

VIOLÊNCIA PRATICADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO E O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)¹

Andreia Monteiro Felipe*

Sara Rodrigues de Jesus**

Yury Vasconcellos da Silva***

Lélio Moura Lourenço****

Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov*****

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 prático. 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. Depressão. Suporte social.

¹ Artigo recebido em 19/08/2016 e aprovado, após correções, em 26/10/2016. Este artigo foi realizado a partir de pesquisa submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa, com o parecer de aprovação na Plataforma Brasil sob o número 188.805

* Docente do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora. Mestre em Psicologia pela UFJF. @: andreiafelippe@pucminas.cesjf.br

** Graduada em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora. @: sarajesuss@hotmail.com

*** Docente do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora; Mestre em Estatística pela UFV. @: yurysilva@pucminas.cesjf.br

**** Docente da UFJF; Doutor em Psicologia Social. @: leliomlourengo@gmail.com

***** Docente da UFJF; Doutora em Saúde pela UFJF; @: fabpsic@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno universal, presente em todos os países. Apesar de ser um tema amplamente debatido, persiste de forma intensa em todas as sociedades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 2005). 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.

O presente estudo tem como foco a violência por parceiro íntimo (VPI), com base no referencial dado pela lei brasileira nº 11.340/2006, de 7 de agosto, conhecida como “Lei Maria da Penha”. De acordo com a referida legislação, configura violência doméstica e familiar contra a mulher o crime praticado em três âmbitos. O primeiro deles, o doméstico, diz respeito ao convívio na mesma unidade doméstica, independentemente de haver vínculo familiar ou não, incluindo pessoas esporadicamente agregadas. 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, independentemente de coabitação (BRASIL, 2006).

A violência praticada por parceiro íntimo pressupõe existir ou já ter existido um relacionamento afetivo-sexual (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007). Consiste em qualquer comportamento ocorrido em um relacionamento íntimo que acarrete consequências físicas, psicológicas ou sexuais para os envolvidos na relação (KRUG et al., 2002). Estatísticas apontam que de 40 a 70% dos homicídios praticados contra mulheres têm como autores os parceiros íntimos (DAY et al., 2003). Segundo Mapa da Violência de 2012 (WASELFISZ, 2012), 41% dos óbitos de mulheres decorrentes da violência ocorreram na própria residência da vítima.

A violência contra mulher praticada por parceiros íntimos é uma das grandes responsáveis pelo adoecimento de mulheres (OMS, 2005). 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). As consequências da violência atingem os aspectos físicos, emocionais e a vida social da vítima. Dentre as possíveis consequências da VPI, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) tem gerado grande repercussão e interesse na compreensão do fenômeno. Presente na

categoria 309.81 do DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION [APA], 2000), os sintomas do TEPT podem ser divididos em três grupos: revivescência do trauma (em pesadelos, pensamentos incontroláveis), 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.

O DSM-V agrupou em um mesmo capítulo os transtornos com origem em estresse e traumas. Em relação ao TEPT, houve modificações em seus critérios diagnósticos, como a expansão do critério relativo a ter vivido ou testemunhado o fato, uma vez que, com a nova classificação, aceita-se o TEPT mesmo para quem ficou sabendo do evento sofrido por alguém próximo ou para quem é frequentemente exposto a detalhes aversivos de eventos traumáticos. Outra alteração é que a exigência de que o evento fosse vivenciado com intenso medo, impotência ou terror foi retirada. Assim, o DSM-V divide os sintomas em quatro grupos: reexperimentação, esquiva/evitação, alterações negativas persistentes em cognição e humor, excitabilidade aumentada (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

No Brasil, ainda é escassa a literatura que associa TEPT e VPI, prevalecendo pesquisas originadas de outros países (TAFT et al., 2007; CONTRERAS-PEZZOTTI et al., 2010). 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 et al., 2008). Corroborando com esse 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, entre outros.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, quantitativo, descritivo e associativo. Objetivou-se 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), na cidade de Juiz de Fora.

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. Todas as mulheres que compõem a amostra tiveram o acolhimento realizado pelo setor de psicologia da DPOF. Além disso, as mulheres que participaram da pesquisa foram informadas que, caso quisessem, teriam atendimento especializado na Clínica de Psicologia do CES/JF.

2.1 AMOSTRAGEM

Foram incluídas no estudo mulheres, com idade superior a 18 anos, que foram vítimas de violência praticada por parceiro íntimo, com base no referencial da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006). Foram selecionadas as mulheres atendidas pelo setor da psicologia da DPOF, 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 entrevistas com as 64 mulheres, porém 41 responderam à pesquisa, compondo a amostra. Das 23 que não participaram: 2 recusaram participar da pesquisa; 4 adiaram repetidas vezes participar da pesquisa, o que foi interpretado como uma recusa implícita; 13 não atenderam ao telefone nenhuma vez e 4 casos decorreram de outros motivos, como a mulher não ter um telefone de contato, o que impediu o acesso.

2.2 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. Nesse momento, as mulheres foram convidadas a participarem de uma futura pesquisa, de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A avaliação das mesmas, para efeito da pesquisa, foi feita no período de no mínimo um mês após a ocorrência do evento violento, pessoalmente ou via telefone.

2.3 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, por uma pesquisadora previamente treinada, com tempo médio de aplicação de meia hora:

- *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C)*, desenvolvido por Weathers et al. (1993), adaptado para o português por Berger et al., (2004). Tal instrumento foi aplicado com a finalidade de se rastrear possíveis casos de TEPT, sendo composto por 17 perguntas, por meio 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 (APA, 2000), 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).

- 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 considerado 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.

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados, inicialmente, as informações foram colocadas em um banco de dados. 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 5%.

2.5 LIMITAÇÕES DO MÉTODO NO ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO

Algumas limitações da pesquisa devem ser apontadas. A primeira limitação 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. Isso 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.

Outra limitação é que a PCL-C (BERGER et al., 2004) é um instrumento utilizado para rastreio de possíveis casos de TEPT, e não para diagnóstico. Ainda 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 (CUNHA, 2001), 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 autorrelato, possibilitando à pessoa exagerar ou minimizar os resultados.

Por fim, outro limite encontrado pelo estudo foi o lançamento do DSM-V 29 no ano de 2013, em pleno desenvolvimento da pesquisa, alterando substancialmente os critérios diagnósticos do TEPT.

3 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. Com base na PCL-C (25), 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%.

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 \pm 10,17 anos); 46,4% das entrevistadas era casada ou vivia em união estável; 68,3% exerciam atividade laborativa, baixa renda familiar (R\$1.320,73 \pm R\$768,07), baixa escolaridade (61% possuíam ensino fundamental completo ou incompleto); e média de 2,37 \pm 1,62 filhos. Quanto às variáveis clínicas, foi observado que a maioria não fazia uso de medicação contínua (65,9%) e não se encontrava em tratamento psicológico (87,8%).

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas e clínicas (N = 41)

| Variável | Média \pm desvio padrão | Frequência (%) |
|--------------------------|---------------------------|----------------|
| <i>Idade (anos)</i> | 35,29 \pm 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: Os autores

No que tange às variáveis relacionadas ao agressor e à violência sofrida pelas mulheres, foi observado que a maioria dos atos violentos foi praticada pelo cônjuge ou ex-cônjuge (48,8%); houve rompimento da relação na maior parte dos casos (68,3%); 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 dependência química (bebidas alcoólicas e/ou drogas ilícitas); a maioria das mulheres não foi vítima em vitimização prévia (78%); não tinha histórico de violência na família de origem (68,3%); e tinha conhecimento de que havia agressão na família de origem do parceiro agressor (51,2%).

Tabela 2. 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: Os autores

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 $2,87 \pm 0,74$. Por meio 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 $p \leq 0,05$.

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). Por meio da aplicação estatística do teste de qui-quadrado, para relacionar duas variáveis qualitativas, obteve-se $p = 0,006$, havendo associação significativa entre as variáveis.

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, diferença 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, de $2,14 \pm 0,95$. Assim, há diferença significativa ($p = 0,014$) entre PSSE e mulheres com e sem sinais de depressão, ou seja, as mulheres vítimas de VPI que apresentaram a presença de sintomas depressivos tiveram o score médio de PSSE menor do que as que não apresentaram.

4 DISCUSSÃO

Conforme exposto, são escassos e recentes os trabalhos que avaliam a presença de sintomas do TEPT em mulheres vítimas de VPI. 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 et al., 2010; AMAR; 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 introdução, a violência doméstica pode ser praticada por pessoas que residam juntamente à vítima, já na VPI, o agressor é o parceiro ou ex-parceiro da vítima. 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 em parte diversa.

Cervantes et al. (2013) 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, no estado de Santa Catarina, Brasil. Outro estudo (MOZZAMBANI et al., 2011) avaliou 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)

avaliou 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, 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% e 39,3%, respectivamente. Aguirre e outros (2010) investigaram os sintomas do TEPT em 42 mulheres que foram vítimas de violência doméstica, sendo constatada a presença dos mesmos em 40,5% da amostra. Amar e 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.

Quanto à descrição das variáveis sociodemográficas, a pesquisa encontrou resultados parecidos aos achados em levantamentos similares, no que tange à idade média das vítimas (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005); MOZZAMBANI et al., 2011; ROVINSKI, 2003; VIEIRA et al., 2011), ao estado civil (ADEODATO et al., 2005; ROVINSKI, 2003; SCHRAIBER et al., 2010), ao número de filhos (ADEODATO et al., 2005; ANACLETO et al., 2009) e a ter renda própria (Rovinski, 2003; VIEIRA et al., 2011). A baixa escolaridade também tem sido associada à maior prevalência da violência em outros estudos (ADEODATO et al., 2005; KRONBAUER; MENEGHEL, 2005; MOTA et al., 2007).

Quanto às variáveis relacionadas ao agressor e à violência sofrida, muitos dos achados no presente estudo condizem com resultados encontrados em pesquisas similares, como o tempo de convivência com o agressor (média superior a 10 anos) (ADEODATO et al., 2005; KRONBAUER; MENEGHEL, 2005; MOTA et al., 2007). O tempo elevado de exposição à violência também é confirmado em outras pesquisas (ADEODATO et al., 2005; MOZZAMBANI et al., 2011). Observou-se que a maior parte das mulheres foi vítima de múltiplos tipos de violência, predominando a modalidade psicológica, o que está de acordo com outros estudos (ANACLETO et al., 2009; KRONBAUER; MENEGHEL, 2005; SCHRAIBER et al., 2007). As variáveis vitimização prévia e histórico de violência na família de origem são consideradas fatores de risco para a ocorrência da violência (DAY et al., 2003; D'OLIVEIRA et al., 2009; GOMES et al., 2007; MOZZAMBANI et al., 2011; OMS, 2005), entretanto tal informação não foi comprovada em nosso estudo.

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 (MEDINA et al., 2011; MOZZAMBANI et al., 2011; ROVINSKI, 2003). Um questionamento que surge diante desse cenário é qual o quadro surge primeiro. Aponta-se que o TEPT, geralmente, precede o transtorno afetivo comórbido (KESSLER et al., 1995; MARGIS, 2003). Entretanto, não podemos afirmar se as patologias encontradas nas pessoas vítimas de violência doméstica são causa ou consequência da violência, uma vez que podem estar presentes desde a infância em muitos casos, sendo um fator de risco ou de maior exposição à VD (MOZZAMBANI et al., 2011).

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. Tais resultados confirmam que o suporte social pode ser considerado um fator de proteção na VPI (COKER et al., 2002; DEJONGHE et al., 2008; THOMPSON et al., 2000). Por fim, houve também uma associação negativa em PSSP ou PSSE e depressão, o que condiz com outros estudos realizados em amostras diversas (BAPTISTA et al., 2006; GOMES, 2012).

5 CONCLUSÃO

O trabalho aponta para a necessidade de se criar estratégias específicas de intervenção para mulheres vítimas de VPI, diante da alta prevalência do TEPT. 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.

VIOLENCE PRACTICED BY THE INTIMATE PARTNER AND POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

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. Depression. Social support.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, V. G. et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p.108-113, 2005.

AGUIRRE, P. et al. Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. **Revista Chilena de Neuro-psiquiatría**, v. 48, p.114-122, 2010

ALVES, A. M.; COURA-FILHO, P. 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**, v. 6, p.243-257, 2001.

AMAR, J. J. A.; OTÁLVARO, L. E. O. Post traumatic stress disorder and adaptive capacity in victims of intimate partner violence. **Psicología desde el Caribe**, v.29, n.2, p.257-275, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION [APA]. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM IV**. 4. ed. TR. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ANACLETO, A. J. et al. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p.800-808, 2009.

BAPTISTA, M. N. et al. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **PSIC: Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v.7, n.1, p.39-48, 2006.

BERGER, W. et al. 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**, v. 26, p.167-175, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. 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**. Brasília, 8 de agosto de 2006.

BRIERE, J.; JORDAN, C. E. Violence Against Women Outcome Complexity and Implications for Assessment and Treatment. **Journal of Interpersonal Violence**, v.19, n.11, p.1252-1276, 2004.

CERVANTES, G. V. et al. Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de violência. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.11, n.2, p.145-149, 2013.

COKER, A. L. et al. Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. **Journal of Women's Health & Gender-based Medicine**, v.11, n.5, p.465-476, 2002.

CONTRERAS-PEZZOTI, L. M. et al. Association between Intimate Partner Violence and Posttraumatic Stress Disorder: A Case-Control Study. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, v.39, n.1, p.85-92, 2010.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, p.9-21, 2003.

DEJONGHE, E. S. et al. Women survivors of intimate partner violence and posttraumatic stress disorder: Prediction and prevention. **Journal of Postgraduate Medicine**, v.54, n.4, p.294-300, 2008.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v.43, p.299-311, 2009.

GOMES, N. P. et al. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, p.504-508, 2007.

GOMES, R. K. **Sintomas mentais e suporte social em profissionais de enfermagem** (Dissertação de Mestrado). Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, SP, 2012.

KESSLER, R. C. et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. **Archives of general psychiatry**, v.52, n.12, p.1048-1060, 1995.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**, v.39, p.695-701, 2005.

KRUG, E. G. et al. **World Report on Violence and Health**. Geneva: WHO, 2002.

LOTUFO, A. C.; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação americana para os transtornos mentais. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. XVI, n.1, p.67-82, 2014.

MARGIS, R. Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção? [Suplemento 1]. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.25, p.17-20, 2003.

MEDINA, N. T. et al. Contribution of intimate partner violence exposure, other traumatic events and posttraumatic stress disorder to chronic pain and depressive symptoms. **Investigación y Educación en Enfermería**, v.29, n.2, p.174-186, 2011.

MOTA, J. C. et al. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, p.799-809, 2007.

MOZZAMBANI, A. C. F. et al. Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.33, p.43-47, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. **Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women**. Geneva: WHO, 2005.

ROVINSKI, S. L. R. **Estudo comparativo do dano psíquico em mulheres vítimas de violência doméstica e de abuso sexual** (Tese de Doutorado). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, ESP, 2003.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Revista Brasileira de epidemiologia**, v.13, p.237-245, 2010.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.41, p.797-807, 2007.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, p.93-103, 2007.

SIQUEIRA, M. M. M. Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. **Psicologia em Estudo**, v.13, p.381-388, 2008.

TAFT, C. T. et al. Posttraumatic stress disorder and physical health symptoms among women seeking help for relationship aggression. **Journal of Family Psychology**, v.21, n.3, p.354-362, 2007.

THOMPSON, M. P. et al. Partner violence, social support and distress among innercity. African American women. **American journal of community psychology**, v.28, n.1, p.127-143, 2000.

VIEIRA, E. M. et al. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviço de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.45, p.730-737, 2011.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012. Atualização: homicídio de mulheres no Brasil**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos, 2012.

WEATHERS, F. W. et al. **The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility**. Paper present at the Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, 1993.