
ANDREIA MONTEIRO FELIPPE

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) EM MULHERES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA PRATICADA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Orientadora: Profa. Dra. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Coorientador: Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço

Juiz de Fora

2014

ANDREIA MONTEIRO FELIPPE

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) EM MULHERES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA PRATICADA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito à obtenção do grau de Mestre em Psicologia por
Andreia Monteiro Felipe

Orientadora: Profa. Dra. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Coorientador: Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Felippe, Andreia Monteiro.

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em mulheres vítimas de violência praticada por parceiro íntimo / Andreia Monteiro Felipe. -- 2014.

85 f.

Orientadora: Dra. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Coorientador: Dr. Lélío Moura Lourenço

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2014.

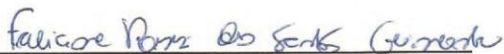
1. Violência contra a mulher. 2. violência por parceiro íntimo. 3. transtorno de estresse pós-traumático. 4. Lei Maria da Penha. I. Grincenkov, Dra. Fabiane Rossi dos Santos, orient. II. Lourenço, Dr. Lélío Moura, coorient. III. Título.

Andreia Monteiro Felipe

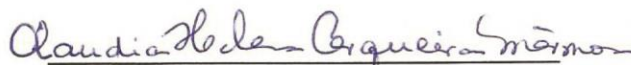
**TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) EM MULHERES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA PRATICADA POR PARCEIRO ÍNTIMO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia por Andreia Monteiro Felipe

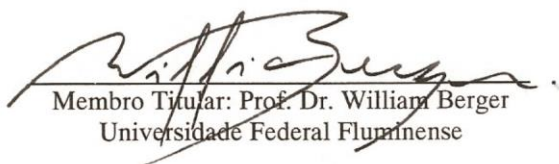
Dissertação defendida e aprovada em 04 de fevereiro de dois mil e quatorze, pela banca constituída por:



Orientadora: Profa. Dra. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov
Universidade Federal de Juiz de Fora



Presidente: Profa. Dra. Claudia Helena Cerqueira Marmora
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Prof. Dr. William Berger
Universidade Federal Fluminense

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por ter me dado a oportunidade de fazer o Mestrado, abrindo as portas necessárias para a o ingresso no curso e para a realização da pesquisa, colocando as pessoas certas no meu caminho e fazendo-se presente em cada momento, com sua força e misericórdia infinitas... Obrigada, Jesus, por guiar meus passos e por ser a base de minha vida. A Ti dedico toda vitória e peço Tua condução na minha caminhada profissional.

Agradeço à minha querida mãe, pelo amor e incentivo, pelas palavras seguras que sustentaram minha formação pessoal. Mãe, você é um grande tesouro em minha vida, obrigada por tudo! Eu te amo muito!

Ao meu pai, que no silêncio de sua ausência física se fez presente a cada instante, nas lembranças e na saudade, as quais eternizaram os ensinamentos dados durante a vida, com seus exemplos de coragem e força.

À minha irmã e ao meu sobrinho, companhias agradáveis que me trazem muitas alegrias.

Ao meu marido, pelo amor, carinho e companheirismo a mim dedicados.

Ao meu filho, maior presente da minha vida, que me faz sorrir com sua pureza de criança.

À minha avó Terezinha, que sempre me incentivou nos estudos e passou sua sabedoria adquirida pela experiência de vida.

À minha orientadora, Profa. Dra. Fabiane, que é um grande exemplo de profissional, sabendo transmitir seus conhecimentos com inteligência e ternura. Serei sempre grata pela dedicação ao projeto do Mestrado. Deixo aqui meu reconhecimento por todas as contribuições e pela amizade formada.

Agradeço ao meu co-orientador Prof. Dr. Lélío, que me acolheu no curso de Mestrado e contribuiu muito na escolha do tema.

À profa. Dra. Cláudia Mármora, muito obrigada pela receptividade a mim oferecida no curso do Mestrado e por propiciar reflexões tão belas durante a disciplina ministrada.

Ao prof. Dr. William Berger, que contribuiu com grande sabedoria para este projeto de Mestrado, compartilhando seus conhecimentos.

À acadêmica Sara Rodrigues de Jesus que, com grande competência e seriedade, ajudou-me a realizar a coleta.

À estimada Dra. Maria de Souza Pontes, delegada de polícia civil, a qual deu grande receptividade ao estágio de psicologia e prontamente aceitou que a pesquisa fosse feita na delegacia, contribuindo para a construção de conhecimento científico.

Ao estatístico Yury Vanconcellos, por me auxiliar na pesquisa com seu conhecimento técnico.

A todas as mulheres que participaram da pesquisa, dividindo suas histórias para a elaboração do trabalho e a reflexão em torno de possíveis propostas de intervenção.

Ao Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, por ser o espaço que me acolheu na docência e me inspirou a fazer o Mestrado, através da equipe de profissionais e alunos que me motivam cada dia a aprimorar meus conhecimentos.

Enfim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho e aos amigos feitos durante o curso, que tornaram o Mestrado ainda mais agradável.

RESUMO

A violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública, devido às graves consequências físicas e mentais que produz, dentre elas, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Objetivos: Investigar a relação entre TEPT e violência contra a mulher praticada por parceiros íntimos, com ênfase nas vítimas atendidas pelo setor de psicologia na DPOF (Delegacia de Orientação e Proteção à Família) de Juiz de Fora. Os objetivos específicos são: constatar a prevalência de TEPT nos casos de VPI acima citados; 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, bem como o tempo de exposição ao evento traumático no grupo estudado; verificar a associação entre percepção de suporte social, TEPT e depressão. Métodos: Estudo transversal, quantitativo, descritivo e associativo. A amostra compõe-se de 41 mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, que recorreram à DPOF no primeiro semestre de 2013. Foram aplicados os seguintes instrumentos: entrevista estruturada, Post-Traumatic Stress Disorder Checklist- Civilian Version (PCL-C), Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS) e Inventário de Depressão de Beck (BDI-I). Resultados: A partir do rastreamento dos sintomas do TEPT, obteve-se a prevalência de possíveis casos do transtorno em 82,9% das mulheres entrevistadas. Houve uma associação positiva entre depressão e TEPT, e negativa entre TEPT e percepção de suporte social. Conclusões: O trabalho aponta para a necessidade de se criar estratégias específicas de intervenção para mulheres vítimas de VPI, diante da alta prevalência do transtorno. É preciso, especialmente, realizar projetos nos órgãos jurídicos de proteção à mulher, a fim de fortalecer o suporte social da mesma ao enfrentar situações adversas relacionadas à agressão.

Palavras-chave: Violência contra a mulher, violência por parceiro íntimo, transtorno de estresse pós-traumático, Lei Maria da Penha.

ABSTRACT

Violence against women is considered a public health problem due to serious physical and mental consequences it produces, such as Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Objectives: To investigate the relationship between PTSD and violence against women by intimate partners, with emphasis on victims served by psychology sector in Juiz de Fora DPOF (Precinct Guidance and Family Protection). The specific objectives are: to find out the prevalence of PTSD in IPV cases cited above, to describe the frequency of factors such as: history of violence in the primitive family, previous victimization, type of violence, use of alcohol and drugs by the partner, as well as the time of exposure to the traumatic event in the studied group; to verify the association between perceived social support, depression and PTSD. Methods: The study is cross-sectional, quantitative, descriptive and associative. The sample consists of 41 female victims of intimate partner violence, who resorted to DPOF the first half of 2013. The following instruments applied were: Structured interview, Post-Traumatic Stress Disorder Checklist- Civilian Version (PCL-C), Perceived Social Support Scale (EPSS) and Beck Depression Inventory (BDI-I). Results: From the trace of the symptoms of PTSD, we obtained the prevalence of disorder possible cases in 82,9% of the women interviewed. There was a positive association between depression and PTSD, and negative association between PTSD and perceived social support. Conclusions: The study points to the need to create specific intervention strategies for women victims of IPV, given the high prevalence of this disorder. We must especially perform projects in the legal bodies to protect women in order to strengthen their social support to face adverse situations related to the aggression.

Keywords: Violence against women, intimate partner violence, posttraumatic stress disorder, Maria da Penha Law.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Sintomas clinicamente significativos na amostra nos itens do Grupo B da PCL-C (N = 41)	45
Tabela 2. Sintomas clinicamente significativos na amostra nos itens do Grupo C da PCL-C (N = 41)	46
Tabela 3. Sintomas clinicamente significativos na amostra nos itens do Grupo D da PCL-C (N = 41)	47
Tabela 4. Variáveis sociodemográficas e clínicas (N = 41)	48
Tabela 5. Variáveis relacionadas ao agressor e à violência (N = 41).....	51
Tabela 6. Frequência da depressão em mulheres com sinais de TEPT (N = 34)	52

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1.	Entrevista Estruturada: Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Mulheres Vítimas de Violência Prática por Parceiro Íntimo 74
Apêndice 2.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 76

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1.	Post-Traumatic Stress Disorder Checklist- Civilian Version (PCL-C), adaptado para o português por Berger et al. (2004).	78
Anexo 2.	Escala de Percepção de Suporte Social	80
Anexo 3.	Declaração de concordância com a realização da pesquisa	82
Anexo 4.	Parecer do CEP.....	83
Anexo 5.	Comprovante de submissão de artigo.....	85

LISTA DE SIGLAS

APA	American Psychiatry Association
DPOF	Delegacia de Proteção e Orientação à Família
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPSS	Escala de Percepção de Suporte Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCL-C	Post-Traumatic Stress Disorder Checklist- Civilian Version
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
VPI	Violência por parceiro íntimo

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	vii
LISTA DE APÊNDICES.....	viii
LISTA DE ANEXOS	ix
LISTA DE SIGLAS	x
1 INTRODUÇÃO	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
2.1 Violência contra a Mulher	5
<i>2.1.1 Evolução do tratamento dado à violência contra a mulher</i>	<i>6</i>
<i>2.1.2 Violência por parceiro íntimo</i>	<i>8</i>
<i>2.1.3 Desafios e propostas de intervenção</i>	<i>10</i>
<i>2.1.4 Fatores de risco</i>	<i>11</i>
<i>2.1.5 Perfil da violência contra a mulher</i>	<i>15</i>
<i>2.1.6 Tipos de violência e suas consequências</i>	<i>18</i>
2.2 Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).....	22
<i>2.2.1 Histórico do conceito</i>	<i>22</i>
<i>2.2.2 Critérios diagnósticos</i>	<i>24</i>
<i>2.2.3 Fatores associados ao TEPT</i>	<i>26</i>
<i>2.2.4 Prevalência, curso do transtorno e intervenções</i>	<i>28</i>
<i>2.2.5 TEPT e violência</i>	<i>30</i>
<i>2.2.6 TEPT e Violência por parceiro íntimo</i>	<i>33</i>
3 OBJETIVOS	37
3.1 Objetivo geral	37
3.2 Objetivos específicos	37
4 METODOLOGIA.....	38
4.1 Desenho do estudo	38
4.2 Local de realização da pesquisa e amostra	38
4.3 Procedimentos	39
4.4 Instrumentos	40
4.5 Análise dos dados	41
4.6 Aspectos éticos	42
4.7 Limitações do método no âmbito da investigação	42

5 RESULTADOS	44
5.1 A prevalência de indicativo de TEPT no grupo estudado	44
5.2 Sintomas típicos mais frequentes na amostra	45
5.3 Descrição das variáveis sociodemográficas e clínicas	47
5.4 Descrição das variáveis relacionadas ao agressor e à violência	49
5.5 Comparação entre as variáveis: TEPT, suporte social e depressão	51
6 DISCUSSÃO	54
7 CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES	73
ANEXOS	77

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2008, iniciei meu trabalho de docência no Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, ministrando a disciplina de Psicologia Jurídica. Concomitantemente, fui selecionada para coordenar e supervisionar o estágio de Psicologia Jurídica na delegacia de atendimento às mulheres vítimas de violência, na ocasião, denominada GTO- Família (Grupo Tático Operacional Família) de Juiz de Fora. Desde então, foi possível realizar um trabalho com as mulheres que se dirigiam à instituição policial, procurando ajuda e orientações.

Em parceria com a instituição de ensino, foi elaborado um projeto de acolhimento psicológico às vítimas de violência, permitindo uma escuta capacitada, a partir da qual os encaminhamentos socioassistenciais seriam realizados. Ao mesmo tempo, foram desenvolvidos estudos envolvendo a temática da violência contra a mulher com a tentativa de compreender o fenômeno e criar estratégias específicas de intervenção.

Com base nas observações feitas durante os atendimentos, constatou-se uma grande ocorrência de danos psíquicos às mulheres vítimas de violência, enfim, transtornos aparentemente desencadeados pelos atos violentos. No discurso das vítimas e relatos de suas vivências, percebeu-se, na prática, o que a teoria apontava: a violência contra a mulher é um grande desafio para as políticas públicas de saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2005), a violência contra a mulher é um fenômeno universal, presente em todos os países, sendo que a violência doméstica é aceita em muitas culturas. Apesar de ser um tema amplamente debatido, persiste de forma intensa em todas as sociedades. Assim, na década de 1980, a OMS reconheceu a violência contra a mulher como um problema de saúde pública, devido às graves sequelas físicas e emocionais que produz. Nesta ocasião, o tema ganhou repercussão na área acadêmica e eclodiram trabalhos a fim de se investigar e compreender sua dinâmica de funcionamento (Galvão & Andrade, 2004).

Surgiram pesquisas apontando que a maior parte dos casos de violência contra a mulher ocorre no âmbito doméstico, o que gera uma dificuldade de combater o fenômeno diante do silêncio e segredos que permeiam uma relação de afeto. As vítimas, geralmente, sofrem pressões e ameaças do agressor, além de terem um sentimento de lealdade com o parceiro, ocasionando um entrave na denúncia do ato (Diniz & Angelim, 2003). Pesquisa de Sitta, Medeiros, Faria e Scavone (2011) aponta que seis em cada dez pessoas entrevistadas conhecem ao menos uma mulher que já sofreu violência doméstica.

Diante deste cenário apontado pela literatura, o estágio de psicologia desenvolvido na delegacia de proteção às mulheres de Juiz de Fora passou a elaborar, no decorrer dos anos, novos projetos de intervenção juntamente às vítimas. Com base no referencial da Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340, de 6 de agosto de 2006), a psicologia ampliou seus espaços, visando contribuir para a construção de uma equipe de atendimento multidisciplinar. Foi inaugurado o projeto de Mediação de Conflitos e, anos depois, surgiram outras propostas como o grupo de reflexão com mulheres vítimas de violência e o grupo com agressores.

A prática despertou o interesse em aprofundar os estudos científicos em torno da temática, o que desencadeou o presente projeto de mestrado em psicologia na Universidade Federal de Juiz de Fora, intitulado: Transtorno de Estresse Pós-traumático em mulheres vítimas de violência praticada pelo parceiro íntimo. Objetiva-se transformar em dados numéricos o que é observado na prática: a alta prevalência de danos psíquicos à vítima.

Desta forma, no presente trabalho, o foco do estudo é a violência por parceiro íntimo (VPI), com base no referencial dado pela lei *Maria da Penha* (Lei n. 11.340, de 6 de agosto de 2006), que inclui, além da violência doméstica e intrafamiliar, aquela praticada em relações íntimas de afeto. Percebe-se que o legislador abrangeu no rol de proteção específica não apenas as mulheres que convivem no mesmo teto com o agressor, mas também aquelas que tiveram outros tipos de vínculos íntimos de afeto, como o namoro, por exemplo. Sendo assim, a violência praticada por parceiro íntimo pressupõe existir ou já ter existido um relacionamento afetivo-sexual (Silva, L. L., Coelho, & Caponi, 2007).

Ressalta-se que as violências praticadas contra as mulheres, sejam físicas, psicológicas, sexuais, morais ou patrimoniais, muitas vezes aparecem de forma conjugada e causam consequências sérias para a saúde da mulher, principalmente, do ponto de vista emocional. Dentre as possíveis consequências, o TEPT tem gerado grande repercussão e interesse na compreensão do fenômeno. Os sintomas do TEPT podem ser divididos em três grupos: revivescência do trauma (em pesadelos, pensamentos incontrolláveis), esquiva ou entorpecimento emocional e hiperestimulação autonômica (como a irritabilidade e a insônia).

O diagnóstico é feito se esses sintomas gerarem comprometimento social e ocupacional significativos (American Psychiatric Association [APA], 2000).

Dada a relevância e gravidade do assunto, surge como algo novo e atual associar o TEPT à violência contra a mulher praticada por parceiros íntimos. Além disso, algo que desperta a atenção é que as reações das mulheres diante do evento violento parecem ser influenciadas por determinadas variáveis. Mesmo em situações de extrema gravidade, as respostas psicológicas são variadas, o que leva a supor que existem fatores que podem contribuir na eclosão do TEPT. Sendo assim, suporte social, tipo de violência sofrida, histórico de violência na família de origem, vitimização prévia e tempo de exposição ao evento traumático podem interferir na manifestação do TEPT (DeJonghe, Bogat, Levendosky, & von Eye, 2008). Corroborando com este entendimento, estudos de Briere e Jordan (2004) apontam que existem variáveis que, associadas, podem determinar os efeitos de cada vitimização, incluindo o tipo e característica da violência, histórico de vitimização prévia, fatores socioculturais, inadequado suporte social, dentre outros.

Diante de tais considerações, o estudo se justifica, em primeiro lugar, pela relevância social do tema. A violência contra a mulher tem um impacto na sociedade, por acarretar prejuízos na saúde mental da mulher, o que tem gerado uma série de políticas públicas, como a promulgação da Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340, de 6 de agosto de 2006). Assim, estudos na área contribuem para compreender e analisar o fenômeno da violência praticada por parceiros íntimos, bem como os fatores relacionados. Identificar como ocorre a manifestação do TEPT e quais os aspectos contribuem para a ocorrência do transtorno serve como base para novos estudos e como ponto de partida para a elaboração de estratégias específicas de intervenção.

Por fim, existe uma escassez nas publicações brasileiras quanto à associação entre TEPT e violência praticada por parceiros íntimos. Embora existam variados estudos que abordam as temáticas separadamente, faltam pesquisas no Brasil associando tais variáveis. Desta forma, o tema é atual e relevante do ponto de vista acadêmico, contribuindo para os debates existentes sobre a violência contra a mulher.

As questões desenvolvidas no decorrer do trabalho são: existe uma relação entre o TEPT e a violência contra a mulher praticada por parceiros íntimos? Qual a prevalência do TEPT nas mulheres atendidas na Delegacia de Orientação e Proteção à Família (DPOF) em Juiz de Fora e qual a frequência de fenômenos, como: histórico de violência na família de origem, vitimização prévia, uso de álcool e drogas pelo parceiro agressor, bem como qual a

média do tempo de exposição ao evento traumático? A percepção de suporte social e a depressão estão relacionadas ao desenvolvimento do TEPT nos casos apresentados?

A hipótese é de que a manifestação do TEPT pode estar associada à violência praticada por parceiros íntimos. Além disso, a pesquisa parte do pressuposto de que a percepção de suporte social e a depressão estão relacionadas ao desenvolvimento do transtorno nos casos em questão.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Violência contra a Mulher

A violência é um problema presente em todas as sociedades, existindo uma preocupação em entender as causas deste fenômeno, a fim de preveni-lo e eliminá-lo do convívio social. Embora não seja um tema limitado a área da saúde, gera uma grande repercussão neste setor, uma vez que a mortalidade e morbidade decorrentes de atos violentos revelam-se alarmantes (Minayo, 1994). De acordo com Giffin (1994): “a distribuição social da violência reflete a tradicional divisão dos espaços: o homem é vítima da violência na esfera pública, e a violência contra a mulher é perpetuada no âmbito doméstico, onde o agressor é, mais frequentemente, o próprio parceiro.” (Giffin, 1994, p. 146).

A violência contra a mulher está presente em todos os países, muitos dos quais aceitam a violência doméstica como algo *normal*, tolerando tal tipo de comportamento. Por revelar-se como algo que ocasiona sérios danos à saúde e violação de direitos humanos, demanda ações de todos os setores da sociedade (WHO, 2005).

O Mapa da Violência de 2012 (Waiselfisz, 2012), elaborado pelo Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos, mostrou que dentre 1980 e 2012, foram assassinadas no Brasil mais de 92 mil mulheres, 43,7 mil só na última década, o que representa um aumento significativo nos últimos dez anos de 230%. O país, em 2009, ocupava a sétima posição nas taxas de homicídio feminino em relação a 84 países do mundo pesquisados. Segundo dados apresentados, 41% dos óbitos de mulheres decorrentes da violência ocorreram na própria residência da vítima.

Segundo a WHO (2005), a violência contra mulher praticada por parceiros íntimos é uma das grandes responsáveis pelo adoecimento de mulheres. O estudo realizado em dez países buscou identificar as formas e consequências deste tipo de violência nas diversas

culturas, possibilitando ao setor da saúde criar formas de prevenir o fenômeno e de tratar as vítimas.

2.1.1 Evolução do tratamento dado à violência contra a mulher

Debert e Gregori (2008) mostram que várias são as expressões que definem a violência praticada contra a mulher. A primeira delas, *violência contra a mulher*, foi um termo criado pelo movimento feminista a partir da década de 60. Já o termo *violência doméstica* se tornou evidente nos anos 90. Enquanto isso, a expressão *violência familiar* ganhou grande alcance a partir de sua inclusão na Lei Maria da Penha, de 2006. A concepção *gênero* foi inserida no meio acadêmico brasileiro no final da década de 90:

Revisada a ideia binária de dois sexos e dois gêneros, o gênero passa a ser entendido como relação política, que ocorre num campo discursivo e histórico de relações de poder. Nestas perspectivas, gênero é um efeito da linguagem, produzido e gerado a partir de discursos, e não a partir da biologia. Enquanto produção discursiva, o gênero não apenas descreve construções sobre corpos materiais, naturais e preexistentes. Os corpos também são produções discursivas... (Narvaz & Koller, 2007, p. 217).

Violência de gênero é um termo que remete à compreensão da desigualdade de poder, isto é, ao que é atribuído culturalmente ao homem e à mulher. Os papéis de gênero são ensinados socialmente e reforçados por culturas patriarcais. Neste modelo de família, é legitimada a dominação do homem e a inferioridade da mulher (Gomes, N. P., Diniz, Araújo, & Coelho, 2007). Sendo assim, a violência contra a mulher deve ser estudada a partir do entendimento do contexto social das relações de gênero, pelo fato de constituir-se da dominação do homem sobre a mulher em instituições como família e casamento (Galvão & Andrade, 2004).

No final da década de 60, as mulheres passaram a questionar os papéis que lhes são socialmente atribuídos, sua posição desqualificada e inferiorizada, dando origem aos movimentos feministas dos anos 70, que pleiteavam a igualdade de direitos entre homens e mulheres (Gomes, N. P. et al., 2007). No Brasil, a década de 80 é considerada um marco no combate à violência contra a mulher, que pode ser representado pela elaboração de políticas públicas. Foi neste período que a OMS reconheceu a violência contra a mulher como um

problema de saúde pública, devido às graves sequelas físicas e psicológicas que produz. No meio acadêmico, foram difundidos estudos e pesquisas sobre a temática. Em termos práticos, foram criadas delegacias especializadas, centros de atendimento à mulher e casas abrigo (Galvão & Andrade, 2004).

Segundo Galvão e Andrade (2004, p. 92) “a importância dos serviços especializados no atendimento a mulheres que vivem em situação de violência é, hoje, reconhecida por diversos setores da sociedade e sua manutenção defendida pelas organizações do movimento de mulheres”. Neste sentido, Debert e Gregori (2008) apontam para a existência do fenômeno denominado judicialização das relações sociais, que consiste na invasão do direito na regulação da vida social. Os autores percebem a existência de delegacias especializadas como fruto de uma reivindicação da própria sociedade, possibilitando demarcar o ideal de igualdade.

No Brasil, em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, enquanto em 2004 ocorreu a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, tendo como um dos eixos o enfrentamento à violência contra as mulheres (Narvaz & Koller, 2007). Entretanto, apesar dos avanços nas políticas públicas, até 2006, no Brasil, determinadas modalidades de violência contra a mulher, como lesão corporal e ameaças, eram consideradas crimes de menor potencial ofensivo, sendo, portanto, encaminhadas aos Juizados Especiais Criminais (Lei n. 9.099, de 26 de setembro de 1995). Aos agressores cabiam penas pecuniárias e multas, o que levava a reincidências e à crença de que não havia uma punição efetiva.

Devido à gravidade do assunto, a mobilização social passou a pleitear a elaboração da reforma na legislação brasileira sobre o assunto. Como resposta ao clamor social, foi promulgada, no Brasil, a Lei Maria da Penha, Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006, como um dispositivo legal que prevê a adoção de penas mais severas e a criação de Juizados Especializados visando ao combate da violência doméstica e familiar contra a mulher. De acordo com a referida lei (Lei n. 11.340, de 6 de agosto de 2006), configura violência doméstica e familiar contra a mulher o crime praticado em três âmbitos. O primeiro deles, o doméstico, inclui o convívio na mesma unidade doméstica, independente de haver vínculo familiar ou não, incluindo pessoas esporadicamente agregadas (por exemplo: empregada doméstica que resida com a família). O segundo âmbito é o da família, “compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa”. O terceiro e último tipo de vínculo é a

relação íntima de afeto, que pressupõe a convivência dos parceiros, independente de coabitação.

O presente trabalho tem como referencial teórico a Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340, de 6 de agosto de 2006) para embasar o entendimento sobre relações entre parceiros íntimos. Como será visto a seguir, o termo ainda carece de definições mais claras, que delimitem e apontem o que são considerados parceiros íntimos, uma vez que, atualmente, novas formas de configuração familiar têm se tornado comum, como casais que residem em tetos separados, ou namorados com prole conjunta. Sendo assim, diante da dificuldade de definição do construto e da necessidade de apontar o significado do conceito, opta-se por adotar a definição baseada na legislação brasileira em vigor, que inclui as relações íntimas de afeto.

2.1.2 Violência por parceiro íntimo

A violência por parceiro íntimo (VPI) pressupõe existir ou já ter existido um relacionamento afetivo-sexual (Silva, L. L. et al., 2007). Estatísticas apontam que de 40 a 70% dos homicídios praticados contra mulheres têm como autores os parceiros íntimos (Day et al., 2003). Sendo assim, a violência por parceiro íntimo consiste em “qualquer comportamento inserido num relacionamento íntimo que cause prejuízos físicos, psicológicos ou sexuais para os envolvidos nessa relação” (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002, p. 89). Tobo-Medina, Canaval-Erazo, Burgos-Dávila e Humphreys (2011, p. 176) comentam que “VPI pode acontecer em todos os tipos de relacionamentos, incluindo casamento, união livre, relacionamentos entre adultos ou adolescentes, como entre pessoas do mesmo ou de diferente sexo, entretanto, VPI é mais frequente em homens contra mulheres”.

Em cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde de um município paulista, foi constatado que mais de um terço das mulheres foi vítima de VPI (Vieira, Perdoná, & Santos, 2011). Dado alarmante é que a prevalência de VPI em mulheres em período gestacional (antes, durante e depois do parto) pode chegar a 47,4%, principalmente ocorrendo a violência psicológica, o que afeta não apenas a mulher, como também o desenvolvimento do bebê. (Silva, E. P., Ludermir, Araújo, & Valongueiro, 2011).

Na Espanha, Vives-Cases, Álvarez-Dardet, Carrasco-Portiño e Torrubiano-Domínguez (2007) realizaram um estudo ecológico, descritivo, baseado na morte de mulheres

por parceiros íntimos nos anos compreendidos entre 1997 e 2004. Concluíram que o risco de morte de mulheres por parceiro íntimo em províncias com um IDG (*índice de desarrollo de género* - índice de desenvolvimento de gênero) baixo é maior em relação ao risco das que vivem em províncias com um IDG alto. Além disso, o risco de denúncias de tal tipo de violência é maior em províncias com um IDG baixo em comparação com as que apresentam um IDG alto.

Um estudo abordando a população do município de São Paulo concluiu que 5,4% dos entrevistados afirmaram ter sido vítimas de violência física praticada por parceiro íntimo nos últimos dois anos. As mulheres sofrem agressões mais graves do que os homens, necessitando de cuidados médicos. Além disso, um quarto dos parceiros agressores disse ter usado armas contra as parceiras (Oliveira, J. B. et al., 2009).

Lamoglia e Minayo (2009) apontam que determinantes culturais exercem um papel importantíssimo na construção dos papéis femininos e masculinos, legitimando o poder dos homens sobre as mulheres, bem como a violência de gênero. Assim, os homens tornam-se violentos quando por alguma razão “perdem o controle das situações familiares” (Lamoglia & Minayo, 2009, p. 595). A agressão física praticada por parceiro íntimo geralmente vem acompanhada da violência psicológica e da sexual. Os atos aparecem de forma repetitiva, como forma de controle e dominação. Os tipos mais comuns de ações são agressões físicas, abusos psicológicos, coerção sexual e comportamentos de controle (Day et al., 2003). De acordo com Schraiber, d’Oliveira e França-Júnior (2008), uma em cada dez mulheres, dentro do grupo entrevistado, relatou já ter sofrido violência sexual por parceiro íntimo. Entretanto, para Brandão (2006), a mulher vítima de violência por parceiro íntimo que recorre a uma delegacia pouco cita o termo “violência” em suas narrativas.

- Agressões físicas como golpes, tapas, chutes e surras, tentativas de estrangulamento e queimaduras, quebras de objetos favoritos, móveis, ameaças de ferir as crianças ou outros membros da família;
- Abuso psicológico por menosprezo, intimidações e humilhação constantes;
- Coerção sexual;
- Comportamentos de controle tipo isolamento forçado da mulher em relação à sua família e amigos, vigilância constante de suas ações e restrição de acesso a recursos variados. (Day et al., 2003, p. 15).

As mulheres reagem de diversas formas, algumas fogem, outras mantêm a relação, dependendo das opções que dispõem. As que permanecem no relacionamento violento alegam que têm medo de represália, dependência financeira e emocional, perda do suporte familiar, esperança de que o companheiro mude. As que rompem com a relação assim o fazem porque

a violência está atingindo os filhos, a agressão está aumentando de intensidade e encontram um suporte da família para tomarem a decisão (Day et al., 2003).

2.1.3 Desafios e propostas de intervenção

Apesar dos estudos já realizados e dos avanços na área, ainda existe um despreparo por parte dos profissionais da saúde em lidar com a questão da violência contra a mulher, devido à dificuldade de abordar um assunto que diz respeito à vida privada e intimidade da mulher, muitas vezes guardado através do silêncio (Galvão & Andrade, 2004). “Acreditamos que no caso da violência contra a mulher, guardadas as devidas proporções, esse mesmo despreparo dificulte uma intervenção mais efetiva dos profissionais de saúde quanto ao reconhecimento dos casos de violência, ao atendimento e ao encaminhamento das mulheres aos demais serviços de apoio nessa área” (Galvão & Andrade, 2004, p. 96).

A dificuldade em lidar com a temática se agrava ainda mais quando a violência praticada é a psicológica, difícil de ser reconhecida e valorada. Wink e Strey, ao realizarem uma pesquisa com a finalidade de discutir a percepção de homens acusados de agressão sobre a violência de gênero, constataram na análise de seu discurso que “a violência psicológica continua sendo uma instância de complicada percepção e, principalmente, de difícil reconhecimento mesmo quando percebida” (Wink & Strey 2007, p. 252).

Brandão (2006) acrescenta que outra dificuldade encontrada por profissionais que lidam diretamente em uma delegacia especializada no atendimento à mulher é que muitas das vítimas recorrem ao serviço, porém não querem uma punição legal para os parceiros. Esperam que os serventuários resolvam a questão, chamando-os para conversar ou, ainda, dando um susto no agressor. Tais demandas são muitas vezes consideradas vagas pelos profissionais, que desejam enquadrar os pedidos nas possibilidades penais previstas em lei.

Por outro lado, outro tipo de desafio encontrado pelos profissionais que atuam na área é que muitas mulheres buscam nas instituições especializadas uma solução jurídica rápida, que nem sempre pode ser realizada, sendo que elas mesmas deixam para um segundo plano a questão psíquica na manutenção ou na repetição da relação violenta. Logo, delegam para a lei social a responsabilidade pela resolução da situação, o que requer, por parte da equipe, um trabalho de conscientização e de resgate da habilidade da vítima em resolver seus conflitos (Sei & Corbett, 2003).

Para tratar da temática, Sei e Corbett (2003) propõem um trabalho diferenciado para as mulheres que recorrem ao SOS Ação Mulher e Família, no município de Campinas. De maneira transdisciplinar, além de receberem orientações, as mulheres participam de um grupo de acompanhamento, dirigido por uma psicóloga, uma advogada e uma assistente social, a fim de auxiliá-las no processo de mudança do contexto da violência.

Cabral (1999), com base no trabalho realizado em países como Canadá, França, Estados Unidos e Inglaterra, propõe a criação de medidas preventivas. Cita como exemplos: formação de pessoal, redes telefônicas de ajuda, Centros Terapêuticos de Acolhimentos, Mediação e Tratamento de Casais em Situação de Risco de Agressão.

Cesca (2004) propõe um trabalho interdisciplinar entre psicologia e direito, com base no amparo às famílias em situação de violência. Para os agressores, sugere a reabilitação. Outra alternativa é a formação de mediadores comunitários. Quanto às equipes de saúde, a autora entende que a identificação dos fatores de risco é um importante instrumento para prevenir e combater a violência.

As propostas de intervenção juntamente aos agressores também têm sido defendidas por diversos autores (Cortez & Souza, 2010; Lima, M. L. C, 2008; Nascimento, Gomes e Rebello, 2009; Sanfelice, 2011). Entende-se que é necessária uma discussão sobre a igualdade de gêneros, a fim de que as políticas de intervenção sejam criadas. Para isso, deve ser incluído o homem como protagonista no processo de mudança de paradigmas.

2.1.4 Fatores de risco

É um grande desafio compreender a dinâmica de funcionamento de uma relação violenta e os fatores envolvidos nessa situação. A violência engloba fatores culturais, sociais e econômicos (Alves & Coura-Filho, 2001). Day et al. (2003) descrevem os fatores de risco para a VPI em quatro subgrupos. O primeiro deles está relacionado ao agressor. Sendo assim, são fatores: o fato de ter sido vítima de abuso na infância ou ter presenciado agressão entre as figuras parentais, pai ausente e consumo de álcool. Quanto à relação, destacam-se: os conflitos conjugais e o controle do homem no relacionamento. Já no que diz respeito à comunidade, os fatores de risco são: pobreza, desemprego, amizades envolvidas com delinquência, isolamento de mulheres e famílias. Por fim, os fatores de risco da sociedade são: padrões culturais que legitimam o controle masculino, a aceitação da violência como uma

forma de resolver conflitos, a ideia de que a masculinidade está relacionada à dominação e agressão, papéis sociais rígidos para cada sexo.

Corroborando com o entendimento acima citado, a WHO (2005), em levantamento transcultural, observou que existem fatores de risco para a prática da violência que podem ser divididos em três grupos. O primeiro, fatores individuais, engloba o nível de educação, a autonomia financeira, vitimização prévia, nível de empoderamento e suporte social, além do histórico de violência na família de origem. O segundo grupo refere-se aos fatores do parceiro, dentre eles o nível de comunicação entre os parceiros, uso de álcool e drogas, ter presenciado violência entre os pais na infância. Já o terceiro grupo diz respeito aos fatores sociais, como: “O grau de desigualdade econômica entre homens e mulheres, os níveis de mobilidade e autonomia feminina, as atitudes de papéis de gênero e violência contra mulher, a intensidade em que família, vizinhos e amigos intervêm nos incidentes de violência doméstica, os níveis das agressões masculinas e crime, e algumas medidas de capital social.” (WHO, 2005, p. 8).

Briere e Jordan (2004) apontam as variáveis que, relacionadas, podem influenciar nos efeitos da vitimização. Citam o tipo e características da violência, variáveis demográficas, reações psicológicas no momento do trauma, história prévia de violência, dificuldades psicológicas, estilo de enfrentamento, fatores socioculturais, desigualdade social e suporte social inadequado. Outro fator muito discutido que pode levar à prática da violência contra a mulher é o histórico de violência na família de origem: “Pode-se falar, portanto, da violência intergeracional, uma vez que, como não foram aprendidos outros modelos de relações familiares, homens e mulheres tendem a reproduzir história de violência vivenciada ainda quando crianças ou adolescentes.” (Gomes, N. P. et al., 2007).

No mesmo sentido, Cabral (1999) destaca que as atitudes e os comportamentos dos pais influenciam no ajustamento psíquico e social dos filhos, podendo levar a um aprendizado patológico. Ainda corroborando com os entendimentos anteriores, estudo de d'Oliveira et al. (2009) concluiu que VPI sofrida pela mãe manteve relação com os entrevistados em situação de VPI. Vieira et al. (2011) também observaram a associação entre violência enfrentada pela mãe e VPI, pois 33,4% das mulheres relataram que a mãe foi vítima de agressão e 22,4% das entrevistadas têm conhecimento de que a sogra também foi agredida. Para Diniz e Angelim (2003):

Cabe lembrar que pessoas que crescem em ambientes violentos podem encontrar dificuldade de se individualizar. Muitas vezes os filhos, ou um(a) filho(a), são colocado(a)s no papel de cuidador(es) dos pais e dos irmãos. Ficam muitas vezes também no papel de mediadores e moderadores da agressividade entre o pai e a mãe, sendo expostos às queixas e comportamentos inadequados e destrutivos de um em relação ao outro. Este lugar é desgastante e gerador de conflitos de lealdade. (Diniz & Angelim, 2003, p. 27).

M. M. Oliveira et al. (2009) realizaram uma pesquisa qualitativa com mulheres de baixa renda vítimas de violência doméstica, a fim de analisar suas histórias de vida. Buscou-se verificar se experiências de violência da infância se repetiam na família atual. Através do relato das participantes, observou-se que a violência doméstica nas famílias de ascendência era praticada tanto contra as mães quanto contra os filhos. Ao constituírem as próprias famílias, a mulher passa a ser violentada pelo companheiro e seus filhos pelos pais, da mesma forma que um dia elas foram agredidas. A violência torna-se muitas vezes uma rotina, por envolver atos repetitivos em um espaço de convivência íntima. A família pode se tornar uma “escola de violência” (M. M. Oliveira, et al., 2009, p. 133), por ser considerada o agente socializador básico.

Outro fator encontrado na pesquisa acima mencionada (M. M. Oliveira, et al., 2009) é o abuso do álcool nas relações violentas, sendo um dos principais motivos para a prática da agressão, segundo as mulheres entrevistadas. No discurso apresentado, chega-se a observar que as mulheres têm uma percepção diferenciada do parceiro quando ele está alcoolizado. Além disso, algumas das vítimas relataram utilizar-se da bebida alcoólica diante da situação de violência.

Sendo assim, o uso do álcool é um dos fatores de risco que tem sido alvo de estudos na temática da VPI, devido à alteração de comportamento que provoca, ocasionando a prática de atos violentos. J. B. Oliveira et al. (2009a), ao aplicar o GENACIS (Gender, Alcohol and Culture: An International Study) no município de São Paulo, em amostra probabilística estratificada por conglomerados, concluíram que “ter um parceiro com consumo pesado de álcool aumentou as chances de VPI para ser tanto vítima como agressor” (Oliveira, J. B. et al., 2009, p. 499). “Relacionado à violência, o álcool pode desencadear discussões entre os cônjuges e outros membros da família, levando algum deles a cometer ou a ser vítima de atos violentos. Com base em sua prática, os policiais postulam que o percentual de agressões vinculadas ao álcool é de, aproximadamente, 80% na cidade de Concórdia, Estado de Santa Catarina.” (Signori & Madureira, 2007, p. 11).

Conforme citado acima, a percepção dos policiais militares sobre a violência contra a mulher, na cidade de Concórdia, em Santa Catarina, foi analisada por Signori e Madureira (2007), as quais realizaram uma pesquisa qualitativa, com a aplicação de entrevista semiestruturada e a técnica do discurso do sujeito coletivo. Sendo assim, no discurso dos policiais entrevistados, o álcool, a cultura machista e o descumprimento de obrigações femininas pela mulher foram mencionados como as principais causas da violência. “Para os policiais, essa é uma violência baseada na cultura machista e, para eles, o homem envolvido na situação de violência ainda se vê como superior à mulher, quer mandar, se impor no relacionamento. A mulher, por sua vez, pode aceitar tal posição de inferioridade em razão de múltiplos fatores, como baixa auto-estima, crença de que o relacionamento conjugal ‘é assim mesmo’ ou por não vislumbrar outras possibilidades em sua vida.” (Signori & Madureira, 2007, p. 10).

Foi realizado um estudo por Moreira, Galvão, Melo e Azevedo (2008) sobre a percepção dos profissionais da saúde acerca da violência física contra a mulher praticada por parceiro íntimo. No discurso dos entrevistados, os principais fatores desencadeadores da agressão são: machismo, baixa condição econômica, alcoolismo e experiência anterior de violência no âmbito familiar.

Além da história de violência na família de origem da vítima e do alcoolismo, outros fatores de risco encontrados por d’Oliveira et al. (2009) são: ter sido vítima de abuso sexual na infância, ter tido cinco ou mais gestações, ter tido a primeira relação sexual forçada ou anterior aos 15 anos. Variáveis semelhantes foram estudadas por Vieira et al. (2011), confirmando os dados acima ao constatar que a chance de VPI em mulheres aumenta em duas vezes e meia se a mesma já foi violentada sexualmente, em três vezes se o parceiro foi agredido na infância e em quase três vezes se a primeira relação sexual ocorreu antes dos 14 anos.

Ao contrário do que muitas pessoas acreditam, a autonomia financeira foi considerada fator de risco para sofrer a VPI em uma das regiões pesquisadas, qual seja, a Zona da Mata do estado de Pernambuco (ZMP). “Parece que, na ZMP, esta autonomia pode configurar-se como potencial transgressão dos padrões tradicionais de gênero, punida pela VPI” (d’Oliveira et al., 2009, p. 308).

2.1.5 Perfil da violência contra a mulher

Vários estudos já foram realizados com a finalidade de se traçar o perfil da violência praticada contra as mulheres, bem como os aspectos principais presentes nas vítimas (Galvão & Andrade, 2004). Conhecer o perfil das vítimas contribui para a elaboração de ações específicas para reduzir a violência (Mota, Vasconcelos, & Assis, 2007).

Waiselfisz (2012), ao analisar os principais agressores de mulheres no decorrer de suas vidas, constatou que até os 4 anos da criança, a mãe destaca-se como a principal agressora. Os pais aparecem em primeiro lugar, quase exclusivamente, até os 9 anos de idade das vítimas, e como principais agressores, na faixa dos 10 aos 14 anos. A partir dos 10 anos, a figura paterna é preponderante nas relações agressivas. “Esse papel paterno vai sendo substituído progressivamente pelo cônjuge e/ou namorado (ou os respectivos ex), que preponderam sensivelmente a partir dos 20 anos da mulher, até os 59. A partir dos 60 anos, são os filhos que assumem o lugar de destaque nessa violência contra a mulher.” (Waiselfisz, 2012, p. 21).

Kronbauer e Meneghel (2005) realizaram um estudo sobre o perfil da violência por parceiro íntimo no município de Porto Alegre, tendo como amostra usuárias de Unidade Básica de Saúde. Como resultados, encontraram a média da idade das mulheres de 30 anos, 48% pertenciam à classe D, quanto ao tipo de violência praticada, prevaleceu a psicológica (55%). No que se refere ao perfil do companheiro, homens mais velhos, com baixa escolaridade, desocupados ou aposentados, são os que mais praticaram os atos. Algumas variáveis demográficas que não representaram associação com a violência foram: cor, religião, migração, ocupação da mulher.

Lamoglia e Minayo (2009), ao traçarem o perfil de mulheres e homens envolvidos em violência conjugal, a partir de ocorrências registradas em uma delegacia do interior do estado do Rio de Janeiro, entre 1997 e 2001, constataram que 53% das violências relatadas pelas mulheres foram por lesão corporal, 39% referem-se à ameaça e tentativa de homicídio e 8% dizem respeito ao abuso psicológico. As lesões corporais ocorrem geralmente no rosto das vítimas, atingindo os olhos e dentes das mesmas. Quanto ao grau de parentesco, 32% são ex-companheiros das vítimas, 27% companheiros, 18% maridos, 13% ex-maridos, 6% namorados e 04% ex-namorados. Já em pesquisa feita por L. L. Silva et al. (2007) na região de Florianópolis, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2001, tendo como amostragem

usuárias do Centro de Atendimento a Vítimas de Crime, observou-se que 76,1% tratava-se de violência doméstica.

Meneghel et. al. (2000) traçaram o perfil das mulheres abrigadas na “Casa de Apoio Viva Maria”, em Porto Alegre, no período compreendido entre janeiro de 1996 a junho de 1998, e os resultados alcançados foram: a média de idade das mulheres foi de 29 anos, enquanto que a dos homens agressores foi de 34 anos; 73,6% das mulheres cursaram apenas o ensino fundamental; praticamente 80% relataram ter sofrido lesão corporal, sendo que 62,7% das mulheres afirmaram que a violência é um comportamento usual e frequente na vida do casal; 18,2% das mulheres reataram o relacionamento afetivo com o agressor após saírem do abrigo.

Alves e Coura-Filho (2001) analisaram o perfil das mulheres vítimas de violência atendidas em um Centro de Atendimento à Mulher e em uma Casa Abrigo, em Belo Horizonte (MG). Constataram que 70% vivem em situação de esposa, destas 49% legalizadas; 63% utilizam ansiolíticos ou antidepressivos; 38% regressaram ao antigo lar, ao sair do abrigo, e 62% fizeram outras opções.

Uma pesquisa de caráter quantitativo e descritivo, realizada por Galvão e Andrade (2004) em um Centro de Atendimento à Mulher no município de Londrina, constatou que a média da idade das mulheres que recorrem ao serviço é de 34 anos, sendo que 37,8% declararam-se chefes de família. Em relação ao vínculo com o agressor, foi concluído que a maioria (73,4%) deles trata-se de marido ou de companheiro das mulheres. Já no que diz respeito ao tipo de violência praticada, prevaleceu a emocional (56,4%), sendo a tortura psicológica a principal queixa. Além disso, o próprio lar é o local em que a violência ocorre na maior parte das vezes.

O perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar na cidade de São Paulo, entre 2001 e 2005, foi descrito por Dossi, Saliba, C. A. S. Garbin e A. J. I. Garbin (2008). Dentre os casos de violência doméstica, 81,1% são praticados por parceiro íntimo; 98,3% dos agressores são os homens e 98,7% das vítimas foram as mulheres. A agressão entre parceiros íntimos ocorre geralmente no espaço doméstico e predominantemente nos finais de semana. Desentendimentos (43,7%) e ciúme (21,5%) são apontados como os principais fatores desencadeadores da agressão por parceiro íntimo.

A idade das vítimas de violência por parceiro íntimo pode ser outro fator relevante e foi analisada por Vives-Cases, Carrasco-Portiño e Álvarez-Dardet (2007) na Espanha, observando-se que as mulheres com idade entre 21 a 50 anos constituem a maior taxa e pontuação no índice epidemiológico de mortalidade e denúncias de violência por parceiro

íntimo. Logo, mulheres em idade fértil e com potencial de trabalho são as mais atingidas, corroborando com a subordinação feminina.

Mota et al. (2007), ao analisarem o perfil das mulheres em situação de VPI, tiveram como resultado que o perfil das mesmas varia da gravidade da violência:

Os resultados apontaram um perfil diferenciado de mulheres vitimadas pelo parceiro no que se refere à gravidade da violência. As vítimas de lesão grave de origem sexual associaram-se ao ensino médio incompleto e com mais de três residentes trabalhadores. As vítimas de lesão grave de origem física e psicológica estão relacionadas ao ensino superior e pós-graduação e declaradas como chefes de família. O grupo das vítimas de lesões leves de origem física e psicológica se relaciona com tempo de união inferior a cinco anos, ensino médio completo da mulher, agressor mais novo, trabalhador e com até três residentes trabalhadores. (Mota et al., 2007, p. 799).

Vives-Cases, Gil-González, Carrasco-Portiño e Álvarez-Dardet (2007) realizaram estudo na Espanha, com metodologia baseada na revisão sistemática, com o objetivo de verificar a relação entre nível socioeconômico e a violência por parceiro íntimo. Perceberam que ainda se necessitam de mais estudos aprofundados de qualidade que permitam estabelecer resultados conclusivos sobre o papel do nível socioeconômico na violência de homens sobre suas companheiras. Sendo assim, para os autores, ainda não é possível associar a conduta violenta dos agressores com o pertencimento a grupos sociais específicos de baixo nível socioeconômico.

Conforme se pode observar, a dependência econômica não é o único motivo que leva uma mulher a permanecer na relação violenta com o agressor. Deve-se considerar também a dependência emocional e fatores culturais. Muitas mulheres desistem de levar adiante um processo diante da promessa do agressor de não reincidir no ato, do sentimento de vergonha e da falta de suporte social e familiar (Galvão & Andrade, 2004).

As pesquisas acima mencionadas derrubam os mitos existentes em torno da temática da violência contra a mulher, como, por exemplo, que a violência é um fenômeno que ocorre predominantemente fora de casa e que o agressor geralmente é um estranho. Percebe-se que, ao contrário, manifesta-se no âmbito doméstico e é praticada por uma pessoa próxima. Outro mito que deve ser desfeito é o de que o fenômeno atinge predominantemente famílias de baixa renda. Na verdade, todas as classes sociais estão expostas à violência doméstica, porém nas classes média e alta o silêncio e o segredo impedem que o assunto chegue ao conhecimento social. Por fim, outro mito que deve ser derrubado é que não existe estupro numa relação íntima de afeto (Diniz & Angelim, 2003). Outro ponto que deve ser questionado é a crença de

que a violência ocorre mais em classes menos favorecidas economicamente. “É nas camadas populares que a violência doméstica fica explícita, pois nas camadas médias e alta o fato é disfarçado, buscando-se evitar escândalos e manutenção do status” (Oliveira, M. M. et al., 2009b, p. 134).

2.1.6 Tipos de violência e suas consequências

Segundo a Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340, de 6 de agosto de 2006), são cinco as modalidades de violência doméstica e familiar contra a mulher: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. A primeira delas é a física, a qual incide sobre a integridade corporal. A segunda é a psicológica, que engloba atos como ameaças, constrangimentos, humilhações, vigilância constante, dentre outros, causando um dano psíquico à vítima. A terceira é a violência sexual, que abrange não apenas o estupro, como também qualquer ato que interfira nos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Em seguida, é apresentada a violência patrimonial, como aquela que configura a subtração, a retenção ou a destruição de bens da ofendida. Por último, temos a violência moral, que consiste na calúnia, na difamação e na injúria.

Embora tais termos sejam empregados como sinônimos no cotidiano diferenciam-se conceitualmente. De acordo com o Código Penal (Decreto de Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940), ao tipificar os crimes contra a honra, entende-se por calúnia imputar a alguém fato definido como crime (artigo 138). Já a difamação consiste em imputar fato ofensivo à reputação da pessoa (artigo 139). Por outro lado, a injúria diz respeito à ofensa à dignidade ou decoro de alguém (artigo 140).

A violência psicológica é muitas vezes negligenciada. Tal afirmativa pode ser confirmada, segundo L. L. Silva et al. (2007), nas manchetes de jornais, que só colocam a violência como notícia de destaque quando ocorre agressão física ou óbito. Além disso, a maior parte das pesquisas evidencia as consequências físicas graves, deixando a violência psicológica para um segundo plano.

Entretanto, pesquisa de Sitta et al. (2011), sobre a percepção dos brasileiros acerca da violência doméstica contra a mulher, aponta que seis em cada dez pessoas entrevistadas conhecem ao menos uma mulher que já sofreu violência doméstica. A população entrevistada

(62%) já reconhece a violência psicológica como uma forma de violência doméstica, o que demonstra um recente avanço na visão popular sobre o assunto.

A violência psicológica é verificada por Signori e Madureira (2007) como um fenômeno que pode acarretar maiores consequências do que a agressão, uma vez que, para os policiais militares entrevistados, as humilhações, pressões e ameaças são mais difíceis de esquecer do que a violência física. Tal tipo de violência afeta não apenas a vítima, mas outras pessoas que convivam ou presenciem a situação, como os filhos da vítima. As crianças e adolescentes de pais que praticam a violência psicológica podem um dia reproduzi-la, agindo de forma semelhante com irmãos e futuros companheiros (Silva, L. L. et al., 2007).

Segundo pesquisa realizada por L. L. Silva et al. (2007), a violência se inicia geralmente de forma silenciosa e intensifica-se no decorrer do tempo. Em um primeiro momento, o autor tenta cercear a liberdade da vítima, influenciando a roupa que a mulher veste, o tipo de maquiagem, o lugar que frequenta; em seguida, ocorrem constrangimentos e humilhações. Com o passar do tempo, começa a existir a violência física. Para C. A. S. Garbin, A. J. I. Garbin, A. P. Dossi e M. O. Dossi (2006), dentre as modalidades de violência física, a mais comum é a lesão corporal, que pode variar de leve a gravíssima e pode se apresentar através de agressões físicas, como chutes, socos, tapas, ou por meio de instrumentos que possam prejudicar a integridade da pessoa.

Nos casos de crimes de lesão corporal, um dos instrumentos utilizados para comprovar judicialmente o ato é o exame de corpo de delito, realizado no Instituto Médico Legal. A partir deste meio de prova é possível avaliar o tipo e a gravidade da lesão (Brandão, 2006). Pesquisa realizada por Garbin et al. (2006) com o objetivo de avaliar, através da análise de inquéritos policiais, as lesões praticadas contra as mulheres, concluiu que em 60,6% das lesões o instrumento utilizado classifica-se como contundente, em 9,1 % são agentes cortantes, em 6,1% corto-contundentes, em 3% perfuro-contundentes, em 3% neurológico e em 18, 2% não foi possível identificar o agente causador das lesões. Já em estudo sobre a violência intrafamiliar feito por Dossi et al. (2008), verificou-se que as lesões geralmente são leves e localizam-se na cabeça ou nos membros superiores. As lesões mais frequentes são as escoriações e equimoses.

No que se refere à violência sexual, Dantas-Berger e Giffin (2005) realizaram estudo qualitativo com mulheres vítimas de violência conjugal, apontando que existe certa “invisibilidade” nas denúncias de violência sexual no contexto de parceiros íntimos, embora os atos sejam comuns. “Segundo os relatos, a relação sexual ocorreu, muitas vezes, sob forma de coerção “naturalizada” ou como “cláusula” prevista no contexto das obrigações conjugais.

Todas relataram alguma situação do parceiro querer e insistir na transa apesar dela não querer; nenhuma delas fez uma denúncia prévia desta situação nos serviços que buscaram. O sexo cedido ou sob resistência foi recorrente, mas pouco nomeado como violência.” (Dantas-Berger & Giffin, 2005, p. 422).

Como se percebe, as consequências da violência atingem os aspectos físicos, emocionais e a vida social da vítima. Como consequências físicas, encontram-se: lesões, obesidade, dor crônica, problemas gastrointestinais e ginecológicos, sintomas neurológicos, fibromialgia, invalidez, fumo, podendo chegar até mesmo à morte. Já do ponto de vista psicológico, os efeitos podem ser ainda mais graves, pois desenvolvem patologias mentais, tais como: depressão, fobias, risco de suicídios, TEPT, uso de drogas ilegais e abuso de álcool (Day et al., 2003, Gregory et al., 2010).

Diniz e Angelim (2003) realizaram um estudo bibliográfico sobre os impactos da violência sobre a mulher. Constataram que os sintomas são muito variados, como, por exemplo: ansiedade generalizada, depressão, distúrbios alimentares, disfunções sexuais, TEPT, manifestação de medo, dificuldade de relacionamento social, abuso de álcool e drogas, tentativas de suicídio. Fisicamente, as lesões podem causar queimaduras, ruturas de órgãos, hemorragias, vértebras quebradas (Diniz & Angelim, 2003).

Giffin (1994) adota a classificação formulada por Heise, Pitanguy e Germain (1994), dividindo as consequências da vitimização de gênero em dois grupos: fatais (que englobam suicídio e homicídio) e não fatais (as quais atingem a saúde física e a mental). Dentre as consequências físicas, cita DST's, lesões, doença pélvica inflamatória, gravidez indesejada, aborto espontâneo, dor pélvica crônica, dor de cabeça, problemas ginecológicos, abuso de drogas e álcool, comportamentos nocivos (fumar, sexo inseguro), abuso sexual e aleijamento temporário ou permanente. Como consequências mentais, menciona depressão, ansiedade, disfunção sexual, desordens da alimentação, comportamento obsessivo compulsivo e outros problemas múltiplos de personalidade.

A WHO (2005) abordou as consequências físicas da violência entre parceiros íntimos, destacando que “as mulheres que sempre foram abusadas também foram mais propensas a desenvolver problemas como: caminhar e realizar as atividades diárias, dores, perda de memória, tontura e corrimento vaginal nas 4 semanas anteriores à entrevista.” (WHO, 2005, p. 15). Quanto aos efeitos psicológicos, identificou sintomas, como: chorar facilmente, dificuldade de desfrutar a vida, fadiga e pensar sobre suicídio nas quatro semanas seguintes da ação.

Kronbauer e Meneghel (2005) apontam, em estudo sobre violência por parceiro íntimo, que mulheres que relatam passar por violência estão mais propensas a apresentar distúrbio psiquiátrico menor. Observa-se ainda uma associação entre ideação suicida e episódios violentos. Outras consequências dizem respeito ao abalo da autoestima e autoimagem, bem como depressão.

L. L. Silva et al. (2007), também neste sentido, elencam como consequências: as dores crônicas, síndrome do pânico, depressão, tentativa de suicídio e distúrbios alimentares. Para Vieira et al. (2011), as mulheres vítimas de VPI são usuárias frequentes de unidades de saúde, possivelmente sendo o lugar a que recorrem buscando ajuda.

Já em estudo feito por Sarkar (2008), no Department of Reproductive Biology, constatou-se que a violência por parceiro íntimo afeta a saúde física e mental das mulheres, reduz a autonomia sexual, aumenta o risco de gravidez indesejada e abortos múltiplos, compromete negativamente a qualidade de vida. O risco de agressão sexual decresce para 59%, quando mulheres pedem auxílio policial ou 70% quando mulheres que têm uma ordem de proteção aplicada. As mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo apresentam níveis altos de ansiedade e depressão, levando ao uso e abuso de álcool e drogas. Além disso, no caso de mulheres grávidas, a violência aumenta riscos como: bebês de baixo peso e nascimento prematuro.

Estudo realizado por Adeodato, Carvalho, Siqueira e Souza (2005) para avaliar a qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, concluiu que “72% delas apresentaram quadro sugestivo de depressão clínica; 78% tinham sintomas de ansiedade e insônia; 39% já pensaram em suicídio e 24% passaram a fazer uso de ansiolíticos após o início das agressões” (p. 108). Percebe-se que os autores colocam como uma das consequências o TEPT, que será estudado mais aprofundadamente a seguir. “A violência doméstica, estupro e abuso sexual na infância estão entre as causas mais comuns de transtorno de estresse pós-traumático em mulheres. Nesta patologia, a paciente experimenta sensação muito forte de estar revivendo o evento traumático, assume conduta evitativa, vive apatia emocional, tem dificuldades para adormecer, se concentrar e assusta-se com facilidade.” (Day et al., 2003, p. 16).

2.2 Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

Conforme exposto na seção anterior, o transtorno de estresse pós-traumático é uma das possíveis consequências da violência praticada por parceiros íntimos, sendo o objeto de estudo do presente trabalho. Sendo assim, a seguir são expostos os critérios diagnósticos do transtorno, os fatores associados, bem como a relação existente entre o TEPT e violência entre a mulher.

2.2.1 Histórico do conceito

Segundo Schestatsky, Shansis, Ceitlin, Abreu e Hauck (2003), quando o termo “neurose traumática” foi usado pela primeira vez, em 1889, pelo neurologista alemão Herman Oppenheim, a concepção era relacionada à ideia organicista. Em 1859, o psiquiatra francês Pierre Briquet estabeleceu uma conexão psicológica entre histeria e trauma sexual na infância. A escola francesa tornou-se tradicional, por ter sido a primeira a investigar de forma mais sistemática a relação entre trauma e doenças psiquiátricas.

Freud aborda a questão do trauma relacionada à histeria em *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895). Na ocasião da Primeira Guerra Mundial, o autor retoma o termo das neuroses traumáticas, diante dos quadros psiquiátricos causados em decorrência do evento, integrando as dimensões intrapsíquica e ambiental do quadro (Schestatsky et al., 2003). Ressalta-se que, na virada do século XIX para século XX, a influência da psicanálise era grande, ocorrendo a difusão do termo neurose traumática, com a noção de reativação do conflito não resolvido. (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997).

Assim, a existência de uma síndrome análoga ao TEPT é sempre trazida à tona no contexto de guerra. Na Primeira Guerra Americana foi mencionada a expressão síndrome do coração irritável; na Primeira Guerra Mundial, o choque da granada; na Segunda Guerra Mundial, a síndrome de esforço e a neurose de guerra. Tais enunciados foram emersos também por ocasião da Guerra do Vietnã e do atentado ao World Trade Center (Figueira & Mendlowicz, 2003). Entretanto, além da guerra do Vietnã (1955 a 1975), os sintomas característicos foram assistidos em um famoso evento ocorrido em 1941, em Boston, quando

um grave incêndio em um clube noturno acarretou nervosismo, fadiga e pesadelo nas vítimas. (Kaplan et al., 1997).

Ao fazerem um estudo sobre a evolução dos conceitos relacionados ao TEPT nos manuais diagnósticos de transtornos mentais, Kapczinski e Margis (2003) apontam que no DSM-I (1952) havia a categoria *Reação Maciça ao Estresse*, sendo retirada tal nomenclatura no DSM-II. Sbardelloto, Schaefer, Justo e Haag Kristensen (2011) comentam que foi a partir do estudo dos veteranos da guerra do Vietnã que se criou uma lista dos sintomas típicos do TEPT mais presentes. Assim, no DSM-III (APA, 1980), inseriu-se o termo TEPT, mas se exigia a experiência direta ao evento estressor. Já na terceira edição revisada do DSM (DSM-III R, APA, 1987), a pessoa poderia vivenciar ou testemunhar a ocorrência do mesmo. Posteriormente, em 1994, com a edição do DSM-IV, ampliou-se ainda mais a noção de evento estressor, incluindo as respostas subjetivas do sujeito ao fato. Em 2000, o texto do DSM-IV foi revisado, mantendo o critério diagnóstico do TEPT na categoria 309.81.

Em 2013, foi lançada, em torno de polêmicas e críticas, a quinta edição do DSM (APA, 2013a), com mudanças significativas nos critérios diagnósticos do TEPT. Inicialmente, o transtorno deixa de pertencer ao rol dos transtornos de ansiedade para ser incluído em novo capítulo. Além disso, retira-se a exigência do critério A (reação envolvendo medo ou horror) e detalha-se o que constitui um evento traumático (incluindo agressão sexual). Propõem-se quatro grupos diagnósticos distintos ao invés de três, sendo eles: reexperimentação, esquiva ou evitação, alterações negativas na cognição e humor, e excitação (APA, 2013b).

Em relação ao histórico da Classificação Internacional de Doenças, Kapczinski e Margis (2003) explicam na CID-6 (1948), havia a categoria *Desajuste situacional agudo*, o que se manteve na CID-7. Na CID-8, foi incluída a nomenclatura *Transtornos Transitórios de Inadaptação a situações especiais*. Na CID-9 (1977), introduziu-se o termo *Reação aguda ao estresse*. Tal categoria manteve-se na CID-10 (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1993), acrescentando-se o TEPT.

Ressalta-se que o TEPT diferencia-se do TEA (transtorno de estresse agudo), incluído no DSM-IV (APA, 1994), uma vez que no TEA a duração dos sintomas é mais curta, permanecendo no máximo até quatro semanas após a ocorrência do evento (Sbardelloto et al., 2011). Além disso, os sintomas iniciam-se no logo após a vivência do evento traumático (Kapczinski & Margis, 2003).

2.2.2 Critérios diagnósticos

Os critérios diagnósticos para o TEPT estão presentes no DSM-IV-TR (APA, 2000) na categoria 309.81. O primeiro critério (A), que deve estar necessariamente presente, é a exposição a um evento traumático, o segundo é a revivescência do trauma (critério B), o terceiro (critério C) é a esquiva ou entorpecimento, o quarto é a excitabilidade aumentada (critério D). O critério E diz respeito à duração dos sintomas, que deve ser superior a um mês. Por fim, o critério F aponta que o transtorno deve causar sofrimento ou prejuízo social ou ocupacional significativos. Quanto à duração ou início dos sintomas, o TEPT pode ser especificado em: agudo (duração dos sintomas inferior a três meses), crônico (se os sintomas duram três meses ou mais) e com início tardio (quando seis meses decorreram entre o evento traumático e o surgimento dos sintomas) (APA, 2000).

Ao estudar cada um dos critérios diagnósticos, observa-se que o critério A significa que a pessoa deve ter vivenciado ou testemunhado um evento que envolve morte, grave ferimento ou ameaça à própria integridade corporal ou a de outros indivíduos. Quando a própria pessoa vivenciou o fato, isto é, foi diretamente vitimizada, fala-se em TEPT primário. Já quando testemunhou o mesmo, utiliza-se o termo TEPT secundário (Lima, E. P. & Assunção, 2011). Além disso, a resposta ao estresse deve envolver medo, impotência ou horror (APA, 2000). Tal resposta resulta da interação entre fatores internos (características da pessoa) e externos (meio ambiente), compreendendo aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos (Margis, 2003).

Para Figueira e Mendlowicz (2003), o conceito de evento traumático tem um papel essencial para se diagnosticar o TEPT, uma vez que, sem a ocorrência do mesmo, não há o que se falar no transtorno. Entretanto, a compreensão do que é um evento traumático sofreu mudanças no decorrer do tempo. Conforme visto anteriormente, através dos manuais diagnósticos, observa-se uma expansão significativa das possibilidades, aumentando, conseqüentemente, a prevalência estimada do TEPT. No DSM-III, a compreensão de evento traumático estava relacionada a um episódio raro, externo e catastrófico, como a tortura, estupro e combate militar, por exemplo. Pesquisas posteriores demonstraram que o evento não é raro e pode estar relacionado a causas internas (Figueira & Mendlowicz, 2003). Logo, são exemplos de eventos traumáticos: o combate militar, a agressão violenta, o sequestro, a tortura, os desastres naturais ou provocados pelo ser humano, os acidentes automobilísticos e o recebimento de um diagnóstico de uma doença grave (APA, 2000).

O critério B, a revivescência do trauma, deve estar presente em pelo menos uma das seguintes formas: 1- recordações, através de imagens, pensamentos ou percepções; 2- sonhos aflitivos e recorrentes relacionados ao evento; 3- agir ou sentir como se o acontecimento estivesse novamente ocorrendo; 4- sofrimento psicológico intenso; 5- reatividade fisiológica diante de indícios que lembram o evento (APA, 2000). Exemplo de ocorrência do critério B.5, relacionado ao presente trabalho, é quando uma mulher que foi estuprada em um elevador revivencia o trauma ao ingressar em outro elevador posteriormente (APA, 2000). Muitas vezes as intrusões invadem a mente da pessoa em momentos de lazer, causando medo, terror, tristeza, raiva, dentre outros sentimentos (Figueira & Mendlowicz, 2003).

O critério C diz respeito à esquiva e entorpecimento emocional, devendo estar presentes pelo menos três dos seguintes itens: 1- evitar pensar, ter sentimentos ou conversar sobre o evento traumático; 2- evitar locais e pessoas que recordam o trauma; 3- incapacidade de recordar aspecto importante do trauma; 4- diminuição do interesse ou da participação de atividades significativas; 5- sensação de estar distanciado socialmente; 6- faixa de afeto restrita; 7- sentimento de abreviamento do futuro (APA, 2000).

Segundo Figueira e Mendlowicz (2003), as pessoas com o diagnóstico do TEPT utilizam estratégias emocionais, cognitivas e comportamentais para lidar com o evento traumático, podendo ocasionar a anestesia emocional ou *numbing*. Este termo refere-se a mecanismos que o paciente utiliza para “anestesiá-lo” as memórias dolorosas; entretanto, as emoções positivas também ficam anestesiadas, de forma que a pessoa fica indiferente a situações que antes lhe eram prazerosas. Kaplan et al. (1997) acrescentam que as pessoas com TEPT, devido à dificuldade de processar ou racionalizar o trauma, alternam períodos de reconhecimento e de bloqueio do evento.

A evitação de se falar no assunto, muitas vezes associada ao sentimento de vergonha e ao constrangimento de mencionar o evento traumático, dificultam a realização do diagnóstico por parte do clínico. Assim, deve haver um treinamento da equipe que acolhe as pessoas sujeitas ao transtorno, no sentido de capacitá-las a identificar o mesmo e a criar estratégias de tratamento (Figueira & Mendlowicz, 2003).

Já o critério D (excitabilidade aumentada) indica que dois ou mais dos seguintes itens deve estar presentes: 1- dificuldades de manter o sono; 2- irritabilidade; 3- dificuldade de concentração; 4- hipervigilância; 5- resposta de sobressalto exagerada (APA, 2000). Tais sintomas são mais facilmente observáveis. Exemplo: com um leve barulho, a pessoa sofre um sobressalto enorme (Figueira & Mendlowicz, 2003).

Em relação ao critério F (sofrimento ou prejuízo social ou ocupacional significativos), destaca-se o quanto é difícil analisar o que é englobado neste item. Em outras palavras, qual o critério para se definir ou mensurar tal prejuízo? Não é fácil, também, identificar até que ponto o prejuízo funcional é decorrente do TEPT ou se já existia antes da ocorrência do evento estressor (Sbardelloto et al., 2011).

O TEPT está enquadrado na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993) na categoria F 43.1- TEPT, a qual aponta também como diretrizes diagnósticas a ocorrência dos sintomas dentro do período de seis meses após o acontecimento do evento traumático, embora possa ocorrer o início tardio, após os seis primeiros meses mencionados. Além disso, deve haver a recordação ou revivescência do evento traumático, em memórias, imaginação ou sonhos. Outros fatores apontados como característicos, porém não essenciais para o diagnóstico, são: o distanciamento emocional, entorpecimento de sentimentos e evitação de estímulos que recordam o trauma, como as perturbações autonômicas, transtornos de humor e anormalidades no comportamento. Figueira e Mendlowicz (2003) comentam que os critérios do DSM-IV e da CID-10 são muito semelhantes, entretanto, a diferença mais significativa é a ênfase reduzida aos sintomas de esquiva/entorpecimento e hiperestimulação dada pela CID-10.

2.2.3 Fatores associados ao TEPT

Dentre as possíveis características presentes em pessoas com TEPT, observa-se um sentimento de culpa por ter sobrevivido, quando outras vítimas não sobreviveram ao evento traumático. Além disso, verificam-se muitas vezes comportamentos autodestrutivos, queixas somáticas, sensação de vergonha e desespero (APA, 2000). Queixas somáticas estão comumente presentes em pacientes com o TEPT, como cefaleias, epigastralgia ou palpitações. (Figueira & Mendlowicz, 2003). A maior frequência de sintomas conjugados está associada a estressores interpessoais, como ocorre na violência sexual ou física na infância (APA, 2000).

Quando o transtorno começou a ser estudado, comumente, era associado a ex-combatentes, mas a abrangência do contexto precipitador foi ampliada no decorrer do tempo. Além disso, verificou-se que o TEPT pode estar presente em várias idades, não apenas no adulto jovem.

Embora o transtorno de estresse pós-traumático possa aparecer em qualquer idade, é mais prevalente em adultos jovens, em vista da natureza das situações precipitadoras. Entretanto, as crianças podem ter transtorno de estresse pós-traumático. O trauma para homens, geralmente, é uma experiência de combate, e para as mulheres é, com maior frequência, agressão física ou estupro. O transtorno tende mais a ocorrer em indivíduos solteiros, divorciados, viúvos, com privações econômicas ou socialmente isolados. (Kaplan et al., 1997, p. 575).

Suporte social, história familiar, experiências vivenciadas na infância, personalidade, transtornos mentais preexistentes, intensidade do evento e proximidade do estressor estão associados ao desenvolvimento do TEPT (APA, 2000). Sbardelloto et al. (2011) acreditam que o TEPT é influenciado pelo contexto histórico e social, tanto no que diz respeito aos tipos de eventos estressores, quanto no entendimento do transtorno. São, ainda, fatores associados à sintomatologia do TEPT: “a natureza do evento traumático, o número de exposições, a vulnerabilidade do indivíduo, a reação frente ao estressor, a rede de apoio após o evento, entre outros” (Kapczinski & Margis, 2003, p. 5). Neste mesmo sentido, Margis (2003) aponta que as variáveis relacionadas ao desenvolvimento do TEPT são: características do meio, do estressor, como natureza e intensidade, e fatores individuais, como a vulnerabilidade e a capacidade de enfrentar o evento.

E. P. Lima e Assunção (2011), ao realizarem um estudo sobre a prevalência e fatores associados ao desfecho em profissionais do serviço de emergência, observaram que, no grupo mencionado, são associados ao TEPT: características sociodemográficas (idade e estado civil solteiro), biológicas, psicológicas (personalidade, autoeficácia, avaliação sobre si mesmo e sobre o mundo, e sentimentos de culpa sobre acontecimentos passados). E, ainda: morbidade, exposição a eventos traumáticos ocupacionais e não-ocupacionais (intensidade, frequência e impacto do evento), além de características do trabalho e do emprego (formação profissional, número de empregos, idade de ingresso na profissão, satisfação e estresse no trabalho). Logo, “variáveis individuais e de contexto são consideradas fatores associados ou de risco para o TEPT e explicitam o caráter multidimensional do desfecho em foco” (Lima, E. P. & Assunção, 2011, p. 217).

Kapczinski e Margis (2003) entendem que o número de exposições ao evento traumático deve ser considerado no TEPT, uma vez que há pessoas que desenvolvem múltiplos episódios do transtorno, outras apresentam os sintomas do primeiro evento após a ocorrência do segundo ou terceiro eventos. Logo, neste último caso, o indivíduo só manifesta o TEPT após a reiteração dos atos traumáticos.

Para Kaplan et al. (1997), a ênfase dos estudos mais recentes está na resposta subjetiva do sujeito ao trauma e não apenas na gravidade do evento estressor. Em outras palavras, cabe considerar qual o significado subjetivo do evento para aquela determinada vítima. Assim, fatores predisponentes exercem um papel essencial no desenvolvimento do transtorno. Dividem tais fatores em sete itens. O primeiro é a presença de um trauma na infância. O segundo refere-se a traços de personalidade (exemplo: borderline, paranoide, etc). O terceiro diz respeito ao sistema de apoio inadequado. O quarto é a vulnerabilidade genético-constitucional a transtornos psiquiátricos. O quinto refere-se a mudanças de vida que causam estresse. O sexto é a percepção de um estado de controle externo e não interno. O último fator é o consumo de álcool em excesso.

A OMS (1993) aponta como fatores predisponentes para o TEPT: traços de personalidade e história prévia de doença neurótica, os quais podem baixar o limiar para o desenvolvimento do transtorno ou agravar seu curso. Além disso, menciona que a ansiedade, a depressão e até mesmo a ideação suicida estão comumente relacionadas ao TEPT. Outro fator acrescentado como complicador é o uso excessivo de álcool e drogas.

A comorbidade de transtornos aparece frequentemente em pessoas diagnosticadas com o TEPT. Margis (2003), com base em estudos científicos, levanta questionamentos sobre a possível razão da alta taxa de comorbidades. Aponta que a história prévia de outro transtorno propicia o desenvolvimento do TEPT, assim como este também é um fator que contribui para o desencadeamento de outros transtornos. Assim, indaga-se qual dos quadros surge primeiro. As elevadas taxas de comorbidades podem ocasionar um subdiagnóstico do TEPT, uma vez que quadros mais conhecidos são diagnosticados em primeiro lugar, retardando ou deixando o TEPT sem uma investigação criteriosa.

2.2.4 Prevalência, curso do transtorno e intervenções

Segundo a APA (2000), a prevalência durante a vida do TEPT é de 1% a 14%, já em indivíduos de risco, a prevalência é de 3 a 58%. Kaplan et al. (1997) afirmam que a prevalência no decorrer da vida é de 1 a 3% para a população em geral, enquanto que para grupos de alto risco, é de 5% a 75%.

Para a OMS (1993), o início dos sintomas ocorre após a vivência do trauma com um período de latência que varia de poucas semanas a meses, sendo que raramente excede a seis

meses. O curso do transtorno é flutuante. Na maioria dos casos ocorre a recuperação e, em uma pequena parcela das pessoas, a condição se cronifica, gerando uma transição para uma alteração permanente de personalidade, conforme exposto na categoria F 62.0.

Kaplan et al. (1997) informam que um bom prognóstico ocorre quando o início dos sintomas é rápido e dura por um período menor do que seis meses. Além disso, o prognóstico também é positivo se a pessoa possui forte apoio social e se não existem comorbidades psíquicas ou transtornos decorrentes do uso de substâncias. “Em geral, pacientes que têm uma boa rede de suporte social tendem a não terem o transtorno, ou a experimentarem, apenas, formas menos severas” (Kaplan et al., 1997, p. 578).

Com relação ao tratamento para o transtorno, além da farmacoterapia, a psicoterapia também possui grande utilidade, quando se enfoca um modelo de intervenção de crise com apoio e desenvolvimento de técnicas de manejo do estresse. São válidas as terapias individuais, em grupo e familiar (Kaplan et al., 1997). Knapp e Caminha (2003) propõem um roteiro de psicoterapia baseado na abordagem cognitiva comportamental. O modelo proposto é dividido em cerca de dezoito a vinte sessões, utilizando-se técnicas que seguem um encadeamento lógico, a partir do cumprimento dos objetivos de cada etapa.

As situações de enfrentamento gradual e sistemático (dessensibilização sistemática) são propostas através de um cronograma de situações antes evitadas no sistema progressivo de aumento de dificuldade conforme a ansiedade é gerada no paciente. Nesse momento são retomadas e reforçadas as habilidades sociais que o paciente possuía e geradas novas situações, a fim de que sejam desenvolvidas novas habilidades, reforçando alianças com o sistema de amparo social que o paciente possui e buscando ampliar situações de convívio social, familiar e profissional. Além disso, desde o momento em que o paciente começa a apresentar melhoras significativas, o terapeuta deve introduzir os elementos de prevenção da recaída, para que não perder os progressos conseguidos até então e preparar o paciente para potenciais situações de risco no futuro. (Knapp & Caminha, 2003, p. 35).

Ressalta-se, ainda, que a avaliação dos prejuízos nas funções da memória, da atenção e das funções executivas é essencial para a intervenção clínica junto à pessoa com o diagnóstico do TEPT (Kristensen, Parente, & Kaszniak, 2006). A memória que se relaciona a eventos com alta carga emotiva é modulada, parcialmente, por um sistema regulador endógeno mediado por hormônios de estresse e pela amígdala cerebral. Acredita-se que, em condições de estresse, a operação deste sistema adaptativo pode facilitar a formação de memórias intrusas (Quevedo, Feier, Agostinho, Martins, & Roesler, 2003).

2.2.5 TEPT e violência

No Brasil, devido ao grande número de eventos traumáticos, relacionados a violência e acidentes, o estudo do TEPT se torna relevante, por ser o principal transtorno psiquiátrico decorrente dos fenômenos citados (Figueira & Mendlowicz, 2003). Ribeiro, Andreoli, Ferri, Prince e Mari (2009), através de um estudo de revisão sistemática da literatura, buscaram encontrar a relação entre exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento. Observaram que, na população em geral, o TEPT está comumente associado à violência sexual ou doméstica, ao sequestro e à exposição a múltiplos traumas.

Assim, diversos estudos relacionam a violência ao TEPT. Dentre eles, Mello-Silva et al. (2012), através do método descritivo, analisaram a qualidade de vida e sintomas do TEPT em pessoas vítimas de violência interpessoal praticada mediante o emprego de arma de fogo. Verificaram que os sintomas do TEPT estiveram presentes em 60% dos casos, revelando a alta prevalência do transtorno, bem como a baixa qualidade de vida de tais indivíduos. Cervantes, Schuelter-Trevisol e Jornada (2013) identificaram sinais e sintomas sugestivos do TEPT em pessoas vítimas de violência (doméstica, sexual, dentre outras modalidades), associando a fatores individuais e referentes ao crime. Através da aplicação da PCL-C, obtiveram o predomínio dos sinais e sintomas em 49,4% dos entrevistados.

A temática da violência contra crianças e adolescentes também tem sido comumente associada ao desenvolvimento do TEPT. Ximenes, Oliveira e Assis (2009), apresentam a prevalência do transtorno em crianças escolares de um município do Rio de Janeiro: “As crianças que apresentaram sintomas compatíveis com TEPT representaram 10,8% do total de crianças, sendo que 6,5% apresentaram sintomas do transtorno em nível clínico” (Ximenes, Oliveira, & Assis, 2009, p. 421). A partir da análise estatística multivariada, algumas características foram verificadas, como características da criança, eventos da vida adversos, violência familiar e outras variáveis relacionadas à família.

Ximenes (2011), em sua tese de doutorado, investigou a relação entre TEPT e exposição à violência familiar e comunitária, no que diz respeito a crianças e adolescentes escolares em um município do Rio de Janeiro. Os dados foram produzidos nos anos de 2005, 2008 e 2010, analisados transversalmente. As prevalências encontradas foram: 6,5% em amostra de crianças de 6 a 13 anos; 9,5% em amostra de crianças e adolescentes de 9 a 16 anos; e 7,5% em amostra de adolescentes de 13 a 19 anos. Concluiu-se que as violências familiar e comunitária elevam os riscos de apresentação do TEPT. Além disso, “a vivência de

mais de um trauma elevou as chances de apresentação do transtorno em crianças e adolescentes” (Ximenes, 2011, p. 157).

Habigzang, Cunha e Koller (2010) estudaram a presença de sintomas psicológicos em 40 meninas com idade entre nove e dezesseis anos, abrigadas ou não abrigadas, que foram vítimas de abuso sexual. O abuso ocorreu na maior parte das vezes no contexto intrafamiliar e os episódios de violência foram prevalentemente reiterados em ambos os grupos. Foi investigada também a duração do abuso, encontrando-se nos dois grupos a mesma incidência de abusos com mais de um ano de permanência. Constatou-se, ainda, que as vítimas sofriam outras formas de violência, como a psicológica e a física. Dentre os sintomas verificados, observou-se a presença do TEPT tanto nas vítimas abrigadas quanto nas não abrigadas.

Borges e Dell'Aglio (2008) apontaram as relações entre abuso sexual na infância, TEPT e prejuízos cognitivos. Afirmaram que a violência sexual na infância é um fator de risco no desenvolvimento do ser humano e deixa sequelas cognitivas em quem foi vítima do evento, podendo ocorrer alterações estruturais e funcionais em áreas cerebrais relacionadas aos sistemas neurais de resposta ao estresse.

Duarte, Bordin, Green e Hoven (2009) relacionaram violência contra criança em diversas modalidades (incluindo a que ocorre no contexto familiar) e TEPT. Afirmam que a natureza específica do evento traumático influencia nas reações das vítimas. Além disso, sugerem que sejam feitas avaliações criteriosas para averiguar tanto o TEPT quanto demais transtornos decorrentes da situação de violência.

Como proposta de intervenção junto às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual com TEPT, a terapia cognitivo comportamental (TCC) tem sido estudada e apontada como uma boa estratégia de atuação. Passarela, Mendes e Mari (2010) constataram que o “tratamento com TCC reduz sintomas de TEPT em crianças e adolescentes abusados sexualmente, não havendo diferença entre terapia somente com a vítima ou com a vítima e um membro da família” (Passarela et al., 2010, p. 60). As técnicas utilizadas com mais frequência são: enfrentamento, psicoeducação, exposição gradual, *body safety skills* e *role-plays*. As sessões duram de 45 a 90 minutos e ocorrem em número médio de doze encontros.

Destaca-se como a violência sexual em mulheres tem sido relacionada ao TEPT. Hauck et al. (2008) relacionaram estilo defensivo e gravidade dos sintomas do TEPT e da depressão em mulheres vítimas de estupro. A amostra foi dividida em dois grupos: o primeiro referente às mulheres que foram vítimas de violência sexual na infância e o segundo, às que foram vitimizadas na vida adulta. Como resultados, obtiveram que as do primeiro grupo

apresentaram um índice maior nas escalas de trauma e de depressão e um padrão defensivo mais imaturo.

Choi, Klein, Shin e Lee (2009) realizaram uma pesquisa com quarenta e seis mulheres que se prostituem na Coreia, investigando a relação entre prostituição, abuso sexual na infância, TEPT e transtorno de estresse extremo não especificado. Observaram que 30,4% das mulheres com história de prostituição relataram ter sido violentadas na infância. Constataram, ainda, que mulheres prostitutas apresentam maior nível de TEPT em relação ao grupo controle.

Mattevi, Jaeger e Ceitlin (2007) descrevem uma alternativa de trabalho junto a mulheres vítimas de estupro que apresentaram o TEPT, intervenção esta que teve um resultado muito satisfatório, pelo fato da construção de um espaço terapêutico que propiciou a integração entre as vítimas, identificações, possibilidades de relatar as histórias e ressignificar os acontecimentos traumáticos. O grupo foi coordenado por uma psicóloga e por uma médica psiquiatra residente que atuou como coterapeuta. Foram encontros quinzenais ao longo de um ano, com sessões de aproximadamente 75 minutos.

Conforme já foi mencionado anteriormente no item referente aos fatores associados ao TEPT, observa-se uma alta prevalência do TEPT associado a outros transtornos mentais, o que também foi verificado em estudos acima apontados. Quarantini et al. (2009), ao fazerem uma pesquisa de revisão com o objetivo de constatar as comorbidades em pessoas vítimas de violência com o diagnóstico do TEPT, encontraram que a depressão maior é frequente em indivíduos com o TEPT, como também o transtorno bipolar e outros transtornos ansiosos.

Os estudos disponíveis sugerem que pacientes com transtorno de estresse pós-traumático têm um risco maior de desenvolver transtornos afetivos e, por outro lado, transtornos afetivos pré-existent aumentam a propensão ao transtorno de estresse pós-traumático após eventos traumáticos. Além disso, vulnerabilidades genéticas em comum podem ajudar a explicar esse padrão de comorbidades. No entanto, diante dos poucos estudos encontrados, mais trabalhos são necessários para avaliar adequadamente essas comorbidades e suas implicações clínicas e terapêuticas. (Quarantini et al., 2009, p. 66).

Outro ponto que merece destaque é a associação entre TEPT e transmissão intergeracional do comportamento violento. Mendlowicz e Figueira (2007) acreditam que pais que foram vítimas de violência na infância e que tiveram o TEPT apresentam o risco de tratar também de forma violenta os filhos. “As experiências traumáticas infantis causariam déficits permanentes na regulação dos processos comportamentais, cognitivos e emocionais que contribuiriam para limitar as habilidades dos pais para cuidar de sua prole e, em

consequência, aumentariam o risco de transmissão intergeracional de dependência de drogas, dificuldades de relacionamento e violência familiar.” (Mendlowicz & Figueira, 2007, p. 89).

2.2.6 TEPT e Violência por parceiro íntimo

Conforme relatado anteriormente, o desenvolvimento do TEPT tem sido associado a diversas formas de violência. A seguir, são apontados os estudos já realizados que relacionam ou descrevem a presença do mencionado transtorno em mulheres vítimas de violência praticada por parceiro íntimo. Destaca-se que prevalecem as pesquisas originadas de outros países, uma vez que, no Brasil, a literatura a respeito ainda é escassa.

Segundo Rovinski (2003), em sua tese de doutorado sobre dano psíquico em mulheres vítimas de violência doméstica e abuso sexual:

Apesar da literatura estrangeira já apresentar inúmeras pesquisas que comprovam ser os sintomas psicológicos a maior e mais prejudicial consequência da violência, em nosso país os sintomas e transtornos psicológicos decorrentes do trauma são ainda vistos com desconfiança, sempre que possível se colocando em dúvida a veracidade das afirmações das vítimas. Esta visão do problema leva a falta de pesquisas sobre o tema, dificultando a construção de um referencial de dados empíricos que possam servir para a fundamentação de avaliações psicológicas na área forense. Como resultado final observa-se o total descrédito dos prejuízos psíquicos como possível evidência nos casos de violência contra a mulher, impedindo que direitos já instituídos pela legislação possam ser garantidos. (Rovinski, 2003, p. 159).

Taft, Vogt, Mechanic e Resick (2007) estudaram a associação entre VPI e sintomas de saúde física. Os autores constataram que o TEPT influencia os sintomas de saúde física, esclarecendo os efeitos do trauma na saúde da mulher. Hughes e Jones (2000), através de estudo realizado pela California State University Faculty, apontaram a relação entre TEPT e violência contra a mulher. Para eles, existem fatores que podem exacerbar os sintomas, como: intensidade da violência, tempo de exposição ao evento traumático, idade de início precoce e avaliação cognitiva da vítima em relação à violência. Estudaram as estratégias de intervenção junto às mulheres vítimas de violência doméstica bem como a experiência vivida pelas mesmas no estado da Califórnia. Foi enviado um relatório a 58 diretores de estabelecimentos de saúde mental para compilar os dados.

Os autores acima mencionados chegaram às seguintes conclusões. A primeira delas é que os sintomas apresentados pelas mulheres são consistentes com o TEPT. O segundo é que determinadas populações estão mais propensas a desenvolver o transtorno. Em terceiro lugar, a gravidade do TEPT está relacionada à intensidade da violência, à duração dos atos e percepção da experiência por parte da vítima. As variáveis demográficas também estão associadas ao TEPT. Além disso, verificaram que precisam ser criadas estratégias para identificação, prevenção e tratamento médico por parte das equipes de saúde. Por fim, constataram que já existem propostas de intervenção junto às mulheres vitimizadas, como serviços de emergência, apoio grupais, prevalecendo, entretanto, o tratamento ambulatorial (Hughes & Jones, 2000).

DeJonghe et al. (2008), em uma pesquisa de revisão exaustiva da literatura, afirmam que as mulheres vítimas de violência pelos parceiros íntimos possuem um risco elevado de desenvolver o TEPT. Além disso, apontam que existem fatores que aumentam ou reduzem o risco para a ocorrência do transtorno, como suporte social e estratégia de enfrentamento.

Coker, Weston, Creson, Justice e Blakeney (2005) fizeram uma análise transversal dos sintomas do TEPT em homens e mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo. A amostra foi composta por 185 homens e 369 mulheres, sendo que 24% e 20% deles, respectivamente, apresentaram os sintomas de forma moderada ou grave. As pontuações das mulheres foram maiores em relação aos homens. O estudo analisou também os fatores de risco e proteção para o desenvolvimento do TEPT. Os de risco são: violência física ou psicológica mais severa, sintomas depressivos e a pessoa ter rompido o relacionamento pelo menos uma vez. Já os fatores de proteção são: maior escolaridade e renda (que aumentam a resiliência), ser casado atualmente e a violência ter cessado.

Mozzambani, Ribeiro, Fuso, Fiks e Mello (2011) avaliaram a presença de sintomas psicopatológicos em mulheres que recorreram ao serviço de um delegacia devido ao fato de terem sido vítimas de violência doméstica. Como resultados, verificaram que 89% apresentaram transtorno depressivo maior, 94% transtorno de ansiedade, 76% TEPT. Ao descreverem o perfil destas mulheres, constataram que as mesmas sofreram violência por um período de tempo muito longo (média de 8,7 anos), 53% sofreram violência doméstica na infância, 84% foram ameaçadas de morte pelo parceiro e 71% dos companheiros eram usuários de drogas.

Aguirre D. et al. (2010) investigaram os sintomas do TEPT em mulheres vítimas de violência doméstica da região de Bio Bio (Chile) que recorreram a instituições especializadas de atendimento, encontrando a presença do transtorno em 40,5% da amostra. Concluíram que

a alta prevalência da sintomatologia indica que as intervenções existentes não estão sendo suficientemente efetivas. Amar-Amar e Ocampo-Otálvaro (2012), no estudo realizado na Colômbia com vítimas de VPI de ambos os sexos observaram os sinais do TEPT em 84,2% da amostra. Constataram, ainda, haver uma relação entre TEPT e capacidade de adaptação, com níveis de inadaptação elevados (93,2%).

Rovinski (2003) realizou um estudo longitudinal para avaliar o dano psíquico em mulheres vítimas de violência doméstica ou abuso sexual que se dirigiram ao Departamento Médico Legal da cidade de Porto Alegre (Rio Grande do Sul- Brasil):

O estudo longitudinal dos casos diagnosticados de TEPT, demonstra a existência de duas categorias majoritárias diferenciadas em função do subgrupo da amostra. No caso dos maltratos, a categoria de maior frequência foi aquela constituída por mulheres que apresentaram-se sem diagnóstico desde a primeira avaliação e assim permaneceram até o final (55,6%). No caso das mulheres vítimas de violação sexual, a categoria com maior número de sujeitos foi aquela da remissão do transtorno, isto é, apresentaram o diagnóstico na primeira avaliação, mas não o confirmaram na segunda (42,9%). (Rovinski, 2003, p. 240).

Tobo-Medina et al. (2011) relacionaram a exposição à violência contra a mulher ao TEPT, dor crônica e sintomas depressivos, a partir de uma amostra de mulheres residentes na área metropolitana da cidade de Cali (Colômbia). Os dados colhidos mostraram que mais de 50% das mulheres sofreram tanto violência simbólica, quanto física, sexual e ameaça. Concluíram que as manifestações psicológicas são as que mais produziram sintomas depressivos e estresse nas mulheres vitimizadas. Também com amostra na Colômbia, porém em Bucaramanga, Contreras-Pezzotti (2010) analisou a relação entre VPI e TEPT, encontrando uma associação positiva entre as variáveis. No mesmo sentido, para Martinez-Torteya, Bogat, von Eye, Levendosky e Davidson (2009), mulheres que sofrem de relações violentas frequentes e altamente estressantes possuem o risco maior de desenvolverem o TEPT e depressão.

Pico-Alfonso (2005) realizou um estudo comparando mulheres sujeitas a VPI com aquelas que não sofreram o abuso (grupo controle). O TEPT apresentou-se significativamente maior nas relações íntimas violentas, correlacionando-se positivamente, ainda, à gravidade da violência. Constatou-se que mulheres expostas a outras experiências de violência na idade adulta estão mais sujeitas ao TEPT. Abuso na infância não foi significativamente associado ao TEPT. No que diz respeito ao tipo de violência sofrida, a modalidade psicológica foi a variável mais associada ao desenvolvimento do transtorno.

Por outro lado, a variável abuso na infância foi associada positivamente ao desenvolvimento do TEPT em VPI no estudo feito por Becker, Stuewig e McCloskey (2010). A violência infantil foi caracterizada pelo relato de abuso físico, sexual, ter vivenciado a violência doméstica ou testemunhado a mesma. Utilizando-se da análise de regressão, VPI e abuso sexual na infância mostraram-se associados ao TEPT, bem como VPI, abuso físico infantil e TEPT.

Uma possível relação entre desemprego, TEPT e VPI foi avaliada por Kimerling et al. (2009). Pesquisa realizada pelos autores com 6698 mulheres da Califórnia apontou que se encontraram desempregadas vítimas de VPI nas seguintes proporções: 20% aquelas que sofreram violência psicológica, 18% que foram vítimas de abusos físicos, 19 % entre as mulheres com o TEPT.

Como proposta de tratamento para mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, com diagnóstico do TEPT, Labrador, Fernández-Velasco e Rincón-González (2009) descrevem um tipo de abordagem individual, composto por oito sessões, método que inclui a psicoeducação, o treinamento em controle da ativação, a terapia cognitiva e a terapia de exposição. Tal método foi avaliado e foi constatada uma melhora significativa dos sintomas apresentados pelas vítimas, com superação do TEPT em mais de 80% das participantes.

Cohen, Mannarino e Iyengar (2011) avaliaram o uso da TCC focada no trauma em crianças com sintomatologia de TEPT e oriundas de famílias com VPI. O resultado foi altamente satisfatório, com a remissão de diagnóstico e diminuição de eventos adversos graves. Iverson et al. (2011) também avaliaram a aplicação da TCC em mulheres com sintomas de TEPT e depressão sobreviventes de traumas interpessoais, por acreditarem que as mesmas estão mais propensas a serem vítimas de uma futura vitimização em relações íntimas de afeto. O resultado foi positivo, reduzindo o risco para a ocorrência de uma VPI futura.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar a relação entre Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e violência contra a mulher praticada por parceiros íntimos, com foco nas vítimas atendidas pelo setor de psicologia na DPOF (Delegacia de Proteção e Orientação à Família).

3.2 Objetivos específicos

- Constatar qual a prevalência de TEPT nos casos de violência em relações íntimas de afeto atendidos pelo setor de psicologia na DPOF.
- 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 agressor, bem como o tempo de exposição ao evento traumático no grupo estudado.
- Verificar se há associação entre TEPT, depressão e percepção de suporte social.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Estudo transversal, quantitativo, descritivo e associativo.

4.2 Local de realização da pesquisa e amostra

A DPOF é o setor da delegacia na cidade de Juiz de Fora responsável por atender os casos de violência ocorridos no âmbito da família, bem como as mulheres vítimas de violência, de acordo com o previsto na Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340, de 6 de agosto de 2006). Está localizada no bairro Santa Terezinha, na Rua Custódio Tristão, número 76. De acordo com o artigo quinto da referida lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher a violência praticada no âmbito da unidade doméstica, no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto. Na delegacia investiga-se o suposto crime ocorrido, a fim de se elaborar o inquérito policial. Além disso, a vítima é acolhida pela equipe e são oferecidas as medidas protetivas previstas em lei. A mulher poderá ser ouvida por um estagiário de psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CESJF), a partir da triagem que é realizada no momento de sua chegada, quando é disponibilizado o serviço para as mulheres, as quais optam se desejam ou não receber o atendimento. O estágio é coordenado e supervisionado pela própria pesquisadora, há cinco anos, a qual é professora do CESJF. Os estagiários fazem um trabalho de escuta psicológica, encaminhamentos para a rede socioassistencial, mediação de conflitos, grupos com mulheres e com agressores, conforme a

demanda de cada caso. Sendo assim, a pesquisa foi realizada na DPOF, com base nas ocorrências de violência praticada por parceiros íntimos.

No que se refere à amostra, os critérios para inclusão na pesquisa foram: Mulheres, com idade superior a 18 anos, que tenham sido vítimas de violência praticada por parceiro íntimo. Entende-se por parceiro íntimo o cônjuge ou ex-cônjuge, o companheiro ou ex-companheiro, o namorado ou ex-namorado, o parceiro casual ou ex-parceiro casual, enfim, alguém que a mulher conviva ou tenha convivido, independente de coabitação. Foram selecionadas as mulheres atendidas pelo setor da psicologia, que preencheram o cadastro de atendimento, no período de fevereiro a julho de 2013.

Foram considerados critérios de exclusão no estudo: os casos que não preencheram o requisito do tempo previsto para o desenvolvimento do TEPT. A partir dos critérios identificados, foram atendidas pelo setor de psicologia, no período acima mencionado, 64 mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo que se enquadravam nos critérios de inclusão. Foram feitas tentativas de ligação para todas as 64 mulheres. Das 64 mulheres atendidas: 41 (quarenta e uma) responderam à pesquisa, compondo, portanto, a amostra; 23 (vinte e três) não responderam, sendo que:

- 2 (duas) recusaram explicitamente, ou seja, afirmaram não querer participar da pesquisa.
- 4 (quatro) adiaram repetidas vezes fazer a pesquisa ou recusaram implicitamente. Foram feitas pelo menos quatro tentativas, após o primeiro contato telefônico, entretanto as mulheres adiavam a entrevista ou não atendiam mais o telefone.
- 13 (treze) não atenderam ao telefone nenhuma vez. Feitas várias tentativas (mínimo de 4), o telefone não atendia, ou caía na caixa postal ou fora de área, ou, ainda, estava desligado.
- 4 (quatro) – outros motivos, como por exemplo: não tinham telefone de contato, o número de telefone informado pela mulher era inexistente.

4.3 Procedimentos

As quarenta e uma mulheres que compõem a amostra foram ouvidas por estagiários de psicologia quando se dirigiram à delegacia relatando o crime ocorrido, sendo realizado um cadastro de todas as vítimas atendidas pelo setor psicológico, contendo informações pessoais

e relativas ao crime praticado. Neste momento, as mulheres foram convidadas a participarem de uma futura pesquisa, de acordo com o TCLE. A avaliação das mesmas, para efeito da pesquisa, foi feita no período de no mínimo um mês após a ocorrência do evento agressor. Sendo assim, quando o requisito do tempo de no mínimo um mês já havia transcorrido, algumas das mulheres responderam à pesquisa na própria delegacia, com a presença de uma estagiária de psicologia, previamente treinada para executar a coleta dos dados. Outra possibilidade foi aguardar o período de no mínimo um mês e realizar contato telefônico com as mulheres atendidas pelo setor de psicologia no período de fevereiro a julho de 2013, sendo feita a coleta, assim, via telefone, pela mesma acadêmica do curso de psicologia, que compõe a equipe da pesquisa. Quando as mulheres ainda não tinham assinado o TCLE na própria delegacia, foi enviada carta selada para resposta com o termo. Ressalta-se que as entrevistas não foram gravadas, a fim de permitir que as mulheres se sentissem mais à vontade para falar sobre a violência sofrida, sendo que a gravação poderia se constituir como um empecilho para a exposição da vida íntima à entrevistadora.

4.4 Instrumentos

Inicialmente, foram analisados os cadastros do setor de psicologia, contendo informações sobre as mulheres ouvidas, uma vez que apenas os casos de violência praticada por parceiro íntimo foram incluídos. Foram aplicados os seguintes instrumentos:

- Post-Traumatic Stress Disorder Checklist- Civilian Version (PCL-C), desenvolvido por Weathers, Litz, Herman, Huska e Keane (1993), adaptado para o português por Berger, Mendlowicz, Souza e Figueira (2004). Tal instrumento foi aplicado com a finalidade de se rastrear possíveis casos de TEPT, sendo composto por 17 perguntas, através de uma escala de gravidade que varia de 1 a 5 (nada a muito). O critério para a correção foi embasado no DSM-IV TR, isto é, um sintoma clinicamente significativo do grupo B (perguntas 1 a 5), três do grupo C (perguntas 6 a 12) e dois do D (13 a 17). Para que o sintoma seja considerado clinicamente significativo, a pontuação atribuída a ele deve ser igual ou maior do que três.

- Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS), validada para o Brasil por Siqueira (2008). A escala é composta por 29 itens, que avaliam suporte prático e suporte emocional, através de uma escala que varia de 1 a 4 (nunca a sempre). A correção é feita da seguinte

forma: somam-se os pontos dados para os 19 itens referentes ao suporte social prático e divide-se o resultado por 19, obtendo-se o escore médio. A seguir, somam-se os pontos atribuídos para os 10 itens relacionados ao suporte social emocional e divide-se o resultado por 10, obtendo-se o escore médio.

- Inventário de Depressão de Beck, criado por Aaron Beck. Consiste em um questionário de autorrelato com 21 itens de múltipla escolha, sendo utilizado para medir a severidade de episódios depressivos. As respostas variam de zero a três. No final, os pontos são somados, obtendo-se o escore total. De acordo com o Manual de correção do inventário de depressão de Beck (Cunha, 2001), será considerada depressão: inexistente ou mínima (escore de 0 a 11), leve (escore de 12 a 19), moderada (escore de 20 a 35) e grave (escore de 36 a 63).
- Entrevista estruturada desenvolvida para verificar os seguintes itens: dados sobre a vítima, o tipo de violência praticada, tempo de exposição ao evento traumático, histórico de violência na família de origem, vitimização prévia e uso de álcool/drogas por parte do agressor.

4.5 Análise dos dados

Após a coleta de dados, inicialmente, as informações foram colocadas em um banco de dados, categorizado em vinte e oito variáveis. Em seguida, foi verificada a prevalência dos possíveis casos de TEPT decorrentes da violência praticada por parceiro íntimo, atendidos pelo setor de psicologia no DPOF, no período mencionado anteriormente. Posteriormente, foi realizada a análise descritiva das variáveis sociodemográficas, clínicas e de fatores relativos à violência, como: tipo de violência praticada pelo agressor, tempo de exposição ao evento traumático, histórico de violência na família de origem, vitimização prévia e uso de álcool/drogas por parte do agressor. Os resultados foram expressos em estatística descritiva: média, desvio padrão e frequência. Finalmente, foi feita uma comparação entre as variáveis: TEPT, depressão e percepção de suporte social. A verificação da significância das associações entre as variáveis categóricas foi feita com a aplicação do teste do Qui-quadrado de Pearson. Significâncias de diferenças de média entre os grupos foram testadas pelo teste *t de Student*. Em todas as análises foi considerado o nível de significância de 0,05.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi embasada na Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP), a qual aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, conforme parecer 188.805, de 24 de janeiro de 2013.

O TCLE foi emitido em duas vias: uma para a pesquisadora e outra para a pesquisada. O termo é claro e preciso quanto aos objetivos do estudo, com linguagem de fácil entendimento às mulheres que compõem a amostra.

Em relação aos riscos, a pesquisa envolve riscos mínimos, como o surgimento de demanda para acompanhamento psicológico, o qual foi viabilizado pela pesquisadora. Conforme exposto, todas as mulheres que compõem a amostra tiveram o acolhimento realizado pelo setor de psicologia do DPOF. Assim, as mulheres que participaram da pesquisa foram informadas que, caso quisessem, teriam atendimento especializado na Clínica de Psicologia do CES/JF.

No que diz respeito aos benefícios, tivemos o diagnóstico precoce e conhecimento acerca do transtorno por parte dos sujeitos da pesquisa. Além disso, a mulher foi esclarecida que, ao participar desse estudo, contribuiu para o conhecimento na área da violência contra a mulher no Município de Juiz de Fora e para a elaboração de possíveis intervenções futuras.

As mulheres que compõem a amostra ficaram cientes, ainda, que as informações foram tratadas sob caráter absolutamente confidencial. Para participar do estudo, não tiveram custo, nem receberam qualquer vantagem financeira.

4.7 Limitações do método no âmbito da investigação

Algumas limitações da pesquisa devem ser apontadas. Em primeiro lugar, não é possível generalizar os resultados, pois a amostra é um grupo específico (mulheres, maiores de 18 anos, atendidas pelo setor de psicologia na DPOF - Delegacia de Proteção e Orientação à Família, no período de fevereiro a julho de 2013).

A segunda questão diz respeito ao tempo de espera de um mês entre o evento violento e o dia para a aplicação do instrumento de rastreamento do TEPT, o que fez com que se perdesse parte da amostra. Isto porque, muitas vezes, as mulheres mudaram de endereço ou alteraram o telefone, de forma de que não se conseguiu localizar a mesma para efetuar a pesquisa. Tal fato foi claramente observado na coleta, uma vez que não se conseguiu contato telefônico com 17 das 64 mulheres atendidas pelos estagiários, as quais se enquadravam nos critérios de inclusão.

Também se deve destacar que um dos sintomas do TEPT é a esquiva, logo, parte das mulheres com o transtorno poderiam se recusar a participar da pesquisa, o que realmente ocorreu. Das 64 mulheres cadastradas, duas não quiseram responder a pesquisa e quatro adiaram repetidas vezes a realização da pesquisa ou não atenderam mais ao telefone, o que pode ser interpretado como uma recusa implícita. Um caso interessante a ser comentado é de uma das mulheres que solicitou que a pesquisadora ligasse em outro momento, pois o dia estava muito frio. Depois deste dia não atendeu mais às chamadas da pesquisadora responsável pela coleta.

Outra limitação é que a PCL-C é um instrumento utilizado para rastreio de possíveis casos de TEPT e não para diagnóstico. Mesmo assim, mostrou-se um excelente instrumento a ser utilizado, diante da objetividade e da brevidade no tempo de aplicação. O mesmo pode ser afirmado em relação ao BDI-I, o qual também é utilizado como instrumento de rastreio e não para fins diagnósticos. Ressalta-se, também, que tanto a PCL-C quanto o BDI são escalas de auto-relato, possibilitando à pessoa exagerar ou minimizar os resultados.

Outro limite encontrado pelo estudo foi o lançamento do DSM-V no ano de 2013, em pleno desenvolvimento da pesquisa, alterando substancialmente os critérios diagnósticos do TEPT. Como o Manual está em fase de implantação, sujeito a críticas e comentários, optou-se por mencionar de forma sucinta as principais mudanças, deixando a análise detalhada das alterações para futuras pesquisas.

Por fim, também deve ser mencionado o fato de que a análise estatística ficou limitada à realidade do tamanho da amostra e aos tipos de variáveis estudadas. Sabe-se que a população em estudo não é de fácil acesso e o aceite da vítima em participar de uma pesquisa que aborde a violência é ainda mais difícil.

5 RESULTADOS

Conforme exposto, a amostra compõe-se por quarenta e uma mulheres, maiores de 18 anos, que foram vítimas de violência por parceiro íntimo e recorreram à DPOF no período de fevereiro a julho de 2013, tendo recebido acolhimento psicológico por parte dos estagiários de psicologia do CES/JF. A coleta foi realizada por uma pesquisadora, acadêmica do curso de psicologia, previamente treinada para a aplicação dos instrumentos. Utilizou-se como princípio para a escolha da entrevistadora alguém que tivesse experiência na abordagem com mulheres vítimas de violência doméstica e que não tivesse ciência dos critérios de correção dos testes, a fim de não influenciar na forma de aplicação dos instrumentos.

5.1 A prevalência de indicativo de TEPT no grupo estudado

Com base na PCL-C, utilizada como rastreamento para os sintomas do TEPT, das 41 mulheres entrevistadas, 34 (82,9%) apresentaram os sintomas exigidos em cada um dos três critérios e 7 (17,1%) não apresentaram o número necessário de itens em cada critério. Logo, a prevalência estimada de indicativo de TEPT em mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo atendidas pela DPOF de Juiz de Fora no período de fevereiro a julho de 2013 é de 82,9%, com margem de erro de 6,9% para mais e para menos, com nível de confiança de 95%.

5.2 Sintomas típicos mais frequentes na amostra

Conforme exposto anteriormente, considerou-se necessária a presença de um item clinicamente significativo no critério B, três no critério C e dois no critério D. Assim, a seguir, serão apontados os itens que mais apresentaram pontuações clinicamente significativas em cada um dos três grupos de sintomas. Desta forma, a partir da aplicação da PCL-C na amostra estudada, foi possível observar as respostas mais frequentes dentre as mulheres, conforme Tabelas 1 e 2:

Com base na análise da Tabela 1, constata-se que no critério B – revivescência do trauma – a resposta clinicamente mais significativa foi referente à pergunta 4 (“Sentir-se *muito chateado* ou *preocupado* quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?”), com a frequência de 37 pessoas, o que corresponde a 90,2% das mulheres.

Tabela 1. Sintomas clinicamente significativos na amostra nos itens do Grupo B da PCL-C (N = 41)

Perguntas	Pessoas com o sintoma clinicamente significativo (≥ 3)	Pessoas sem o sintoma clinicamente significativo (< 3)
	Frequência (%)	Frequência (%)
4. Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	37 (90,2)	4 (9,8)
5. Sentir sintomas físicos (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	32 (78,0)	9 (22,0)
1. Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	31 (75,6)	10 (24,4)
2. Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	26 (63,4)	15 (36,6)
3. De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	21 (51,2)	20 (48,8)

Fonte: A autora

Já no critério C – esquiva ou entorpecimento emocional – a resposta mais frequente foi a da pergunta 7 (“Evitar *atividades* ou *situações* porque *elas lembram* uma experiência estressante do passado?”) (Tabela 2).

Tabela 2. Sintomas clinicamente significativos na amostra nos itens do Grupo C da PCL-C (N = 41)

Perguntas	Pessoas com o sintoma clinicamente significativo (≥ 3)	Pessoas sem o sintoma clinicamente significativo (< 3)
	Frequência (%)	Frequência (%)
7. Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?	34 (82,9)	7 (17,1)
6. Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?	33 (80,5)	8 (19,5)
12. Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?	30 (73,2)	11 (26,8)
10. Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?	29 (70,7)	12 (29,3)
9. Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?	28 (68,3)	13 (31,7)
11. Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	27 (65,9)	14 (34,1)
8. Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?	20 (48,8)	21 (51,2)

Fonte: A autora

No critério D – hiperestimulação autonômica ou excitabilidade aumentada – dois itens apresentaram respostas frequentes na quase totalidade da amostra. São elas: pergunta 16 (“Estar “*superalerta*”, *vigilante* ou “*em guarda*”?”), com 39 mulheres (95,1%) e 17 (“Sentir-se *tenso* ou facilmente *sobressaltado*?”), com 40 mulheres (97,6%) (Tabela 3).

Tabela 3. Sintomas clinicamente significativos na amostra nos itens do Grupo D da PCL-C (N = 41)

Perguntas	Pessoas com o sintoma clinicamente significativo (≥ 3)	Pessoas sem o sintoma clinicamente significativo (< 3)
	Frequência (%)	Frequência (%)
17. Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?	40 (97,6)	1 (2,4)
16. Estar “ <i>superalerta</i> ”, vigilante ou “ <i>em guarda</i> ”?	39 (95,1)	2 (4,9)
14. Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?	35 (85,4)	6 (14,6)
13. Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?	31 (75,6)	10 (24,4)
15. Ter dificuldades para se concentrar?	30 (73,2)	11 (26,8)

Fonte: A autora

5.3 Descrição das variáveis sociodemográficas e clínicas

A Tabela 4 apresenta os resultados apurados referentes às variáveis sociodemográficas e clínicas:

- *Idade* – Em relação à idade das mulheres entrevistadas, a média foi de $35,29 \pm 10,17$ anos, sendo que a idade máxima apresentada foi de 57 anos e a mínima de 19 anos.
- *Estado civil* – No que se refere ao estado civil das entrevistadas, 15 (36,6%) eram solteiras, 12 (29,3%) casadas, 7 (17,1%) separadas ou divorciadas e 7 (17,1%) viviam em união estável.
- *Trabalho* – Das 41 mulheres, 28 (68,3%) trabalhavam, sendo que 14 delas com vínculo empregatício e 14 exerciam trabalho autônomo; 10 (24,4%) mulheres não trabalhavam ou encontravam-se desempregadas no momento e 3 (7,3%) eram aposentadas por invalidez.
- *Renda familiar e renda individual* – Das 41 mulheres, 38 responderam ao item renda familiar, obtendo-se a média de $R\$1.320,73 \pm R\$768,07$, mínimo de R\$64,00, máximo de R\$4.000,00. Já a renda individual foi informada por 40 mulheres e os resultados demonstraram que a média foi de $R\$655,17 \pm R\$531,04$, mínimo de 0 (não possuía renda individual), máximo de R\$3.000,00.

- *Filhos* – No que diz respeito ao fato da mulher ter ou não filhos, foi verificado que 36 (87,8%) possuíam filhos. A média do número de filhos foi de $2,37 \pm 1,62$, mínimo de 0, máximo de 7.
- *Escolaridade* – Quanto à escolaridade, 25 (61%) possuíam ensino fundamental completo ou incompleto, 16 (39%) possuíam ensino médio completo. Nenhuma mulher que compôs a amostra possuía graduação em ensino superior.
- *Uso de medicação contínua* – Quanto ao uso de medicação contínua por parte as entrevistadas, 14 (34,1%) afirmaram utilizar medicamentos regularmente e 27 (65,9%) disseram não fazer uso de medicação. Dentre os medicamentos apontados pelas mulheres, apareceram predominantemente os psicotrópicos, sendo citados: fluoxetina, clonazepam, sertralina, bromazepam e citalopram, além de remédios utilizados para controle da hipertensão arterial, como: atenolol e captopril.
- *Tratamento psicológico* – Apenas 5 (12,2%) das 41 mulheres entrevistadas encontravam-se em tratamento psicológico.

Tabela 4. Variáveis sociodemográficas e clínicas (N = 41)

Variável	Média ± desvio padrão	Frequência (%)
<i>Idade (anos)</i>	35,29 ± 10,17	
<i>Estado civil</i>		
Solteiras		15 (36,6)
Casadas		12 (29,3)
Separadas ou divorciadas		7 (17,1)
União estável		7 (17,1)
<i>Trabalho</i>		
Trabalham		28 (68,3)
Desempregadas		10 (24,4)
Aposentadas por invalidez		3 (7,3)
<i>Renda familiar (R\$)</i>	1.320,73 ± 768,07	
<i>Renda individual (R\$)</i>	655,17 ± 531,04	
<i>Número de filhos</i>	2,37 ± 1,62	
<i>Escolaridade</i>		
Ensino fundamental (in)completo		25 (61,0)
Ensino médio		16 (39,0)
<i>Uso de medicação contínua</i>		
Não		27 (65,9)
Sim		14 (34,1)
<i>Tratamento psicológico</i>		
Não		36 (87,8)
Sim		5 (12,2)

Fonte: A autora

5.4 Descrição das variáveis relacionadas ao agressor e à violência

Na Tabela 5 encontram-se os resultados referentes às seguintes variáveis relacionadas ao agressor e à violência:

- *Vínculo com o agressor* – Com base na Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340, de 6 de agosto de 2006), foi considerado parceiro íntimo aquele com quem a mulher convive ou tenha convivido afetivamente, independente de coabitação. Na amostra, foram encontrados os seguintes dados: 20 (48,8%) agressores eram cônjuges ou ex-cônjuges das entrevistadas, 14 (34,1%) eram companheiros ou ex-companheiros, 5 (12,2%) namorados ou ex-namorados, 1 (2,4%) parceiro casual e 1 (2,4%) foi denominado pela entrevistada como “amante”.

- *Permanência na relação* – Como os instrumentos foram aplicados com um prazo mínimo de um mês após a ocorrência do evento agressor, as mulheres foram indagadas se permaneciam na relação afetiva com o parceiro ou não. Assim, 13 (31,7%) afirmaram que mantinham a relação afetiva e 28 (68,3%) disseram que se encontravam separadas do agressor.

- *Tempo de convivência com o agressor* – Em relação ao tempo de convivência com o agressor, ou seja, por quanto tempo a vítima esteve ou estava com o parceiro íntimo, os resultados encontrados foram: média de $11,71 \pm 9,28$ anos de convivência; mínimo de 1 mês, máximo de 35 anos.

- *Tempo de exposição à violência* – Também se objetivou na pesquisa verificar o tempo de exposição à violência, isto é, averiguar por quanto tempo a mulher sofreu a violência por parte do parceiro agressor. Três mulheres não precisaram o tempo, logo 38 mulheres responderam a essa pergunta. A média encontrada foi de $6,06 \pm 8,88$ anos, mínimo de 1 dia, máximo de 35 anos.

- *Tipo de violência sofrida* – A classificação das violências também foi baseada no referencial da Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340, de 6 de agosto de 2006), a qual prevê cinco modalidades de violência contra a mulher: física, sexual, moral, psicológica, patrimonial. Desta forma, no que se refere ao tipo de violência sofrida por parte da amostra, 32 (78%) sofreram violências múltiplas, 2 (4,9%) violência física, 6 (14,6%) violência psicológica e 1 (2,4%) violência moral. Das 32 mulheres que sofreram violências múltiplas, 27 citaram a modalidade física, 29 enumeraram a forma psicológica, 9 citaram a violência patrimonial, 13 comentaram sobre a agressão moral, e apenas uma citou a modalidade sexual em ocorrência múltipla com outro tipo de violência.

- *Uso abusivo de álcool ou drogas ilícitas por parte do agressor* – A partir da resposta dada pelas mulheres, foi constatado que 17 (41,5%) dos agressores eram usuários de bebidas alcoólicas, 8 (19,5%) eram usuários de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, 5 (12,2%) eram usuários de drogas ilícitas e apenas 11 (26,8%) não utilizavam álcool de forma abusiva ou drogas ilícitas. Indagadas se o agressor estava sob efeito da substância no momento da prática do ato, 22 (53,7%) das mulheres disseram que sim e 8 (19,5%) responderam que não. Os demais 11 parceiros não eram usuários, logo, a resposta foi negativa. Assim, dos 30 agressores que eram usuários de álcool, drogas ou álcool e drogas, 22 praticaram o ato sob efeito da substância utilizada, o que representa aproximadamente 73% dos usuários, e apenas 8 (aproximadamente 27%) não estavam sob efeito da substância utilizada usualmente pelo mesmo.

- *Vitimização prévia* – As mulheres foram indagadas se já tinham sido vítimas anteriormente a outros episódios de violência por parte de outra pessoa, com exceção ao atual agressor. Apenas oito (19,5%) mulheres disseram que sim e 32 (78%) afirmaram que não. Aquelas que disseram sim apontaram como agressores em vitimização prévia: ex-marido, ex-namorado, pai, irmão. No que diz respeito ao tipo de violência sofrida em vitimização prévia, do total das oito mulheres que responderam que sim, quatro (50%) sofreram violência física, três (37,5%) foram vítimas de múltiplos tipos de violência, e uma (12,5%) foi vítima de violência sexual.

- *Histórico de violência na família de origem da vítima e do agressor* – Foi perguntado às 41 mulheres se havia histórico de violência em sua família de origem, destas 13 (31,7%) disseram que sim e 28 (68,3%) afirmaram que não. Já em relação ao histórico de violência na família de origem do agressor, 21 (51,2%) afirmaram que tinham conhecimento de que havia agressão, 17 (41,5%) não sabiam se havia ou não agressão e apenas 3 (7,3%) disseram que não havia agressão na família de origem do parceiro.

Tabela 5. Variáveis relacionadas ao agressor e à violência (N = 41)

Variável	Média ± desvio padrão	Frequência (%)
<i>Vínculo com o agressor</i>		
Cônjuges ou ex-cônjuges		20 (48,80)
Companheiros ou ex-companheiros		14 (34,10)
Namorados ou ex-namorados		5 (12,20)
Parceiro casual ou ex-parceiro casual		1 (2,40)
Outro vínculo		1 (2,40)
<i>Permanência na relação com o agressor</i>		
Encontram-se separadas		28 (68,30)
Mantêm a relação afetiva		13 (31,70)
<i>Tempo de convivência com o agressor (anos)</i>	11,71 ± 9,28	
<i>Tempo de exposição à violência (anos)</i>	6,06 ± 8,88	
<i>Tipo de violência sofrida</i>		
Psicológica		35 (85,36)
Física		29 (70,73)
Moral		14 (34,14)
Patrimonial		9 (21,95)
Sexual		1 (2,44)
<i>Uso abusivo de álcool ou drogas lícitas por parte do agressor</i>		
Bebidas alcoólicas		17 (41,50)
Bebidas alcoólicas e drogas ilícitas		8 (19,50)
Drogas ilícitas		5 (12,20)
Não possuem vícios em bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas		11 (26,80)
<i>Vitimização prévia</i>		
Não		32 (78,00)
Sim		8 (19,50)
<i>Histórico de violência na família de origem</i>		
Não		28 (68,30)
Sim		13 (31,70)
<i>Histórico de violência na família do agressor</i>		
Têm conhecimento de que havia agressão		21 (51,20)
Não têm conhecimento se havia ou não agressão		17 (41,50)
Não havia agressão		3 (7,30)

Fonte: A autora

5.5 Comparação entre as variáveis: TEPT, suporte social e depressão

Conforme exposto, foi avaliada a percepção de suporte social prático (PSSP) e a percepção de suporte social emocional (PSSE), sendo comparadas as duas percepções com o TEPT. No grupo de mulheres com indicativo de TEPT, o score médio da PSSP foi de $2,21 \pm 0,78$, enquanto que, no grupo de mulheres sem os sinais indicativos de TEPT, o score médio foi de $2,87 \pm 0,74$. Através da aplicação estatística do teste T para amostras independentes,

verificou-se que há diferença significativa (valor – $p = 0,049$) no score da PSSP entre os grupos de mulheres com e sem indicativo de TEPT.

Já no que diz respeito à PSSE, o score médio no grupo com sinais de TEPT foi de $2,27 \pm 0,95$ e no grupo sem os sinais foi de $3,01 \pm 0,84$. Utilizado o teste T, constatou-se que não há diferença significativa (valor – $p = 0,065$) no score de PSSE entre os grupos de mulheres com e sem indicativo de TEPT, se adotarmos o valor de $p \leq 0,05$. Entretanto, considerando a proximidade do valor encontrado e, diante da realidade da amostra estudada, pode-se sim dizer que há uma diferença significativa de PSSE entre os grupos de mulheres com ou sem sinais de TEPT.

Em relação à comparação entre TEPT e depressão, observou-se que, das 34 mulheres com os sinais do TEPT, a depressão foi considerada presente (depressão moderada ou grave) em 26 (76,5%) e ausente (sem depressão ou leve) em 8 (23,5%). Já no grupo das 7 mulheres sem o indicativo de TEPT, apenas 1 (14,3%) obteve os sintomas de depressão (moderada), enquanto que as 6 (85,7%) restantes não apresentaram sinais depressivos (3 sem depressão e 3 com depressão leve). Através da aplicação estatística do teste de qui-quadrado, para relacionar duas variáveis qualitativas, obteve-se $p = 0,006$, havendo associação significativa entre as variáveis (Tabela 6).

Tabela 6. Frequência da depressão em mulheres com sinais de TEPT (N = 34)

Nível de depressão	Frequência (%)
Sem depressão	1 (2,94)
Depressão leve	7 (20,59)
Depressão moderada	12 (35,29)
Depressão grave	14 (41,18)

Fonte: A autora

Por fim, ao comparar PSSP e PSSE com depressão, constatou-se que o score médio da PSSP nos casos de depressão ausente foi de $2,71 \pm 0,73$ e nos casos de depressão presente foi de $2,13 \pm 0,78$. Com a aplicação do teste T, obteve $p = 0,027$, havendo, portanto, associação significativa entre PSSP e mulheres com ou sem sinais de depressão. Já no que se refere à PSSE, o score médio nas vítimas sem indicativo de depressão foi de $2,90 \pm 0,79$ e nas vítimas com o indicativo, foi de $2,14 \pm 0,95$. Assim, há associação significativa ($p = 0,014$) entre PSSE e mulheres com e sem sinais de depressão.

Diante do exposto, comprovam-se as hipóteses do trabalho, quais sejam:

- Existe associação negativa entre PSSP e TEPT, isto é, presente o TEPT, menor o score de PSSP.
- Há associação negativa entre PSSE e TEPT, ou seja, presente o TEPT, menor o score de PSSE.
- Há associação positiva entre TEPT e depressão, pois presente a depressão maior a chance de apresentar o TEPT.
- Existe associação negativa entre PSSP e depressão, em outras palavras, as mulheres vítimas de VPI que apresentaram a presença de sintomas depressivos tiveram o score médio de PSSP menor do que as que não apresentaram.
- Há, também, associação negativa entre PSSE e depressão, uma vez que, presente a depressão, menor o score médio de PSSE e vice-versa: ausente a depressão, maior o score médio de PSSE.

6 DISCUSSÃO

Conforme exposto, são escassos e recentes os trabalhos que avaliam a presença de sintomas do TEPT em mulheres vítimas de VPI, como no presente estudo. A pesquisa constatou na amostra de 41 mulheres que 34 (82,9%) apresentaram sintomas indicativos para o TEPT. O resultado apresenta relativa concordância com estudos já realizados em populações semelhantes (Aguirre D. et al., 2010; Amar-Amar & Ocampo-Otálvaro, 2012; Cervantes et al., 2013; Mozzambani et al., 2011; Rovinski, 2003). Entretanto, não é possível fazer uma comparação fidedigna, uma vez que os instrumentos utilizados nas diferentes pesquisas são diversos, o que faz com que parte deles sirva para o rastreamento dos sintomas, enquanto outros se destinem ao diagnóstico. Além disso, a maior parte dos estudos objetiva avaliar o TEPT em mulheres vítimas de violência doméstica, grupo que se distingue, em parte, do conceito de VPI. Conforme analisado na revisão teórica, a violência doméstica pode ser praticada por pessoas que residam juntamente à vítima (inclui pai, irmão...), não sendo necessariamente o parceiro. Já na VPI, o agressor é o parceiro ou ex-parceiro da vítima, seja (ex)marido, (ex)companheiro, (ex)namorado, ou (ex)parceiro casual, independente de coabitação. Portanto, parte da diferença encontrada entre os resultados dos estudos apontados a seguir deve ser atribuída à diversidade de instrumentos aplicados, bem como à população diversa.

Cervantes et al. (2013), ao investigarem o TEPT em vitimas de violência no estado de Santa Catarina, Brasil, encontraram o predomínio dos sinais e sintomas do transtorno em 49,4% dos entrevistados, em uma amostra de 89 vítimas de violência em diversos contextos, incluindo tanto o espaço doméstico quanto o urbano. Mozzambani et al. (2011) avaliaram a presença de sintomas psicopatológicos em mulheres vítimas de violência doméstica que recorreram à delegacia de defesa da mulher no estado de São Paulo, encontrando o resultado de 76% para sintomas sugestivos de TEPT. Rovinski (2003) estudou, em sua tese de doutorado, o dano psíquico em mulheres vítimas de violência no contexto doméstico e abuso

sexual extra-familiar, em Porto Alegre (RS, Brasil). Em uma primeira avaliação, que ocorreu no período de um a dois meses da prática da violência, encontrou, no primeiro grupo, o diagnóstico do TEPT em 36,8% da amostra, já no segundo, em 71% das mulheres vitimizadas sexualmente. Três meses depois, foi empregado o mesmo instrumento, sendo constatado o TEPT em 25,9% (primeiro grupo- mulheres vítimas de violência doméstica) e 39,3% (segundo grupo- mulheres vítimas de violência sexual). Aguirre D. et al. (2010) investigaram os sintomas do TEPT em 42 mulheres que foram vítimas de violência doméstica, sendo constatada a presença do mesmos em 40,5% da amostra. Além disso, os sintomas permaneceram presentes em 39,3% das mulheres, mesmo quando a situação de violência já havia cessado. Amar-Amar e Ocampo-Otálvaro (2012) identificaram a relação existente entre TEPT e capacidade de adaptação em vítimas de VPI residentes na Colômbia, encontrando a sintomatologia do TEPT em 84,2% da amostra de 26 pessoas de ambos os sexos.

Este estudo recente (Amar-Amar & Ocampo-Otálvaro, 2012) tem uma amostra mais semelhante à nossa na DPOF de Juiz de Fora, por se tratar de VPI, embora a pesquisa incluía vítimas de ambos os sexos. O resultado foi muito próximo: 82,9% neste e 84,2% naquele, o que permite constatar a alta prevalência de possíveis casos de TEPT na violência praticada por parceiro íntimo. Assim, o resultado aponta a necessidade de intervenções juntamente às vítimas, devido à grande possibilidade de ocorrência do transtorno.

No que se refere às variáveis sociodemográficas, o perfil das mulheres vítimas de VPI encontrado no presente estudo demonstrou uma população jovem: (média de idade de 35 anos), a maioria das entrevistadas era casada ou vivia em união estável, exercendo atividade laborativa, com baixa renda familiar e escolaridade. Quanto às variáveis clínicas, foi observado que a maioria não fazia uso de medicação contínua e não se encontrava em tratamento psicológico.

Quanto à descrição das variáveis sociodemográficas, a pesquisa encontrou resultados parecidos aos achados em levantamentos similares. Quanto à idade das vítimas, no estudo realizado por Kronbauer e Meneghel (2005) a média de idade foi de 30 anos. Mozzambani et al. (2011) apontaram a média de 34,7 anos de suas entrevistadas. Rovinski (2003) encontrou a média de 32,43 em mulheres vítimas de violência doméstica. Na pesquisa de Vieira et al. (2011), com mulheres vítimas de VPI que recorrem a serviço de saúde, a média foi de 33,2 anos. No que diz respeito ao estado civil das vítimas, predominou o número de mulheres que eram casadas (12-29,3%) ou viviam em união estável (7-17,1%), correspondendo a 46,4% da amostra, o que condiz com outros estudos (Adeodato et al., 2005; Rovinski, 2003; Schraiber, Barros e Castilho (2010). No que concerne ao fato da mulher ter ou não filhos, foi verificado

que 87,8% possuíam filhos, sendo em média dois filhos, o que condiz com o estudo Adeodato et al. (2005), em que a média do número de filhos foi de $3 \pm 1,2$. Estes dados estão de acordo também com o estudo de Anacleto, Njaine, Longo, Boing e Peres (2009), em que 32,5% da amostra tinham três ou mais filhos.

Foi observado em nosso estudo que predominaram as mulheres com ensino fundamental completo ou incompleto. Kronbauer e Meneghel (2005) associaram a baixa escolaridade à maior prevalência da violência, assim como Mota et al. (2007), que apontaram a prevalência de mulheres com baixa escolaridade nesta população. Adeodato et al. (2005) verificaram uma relação indireta entre tempo de estudo e tempo de agressão ($-0,274$, $p = 0,004$), de forma que, quanto maior a escolaridade, menor o tempo de agressão apresentado pelas mulheres. A escolaridade também foi apontada pela WHO (2005) como um fator que está associado ao risco de ocorrência da violência por parceiro íntimo. Em alguns países, dentre eles o Brasil, o Peru e a Tailândia, o efeito protetor da educação acentua-se com a conclusão do ensino secundário. A justificativa dada é de que as mulheres com ensino superior têm uma possibilidade maior de escolher seus parceiros e até mesmo de casar ou não, bem como têm maior autonomia e controle financeiro na relação conjugal. Para d'Oliveira et al. (2009) a baixa escolaridade está associada à VPI, porém mediada por outros fatores, como: número maior de filhos, união informal e maior violência na família de origem.

Quanto ao fato de terem renda própria, 68,3% possuíam vínculo empregatício ou exerciam trabalho autônomo, o que está de acordo com pesquisas de Rovinski (2003), que constatou que a maioria das mulheres tem seus próprios rendimentos. Para Vieira et al. (2011, p. 733) “a chance de VPI aumentou em 96% para aquelas que se denominaram chefe de família...”. Entretanto, embora a maioria das vítimas possuísse rendimentos próprios, foi observada baixa renda, o que também foi constatado no estudo de Kronbauer e Meneghel (2005), no qual 75% da amostra estavam na faixa de renda inferior a um salário-mínimo. Buscando compreender o perfil econômico de mulheres vítimas de VPI, destaca-se o entendimento de Mota et al. (2007), as quais esclarecem que “O menor nível de instrução desfavorece a aquisição de melhor qualificação profissional, gerando, em algumas situações, o desemprego. Decorrente desse panorama, há maiores chances da mulher exercer atividade laborativa desqualificada e tornar-se dependente financeiramente do cônjuge ou até do ex-cônjuge.” (Mota et al., 2007, p. 807).

No que tange às variáveis relacionadas ao agressor e à violência sofrida pelas mulheres, foi observado que a maioria dos atos violentos foi praticado pelo cônjuge ou ex-cônjuge, houve rompimento da relação na maior parte dos casos, a média de tempo de

convivência com o agressor foi de 11 anos e de exposição à violência por parte do parceiro de 6 anos, com predomínio da violência psicológica. Além disso, 73% dos agressores possuíam algum tipo de vício (bebidas alcoólicas e/ou drogas ilícitas), a maioria das mulheres não foi vítima em vitimização prévia, não tinha histórico de violência na família de origem e tinha conhecimento de que havia agressão na família de origem do parceiro agressor.

Muitos dos achados no presente estudo condizem com resultados encontrados em pesquisas similares, como o tempo de convivência com o agressor. Kronbauer e Meneghel (2005) constataram uma associação entre VPI e mulheres com mais de 10 anos de união conjugal. Adeodato et al. (2005) encontraram a média do tempo de $10,3 \pm 6,9$ anos. No estudo realizado por Mota et al. (2007) o tempo médio de relacionamento entre a vítima e o agressor foi de aproximadamente 12 anos. O tempo elevado de exposição à violência também é confirmado na pesquisa de Mozzambani et al. (2011), em que o tempo médio de duração da violência foi de 9 anos; e também no estudo de Adeodato et al. (2005), em que as vítimas entrevistadas sofreram agressões por cerca de cinco anos.

A pesquisa apontou que a maior parte das mulheres foi vítima de múltiplos tipos de violência, predominando a modalidade psicológica, o que está de acordo com a pesquisa de Schraiber et al. (2007) e Anacleto et al. (2009). Tal achado confirma também o perfil encontrado no estudo de Kronbauer e Meneghel (2005), em que houve o predomínio da violência psicológica (55%) e foi observado que a maioria das mulheres sofreu mais de um tipo de violência. De acordo com os estudos de Mozzambani et al. (2011), 53% das mulheres eram vítimas de agressão excessiva e 84% eram ameaçadas de morte pelo companheiro. Day et al. (2003, p. 15) explicam que “na violência doméstica contra a mulher, o abuso pelo parceiro íntimo é mais comumente parte de um padrão repetitivo, de controle e dominação, do que um ato único de agressão física”. A WHO (2005) constatou que em todos os países pesquisados, de 20% a 75% das mulheres experimentaram algum tipo de violência psicológica, predominando os insultos, menosprezos, intimidações. No Brasil e no Peru, pelo menos uma em quatro mulheres vítimas de VPI encontra-se ameaçada pelo agressor. Entretanto, a WHO (2005) explica a dificuldade de identificar o abuso emocional, diante de diversidade de entendimento sobre o que é abrangido na definição em cada uma das culturas pesquisadas.

O número baixo de violência sexual apontado pelas próprias entrevistadas (2,44%) pode ser explicado pelo fato da falta de reconhecimento, por parte das mulheres, de que o próprio parceiro pode ser o autor do ato tipificado como crime sexual, desde que não haja o consentimento mútuo. Sanfelice (2011) acrescenta que, em muitos casos, as mulheres são

desacreditadas até mesmo em delegacias de polícia, onde muitos homens, na posição de policiais, naturalizam a ideia de que existe um dever conjugal da mulher de servir ao marido, devendo seguir os desejos do companheiro, mesmo que ela não queira o ato. Assim, embora a lei Maria da Penha (Lei n. 11.340, de 6 de agosto de 2006), juntamente com o Código Penal (Decreto de Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940) englobem o ato praticado pelo parceiro, a atitude ainda é desconsiderada como crime por boa parte da sociedade. Neste sentido, Dantas-Berger e Giffin (2005) alegam que há uma invisibilidade desta modalidade de violência quando a mesma ocorre no âmbito doméstico. Através da pesquisa qualitativa realizada pelas autoras, foi perceptível no discurso das mulheres que o ato praticado sob resistência foi recorrente, entretanto, pouco nomeado como violência.

Outro ponto que chama atenção na pesquisa é o número de casos de violência praticados por namorados ou ex-namorados (12,2%), o que aponta para a existência da “dominação masculina” antes mesmo de existir uma formalização da união ou sequer um vínculo familiar. O mesmo foi observado por Lamoglia e Minayo (2009), as quais se mostraram atentas ao fato de, na pesquisa por elas realizada, 10% do total de agressores serem namorados ou ex-namorados, “configurando uma cultura de dominação e de agressividade arraigada na cultura masculina, inclusive nas relações informais” (Lamoglia & Minayo, 2009, p. 599).

Outra variável que encontrou semelhança em outros estudos foi o uso de álcool ou drogas pelo parceiro agressor (73,2%). O uso excessivo de álcool ou drogas tem sido considerado um fator de risco para a VPI (Day et al., 2003; WHO, 2005; Schumacher, Feldbau-Kohn, Slep e Heyman (2001). Mozzambani et al. (2011) observaram que em 71% dos casos os companheiros eram usuários de drogas. J. B. Oliveira et al. (2009) constataram que ter parceiro que ingere cinco ou mais drinques em um determinado momento se associou à VPI.

No que se refere às variáveis vitimização prévia e histórico de violência na família de origem, a WHO (2005) e Day et al. (2003) apontam que as mesmas são consideradas fatores de risco para a ocorrência da violência. Mozzambani et al. (2011) informaram em seu estudo que 53% das mulheres disseram ter sofrido violência doméstica na infância. Em pesquisa realizada por d'Oliveira et al. (2009) foi observado que histórico de vivência de violência pelo parceiro pela mãe esteve estatisticamente associada à VPI sofrida pela mulher entrevistada. Justificam que tal fator acarreta a diminuição da capacidade da mulher se proteger no futuro, além de acreditarem que a violência é algo natural. N. P. Gomes et al. (2007) comentam sobre a violência intergeracional, na qual são aprendidos modelos de relações familiares, os quais

podem ser reproduzidos no futuro. Entretanto, apesar dos estudos focarem na importância dos fatores citados como sendo um risco para a ocorrência da VPI, tal informação não foi comprovada em nosso estudo realizado com as vítimas da DPOF de Juiz de Fora. Neste, a maioria das mulheres relatou que não foi vítima anteriormente e que não houve agressão na família de origem, 78% e 68,3%, respectivamente.

Ao analisar as variáveis que foram expostas aos testes de comparação, percebeu-se que há uma associação positiva entre TEPT e depressão. Vários estudos têm apontado a comorbidade entre TEPT e depressão em mulheres vítimas de VPI (Mozzambani et al., 2011; Rovinski, 2003; Tobo-Medina et al., 2011). Dificilmente o TEPT aparece isoladamente, aparecendo juntamente com outros transtornos psiquiátricos. Para Margis (2003, p. 19), “os transtornos afetivos – depressão, distímia e mania – são duas a três vezes mais prováveis de ocorrer em pessoas com TEPT, quando comparadas a pacientes sem o transtorno”. Dentro deste contexto, é importante considerar que alguns dos sintomas do TEPT se assemelham aos dos transtornos de humor, como: alterações no sono, irritabilidade, menor interesse em participar de atividades, o que exige uma análise detalhada do indivíduo, a fim de formular uma hipótese diagnóstica (Margis, 2003).

Outro questionamento que surge diante deste cenário é qual o quadro surge primeiro. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes e Nelson (1995) e Margis (2003) apontam que o TEPT, geralmente, precede o transtorno afetivo comórbido. Para Mozzambani et al., não podemos afirmar se as patologias encontradas nas pessoas vítimas de violência doméstica são causa ou consequência da violência, uma vez que ambas “podem estar presentes desde a infância na maioria dos casos, sendo este um fator de risco ou de maior exposição à VD” (Mozzambani et al., 2011, p. 47). Rovinski (2003), em sua pesquisa, investigou a presença de sintomatologia prévia à vitimização atual, estudando a presença de tratamento psiquiátrico ou psicológico anterior ao evento. Constatou que 21,8% da amostra faziam progressivamente uso de medicação psiquiátrica e 17,3% faziam tratamento psiquiátrico ou psicológico prévio.

Ao comparar estatisticamente as variáveis TEPT e PSSP ou PSSE, comprovou-se que existe uma associação negativa entre as variáveis, de forma que, estando presente o TEPT, menor o escore de PSSP ou de PSSE. Para Bringhenti (2008, p. 55) “o suporte social se refere à rede de relações em que o indivíduo está inserido como laços familiares, de trabalho e de amizade construídos através de vínculos fortes e de extrema significação pessoal”. As mulheres com os sintomas de TEPT, ao responderem a EPSS, deixaram claro que poucas vezes podem contar com alguém para apoiá-las em suas necessidades, sejam práticas ou emocionais. Tais resultados confirmam a hipótese inicial do trabalho, o que

também pode ser verificado em outros estudos. Segundo pesquisas de Coker et al. (2002), Thompson et al. (2000) e DeJonghe et al. (2008), o suporte social pode ser considerado um fator de proteção na VPI. O apoio da sociedade auxilia na minimização dos efeitos da violência na saúde mental da mulher vitimizada, podendo, ainda, aumentar a resiliência das vítimas.

Por fim, houve também uma associação negativa em PSSP ou PSSE e depressão, de forma que as mulheres vítimas de VPI que apresentaram a presença de sintomas depressivos tiveram o escore médio de PSSP ou PSSE menor do que as que não apresentaram. O mesmo foi observado em estudo de R. K. Gomes (2012) com profissionais da enfermagem, o qual verificou que há uma correlação negativa inversa entre PSSE ou PSSP e nível de depressão, apontando que a percepção de suporte social tem efeitos mediadores na proteção da saúde. Em outras populações, como gestantes, o suporte social também tem se mostrado inversamente associado à depressão (Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, 2006).

7 CONCLUSÃO

Embora exista o interesse em compreender a temática da VPI e suas consequências, ainda é pouco estudada no Brasil a associação entre a mencionada forma de violência e o TEPT. Ressalta-se que estudar a VPI, por si só, já é um desafio, porque a violência ocorrida neste contexto, por vezes, é velada, camuflada pelo silêncio. Em relações íntimas de afeto, a vergonha das vítimas de exporem a vida particular e compartilharem a história de sentimento e dor dificulta a realização de pesquisas que busquem ter acesso ao conteúdo guardado pelas mulheres, muitas vezes ainda vinculadas ao parceiro.

A dificuldade de realizar um estudo exploratório envolvendo mulheres vítimas de violência que, em potencial, podem ter desenvolvido o transtorno, torna-se ainda maior devido ao fato da esquivia ser um sintoma típico do TEPT. Conforme visto, as pessoas acometidas pelo transtorno possuem a tendência de evitar falar sobre o assunto, até mesmo porque a fala acarreta, em parte, a lembrança viva dos fatos ocorridos. Sendo assim, todo estudo na área deve ter como parâmetro que os benefícios gerados pelo mesmo devem ser maiores do que os possíveis riscos de vitimização secundária expostos às vítimas. Em outras palavras, para se realizar um estudo com mulheres sujeitas à VPI, o pesquisador deve tomar o cuidado ético de proporcionar um encaminhamento psicossocial às vítimas, quando necessário. O presente estudo preocupou-se com cada uma das mulheres entrevistadas, disponibilizando serviço psicológico especializado, mas ainda há muito a ser feito e planejado.

O trabalho aponta para a necessidade de se criar estratégias específicas de intervenção para mulheres vítimas de VPI, diante da alta prevalência do transtorno. É preciso, especialmente, realizar projetos nos órgãos jurídicos de proteção à mulher a fim de fortalecer o suporte social da mesma ao enfrentar situações adversas relacionadas à agressão. Sabendo que o transtorno aparece, geralmente, em um período de até seis meses, a detecção precoce dos fatores de risco para o desenvolvimento do transtorno pode acarretar a intervenção

profissional junto às vítimas, minimizando e até mesmo impedindo o surgimento dos sinais e sintomas característicos. Desta forma, como foi observado que há uma relação negativa entre TEPT e percepção de suporte social, podemos pensar em estratégias de intervenção que, de alguma forma, forneçam à mulher um amparo para lidar e superar a dor vivida na violência, fortalecendo as formas de enfrentamento.

Reforça-se que a temática é complexa e a implantação de estratégias de intervenção é uma tarefa árdua, por exigir um estudo aprofundado e a capacitação dos profissionais envolvidos, para que lidem com delicadeza em um espaço singular e tênue. Além disso, é preciso levar em conta que os fatores emocionais inconscientes também estão presentes nas escolhas conjugais e na permanência da situação de violência. Não é suficiente se pensar na criação de políticas públicas para o combate à violência sem compreender que os fatores imbricados neste fenômeno são múltiplos. O presente estudo não visa esgotar o assunto, muito pelo contrário, quanto mais se tenta compreender a temática, mais se verifica a necessidade de realizar outros estudos exploratórios e também pesquisas de intervenção para lidar com o grave problema de saúde pública, acarretado pela VPI.

Assim, não há dúvidas sobre a necessidade da realização de novas pesquisas, preferencialmente, estudos longitudinais, com metodologias bem definidas, a fim de conhecer melhor o fenômeno. A partir destes, almeja-se que sejam criados planejamentos específicos de combate e prevenção à VPI, notadamente no que se refere à tentativa de evitar consequências danosas desencadeadas por este tipo de violência.

REFERÊNCIAS

- Adeodato, V. G., Carvalho, R. R., Siqueira, V. R., & Souza, F. G. M. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública*, 39, 108-113. doi:10.1590/S0034-89102005000100014
- Aguirre D., P., Cova S., F., Domarchi G., M. P., Garrido C., C., Mundaca Ll., I., Rincón G., P., ... Vidal S., P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48, 114-122. doi:10.4067/S0717-92272010000300004
- Alves, A. M., & Coura-Filho, P. (2001). Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no Centro de Apoio à Mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6, 243-257. doi:10.1590/S1413-81232001000100020.
- Amar-Amar, J. J. & Ocampo-Otálvaro, L. E. (2012) Post traumatic stress disorder and adaptive capacity in victims of intimate partner violence. *Psicología desde el Caribe*, 29(2), 257-275.
- American Psychiatric Association [APA]. (1994). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM. IV. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Manual Diagnóstico e Transtornos Mentais*. (4a ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013b). *Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anacleto, A. J., Njaine, K., Longo, G. Z., Boing, A. F., & Peres, K. G. (2009). Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 800-808. doi:10.1590/S0102-311X2009000400011
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic: revista da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.

- Becker, K. D., Stuewig, J., & McCloskey, L. A. (2010). Traumatic stress symptoms of women exposed to diferente forms of childhood victimization and intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence, 25*, 1699-1715. doi:10.1177/0886260509354578
- 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*, 167-175. doi:10.1590/S0101-81082004000200006
- Borges, J. L., & Dell'Aglio, D. D. (2008). Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. *Psicologia em Estudo, 13*, 371-379. doi:10.1590/S1413-73722008000200020
- Brandão, E. R. (2006). Renunciante de direitos? A problemática do enfrentamento público da violência contra a mulher: o caso da delegacia da mulher. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 16*, 207-231. doi:10.1590/S0103-73312006000200005
- Briere, J. & Jordan, C. E. (2004). Violence Against Women Outcome Complexity and Implications for Assessment and Treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(11), 1252-1276.
- Bringhenti, M. E. (2008). *Transtorno de Estresse Pós-Traumático em vítimas de acidente de trânsito*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Cabral, M. A. A. (1999). Prevenção da violência conjugal contra a mulher. *Ciência & Saúde Coletiva, 4*, 183-191. doi:10.1590/S1413-81231999000100016
- Cervantes, G. V., Schuelter-Trevisol, F. & Jornada, L. K. (2013). Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de violência. *Revista Brasileira de Clínica Médica, 11*(2), 145-149.
- Cesca, T. B. (2004). O papel do psicólogo jurídico na violência intrafamiliar: possíveis articulações. *Psicologia & Sociedade, 16*, 41-46. doi:10.1590/S0102-71822004000300006
- Choi, H., Klein, C., Shin, M. S., & Lee, H. J. (2009). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) symptoms following prostitution and childhood abuse. *Violence Against Women, 15*, 933-951. doi:10.1177/1077801209335493
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Iyengar, S. (2011). Community Treatment of Posttraumatic Stress Disorder for Children Exposed to Intimate Partner Violence: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 165*, 16-21. doi:10.1001/archpediatrics.2010.247
- Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L., & Davis, K. E. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine, 11*(5), 465-476.

- Coker, A. L., Weston, R., Creson, D. L., Justice, B., & Blakeney, P. (2005). PTSD symptoms among men and women survivors of intimate partner violence: the role of risk and protective factors. *Violence and Victims, 20*(6), 625-643.
- Contreras-Pezzotti, L. M., Arteaga-Medina, J. E., Fidel-Latorre, J., Folino-Jorge, O., & Campo-Arias, A. (2010). Association between Intimate Partner Violence and Posttraumatic Stress Disorder: A Case-Control Study. *Revista Colombiana de Psiquiatria, 39*(1), 85-92.
- Cortez, M. B. & Souza, L. (2010). A violência conjugal na perspectiva de homens denunciados por suas parceiras. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 62*(2), 129-142.
- Cunha, J. (2001). *Manual em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dantas-Berger, S. M. & Giffin, K. (2005). A. Violência nas relações de conjugalidade. *Cadernos de Saúde Pública, 21*, 417-425. doi:10.1590/S0102-311X2005000200008
- Day, V. P., Telles, L. E. B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F., Machado, D. A., Silveira, M. B., ... Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações [suplemento 1]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 25*, 9-21. doi:10.1590/S0101-81082003000400003.
- Debert, G. G., & Gregori, M. F. (2008). Violência e Gênero: Novas propostas, velhos dilemas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais, 23*, 165-211. doi: 10.1590/S0102-69092008000100011
- Decreto de Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. (1940, 31 de dezembro). Código Penal. *Diário Oficial da União*.
- DeJonghe, E. S., Bogat, G. A., Levendosky, A. A., & von Eye, A. (2008). Women survivors of intimate partner violence and posttraumatic stress disorder: Prediction and prevention. *Journal of Postgraduate Medicine, 54*(4), 294-300.
- Diniz, G. R. S., & Angelim, F. P. (2003). Violência doméstica: Por que é tão difícil lidar com ela? *Revista de Psicologia da UNESP, 2*(1), 20-35.
- d'Oliveira, A. F. P. L., Schraiber, L. B., França-Júnior, I., Ludermir, A. B., Portella, A. P., Diniz, C. S., ... Valença, O. (2009). Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Revista de Saúde Pública, 43*, 299-311. doi:10.1590/S0034-89102009005000013
- Dossi, A. P., Saliba, O., Garbin, C. A. S., & Garbin, A. J. I. (2008). Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cadernos de Saúde Pública, 24*, 1939-1952. doi:10.1590/S0102-311X2008000800022
- Duarte, C. S., Bordin, I. A. S., Green, G. R., & Hoven, C. W. (2009). Measuring child exposure to violence and mental health reactions in epidemiological studies: challenges and current issues. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*, 487-496. doi:10.1590/S1413-81232009000200017

- Figueira, I., & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático [suplemento 1]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 12-16. doi:10.1590/S1516-44462003000500004
- Galvão, E. F., & Andrade, S. M. (2004). Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, 13, 89-99. doi:10.1590/S0104-12902004000200009
- Garbin, C. A. S., Garbin, A. J. I., Dossi, A. P., & Dossi, M. O. (2006). Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 2567-2573. doi:10.1590/S0102-311X2006001200007
- Giffin, K. (1994). Violência de gênero, sexualidade e saúde [suplemento 1]. *Cadernos de Saúde Pública*, 10, S146-S155. doi:10.1590/S0102-311X1994000500010
- Gomes, N. P., Diniz, N. M. F., Araújo, A. J. S., & Coelho, T. M. F. (2007). Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20, 504-508. doi:10.1590/S0103-21002007000400020
- Gomes, R. K. (2012). *Sintomas mentais e suporte social em profissionais de enfermagem*. (Dissertação de mestrado). Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, SP.
- Gregory, A., Ramsay, J., Agnew-Davies, R., Baird, K., Devine, A., Dunne, D., ... Feder, G. (2010). Primary care Identification and Referral to Improve Safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 10, 54. doi:10.1186/1471-2458-10-54
- Habigzang, L. F., Cunha, R. C., & Koller, S. H. (2010). Sintomas Psicopatológicos em Meninas Vítimas de abuso sexual abrigadas e não-abrigadas. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 35-42.
- Hauck, S., Schaf, D., Buzzatti, C., Kruehl, L. R. P., Almeida, E., Possa, M., ... Ceitlin, L. H. F. (2008). Associação entre estilo defensivo e gravidade de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático e de depressão em pacientes vítimas de estupro: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 10(3), 310-319.
- Heise, L. L., Pitanguy, J., & Germain, A. (1994). *Violence against women: the hidden health burden* (World Bank discussion papers n. WDP 255). Washington, DC: The World Bank.
- Hughes, M. J., & Jones, L. (2000). *Women, Domestic Violence, and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*. San Diego, CA: San Diego State University.
- Iverson, K. M., Gradus, J. L., Resick, P. A., Suvak, M. K., Smith, K. F., & Monson, C. M. (2011). Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 193-202. doi:10.1037/a0022512

- Kapczinski, F., & Margis, R. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos [Suplemento 1]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 3-7.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (7ª. ed.). Artmed: Porto Alegre.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kimerling, R., Alvarez, J., Pavao, J., Mack, K. P., Smith, M. W., & Baumrind, N. (2009). Unemployment among women: examining the relationship of physical and psychological intimate partner violence and posttraumatic stress disorder. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 450-463. doi:10.1177/0886260508317191
- Knapp, P., & Caminha, R. M. (2003). Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático [Suplemento 1]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 31-36.
- Kristensen, C. H., Parente, M. A. M. P., & Kaszniak, A. W. (2006). Transtorno de estresse pós-traumático e funções cognitivas. *Psico-USF*, 11, 17-23. doi:10.1590/S1413-82712006000100003
- Kronbauer, J. F. D., & Meneghel, S. N. (2005). Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 695-701.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on Violence and Health*. Geneva, World Health Organization.
- Labrador, F. J., Fernández-Velasco, R., & Rincón-González, P. P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 49-67.
- Lamoglia, C. V. A., & Minayo, M. C. S. (2009). Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 595-604. doi:10.1590/S1413-81232009000200028
- Lei n. 9.099, de 26 de setembro de 1995. (1995, 27 de setembro). Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. (2006, 8 de agosto). “Lei Maria da Penha”. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Seção 1.

- Lima, E. P., & Assunção, A. A. (2011). Prevalência e fatores associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em profissionais de emergência: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14, 217-230. doi:10.1590/S1415-790X2011000200004
- Lima, M. L. C. (2008) *Homens no cenário da Lei Maria da Penha: entre (des)naturalizações, punições e subversões*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
- Margis, R. (2003). Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção? [Suplemento 1]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 17-20. doi: 10.1590/S1516-44462003000500005
- Martinez-Torteya, C., Bogat, G. A., von Eye, A., Levendosky, A. A., & Davidson, W. S.-2nd. (2009). Women's appraisals of intimate partner violence stressfulness and their relationship to depressive and posttraumatic stress disorder symptoms. *Violence and Victims*, 24(6), 707-722.
- Mattevi, B. S., Jaeger, M. A., & Ceitlin, L. H. F. (2007). O atendimento psicoterápico em grupo de mulheres vítimas de violência sexual: um relato descritivo. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 9(1), 33-46.
- Mello-Silva, A. C. C., Brasil, V. V., Minamisava, R., Oliveira, L. M. A. C., Cordeiro, J. A. B. L., & Barbosa, M. A. (2012). Qualidade de vida e trauma psíquico em vítimas da violência por arma de fogo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21, 558-565. doi:10.1590/S0104-07072012000300010
- Mendlowicz, M. V., & Figueira, I. (2007). Transmissão intergeracional da violência familiar: o papel do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, 88-89. doi:10.1590/S1516-44462007000100023
- Meneghel, S. N., Camargo, M., Fasolo, L. R., Mattiello, D. A., Silva, R. C. R., Santos, T. C. B., ... Teixeira, M. A. (2000). Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 747-757. doi:10.1590/S0102-311X2000000300023
- Minayo, M. C. S. (1994). Violência social sob a perspectiva da saúde pública [Suplemento 1]. *Cadernos de Saúde Pública*, 10, S7-S18. doi:10.1590/S0102-311X1994000500002
- Moreira, S. N. T., Galvão, L. L. L. F., Melo, C. O. M., & Azevedo, G. D. (2008). Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42, 1053-1059. doi:10.1590/S0034-89102008005000058
- Mota, J. C., Vasconcelos, A. G. G., & Assis, S. G. (2007). Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 799-809. doi:10.1590/S1413-81232007000300030

- 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. doi:10.1590/S0101-81082011005000007
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2007). A marginalização dos estudos feministas e de gênero na psicologia acadêmica contemporânea. *Psico (Porto Alegre)*, 38(3), 216- 223.
- Nascimento, E. F., Gomes, R., & Rebello, L. E. F. S. (2009). Violência é coisa de homem? A “naturalização” da violência nas falas de homens jovens. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 1151-1157. doi:10.1590/S1413-81232009000400021
- Oliveira, J. B., Lima, M. C. P., Simão, M. O., Cavariani, M. B., Tucci, A. M., & Kerr-Corrêa, F. (2009). Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, 494-501. doi:10.1590/S1020-49892009001200004
- Oliveira, M. M., Teixeira, K. M. D., Santana, M. M., Oliveira, P. R. C., Lélis, C. T., Freitas, M. C. P., & Linhares, A. M. (2009). Marcas psicológicas da violência doméstica: análise de histórias de vida de mulheres de comunidades populares urbanas. *Revista Textos & Contextos*, 8(1), 123-139.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas* (D. Caetano, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Passarela, C. M., Mendes, D. D., & Mari, J. J. (2010). Revisão sistemática para estudar a eficácia de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes abusadas sexualmente com transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37, 60-65. doi:10.1590/S0101-60832010000200006
- Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(1), 181-193.
- Quarantini, L. C., Netto, L. R., Andrade-Nascimento, M., Almeida, A. G., Sampaio, A. S., Miranda-Scippa, A., ... Koenen, K. C. (2009). Transtornos de humor e de ansiedade comórbidos em vítimas de violência com transtorno do estresse pós-traumático [Suplemento 2]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, S66-S76. doi:10.1590/S1516-44462009000600005
- Quevedo, J., Feier, G., Agostinho, F. R., Martins, M. R., & Roesler, R. (2003). Consolidação da memória e estresse pós-traumático [Suplemento 1]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 25-30. doi:10.1590/S1516-44462003000500007
- Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. (2013, 13 de junho). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Seção1.

- Ribeiro, W. S., Andreoli, S. B., Ferri, C. P., Prince, M., & Mari, J. J. (2009). Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura [Suplemento 2]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, S49-S57. doi:10.1590/S1516-44462009000600003
- Rovinski, S. L. R. (2003). *Estudo comparativo do dano psíquico em mulheres vítimas de violência doméstica e de abuso sexual*. (Tese de doutorado). Universidad de Santiago de Compostela, ES.
- Sanfelice, M. M. (2011) *Violência de gênero: um estudo das relações de gênero de homens autores de abuso sexual contra crianças em Santa Maria*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS.
- Sarkar N. N. (2008) The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 28, 266-71. doi:10.1080/01443610802042415
- Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Justo, A. R., & Haag Kristensen, C. (2011). Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico-USF*, 16, 67-73. doi:10.1590/S1413-82712011000100008
- Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L. H., Abreu, P. B. S., & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático [Suplemento 1]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 8-11. doi:10.1590/S1516-44462003000500003
- Schraiber, L. B., Barros, C. R. S., & Castilho, E. A. (2010). Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13, 237-245. doi:10.1590/S1415-790X2010000200006
- Schraiber, L. B., d'Oliveira, A. F. P. L., & França-Júnior, I. (2008). Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005 [Suplemento 1]. *Revista de Saúde Pública*, 42, 127-137. doi:10.1590/S0034-89102008000800015
- Schraiber, L. B., d'Oliveira, A. F. P. L., França-Júnior, I., Diniz, S., Portella, A. P., Ludermir, A. B., ... Couto, M. T. (2007). Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 41, 797-807. doi:10.1590/S0034-89102007000500014
- Schumacher, J. A., Feldbau-Kohn, S., Slep, A. M. S., & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for male-to-female partner physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 281-352. doi:10.1016/S1359-1789(00)00027-6
- Sei, M. B., & Corbett, E. (2003). SOS Ação Mulher e Família: relato de uma experiência de atendimento a mulheres e famílias no contexto da violência doméstica. *Revista de Psicologia da UNESP*, 2(1), 51-58.
- Signori, M., & Madureira, S. F. (2007). A violência contra a mulher na perspectiva de policiais militares: espaço para a promoção da saúde. *Acta scientiarum. Health sciences*, 29, 7-18. doi:10.4025/actascihealthsci.v29i1.100

- Silva, E. P., Ludermir, A. B., Araújo, T. V. B., & Valongueiro, S. A. (2011). Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Revista de Saúde Pública*, 45, 1044-1053. doi:10.1590/S0034-89102011005000074
- Silva, L. L., Coelho, E. B. S., & Caponi, S. N. C. (2007). Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11, 93-103. doi:10.1590/S1414-32832007000100009
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.
- Sitta, A. C., Medeiros, C., Faria, F., & Scavone, M. (2011). *Percepções sobre a violência doméstica contra a mulher no Brasil*. São Paulo: Instituto Avon/IPSOS.
- Taft, C. T., Vogt, D. S., Mechanic, M. B., & Resick, P. A. (2007). Posttraumatic stress disorder and physical health symptoms among women seeking help for relationship aggression. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 354-362.
- Thompson, M. P., Kaslow, N. J., Kingree, J. B., Rashid, A., Puett, R., Jacobs, D., & Matthews, A. (2000). Partner Violence, Social Support, and Distress Among Inner-City African American Women. *American Journal of Community Psychology*, 28, 127-143. doi:10.1023/A:1005198514704
- Tobo-Medina, N., Canaval-Erazo, G. E., Burgos-Dávila, D. C., & Humphreys, J. C. (2011). Contribution of intimate partner violence exposure, other traumatic events and posttraumatic stress disorder to chronic pain and depressive symptoms. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(2), 174-186.
- Vieira, E. M., Perdoná, G. S. C., & Santos, M. A. (2011). Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 45, 730-737. doi:10.1590/S0034-89102011005000034
- Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Carrasco-Portiño, M., & Torrubiano-Domínguez, J. (2007). El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 242-246.
- Vives-Cases, C., Carrasco-Portiño, M., & Álvarez-Dardet, C. La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España: Evolución temporal y edad de las víctimas. *Gaceta Sanitaria*, 21(4), 298-305.
- Vives-Cases, C., Gil-González, D., Carrasco-Portiño, M., & Álvarez-Dardet, C. (2007). Revisión sistemática de los estudios sobre el nivel socioeconómico de los hombres que maltratan a sus parejas. *Gaceta Sanitaria*, 21(5), 425-430.
- Waiselfisz, J. J. (2012). *Mapa da violência 2012. Atualização: homicídio de mulheres no Brasil*. Rio de Janeiro: CEBELA/FACSO.

- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Wink, G. E., & Strey, M. N. (2007). Percepções sobre o gênero em homens acusados de agressão. *Psico (Porto Alegre)*, 38(3), 246-253.
- World Health Organization [WHO]. (2005). *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Geneva: WHO.
- Ximenes, L. F., Oliveira, R. V. C., & Assis, S. G. (2009). Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 417-433.
doi:10.1590/S1413-81232009000200011
- Ximenes, L. F. (2011). *Transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes. O impacto da violência e de outros eventos adversos sobre escolares de um município do estado do Rio de Janeiro*. (Tese de doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ.

APÊNDICES

Apêndice 1. ENTREVISTA ESTRUTURADA: TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA PRÁTICA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Data: ____/____/____ Nome: _____ Nº B.O.: _____

Telefone: _____ Endereço: _____

Entrevistador: _____

<p>Idade: _____ anos</p> <p>Data de nascimento: ____/____/____</p> <p>Estado civil: () solteiro () casado () separado/divorciado () viúvo () união estável</p> <p>Trabalha: () sim/com vínculo empregatício/concurso () sim/trabalho autônomo () não () aposentado por invalidez () aposentado por tempo de serviço</p> <p>Profissão: _____</p> <p>Renda familiar: _____</p> <p>Renda individual: _____</p> <p>Escolaridade: () fundamental () médio () superior () analfabeto</p> <p>Uso de medicação contínua: () sim () não Se sim, especificar: _____</p> <p>Encontra-se em tratamento psicológico: () sim () não Se sim, data do início do tratamento: _____</p> <p>Tipo de violência sofrida: () Violência física () Violência psicológica () Violência patrimonial () Violência sexual () Violência moral (injúria, difamação e calúnia)</p> <p>Crime praticado: _____</p> <p>Vínculo com o agressor () cônjuge ou ex-cônjuge () companheiro ou ex-companheiro () namorado ou ex-namorado () parceiro casual ou ex-parceiro casual () _____) outro tipo de vínculo. Especificar: _____</p> <p>Tempo de convivência com o agressor: _____</p> <p>Atualmente: () Mantém a relação afetiva com o agressor () Encontra-se separada do agressor</p> <p>Caso se encontre separada do agressor, tempo de separação: _____</p>	<p>O agressor possui algum vício: () não () sim. Bebidas alcoólicas () sim. Drogas ilícitas. Especificar: _____</p> <p>Caso o agressor possua algum vício, estava sob efeito da substância no momento da prática da violência: () sim () não</p> <p>Histórico de vitimização prévia: () sim () não Se sim, praticada por: Especificar: _____</p> <p>Idade em que sofreu vitimização prévia: Especificar: _____</p> <p>Tipo de violência sofrida em vitimização prévia: () Violência física () Violência psicológica () Violência patrimonial () Violência sexual () Violência moral (injúria, difamação e calúnia) Qual o crime?: _____</p> <p>Histórico de violência na família de origem: () sim () não Se sim: a) quem foi o autor do ato: _____ b) contra quem foi praticada a violência: _____</p> <p>Tem conhecimento de ter tido episódios de violência na família de origem do agressor: () Não tem conhecimento () Havia agressão () Não havia agressão</p> <p>Providências buscadas no DPOF: () _____) Medidas protetivas. Especificar: _____</p> <p>() Casa Abrigo () Representação () Orientações () Mediação</p>
---	---

<p>Caso permaneça a relação afetiva com o agressor:</p> <p>() Permanece a situação de violência</p> <p>() O agressor não praticou mais a violência</p> <p>Quantas vezes o agressor praticou a violência: _____</p> <p>Caso tenha praticado duas ou mais vezes, por quanto tempo sofreu a violência praticada por esse agressor:</p> <p>_____</p> <p>Possui filhos: () sim. Número de filhos: ____ () não</p> <p>Possui filhos com o agressor: () sim- quantos: _____</p> <p>() não</p>	<p>Além da violência praticada pelo parceiro íntimo, algum outro acontecimento a marcou negativamente nos últimos 6 meses?</p> <p>A violência sofrida gerou comprometimento social e ocupacional significativos?</p>
---	--

Apêndice 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Universidade Federal de Juiz de Fora

Departamento de Psicologia

Pesquisadora Responsável: Andréia Monteiro Felipe

End.: Rua José Lourenço Kelmer, s/n .Campus Universitário. UFJF. Bairro Martelos, Juiz de Fora, MG.

CEP:36036330

Telefone: (32) 8855-6749

E-mail: andreiafelippe@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Transtorno de Estresse Pós-Traumático em mulheres vítimas de violência praticada por parceiro íntimo”. Este estudo tem como objetivo principal investigar a manifestação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em mulheres vítimas de violência praticada por parceiros íntimos, ou seja, traumas acontecidos depois da violência sofrida por você em sua relação afetiva.

Ao participar desse estudo, você contribuirá para o conhecimento na área da violência contra a mulher no Município de Juiz de Fora e para possíveis intervenções futuras, sendo que a sua participação implicará em risco mínimo à sua integridade. Você irá responder a uma entrevista anônima e a três instrumentos que avaliam: TEPT, depressão e percepção de suporte social, ciente de que as informações serão tratadas sob caráter absolutamente confidencial.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável no Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social (Universidade Federal de Juiz de Fora) e a outra será fornecida a você.

Eu _____ portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Transtorno de Estresse Pós-Traumático em mulheres vítimas de violência praticada por parceiro íntimo” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante

Andréia Monteiro Felipe (responsável pela pesquisa)

Testemunha 1

Testemunha 2

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos** - Pró-Reitoria de Pesquisa – Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF - Campus Universitário s/n – Juiz de Fora (MG) CEP: 36036-900 Tel: (32) 2102-3788

ANEXOS

Anexo 1. Post-Traumatic Stress Disorder Checklist- Civilian Version (PCL-C), adaptado para o português por Berger et al. (2004).

Instruções:

Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes.

Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês.

Por favor, marque 1 para “nada”, 2 para “um pouco”, 3 para “médio”, 4 para “bastante” e 5 para “muito”.

	Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito
1. <i>Memória, pensamentos e imagens</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
2. <i>Sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
3. De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5
4. Sentir-se <i> muito chateado</i> ou <i>preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
5. Sentir <i>sintomas físicos</i> (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
6. Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência estressante do passado ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
7. Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque <i>elas lembram</i> uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
8. Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
9. <i>Perda de interesse</i> nas atividades de que você antes	1	2	3	4	5

costumava gostar?					
10. Sentir-se <i>distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?	1	2	3	4	5
11. Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter Sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
12. Sentir como se <i> você não tivesse expectativas para o futuro</i> ?	1	2	3	4	5
13. Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo</i> ?	1	2	3	4	5
14. Sentir-se <i>irritável</i> ou ter <i>explosões de raiva</i> ?	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5
16. Estar <i>“superalerta”</i> , <i>vigilante</i> ou <i>“em guarda”</i> ?	1	2	3	4	5
17. Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado</i> ?	1	2	3	4	5

Fonte: R. Psiquiatr. RS, 26(2): 167-175, mai./ago. 2004

Anexo 2. Escala de Percepção de Suporte Social

Gostaríamos de saber com que FREQUÊNCIA você recebe apoio de outra pessoa quando precisa. Dê suas respostas anotando nos parênteses que antecedem cada frase, o número (de 1 a 4), que melhor representa sua resposta, de acordo com a escala abaixo:

1= NUNCA

2= POUCAS VEZES

3= MUITAS VEZES

4= SEMPRE

QUANDO PRECISO, POSSO CONTAR COM ALGUÉM QUE...

1. () Ajuda-me com minha medicação se estou doente
2. () Dá sugestões de lugares para eu me divertir
3. () Ajuda-me a resolver um problema prático
4. () Comemora comigo minhas alegrias e realizações
5. () Dá sugestões sobre cuidados com minha saúde
6. () Compreende minhas dificuldades
7. () Consola-me se estou triste
8. () Sugere fontes para eu me atualizar
9. () Conversa comigo sobre meus relacionamentos afetivos
10. () Dá atenção às minhas crises emocionais
11. () Dá sugestões sobre algo que quero comprar
12. () Empréstima-me algo de que preciso
13. () Dá sugestões sobre viagens que quero fazer
14. () Demonstra carinho por mim
15. () Empréstima-me dinheiro
16. () Esclarece minhas dúvidas
17. () Está ao meu lado em qualquer situação
18. () Dá sugestões sobre meu futuro
19. () Ajuda-me na execução de tarefas
20. () Faz-me sentir valorizado como pessoa
21. () Fornece-me alimentação quando preciso
22. () Leva-me a algum lugar que eu preciso ir
23. () Orienta minhas decisões
24. () Ouve com atenção meus problemas pessoais

- 25. () Dá sugestões sobre oportunidades de emprego para mim
- 26. () Preocupa-se comigo
- 27. () Substitui-me em tarefas que não posso realizar no momento
- 28. () Dá sugestões sobre profissionais para ajudar-me
- 29. () Toma conta de minha casa em minha ausência

Anexo 3. Declaração de concordância com a realização da pesquisa**CARTA DE CONCORDÂNCIA**

Declaro que eu, Delegada Dra. Maria de Souza Pontes, responsável pelo DPOF (Delegacia de Proteção e Orientação à Família) de juiz de fora, estou ciente dos aspectos científicos e éticos do projeto de pesquisa intitulado **Transtorno de estresse Pós-Traumático (TEPT) em mulheres vítimas de violência praticada por parceiro íntimo**, elaborado pela pesquisadora Andréa Monteiro Felipe, discente do curso de Mestrado em Psicologia da UFJF, e concordo que os procedimentos sejam realizados nas dependências da instituição acima citada (DPOF) e com as usuárias por ela atendidas.

Juiz de Fora, 16 de novembro de 2012

Maria Souza Pontes
DELEGADA DE POLÍCIA
M. SP. 336.397-5

Dra. Maria de Souza Pontes
Delegada de polícia
DPOF

Anexo 4. Parecer do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transtorno de Estresse Pós-Traumático em mulheres vítimas de violência praticada por parceiro íntimo

Pesquisador: Andreia Monteiro Felipe

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11851413.4.0000.5147

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia (UFJF)

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 188.805

Data da Relatoria: 24/01/2013

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo. O projeto possui pertinência e valor científico.

Literatura está adequada, e metodologia bem escrita.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Identificação dos riscos e desconfortos possíveis e benefícios esperados estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo está bem delineado e fundamentado e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos, elencados na resolução 196/96 do CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos apresentados de acordo com o requerido para a pesquisa.

Recomendações:

Diante do exposto e de acordo com as atribuições definidas na Res.CNS 196/96, manifesto pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências e deve ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:


- Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 24 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Anexo 5. Comprovante de submissão de artigo

 **Pan American Health Organization**
Regional Office of the World Health Organization

*Revista Panamericana de Salud Pública/
Pan American Journal of Public Health*

[Edit Account](#) | [Instructions & Forms](#) | [Log Out](#) | [Get Help Now](#)

SCHOLARONE™
Manuscripts

[Main Menu](#) → [Author Dashboard](#) → Submission Confirmation

You are logged in as Andreia Felipe

Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*.

Manuscript ID: 2014-00003

Title: TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA PRATICADA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Authors: Felipe, Andreia
Grincenkov, Fabiane
Lourenço, Lelio
Jesus, Sara
Silva, Yury

Date Submitted: 02-Jan-2014