

Transtorno de estresse pós-traumático em mulheres que sofrem violência doméstica na cidade de Cascavel-PR

Post-traumatic stress disorder in women who suffer domestic violence in the city of Cascavel-PR

Trastorno de estrés postraumático en mujeres que sufren violencia doméstica en la ciudad de Cascavel-PR

Recebido: 01/12/2022 | Revisado: 16/12/2022 | Aceitado: 17/12/2022 | Publicado: 22/12/2022

Eduarda Ranpani Dias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5397-0818>
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: eduardaranpani@gmail.com

Kurt Juliano Sack Uscocovich

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6119-6700>
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: Kurtsou@yahoo.com.br

Andrea Maria Rigo Lise

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1770-5288>
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: andrealise2094@hotmail.com

Resumo

Introdução: A violência por parceiro íntimo contra as mulheres é um complexo problema de saúde pública. Atinge, no Brasil, todas as classes sociais, agindo numa base de discriminação e abuso sobre diferenças de gênero, raça, socioeconômica e geracional, subjugando as mulheres a situações como fome, tortura, humilhação e mutilação. Os efeitos da violência ultrapassam custos sociais e hospitalares, todavia afeta primordialmente sobre a saúde da mulher, destacando-se a saúde mental. O objetivo deste estudo foi investigar a presença de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo. Trata-se de uma entrevista clínica estruturada e questionário sobre dados sociodemográficos e saúde. Resultados esperados: contribuir para a implantação de políticas públicas voltadas aos cuidados dessa população, assim como, a implementação de projetos e/ou programas de promoção da saúde.

Palavras-chave: Violência; Violência doméstica; Transtorno de Estresse Pós-Traumático; TEPT; Mulheres.

Abstract

Introduction: Intimate partner violence against women is a complex public health problem. In Brazil, it affects all social classes, acting on a basis of discrimination and abuse on gender, racial, socioeconomic and generational differences, subjugating women to situations such as hunger, torture, humiliation and mutilation. The effects of violence go beyond social and hospital costs, however it primarily affects women's health, with emphasis on mental health. The aim of this study was to investigate the presence of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in female victims of intimate partner violence. It is a structured clinical interview and questionnaire on sociodemographic data and health. Expected results: contribute to the implementation of public policies aimed at caring for this population, as well as the implementation of health promotion projects and/or programs.

Keywords: Violence; Domestic violence; Post Traumatic Stress Disorder; PTSD; Women.

Resumen

Introducción: La violencia de pareja contra la mujer es un problema complejo de salud pública. En Brasil, afecta a todas las clases sociales, actuando sobre la base de la discriminación y el abuso de las diferencias de género, raciales, socioeconómicas y generacionales, sometiendo a las mujeres a situaciones como el hambre, la tortura, la humillación y la mutilación. Los efectos de la violencia van más allá de los costos sociales y hospitalarios, sin embargo afecta principalmente la salud de las mujeres, con énfasis en la salud mental. El objetivo de este estudio fue investigar la presencia de síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en mujeres víctimas de violencia de pareja. Es una entrevista clínica estructurada y un cuestionario sobre datos sociodemográficos y de salud. Resultados esperados: contribuir a la implementación de políticas públicas dirigidas a la atención de esta población, así como la implementación de proyectos y/o programas de promoción de la salud.

Palabras clave: Violencia; Violencia doméstica; Trastorno de Estrés Postraumático; TEPT; Mujeres.

1. Introdução

Segundo o UNA-SUS, a violência pode ser classificada baseada na natureza da ação violenta. Em saúde ela é usualmente dividida em quatro tipos, intituladas abusos ou maus-tratos: física, psicológica, sexual e a que abrange abandono, negligência ou privação de cuidados. Segundo a OMS: agressões físicas que causem lesões temporárias; ameaças com arma; que causem cicatrizes, lesões de caráter permanente, queimaduras; uso de arma caracterizam ato severo de violência.

Se nomeia abuso psicológico, agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social (Coelho et al., 2014).

Heise (1994) aponta para a violência contra a mulher e suas consequências para a saúde, indicando que 19% dos anos de vida perdidos por morte ou incapacitação física, entre mulheres de 15 a 44 anos, são resultados de violência de gênero e que os efeitos do estupro e da violência doméstica para a saúde delas, podem acarretar efeitos maiores que todos os tipos de câncer, e pouco menos que os impactos das doenças cardiovasculares.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT, se caracteriza por uma síndrome relacionada de forma específica ao surgimento de sintomas após exposição a situações que decorrem de episódios traumáticos e críticos. Incidentes esses que se relacionam com lesões físicas e psíquicas, ligadas à morte e sua ameaça ou também quando relacionadas a dano próprio ou a outros (Angelini, *et al.*, 2018).

Numa visão etiológica, a síndrome está ligada a razões biológicas, psicológicas e estressoras, sendo o último o estimulante do transtorno de estresse pós-traumático. No entanto, é válido lembrar que a ocorrência do TEPT muda de acordo com a visão subjetiva de cada indivíduo, uma vez que a percepção da relevância do evento está ligada à sua carga emocional e psicológica. Além disso, é possível notar fatores intrínsecos a maior probabilidade de ocorrência do quadro, destacando traumas na infância, predisposição genética, mudanças bruscas no cotidiano, transtornos de personalidade, consumo exacerbado de álcool e incapacidade de reconhecer e expressar emoções (Freitas, 2017).

Segundo a American Psychiatric Association (2014), é de se esperar que a vítima, após ter sido exposta a um episódio de estresse grave desencadeie uma gama de 63 sintomas particulares do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Assim, o estudo atual visa enquadrar as condições para o desenvolvimento do TEPT em mulheres em estado de violência doméstica, o processo diagnóstico e possíveis tratamentos na perspectiva da Psiquiatria.

Segundo a DSM-V, os critérios diagnósticos do TEPT são: exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual; evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento; alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento; alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento; a perturbação dura mais de um mês; a perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo; a perturbação não se deve a efeitos fisiológicos de uma substância (ex: medicamento, álcool) ou outra condição médica (American Psychiatric Association, 2014).

O objetivo deste artigo é identificar sintomas de TEPT e traçar o perfil de mulheres submetidas à violência doméstica na cidade de Cascavel-PR.

1.1 Processo traumático da violência doméstica

Desde a Assembleia Geral da ONU de 1993, o termo violência doméstica contra as mulheres (VDCM) foi adotado. A adoção do termo “violência doméstica contra a mulher” considerou muitos estudos realizados, e o estudo foi escolhido por seu significado mais geral em obras dos Estados Unidos. Desde então, a definição mais ampla foi estabelecida: violência contra a mulher é definida como qualquer violência de gênero que cause ou possa causar dano físico, sexual ou mental ou sofrimento às

mulheres, incluindo ameaças a esse comportamento, no público. Coação arbitrária ou privação de liberdade na vida privada (Guimarães & Pedroza, 2015).

A Organização Mundial de Saúde divulgou em 2002 um relatório intitulado Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Neste relatório, a violência é conceituada como o uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Zuma, 2005). A violência nas relações familiares é um subtipo de violência interpessoal, que é dividida em violência entre parceiros íntimos.

Segundo estudo da Organização das Nações Unidas (ONU) de 2006, violência contra a mulher é todo ato de violência praticado por motivos de gênero, dirigido contra uma mulher (Gadoni-Costa & Dell'Aglio, 2009).

Para Langley e Levy (1980) as razões da violência doméstica são divididas em nove categorias: doença mental; álcool e drogas; aceitação da violência por parte do público; falta de comunicação; sexo; uma autoimagem vulnerável; frustração; mudanças; violência como recurso para resolver problemas. Para Santin, Guazzelli, Campana, & Campana (2003) são os fatos corriqueiros e banais os responsáveis pela conversão de agressividade em agressão, o sentimento de posse do homem em relação à mulher e seus filhos e a impunidade são fatores que generalizam a violência. No entanto, Tavares & Pelicioni (2000), dizem que a violência não surge das condições sociais ou das privações dos sentidos, como se tais condições fossem apenas a ocasião para sua revelação.

A pesquisa de violência doméstica e abuso frequentemente se concentra em incidentes de violência física, mas isso ignora o efeito da vitimização repetida, violência sexual, abuso emocional e comportamento controlador e coercitivo. As experiências de violência e abuso doméstico das mulheres, acrescido de alta frequência e outras formas de vitimização violenta foram ainda mais obscurecidas por pesquisas criminais, que normalmente limitam a vitimização repetida em relatórios. Essa limitação destaca a necessidade de uma perspectiva de gênero na análise da violência (Oram et al., 2019).

1.2 Violência contra a mulher e saúde mental

Oram et al., demonstram que as formas mais comuns de violência contra as mulheres são a violência doméstica e o abuso e a violência sexual. 35% das mulheres em todo o mundo sofreram violência por parceiro íntimo ou violência sexual por não parceiro. Embora incidentes de violência por parceiro íntimo também sejam vivenciados por homens, é mais provável que as mulheres tenham sofrido violência grave repetida. Em todo o mundo, 39% dos assassinatos de mulheres são cometidos por parceiros íntimos ou ex-parceiros.

As evidências mostram, pelo menos para alguns casos, existe uma associação causal bidirecional entre transtornos mentais e violência doméstica e abuso. Por exemplo, estudos longitudinais demonstraram uma associação entre depressão e subsequente violência doméstica e abuso e que estes aumentam a probabilidade de depressão em mulheres sem histórico prévio de sintomas; por exemplo, mais de 10% de depressão pós-parto pode ser potencialmente atribuível à violência e abuso doméstico. No entanto, pesquisas longitudinais sobre a associação entre violência doméstica e abuso e outros transtornos mentais são escassas, e mais estudos são necessários para desvendar o papel do abuso, que está associado tanto a transtornos mentais quanto a violência doméstica (Oram et al., 2017).

Em uma pesquisa, Trevillion et al., (2012) demonstram quarenta e um estudos. Há um risco maior de sofrer violência por parceiro adulto ao longo da vida entre mulheres com transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e TEPT de 95%, em comparação com mulheres sem transtornos mentais. Dados insuficientes estavam disponíveis para calcular probabilidades agrupadas para outros transtornos mentais, violência familiar (ou seja, violência perpetrada por um não parceiro) ou violência sofrida por homens. Estudos individuais relataram chances aumentadas para mulheres e homens para todas as categorias

diagnósticas, incluindo psicoses, com maior prevalência relatada para mulheres. Poucos estudos longitudinais foram encontrados para que a direção da causalidade não pudesse ser investigada.

1.3 Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em mulheres em situação de violência

De acordo com a pesquisa realizada por Stockman et al., (2015), realizada nos Estados Unidos com público feminino de minorias étnicas vítimas de violência pelo parceiro íntimo, averiguou-se que essa violação entre as mulheres negras de baixa renda está associada à gravidade dos sintomas de TEPT, e também demonstrou relação com comportamento suicida. Ainda no mesmo estudo, a vinculação entre a TEPT, feminicídio pelo parceiro íntimo e a depressão foram significativas entre a amostra total tanto entre as afro-americanas quanto as afro-caribenhas.

Acontecimentos repetidos de violência doméstica são considerados por psicólogos e outros profissionais da saúde como eventos traumáticos, caracterizados por exposição contínua e prolongada a eventos de alto impacto emocional, nada previsíveis e/ou controláveis, reconhecidos por serem variáveis, múltiplos, crônicos e de longa duração. Mulheres agredidas por seus companheiros apresentam altos níveis de depressão, ideação e tentativas suicidas, abuso de substâncias e, mais especificamente, sintomas de TEPT, como entorpecimento, ansiedade crônica, desamparo, baixa autoestima, distúrbios de sono e/ou alimentação, entre outros (Meichenbaum, 1995).

Estima-se que as taxas do TEPT em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo variem entre 45 e 60% (Houskamp & Foy, 1991; Lilly & Graham-Bermann, 2009). Coker e colaboradores (2005), em um estudo com 369 mulheres vítimas de violência, verificaram que 40% das mulheres da amostra desenvolveram TEPT, e que 24% apresentaram sintomas moderados a severos do transtorno. Cassado e colaboradores (2003), em um dos poucos estudos realizados no Brasil com avaliação de TEPT nessa população, constataram sintomatologia para o transtorno em 3 das 5 mulheres pertencentes a amostra.

Conforme Breslau et al., (2000), além das mulheres serem mais expostas à violência pelo parceiro íntimo, também são mais propensas a apresentar maior prevalência do transtorno, bem como têm maior risco condicional para desenvolver o TEPT após exposição a eventos estressores.

Acerca dos ciclos da violência doméstica, demonstra-se na fase crítica, que os atos mais graves decorrem, a presença de espancamentos, estupros e eventual, homicídios, ou seja, casos desencadearão nas vítimas os sintomas e a manifestação do TEPT (Soares & Lima, 2003).

1.4 Breve contextualização do surgimento da lei maria da penha

A violência doméstica contra as mulheres impacta fortemente a sociedade por desencadear sérios danos para a saúde física e mental das mulheres Debert e Oliveira (2007), tornando-se necessário o surgimento de políticas públicas, como a promulgação da Lei Maria da Penha (Brasil, 2006).

A década de 1980 foi considerada um marco no combate à violência contra as mulheres no Brasil, já que foram criadas políticas públicas à esta temática. Nesse momento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a violência contra as mulheres como um problema de saúde pública, decorrente às graves consequências reproduzidas nas vítimas. Em seguida, foram criadas delegacias especializadas, centros de atendimento às mulheres, bem como abrigos para as vítimas recorrerem (Galvão & Andrade, 2004).

Segundo a Lei Maria da Penha (Brasil, 2006), a violência doméstica e familiar contra as mulheres é um crime praticado em três categorias, são elas: em primeira instância o âmbito doméstico, que inclui o convívio no local doméstico, independente de vínculos familiares ou não. Em segunda instância, trata-se do âmbito familiar, que é composto por indivíduos aparentados por afinidade ou vontade. Em última instância, o tipo de vínculo diz respeito a relação íntima de afeto pressupondo a convivência entre parceiros íntimos.

A Lei Maria da Penha é consequência de uma luta legislativa por igualdade, somando a igualdade nas relações familiares, delimita um rompimento com a lógica patriarcal da subordinação feminina. Segundo a autora, a lei luta pelo direito a uma vida sem violência e sua idealização trata-se do exercício da cidadania ativa, disposta na linguagem e na atuação de feministas publicamente (Campos, 2011).

Decorridos mais de dez anos da entrada em vigor da lei, ainda existem sensações de ineficácia em relação ao enfrentamento da violência contra as mulheres, porém, se fazem necessárias análises sobre o tema, assim como a não aceitação de retrocessos ou perda da simbologia da lei. Dessa forma, não se deve obliterar o papel da lei enquanto interdição, barreira e limite (Barbosa, 2016).

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo que foi realizado com mulheres vítimas de violência doméstica que buscaram atendimento na Delegacia da mulher, no município de Cascavel, Paraná, Brasil.

O estudo transversal estuda em um mesmo momento o fator e efeito, ou seja, a medição das variáveis é realizada em um mesmo tempo (Rouquayrol & Gurgel, 2006).

A pesquisa quantitativa utiliza para a coleta de dados instrumentos estruturados, generalizando os dados de uma amostra para toda a população estudada. As variáveis estudadas são expressas numericamente, utilizando a estatística para quantificar, analisar e interpretar as informações coletadas (Lozada & Nunes, 2018).

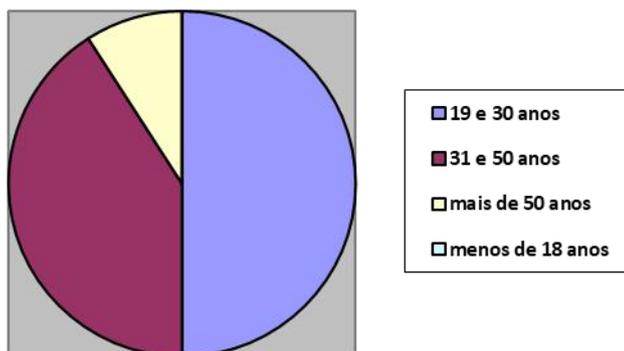
Em uma pesquisa descritiva é utilizado uma técnica padronizada de coleta de dados utilizando questionários e realizando observação, registro, análise, classificação e interpretação dos fatos, não havendo intervenção do pesquisador (Andrade, 2010).

Foram entrevistadas 22 mulheres vítimas de violência doméstica, os dados foram coletados por meio de um questionário sociodemográfico que foi elaborado pela autora especialmente para esse estudo e também a escala Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL) para mensurar sintomas de TEPT.

3. Análise e Discussão dos Resultados

Os dados encontrados em relação da faixa etária, foi apurado que 50% delas tem entre 19 e 30 anos; 40,9% entre 31 e 50 e 9,1% mais de 50 anos. Nenhuma tem menos de 18 anos.

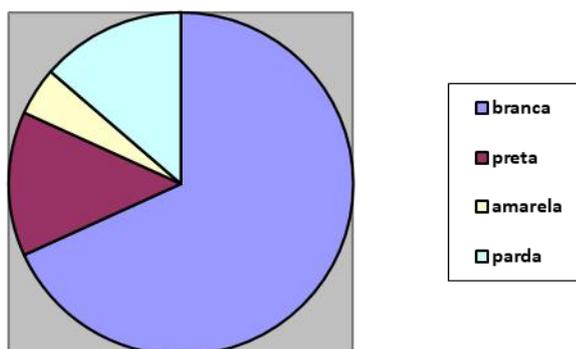
Figura 1 - Faixa etária.



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Em relação a cor ou raça:

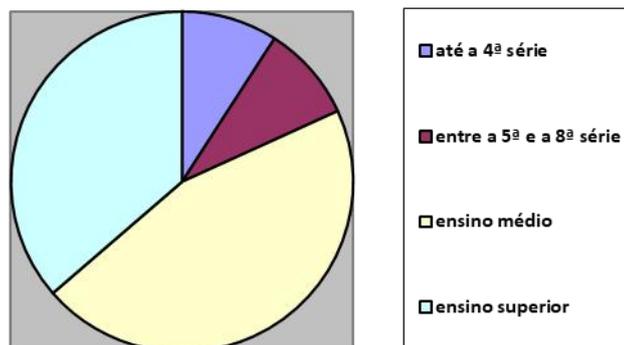
Figura 2 - Cor ou Raça.



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Em relação a escolaridade, 9,1%, cursou ensino fundamental até a 4ª série; 9,1% cursaram ensino fundamental até a 8ª série; 45,5% terminaram o ensino médio, 36,4% fizeram ensino superior.

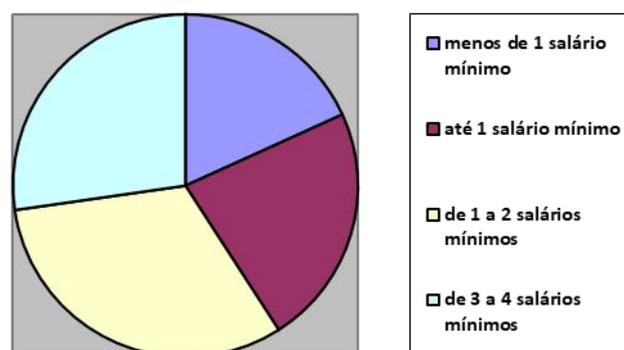
Figura 3 – Escolaridade.



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Quanto a ocupação 60% estão trabalhando e 40% não. Quanto a renda, 18,2% recebem menos de um salário-mínimo; 22,7% até um salário-mínimo; 31,8% de um a dois salários-mínimos; 27,3% de três a quatro salários-mínimos.

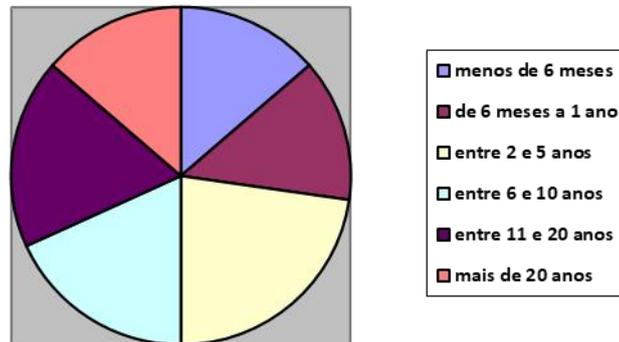
Figura 4 – Renda.



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Em relação ao tempo de relacionamento, 13,6% tem menos de 6 meses; 13,6% de seis meses a um ano; 22,7% entre dois e cinco anos; 18,2% entre seis e dez anos; 18,2% entre onze e vinte anos; e, 13,6% mais de vinte anos.

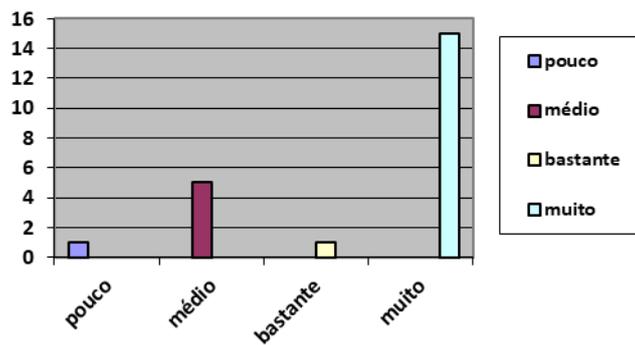
Figura 5 - Tempo de relacionamento.



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Referindo-se a questão n° 1 do questionário para detecção de TEPT, contido na figura 1, foram selecionadas algumas perguntas e foram elaborados gráficos com as respostas. Em relação a pergunta: “Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?”

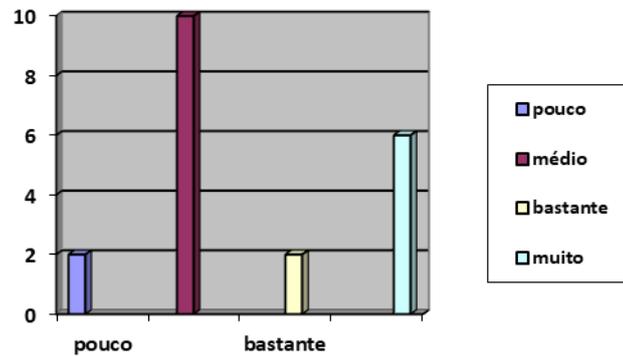
Figura 6 - Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Sobre a questão n° 2: “Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?”

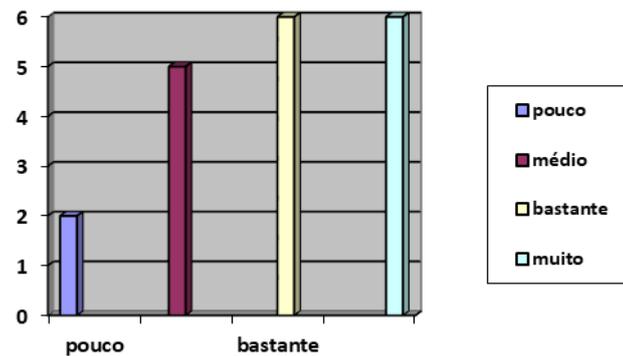
Figura 7 - Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Acerca do item nº 5 do questionário: “Sentir sintomas físicos quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?”

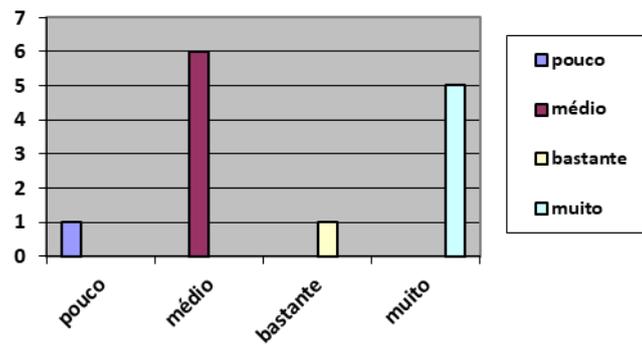
Figura 8 - Sentir sintomas físicos quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

No item nº 6: “Evitar pensar ou falar sobre a experiência estressante do passado ou evitar ter pensamentos relacionados a esta experiência?”

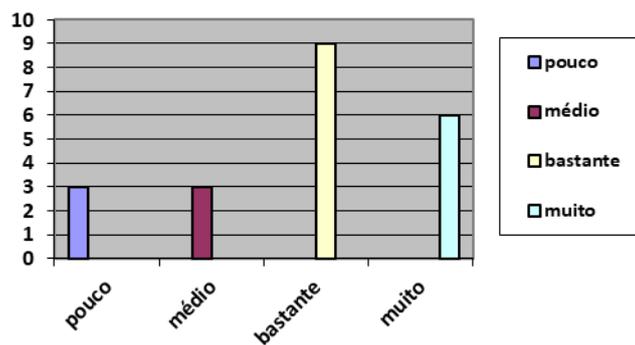
Figura 9 - Evitar pensar ou falar sobre a experiência estressante do passado ou evitar ter pensamentos relacionados a esta experiência?



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Em relação a questão n° 9: “Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?”

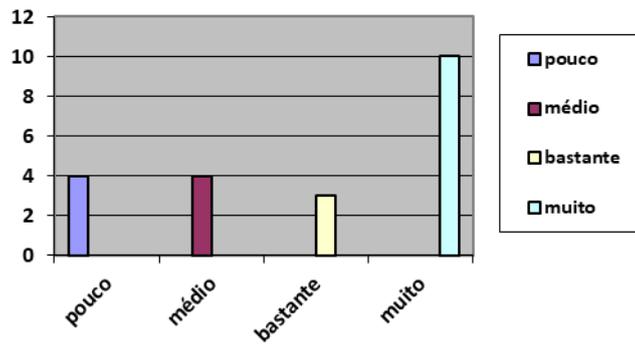
Figura 10 - Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Já na questão n° 10: “Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?”

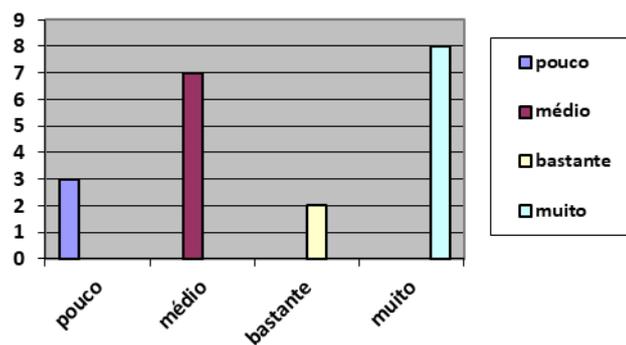
Figura 11 - Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Na questão n° 14: “Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?”

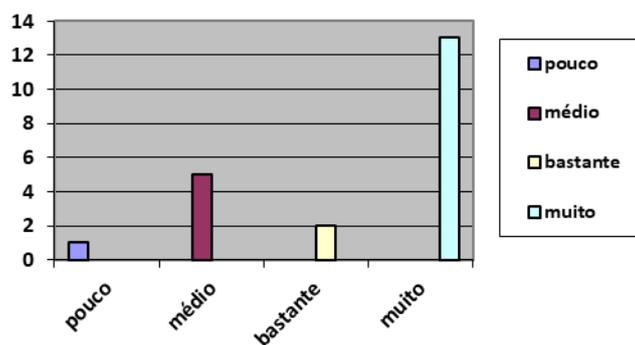
Figura 12 - Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Acerca da questão n° 15: “Ter dificuldades para se concentrar”

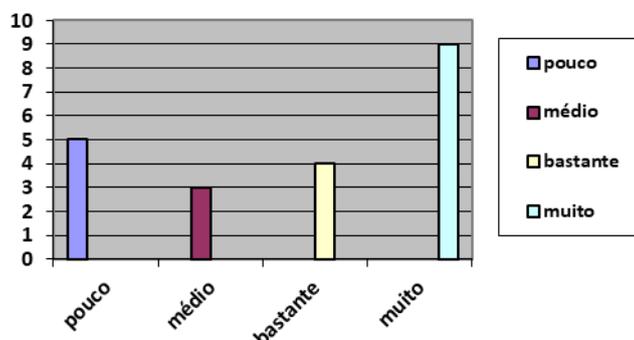
Figura 13 - Ter dificuldades para se concentrar.



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Na questão nº 16: “Estar “superalerta”, vigilante ou “em guarda”?”

Figura 14 - Estar “superalerta”, vigilante ou “em guarda”?



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

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

Felippe et al., (2016) realizaram pesquisa com mulheres vítimas de VPI buscando constatar a prevalência de TEPT. A amostra foi composta por 41 mulheres que procuraram a Delegacia de Orientação e Proteção à Família da cidade de Juiz de Fora e responderam à uma entrevista organizada, à Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C), Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS) Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). O percentual de participantes que obtiveram escores indicadores de TEPT foi de 82,9%. Houve associação positiva entre TEPT e depressão e negativa entre TEPT e percepção de suporte social.

Levando em consideração tais achados e pesquisas sobre a associação entre TEPT e VPI, faz-se ainda mais necessário investigá-la conforme severidade da violência sofrida, de forma a conseguir dados mais elaborados sobre diferenças ou não entre essas categorias, fornecendo achados que possibilitem sustentar melhores práticas no enfrentamento das consequências da VPI (Gama et al., 2021).

Segundo o relatório “Progresso das Mulheres/2003-2010” (Barsted & Pitanguy, 2011), a aprovação da Lei Maria da Penha simboliza a força do movimento feminista brasileiro em sua constante busca de espaços de diálogo com os poderes da República em prol dos direitos femininos. Na composição dessa lei, um consórcio de ONGs exerceu uma inovadora ação legislativa expondo aos Poderes Executivo e Legislativo uma proposta de texto que foi aprovada praticamente sem alterações. Esse consórcio também manteve uma ação de advocacia em todo o percurso de tramitação do projeto que deu origem à Lei Maria da Penha (Barsted & Pitanguy, 2011).

4. Considerações Finais

Esta pesquisa proporciona identificar sintomas o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em mulheres que sofrem violência doméstica. Destacando o cenário histórico da violência doméstica em que se salienta a cultura machista e patriarcal que ainda se perpetua nos dias de hoje, a violência, em sua maioria, acontece no próprio lar. Observa-se que violência, traz prejuízos imensuráveis a saúde da mulher como um todo, em destaque, à saúde mental.

Faz-se necessária a identificação do TEPT como uma situação de vulnerabilidade que necessita de políticas públicas que auxiliem esse público, assim como desenvolver grupos terapêuticos específicos com a finalidade de tratar essas mulheres. Como intervenções psicoterápicas e psicossociais, destaca-se discussão sobre o evento traumático e “habituação” do comportamento psicológico associado, aconselhamento, focado em condutas adaptativas, e não somente no evento estressor; terapia cognitivo comportamental (TCC).

Referências

- Albuquerque, A. S. (2019). *Caderno Técnico de Tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático - TEPT*. Brasília: Secretaria Nacional de Segurança Pública.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5* (5 ed.). (Techbooks, Ed., & M. I. Nascimento, Trad.) Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Artmed.
- Andrade, M. M. (2010). *Introdução À Metodologia Do Trabalho Científico*. São Paulo: Atlas.
- Angelini, C. R., Pacagnella, R. C., Parpinelli, M. A., Silveira, C., Andreucci, C. B., Ferreira, E. C., . . . Cecatti, J. G. (2018). Post-Traumatic Stress Disorder and severe maternal morbidity: is there an association? *Clinics*, 73, 1-7. doi:doi.org/10.6061/clinics/2018/e309
- Barbosa, T. K. (2016). *A mulher e a justiça: a violência doméstica sob a ótica dos direitos humanos*. Brasília: AMAGIS.
- Barsted, L. L., & Pitanguy, J. (2011). *O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010*. Rio de Janeiro: CEPIA.
- Berger, W., Mendlowicz, M. V., Souza, W. F., & Figueira, I. (2004). Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(2), 167-175. doi:doi.org/10.1590/S0101-81082004000200006
- Bordow, S., & Porritt, D. (1979). An experimental evaluation of crisis intervention. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 13, 251-256. doi:doi.org/10.1016/0271-7123(79)90042-7
- Brasil. (2005). *Enfrentando a Violência contra a Mulher*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.
- Brasil. (7 de Agosto de 2006). Lei nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006. *Legislação*. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological psychiatry*, 48(9), 902-909. doi:doi.org/10.1016/s0006-3223(00)00933-1
- Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(5), 607-612. doi:doi.org/10.1037//0022-006x.57.5.607
- Campos, C. H. (2011). *Lei Maria da Penha: comentada em uma perspectiva jurídico-feminista*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris.
- Cassado, D. d., Gallo, A. E., & Albuquerque, L. C. (2003). Transtorno de Estresse Pós-Traumático em mulheres vítimas de violência doméstica: um estudo piloto. *Revista de Psicologia da UNESP*, 2(1), 101-110. Fonte: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1045>
- Coelho, E. B., Silva, A. C., & Lindner, S. R. (2014). *Violência: Definições e Tipologias*. Florianópolis: UFSC.
- 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. Fonte: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16468442/>
- Debert, G. G., & Oliveira, M. B. (2007). Os modelos conciliatórios de solução de conflitos e a "violência doméstica". *Cadernos Pagu*, 29, 305-337. doi:doi.org/10.1590/S0104-83332007000200013
- Felippe, A. M., Jesus, S. R., Silva, Y. V., Lourenço, L. M., & Grincenkov, F. R. (2016). Violência Praticada pelo Parceiro Íntimo e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). *Psique*, 1(2), 95-111. Fonte: <https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/psq/article/view/949>
- Freitas, A. C. (2017). Transtorno de Estresse Pós-Traumático. *Revista Jurídica Digital Data Venia*, 7, 177-190. Fonte: https://datavenia.pt/ficheiros/edicao07/datavenia07_p177_190.pdf

- Gadoni-Costa, L. M., & Dell'Aglio, D. D. (2009). Mulheres em Situação de Violência Doméstica: Vitimização e Coping. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(2), 151-159. Fonte: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-82202009000200010
- 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(2), 89-99. doi:doi.org/10.1590/S0104-12902004000200009
- Gama, V. D., Williams, L. C., & Brino, R. d. (2021). Saúde Mental e Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Mulheres Vítimas de Violência entre Parceiros Íntimos. *Psicologia em Processo*, 1(1), 66-78. Fonte: <http://www.psiemprocesso.periodikos.com.br/article/6091a9cfa953950da0767a83>
- Guimarães, M. C., & Pedroza, R. L. (2015). Violência Contra a Mulher: Problematizando Definições Teóricas, Filosóficas e Jurídicas. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 256-266. doi:doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256
- Heise, L. (1994). Gender-based abuse: the global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(Suppl 1), 135-145. doi:doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500009
- Houskamp, B. M., & Foy, D. W. (1991). The Assessment of Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(3), 367-375. doi:doi.org/10.1177/088626091006003008
- Langley, R., Levy, R. C., & Carina, C. G. (1980). *Mulheres espancadas: fenômeno invisível*. São Paulo: Hucitec.
- Lilly, M. M., & Graham-Bermann, S. A. (2009). Ethnicity and risk for symptoms of posttraumatic stress following intimate partner violence: prevalence and predictors in European American and African American women. *Journal of interpersonal violence*, 24(1), 3-19. doi:doi.org/10.1177/0886260508314335
- Lozada, G., & Nunes, K. d. (2018). *Metodologia científica*. Porto Alegre: Sagah.
- Meichenbaum, D. (1995). *A Clinical Handbook/Practical Therapist Manual for Assessing and Treating Adults with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*. Ontário: Canada Institute Press.
- Mozzambani, A. C., 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(1), 43-47. doi:doi.org/10.1590/S0101-81082011005000007
- Oram, S., Boyce, N., & Howard, L. M. (2019). Mental health and violence: opportunities for change. *The Lancet Psychiatry*, 6(7), 558-559. doi:doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30186-5
- Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 159-170. doi:doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, 1-38. doi:doi.org/10.1002/14651858.CD000560
- Rouquayrol, M. Z., & Gurgel, M. (2006). *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Santin, J. R., Guazzelli, M. P., Campana, J. B., & Campana, L. B. (2003). A Violência Doméstica e a Ineficácia do Direito Penal na Resolução dos Conflitos. *Revista da Faculdade de Direito UFPR*, 39, 155-170. doi:dx.doi.org/10.5380/rfdufpr.v39i0.1752
- Soares, B. G., & Lima, M. S. (2003). Estresse pós-traumático: uma abordagem baseada em evidências. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25(Supl 1), 62-66. doi:doi.org/10.1590/S1516-44462003000500014
- Stockman, J. K., Hayashi, H., & Campbell, J. C. (2015). Intimate Partner Violence and Its Health Impact on Disproportionately Affected Populations, Including Minorities and Impoverished Groups. *Journal of women's health*, 24(1), 62-79. doi:doi.org/10.1089/jwh.2014.4879
- Tavares, D. M., & Pelicioni, M. C. (23 de Abril de 2000). Violência doméstica: uma questão de saúde pública. *Dissertação de Mestrado*. São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L. M. (2012). Experiences of Domestic Violence and Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos One*, 7(12). doi:doi.org/10.1371/journal.pone.0051740
- Zuma, C. E. (7-11 de Setembro de 2005). Em Busca de uma Rede Comunitária para a Prevenção da Violência na Família. *III Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária*, pp. 1-12.