



Saúde Mental e Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Mulheres Vítimas de Violência entre Parceiros Íntimos

Viviane Dutra Gama, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams e Rachel de Faria Brino
Universidade Federal de São Carlos, Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (LAPREV)

Resumo

A Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) é um problema de saúde pública e um efeito usualmente decorrente desta forma de vitimização é o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Buscando incrementar a temática de correlação TEPT e VPI, os objetivos deste estudo foram: 1) verificar a correlação entre a presença dos sintomas de TEPT e VPI, especificamente abuso físico e psicológico, considerando a severidade da agressão e 2) rastrear de indicadores de cuidado em saúde mental e sua relação com o TEPT. Participaram 9 mulheres com histórico de vitimização (CH) e 9 mulheres sem histórico (SH). Os instrumentos utilizados foram: Questionário de Caracterização; Escalas de Táticas de Conflito Revisadas; Post-Traumatic Stress Disorder Checklist- Civilian Version; e, Escala Transversal PROMIS1 Nível 1. No CH, 77,7% das mulheres cumpriram o critério diagnóstico de TEPT, com escores mais altos que o SH, em que 55,5% das participantes cumpriram tal critério. Em termos de significância, não se observou diferença entre os grupos, e a forma de recrutamento é apontada como possível explicação. Uma porcentagem maior de mulheres do CH obteve escores que indicavam cuidado em 8 das 13 categorias avaliadas pelo PROMIS1. As principais variáveis preditoras do TEPT foram agressão psicológica severa, agressão física com seqüela severa e o número de categorias que indicavam cuidado no PROMIS1. Os resultados foram, em sua maioria, consistentes com a literatura da área.

Palavras-chave: violência entre parceiros íntimos; transtorno de estresse pós-traumático; saúde mental; abuso físico; abuso psicológico.

Mental Health and Posttraumatic Stress Disorder among Intimate Partner Violence Victims

Abstract

Intimate Partner Violence (IPV) is a public health issue and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a common effect of this type of violence. The aims of this study were: 1) to assess the correlation between PTSD symptoms and IPV, specifically physical and psychological abuse, considering the severity of the abuse and 2) to track mental health care indicators and how it is related to with PTSD. Nine women with an IPV history (CH) and nine women that had no IPV history (SH) participated on the study. The following measures were used: demographic questionnaire; Conflict Tactics Scale Revised; Post-Traumatic Stress Disorder Checklist- Civilian Version; and Transversal Inventory PROMIS1 Level 1. On CH 77,7% of the sample met the diagnostic criteria for PTSD with higher scores than SH, in which 55,5% of the participants met such criteria. There was no significance difference between the groups and a possible explanation is the recruitment form. A higher percentage of CH participants had scores that indicated risk care in 8 of 13 categories assessed by PROMIS1. The main predictor variables for PTSD were severe psychological aggression, physical assault with severe consequences and the number of categories that indicated risk care on PROMIS1. The results were on broad majority consistent with literature.

Keywords: intimate partner violence; post-traumatic stress disorder; mental health; physical abuse; psychological abuse.

Os fenômenos da desigualdade de gênero e da violência contra a mulher têm sido alvo de discussões dos principais órgãos internacionais ligados aos direitos humanos. Os altos índices de letalidade da violência, bem como seus efeitos para a saúde e o desenvolvimento dos indivíduos vitimizados, levaram a Organização Mundial de Saúde a tratar a violência não só como uma questão de violação dos direitos humanos, mas também como um problema de saúde pública (OMS, 2014).

Ainda segundo a OMS (Krug, Dahlberg E Mercy, 2002), os principais perpetradores da violência contra a mulher seriam homens que convivem próximos à vítima: pais, irmãos e, principalmente, cônjuges e ex-cônjuges. Daqui em diante o termo violência contra a mulher será utilizado como sinônimo de Violência entre Parceiros Íntimos (VPI), sendo a VPI caracterizada pela intenção do companheiro de intimidar e coagir a mulher, seja por ameaças ou agressões físicas, tendo com o propósito final controlar o seu comportamento (Sinclair, 2010a). Ganley (1982), propôs quatro categorias de violência contra a mulher, que podem aparecer de forma isolada ou simultaneamente; são elas: violência física, sexual, psicológica e contra o patrimônio. Tais categorias também são reconhecidas no Brasil pela Lei nº. 11.340/06, conhecida como “Lei Maria da Penha”, que tem o objetivo de coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, garantindo a preservação de seus direitos e de seu bem-estar físico e mental (Brasil, 2006).

No ano de 2014, a OMS divulgou os principais índices de prevalência de violência íntima do parceiro que foram sintetizados após análises de publicações na área do ano de 2008 até 2011 e a prevalência global na forma de agressões físicas e sexuais foi de 30% para mulheres acima de 15 anos de idade (OMS, 2014). No Brasil, uma pesquisa telefônica conduzida pelo Data Senado (2019) ouviu 2.400 brasileiras acerca da temática da violência doméstica contra a mulher e destas, 27% afirmaram já terem sido vítimas de algum tipo de agressão perpetrada por homens no ambiente familiar, o que reitera a estimativa global do fenômeno. Ainda, considerando o volume total de notificações registradas na categoria “violência doméstica, sexual e/ou outras violências” do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) em 2014, dois terços das vítimas atendidas eram mulheres, o que representou uma média diária de 405 mulheres que buscaram atendimento em alguma unidade de saúde em virtude de violências sofridas (Waiselfsz, 2015).

Além de ser um fenômeno de alta prevalência, a VPI acarreta sérios danos à saúde física e psicológica das mulheres. Segundo Dolezal (2009), mulheres vitimizadas podem apresentar problemas ortopédicos, reumatológicos, neurológicos, ginecológicos, respiratórios, gastrointestinais, cardiovasculares, endocrinológicos, dentre outros, sendo o óbito a consequência física mais severa. Além disso, a literatura aponta que as consequências mais comuns da VPI são de ordem psicológica (Lourenço e Costa, 2020), como tristeza, solidão, baixa autoestima, medo, comportamentos agressivos e, em termos de psicopatologias, Síndrome do Pânico, quadros de ansiedade, depressão, abuso de substância, tentativas de suicídio e, por fim, em especial destaque o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (Campbell, 2002; Dolezal, 2009; Lutwak, 2018; Lagdon, Armour e Stringer, 2014 e Lourenço e Costa, 2020).

Em um estudo brasileiro, Santos e Monteiro (2018) verificaram associações entre os tipos de VPI e os domínios de saúde mental em 369 mulheres vitimizadas, utilizando para medidas o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e a Escala de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2). Os resultados indicam que mulheres que experienciaram abuso físico podem apresentar quase quatro vezes mais chances de experienciar sintomas de humor depressivo-ansioso, cerca de três vezes mais chance de experienciarem decréscimo de energia vital e cerca de sete vezes mais chance de desenvolverem pensamentos de conteúdo depressivo. Já mulheres que passaram por episódios de agressão psicológica apresentavam quase o dobro de chances de apresentarem decréscimo de energia e quase três vezes mais chances de apresentarem sintomas de pensamentos depressivos.

Ainda, Barros et al. (2016) investigaram fatores associados à VPI em uma amostra de 245 mulheres em Recife – PE, coletando dados sócio demográficos e medidas avaliadas pelo questionário WHO VAW STUDY (WVS), utilizado para avaliar a prevalência de VPI, e o SRQ-20 para rastreamento de sinais de Transtorno Mental Comum. Os resultados indicaram que 78,6% apresentavam sinais de humor depressivo-ansioso, 77,8% apresentavam sintomas somáticos, 73,7% apresentavam decréscimo de energia vital e 51% apresentavam pensamentos depressivos. Considerando tais dados da população brasileira, observa-se a importância da verificação entre comorbidades durante os processos de avaliação e intervenção com mulheres vitimizadas de forma a promover intervenções abrangentes e eficientes.

Segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V; Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2014), o primeiro critério diagnóstico para o TEPT envolve a exposição direta ou indireta (testemunhar ou ficar sabendo) a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual praticado contra si ou contra pessoas próximas, ou ainda ser exposto de maneira repetida a detalhes aversivos do evento. O segundo critério envolve a presença de sintomas intrusivos e recorrentes relacionados ao evento traumático como lembranças, sonhos, reações dissociativas (*flashbacks*), sofrimento psicológico e/ou reações fisiológicas ante a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático é o terceiro critério. Consiste em esforços para evitar recordações, pensamentos e sentimentos relacionados ao evento, bem como pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos e situações que possam evocar tais recordações, pensamentos e sentimentos. Além disso, o indivíduo pode apresentar alterações negativas em cognições e no humor, apresentando distanciamento em relação a outras pessoas, crenças negativas sobre si e outros sintomas negativos.

Por fim, o indivíduo apresenta alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático que podem ser evidenciadas na exibição de comportamentos irritadiços e surtos de raiva, comportamento imprudente ou autodestrutivo, hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, problemas de concentração e perturbação do sono. Os sintomas relacionados acima devem durar mais de um mês, precisando ser identificado prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Além disso, as alterações fisiológicas não podem se dever aos efeitos de substâncias como álcool e outras drogas ou ser efeito de outra condição médica.

A VPI seguramente pode representar uma experiência traumática ao longo do curso da vida e, segundo Salcioglu, Urhan e Pirinccioglu (2017), o medo ocasionado pela sensação de ameaça constante à segurança e a sensação de desamparo são preditores importantes para o desenvolvimento de TEPT em mulheres vitimizadas. O índice de prevalência de TEPT em vítimas de VPI varia entre 31% e 84,4% (Golding, 1999) e vários fatores podem contribuir direta ou indiretamente para o desenvolvimento do TEPT, tais como: experiências múltiplas de vitimização (particularmente abuso sexual na infância ou na

vida adulta); tipo, severidade e duração da violência; fatores sociodemográficos e estratégias de enfrentamento (Jones, Hughes e Unterstaller, 2001; Dutton et al., 2006; Dutton, 2009; Lutwak, 2018).

Considerando as variáveis preditoras de tipo, severidade e duração da violência, a literatura apresenta resultados diversos. Dutton et al. (2006) apontam que maior severidade e frequência de agressões físicas, incluindo ameaças de morte e uso de armas, e violência sexual praticada pelo parceiro se relacionam diretamente com desenvolvimento de sintomas de TEPT. Entretanto, ainda segundo as autoras, o abuso psicológico é um maior preditor do desenvolvimento de TEPT do que abuso físico, o que coloca esta variável em destaque em termos de importância.

O estudo de Pico-Alfonso (2005) corrobora tal afirmação, nele a autora buscou analisar a contribuição de experiências violentas durante a vida no desenvolvimento de TEPT em mulheres, com ênfase na VPI. Foram entrevistadas 127 mulheres divididas em um grupo experimental (n=75) e em um grupo controle (n=52) e as seguintes informações foram coletadas: questionário sócio demográfico; informações sobre o uso de psicofármacos e histórico de tratamentos psiquiátricos; questionário avaliando exposição à VPI (tipos, duração, frequência e severidade); histórico de vitimização durante a vida e a *Escala de gravidade de Sintomas de Trastorno de Estrés Postraumático*. Todas as formas de VPI se mostraram positivamente correlacionadas aos sintomas de TEPT, entretanto a violência psicológica e a severidade da violência sofrida se mostraram de maior importância no desenvolvimento do transtorno, revelando-se diretamente proporcional à intensidade dos sintomas de TEPT apresentados. Além disso, a VPI foi a principal variável preditora de TEPT quando comparada à vitimização na infância e vitimização perpetrada por outros que não o parceiro na vida adulta.

Norwood e Murphy (2012) também buscaram investigar a associação entre várias formas de VPI e a presença de TEPT em 216 mulheres cujos parceiros estavam em tratamento por praticarem VPI. Os autores utilizaram a Escala de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2), a *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version* (PCL-C) e um instrumento de Medida Multidimensional de Abuso Emocional (MMEA) e os resultados indicaram que 42,7% das participantes cumpriam critério para diagnóstico de TEPT e novamente a variável abuso psicológico foi identificada como a preditora mais relevante de TEPT.

No Brasil, Cassado, Galo e Williams (2003) buscaram avaliar a ocorrência de TEPT e depressão em mulheres vitimizadas por seus parceiros na cidade de São Carlos - São Paulo. Para tal, utilizaram uma versão simplificada da Escala de Táticas de Conflito (CTS), Inventário Beck de Depressão (BDI) e a um instrumento de criação própria para diagnóstico de TEPT baseado no DSM-IV. Responderam aos instrumentos cinco mulheres, das quais três cumpriam o critério diagnóstico de TEPT. A partir dos dados da amostra pôde-se observar alto grau de comorbidade entre o TEPT e Depressão Maior, ambos relacionados diretamente à intensidade, frequência e tempo de exposição às agressões.

Hatzenberger, Lima & Lobo (2010) investigaram a presença de sintomatologia do TEPT, presença de sintomas de depressão e ansiedade e avaliaram prejuízos em funções cognitivas em 17 mulheres, entre 18 e 55 anos, vítimas de TEPT. Foram usados os instrumentos a seguir: Rastreamento para Sintomas de Estresse Pós-Traumático (SPTSS), Inventário Beck de Depressão (BDI), Inventário Beck de Ansiedade (BAI), Repetição de Dígitos, Teste de Trilhas (TMT), Teste de Associação de Palavras Controladas (COWAT), Memory Assessment Clinics Self-Rating Scale - Short Version (MAC-SV) e entrevista estruturada para coleta de dados sociodemográficos. Todas as participantes cumpriram critérios diagnósticos para TEPT e apresentaram níveis graves de sintomas de ansiedade e moderados de depressão. Foram, também, encontrados prejuízos em funções cognitivas como atenção, memória e funções executivas.

Mozzambani, Ribeiro e Fuso (2011) realizaram um estudo com 17 mulheres entre 20 e 50 anos, vítimas de VPI que procuraram uma unidade da Delegacia da Mulher da cidade de São Paulo. O objetivo era avaliar sintomas psicopatológicos nesta amostra e, para tal, as participantes responderam aos seguintes instrumentos: Relatório de Indicadores Sociais, Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version e o Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas. Segundo os resultados, 89% das mulheres apresentaram indicativos de transtorno depressivo maior, 94% transtorno de ansiedade, 76% TEPT e 88% apresentaram elevados níveis de experiências dissociativas peritraumáticas.

Felippe, Jesus e Silva (2016) realizaram estudo com mulheres vítimas de VPI buscando constatar a prevalência de TEPT a associação entre percepção de suporte social, TEPT e depressão e descrever a frequência de fatores

como histórico de violência na família de origem, vitimização prévia, tipo de violência sofrida, uso de álcool e drogas pelo parceiro e tempo de exposição à VPI. A amostra foi composta por 41 mulheres que procuraram a Delegacia de Orientação e Proteção à Família da cidade de Juiz de Fora e responderam à uma entrevista estruturada, à Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C), Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS) Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). A porcentagem de participantes que obtiveram escores indicadores de TEPT foi de 82,9%. Houve associação positiva entre TEPT e depressão e negativa entre TEPT e percepção de suporte social.

Considerando tais estudos e achados acerca da correlação entre TEPT e VPI, parece ainda necessário investigá-la de acordo com a forma e severidade da violência sofrida, de forma a compor dados mais robustos sobre diferenças ou não entre essas categorias, fornecendo achados que possam sustentar melhores práticas no enfrentamento das consequências da VPI. Desta forma, buscando contribuir com o desenvolvimento da temática de correlação TEPT e VPI, a presente pesquisa teve como objetivos: 1) verificar a correlação entre a presença dos sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Violência entre Parceiros Íntimos, considerando especificamente violência física e psicológica e a severidade destas, e 2) rastreamento de indicadores de cuidado em saúde mental e sua relação com o TEPT com base nos dados obtidos em uma amostra de mulheres com histórico de VPI e em outra de mulheres sem histórico de VPI em uma cidade no interior de São Paulo.

Método

Participantes

Foram formados dois grupos para comparação, um com histórico de violência identificado como Com Histórico (CH) e outro sem histórico de violência, identificado como Sem Histórico (SH). Para a composição do grupo CH, o recrutamento das participantes foi realizado dentre as usuárias do Centro de Referência da Mulher de um município de médio porte do interior paulista. Todas as participantes apresentavam envolvimento prévio em relacionamento abusivo, segundo informação de profissional responsável pelo setor. O recrutamento das participantes alocadas no SH foi realizado entre as usuárias do serviço de atendimento psicológico de uma Unidade Básica

de Saúde do município, segundo indicação de profissional responsável.

Participaram das entrevistas 23 mulheres que responderam integralmente aos instrumentos programados. Quatro participantes, duas de cada um dos grupos, foram excluídas da amostra por apresentarem indicadores de Psicose. Foram também excluídos os escores de uma das participantes inicialmente alocada no grupo Sem Histórico, mas que apresentou escores significativos para a presença de agressão psicológica e física praticada por seu parceiro. Ao final foram considerados para análise os dados de 18 mulheres, com idade variando entre 30 e 56 anos, 9 sendo alocadas no CH e 9 no SH.

Local/Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta: 1) Questionário de Caracterização; 2) Escala de Táticas de Conflito Revisadas (Strauss, Hamby & Boney-McCoy 1996); 3) Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C; Weathers, Litz & Huska, 1993; e,4) Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 (APA, 2014).

O *Questionário de Caracterização* elaborado pelas autoras levantou informações como idade, profissão, escolaridade, estado civil atual, número de filhos, renda individual e familiar e envolvimento em relacionamentos românticos para caracterizar a amostra.

A “*Escala de Táticas de Conflito Revisada*” (*Revised Conflict Tatic Scale - CTS2*), desenvolvida por Strauss et al. (1996), é um instrumento traduzido e adaptado para uso no Brasil (Moraes, Hasselmann & Reichenheim, 2002) destinado a identificar e avaliar situações de violência entre indivíduos que se encontram em relacionamento romântico (namoro, casamento, união estável ou afins). Essa adaptação brasileira envolveu avaliação da equivalência conceitual e equivalência semântica, tendo sido obtidas boas equivalências, bem como excelente aceitabilidade. É composta por 78 itens, divididos em cinco sub escalas (violência física sem sequelas, violência física com sequelas, coerção sexual, violência psicológica e negociação). Analisados todos os escores do instrumento, além de indicar qual o tipo de violência predominante nas interações do casal, indica também a natureza das negociações (cognitiva ou emocional); são computados, para cada sub escala de violência, indicadores de cronicidade, prevalência de violência intrafamiliar e severidade do abuso. Com relação a severidade

do abuso são discriminadas as categorias “menor” e “severa”. Essas categorias se referem à potência da lesão, possível comorbidade com outras categorias de violência e gravidade das consequências físicas e psicológicas da violência perpetrada. Os dados obtidos através da CTS2 são analisados de maneira dicotômica, de acordo com o manual do instrumento, visto que os dados de cronicidade não são variáveis de interesse para o presente estudo. Sendo assim, as respostas aos itens são convertidas em 1 quando a situação aconteceu uma ou mais vezes ou 0 quando não aconteceu.

Foi utilizada a versão traduzida para o português (Berger, Mendlowicz & Souza 2004) da *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C)*, instrumento originalmente desenvolvido por Weathers et al. (1993), para o rastreamento de indicadores de TEPT. Essa versão utilizada foi adaptada por meio de avaliação de equivalência semântica, tendo sido constatada boa equivalência. O Inventário apresenta 17 itens que descrevem a ocorrência e intensidade dos sintomas de TEPT, que devem ser avaliados considerando uma escala Tipo Likert de cinco pontos, variando de um (nada) até cinco (muito). De acordo com o manual do instrumento, um dos critérios indicadores para o diagnóstico de TEPT é a obtenção de escore geral de pelo menos 30 pontos na somatória de todos os itens. Além disso, é necessário que haja a indicação de pelo menos um item que contemple sintomas do tipo B, que correspondem a sintomas intrusivos e recorrentes, ocasionando revivescência do trauma; três itens do tipo C que são relacionados à evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático; dois itens do tipo D, correspondentes a alterações na excitação e na reatividade do indivíduo.

A *Escala Transversal de Sintomas de Nível 1* para adultos (PROMIS1) apresenta 23 itens que buscam avaliar indicadores de cuidado em 13 domínios de saúde mental: depressão, raiva, mania, ansiedade, sintomas somáticos, ideação suicida, psicose, distúrbio do sono, memória; pensamentos e comportamentos repetitivos, dissociação, funcionamento da personalidade e uso de substâncias. O instrumento foi traduzido e publicado no DSM-V (APA, 2014). Disponibilizada na seção que trata de orientações para avaliação, o objetivo do instrumento seria identificar sintomas críticos, usualmente presentes nos transtornos rastreados; o instrumento não deve ser utilizado para fechar diagnósticos, mas para rastrear áreas críticas que deveriam ser objeto de avaliações posteriores. Embora o instrumento ainda não tenha recebido validação psicométrica extensiva para população brasileira, em pesquisa realizada com 117

participantes adultos, de diferentes regiões do País, observou-se que o instrumento apresentou um *Alfa de Cronbach* de 0,92, demonstrando uma forte consistência interna (Ruiz, 2016).

Procedimento

O projeto foi disponibilizado na Plataforma Brasil, sendo avaliado e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (Processo CAAE - 43159615.7.0000.5504). Após a autorização para realização da pesquisa pelos responsáveis pelas unidades nas quais foram recrutadas as participantes, profissionais com formação em psicologia que atendiam nos setores forneciam uma lista com nomes e contatos de potenciais participantes para a coleta.

As participantes foram contatadas pela primeira autora por telefone ou outras formas de contato disponíveis, sendo informadas das condições gerais da pesquisa e convidadas para um contato individual através do o agendamento de uma entrevista. As entrevistas foram realizadas na própria unidade que referenciava potenciais participantes em sala individual e privativa. A coleta tinha início com a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que explicitava: os objetivos e envolvimento das participantes no estudo, a voluntariedade e possibilidade de abandono da participação no estudo sem quaisquer consequências negativas, garantia da confidencialidade dos dados.

Logo após as participantes eram levadas à um ambiente reservado no local de coleta e convidadas a responder aos instrumentos de maneira individual. Todos os instrumentos foram apresentados de forma integral, conforme as orientações previstas nos manuais, exceto instrução inicial para a resposta à escala CTS2 apresentada para o grupo Sem Histórico. Na escala original padrão é solicitado que a participante responda considerando a frequência dos itens relativos ao relacionamento abusivo durante o último ano. Entretanto, esperava-se que as participantes do CH não estivessem mais envolvidas nos relacionamentos abusivos e no SH esperava-se que não fosse observada exposição à relacionamentos violentos no geral. Sendo assim, foi pedido que as participantes do CH pensassem no relacionamento abusivo que viveram que as levou a serem usuárias da rede de proteção à mulher e respondessem aos itens considerando todo o tempo em que estiveram envolvidas neste relacionamento. Excetuando esta instrução, o restante do procedimento foi repetido na coleta do SH.

As análises estatísticas, descritivas e inferenciais, foram realizadas através do *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), versão 20,0. Todos os instrumentos utilizados foram corrigidos considerando as normas estabelecidas para a obtenção dos seus escores. Estatísticas não paramétricas inferenciais foram utilizadas para comparação entre grupos (Mann-Whitney) e correlação entre variáveis (Spearman), com exigência *two-tailed* e significância menor que 0,05.

Resultados

As participantes do grupo Sem Histórico (SH) apresentaram idade variando de 32 a 55 anos, com média de idade de 39 anos. O número de filhos variou de 0 a 3 e, quanto ao estado civil, 77,8% eram casadas, 11,1% solteiras e 11,1% divorciadas. Dessas participantes 66,6% declararam escolaridade igual ou inferior ao Ensino Médio Completo; 11,1% concluiu Educação Superior, mas nenhuma teve formação em Pós-Graduação. No que se refere à renda individual, a média foi de 1,78 salários-mínimos (R\$ 1.566,60), sendo que duas das 9 participantes não apresentavam renda própria. Para renda familiar, a média foi de 4,52 salários-mínimos (R\$ 3.981,50), sendo que o cálculo foi realizado com base no salário-mínimo vigente no momento da coleta.

No grupo Com Histórico (CH), a idade das participantes variou de 30 a 56 anos, com média de 43,5 anos. O número de filhos também variou de 0 a 3 e 44,5% dessas eram solteiras, 22,2% casadas e 33,3% divorciadas. Assim como no SH, 66,6% declararam escolaridade igual ou inferior ao Ensino Médio Completo; 11,1% completaram formação em Ensino Superior e 22,2% concluíram formação em Pós-Graduação. Todas as participantes desse grupo declararam renda própria e o grupo teve uma média de renda de 1,92 salários-mínimos (R\$ 1.695,10). A média da renda familiar foi de 2,23 salários-mínimos (R\$ 1.963,20).

Análises estatísticas comparando os grupos mostrou que as participantes do grupo Sem Histórico apresentavam uma renda familiar maior do que aquelas participantes do CH ($Z = -2,034$, $p < 0,04$). Os grupos não mostraram diferenças significativas nas demais variáveis examinadas, a saber: 1) *idade* ($z = -1,200$, $p < 0,258$); 2) *número de filhos* ($z = -0,230$, $p < 0,863$); 3) *Estado Civil* ($z = 0,384$, $p < 0,730$), 4) *escolaridade* ($z = -0,493$, $p < 0,666$); e, 5) *renda individual* ($z = -0,044$, $p < 1,000$).

A Figura 1 mostra a média de porcentagem e o desvio padrão para cada uma das sub escalas da CTS2 para os diferentes grupos; a proporção nas subescalas foi calculada considerando os itens marcados com relação ao total de itens em cada uma delas. As participantes do grupo Sem Histórico indicaram uma porcentagem de itens relativos à *negociação emocional e cognitiva* (ambas 88,9%) maior do que aquelas do grupo Com Histórico (55,6% e 48,1%, respectivamente); no entanto, essa diferença mostrou-se significativa somente para a *negociação cognitiva* ($z=2,850$, $p<0,014$).

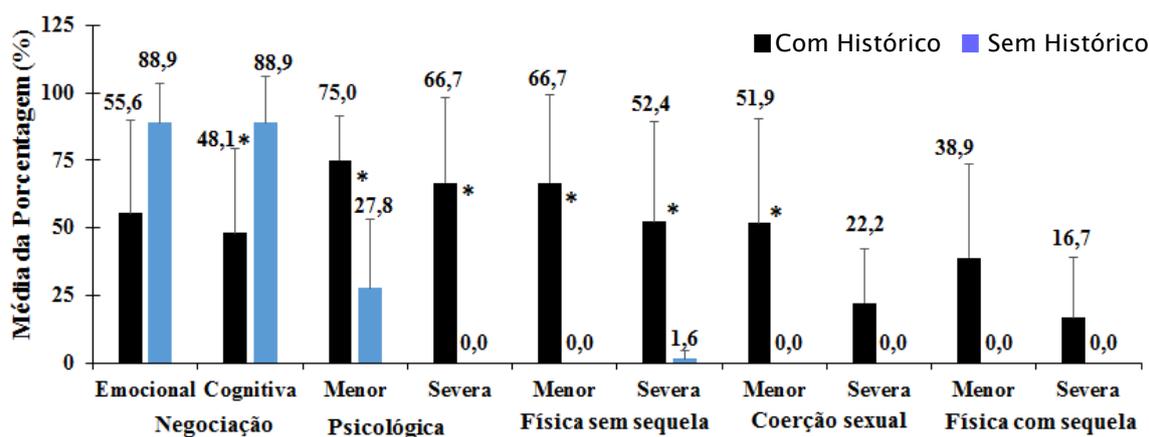
Em todas as outras sub escalas, o grupo Com Histórico indicou uma proporção maior de ocorrência dos itens em relação ao Sem Histórico; de fato, participantes do SH apenas apontaram itens relativos à *agressão psicológica menor* (27,8%) e à *agressão física sem seqüela severa*

(1,6%), sem indicar itens das demais sub escalas. Cumpre destacar que segundo o manual da escala, escores na subescala agressão psicológica menor não indicam, necessariamente, envolvimento das participantes do grupo Sem Histórico em relacionamento abusivo.

Foram observadas diferenças significativas para: 1) *agressão psicológica menor* ($z=2,848$, $p<0,004$) e *severa* ($z=3,514$, $p<0,000$); 2) *agressão física sem seqüela menor* ($z=3,512$, $p<0,000$) e *severa* ($z=2,863$, $p<0,008$); e, 3) *coerção sexual menor* ($z=2,850$, $p<0,014$). Não foram significativas as diferenças em: 1) *coerção sexual severa* ($z=2,535$, $p<0,0503$); 2) *agressão física com seqüela menor* ($z=2,525$, $p<0,0503$) e *severa* ($z=1,837$, $p<0,258$).

Figura 1

Média da Porcentagem de itens com ocorrência indicada, para cada uma das sub escalas da CTS2, nos diferentes grupos. [Legenda: * Estatisticamente significativa, $p<0,05$]

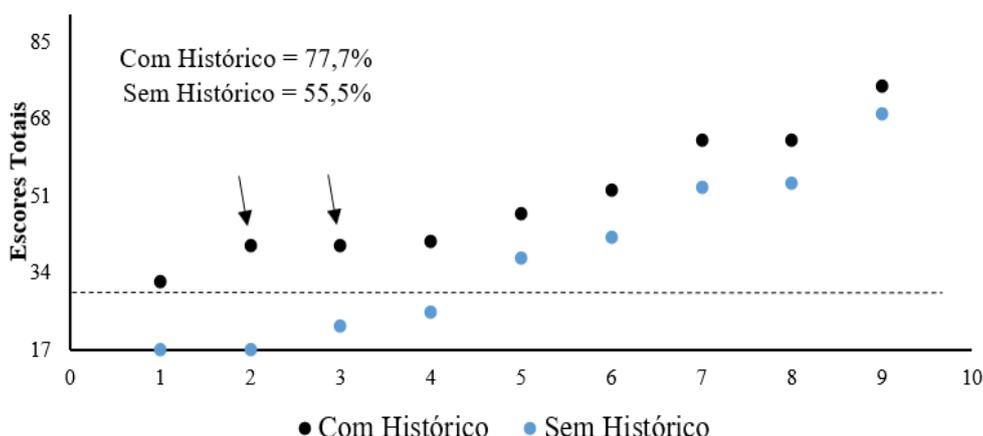


A Figura 2 mostra a distribuição dos escores totais obtidos no PCL-C para todas as participantes de ambos os grupos, organizados em ordem crescente. Vemos ainda a porcentagem de participantes que cumpriram o critério diagnóstico de TEPT em ambos os grupos. A linha pontilhada indica o ponto de corte para critério diagnóstico (30 pontos); participantes abaixo dessa linha não apresentam indicadores representativos de TEPT. Nenhuma participante do grupo Com Histórico apresentou

escores abaixo do ponto corte. Sete das nove integrantes do grupo (77,7%) alcançam os critérios para a presença de TEPT. As setas destacam as duas que *não* alcançaram os critérios; ambas obtiveram pontuação total de 40, mas assinalaram apenas 2 itens do tipo C cada. Quatro participantes (44,5%) do grupo Sem Histórico apresentaram escores abaixo do ponto de corte e cinco (55,5%) cumpriram todos os critérios diagnósticos para Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Figura 2

Escores totais obtidos no PCL-C, para cada participante de ambos os grupos, organizados em ordem crescente. A linha pontilhada indica o ponto de corte para critério diagnóstico. As setas destacam participantes acima de 30 pontos que não cumprem os critérios diagnósticos. Vemos, ainda, a porcentagem de participantes que alcançaram critério de TEPT para ambos os grupos.



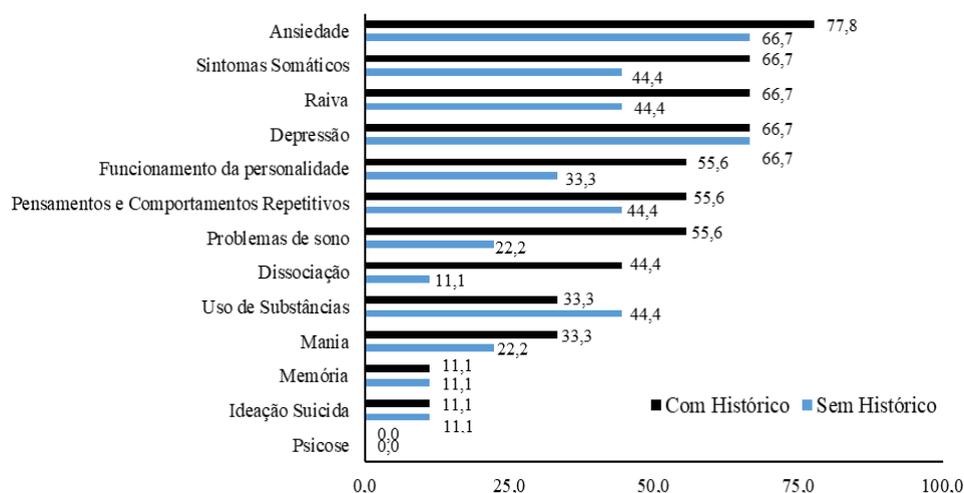
O teste Mann-Whitney não apontou diferenças significativas entre os grupos no que concerne à presença de TEPT. Foram feitas análises utilizando correlação de Spearman, inserindo como variáveis as cinco sub escalas da CTS2, considerando severidade da agressão, os três tipos de itens de TEPT avaliados, o escore total e o comprimento de critério diagnóstico; entretanto não foram encontradas correlações significativas, para ambos os grupos.

A Figura 3 mostra a porcentagem de participantes que obtiveram indicadores de cuidado em cada uma das categorias da Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-V (PROMIS1). Participantes do

grupo Com Histórico apresentaram uma distribuição maior em 8 das 13 categorias avaliadas, a saber: ansiedade, sintomas somáticos, raiva, funcionamento da personalidade, pensamentos e comportamentos repetitivos, problemas de sono, dissociação e mania. Mais da metade deste grupo apresentou pontuação que indicava cuidado em sete ou mais domínios avaliados pelo instrumento (ansiedade; sintomas somáticos; raiva; depressão; funcionamento da personalidade; pensamentos e comportamentos repetitivos; e, problemas do sono); no grupo Sem Histórico foram rastreados indicadores de cuidado, na mesma proporção, para dois sintomas examinados (ansiedade; depressão). Somente na condição de *uso de substâncias* a porcentagem foi maior para mulheres do grupo Sem Histórico.

Figura 3

Porcentagem de participantes que obtiveram indicadores de cuidado em cada uma das categorias do PROMIS1.



A Tabela 1 mostra a correlação entre os indicadores de cuidado rastreados pelo PROMIS1 para ambos os grupos e a presença de três tipos de sintomas avaliados pelo PCL-C, o escore total

deste instrumento e o atendimento dos critérios diagnósticos de TEPT, também para ambos os grupos. Os indicadores obtidos no PROMIS1 se relacionaram de maneira positiva e significativa

Tabela 1
Correlação entre indicadores de cuidado avaliados no PROMIS1 e as variáveis avaliadas pelo PCL-C

	R	p
PROMIS1 x Tipo B	0,38	0,121
PROMIS1 x Tipo C	0,61**	0,007
PROMIS1 x Tipo D	0,72**	0,001
PROMIS1 x Escore total	0,67**	0,002
PROMIS1 x Diagnóstico	0,64**	0,004

Legenda: Tipo B=sintomas intrusivos e recorrentes; Tipo C= evitação; Tipo D= Excitação e reatividade

com todas as variáveis, exceto os itens Tipo B. Quanto mais indicadores de cuidado apresentados, maiores escores obtidos no PCL-C.

Na Tabela 2 vemos os resultados de análises de regressão buscando identificar o melhor modelo explicativo referente à presença de TEPT, tendo como base os escores totais obtidos no PCL-C. No modelo foram introduzidas todas as sub escalas da CTS2 e os resultados PROMIS1 buscando identificar as principais variáveis preditoras de TEPT em análise de regressão linear *Forward Stepwise* e, posteriormente, em Análise Linear com entrada forçada.

Tabela 2
Modelos regressão múltipla referentes à variável "escore total de TEPT"

Modelo de regressão	Preditores	β	Erro Padrão β	p
	Constante	42,67		0,22
Forward Stepwise ⁽¹⁾	<i>Agressão física com sequela severa (0,12)</i>	-15,5		0,30
$r^2 = 0,45$	<i>Agressão psicológica severa (Imp= 0,15)</i>	2,5		0,24
	<i>PROMIS1 (Imp= 0,73)</i>	2,5		0,01*
Linear moderado por agressão psicológica severa				
(entrada forçada)	Constante		6,35	0,00**
$r^2 = 0,69$	<i>PROMIS1</i>	0,615	0,85	0,06
$p = 0,05$	<i>Agressão física com sequela severa</i>	0,495	2,22	0,10

⁽¹⁾Preditores incluídos como variáveis independentes iniciais: violência física com sequela menor e severa, violência física sem sequela menor e severa, coerção sexual menor e severa, violência psicológica menor e severa, negociação cognitiva e emocional e número de categorias de cuidado indicadas no PROMIS1.

(*) Significativa $p < 0,05$; (**) Significativa $p < 0,0$

Observamos na Tabela 2 que na regressão linear *Forward Stepwise* as principais variáveis preditoras foram agressão física com sequela severa, agressão psicológica severa e número de indicadores de cuidado do PROMIS1, com poder de explicação de 45% da variável de interesse. Posteriormente uma análise linear com a entrada forçada foi realizada introduzindo as variáveis *número de indicadores de cuidado do PROMIS1* e *agressão física com sequela severa*, moderadas por *agressão psicológica severa*. Essa análise aumentou o poder de explicação do modelo para 69% ($r^2 = 0,69$; $p = 0,05$; $sd \beta = 6,35$; $\beta p < 0,01$),

demonstrando ser o mais forte modelo com as variáveis examinadas.

Discussão

A partir dos objetivos propostos considerou-se fundamental manter o balanceamento entre grupos como tática de controle metodológico. Considerando as análises descritivas e estatísticas, podemos constatar que foi mantido tal balanceamento entre grupos e, portanto, possíveis diferenças nas variáveis de interesse entre os grupos não se devem às características

de idade, número de filhos, renda individual e escolaridade. Acerca dos dados sociodemográficos cumpre destacar o fato de que, embora as participantes dos dois grupos tivessem médias de renda individual parecidas, a renda familiar média das participantes do grupo Sem Histórico foi maior que o dobro em relação ao grupo Com Histórico. Esse dado enfatiza a realidade de vulnerabilidade econômica na qual muitas mulheres se enxergam ao deixarem um relacionamento violento, sendo a dependência econômica um fator de risco para a Violência entre Parceiros Íntimos (Baêta e Almeida Neto, 2016; Sinclair, 2010b).

Segundo Cardoso e Costa (2019) déficits no repertório de negociação e de habilidades sociais favorecem a ocorrência de violência conjugal, o que explica os a porcentagem mais baixas de itens de negociação observada no grupo Com Histórico. Ainda segundo os autores, de modo geral, repertórios elaborados de habilidades sociais relacionam-se à promoção de saúde mental, maior qualidade de vida e melhoria dos relacionamentos interpessoais. Nesse sentido, intervenções direcionadas à promoção de tais habilidades podem ter o potencial de atuar tanto no âmbito de prevenção da Violência entre Parceiros Íntimos quanto no âmbito paliativo, minimizando as consequências deletérias de tal fenômeno e construindo repertórios de enfrentamentos mais eficazes.

Com relação ao objetivo primário, pode-se observar que uma porcentagem maior de mulheres no grupo Com Histórico cumpriram os critérios diagnósticos de TEPT propostos pelo instrumento PCL-C (77,7%) e todas as participantes obtiveram uma pontuação total maior do que a exigida para o diagnóstico, o que fornece indícios da vulnerabilidade desta população ao desenvolvimento deste transtorno. A prevalência de TEPT no grupo Com Histórico se assemelhou à prevalência anteriormente relatada por Mozzambani et al. (2011; 76%) e se aproximou do resultado encontrado por Felipe et al. (2016; 82,9%), contribuindo para investigações futuras acerca do TEPT em mulheres brasileiras vítimas de violência perpetrada por seus parceiros.

Embora a tendência dos escores obtidos no PCL-C para o grupo Com Histórico tenha se mantido sempre acima dos escores do grupo Sem Histórico, não foi possível afirmar que a prevalência de TEPT era significativamente diferente entre os dois grupos. Tal dado pode dever-se ao fato de que se optou pelo recrutamento das participantes do grupo Sem Histórico em uma Unidade Básica de Saúde com o objetivo de obter uma amostra com

características parecidas às do grupo Com Histórico e, devido à trâmites internos da instituição, as participantes foram referenciadas pelo setor de Psicologia. Isto significa que no momento da avaliação as participantes do grupo SH já estavam em acompanhamento por apresentarem queixas relacionadas à saúde mental e a presença de TEPT na amostra pode dever-se à diversas outras situações estressoras. Esta decisão metodológica inadequada também pode explicar os resultados do grupo Sem Histórico ao PROMIS1.

Mesmo sem diferença significativa na presença de TEPT entre os grupos, a análise de regressão linear mostrou como principais preditoras de TEPT a agressão física severa, agressão psicológica severa e a presença dos indicadores de saúde mental avaliados no PROMIS1. Isso indica que a presença de agressão física e psicológica severa no relacionamento, bem como a presença de outros transtornos psicológicos podem ser compreendidos como fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT em mulheres vitimizadas. Este achado corrobora outros dados da literatura que apontam que agressões mais severas se relacionam ao desenvolvimento de TEPT, além do fato de este transtorno aparecer em comorbidade com outros transtornos psicológicos (Dutton, 2009).

O aumento de explicação do modelo quando inserida agressão psicológica severa como variável moderadora implica na compreensão de que os efeitos de transtornos psicológicos existentes e da agressão física severa sobre o desenvolvimento de TEPT são aumentados quando na presença de agressão psicológica severa. A importância da violência psicológica como variável preditora de TEPT também tem sido bem documentada na literatura (Dutton, 2009; Norwood e Murphy, 2012; Pico-Alfonso, 2005). A violência contra a mulher ocorre usualmente de modo que as agressões aumentam em severidade com o passar do tempo (Sinclair, 2010a), passando de formas consideradas mais brandas (como críticas e falas que desqualificam a mulher) à mais formas mais severas (como espancamentos, estupro ou, em última instância, o feminicídio). Assim, a agressão psicológica pode ser compreendida como a forma mais comum de agressão entre parceiros e geralmente estará presente em comorbidade com outras formas de violência, o que dá sentido ao efeito moderador observado na análise.

Na violência psicológica o parceiro usualmente induz medo na vítima ao ameaçá-la ou ameaçar a seus entes e amigos, forçando-a a fazer coisas degradantes que a humilhem e/ou a

deixem subjugada; pratica deliberadamente atos que vão aterrorizá-la, agredi-la e/ou ridicularizá-la verbalmente, controlando suas atividades (Ganley, 1982; Sinclair, 2010a). Segundo Lagdon et al. (2014), considerando a literatura acerca dos efeitos da VPI na saúde mental de mulheres vitimizadas, maior atenção deve ser dada à agressão psicológica. Vale ressaltar que tal asserção é oposta à tradição do senso comum, que tende a banalizar e minimizar este tipo de agressão em virtude da invisibilidade imediata de suas sequelas.

O fato de uma porcentagem maior de participantes do grupo Com Histórico terem obtidos escores indicadores de cuidado em 8 das 13 categorias avaliadas no PROMIS1 reforça os impactos deletérios que da VPI em diversos domínios da saúde mental das vítimas (Dolezal, 2009, Lutwak, 2018 e Lourenço e Costa, 2020). Além da análise de regressão já discutida, a correlação entre os indicadores de cuidado do PROMIS1 e os escores do PCL-C indicam uma forte associação entre TEPT e a presença de outros transtornos (Nixon, Resick & Nishith, 2004; Dutton, 2009; Ritter, Kivisto, Handsel & Moore, 2014). Segundo Lagdon et al. (2014), os transtornos mais comuns em mulheres vítimas de VPI são depressão, ansiedade, TEPT e sintomas somáticos e os dados observados no grupo Com Histórico corroboram isso.

Além do óbvio sofrimento das vítimas em termos de saúde física e mental e da violação de seus direitos, vale ressaltar também os custos monetários ao sistema de saúde ocasionados pelas consequências da exposição à violência, tanto à curto prazo (*e. g.* em atendimentos emergenciais) quanto à longo prazo (*e. g.* condições crônicas como diabetes, problemas reumatológicos, cardíacos e etc). Dessa forma, o apelo à atuação do Poder Público na prevenção de violência também se embasa em uma perspectiva de gestão de recursos públicos (Dolezal, 2009).

Entretanto, o incentivo à formação de profissionais capacitados a reconhecer e intervir em casos de VPI ainda não é uma prioridade da gestão pública. A saber, uma das principais limitações deste estudo foi o número reduzido de participantes que compunham a amostra Com Histórico. Esta limitação foi ocasionada pelo fechamento permanente do Centro de Referência da Mulher no momento de realização da coleta e

subsequente desmantelamento da rede municipal de proteção à mulher, impossibilitando a expansão da amostra. Cumpre destacar que no momento da coleta 15 mulheres estavam em atendimento no Centro de Referência da Mulher, todas foram convidadas a participar do estudo e apenas 11 aceitaram participar.

É relevante compreender as associações entre VPI e outros transtornos pois em grande parte das vezes os serviços de saúde representam a porta de entrada e o primeiro contato da vítima com a rede de proteção. Entretanto, dados brasileiros apontam que os profissionais da saúde usualmente desconhecem os efeitos da violência sobre a saúde da mulher e não consideram que seja seu papel intervir em situações de VPI (Hasse & Vieira, 2014; Osis, Duarte e Faúndes, 2012), o que contribui para o agravamento de sequelas e risco à vida das mulheres vitimizadas.

De modo geral, mesmo considerando a limitação de número de participantes, julga-se que os dados coletados são pertinentes para o desenvolvimento da área considerando que o número de pesquisas relacionadas à VPI e suas consequências para a saúde da mulher não têm aumentado nos últimos anos, conforme observado na revisão sistemática dos últimos 10 anos de literatura realizada por Lourenço e Costa (2020). Além disso, destaca-se novamente a limitação da condição de recrutamento das participantes do grupo Sem Histórico que pode ter resultado, até certo ponto, em uma amostra não representativa da população geral não vítima de VPI.

Por fim, considera-se que o uso da CTS2 em português representa um avanço metodológico em relação aos estudos até então produzidos na literatura nacional que buscavam investigar a relação VPI e TEPT pois proporciona um panorama mais claro das situações de violência vividas pelas participantes e permite análises mais detalhadas acerca da relação VPI e outras variáveis de interesse. Sugere-se para estudos futuros que seja investigada com mais profundidade a relação entre TEPT e outros indicadores de saúde mental na mulher vitimizada considerando a importância destes dados para o planejamento e implementação de políticas públicas e para a capacitação de profissionais de saúde.

Referências

- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Baêta, R. F., Almeida Neto, J. B. (2016) Violência de gênero: enfrentamento sob a perspectiva dos mecanismos necessários à superação de vulnerabilidades. *Saúde em Redes*, 2(2), 201-210. <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p201-210>
- Barros, E. N., Silva, M. A., Neto, G. H. F., Lucena, S. G., Ponzo, L. & Pimentel, A. P. (2016). Prevalência de fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 591-598. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10672015>
- Berger, W., Mendlowicz, M. V., Souza, W. F., Figueira, I. (2004). Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(2), 167-175. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000200006>
- Brasil (2006). *Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006*. Dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), Seção 1:1. Acesso online, site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Data de recuperação: 25/09/2020
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331-1336. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- Cardoso, B. L. A., Costa, N. (2019). Desenvolvimento de habilidades sociais de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo: Um estudo teórico. *Interação em Psicologia*, 23, 20-32. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v23i1.53789>
- Cassado, D.C., Gallo, A.E. e Williams, L.C.A. (2003). Transtorno de Estresse Pós-Traumático em mulheres vítimas de violência doméstica: Um estudo piloto. *Perfil & Vertentes*, 15(1), 99-108. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1045>. Data de recuperação: 02/12/2020
- Data Senado (2019). Violência doméstica e familiar contra a mulher: Pesquisa DataSenado. Brasília: Secretaria de Transparência. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/violencia-contra-a-mulher-agressoes-cometidas-por-2018ex-2019-aumentam-quase-3-vezes-em-8-anos-1>. Data de recuperação: 28/09/2020
- Dolezal, T. (2009). *Hidden costs in health care: The economic impact of violence and abuse*. East Prairie, MN: Academy on Violence and Abuse.
- Dutton, M. A. (2009). Pathways Linking Intimate Partner Violence and Posttraumatic Disorder. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 211-224. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838009334451>
- Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A. & Krause, E. D. (2006). Intimate Partner Violence, PTSD, and Adverse Health Outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(7), 211-224. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260506289178>
- Felippe, A. M., Jesus, S. R., Silva, Y. V., Lourenço, L. M. & Grincenkov, F. R. S. (2016). Violência praticada pelo parceiro íntimo e o transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Psique*, 1(2), 95-111. Disponível em: <https://seer.cesjf.br/index.php/psq/article/view/949>. Data de recuperação: 02/12/2020
- Ganley, A. L. (1982). *Court-Mandated Counseling for Men Who Batter: A Three-Day Workshop for Mental Health Professionals*. Washington: Center for Women Policy Studies.
- Golding, J. M. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132. <https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>
- Hasse, M. & Vieira, E. M. (2014) Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde em Debate*, 38(102), 482-493. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140045>
- Hatzenberger, R., Lima, A. P. V. R., Lobo, B., Leite, L. & Kristensen, C. H. (2010). Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo. *Ciências e Cognição*, 15(2), 94-110. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212010000200009&lng=pt&tlng=pt. Data de recuperação: 02/12/2020
- Jones, L., Hughes, M., Unterstaller, U. (2001). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Victims of Domestic Violence: A Review of the Research. *Trauma, Violence, & Abuse* (2)2, 99-119. <https://doi.org/10.1177/1524838001002002001>
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J.A., Zwi, A. B., Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization
- Lagdon, S.; Armour, C. & Stringer, M. (2014) Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*. 5(1). 24794. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24794>
- Lourenço, L. M. & Costa, D. P. (2020). Violência entre Parceiros Íntimos e as implicações para a saúde da mulher. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*. 13(1), e130109. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2020130109>
- Lutwak, N. (2018). The Psychology of Health and Illness: The Mental Health and Physiological Effects of Intimate Partner Violence on Women. *The Journal of Psychology*, 152(6), 373-387. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1447435>
- Moraes, C. L., Hasselmann, M. H. & Reichenheim M. E. (2002). Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 163-176. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100017>
- Mozzambani, A. C. F., Ribeiro, R. L., Fuso, S. F., Fiks, J. P., & Mello, M.F. (2011). Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33, 43-47. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082011005000007>
- Nixon, R. D. V., Resick, P. A. & Nishith, P. (2004) An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 315-320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.01.008>
- Norwood, A. & Murphy, C. (2012) What forms of abuse correlate with PTSD Symptoms in partners of men being treated for Intimate Partner Violence?. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4(6), 596-604. <https://doi.org/10.1037/a0025232>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2014). Global status report on violence prevention. Genebra: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en Data de recuperação: 02/12/2020
- Osis, M. J. D., Duarte, G. A., & Faúndes, A. (2012). Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Revista de Saúde Pública*, 46(2), 351-358. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000019>
- Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 181-193. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.08.010>

- Ritter, K., Kivisto, A., Handsel, V & Moore, T. (2014). Intimate partner violence, PTSD, and substance use. Em: P. Ouimette & J. P. Read (Orgs.). *Trauma and substance abuse: causes, consequences, and treatment of comorbid disorders* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/14273-011>
- Ruiz, L.P. (2016). *Autoestima e depressão em mulheres portadoras de vitiligo*. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/8034/DissLPR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Data de recuperação: 02/12/2020
- Salcioglu, E., Urhan, S., Pirinccioglu, T. & Aydin, S. (2017). Anticipatory fear and helplessness predict PTSD and depression in domestic violence survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 9(1), 117-125. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000200>
- Santos, A. G. & Monteiro, C. F. S. (2018). Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3099. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2740.3099>
- Sinclair, D. (2010a). Introdução à violência contra a mulher (M. Bonomi e L. C. A Williams, Trad.). Em: L.C.A. Williams, J.M.D. Maia, & K.S.A. Rios, (Orgs.) *Aspectos psicológicos da violência*. Santo André: ESETec.
- Sinclair, D. (2010b). Por que uma mulher permanece em um relacionamento violento? (M. Bonomi e L. C. A Williams, Trad.). Em: L.C.A. Williams, J.M.D. Maia, & K.S.A. Rios (Orgs.) *Aspectos psicológicos da violência*. Santo André: ESETec.
- Strauss, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316. <http://dx.doi.org/10.1177/019251396017003001>
- Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil*. Brasília: Flacso.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman D., Huska, J. A., Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. *Paper present at the Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies*. San Antonio, TX. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/291448760_The_PTSD_Checklist_PCL_Reliability_validity_and_diagnostic_utility. Data de recuperação: 02/12/2020

Recebido em 25/09/2020
Primeira decisão Editorial 02/12/2020
Aceite em 15/12/2020