

ÍNDICE DE CHOQUE E DE MORTALIDADE EM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL ASSISTIDAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

SHOCK AND MORTALITY RATE IN VICTIMS OF INTERPERSONAL VIOLENCE ASSISTED IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

SHOCK Y TASA DE MORTALIDAD EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTERPERSONAL ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Servir, 2(04), e28429

DOI:10.48492/servir0204.28429

Natália Almeida Lopes Figueiredo<sup>1</sup>  
Madalena Cunha<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal (nataliafigueiredo@sapo.pt)  
<https://orcid.org/0000-0002-8729-0973>

<sup>2</sup>Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Viseu Portugal; Health Sciences Research Unit: Nursing, Nursing School of Coimbra, Portugal; SIGMA – Phi Xi Chapter, ESEnC, Coimbra, Portugal; CIEC- UM, Braga, Portugal (<https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>) | <https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>

Corresponding Author

Natália Almeida Lopes Figueiredo  
Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE- Av. Rei D.  
Duarte  
3504-509 Viseu, Portugal  
nataliafigueiredo@sapo.pt

RECEIVED: 31st October, 2022  
ACCEPTED: 16th January, 2023  
PUBLISHED: 6th March, 2023

2023



## RESUMO

**Introdução:** O conhecimento do índice de choque e de mortalidade das vítimas de violência interpessoal permite implementar intervenções ajustadas com o intuito de aumentar a sua sobrevivência.

**Objetivo:** Determinar o índice de choque e de mortalidade em vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência.

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

**Resultados:** Predomínio no género masculino (63.0%) com média de idades de 45.6 anos, com maior registo de admissões ao domingo (18.5%), no período da tarde (54.0%), com prioridade urgente (67.5%) e discriminador “dor moderada” (50.0%), com maior registo de violência física (99.5%). O choque ligeiro (60.7%) e o baixo índice de mortalidade (95.4%) foram os mais representativos.

**Conclusão:** Deve ser dada especial atenção às vítimas de violência na comunidade e mais jovens. A aplicação das escalas Schok Índex e MGAP, permite estabelecer intervenções diferenciadas de acordo com as alterações hemodinâmicas da vítima, reduzindo o risco de mortalidade.

**Palavras-chaves:** violência interpessoal; índice de choque; índice de mortalidade; urgência

## ABSTRACT

**Introduction:** The Knowledge of the shock and mortality rate of these victims of interpersonal violence allows to implement adjusted interventions in order to increase their survival.

**Objective:** To determine the rate of shock and mortality in victims of interpersonal violence assisted in the emergency department.

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

**Results:** Male predominance (63.0%) with a mean age of 45.6 years, with a higher record of admissions on Sunday (18.5%), in the afternoon (54.0%), with urgent priority (67.5%) and discriminator “pain moderate” (50.0%), with a higher record of physical violence (99.5%). Mild shock (60.7%) and low mortality rate (95.4%) were the most representative.

**Conclusion:** Giving special attention to victims of violence in the community and younger. The application of the Schok Index and MGAP scales allows establishing differentiated interventions according to the victim’s hemodynamic changes, reducing the risk of mortality.

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

## RESUMEN

**Introducción:** El conocimiento del shock y la tasa de mortalidad de las víctimas de violencia interpersonal permite implementar intervenciones ajustadas para aumentar su supervivencia.

**Objetivo:** Determinar la tasa de shock y mortalidad en víctimas de violencia interpersonal atendidas en el servicio de urgencias.

**Métodos:** Estudio observacional, de cohorte transversal y enfoque retrospectivo, en una muestra de 221 víctimas de violencia interpersonal, ingresadas en el servicio de urgencias de un hospital de la región central de Portugal. Se aplicaron las escalas Schok Index (Mutschler, et al., 2013) y MGAP (Sartorius et al., 2010). El estudio recibió opinión favorable del Comité de Ética en Salud de la institución.

**Resultados:** Predominio del sexo masculino (63,0 %) con una edad media de 45,6 años, con mayor registro de ingresos el domingo (18,5 %), por la tarde (54,0 %), con prioridad urgente (67,5 %) y discriminador “dolor moderado” (50,0%), con mayor registro de violencia física (99,5%). El shock leve (60,7%) y la baja tasa de mortalidad (95,4%) fueron los más representativos.

**Conclusión:** Debe prestarse especial atención a las víctimas de violencia en la comunidad y más jóvenes. La aplicación de las escalas Índice de Schok y MGAP permite establecer intervenciones diferenciadas según los cambios hemodinámicos de la víctima, reduciendo el riesgo de mortalidad.

**Palabras Clave:** violencia interpersonal; índice de choque; tasa de mortalidad; urgencia

## Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

Nos últimos anos, uma ampla gama de Trauma Scoring Systems (TSS) foi desenvolvida. Neste estudo pretende-se verificar a aplicabilidade das escalas Schok Index (SI) e a Mechanism/Glasgow coma scale/Age/Pressure (MGAP) score.

A aplicação do SI e da MGAP pode ser facilmente realizado no cenário de trauma (contexto pré-hospitalar) e no ambiente hospitalar. Além disso, ambas as escalas são preditoras da gravidade de trauma e do índice de mortalidade da vítima, permitindo ajudar os profissionais de saúde nos serviços de urgência a reconhecer a gravidade do trauma, determinar intervenções diferenciadas e adequadas ao doente de forma mais célere.

Constitui-se assim importante conhecer o índice de choque e de mortalidade destas vítimas, estratificado pelas escalas SI e MGAP, a fim de atingir uma prestação de cuidados de excelência.



Este estudo integra-se no projeto de Investigação “Evidências para Não Arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta” (código de referência/ identificação: PROJ/UniCiSE /2017/0001), da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCiSE) da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV).

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

Na procura de novo conhecimento que fundamente boas práticas sobre esta problemática, emergem questões às quais procuraremos dar resposta, partindo das seguintes questões gerais de investigação: Qual o índice de choque e de mortalidade em vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência?

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

## 1. Métodos

Estudo observacional com análise quantitativa, coorte transversal e foco retrospectivo, através de recolha de dados clínicos em vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência numa região do centro de Portugal. A população centra-se em indivíduos adultos com idade igual ou superior a 18 anos.

### 1.1 Amostra

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

### 1.2 Instrumentos de recolha de dados

A Grelha de recolha de dados construída por Figueiredo & Cunha (2021), é constituída por itens referentes às variáveis sociodemográficas (idade; género; nacionalidade; estado civil; local de residência; distrito da residência), variáveis de contexto da agressão (data de admissão; dia da semana, número de idas ao serviço de urgência por agressão e transporte), variáveis de contexto clínico (fluxograma de triagem Manchester; discriminador; prioridade atribuída; parâmetros vitais tais como: dor, escala de coma de glasgow (ECG), tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC), saturação periférica de oxigénio (SpO2); agente de agressão, localização da lesão, alterações emocionais, psicológicas e comportamentais, tipologia e natureza da agressão, tempo de permanência no serviço de urgência, lesão, exames complementares de diagnóstico (ECD), encaminhamentos e destino) e variáveis antecedentes pessoais (patologia psiquiátrica, consumo de substâncias, consumo de fármacos e história prévia de violência).

Para a análise o índice de choque aplicou-se a escala de SI que é considerada uma escala preditora confiável de hipovolémia em doentes com trauma. A mesma resulta da divisão da FC pela PAS. Mutschler, et al., (2013), citado por Mota, et al., (2021), estratificam o SI em 4 classes. A operacionalização desta variável corresponde às quatro classes da estratificação do índice de choque destes autores, tal como descrito na tabela 1. Quanto maior o score final e consequentemente a classe atribuída, maior é a gravidade e o risco de choque hemorrágico da vítima.

**Tabela 1 – Operacionalização da variável índice de choque pela escala shock index**

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

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

Para aferir a variável índice de mortalidade foi aplicada a escala MGAP. Sartorius, et al. (2010) citado por Rahmani, et al. (2017), demonstraram que o mecanismo de trauma, o índice de reatividade de Glasgow, a idade e a pressão arterial sistólica (MGAP) podem prever com precisão a taxa de mortalidade dos doentes com trauma admitidos no serviço de urgência. O score da escala varia de 3 e 29, sendo definidos três níveis de gravidade, tal com se encontra descrito na tabela 2. Quanto menor o score final, maior o risco de mortalidade da vítima.

**Tabela 2 – Operacionalização do índice de mortalidade pela escala MGAP**

Variáveis	Scores	Índice de mortalidade
Idade		Baixo risco (23- 29) Risco intermédio (18- 22) Alto risco (3- 18)
< 60 anos	5	
> 60 anos	0	
Escala de Coma de Glasgow	3-15 (índice de reatividade de glasgow)	
Mecanismo de trauma		
Contundente	4	
Penetrante	0	
TAS		
> 120 mmHg	5	
60 – 120 mmHg	3	

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

### 1.3 Procedimentos

O estudo integra-se no Projeto de investigação “Evidências para Não arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta”, realizado em parceria UniCise, da ESSI do Instituto Politécnico de Viseu e o CHTV. Obteve autorização do Conselho de Administração do CHTV, com parecer favorável da Comissão de Ética da instituição, com a referência 07/14/05/2021, emitido a 14 de maio de 2021. Toda a informação recolhida foi sujeita a pseudoanonimização, não dispondo de elementos de identificação pessoal, sendo assegurado o tratamento confidencial dos dados. Para a análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva e à análise inferencial, sendo o tratamento estatístico processado através do programa SPSS 26.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, utilizaram-se o nível de significância de 5%.

## 2. Resultados

A amostra contém 211 vítimas, com uma idade mínima de 18 anos e máxima de 88 anos e uma média de idades de 45.6 anos (dp = ± 17 anos). Distribui-se em 133 vítimas do género masculino (63.0%) e 78 vítimas do género feminino (37.0%).

Prevalencem as vítimas com idade entre os 18 anos e os 49 anos (58.8%), sendo o género masculino mais representativo (40.3%) em relação ao género feminino (18.5%). Residentes na sua maioria em meio rural (56.4%), sendo 37.9% do género masculino e 18.5% do género feminino, no distrito de Viseu (93.8%), com nacionalidade portuguesa (98.6 %) e estado civil, após recodificação da variável em: sem companheiro que engloba os solteiros, divorciados e viúvos e



com companheiro que anexa os casados e os que coabitam em união de facto, verifica-se que 66.7% coabitam com companheiro, sendo que, no género feminino prevalecem as vítimas que coabitam com companheiro (54.2%) e no género masculino predominam os que vivem sem companheiro (29.2%), tal como poderemos confirmar pela tabela 3.

**Tabela 3 – Variáveis sociodemográficas em função do género**

Género Variáveis	Feminino		Masculino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N (78)	% (37.0)	N (133)	% (63.0)	N (211)	% (100.0)	1	2		
Grupo etário										
<35 anos	17	8.1	45	21.3	62	29.4	-1.9	1.9	6.725	0.081
35-49 anos	22	10.4	40	19.0	62	29.4	-0.3	0.3		
50-64 anos	24	11.4	36	17.1	60	28.4	0.6	-0.6		
>65 anos	15	7.1	12	5.7	27	12.8	2.1	-2.1		
Residência										
Urbano	39	18.5	53	25.1	92	43.6	1.4	-1.4	2.060	0.151
Rural	39	18.5	80	37.9	119	56.4	-1.4	1.4		
Distrito										
Viseu	70	33.2	128	60.7	198	93.8	-1.9	1.9	3.590	0.058
outro	8	3.8	5	6.2	13	6.2	1.9	-1.9		
Nacionalidade										
Portuguesa	77	36.5	131	62.1	208	98.6	0.1	-0.1	0.017	0.896
Outra	1	0.5	2	0.9	3	1.4	1.4	-1.4		
Estado Civil										
Sem companheiro	1	4.2	7	29.2	8	33.3	-3.2	3.2	10.371	0.001
Com companheiro	13	54.2	3	12.5	16	66.7	3.2	-3.2		

Pela análise da tabela 4, apuramos que o turno da tarde foi o mais registado na admissão ao SU com 114 vítimas (54.0%), sendo 34.6 % do género masculino e 19.4 % do género feminino. O dia da semana mais representativo foi o domingo com 39 vítimas admitidas (18.5 %), prevalecendo o género masculino (13.3 %), seguido do sábado (17.5 %) e quinta-feira (16.6 %). Como número de idas ao SU, o registo de um episódio único de admissão foi o mais prevalente (92.9%) em ambos os géneros, no entanto, quando existe mais do que um episódio de admissão, o género masculino (4.3 %) prevalece sobre o género feminino (2.8%). O transporte por meios INEM/ Ambulância foram os mais utilizados (63.5 %), seguido do transporte próprio (32.2%). O fluxograma mais atribuído foi o da agressão (82.5 %), no entanto, verificou-se que 17.5 % das vítimas foram triadas por outros fluxogramas tais com: cefaleia, dor cervical, dor lombar, dor torácica, feridas, grande traumatismo, mordeduras e picadas, queda, TCE, estado de inconsciência/síncope, problemas nos membros, problemas faciais, problemas oftalmológicos, problemas nos ouvidos, por não terem especificado no momento de triagem terem sido vítimas de agressão. A dor moderada foi o discriminador mais atribuído (47.4 %), com maior prevalência na prioridade urgente (77.7 %) em ambos os géneros, assim como a dor moderada (75.8 %) e o índice de reatividade de Glasgow sem alterações (98.6 %), ou seja, com um score na ECG de 15. A maioria das vítimas não realizou colheita para determinação da taxa de alcoolémia (69.7 %), no entanto, das que a realizou, destacou-se o género masculino com valores de alcoolémia superior ou igual a 0.5 g/l em 18.5 %. Predominou a violência física (99.5%) e a violência não específica (49.3%). Das vítimas em que foi possível classificar o tipo de violência sofrida, observa-se maior prevalência da violência na comunidade (25.6%), de igual modo para o género masculino (14.2%). Já para o género feminino predomina a violência familiar/ parceiros íntimos (18.0%).

Apuramos que a patologia psiquiátrica em 16.6% das vítimas foi mais representativa no género feminino (9.5%) do que no género masculino (7.1%) e que o consumo de substâncias (droga e álcool) registados em 17.1% das vítimas foi mais prevalente no género masculino (15.2%) do que no género feminino (1.8%), sendo mais representativo o consumo

de álcool do que o consumo de droga (10% VS 0.9%) no género masculino. O consumo de fármacos (psicofármacos e outros fármacos) em 12.3% das vítimas foi mais prevalente no género feminino (8.6%) do que no género masculino (3.7%) e o registo de história prévia de violência observado em 9.0% das vítimas, pontuou mais no género masculino (5.2%) do que no género feminino (3.8%). Processada a recodificação da variável antecedentes pessoais, constitui-se dois grupos (sem antecedentes e com antecedentes) de forma a possibilitar o tratamento estatístico desta variável. Sem antecedentes pessoais, registamos mais de metade das vítimas (63.5%) e com antecedentes, o maior percentual (21.3%) recai sobre o género masculino, enquanto o género feminino corresponde a 15.2%.

As vítimas permaneceram em média 5 horas e 59 minutos no serviço de urgência. O agente de agressão com maior registo foi o contundente (89.6%) e a localização da agressão mais prevalente foi o crânio (46.9%), seguido da face (44.1%) e dos membros superiores (33.2%). As feridas (28.4%), os hematomas (25.1%) e o edema (17.1%), em ambos os géneros foram as lesões com maior registado. Como exames complementares de diagnóstico (ECD) realizados, prevaleceram as radiografias (79.15%), a TAC (66.8%) e as análises (18.9%).

As vítimas foram maioritariamente encaminhadas para a consulta de medicina geral e familiar (31.3%), Otorrinolaringologia (5.7%), maxilofacial e ortopedia em 3.8%. A consulta de enfermagem foi também a que apresentou maior registo (27.0%), por necessidade de continuidade de medidas terapêutica.

A maioria das vítimas teve alta para o domicílio (88.6%), 4.7% tiveram necessidade de internamento pela gravidade das lesões e estado clínico da vítima e 5.2 % abandonaram o serviço contra parecer médico.

**Tabela 4 – Caracterização do contexto de agressão em função do género**

Género Variáveis	Feminino		Masculino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (78)	% (37.0)	N (133)	% (63.0)	N (211)	% (100.0)	1	2		
Turno de entrada										
Noite	13	6.2	41	19.4	54	25.6	-2.3	2.3	10.456	0.005
Manhã	24	11.4	19	9.0	43	20.4	2.9	-2.9		
Tarde	41	19.4	73	34.6	114	54.0	-0.3	0.3		
Dia da semana										
Domingo	11	5.2	28	13.3	39	18.5	-1.3	1.3	11.024	0.088
2ª feira	15	7.1	12	5.7	27	12.8	2.1	-2.1		
3ª feira	10	4.7	15	7.1	25	11.8	0.3	-0.3		
4ª feira	3	1.4	14	6.6	17	8.1	-1.7	1.7		
5ª feira	17	8.1	18	8.5	35	16.6	1.6	-1.6		
6ª feira	9	4.3	22	10.4	31	14.7	-1.0	1.0		
Sábado	13	6.2	24	11.4	37	17.5	-0.3	0.3		
Idas ao SU										
Uma	72	34.1	124	58.8	196	92.9	-0.3	0.3	0.064	0.801
Duas ou mais	6	2.8	9	4.3	15	7.1	0.3	-0.3		
Transporte										
INEM /Ambulância	50	23.7	84	39.8	134	63.5	0.1	-0.1	0.059	0.971
Próprio	25	11.8	13	20.4	68	32.2	0.0	0.0		
Outro	3	1.4	6	2.8	9	4.3	-0.2	0.2		
Fluxograma										
Agressão	65	30.8	109	51.7	174	82.5	0.3	-0.3	0.065	0.799
Outros	13	6.2	24	11.4	37	17.5	-0.3	0.3		



Género Variáveis	Feminino		Masculino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (78)	% (37.0)	N (133)	% (63.0)	N (211)	% (100.0)	1	2		
Discriminador										
Dor ligeira	11	5.2	13	6.2	24	11.4	1.0	-1.0	13.823	0.032
Dor moderada	44	20.9	56	26.5	100	47.4	2.0	-2.0		
Dor severa	3	1.4	1	0.5	4	1.9	1.6	-1.6		
Hist. Perda consciência	3	1.4	5	2.4	8	3.8	1.6	-1.6		
P/G hemorragia	8	3.8	39	18.5	47	22.3	-3.2	3.2		
Problemas Recentes	1	0.5	3	1.4	4	1.9	-0.5	0.5		
Outro	8	3.8	16	7.6	24	11.4	0.4	0.4		
Prioridade										
Sem prioridade	2	0.9	1	0.5	3	1.4	1.1	-1.1	5.428	0.365
Não urgente	2	0.9	0	0.0	2	0.9	1.9	-1.9		
Pouco urgente	11	5.2	18	8.5	29	13.7	0.1	-0.1		
urgente	58	27.5	106	50.2	164	77.7	-0.9	0.9		
Muito urgente	5	2.4	7	3.3	12	5.7	0.3	-0.3		
Emergente	0	0.0	1	0.5	1	0.5	-0.8	0.8		
Dor										
Sem dor (0)	1	0.5	2	0.9	3	1.4	-0.1	0.1	1.380	0.710
Dor ligeira (1-4)	14	6.6	27	12.8	41	19.4	0.4	0.4		
Dor moderada 5-7)	59	28.0	101	47.9	160	75.8	0.0	0.0		
Dor severa (8-10)	4	1.9	3	1.4	7	3.3	1.1	-1.1		
Índice reatividade Glasgow										
Sem alteração (GCS=15)	77	36.5	131	62.1	208	98.6	0.1	-0.1	0.017	0.896
Alt. Significativa (GCS<13)	1	0.5	2	0.9	3	1.4	-0.1	0.1		
Alcoolémia										
Sem análise	70	33.2	77	36.5	147	69.7	4.9	-4.9	26.445	0.000
Sem alcoolémia	6	2.8	17	8.1	23	10.9	-1.1	1.1		
Com alcoolémia	2	0.9	39	18.5	41	19.4	-4.7	4.7		
Tipo de violência										
Violência familiar/ parc. Íntimo	38	18.0	15	7.1	53	25.1	6.1	-6.1	49.522	0.000
Violência na comunidade	24	11.4	30	14.2	54	25.6	1.3	-1.3		
Não específica	16	7.6	88	41.7	104	49.3	-6.4	6.4		
Natureza violência										
Física	77	36.7	132	62.9	209	99.5	-1.3	1.3	1.700	0.192
Psicológica	1	0.5	0	0.0	1	0.5	1.3	-1.3		
Antecedentes pessoais										
Sem antecedentes	46	21.8	88	41.7	134	63.5	-1	1	1.097	0.295
Com antecedentes	32	15.2	45	21.3	77	36.5	1	-1		

### Índice de choque

O índice de choque, aferido pela escala SI, variou entre um mínimo de 0.3 e um máximo de 1.0, com uma média de 0.63. Apurou-se que 62.6% das vítimas apresentou risco de choque ( $SI \geq 0.6$ ), com 60.7% com índice de choque ligeiro ( $\geq 0.6$  e  $< 1.0$ ) e 1.9% das vítimas apresentou índice de choque grave ( $\geq 1.4$ ), tal como descrito na tabela 5.

Estes resultados corroboram os resultados de Cherry et al., (2015), num estudo realizado com 170 utentes, apurando que 76% apresentavam choque ligeiro e 24% choque moderado a grave. Althunayyan, (2019), realizou uma revisão da literatura de estudos sobre a aplicação da escala shock index (SI) pré-intubação com hipotensão após intubação e paragem cardíaca em contexto de urgência e cuidados intensivos. Verificou que existe um consenso entre os estudos

em urgência, que demonstraram a confiabilidade da aplicação da escala SI para prever o risco de hipotensão e paragem cardíaca pós-intubação. Nos estudos realizados nas unidades de cuidados intensivos, valores de SI  $\geq 0,9-1.0$  são preditores de hipotensão e paragem cardíaca pós-intubação. Segundo os mesmos autores, o grande poder preditivo revelado a partir destes estudos e a simplicidade do uso da escala SI pré-intubação foi considerada importante e incentivadora da sua aplicação na prática clínica em todas as intubações hospitalares.

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

#### Índice de mortalidade

O índice de mortalidade apurado pela escala MGAP, variou entre um mínimo de 20 e um máximo de 29, com uma média de 27.22. Apurou-se que 95.4% das vítimas apresentou baixo índice de mortalidade (MGAP entre 23-29 pontos) em ambos os géneros, o que significa, um baixo risco de gravidade e elevada probabilidade de sobrevida, tal como descrito na tabela 5.

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

**Tabela 5 – Índice de choque e de mortalidade em função do género das vítimas de agressão**

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

Inferiu-se que a idade influencia o índice de choque e de mortalidade ( $p= 0.000$ ), ou seja, quanto mais jovens maior é o risco de choque e de mortalidade.

A violência na comunidade ( $p=0.000$ ) e o tempo de permanência no SU ( $p= 0.012$ ) inferior a 240 minutos influenciam o índice de mortalidade. Estes dados podem ser justificados pelo uso de força e brutalidade no ato de violência, nos jovens masculinos em contexto social noturno em bares, sob o efeito de álcool e substâncias, predispondo à ocorrência de lesões com maior gravidade e por isso, menor tempo de permanência no SU por necessidade de cuidados diferenciados e transferência da vítima para outros serviços tais como bloco operatório e unidade de cuidados intensivos (tabela 6).



Tabela 6 – Influência das variáveis sobre o índice de choque e de mortalidade

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

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

Constatamos uma correlação negativa (-0,045) entre o score do índice de choque e o score do índice de mortalidade. À medida que aumenta o índice de choque, aumenta o índice de mortalidade. A correlação entre as variáveis é inversamente proporcional, mas como o índice de mortalidade é calculado pela escala MGAP, que tem conotação invertida, quanto maior o índice de choque, menor será o valor do score da escala de MGAP, o que significa maior índice de mortalidade. Contudo, dada a ausência de diferenças estatísticas significativas ( $p= 0.529$ ), infere-se que as variáveis não se associam mutuamente.

### 3. Discussão

Os resultados permitem reconhecer a importância do uso de escalas de avaliação de gravidade em doente vítimas de trauma por agressão e traçar o perfil das vítimas de violência interpessoal ( $n=211$ ) admitidas no serviço de urgência polivalente, no ano 2020, num Centro Hospitalar da zona centro de Portugal, correspondendo a 0.33% da população assistida.

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

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

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

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

Verificou-se o domínio do consumo de substâncias, tais como droga e álcool (17.1%), seguido de patologia psiquiátrica (16.6%), consumo de fármacos (12.3%) e história prévia de violência (9.0%) quando analisamos os antecedentes pessoais destas vítimas. O consumo de álcool pontuou mais em comparação com o consumo de droga. A história de violência prévia foi mais representativa no género masculino. Sheikh et al., (2020), afirmam que o abuso do álcool está fortemente associado a um risco aumentado de agressão, sendo considerado um fator desencadeador de atos de violência (Loutroukis et al., 2020) e consequentemente de casos de agressão (Queiroz et al., 2021). A diversão noturna na população mais jovem, pode justificar os resultados deste estudo relativamente à violência na comunidade que pontuou mais no género masculino.

A violência física foi a mais prevalente, dado que era expectável, uma vez que as vítimas procuram ajuda nos serviços de saúde pela necessidade de tratamento das suas lesões. Estes dados corroboram com os de Peixoto et al., (2019).



O agente da agressão contundente, causado por objeto rombo, força, soco, chuto e cabeçadas (Grego & Douglas, 2019), foi o mais representativo (89.6%), com maior prevalência no gênero feminino (93.6%) em comparação com o gênero masculino (87.2%), contrariando os resultados do estudo de Mota et al., (2021), em que as agressões resultaram maioritariamente em trauma penetrante.

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

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

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

Apurou-se que 62.6% das vítimas apresentou risco de choque ( $SI \geq 0.6$ ), com 60.7% com índice de choque ligeiro ( $\geq 0.6$  e  $< 1.0$ ) e 1.9% das vítimas apresentou índice de choque grave ( $\geq 1.4$ ). Estes resultados corroboram o estudo de Cherry et al., (2015), realizado com 170 utentes, apurando que 76% apresentavam choque ligeiro e 24% choque moderado a grave. Althunayyan, (2019), realizou uma revisão da literatura de estudos sobre a aplicação da escala SI pré-intubação com hipotensão após intubação e paragem cardíaca em contexto de urgência e cuidados intensivos. Verificou que existe um consenso entre os estudos em urgência, que demonstraram a confiabilidade da aplicação da escala SI para prever o risco de hipotensão e paragem cardíaca pós-intubação. Nos estudos realizados nas unidades de cuidados intensivos, valores de  $SI \geq 0,9-1.0$  são preditores de hipotensão e paragem cardíaca pós-intubação. Segundo os mesmos autores, o grande poder preditivo revelado a partir destes estudos e a simplicidade do uso da escala SI pré-intubação foi considerada importante e incentivadora da sua aplicação na prática clínica em todas as intubações hospitalares.

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

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

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

Respondendo à questão: qual o índice de choque das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência?, avaliado pela escala SI, apurou-se que o choque ligeiro ( $\geq 0.6$  e  $< 1.0$ ) foi o mais prevalente (60.7%), com distribuição idêntica em ambos os gêneros. A vítima do gênero masculino, na faixa etária dos 35–39 anos de idade, com companheiro, residentes em meio urbano, no distrito de Viseu, com um único episódio de urgência obteve maior índice de choque. Assim como, as vítimas de violência na comunidade, com menor tempo de permanência prolongado no SU ( $< 120$  min),

prioridade muito urgente, nível de dor (sem dor) e com antecedentes pessoais registados. Das variáveis a estudo apenas a idade mostrou significância estatística ou seja, a idade influencia o índice de choque destas vítimas ( $p= 0.000$ ).

Respondendo à segunda questão de investigação, qual o índice de mortalidade das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência, avaliado através da escala de MGAP em 93.4% das vítimas da amostra ( $n=197$ ), por inexistência de parâmetros registados no processo clínico da vítima para preenchimento da escala, apurou-se que 95.4% das vítimas obtiveram um baixo risco de mortalidade, o que significa uma probabilidade de sobrevivência elevada, com uma distribuição idêntica em ambos os géneros. Apurou-se que, a vítima do género masculino, com companheiro, com idade entre os 35- 39 anos, residente em meio urbano e fora do distrito de Viseu, tem maior índice de mortalidade. Assim como, as vítimas com mais de um episódio de urgência, vítimas de violência na comunidade e com tempo de permanência no SU entre 121-240 minutos, prioridade não urgente, dor severa e com antecedentes pessoais registados. Nesta variável constatamos poder estatístico significativo para a idade ( $p= 0.000$ ), tipo de violência ( $p= 0.000$ ) e o tempo de permanência no SU ( $p= 0.012$ ), ou seja, apura-se que estas três variáveis influenciam o índice de mortalidade.

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

## Conclusão

A violência interpessoal tem impacto pessoal, social, económico e continua a ser um problema mundial.

No sentido de melhorar a assistência prestada a estas vítimas em contexto de urgência e prevenir o pico de mortalidade, com a implementação de mecanismos de alerta da gravidade, foi realizado este estudo para testar a capacidade da escala de shock index (SI) e MGAP no reconhecimento e deteção da gravidade da vítima de violência interpessoal.

O estudo permitiu responder às questões de investigação e alcançar os objetivos delineados, tendo como amostra 211 vítimas admitidas por violência interpessoal durante o ano de 2020, no serviço de urgência de um Centro Hospitalar da zona centro de Portugal, cuja maioria é do género masculino, com uma média de idades de 45.6 anos.

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

A idade influencia o índice de choque e de mortalidade ( $p= 0.000$ ), ou seja, quanto mais jovens maior é o risco de choque e de mortalidade. A violência na comunidade ( $p=0.000$ ) e o tempo de permanência no SU ( $p= 0.012$ ) inferior a 240 minutos influenciam o índice de mortalidade. Estes dados podem ser justificados pelo uso de força e brutalidade no ato de violência, nos jovens masculinos em contexto social noturno em bares, sob o efeito de álcool e substâncias, predispondo à ocorrência de lesões com maior gravidade e por isso, menor tempo de permanência no SU por necessidade de cuidados diferenciados e transferência da vítima para outros serviços tais como bloco operatório e unidade de cuidados intensivos.

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

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



Como implicações para a prática clínica, alertar para a falta de registo precisos e objetivos nos processos clínicos, reconhecer a importância da aplicação das escalas shock index e MGAP como preditoras da gravidade de vítimas de violência interpessoal.

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

### Agradecimentos e Financiamento

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Viseu e da Equipa de Prevenção de Violência do Adulto (EPVA) do CHTV.

### Fonte de financiamento

Projeto de investigação “Evidências para Não arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta”, realizado em parceria da UniCise da ESSI do Instituto politécnico de Viseu.

### Referências bibliográficas

- Althunayyan S. M. (2019). Shock Index as a Predictor of Post-Intubation Hypotension and Cardiac Arrest; A Review of the Current Evidence. *Bulletin of emergency and trauma*, 7(1), 21–27. <https://doi.org/10.29252/beat-070103>.
- APAV. (2022). Estatísticas APAV. Relatório anual 2021. Acedido por [Relatorio\\_Anuar\\_2021.pdf \(apav.pt\)](#)
- Bossoni, Alexandre. (maio, 2021). O que é trauma, quais os tipos e como tratá-lo?. Acedido por <https://www.santapaula.com.br/blog/o-que-e-trauma-quais-os-tipos-e-como-trata-lo/>
- Cherry, J. D., Bermeo, J. M., Montoya, K. F., Calle-Toro, J. S., Núñez, L. R., & Poveda, G. (2015). Índice de shock como factor predictor de mortalidad en el paciente con trauma penetrante de tórax. *Revista Colombiana de Cirugía*, 30(1), 24-28.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2016). Violência Interpessoal- Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. 2ª ed. Acedido por [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia\\_interpessoal-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx)
- Grego, R. & Douglas, W. (2019). *Medicina Legal – À Luz do Direito e do Direito Processual Penal*. 12ª ed. Impetus. Acedido por [Medicina Legal- Rogério Greco - Impetus Costa, F. A. D. D. \(2021\). Triagem de manchester: intervenção dos Enfermeiros. \(Master's thesis\).](#)
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2021). Conceito de Idoso. Acedido por [Sistema Integrado de Metainformação-conceitos \(ine.pt\)](#)
- Koch, E., Lovett, S., Nghiem, T., Riggs, R. A., & Rech, M. A. (2019). Shock index in the emergency department: utility and limitations. *Open access emergency medicine : OAEM*, 11, 179–199. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S178358>
- Loutroukis, T., Loutrouki, E., Klukowska-Rötzler, J., Koba, S., Schlittler, F., Schaller, B., Exadaktylos, A. K., Doulberis, M., Srivastava, D. S., Papoutsis, S., & Burkhard, J. (2020). Violence as the Most Frequent Cause of Oral and Maxillofacial Injuries among the Patients from Low- and Middle-Income Countries-A Retrospective Study at a Level I Trauma University Emergency Department in Switzerland. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4906. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134906>
- Milton, M., Engelbrecht, A., & Geysler, M. (2021). Predicting mortality in trauma patients-A retrospective comparison of the performance of six scoring systems applied to polytrauma patients from the emergency centre of a South African central hospital. *African Journal of Emergency Medicine*, 11(4), 453-458.
- Mota, M., Cunha, M., Santos, E., Figueiredo, Â., Silva, M., Campos, R., & Santos, M. R. (2021). Eficácia da intervenção da enfermagem pré-hospitalar na estabilização das vítimas de trauma. *Revista de Enfermagem*
- Mutschler, M., Nienaber, U., Münzberg, M., Wöfl, C., Schoechl, H., Paffrath, T., Bouillon, B., & Maegele, M. (2013). The Shock Index revisited—a fast guide to transfusion requirement? A retrospective analysis on 21,853 patients derived from the TraumaRegister DGU®. *Critical Care*, 17(4), R172. <https://doi.org/10.1186/cc12851>



Figueiredo, N. A. L., & Cunha, M. (2023).

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

*Servir*, 2(04), e28429. <https://doi.org/10.48492/servir0204.28429>

- Organização Mundial de Saúde. (2014). Relatório Mundial Sobre Prevenção da Violência. Obtido de <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>
- Peixoto, G. S., Inácio, Q. L., & Gadelha, L. M. U. (2019). Ansiedade e depressão em pacientes internados vítimas de acidentes e violência física interpessoal. *CEP*, 62(10), 660.
- Pereira de Sousa, M. E., Rodrigues de Santana, M., Monte da Cunha, G. I., da Silva Sousa, M. R., do Nascimento Silva, I. M., & Ramos Gonçalves, F. (2020). Traumas em mulheres vítimas de violência: uma análise em Recife-PE. *Nursing (São Paulo)*, 23(269), 4703–4710. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i269p4703-4710>
- Queiroz, D.R., Barros, M. V. G., Aguiar, J. A., Soares, F. C., Tassitano, R. M., Bezerra, J., & Silva, L. M. P. (2021). Consumo de álcool e drogas ilícitas e envolvimento de adolescentes em violência física em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(4), 1-10.
- Rahmani, F., Ebrahimi Bakhtavar, H., Shams Vahdati, S., Hosseini, M., & Mehdizadeh Esfanjani, R. (2017). Evaluation of MGAP and GAP trauma scores to predict prognosis of multiple-trauma patients. *Trauma Monthly*, 22(3).
- Sartorius, D., Le Manach, Y., David, J. S., Rancurel, E., Smail, N., Thicoïpé, M., Wiel, E., Ricard-Hibon, A., Berthier, F., Gueugniaud, P. Y., & Riou, B. (2010). Mechanism, glasgow coma scale, age, and arterial pressure (MGAP): a new simple prehospital triage score to predict mortality in trauma patients. *Critical care medicine*, 38(3), 831–837. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181cc4a67>
- Sheikh, S. (2020). Characteristics of interpersonal violence in adult victims at the Adult Emergency Trauma Centre (AETC) of Queen Elizabeth Central Hospital. *Malawi medical journal*, 32(1), 24-30.
- Silva, J. A. V., Padula, M. P. C., & Waters, C. (2021). Perfil epidemiológico, clínico e desfecho de pacientes com traumatismo cranioencefálico/Epidemiological, clinical profile and outcome of patients with traumatic brain injury. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 66(1u), 1-7. Acedido por <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2021.66.017>