

Novas abordagens médicas a mulher vítima de violência doméstica na atenção primária por meio da telemedicina durante a pandemia

New medical approaches to women victims of domestic violence in primary care through telemedicine during the pandemic

DOI:10.34119/bjhrv6n6-226

Recebimento dos originais: 20/10/2023

Aceitação para publicação: 20/11/2023

Natalia Ferrari

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina Ceres (FACERES)

Endereço: Avenida Anísio Haddad, 6751, Jardim Francisco Fernandes, São José do Rio Preto – SP, CEP: 15090-305

E-mail: nathy.ferrari24@gmail.com

Mariana Gomes de Oliveira Santos

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina Ceres (FACERES)

Endereço: Avenida Anísio Haddad, 6751, Jardim Francisco Fernandes, São José do Rio Preto – SP, CEP: 15090-305

E-mail: mariiana_gomees@icloud.com

Cindy Muniz

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina Ceres (FACERES)

Endereço: Avenida Anísio Haddad, 6751, Jardim Francisco Fernandes, São José do Rio Preto – SP, CEP: 15090-305

E-mail: cindymunix@gmail.com

Ana Carolina de Mesquita Netto

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina Ceres (FACERES)

Endereço: Avenida Anísio Haddad, 6751, Jardim Francisco Fernandes, São José do Rio Preto – SP, CEP: 15090-305

E-mail: carol.netto@hotmail.com

Barbara Arantes Cruvinel Rodrigues

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina Ceres (FACERES)

Endereço: Avenida Anísio Haddad, 6751, Jardim Francisco Fernandes, São José do Rio Preto – SP, CEP: 15090-305

E-mail: cruvinelbarbara@hotmail.com

Amanda Santos Rossini

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina Ceres (FACERES)

Endereço: Avenida Anísio Haddad, 6751, Jardim Francisco Fernandes, São José do Rio Preto – SP, CEP: 15090-305

E-mail: amanda-rossini@hotmail.com

Rayana Rosado

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina Ceres (FACERES)

Endereço: Avenida Anísio Haddad, 6751, Jardim Francisco Fernandes, São José do Rio Preto – SP, CEP: 15090-305

E-mail: rayanarosadoo@hotmail.com

Cristiane Spadacio

Doutora em Ciências Sociais em Saúde

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

Endereço: Avenida Anísio Haddad, 6751, Jardim Francisco Fernandes, São José do Rio Preto – SP, CEP: 15090-305

E-mail: cris.spadacio@gmail.com

Patricia Maluf Cury

Doutorado em Medicina e Livre-Docência

Instituição: Universidade de São Paulo

Endereço: Avenida Anísio Haddad, 6751, Jardim Francisco Fernandes, São José do Rio Preto – SP, CEP: 15090-305

E-mail: pmcury@hotmail.com

Andiara Judite Alves Arruda

Mestre em Engenharia Biomédica pela

Instituição: Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO)

Endereço: Avenida Anísio Haddad, 6751, Jardim Francisco Fernandes, São José do Rio Preto – SP, CEP: 15090-305

E-mail: andiara.arruda@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: As normas e leis da sociedade, até recentemente, permitiam ou não puniam a violência de gênero, como nos casos de assassinatos de mulheres em que se alegava a defesa da honra. Assim, nos últimos anos, várias medidas foram tomadas com o intuito de prevenir e combater o problema. **OBJETIVO:** Descrever as novas abordagens médicas as mulheres vítimas de violência doméstica na atenção primária. **MÉTODO:** A coleta dos dados se deu por meio de um questionário confeccionado por estudantes de medicina, após a consulta pela telemedicina, quando foram identificadas as mulheres em situação de vulnerabilidade. A seguir, foi feita a montagem do plano terapêutico objetivando sua melhora e futura análise dos dados e foi anexado ao prontuário das pacientes. **RESULTADOS:** Durante atendimento através da telemedicina houve dez pacientes que foram orientadas sobre o que poderiam fazer durante seu dia a dia para melhorar a qualidade de vida no período da pandemia. Entretanto, apenas seis pacientes retornaram à ligação após as orientações e, dentre estas, quatro tiveram resultados de violência confirmados. **CONCLUSÃO:** Com o advento da pandemia do COVID 19, as mulheres ficaram mais expostas a violência doméstica e ao desenvolvimento de transtornos

psicológicos associados com esse trauma. A telemedicina pode ser uma ferramenta de apoio importante nestas situações.

Palavras-chave: telemedicina, pandemia COVID 19, violência contra a mulher.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The norms and laws of society, until recently, allowed or did not punish gender violence, as in cases of murders of women in which the defense of honor was alleged. Thus, in recent years, several measures have been taken to prevent and combat the problem. **OBJECTIVE:** To describe new medical approaches to women victims of domestic violence in primary care. **METHOD:** Data were collected using a questionnaire prepared by medical students, after the telemedicine consultation, when vulnerable women were identified. Next, the therapeutic plan was assembled, aiming at its improvement and future analysis of the data, and it was attached to the patients' medical records. **RESULTS:** During telemedicine care, ten patients were instructed on what they could do in their daily lives to improve their quality of life during the pandemic. However, only six patients returned the call after the instructions and, among these, four had confirmed results of violence. **CONCLUSION:** With the advent of the COVID 19 pandemic, women were more exposed to domestic violence and the development of psychological disorders associated with this trauma. Telemedicine can be an important support tool in these situations.

Keywords: telemedicine, COVID 19 pandemic, violence against women.

1 INTRODUÇÃO

Definimos como violência contra a mulher qualquer conduta – ação ou omissão – de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo fato de a vítima ser mulher, e que cause dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial. Pode acontecer tanto em espaços públicos como privados.¹

Essa atrocidade é classificada como violência de gênero, pois se relaciona à condição de subordinação da mulher na sociedade. Incluem-se a agressão física, sexual, psicológica e econômica.² A desigualdade de poder entre gêneros estaria na gênese de situações de disputa e de ocorrência de violência. E quando ocorre em ambiente doméstico, apresenta características específicas, sendo, na maioria das vezes, perpetrada pelo parceiro, ex-parceiro, familiares, conhecidos e se repetindo em ciclos³.

Vários autores afirmam que a violência de gênero sofre influência de fatores sociais, tais como escolaridade, desemprego, uso de álcool ou drogas^{2,4,5,6}. As normas e leis da sociedade, até recentemente, permitiam ou não puniam a violência de gênero, como nos casos de assassinatos de mulheres em que se alegava a defesa da honra⁸.

Ao final da década de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) assumiram, em diversos documentos e portarias, a questão da violência contra a mulher como um grave problema de saúde pública devido à sua grande prevalência e às consequências para as pessoas⁷

Nos últimos anos, várias medidas foram tomadas com o intuito de prevenir e combater o problema. A Convenção de Belém do Pará de 1994 estabelece que toda mulher tem o direito de viver em segurança e livre da violência. Em 2003, foi criada a notificação compulsória (Lei nº 10.778) dos casos de violência contra as mulheres atendidas em serviços de saúde⁹.

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) é a principal legislação brasileira para combater a violência contra a mulher. A norma é reconhecida pela ONU como uma das três melhores legislações do mundo no enfrentamento à violência de gênero.¹⁰

Além da Lei Maria da Penha, a Lei do Feminicídio, sancionada pela presidenta Dilma Rousseff em 2015, colocou a morte de mulheres no rol de crimes hediondos e diminuiu a tolerância nesses casos.¹¹

Mas o que a minoria sabe é que a violência doméstica vai muito além da agressão física ou do estupro. A Lei Maria da Penha classifica os tipos de abuso contra a mulher nas seguintes categorias: violência patrimonial, violência sexual, violência física, violência moral e violência psicológica.

A violência física é entendida como qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher (espancamento, atirar objetos, sacudir e apertar os braços, estrangulamento ou sufocamento, lesões com objetos cortantes ou perfurantes, ferimentos causados por queimaduras ou armas de fogo e tortura). Por conseguinte há a violência psicológica considerada qualquer conduta que cause danos emocionais e diminuição da autoestima; prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento da mulher; ou vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões. Já a violência sexual trata-se de qualquer conduta que constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força. Na violência patrimonial é entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades. E por fim, a violência moral que é considerada qualquer comportamento que configure calúnia, difamação ou injúria.¹²

Devido às consequências da violência sobre a saúde, mulheres nessa situação são frequentadoras assíduas dos serviços de saúde, muitas vezes, o único lugar em que procuram

ajuda. Pelo menos 35% das queixas levadas por mulheres a esses serviços estão ligadas à violência sofrida e os perpetradores são seus parceiros íntimos em 88% dos casos¹³

Dois aspectos são importantes para a violência ser entendida como pertencente ao campo da saúde: a ampliação do conceito de saúde, que considera qualquer agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais e à qualidade de vida como parte de sua atuação; e o fato de a violência afetar profundamente a vida e a saúde das pessoas, além de ter alto potencial de morte.¹⁴ As políticas nessa área enfatizam a extrema importância do atendimento adequado, em especial, nos serviços de saúde.

O serviço de saúde com um atendimento especializado para a violência contra a mulher se mostra extremamente importante, pois a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher¹⁵ relata que a maioria das vezes é o único órgão procurado por elas. Além disso, tais serviços são imprescindíveis pois é o primeiro contato da mulher violentada, e muitas vezes o único, portanto, pode reconhecer e acolhê-la evitando assim um incidente mais grave posteriormente.¹⁶ É descrito que as queixas mais comuns relacionadas à violência recebidas nos prontos atendimentos são: lesões físicas, dor pélvica, cefaleia, cólon irritável, distúrbios alimentares, disfunção sexual, depressão e outros¹⁷. Porém estudos indicam que profissionais da saúde têm dificuldade em reconhecer que as pacientes com essas queixas podem estar ligadas a violência de gênero e quando tal violência é reconhecida é difícil o manejo dos casos por conta da insegurança dos profissionais¹⁸.

A mulher perante a lei se representa. Assim, somente ela poderá realizar a denúncia na Delegacia de Polícia. O profissional de saúde realizará a notificação apenas para o Sistema de Informação da Saúde – SES/DF. No entanto, poderá fazer o acolhimento, para ouvir cautelosamente sua história, expectativas em relação à assistência e orientar a mulher a realizar a denúncia em qualquer Delegacia de Polícia.

Tal insegurança e até mesmo o despreparo faz com que o serviço de saúde fique limitado a cuidar dos sintomas. Sendo assim, a causa do problema que deveria ser identificada continua invisível, gerando um estado de morbidade e violência crescente.^{19,20}

Durante o isolamento social ocorrido como consequência da pandemia por COVID – 19, as pessoas passaram muito tempo em casa, o que propiciou um contato mais intenso entre a família e os casais. Com isso, aumentou – se o risco de um estresse maior e a chance de casos de violência contra a mulher³⁵. Ao mesmo tempo, dificultou a possibilidade das mulheres fazerem as queixas à polícia ou à outra pessoa.

No decorrer da a pandemia, a telemedicina foi uma ferramenta muito útil para esclarecimento às pessoas sobre questões gerais sobre a nova doença, tratamentos e outras

orientações sobre saúde, mas também foi útil para ajudar no rastreamento desta população em risco de sofrer violência.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado no município de Bady Bassit/SP vinculado à Secretaria Municipal da Saúde com pacientes atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde da Família no período de agosto à dezembro durante o segundo semestre de 2020 por telemedicina devido a pandemia Sars-Cov-19. Os casos de violência doméstica contra a mulher foram identificados mediante anamnese aplicada a todas as mulheres acima de 18 anos que foram atendidas no período da pesquisa. Os dados foram coletados mediante anamnese e exame das funções mentais através de atendimento individual em consulta de telemedicina. As chamadas foram realizadas através do aplicativo GS Wave Lite, no qual as entrevistas são gravadas de forma a manter o sigilo profissional.

Foram inclusas as mulheres com idade maior que 18 anos e aquelas que aceitaram as consultas via telemedicina e que sofreram violência doméstica. Já aquelas menores de 18 anos ou que tiveram dificuldade de atendimento via telemedicina e que sofreram violência autoprovocada, foram excluídas da análise deste estudo.

Os resultados foram enviados através de planilhas para a Secretaria Municipal de Saúde de Bady Bassit/SP. A consulta foi realizada em sala reservada pedindo que a paciente estivesse em um local reservado, longe do agressor. Ainda, em conjunto com os profissionais de saúde foi elaborado um plano terapêutico personalizado para cada paciente.

Durante a análise pode-se classificar os pacientes quanto à tipologia da violência, uso de medicações, traumatismo sofrido após a violência, contato com o agressor, religião, idade e orientações.

3 RESULTADOS

Quatorze mulheres foram detectadas quanto à tipologia da violência, quatro pacientes que foram atendidas ao acaso pelos estudantes se enquadravam na classificação autodirigida, sendo estas consideradas de comportamento suicida. Ainda, as 14 pacientes foram vítimas de violência interpessoal, a qual foi cometida por alguém da família ou o próprio parceiro da vítima (dois sofreram violência sexual; sete, psicológica; sete, física; e nove relacionada ao abandono).

De outra forma, a violência interpessoal é realizada por algum conhecido do(a) paciente. Foram registrados três casos dentro desta tipologia durante as atividades de telemedicina, sendo os três de violência sexual. E não foi registrado nenhum caso de mulher que tenha sofrido

violência interpessoal realizada por um estranho ou violência coletiva (social, econômica e política),

Das 14 vítimas, oito nunca mais tiveram contato com o agressor por motivos de morte, separação ou mudança de cidade, uma paciente inferiu que quase nunca possuiu encontro com seu agressor, pelo fato de ser uma pessoa próxima da família ou morar perto de sua casa, e duas pacientes veem o seu agressor constantemente. Em relação a violência cometida contra si mesmo, duas pacientes relataram que já apresentaram comportamento suicida. **(Tabela 1)**

Tabela 1. Relação entre a tipologia da violência e paciente

Violência		Número de pacientes	
Autodirigida	Comportamento suicida	4	
interpessoal	Família/parceiro	Sexual	2
		Psicóloga	7
		Física	7
		Relacionada à privação ou ao abandono	9
	Comunidade/conhecido	Sexual	3

Fonte: autores

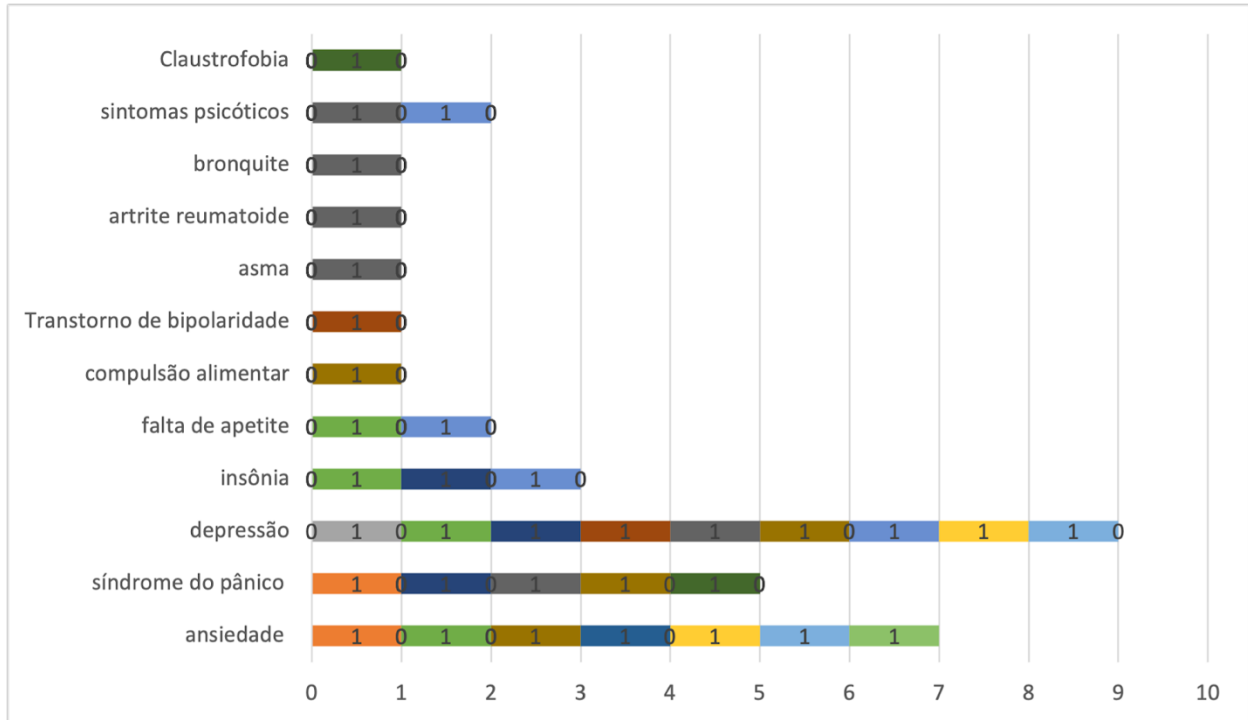
Embora apenas quatro vítimas realizaram notificação à família e às autoridades da saúde e judiciárias na época que ocorreu a violência sofrida, algumas das pacientes relataram que conversaram sobre o acontecimento com seus familiares anos mais tarde, porém não se notificou à qualquer profissional de saúde. No entanto, durante a telemedicina realizada pelos estudantes do sexto semestre do curso de medicina da Faceres no segundo semestre do ano de 2020, apenas 11 pessoas descreveram sobre o ocorrido sofrido pelo fato das estagiárias realizarem perguntas sobre o que havia acontecido com a paciente.

Após consulta por telemedicina, elaborou-se um plano terapêutico com os profissionais de saúde da unidade, com uma estratégia personalizada para o perfil de cada paciente e de acordo com seus problemas. O objetivo teve em vista melhorar o bem-estar e saúde da paciente, proporcionando um tratamento adequado e individualizado. Após a elaboração deste plano pelos profissionais de saúde da unidade, foi colocado em prática e anexado ao prontuário das pacientes.

Todas as vítimas tiveram sintomas após o traumatismo e ainda convivem com esses sintomas, expondo a depressão como o principal sintoma referido (nove pessoas), seguido por ansiedade (sete), síndrome do pânico (cinco), insônia (três), falta de apetite (duas), sintomas

psicóticos (duas), transtorno de bipolaridade (um), asma (um), artrite reumatoide (um), bronquite (um), claustrofobia (um), bronquite (um). **(Gráfico 1)**

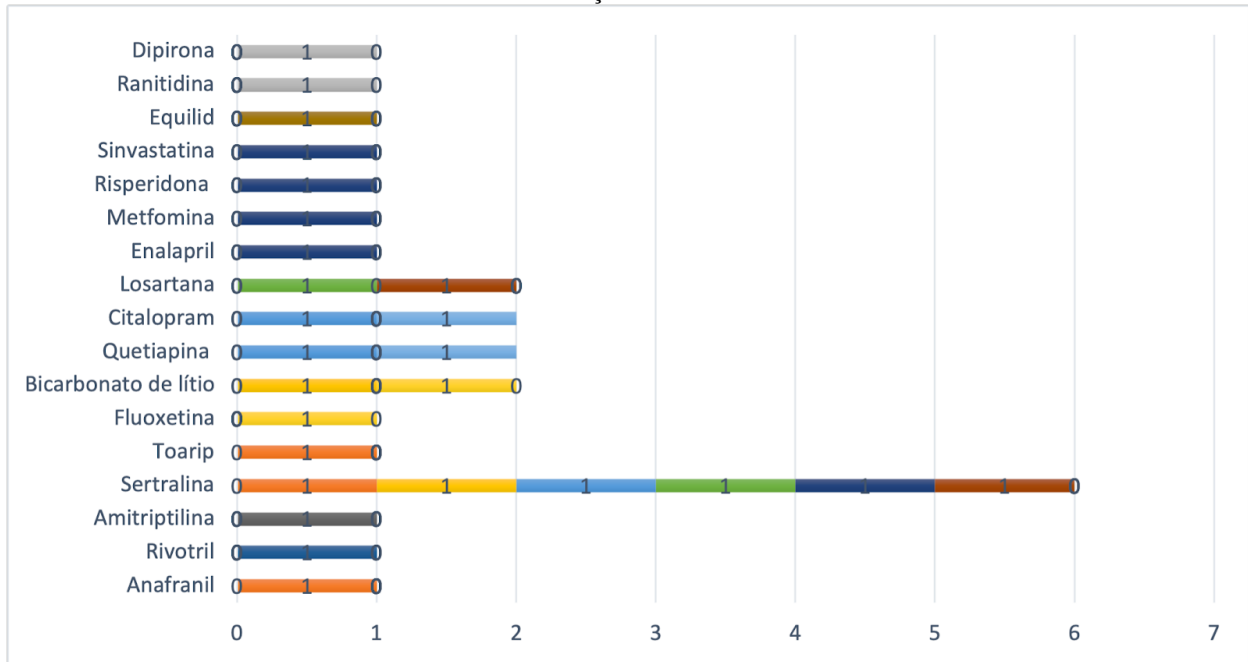
Gráfico 1. Relação entre o número de pacientes e sinais, sintomas e doenças apresentadas após a violência sofrida



Fonte: autores

Entre todas as pacientes, 11 fazem uso de medicações de forma contínua, referindo o uso de sertralina (seis pessoas) como principal agente medicamentoso dessa população, seguido por bicarbonato de lítio (duas), quetiapina (duas), citalopram (duas), losartana (duas), enalapril (um), anafranil (um), rivotril (um), amipriptilina (um), toarip (um), fluoxetina (um), metformina (um), risperidona (um), sinvastatina (um), equilid (um), ranitidina (um), dipiridona (um). Desses pacientes que fazem tratamento contínuo, apenas nove fizeram o tratamento após a violência sofrida. **(Gráfico 2)**

Gráfico 2. Medicamentos em uso contínuo



Fonte: autores

Ainda, durante a anamnese foi questionado sobre a religião dos pacientes, porém apenas quatro responderam a esse questionamento e três relataram pertencer a uma religião, entretanto não a especificaram. Além disso, dez pessoas responderam ao questionamento de sua idade, de modo que o paciente mais jovem foi de 19 anos de idade e a mais idosa possuía 77 anos de idade, resultando em uma média de 51,8 anos e mediana de 53 anos.

Desse modo, no final do atendimento através da telemedicina houve dez pacientes que foram orientados sobre o que poderiam fazer durante seu dia-a-dia para melhorar a qualidade de vida no período da pandemia. Entretanto, apenas seis pacientes retornaram à ligação após as orientações e, dentre estes, quatro tiveram resultados positivos, isto é, melhoraram seu quadro psicológico com as orientações das estudantes.

Já o acolhimento da paciente foi realizado de maneira breve explicando o papel do estudante de medicina na telemedicina e as perguntas que seriam feitas as pacientes, explicou-se sobre a importância da terapia cognitiva comportamental e percebeu-se que a escuta qualificada ajudou as pacientes a se sentirem confortáveis em falar sobre o ocorrido. Ademais, orientou-se sobre o acompanhamento médico regular e a necessidade de usar psicotrópico e como usá-lo, sempre respeitando a prescrição médica.

4 DISCUSSÃO

A violência contra a mulher durante a pandemia aparentemente aumentou, embora exista dificuldades para diagnosticar. O uso da telemedicina pode ser uma ferramenta de grande auxílio para detectar esses casos, mesmo após o término oficial da pandemia, pois facilita o acesso à paciente que tem dificuldade de sair de casa. Essas pessoas desenvolvem geralmente muitos problemas psicológicos, como nós observamos em nossa pesquisa, assim como outros autores²³. Depressão e ansiedade foram as alterações mais frequentemente observadas por nós. A ansiedade é definida como uma apreensão constante em certas situações no dia a dia das pessoas, além disso, considera-se como uma das desordens psicológicas mais frequentes na população brasileira, fato demonstrado neste trabalho²³. Por outro lado, a depressão é um transtorno no qual o paciente apresenta tristeza persistente e perda de interesse em atividades diárias^{24, 25, 36}. Já o DSM-V, o Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) caracteriza-se por altos níveis de ansiedade e lembranças do evento traumático²⁶. Esses diagnósticos são explicados na **Tabela 2**.

Tabela 2. Diagnóstico da Ansiedade, Depressão, TEPT

Ansiedade	Depressão	TEPT
Ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades	Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias	Exposição a episódio concreto de ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual
O indivíduo considera difícil de controlar a preocupação	Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades da maior parte do dia, quase todos os dias	Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático
Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele	Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta	sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático
Fatigabilidade	Insônia ou hipersonia quase todos os dias	Reações dissociativas nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente
Dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente	Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias	Sufrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição de sinais internos ou externos que simbolizam ou se assemelham a algum aspecto do evento traumático
irritabilidade	Fadiga ou perda de energia quase todos os dias	Reações fisiológicas intensas e sinais internos ou externos que simbolizam

		ou se assemelham a algum aspecto do evento traumático
Tensão muscular	Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias	Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático
Perturbação do sono	capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou de indecisão, quase todos os dias	Alterações negativas em cognição e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento
A ansiedade causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes do indivíduo	Pensamentos recorrentes de morte	Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento traumático
A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância	Prejuízo no funcionamento social, profissional ou outras áreas da vida	Há prejuízo social para o paciente
A perturbação não é explicada por outro transtorno mental	Não é atribuída a outro transtorno psiquiátricos ou efeitos fisiológicos	Perturbação não se deve a efeitos fisiológicos ou outros transtornos psiquiátricos

FONTE: DSM-V ²⁶ e Compêndio de Psiquiatria ²⁷

Com relação às vítimas aqui relatadas, as pacientes podem ser enquadradas dentro desses diagnósticos, porém, através dos resultados coletados não há como ter certeza na relação entre violência sofrida e comportamento suicida, embora estudos recentes mostram que pessoas que sofreram um grande trauma podem desenvolver quadro psiquiátrico importante, tais como Transtorno de Ansiedade Generalizada, Depressão Maior, Transtorno do Estresse Pós-Traumático, entre outros e, conseqüentemente, desenvolver pensamentos ou comportamentos suicidas com o agravamento do quadro ^{21, 22}.

Correia et al²⁸ evidenciou a incapacidade das mulheres, as quais já sofreram violência dentro de casa, em impedir certas lembranças no seu cotidiano e perda do controle de como isso afetará a relação social dessas pessoas. Silva, Lima e Tomaz²⁹, em uma revisão sistemática da literatura, constataram que o suicídio e a violência estão relacionadas direta ou indiretamente, de modo que os dados estatísticos “*andam junto*”, fato evidenciada pelas pacientes deste estudo. De outro modo, Vasconcelos Neto e seus colaboradores³⁰ demonstraram que houve maior risco de tentativa de suicídio em paciente com transtorno pós-traumático, corroborando com os dados encontrados neste estudo.

Outrossim, Engel³¹ mostrou que a maioria das mulheres conheciam os agressores, de maneira que dentro dessa porcentagem, a grande parte eram companheiros ou ex-companheiros, de maneira que demonstra a grande dificuldade em manter a segurança das mulheres dentro das

casas brasileiras, principalmente neste período da pandemia do COVID-19, no qual houve certo afastamento entre pacientes e profissionais de saúde, circunstância apresentada pelo desacompanhamento presencial das pacientes nas Unidades Básicas de Saúde.

Ainda, em um estudo realizado em unidades de saúde do município de Vitória, no Espírito Santo, observou-se a prevalência das tipologias da violência contra a mulher, em ordem de incidência: a psicológica, física e sexual foram as mais relatadas³². Desta maneira, os achados encontrados durante a prática da telemedicina durante o segundo semestre de 2021 mostraram a mesma prevalência das classificações da violência contra a mulher.

Embora não tenha um preparo específico durante a formação de profissionais da saúde para abordagem de mulheres que sofreram violência, existem cursos de educação à distância sobre esse assunto, assim permitindo a acessibilidade das informações para os mais variados profissionais, tanto da saúde quanto dos outros^{33,37}. Outra forma de chegar a essas mulheres é através de projetos de extensão, o qual proporciona contato direto de acadêmicos com situações que não são do seu cotidiano³⁴, este parecido com que estudantes de medicina realizaram através do estágio como exposto neste trabalho.

5 CONCLUSÃO

A violência contra a mulher ainda é uma triste realidade brasileira. Além disso, os resultados encontrados na prática da telemedicina corroboraram com os achados da literatura científica. Com o advento da pandemia do COVID 19, as mulheres ficaram mais expostas a este tipo de violência e ao desenvolvimento de transtornos psicológicos associados com esse trauma.

Acolher essas mulheres é parte fundamental do atendimento, por isso preparar os profissionais para esse contato é importante para fundamentar a eficácia dessa forma de atenção primária. A telemedicina pode ser uma ferramenta de apoio importante nestas situações.

REFERÊNCIAS

1. MANUAL PARA ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NA REDE DE SAÚDE pública DO DF Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal Brasília, 2009
2. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Popul Rep L*. 1999;11:1-43
3. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002;36:470-7
4. Grynbaum M, Biderman A, Levy A, Petasne-Weinstock S. Domestic violence: prevalence among women in a primary care center - a pilot study. *Isr Med Assoc J*. 2001;3:907-10.
5. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Junior I, Diniz CSG, Couto MT, Valença O, et al. Violência contra a mulher e saúde no Brasil: estudo multipaíses da Organização Mundial da Saúde sobre saúde da mulher e violência doméstica. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP/ Organização Mundial da Saúde, 2002.
6. Tuesca R, Borda M. Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Gac Sanit*. 2003;17:302-8.
7. VIEIRA, E. M.; PERDONA; G. C. S.; SANTOS, M. A. Factors associated with intimate partner physical violence among health service users. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 45, n. 4, p. 730-737, 2011.
8. Leituras de direito: violência doméstica e familiar contra a mulher / Cornélio Alves; Deyvis de Oliveira Marques (Org.). – Natal: TJRN, 2017. 380 p
9. Brasil. Conselho Nacional do Ministério Público. Violência contra a mulher : um olhar do Ministério Público brasileiro / Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: CNMP, 2018. 244 p. il.
10. Presidência da República Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006
11. Presidência da República Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos LEI Nº 13.104, DE 9 DE MARÇO DE 2015.
12. Lei Maria da Penha: física, psicológica, moral, sexual e patrimonial – Capítulo II, art. 7º, incisos I, II, III, IV e V.
13. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados Saúde debate vol.38 no.102 Rio de Janeiro July/Sept. 2014
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Genebra: WHO, 2012
15. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

16. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Junior I, Pinho AA. Violência contra
17. Campbell JC. Health Consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359: 1331-6.
18. Revista da Escola de Enfermagem da USP Print version ISSN 0080-6234 On-line version ISSN 1980-220X Rev. esc. enferm. USP vol.42 no.3 São Paulo Sept. 2008 Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde Angelina LettiereI; Ana Márcia Spanó NakanoII;
19. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19 Supl 2:263-72.
20. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*. 2002;359(9316):1509-14.
21. Rebeschini C. Trauma na infância e transtornos da personalidade na vida adulta: relações e diagnósticos. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*. 2017; 5(2): 67-74.
22. Costa CO, Branco JC, Vieira IS, Souza LDM, Silva Ra. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *J bras psiquiatr*. 2019; 68(2): 92-100.
23. Nascimento EPB. O transtorno de ansiedade social em estudantes de psicologia. Olinda. 2018. Data de acesso: 16 de março de 2023. Link: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1407.pdf>
24. Bolsoni LM. Efeitos do canabidiol na ansiedade induzida pela rememoração do evento traumático, em pacientes com diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático [tese]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto. 2020. Data de acesso: 16 de março de 2023. Link: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-02122020-112250/publico/LIVIAMARIABOLSONI.pdf>
25. Porto JAD. Conceito e diagnóstico. *Braz J Psychiatry*. 1999; 21(1): 6-11.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. 2013.
27. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Artmaed. 11th ed. 2017.
28. Correia CM, Gomes NP, Diniz NMF, Andrade ICS, Romano CMC, Rodrigues GRS. Violência na infância e adolescência: história oral de mulheres que tentaram suicídio. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(6): 1525-32.
29. Silva LCO, Lima, RNM, Tomaz RSR. Suicídio e violência: revisão sistemática e análise de dados. 2020. Data de acesso: 16 de março de 2023. Link: <http://repositorio.aee.edu.br/handle/aee/11306>
30. Vasconcelos Neto PJA, Moreira RS, Oliveira Júnior FJM, Ludermir AB. Tentativa de suicídio, transtorno de estresse pós-traumático e fatores associados em mulheres do Recife. *Rev Bras Epidemiol*. 2020; E200010

31. Engel CL. A violência contra a mulher. Instituto de pesquisa econômica. Acesso: 16 de março de 2023. Link: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10313>
32. Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51: 1 - 12.
33. Cesaro BC, Silva TDC, Silva HTH. Curso Enfrentamento à violência no ciclo da vida. *Revista Conhecimento online*. 2014; 6(2): 1-7.
34. Silva TS, Melo RO, Sodré MP, Moreira RCR, Souza ZCSN. A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica. *Rev Ciênc Ext*. 2017; 13(1): 176-89.
35. Oliveira CW, Bandeira JAR. A violência doméstica contra a mulher e sua ocorrência no Brasil no período da pandemia de covid-19. *Revista reflexão e crítica do direito*. 2022; 10(1): 126-46.
36. Zócoli GR, Rosa SC, Alécio MM, Homsí R, Sampaio CFS, Nonato LLF et al. Redes sociais como causa de dependências, ansiedade e depressão em estudantes de Juiz de Fora – MG. *Brazilian Journal of Health Review*. 2023; 6 (5): 20092-103.
37. Gomes BJS, Trecente FMO, Palone AA, Almeida AC, Costa LD, Teixeira CCC. Telemedicina: legislação vigente e reflexões quanto a relação médico paciente. *Brazilian Journal of Health Review*. 2023. 6 (5): 232298-311.