

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**ESTRESSE EXTREMO E REGULAÇÃO EMOCIONAL EM MULHERES EM  
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL**

**NATÁLIA ZANCAN**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.**

**Porto Alegre  
Abril, 2016**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ESTRESSE EXTREMO E REGULAÇÃO EMOCIONAL EM MULHERES EM  
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL**

**NATÁLIA ZANCAN**

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dra. Luísa Fernanda Habigzang

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia Clínica.

**Porto Alegre  
Abril, 2016**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**ESTRESSE EXTREMO E REGULAÇÃO EMOCIONAL EM MULHERES EM  
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL**

**NATÁLIA ZANCAN**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariana Boeckel**

**Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Helena Koller**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS**

**Porto Alegre  
Abril, 2016**

**Z27e**

Zancan, Natália

Estresse extremo e regulação emocional em mulheres em situação de violência conjugal. / Natália Zancan. – Porto Alegre, 2016.

96 f.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Faculdade de Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luísa Fernanda Habigzang

1. Psicologia Clínica. 2. Violência Doméstica. 3. Violência Contra a Mulher. 4. Depressão. 5. Ansiedade. 6. Regulação Emocional. I. Habigzang, Luísa Fernanda. II. Título.

**CDD 155.633**

## RESUMO

A violência contra a mulher tem sido foco de pesquisas e intervenções por ser considerada um problema de saúde pública. Estudos apontam que este fenômeno pode gerar prejuízos significativos para a saúde da mulher, dentre eles destacam-se sintomas psicológicos e dificuldades para regular as emoções. Esta dissertação constitui-se de dois estudos empíricos com delineamento quantitativo, correlacional e transversal, e a amostra foi constituída por 47 mulheres com histórico de violência conjugal. O primeiro estudo teve como objetivo avaliar as relações entre níveis de depressão, ansiedade e níveis de regulação emocional. Também, investigou as táticas de resolução de conflitos conjugais e os níveis das agressões sofridos e perpetrados pelas mulheres. Além disso, foi investigado se há diferenças nas dimensões de regulação emocional e níveis de depressão e ansiedade nas mulheres que relataram sofrer violência e aquelas que identificaram sofrer e perpetrar violência. Os resultados indicaram que as participantes apresentaram níveis leves de ansiedade, moderados de depressão, níveis moderados de dificuldades de regulação emocional. Foram encontradas correlações positivas entre estas variáveis e não foram identificadas diferenças entre os grupos de mulheres que sofreram violência e que sofreram e perpetraram violência nos níveis de depressão, ansiedade e regulação emocional. O segundo estudo teve como objetivo avaliar histórico de maus tratos na infância e a presença do diagnóstico de estresse extremo (trauma complexo). Os resultados revelaram que todas as participantes apresentaram situações de maus tratos na infância e 30% apresentou diagnóstico de trauma complexo. Conclui-se que a violência conjugal é um fator de risco para a saúde mental de mulheres e que o histórico de maus tratos está frequentemente presente na vida destas mulheres. Os resultados sugerem a necessidade de protocolos de tratamento com foco em sintomas de depressão, trauma complexo e regulação emocional.

Palavras-chave: violência conjugal; trauma complexo; regulação emocional; depressão; ansiedade

**Área conforme classificação CNPq:** 7.07.00.00-1 - Psicologia

**Sub-área conforme classificação CNPq:** Psicologia Clínica

## ABSTRACT

Violence against women has been focus of researches and interventions, being considered a public health problem. Several studies show that this phenomenon can cause severe health damages to women, including psychological symptoms and difficulties in emotional self-regulation. This thesis involves two empirical studies with quantitative, correlational and transversal design, with a sample of 47 women with history of domestic violence. The first study evaluated depression, anxiety and emotional regulation levels. Furthermore, it was investigated the seriousness of violence situation and the level of suffered and perpetrated aggression by women. Lastly, it was investigated the difference on depression, anxiety and emotional regulation levels between women who had reported suffering violence and those who had identified suffering and perpetrating violence. The results indicated mild levels of anxiety, moderate levels of depression and emotional dysregulation among participants. Positive correlations in these variables were found and no differences in depression, anxiety and emotional regulation levels in studied groups. The second study evaluated the history of childhood maltreatment and extreme stress (complex trauma) diagnosis. The results revealed that all participants had maltreatment situations during childhood and 30% showed complex trauma diagnosis. It is concluded that domestic violence is a risk factor to women's mental health and that maltreatment history is often present in their lives. The results suggest the need of treatment protocols with focus on depression, complex trauma and emotional regulation.

Keywords: domestic violence; complex trauma; emotional regulation; depression; anxiety

**Área conforme classificação CNPq:** 7.07.00.00-1 - Psicologia

**Sub-área conforme classificação CNPq:** Psicologia Clínica

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>SUMÁRIO</b> .....	<b>7</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>9</b>
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>Estudo 1: Regulação emocional e sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em situação de violência conjugal</b> .....	<b>22</b>
<b>Estudo 2: Histórico de maus tratos na infância e trauma complexo em mulheres em situação de violência conjugal</b> .....	<b>50</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>74</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>75</b>
Anexo 1 - Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos .....	76
Anexo 2 - Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI).....	77
Anexo 3 - Conflict Tatic Scale – CTS2.....	78
Anexo 4 - Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS) .....	80
Anexo 5 - Entrevista Estruturada para Transtornos de Estresse Extremo (SIDES-R).....	81
Anexo 6 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	90
Anexo 7 - Carta de autorização para coleta de dados .....	91
Anexo 8 - Carta de autorização para encaminhamento das participantes .....	92
Anexo 9 - Parecer Consubstanciado do CEP .....	93
Anexo 10 - Comprovante de submissão de artigo.....	96

## AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento dessa pesquisa exigiu muito esforço e dedicação. Ao longo desse período tive o apoio de pessoas muito especiais e a sorte de conhecer pessoas que contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional. Então, ao encerrar esse ciclo, só tenho a agradecer:

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Luísa Habigzang pelos ensinamentos, confiança, dedicação e por todas as orientações durante esse trabalho desafiador.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Marcia Fortes Wagner, pesquisadora que marcou minha caminhada desde a graduação e me apresentou à pesquisa, me orientou durante a especialização e me acolheu na IMED para o estágio de docência. Agradeço imensamente pelo incentivo à carreira acadêmica.

Agradeço às minhas queridas colegas de mestrado que compartilhei alegrias, dúvidas e angústias. Mariana Poletto, amiga e parceira de pesquisa. Agradeço pelo apoio na execução do projeto, coleta de dados e dissertação e pelos ótimos momentos de diversão. E Cris Krindges agradeço imensamente por todos os conselhos quando o trabalho parecia ser difícil de concluir e pela confiança. Vocês foram muito especiais durante esse processo.

Ao Fahad por compreender os períodos de ausência, pelo apoio, paciência, atenção, amor e, também, pelo cuidado especial aos nossos filhotes felinos. Agradeço especialmente por fazer meus dias mais alegres me acompanhando durante as últimas viagens.

Aos meus pais, Celita e Mário, agradeço por sempre incentivarem e apoiarem minhas escolhas relacionadas a vida acadêmica, e principalmente por acreditarem na minha capacidade. Agradeço, também, à minha dinda Maria Cândida por me acolher nesse período e sempre deixar um delicioso café da manhã pronto, e à minha prima Maria Paula por emprestar sua cama semanalmente e pelas ótimas conversas no fim do dia.

Agradeço à Bruna Pavan, acadêmica de psicologia da IMED, pelo auxílio na coleta de dados. Tua dedicação foi essencial para o desenvolvimento desse trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS pela qualidade do ensino e à equipe da secretaria sempre disposta a ajudar a solucionar nossos problemas.

Agradeço às minhas amigas e colegas de profissão Pâmela e Rafaela por compreenderem o “nesse dia eu não posso” ou “preciso finalizar um artigo” e adiarem nossos encontros.

E, especialmente, agradeço a todas as mulheres que participaram da pesquisa, muito obrigada pela confiança!

## LISTA DE TABELAS

### **Estudo 1: Regulação emocional e sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em situação de violência conjugal**

Tabela 1. Correlações entre idade, escolaridade, uso de psicofármacos, dimensões de regulação emocional, índices de vitimização (negociação, agressão psicológica, agressão física, lesão corporal e coerção sexual), perpetração (negociação, agressão psicológica, agressão física, lesão corporal e coerção sexual), depressão e ansiedade. .... 35

Tabela 2. Diferenças dos níveis de dimensões de regulação emocional, índices de depressão e ansiedade entre os grupos vítimas e vítimas e perpetradoras nas dimensões negociação, agressão psicológica, agressão física, lesão corporal e coerção sexual. .... 40

### **Estudo 2: Histórico de maus tratos na infância e trauma complexo em mulheres em situação de violência conjugal**

Tabela 1. Correlações entre idade, escolaridade, maus tratos, níveis de vitimização e perpetração das dimensões de violência tática (negociação, agressão psicológica, agressão física, lesão corporal e coerção sexual) e diagnóstico para trauma complexo. .... 62

Tabela 2. Diferenças dos índices de e dimensões de violência conjugal (negociação, agressão psicológica, agressão física, lesão corporal e coerção sexual) entre os grupos com histórico de vitimização devido à violência psicológica na infância e adolescência ..... 65

Tabela 3. Diferenças dos índices de e dimensões de violência conjugal (negociação, agressão psicológica, agressão física, lesão corporal e coerção sexual) entre os grupos com histórico de vitimização devido à negligência emocional na infância e adolescência ..... 67

## APRESENTAÇÃO

A violência conjugal expressa uma dinâmica de relações de submissão desiguais estabelecidas do homem sobre a mulher (Deeke, Boing, Oliveira, & Coelho, 2009). Caracteriza-se por qualquer comportamento entre parceiros íntimos que cause danos psicológicos, físicos ou sexuais, provocados por ameaças, coerção ou eventual privação de liberdade (OMS, 2012). Pode ocorrer em casais de todas as idades e classes sociais (Lamoglia & Minayo, 2009).

Dentre os fatores de risco para sua ocorrência, destacam-se fatores individuais, tais como a experiência de violência na infância, tanto como vítima ou testemunha de agressão entre os pais, e características relacionais, tais como dificuldades de comunicação e de resolução de conflitos (Siegel, 2013; Stith & McCollum, 2011). Outros fatores de risco que cotribuem para as situações de violência podem ser culturais (Caldwell, Swan, & Woodbrown, 2012), tal como a desigualdade de gênero, que promove a dominação do homem nas relações (Lamoglia & Minayo, 2009). Além disso, as mulheres são mais vulneráveis a prejuízos relacionados à saúde como dores crônicas, dor de cabeça, dores abdominais, náusea (Herman, 1992) e a desenvolver transtornos psicológicos (Chen et al., 2010; Perepletchikova & Kaufman, 2010).

No Brasil, por muito tempo, a violência contra a mulher não foi considerada como um ato suscetível de punição, e ganhou expressão por meio do movimento feminista quando a vitimização de mulheres pelo parceiro conjugal passou a ser visível. A partir dos anos 80 as demandas sociais para atenção à violência contra as mulheres possibilitou a criação de casas de abrigo, de delegacias especializadas às mulheres e de centros de referência multiprofissionais com abordagem na violência física e sexual praticada pelo parceiro ou ex-parceiro conjugal. Deste modo, começou a se pensar em prevenção e tratamento para as mulheres em situação de violência (Gomes, Minayo, & Silva, 2005; Schraiber, D'Oliveira, Falcão, & Figueiredo, 2005).

Contudo, somente em 7 de agosto de 2006 que a Lei 11.340 (Código Civil Brasileiro, 2006) foi sancionada, criando mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. A lei Maria da Penha conceitua que todo caso de violência doméstica contra a mulher é considerado crime, passando por inquérito policial e remetido ao Ministério Público. São incluídas medidas de proteção para a mulher e espera-se o afastamento do agressor do ambiente familiar. Desse modo, permite que o agressor seja preso em flagrante, ou tenha sua prisão preventiva decretada quando ameaçar a integridade física da mulher. Além da violência física, psicológica e sexual, a lei ainda inclui a violência patrimonial e moral como formas de violência doméstica contra a mulher.

Nessa perspectiva, a visibilidade do fenômeno da violência conjugal, bem como o número de notificações no Brasil cresceu após a criação de delegacias especiais para mulheres, casas de apoio, centros de referência multiprofissionais e de programas e ações de apoio às mulheres em situação de violência (Brasil, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2003). Entretanto, a subnotificação ainda é uma realidade, pois muitas mulheres apresentam dificuldades para romper o ciclo de violência. Acredita-se que fatores familiares, políticos, econômicos e culturais influenciam as mulheres a guardar segredo sobre a situação de violência (Adeodato, Carvalho, Siqueira, & Souza 2005; Santi, Nakano, & Lettiere, 2010).

A respeito dos dados epidemiológicos, o Brasil encontra-se em sétima posição dentre 84 países em relação às taxas de homicídios femininos, estando atrás de países menos desenvolvidos como El Salvador e Guatemala (Waiselfisz, 2012). E, encontra-se em nona posição no que concerne a violência contra a mulher (World Health Organization, 2005). Em 2010, 84 mil mulheres morreram vítimas de homicídio no mundo (ONU, 2013). No Brasil, nos últimos 30 anos, os assassinatos de mulheres aumentaram 230%, sendo 43,7 mil na última década. A respeito dos agressores, os familiares são os principais agressores (Krug et al., 2003; Waiselfisz, 2012).

A violência contra a mulher causa mais mortes às mulheres de 15 a 44 anos que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Como forma de agressão são incluídos assassinatos, estupros, mutilação genital, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, violência racial, entre outras (Gomes et al., 2005). Pesquisas realizadas com a finalidade de identificar a prevalência de violência conjugal comumente utilizam como fonte de dados os casos denunciados, visto que estão disponíveis nos serviços especializados para vítimas de violência. No entanto, torna-se difícil estimar com precisão, pois muitos não são denunciados (Zanoti-Jeronymo et al., 2009).

As repercussões em decorrência da violência conjugal são inúmeras. Além das consequências físicas, são desencadeados prejuízos à saúde psicológica das mulheres. Dentre eles, encontram-se sintomas de depressão e de ansiedade (Deeke et al., 2009; La Flair, Bradshaw, & Campbell, 2012; Oliveira, & Coelho, 2009.), transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) (Graham-Bermann, Castor, Miller, & Howell, 2012; Hatzenberger, Lima, Lobo, Leite, & Kristensen, 2010), transtornos de personalidade (Newhill, Eack, & Mulvey, 2012) e abuso de álcool e outras drogas (Adeodato et al., 2005; Zaleski, Pinsky, Laranjeira, Ramisetty-Mikler, & Caetano, 2010).

Além dessas repercussões em decorrência à exposição à violência, outra consequência encontrada é o prejuízo na regulação emocional (Siegel & Forero, 2012). Nos últimos anos, verificou-se um crescente interesse a respeito do processamento da regulação emocional (Leahy et

al. 2013). A regulação emocional abrange a consciência e o entendimento das emoções, além da sua aceitação, habilidade de controlar comportamentos impulsivos e de comportar-se de forma adequada ao vivenciar emoções negativas. Ainda, destaca-se a habilidade de usar e flexibilizar as estratégias de regulação emocional diante às situações adversas para obter as respostas desejadas de acordo com os objetivos do indivíduo (Gratz & Roemer, 2004).

Nesse contexto, o processo de regulação emocional consiste em uma tentativa controlada ou automática de lidar com as emoções. Esse processo indica quando e a maneira que as emoções serão expressas e sentidas. É um processo com base no manejo das emoções para o sujeito habituar-se a situação na qual se encontra, tendo a capacidade de modulá-la quanto ao tempo de duração e sua intensidade (Gross, 2013; Rodrigues & Gondim, 2013). Indivíduos regulados emocionalmente possuem a capacidade de responder às exigências encontradas durante a vida, utilizando variadas respostas emocionais, de forma flexível e aceitas socialmente. Entretanto, indivíduos desregulados emocionalmente apresentam respostas impróprias e descontextualizadas, as quais podem ser expressas por meio de comportamentos agressivos (Kim & Cicchetti, 2010). Existem características acentuadas no processo de regulação emocional, e uma delas é caracterizada pela tendência de regular mais as emoções negativas do que as positivas (Gross & Thompson, 2007).

A partir disso, deve-se ser destacada a capacidade para aceitar as emoções, tendo em vista que a tendência oposta para evitar experiências internas negativas pode estar na origem de diferentes sintomas psicopatológicos (Linehan, 2010). A autora refere que a desregulação emocional ocorre devido a grande vulnerabilidade emocional do indivíduo e da incapacidade de regular suas emoções. A vulnerabilidade emocional caracteriza-se pela sensibilidade elevada a estímulos emocionais, intensidade emocional e um lento retorno ao nível emocional basal (Linehan, 2010).

A ruminação, caracterizada como pensamentos negativos sobre as situações passadas ou presentes, também está associada com a desregulação emocional, e pode ser considerado um fator de risco para a depressão, além de uma estratégia de esquiva emocional ou experiencial (Cribb, Moulds, & Carter, 2006). Indivíduos com sintomas de depressão que apresentam altos níveis de supressão das emoções, uma das formas de evitação emocional, mostram-se com maiores dificuldades emocionais. Contudo, o ato de ativar, expressar e refletir sobre as emoções pode ocasionar melhora da depressão (Gortner, Rude, & Pennebaker, 2006).

Estudos sobre regulação emocional e violência por parceiro íntimo estão centradas em situações de maus tratos vivenciados na infância (Siegel & Forero, 2012; Zamir & Lavee, 2014).

Além disso, esses fatores podem repercutir ao longo da vida do indivíduo, contribuindo para reatualização da violência (Siegel, 2013).

A situação de violência conjugal, independente do tipo de agressão, pode originar um trauma psicológico. O trauma pode ser entendido como uma condição emocional adquirida após o indivíduo ter sofrido uma situação de intenso estresse (Darves-Bornozm et al., 2008). Os eventos estressores favoráveis para provocar um trauma são categorizados em três grupos: eventos intencionais provocados pelo homem, eventos não intencionais provocados pelo homem e eventos provocados pela natureza. No primeiro grupo, em meio aos eventos provocados pelo homem, destacam-se acontecimentos como guerra civil, abuso sexual, físico e emocional, tortura, assalto, sequestro, terrorismo, testemunho de crimes violentos, participação de atrocidades violentas, suicídio, mutilação acidental ou provocada por outro indivíduo. No segundo grupo, eventos não intencionais provocados pelo homem, pode-se citar: explosões, incêndios, acidentes aéreos, automobilísticos e aquáticos, desastre nuclear, dano cirúrgico ou perda de partes do corpo. Já no terceiro grupo, que abrange os desastres naturais, encontram-se terremotos, erupções vulcânicas, tornados, avalanches, furacões, enchentes e ataque de animais (Schiraldi, 2009).

As observações iniciais sobre os sintomas decorrentes de exposição a eventos traumáticos deram origem ao transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e foram descritas a partir de estudos com grupos de veteranos da Guerra do Vietnã (Schestatsky, Shansis, Ceitlin, Abreu, & Hauck, 2003). A partir disso, o TEPT foi introduzido na terceira edição do DSM como um transtorno que se desenvolve em decorrência de um evento traumático considerado catastrófico. Para determinar o diagnóstico de TEPT era preciso que o indivíduo tivesse uma experiência direta de uma situação fortemente ameaçadora à vida ou à sua integridade física, grave a ponto de ocasionar intenso sofrimento, mas que se distinguisse de eventos estressantes considerados como normais do cotidiano (por exemplo, perda de um emprego ou problemas conjugais) (APA, 1980; Breslau, Davis, Peterson, & Schultz, 2000).

Na busca de uma melhor compreensão sobre as peculiaridades do TEPT, os critérios diagnósticos do transtorno foram revisados e modificados ao longo das edições do DSM. A terceira edição revisada passou a considerar o desenvolvimento do TEPT após o indivíduo experienciar ou testemunhar o evento estressor. Apesar disso, a necessidade de que o evento estressor se distinguisse das situações estressantes entendidas como comuns do cotidiano foi mantida (APA, 1987). Entretanto, evidências de que eventos estressores provocados por situações da vida cotidiana surgiram, e foi verificado que poderiam produzir efeitos semelhantes ao estresse provocado pelas experiências de guerra (Schestatsky et al., 2003; Solomon & Horesh, 2007).

Desse modo, pesquisas foram realizadas com o objetivo de reavaliar os critérios diagnósticos do TEPT, e a partir da quarta edição do DSM (DSM-IV, APA, 1994), considerou-se que a resposta ao estresse era amplamente variável (APA, 1994). Na edição revisada do DSM-IV (DSM-IV-TR, APA, 2002), o TEPT passou a ser caracterizado por um conjunto de sintomas demonstrados após a exposição a um evento traumático (critério A1): revivência, testemunho ou confronto com um ou mais eventos que envolveram morte ou ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça a própria integridade física ou de outras pessoas; e (critério A2) a resposta do indivíduo deve envolver intenso medo, impotência ou horror.

No DSM-V (APA, 2014) o TEPT está inserido no grupo de Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores. Foram realizadas modificações significativas referentes aos critérios diagnósticos. O critério A1 sofreu alterações e o A2 foi excluído. O conceito de trauma passou por alterações no critério A1, pois era visto de uma forma ambígua e ampla em determinadas situações e limitado em outras. Além disso, poderia ser manipulado em processos judiciais (Friedman, 2010). Dessa forma, um evento traumático foi caracterizado pela exposição a episódio concreto ou ameaças de morte, lesão grave ou violência sexual, no qual pode ocorrer das seguintes formas: (1) vivência direta do evento traumático; (2) testemunhar o evento traumático ocorrido com outras pessoas; (3) ter conhecimento de que evento traumático ocorreu com alguém próximo de forma violenta ou acidental, e (4) exposição repetida ou extrema a detalhes do evento traumático, no entanto, não considera-se a exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que a exposição esteja relacionada ao trabalho do indivíduo (APA, 2014).

Outra modificação importante ocorreu na divisão do critério C (esquiva e entorpecimento) em dois critérios diferentes. Dessa forma, o critério de esquiva passou a contemplar ao menos um dos sintomas: Evitar recordações associadas ao evento traumático e/ou evitar lembranças externas, como objetos, pessoas ou lugares que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes sobre o evento traumático. E no critério de entorpecimento, denominado de “alterações negativas em cognições e humor”, foram adicionados três critérios aos que já eram descritos na edição anterior do DSM: crenças negativas persistentes e exagerada sobre si, outros e o mundo; cognições distorcidas sobre a causa ou as consequências do evento traumático, nas quais levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou outros; e emoções negativas e persistentes, como medo, culpa, vergonha ou raiva (APA, 2014).

Durante o desenvolvimento do DSM-IV, foi estabelecido pela APA um comitê para a realização de pesquisas de campo com os objetivos de aprofundar o conhecimento e de investigar possíveis alterações no diagnóstico de TEPT, tendo em vista que pesquisadores argumentaram que os sintomas do TEPT estavam focados em traumas de episódio único, e não se aproximavam de

problemas mais complexos vivenciados por adultos sobreviventes de trauma interpessoal infantil, especialmente se os eventos traumáticos ocorreram repetidamente ou cronicamente (Cloitre, Miranda, Stovall McClough, & Han, 2005; Herman, 1992; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005). A partir desses estudos foi proposta uma nova categoria diagnóstica relacionada aos sintomas de estresse pós-traumático, denominada “Transtorno de Estresse Extremo, não Especificado” (Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified - DESNOS). O DESNOS foi proposto a partir do conceito de trauma complexo (Herman, 1992).

O conceito de trauma complexo foi sugerido para descrever eventos traumáticos nas quais a exposição é múltipla, crônica e prolongada. Um evento traumático pode ocasionar diferentes consequências e reações nas pessoas. Se por um lado, existem indivíduos que passaram por um episódio traumático único, como assalto, estupro ou acidente de automóvel, na idade adulta, por outro, existem aqueles que experienciaram acontecimentos traumáticos de início precoce e múltiplos eventos, como negligência infantil, violência doméstica, entre outros (Taylor, Asmundson, & Carleton, 2006). A partir do exposto, entende-se que trauma complexo envolve sintomas identificados em indivíduos vítimas de estresse desenvolvimental contínuo, o que confirma a existência de uma complexa desadaptação ao trauma (Van der Kolk et al., 2005). Além da nova categoria diagnóstica, o grupo de pesquisadores levantou a hipótese de que crianças que foram abusadas, mulheres vítimas de violência e sobreviventes de cativeiro ou de campo de concentração não necessariamente se enquadrariam nos critérios diagnósticos de TEPT, mas poderiam apresentar sintomas descritos nos critérios diagnósticos de DESNOS (Van der Kolk et al., 2005).

Devido à complexidade dos problemas causados às mulheres em decorrência da violência, o Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher surgiu com o objetivo de reunir esforços para a prevenção e redução da violência (Brasil, 2003). Além disso, para a eficácia dessas ações, propôs desenvolver uma rede de apoio composta por profissionais da área jurídica, área social, área de saúde, área de segurança, bem como as organizações que promovem a educação e a cidadania (Camargo & Aquino, 2003).

Embora os avanços nas políticas públicas sobre para o combate à violência contra a mulher sejam visíveis, sobretudo no âmbito judiciário, os serviços na rede pública de saúde em relação ao atendimento de mulheres em situação de violência necessitam de investimentos. No Brasil, ainda não foram identificados protocolos empiricamente validados para intervenção nesses casos. Isso sugere a importância de pesquisas sobre avaliação psicológica de mulheres em situação de violência, para subsidiar o desenvolvimento de protocolos de tratamentos que sejam efetivos.

A partir do exposto, o objetivo geral dessa dissertação foi avaliar o impacto de experiências de maus tratos na infância e da violência conjugal na regulação emocional e no desenvolvimento de sintomas de trauma complexo em mulheres. A investigação partiu das seguintes hipóteses: (1) Mulheres em situação de violência conjugal apresentarão sintomas de ansiedade e de depressão, (2) Os índices de ansiedade e depressão em mulheres em situação de violência conjugal estarão relacionados aos níveis de regulação emocional; (3) As participantes identificadas como vítimas de violência conjugal (dimensões da violência: negociação, agressão psicológica, agressão física, lesão corporal e coerção sexual) se diferenciarão das participantes identificadas como vítimas e perpetradoras nos níveis de depressão, ansiedade, regulação emocional e suas dimensões; (4) Serão identificados histórico de maus tratos na infância e sintomas de trauma complexo entre as participantes; (5) As participantes que vivenciaram situações de maus tratos na infância e adolescência se diferenciarão das participantes que não foram vítimas de maus tratos na infância e adolescência nas dimensões de violência conjugal como vítimas e perpetradoras e diagnóstico para trauma complexo.

As participantes deste estudo foram contatadas para a avaliação na Casa de Apoio à Mulher Vítima da Violência na cidade de Passo Fundo e no Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP) da PUCRS. Participaram do estudo 47 mulheres em situação de violência conjugal que não apresentavam sintomas psicóticos e comprometimento cognitivo evidente. A avaliação foi realizada em um encontro com duração mínima de 90 minutos.

A dissertação está constituída por dois estudos empíricos. O primeiro estudo, com delineamento quantitativo, correlacional e transversal objetivou avaliar os níveis de depressão, ansiedade e níveis de regulação emocional nas mulheres, e as possíveis correlações entre os fatores. Também, investigou as táticas de resolução de conflitos conjugais e os níveis de agressão sofridos e perpetrados pelas mulheres. Ainda, foram investigadas possíveis diferenças entre as dimensões de regulação emocional e níveis de depressão e ansiedade nas mulheres que relatam sofrer violência e aquelas que sofreram e perpetrar violência no contexto conjugal. Os resultados indicaram níveis leves de ansiedade, moderados de depressão e de desregulação emocional entre as participantes. Os sintomas apresentaram correlações positivas significativas. Além disso, a comparação entre os grupos de mulheres que sofreram violência e aquelas que sofreram e perpetraram violência não indicou diferença nos níveis de depressão, ansiedade e regulação emocional.

O segundo estudo, também quantitativo, correlacional e transversal, buscou avaliar o histórico de maus tratos na infância e trauma complexo em mulheres em situação de violência conjugal. Também, teve como objetivo verificar as diferenças entre as mulheres que apresentavam

ou não histórico de maus tratos no diagnóstico de trauma complexo. Além disso, foi avaliado se as participantes que vivenciaram situações de maus tratos na infância e adolescência diferenciavam-se das participantes que não foram vítimas de maus tratos na infância nas dimensões de violência conjugal como vítimas e perpetradoras e diagnóstico para trauma complexo. Os resultados revelaram que todas as participantes da pesquisa vivenciaram situações de maus tratos na infância e que 30% da amostra apresentava diagnóstico de trauma complexo.

A presente dissertação de mestrado se insere na linha de concentração de Psicologia Clínica, realizada no Grupo de Pesquisa Violência, Vulnerabilidade e Intervenções Clínicas (GPEVVIC), coordenado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luísa Fernanda Habigzang.

## 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(1), 108-113.
- American Psychiatric Association, APA. (1980). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (3a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association, APA. (1987). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (3a. ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association, APA. (1994). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association, APA. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association, APA. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. Congresso Nacional. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil Brasileiro. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha.
- Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. (2003). Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas / Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. – Brasília: A Secretaria.
- 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: 10.1186/1471-244X-9-30

- Caldwell, J. E., Swan, S. C., & Woodbrown, V. D. (2012). Gender differences in intimate partner violence outcomes. *Psychology of Violence, 2*(1), 42-57. doi: 10.1037/a0026296
- Camargo, M. & Aquino, S. (2003). Redes de Cidadania e Parcerias: Enfrentando a Rota Crítica. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher - Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas / Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. – Brasília: A Secretaria.
- Chen, L., Murad, M., Paras, M., Colbenson, K., Sattler, A., Goranson, E., et al. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings, 85*(7), 618-629. doi: 10.4065/mcp.2009.0583
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy, 36*(2), 119-124.
- Cribb, G., Moulds, M. L., & Carter, S. (2006). Rumination and Experiential Avoidance in Depression. *Behaviour Change, 23*(3), 165-176. doi:10.1016/S0005-7894(05)80060-7
- Darves-Bornozm, J. M., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., Lepine, J. P., et. al. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress, 21*(5), 455-462. doi: 10.1002/jts.20357
- Deeke, L. P., Boing, A. F., Oliveira, W. F., & Coelho, E. B. S. (2009). A dinâmica da violência doméstica: Uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. *Saúde e Sociedade, 18*(2), 248-258.
- Friedman, M. J. (2010). PTSD revisions proposed for DSM-5, with input from array of experts. *Psychiatric News, 45*(10), 8-33.
- Gomes, R., Minayo, M. C. S., & Silva, C. F. R. (2005). *Violência contra a mulher: Uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero*. In Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (pp. 117-140). Brasília: Ministério da Saúde.
- Gortner, E. M., Rude, S. S., & Pennebaker, J. W. (2006). Benefits of expressive writing in lowering rumination and depressive symptoms. *Behavior Therapist, 37*(3), 292-303. doi:10.1016/j.beth.2006.01.004
- Graham-Bermann, S.A., Castor, L., Miller, L. E., & Howell, K.H. (2012). The contribution of additional traumatic events to trauma symptoms and PTSD in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Journal of Traumatic Stress, 25*(4), 393-400. doi: 10.1002/jts.21724

- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Gross, J. J. & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp 3-24). New York: The Guilford Press.
- Gross, J. J. (2013). *Handbook of emotion regulation*. London: The Guilford Press.
- Hatzenberger, R., Lima, A. P. V. R., Lobo, B., Leite, L., & Kristensen, C. H. (2010). Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo. *Ciências & Cognição*, 15(2), 94-110.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Trauma Stress*, 5(3), 377-391. doi: 10.1002/jts.2490050305
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706-716. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., & Zwi, A. B. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC.
- La Flair, L. N., Bradshaw, C. P., & Campbell, J. C. (2012). Intimate partner violence/abuse and depressive symptoms among female health care workers: longitudinal findings. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 22(1), 53-9. doi:10.1016/j.whi.2011.07.001
- 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(2), 595-604.
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: Um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Linehan, M. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental para transtorno da personalidade Borderline: guia do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Newhill, C. E., Eack, S. M. & Mulvey, E. P. (2012). A growth curve analysis of emotion dysregulation as a mediator for violence in individuals with and without borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(3), 452-467. doi: 10.1521/pedi.2012.26.3.452
- ONU: 18 mulheres morrem por dia. (2013). Retrieved from <http://www.onu.org.br/onu-18-mulheres-morrem-por-dia-na-europa-vitimas-da-violencia/>

- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/OPAS.
- Perepletchikova, F. & Kaufman, J. (2010). Emotional and behavioral sequelae of childhood maltreatment. *Current Opinion in Pediatrics*, 22(5), 610-615. doi: 10.1097/MOP.0b013e32833e148a
- Rodrigues, A. P. G. & Gondim, S. G. (2013). Expressão e regulação emocional no contexto de trabalho: Um estudo com servidores públicos. *Revista de Administração Mackenzie*, 15(2), 38-65.
- Santi, L. N., Nakano, A. M. S., & Lettiere, A. (2010). Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(3), 417-424.
- Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L. H., Abreu P. B. S., & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 8-11.
- Schiraldi, G. R. (2009). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: A guide to healing, recovery, and growth*. 2 ed. New York: Mc Graw Hill.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., Falcão, M. T. C., & Figueiredo, W. S. (2005). *Violência dói e não é direito: A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora UNESP.
- Siegel, J. (2013). Breaking the Links in Intergenerational Violence: An Emotional Regulation Perspective. *Family Process*, 52, 163-178. doi: 10.1111/famp.12023
- Siegel, J. P. & Forero, R. M. (2012). Splitting and Emotional Regulation in Partner Violence. *Clinical Social Work Journal*, 40, 224-230. doi: 10.1007/s10615-011-0352-3
- Solomon, Z. & Horesh, D. (2007). Changes in diagnostic criteria of PTSD: Implications from two prospective longitudinal studies. *American Journal Orthopsychiatry*, 77(2), 182-188.
- Stith, S. M., & McCollum, E. E. (2011). Conjoint treatment of couples who have experienced intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 312-318. doi:10.1016/j.avb.2011.04.012
- Taylor, S., Asmundson, G., & Carleton, R. (2006). Simple versus complex PTSD: A cluster analytic investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(4), 459-472. doi:10.1016/j.janxdis.2005.04.003
- Van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399. doi: 10.1002/jts.20047

- Waiselfisz, J. J. (2012). *Mapa da Violência 2012. Atualização: Homicídio de Mulheres no Brasil*. São Paulo.
- WHO. (2012). *Understanding and Addressing Violence Against Woman*. World Health Organization.
- World Health Organization, WHO. (2005). *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses* (pp. 1–38). Geneva, World Health Organization.
- Zaleski, M., Pinsky, I., Laranjeira, R., Ramisetty-Mikler, S., & Caetano, R. (2010). Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Revista de Saúde Pública*, 44(1), 53-59.
- Zamir, O. & Lavee, Y. (2014). Emotional Regulation and Revictimization in Women's Intimate Relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–16. doi: 0.1177/0886260514555125
- Zanoti-Jeronymo, D. V., Zaleski, M., Pinsky, I., Caetano, R., Figlie, N. B., & Laranjeira R. (2009). Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. *Caderno de Saúde Pública*, 25(11), 2467-2479.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação propôs avaliar relações entre experiências de maus tratos na infância, desregulação emocional e sintomas de depressão, ansiedade e trauma complexo em mulheres em situação de violência conjugal. Foram identificados níveis leves de ansiedade, moderados de depressão e de desregulação emocional entre as participantes. Todas as participantes apresentaram histórico de maus tratos na infância. Foi identificado diagnóstico de trauma complexo em 30% das mulheres. Dessa forma, pode-se inferir que a violência é um fator de risco para a saúde mental das mulheres.

O estudo apresentou algumas limitações, dentre elas ressalta-se a dificuldade do acesso às mulheres em situação de violência para a participação da pesquisa, além disso, algumas participantes desistiram durante o processo de avaliação. Esses aspectos implicaram em limitações metodológicas, especificamente sobre o número de participantes para atingir o tamanho amostral significativo. A seleção por conveniência inviabilizou a generalização dos resultados. Outra limitação foi à ausência de um grupo controle para avaliar diferenças entre níveis de depressão, ansiedade, regulação emocional e trauma complexo.

Os estudos que compõem essa dissertação sugerem a importância de pesquisas sobre a avaliação psicológica de mulheres em situação de violência para que sejam desenvolvidos planos de tratamento psicológicos ajustados às demandas identificadas. Desse modo, será possível qualificar o funcionamento da rede de atendimento a mulheres, principalmente de atenção a saúde mental.