Polietileno com prata nanocristalina + rayon e poliéster absorventes	4	21,05
Curativo com Prontosan (Água purificada, 0,1% undecilaminopropil betaína, 0,1% polihexanida, glicerol, hidroxietilcelulose)	3	15,79
Outros Curativos Especiais*	3	15,79

Fonte: elaborada pelos autores, 2021.

* Constatou-se a ocorrência de mulheres que utilizaram curativos com hidrogel (1), hidropolímero (1), cavilon (Película Protetora sem Ardor - PPSA/Solução Polimérica) (1), hidrocolóide (1) e filme de proteção (1), cada uma delas um tipo de curativo, mas com uso simultâneo de coberturas distintas, assim como também ocorreu com demais curativos que compõem a tabela.

Todas as mulheres realizaram exames de imagem, principalmente radiografia de tórax (68,42%), e exames laboratoriais, com destaque para as culturas para pesquisa de microrganismos em secreção de pele em área da queimadura (63,16%), hemoculturas (47,37 %) e uroculturas (47,37 %).

O uso de medicamentos também foi frequente: todas (100,00%) fizeram uso de analgésicos/antitérmicos, e 94,74% utilizaram protetores gástricos (94,74%). O uso de antibióticos (78,95%) e de drogas vasoativas (epinefrina, 42,11%, e noradrenalina, 36,84%) se destacou pelo reflexo da gravidade e condições de saúde das vítimas.

As mulheres necessitaram ser submetidas a procedimentos cirúrgicos (78,95%), a maioria (78,95%) à cirurgia plástica, seguidas pela cirurgia geral (21,05%), vascular (15,79%), ortopédica (5,26%) e torácica (5,26%).

Diante da agressão sofrida e do tratamento hospitalar demandado, mais da metade (57,89%) apresentou alguma complicação, conforme mostra a tabela 3.

Quanto ao local de internação, mais da metade das mulheres (52,63%) necessitou de tratamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com média de 25 dias (DP: $\pm 19,54$) de permanência nesta unidade. A maioria (68,42%) das mulheres tiveram período de tratamento em enfermaria, com média de 28 dias (DP: $\pm 12,70$). O tempo total de permanência hospitalar variou de 5 a 99 dias, com média de 34 dias (DP: $\pm 25,28$).

Com relação ao desfecho, prevaleceu a alta hospitalar (78,95%), com a maioria das mulheres tendo sido encaminhadas ao ambulatório para continuidade do tratamento (73,68%), mesma porcentagem de mulheres com sequelas/limitações descritas em prontuário à alta (73,68%), com necessidade de retorno em serviços ambulatoriais no próprio hospital ou rede hospitalar da FHEMIG (63,16%) e, em um dos casos, reinternação para continuidade do tratamento (5,26%). Quatro mulheres (21,05%) evoluíram para óbito.

Tabela 3 – Complicações apresentadas pelas mulheres queimadas pelo parceiro atendidas em um hospital de referência. Belo Horizonte, 2016-2019 (n=19)

COMPLICAÇÃO	N	%
Sepses / choque séptico	10	52,63
Infecções de Pele	7	36,84
Microorganismo multirresistente	5	26,32
Complicações torácicas / respiratórias*	4	21,05
Insuficiência Renal Aguda (IRA)	3	15,79
Coagulopatia	3	15,79
Pneumonia	3	15,79
Lesão por Pressão (LPP)	3	15,79
Hemorragia digestiva	2	10,53
Traqueíte	2	10,53
Infecção do Trato Urinário (ITU)	2	10,53
Pneumotórax	2	10,53
Acidose Metabólica	2	10,53
Hemotórax	1	05,26
Outras Complicações**	6	31,58

Fonte: elaborada pelos autores, 2021.

* Complicações torácicas/respiratórias em que cada mulher apresentou uma das seguintes situações: Edema de laringe prolongado (1); Edema agudo de pulmão (1); Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo *(SDRA) (1); Fístula traqueo-esofágica (1).

** Dentre as outras complicações, cada mulher apresentou uma das destas: PCR (1); Rabdomiólise (1); Isquemia arterial (1); Hipercalcemia (1); Perda de enxertos de pele (1); Infecção ocular (1).

DISCUSSÃO

Perfil Sociodemográfico

Os dados do presente estudo apontaram para a vitimização por queimaduras por VPI, principalmente entre mulheres jovens e pardas. Demais estudos de violência doméstica corroboram a ocorrência em sua maioria entre mulheres jovens, em idade reprodutiva, pardas ou negras^(4-13,14), além de possível correlação entre menor idade na primeira união conjugal e maior paridade⁽¹⁵⁾. Estatística nacional mostrou

o início cada vez mais precoce do fenômeno nas relações, em que 39% das mulheres relataram primeiro episódio de agressão até os 19 anos de idade⁽⁴⁾, com aumento da tendência de mortalidade feminina por agressão particularmente entre mulheres jovens (20 a 39 anos) e pardas⁽⁷⁾.

Quanto ao nível educacional, a baixa escolaridade encontrada tem sido considerada um consistente fator de risco, principalmente por relacionar-se à baixa renda, desemprego e nível socioeconômico^(1,4,13). Pesquisa mostrou que 31% das mulheres agredidas pelo parceiro tinham ensino fundamental incompleto, e 30% ensino médio completo⁽⁴⁾. Entre as atividades laborais, estudos destacam a predominância da atividade doméstica e diaristas, seguidos de desempregadas^(7,9), semelhante aos achados desta pesquisa, que ainda constatou situação mais extrema, de mulheres vivendo em situação de rua quando da ocorrência da violência.

A menor escolaridade faz com que parcela relevante de mulheres se encontre na informalidade, sem renda fixa e sem controle sob as finanças domésticas, centrada na figura masculina da família, o que dificulta o rompimento do relacionamento abusivo, uma vez que há dependência econômica do agressor para se manter e sustentar os filhos^(5,7,14,16). Há o entendimento de que mulheres com níveis educacionais mais elevados provavelmente possuem mais acesso a informações e recursos sociais e financeiros, necessários para reconhecer e conseguir romper com o ciclo de violência, anterior aos eventos violentos⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Esses resultados apontam para a associação entre a violência contra a mulher oriunda do parceiro e as iniquidades: devido ao impacto das construções históricas e culturais, a mulher negra está inserida em um marcador de desvantagem social que geralmente a remete a um acúmulo de vulnerabilidades e predisposição às situações socioeconômicas desfavoráveis, como menor escolaridade e baixa renda, resultando, assim, na falta de equidade em saúde⁽¹⁴⁾.

Histórico de saúde

Em relação ao impacto da agressão, observa-se ampla evidência dos efeitos da

violência no desenvolvimento de morbidades físicas, transtornos mentais e influência na saúde social das mulheres agredidas^(2,7,9,17). Problemas crônicos de saúde, como hipertensão arterial, doenças cardíacas, acidente vascular encefálico, paralisia facial, transtornos de ansiedade e de estresse pós-traumático, depressão, distúrbios do sono e de alimentação, ideação suicida e comprometimentos da sexualidade são citados como consequências a longo prazo da violência sobre a saúde das mulheres^(7,17). Esses dados corroboram os resultados desta pesquisa, em que as mulheres queimadas apresentavam, principalmente, hipertensão arterial e distúrbios psiquiátricos, com uso de medicamentos antidepressivos.

Quanto aos efeitos agudos, a violência conjugal pode resultar em fraturas, lesões cerebrais traumáticas, lacerações da pele, queimaduras, como investigado neste estudo, podendo até mesmo levar à morte da mulher. Além disso, as mulheres que vivenciam abuso apresentam risco significativamente maior de envolver-se em comportamentos perigosos, como o abuso de álcool e drogas, e contrair infecções sexualmente transmissíveis⁽¹⁷⁾.

Caracterização da Agressão

Aproximadamente um terço dos casos atendidos foram de mulheres agredidas no município de Belo Horizonte, onde se localiza a instituição cenário. Entretanto, mulheres pertencentes a municípios da região metropolitana e cidades mais distantes também compuseram a amostra. Este dado reporta a gravidade dos casos e a resposta em rede de saúde, considerando ser a instituição cenário referência para atendimento ao grande queimado no estado de Minas Gerais.

Quanto ao vínculo com o agressor, o ato de queimar a parceira seguiu mesmo perfil da literatura geral acerca da violência doméstica, em que 52% das mulheres sofreram violência praticada pelo marido ou companheiro, 17% por ex-marido ou ex-companheiro, 4% namorado e 3% ex-namorado, com destaque para o crescimento das agressões cometidas por parceiros,

de 13%, em 2011, para 37% em 2019⁽⁴⁾, assim como no presente estudo, que também evidenciou maior porcentagem de agressão a mulheres com vínculo relacional de cônjuge com o agressor.

Ao invés de espaço pacífico e seguro, o domicílio representa a muitas mulheres local preponderante de violência. O sentimento de posse de alguns homens sobre suas parceiras e a naturalização e invisibilidade da violência doméstica tornam o ambiente intra-familiar imerso em uma dinâmica de estresse, conflitos e frustração crônicas, conduzido pelo comportamento possessivo e destrutivo do parceiro^(5,13,18). Tal situação associa-se à predominância dos episódios de agressão aos finais de semana, no período noturno e madrugada, quando se intensifica a exposição da mulher ao agressor na residência⁽¹³⁾.

Mesmo na suposta segurança de seus lares, muitas mulheres permanecem no relacionamento abusivo, devido a seu perfil característico, geralmente cíclico, com oscilação entre períodos violentos e de convivência não violenta, em que há uma escalada da intensidade da violência, que se inicia com atitudes leves, até atingir a agressão física⁽¹⁸⁾, cada vez mais traumática, em que se enquadram as queimaduras corporais⁽¹⁸⁾. As oscilações de atitudes atreladas ao medo de novas agressões e de repercussões sobre a família, em especial sobre os filhos, habitualmente limitam a autonomia da mulher e sua capacidade de busca efetiva de ajuda para romper com o ciclo da violência^(7,9,18-19).

O controle, a falta de autonomia e a opressão aos quais as mulheres são submetidas desde crianças favorecem, ainda na infância, situações de violência que poderão ser estendidas aos futuros relacionamentos e, muitas vezes, espelhadas em tomadas de decisão precipitadas ao longo da vida, em busca de liberdade e fuga da situação de agressividade já vivida dentro de casa. A naturalização da violência contribui para sua reprodução, por parte do agressor, e aceitação, por parte da vítima, atribuindo significados e sendo responsável pelas condutas tomadas e redução das possibilidades de enfrentamento⁽²⁰⁾.

Estudo anterior afirmou que a maior parte das mulheres mortas por agressão já havia sofrido episódios prévios de violência⁽¹⁶⁾. Isso demonstra que os comportamentos violentos são repetitivos e vão se tornando cada vez mais graves com o decorrer do tempo, fator que comprova uma fragilidade nas redes de atenção e proteção às mulheres nesta situação⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Com relação ao perfil do agressor, a baixa renda, pouca escolaridade, histórico de maus-tratos infantis, exposição à violência doméstica, bem como o uso de álcool e drogas ilícitas, têm sido apontadas como características comuns^(9-11,16,20). No presente estudo, houve relatos de consumo de álcool e uso de drogas ilícitas por parte do agressor, apesar de não corresponder à maioria deles. Fatores comportamentais e até mesmo experiências de vida podem influenciar o contexto da agressão, tornando a mulher mais exposta e vulnerável ao ciclo da violência^(9,11).

Estudos evidenciaram o uso do álcool em domicílio como principal agente causal⁽¹¹⁻¹²⁾. Neste estudo, álcool e gasolina foram os principais agentes utilizados na agressão contra as mulheres. Em uma revisão integrativa, o álcool líquido foi o principal agente causador, estando presente em 54% dos artigos⁽¹⁰⁾. Deve-se considerar que este elemento é um item acessível, de baixo custo, presente na maioria das residências brasileiras, além de ser extremamente inflamável, o que pode justificar a maior frequência de utilização desse item nos casos de queimadura⁽¹⁰⁾.

Além da queimadura corporal, neste estudo também foram identificados, em associação, a ocorrência de agressão por força corporal direta, perfuração por arma branca (PAB) e perfuração por arma de fogo (PAF). A promoção de políticas que tornem mais fácil a obtenção de armas pode resultar em um aumento do perigo enfrentado pelas mulheres vítimas de violência, algo que já foi comprovado pelo aumento dos casos de feminicídio no país⁽¹⁴⁾.

É notável que, quando a queimadura ocorre em conjunto com outras formas de violência,

estas também evidenciam um padrão de agressividade intencional impregnado pela raiva, como espancamentos, quedas de alturas, uso de força física ou armas⁽²¹⁾. De acordo com a perspectiva feminista, a violência doméstica surge da dinâmica de poder existente entre homens e mulheres, na qual o propósito da violência é estabelecer a dominação masculina que exerce controle sobre a mulher, relegando-a a uma posição de submissão⁽²¹⁾.

No entanto, a noção de que os homens têm o direito de agredir mulheres ainda é uma ideia pouco explorada na literatura, especialmente quando apresentada em conjunto com outros conceitos relacionados à violência entre parceiros íntimos, como a justificativa da violência⁽²²⁾. Em pesquisa conduzida por Rajan (2018) em uma comunidade do Nepal, foi observado que seus membros consideravam aceitável recorrer à violência contra a esposa quando ela ultrapassasse os limites do comportamento aceitável elas imposto. Para alguns desses membros, a agressão física era encarada como um método para socializar a mulher e adequá-la a um papel apropriado dentro do ambiente doméstico.

Além dos impactos diretos, em termos de custos sociais e econômicos, essa forma de violência pode resultar no isolamento das mulheres, insegurança no ambiente doméstico, dificuldades para manter emprego, perda de renda, restrição na participação em atividades rotineiras, além de limitar sua capacidade de autocuidado e de cuidar de seus filhos⁽³⁾.

Assistência em Saúde

Em relação à assistência à saúde, este estudo evidencia que mulheres vítimas de VPI percorrem a Rede de Atenção às Urgências, utilizando desde o serviço de atendimento pré-hospitalar, como SAMU e corpo de bombeiros, passando pelo nível de atendimento secundário, como as UPAS, chegando aos hospitais de alta complexidade. Assim, como é previsto pelo Sistema Único de Saúde, ressalta-se a necessidade de articulação das redes de atendimento, utilizando

fluxos adequados de encaminhamento, para que essa usuária possa ter suas necessidades de saúde atendidas de forma integral⁽²³⁾.

No que tange ao atendimento dessas mulheres, a natureza complexa do acolhimento ainda é um desafio para o setor de saúde. Um estudo brasileiro demonstrou que mulheres violentadas enfrentam obstáculos para buscar assistência de saúde, pois muitas vezes são impedidas tanto pelo parceiro quanto pela família dele, no intuito de protegê-lo das consequências legais devido ao possível envolvimento em atividades criminosas e processos judiciais em andamento⁽¹⁶⁾. Essas informações justificam os achados deste estudo, pois, apesar de as mulheres atendidas estarem, em sua maioria, com nível de consciência e orientação preservados (escore de 15 na Escala de Coma de Glasgow), apresentaram dificuldade em relatar de imediato a natureza da violência nos serviços de saúde.

Em muitos países, é incomum que profissionais da saúde questionem regularmente as mulheres sobre seu envolvimento em relacionamentos abusivos ou verifiquem a presença de sinais típicos de violência⁽²³⁻²⁴⁾. Tal fato relaciona-se aos resultados desta pesquisa referentes à constatação tardia, por médicos ou assistentes sociais, em sua maioria, de que a lesão foi motivada por violência doméstica, o que geralmente não ocorre no momento da admissão. Essa falta de preparo muitas vezes resulta em uma incapacidade de lidar adequadamente com as consequências decorrentes da violência⁽²³⁾. Assim, quando lesões físicas não podem ser adequadamente explicadas pelo relato, sinais e sintomas, ou pelo histórico detalhado, certas declarações das mulheres podem servir como um sinal de alerta e indicar a suspeita de agressão⁽²⁴⁾.

À admissão, as participantes deste estudo foram classificadas, em sua maioria, em caráter de muita urgência (classificação laranja) e emergência (vermelho), demonstrando o perfil crítico dessa população. Neste estudo observa-se mulheres com pouco

comprometimento neurológico (maioria com escore na Escala de Coma de Glasgow entre 14-15), entretanto com SCQ superior a 10% e queimaduras classificadas como muito graves. A magnitude da gravidade clínica também pôde ser reconhecida nos tipos de lesões físicas encontradas durante a avaliação dessas pacientes: maior ocorrência de queimaduras, com predominância de segundo e terceiro grau, respectivamente, apresentando perfil de alta gravidade⁽¹²⁾. Em relação a SCQ, assim como os achados desta pesquisa, sabe-se que elas são consideravelmente amplas, abrangendo desde indivíduos que apresentam queimaduras leves até os casos com risco iminente de morte⁽¹⁰⁾.

Sobre a predominância das regiões anatômicas afetadas pelas queimaduras, destaca-se a torácica, os membros superiores e os membros inferiores, seguidos de trauma em face. Discute-se que as lesões nos membros podem representar um comportamento defensivo da vítima, usando-os como proteção, principalmente sobre a face, região associada à humilhação quando agredida⁽¹⁶⁾.

Dados do presente estudo corroboram com estudo nacional⁽¹⁰⁾ e evidenciam a elevada necessidade de administração medicamentosa e cuidados intensivos durante a hospitalização, com realização de procedimentos invasivos e cirúrgicos, na tentativa de diminuir o sofrimento das pacientes. Por um lado, se a permanência da mulher queimada por tempo prolongado e a oferta ininterrupta de cuidados contribui para sua sobrevivência^(11,12), por outro, os custos com as hospitalizações sobrecarregam substancialmente os serviços de saúde⁽¹⁰⁾. Estudo americano demonstrou que o custo vitalício por violência praticada pelo parceiro íntimo é maior do que de US\$ 100.000 por vítima do sexo feminino, e o ônus econômico acumulado é de quase US\$ 3,6 trilhões. Os custos médicos representam 59% (US\$ 2,1 trilhões), a perda de produtividade 37% (US\$ 1,3 trilhão), a justiça criminal custa 2% (US\$ 73 bilhões), e outros custos, como perdas/danos à propriedade, representam os 2% restantes (US\$ 62 bilhões)⁽²⁵⁾.

No pós-queimadura, verifica-se que o paciente queimado requer um tratamento complexo, pois adquire uma condição de saúde precária e muitas vezes instável, já que há comprometimento dos aspectos físicos e psicoemocionais, passagem por alguns períodos de preocupação com a sobrevivência, além de momentos de tristeza profunda, depressão, ansiedade generalizada e estresse, raiva e dependência até a recuperação total⁽¹⁰⁾. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de uma rede de suporte, geralmente composta por profissionais de saúde, amigos e familiares, para estabelecer as relações de apoio e compreensão do momento vivido, sendo importante o manejo terapêutico correto para diminuir o estresse e o sofrimento da paciente⁽¹⁶⁾.

Particularmente, o enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, desempenha um papel significativo no enfrentamento da violência, utilizando estratégias acolhedoras que colocam a vítima como protagonista das ações de cuidado direcionadas ao problema. Isso permite redirecionar seu caminho futuro, mantendo o sigilo e respeitando seus direitos, uma vez que é uma situação na qual a mulher se sente envergonhada e estigmatizada⁽¹⁶⁾. O enfermeiro também pode contribuir para o desenvolvimento de uma prática científica e humanizada, que valorize, compreenda e leve em consideração as experiências e percepções das mulheres, seus desejos e valores em relação ao contexto de vida, respaldado por valores éticos que promovam os direitos humanos das mulheres e a igualdade de gênero⁽⁹⁾.

Diante disso, há a recomendação de que as ações e serviços (unidades de saúde, delegacias de mulheres, casas de apoio à mulher agredida) sejam implementados em locais estratégicos para atender a essa população. Em suas práticas de ação, devem englobar as estratégias de redução da morbimortalidade feminina, principalmente por causas evitáveis, como é o caso das queimaduras de mulheres causadas por seus parceiros íntimos⁽¹⁻³⁾. Grande parte das mulheres agredidas não possuem acesso a

esse tipo de atenção, mesmo considerando a violência doméstica como um grave problema de saúde pública⁽¹⁰⁾.

Isto posto, é evidente a necessidade de construção de novas políticas públicas. No entanto, nos casos de trauma por queimadura, não existem ações direcionadas ou prioritárias no campo de atenção à saúde, exceto pela única ação preventiva intitulada “Luta contra as queimaduras”, em 6 de junho, que engloba os demais casos de queimaduras e utilizam estratégias educativas para eliminar os riscos mais comuns associadas a esse tipo de trauma⁽¹⁰⁾.

Embora os dados deste estudo sejam relevantes, é importante ressaltar algumas limitações. A primeira diz respeito à seleção dos casos, uma vez que foram coletados em um serviço específico de atendimento especializado, o que pode gerar influência nos resultados. Além disso, é necessário considerar que o número de mulheres que buscaram esse serviço não reflete a totalidade dos casos de agressão, uma vez que algumas vítimas podem optar por não procurar ajuda devido a sentimentos de vergonha, medo da reação do agressor ou agravamento da violência. A subnotificação de casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e a ausência de registros detalhados nos prontuários médicos também podem ter limitado a abrangência e profundidade das análises realizadas.

Salienta-se a importância de estudos que avancem para a obtenção de dados qualitativos, visto a incompletude de registros quantitativos, como forma de exaltar a necessidade de complementação dos dados e expor a relevância do problema proposto.

CONCLUSÃO

A partir da análise do perfil epidemiológico de mulheres que sofreram agressão de seu companheiro/parceiro íntimo por meio de queimadura corporal, foi possível identificar que estas, em sua maioria, eram jovens, pardas, com nível médio de escolaridade, que estavam dentro de seu domicílio ao serem agredidas,

necessitaram de atendimento de urgência e emergência de alta complexidade, em centro de referência para tratamento de queimaduras, requerendo internação hospitalar, diversos exames de imagem, laboratoriais e procedimentos cirúrgicos. A maioria recebeu alta hospitalar, com encaminhamento para continuidade dos cuidados de forma ambulatorial, e apresentou sequelas/limitações.

Espera-se que este estudo seja fomento para que os serviços de saúde estabeleçam mecanismos de rastreamento e investigação da violência contra a mulher, especialmente no contexto da atenção primária. Essas medidas têm como objetivo prevenir o agravamento dos casos e o aumento da complexidade, proporcionando uma abordagem precoce e adequada para identificar e oferecer suporte às vítimas. Ao implementar esses mecanismos, é possível intervir de forma mais eficaz, promovendo a segurança e o bem-estar das mulheres em situação de violência.

Além disso, é fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para realizar a investigação, o registro, a notificação e a orientação adequada às mulheres nos diferentes níveis de atenção à saúde. No entanto, devido à complexidade que envolve o silêncio que muitas vezes cerca esse fenômeno, é necessário adotar estratégias de acionamento da vigilância por parte dos serviços de atenção básica. Isso inclui a criação de espaços seguros onde as mulheres possam refletir sobre o valor de suas vidas, facilitando, assim, a identificação da violência, e proporcionando o suporte necessário para a promoção de sua saúde e bem-estar.

REFERÊNCIAS

1. Pan American Health Organization; World Health Organization. Resolution DC54.R12 of the 54th Directing Council. Violence against women: Strategy and plan of action on strengthening the health system to address violence against women [Internet]. Washington, DC, 2015. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18386/CD549Rev2_eng.pdf?sequence=7&isAllowed=y.

2. Mittal M; Paden McCormick A; Palit M; Trabold N; Spencer. C. A Meta-Analysis and Systematic Review of Community-Based Intimate Partner Violence Interventions in India. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2023; 20(7):5277. DOI: [10.3390/ijerph20075277](https://doi.org/10.3390/ijerph20075277).
3. World Health Organization. Violence against women: intimate partner and sexual violence against women: evidence brief (No. WHO/RHR/19.16). World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-19.16>.
4. Senado Federal (BR). Pesquisa DataSenado: violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher contra a Violência; 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasetenado/arquivos/violencia-domestica-e-familiar-contr-a-mulher-2021>.
5. Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev Bras Epidemiol*. 2020; 23:e200033. DOI: [10.1590/1980-5497202000033](https://doi.org/10.1590/1980-5497202000033).
6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da violência 2020. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>.
7. Silva NP, Araújo JC de S, Quadros MKG, Araújo STC de, Figueiredo NMA de, Silva AMBF da. Analysis of the occupational performance in women victims of domestic violence. *Res Soc Dev*. [Internet]. 2020; 9(5):e143953291. DOI: [10.33448/rsd-v9i5.3291](https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3291).
8. Ferreira PC, Batista VC, Lino IGT, Marquete VF, Pesce GB, Marcon SS. Caracterização dos casos de violência contra mulheres. *Rev Enferm UFPE Online*. 2020; 14:e243583. DOI: [10.5205/1981-8963.2020.243583](https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243583).
9. Gomes ICR, Biondo CS, Maia ACD-SA, Rodrigues VP, Vilela ABA. Representações sociais de mulheres sobre a violência doméstica. *Rev enferm Cent.-Oeste Min*. [Internet]. 31 dez. 2021; 11. DOI: [10.19175/recom.v11i0.4252](https://doi.org/10.19175/recom.v11i0.4252).
10. Salamoni SS, Massa LDB. Mulheres queimadas: uma revisão integrativa de publicações nacionais. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2017; 16(1):34-44. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/345/pt-BR/mulheres-queimadas--uma-revisao-integrativa-de-publicacoes-nacionais>.
11. Lama BB, Duke JM, Sharma NP et al. Intentional burns in Nepal: a comparative study. *Burns* [Internet]. 2015; 41(6):1306-1314. DOI: [10.1016/j.burns.2015.01.006](https://doi.org/10.1016/j.burns.2015.01.006).
12. Jeschke MG, van Baar ME, Choudhry MA et al. Burn injury. *Nat Rev Dis Primers*. 2020; 6(1):11. DOI: [10.1038/s41572-020-0145-5](https://doi.org/10.1038/s41572-020-0145-5).
13. Mascarenhas MDM, Souza ER, Silva MMA et al. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2020; 23(Suppl 1):e200007. DOI: [10.1590/1980-549720200007.supl.1](https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1).
14. Vasconcelos NM, de Andrade FMD, Gomes CS, Pinto IV, Malta DC. Prevalence and factors associated with intimate partner violence against adult women in Brazil: National Survey of Health, 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2021; 24(2):e210020. DOI: [10.1590/1980-549720210020.supl.2](https://doi.org/10.1590/1980-549720210020.supl.2).
15. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Rev Panam Salud Publica*. 2019; 43:e26. DOI: [10.26633/RPSP.2019.26](https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.26).
16. Batista VC, Marcon SS, Peruzzo HE et al. Prisioneiras do sofrimento: percepção de mulheres sobre a violência praticada por parceiros íntimos. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(1):1-10. DOI: [10.1590/0034-7167-2019-0219](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0219).
17. Stubbs A, Szoek C. The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: A systematic review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2022; 23(4):1157-1172. DOI: [10.1177/1524838020985541](https://doi.org/10.1177/1524838020985541).
18. Sacco MA, Caputo F, Ricci P et al. The impact of the Covid-19 pandemic on domestic violence: the dark side of home isolation during quarantine. *Medico-Legal J*. 2020 Jul; 88(2):71-73. DOI: [10.1177/0025817220930553](https://doi.org/10.1177/0025817220930553).
19. Aragão CMC, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Andrade JX. Mulheres silenciadas: mortalidade feminina por agressão no Brasil, 2000-2017. *Rev. Baiana de Saúde Pública* [Internet]. 2020; 44(1):55-67. DOI: [10.22278/2318-2660.2020.v44.n1.a3180](https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n1.a3180).
20. Machado DF, Castanheira ERL, Almeida MAS. Interseções entre socialização de gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021; 26(3):5003-5012. DOI: [10.1590/1413-812320212611.3.02472020](https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.02472020).
21. Rajan H. When Wife-Beating Is Not Necessarily Abuse: A Feminist and Cross-Cultural Analysis of the Concept of Abuse as Expressed by Tibetan Survivors of Domestic Violence. *Violence Against Women*. 2018; 24(1):3-27. DOI: [10.1177/1077801216675742](https://doi.org/10.1177/1077801216675742).
22. Guracho YD, Bifttu BB. Women's attitude and reasons toward justifying domestic violence in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Afr Health Sci*. 2018; 18(4):1255-1266. DOI: [10.4314/ahs.v18i4.47](https://doi.org/10.4314/ahs.v18i4.47).

23. Nascimento VF, Rosa TF, Terças ACP, Hattori TY, Nascimento VF. Desafios no atendimento à casos de violência doméstica contra a mulher em um município matogrossense. Arq. Cienc. Saúde UNIPAR. 2019; 23(1):15-22. DOI: [10.25110/arqsaude.v23i1.2019.6625](https://doi.org/10.25110/arqsaude.v23i1.2019.6625).

24. Bakon S, et al. The provision of emergency health-care for women who experience intimate partner

violence: part 1: an integrative review. Emergency Nurse. 2019 Nov;27(6):19-25. DOI: [10.7748/en.2019.e1950](https://doi.org/10.7748/en.2019.e1950).

25. Peterson C, Kearns MC, McIntosh WL et al. Lifetime economic burden of intimate partner violence among U.S. adults. Am J Prev Med. 2018; 55:433-44. DOI: [10.1016/j.amepre.2018.04.049](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.049).

Editores responsáveis:

Patrícia Pinto Braga | Editora Chefe

Edilene Aparecida Araujo da Silveira | Editora Científica

Nota: Não houve financiamento por agência de fomento.

Recebido em: 08/02/2023

Aprovado em: 11/08/2023

Como citar este artigo:

Fonseca CN, Sousa FCP, Sá PM, Morais DA, Souza KV, Corrêa AR. Perfil de mulheres atendidas em hospital de alta complexidade devido a agressão por queimadura pelo parceiro. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2023; 13:e4990. [Access ____]; Available in: _____. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v13i0.4990>.