

# A VIOLÊNCIA COMO PRECURSORA DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO E O IMPACTO NA SAÚDE DA MULHER

Ana Flávia Gonzaga Santos<sup>1</sup>  
Eliabe Roriz Silva<sup>1</sup>  
Emanuel Fernandes de Souza Xavier<sup>1</sup>  
Lays Vieira Claudio Tangerino<sup>1</sup>  
Sarah Coelho Borges<sup>1</sup>  
Yasmin Santos Daguer<sup>1</sup>  
Talita Braga<sup>2</sup>  
Danielle Brandão Nascimento<sup>2</sup>

## Resumo

É notável que desde a infância até o fim da vida, as mulheres são suscetíveis a violação em diversos âmbitos, uma vez que a violência se estender desde a sexual, física, psicológica e até obstétrica. Essa realidade reflete em quadros biopsicossociais como depressão, ansiedade, auto culpabilização, isolamento social e, em destaque, é fator prevalente no desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Objetivo do estudo em voga busca realizar uma revisão integrativa da literatura analisar de que forma a violência atua como precursora do estresse pós-traumático e seu impacto na saúde da mulher. Para isso, foram selecionados 21 artigos publicados entre 2014 e 2018, sendo 18 em inglês e 3 em português usando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Post-Traumático"; "Violence Against Women"; "Estresse Pós-Traumático" e "violência". Resgatando artigos das plataformas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Public Medline (PubMed). Desse modo, foi possível ratificar a íntima relação entre violência contra a mulher e o desenvolvimento de TEPT, além de identificar fatores agravantes do quadro, como traumas na infância, violência por parceiro íntimo (VPI), revitimização, intercorrências durante a maternidade, Vírus da imunodeficiência humana (HIV), baixa autoestima, déficit cognitivo, permanência em abrigos e assistência social insuficiente. Portanto, faz-se necessária maior atenção às condições predisponentes ao evento traumático e a cronificação do transtorno.

**Palavras-chave:** Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Violência. Mulher. Trauma.

## VIOLENCE AS A PRECURSOR OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND THE IMPACT ON WOMEN'S HEALTH

### Abstract

It is notable that from infancy to the end of life, women are susceptible to rape in various spheres, since violence extends from sexual, physical, psychological and even obstetric. This reality reflects in biopsychosocial conditions such as depression, anxiety, self-blame, social isolation and, in particular, is a prevalent factor in the development of Posttraumatic Stress Disorder. Objective of the study in vogue seeks to carry out an integrative review of the literature analyzing how violence acts as a precursor of post-traumatic stress and its impact on women's health. To that end, 21 papers published between 2014 and 2018 were selected, being 18 in English and 3 in Portuguese using the DeCS: Post-Traumático; "Violence Against Women"; "Post-Traumatic Stress" and "Violence". Rescuing articles from the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Public Medline (PubMed) platforms. In this way, it was possible to ratify the intimate relationship between violence against women and the development of PTSD, in addition to identifying aggravating factors such as childhood traumas, intimate partner violence (IPV), revictimization, intercurrents during motherhood, human immunodeficiency (HIV), low self-esteem, cognitive deficit, shelter and insufficient social assistance. Therefore, it is necessary to pay more attention to the conditions predisposing to the traumatic event and the chronification of the disorder.

**Keywords:** Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Violence. Woman. Trauma.

<sup>1</sup>Discente do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. Brasil

<sup>2</sup>Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. Brasil. Email: daninha.brandao@hotmail.com

## 1. Introdução

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT, consiste em uma síndrome relacionada especificamente ao aparecimento de sintomas após exposição à situações que decorrem de episódios traumáticos e críticos. Incidentes esses que se relacionam com lesões de ordem físicas e psíquicas, associadas à morte e sua ameaça ou também quando relativas a dano próprio ou a outrem (ANGELINE et al., 2017).

Etiologicamente, segundo Freitas (2017) a síndrome está ligada a fatores biológicos, psicológicos e estressores, sendo esse último o desencadeante do transtorno. Entretanto, é válido ressaltar que a manifestação da TEPT varia de acordo com a noção subjetiva de cada indivíduo, uma vez que a percepção da relevância do evento está inerente a sua carga emocional e psicológica. Ademais, é possível observar aspectos intrínsecos a maior probabilidade de ocorrência do quadro, destacando traumas na infância, predisposição genética, bruscas mudanças no cotidiano, transtornos de personalidade, consumo exacerbado de álcool e incapacidade de reconhecer e expressar emoções.

De acordo com o autor supracitado, a “cicatriz biológica” é um achado relevante no progresso do TEPT. Essa cicatriz é resultante de alterações irreversíveis no desenvolvimento neuronal por sofrimentos particularmente ocorridos entre os infantes.

Diante da subjetividade das manifestações encontradas na TEPT, percebe-se um amplo espectro de variados quadros clínicos, surgindo, pois, a necessidade de melhor delimitação dos critérios diagnósticos da síndrome. Dessa forma, o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, 2014) definiu quatro grupos de sintomas característicos, sendo eles: revivência do trauma (em pesadelos, pensamentos incontroláveis), esquiva ou entorpecimento emocional, hiperestimulação autonômica (irritabilidade e insônia) e alterações negativas persistentes em cognição e humor (FELIPPE et al., 2016).

Em acréscimo, segundo estudo de Pineles, Hall e Rasmusson (2017) observa-se que a TEPT é mais prevalente e duradoura em mulheres quando comparadas com a prevalência em homens. Parte desse risco no sexo feminino é atribuído à maior possibilidade de exposição a episódios traumáticos, que incluem diversos tipos de violência, como a sexual e a doméstica.

Nesse sentido, a violência na atualidade se destaca por ter adquirido não apenas um caráter endêmico, mas ter se tornado uma questão de saúde pública. Determinado fato se apresenta ainda mais grave quando se considera este associado a realidade do sexo, uma vez que a prevalência de violência contra as mulheres é extremamente elevada. Essa problemática perdura na

realidade social das vítimas em consequência das sequelas orgânicas e emocionais, que são de grande magnitude. Dentre diferentes formas a violência contra a mulher se expressa desde o âmbito físico, sexual, psicológico, obstétrico, até negligência (ÇAPIK; DURMAZ, 2018).

Diante do exposto e comentado o presente estudo teve por objetivo analisar de que forma a violência atua como precursora do estresse pós-traumático e seu impacto na saúde da mulher.

## **2. Metodologia**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura objetivando resolver a questão norteadora supracitada investigando sobre os aspectos da violência associados ao Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT). Adotando determinado rigor metodológico estabelecido com base nos seguintes Descritores em Ciências da Saúde

(DeCS): “Post-Traumatic”; “Violence Against Women”; “Estresse Pós-Traumático” e “violência”. Resgatando artigos das plataformas LILACS, MEDLINE, SciELO e PubMed.

Dessa forma, elegeram e foram analisadas publicações entre 2014 e 2018, sendo 18 em inglês e 3 em português. Buscou-se construir uma análise das ações propostas enfocando a conceituação e/ou o esclarecimento do que é determinado pelos termos chave do presente estudo, sendo estes: TEPT, violência e violência contra a mulher.

## **3. Resultados e discussão**

### **3.1. Fatores predisponentes**

Ao investigar sobre eventos traumáticos na infância, foi capaz de reconhecer índices para tais eventos muito maiores em mulheres com HIV-positivo. Ademais, segundo o relatado, mulheres HIV-positivo são afetadas por maiores índices de trauma infantil, adulto e TEPT. Por outro lado, trauma e TEPT predispõem mulheres a serem infectadas por HIV, afinal podem levar a comportamento sexual de alto risco, abuso de substâncias e à incapacidade para negociar práticas sexuais seguras. Tal constatação demonstra a formação de um ciclo onde a revitimização se revela como consequência máxima.

Apesar das diversas constatações afirmativas a respeito do HIV e sua relação com o TEPT, ao realizar o controle para os traumas na infância e em outras etapas da vida não houve uma associação significativa. Da mesma maneira, o tipo e a severidade da violência praticada por parceiro íntimo não se mostraram relevantes preditores para TEPT, apesar de a violência por parceiro íntimo ter sua associação com a ocorrência do transtorno (HANSROD; SPIES; SEEDAT, 2015).

Com relação ao abordado sobre eventos traumáticos na infância, Hansrod; Spies; Seedat (2015) observou também o relato específico de alguns subtipos de trauma de infância, onde os mais

relatados foram: negligência emocional, abuso emocional, negligência física, abuso físico e abuso sexual. Além disso, afirma que tais subtipos são comumente co-ocorrentes, relatando que em seu estudo nenhuma das mulheres entrevistadas referiu apenas um dos subtipos, sendo que a maioria relatou pelo menos três diferentes.

Segundo a pesquisa de Jaquier et al. (2014) o efeito do abuso infantil e da negligência, combinados com vitimização subsequente em adultos, aumenta a sintomatologia do estresse pós-traumático. O fato de um passado de experiências de vitimização associado ao impacto negativo sobre a saúde mental das mulheres se torna preocupante, dado que a repetição da vitimização ao longo da vida parece ser a regra e não a exceção para mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo (VPI). As vítimas que experimentaram abuso e negligência na infância são duas a dez vezes mais propensas a sofrerem VPI em adultos, além de predizerem a sintomatologia mais duradoura. Ademais, há evidências de que mulheres expostas a violência são mais suscetíveis a experimentarem inúmeros relacionamentos íntimos abusivos e conseqüentemente a desenvolverem a TEPT mais agravada.

De acordo com Nazarov et al. (2014), observa-se um significativo déficit no desenvolvimento mental do público feminino analisado que apresenta TEPT decorrente de traumas sofridos durante a infância. O estudo em questão avalia essas mulheres a partir de tarefas, sendo uma delas por meio da percepção interpessoal, a qual vídeos curtos eram apresentados demonstrando relações sociais para serem interpretadas e a outra correlacionada à cognição social, em que se utilizava um teste computadorizado que estima a capacidade de designar estados mentais complexos apenas do olhar de pessoas expostas em fotografias. Diante disso, revelou-se de fato deficiente desenvolvimento psíquico quando submetidas respectivamente, às situações que envolviam relações familiares e identificação quanto ao reconhecimento de estados cognitivos em expressões visuais.

### **3.2. TEPT associada ao sexo feminino**

A construção do papel do sexo não apenas modela a socialização dos papéis bem como é a base dos fatores de risco relacionados ao evento traumático. As definições sociais de masculinidade e feminilidade têm conseqüências psicológicas na medida em que produzem diferenças sociais relacionadas ao sexo.

Embora haja diferenças socioculturais entre homens e mulheres, é importante a compreensão das diferenças de sexo que existem para um melhor entendimento da fenomenologia do TEPT. As diferenças e a evolução sintomatológica quanto à biologia básica podem desempenhar um papel importante, mas funcionam sinergicamente com as influências sociais para exacerbar as diferenças preexistentes (STREET; DARDIS, 2018).

Segundo o mesmo estudo, epidemiologicamente os homens estão mais suscetíveis a estarem expostos a situações de trauma, contudo, quando se considera a construção social e a exposição da mulher a tipos específicos é possível compreender como a exposição do sexo feminino é muito mais danosa. Isso pode ser explicado pelo fato que os traumas e determinados tipo específicos de violência contra a mulher são considerados predisponentes de TEPT. Um exemplo disso na realidade se dá pelo fato de que mulheres estão mais propensas a exposição a estupro e violência sexual desde a infância.

É impossível assumir que os mesmos fatores de riscos aos quais as mulheres se encontram expostas são os mesmos que os homens. Diante disso, é viável compreender como a diferença quanto ao sexo também se aplica como fator determinante na fisiopatologia e sintomatologia do transtorno de estresse pós-traumático. Não apenas a taxa de diagnóstico de TEPT é o dobro em mulheres do que no sexo masculino, mas também se demonstram diferentes os fatores estruturais e sintomas cognitivos específicos como maior sensibilidade, auto culpa, questionamento de crenças e menor tolerância a emoções negativas (PINELES; HALL; RASMUSSEN, 2017).

Individualmente não se pode contar o aumento dos níveis de sintomas com base em mediadores multifatorial, mas se sabe que estes contribuem para as diferenças de TEPT por sexo. Mulheres apresentam mais sintomas do transtorno como depressão, sensibilidade física por ansiedade, imobilidade tônica, pânico e distorções cognitivas. A combinação em níveis mais altos de diferentes fatores de risco é significativamente o responsável por essa severidade, uma vez que as mulheres estão mais expostas a traumas sexuais, violência urbana e no sistema de saúde (CHRISTIANSEN; HANSEN, 2015).

Apesar de serem bem estabelecidas as diferenças que refletem nas taxas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) entre os sexos, examinando fatores de risco maleáveis e ligados ao sexo é possível compreender e reduzir o risco entre as mulheres. Um desses fatores de risco é a sensibilidade à ansiedade elevada em mulheres em comparação aos homens e a gravidade dos sintomas de TEPT, já que, segundo o presente estudo, durante o momento traumático de violência precursor do transtorno essa característica relaciona-se diretamente a uma resposta amplificada ao trauma (NORR et al., 2015).

### **3.3. TEPT associada ao parto e puerpério**

A maneira como o nascimento de um filho evolui é capaz de predispor a mãe a desenvolver o transtorno de estresse tal qual qualquer outra violência. É inegável que algumas mulheres são mais sucessíveis a desenvolver TEPT após o parto do que outras, contudo, é ainda mais comum quando está associado a intervenções obstétricas, pré-eclâmpsia, nascimento pré-termo, emergências obstétricas, morbidade natal e parto instrumental com uso de fórceps. Evidências

mostram que a maior parte das mulheres que desenvolvem TEPT pós-parto, sem tratamento, raramente tem recuperação e a angústia pode perdurar por anos. Dessa maneira, as implicações podem alcançar desde os relacionamentos, saúde individual até a ligação mãe-bebê (STRAMROOD; SLADE, 2017).

De acordo com o autor supracitado a mudança de planos quanto a uma futura gravidez em mulheres com TEPT pós-parto não é incomum. Em alguns casos, pode encaminhar para uma total aversão quanto a possibilidade de engravidar. Experiências traumáticas não podem ser completamente evitadas, mas a perda de autonomia e controle durante o trabalho de parto são fatores que gravemente predispõe o advento do transtorno.

Segundo McKenzie-McHarg et al. (2015) corrobora para a avaliação de TEPT em mulheres durante a gestação e no pós-parto, revelando um despreparo no rastreio e ainda desconhecimento pelos profissionais de saúde nos serviços perinatais e maternidades podendo gerar um quadro de desumanização acerca dessa problemática. Diante disso, observa-se que muitos casos são diagnosticados como depressão pós-parto e, portanto, não recebem tratamento adequado que corresponda de fato ao DSM-V que classifica TEPT como aquele relacionado especificamente ao trauma e estresse e não à ansiedade.

Em relação ao estresse no pós-parto, o nascimento traumático pode ter implicações negativas para a mãe, criança e o parceiro. Correspondente ao infante, algumas mulheres com manifestações de TEPT podem ter dificuldades de vincular-se e assim evitar o aleitamento materno ao neonato, o que propicia complicações à saúde a longo prazo. Consonantemente, bebês prematuros de mães com TEPT estão associados a inapropriados padrões de alimentação e sono. Quanto aos parceiros, o transtorno materno pode influenciar negativamente na recusa ao sexo e intimidade decorrente do medo de nova concepção, potencializando comorbidades entre o casal principalmente no âmbito da saúde mental (MCKENZIE-MCHARG et al., 2015).

Visando ampliar a abordagem do TEPT em mulheres puérperas, um estudo realizado por Henriques et al (2015), avaliou uma maternidade pública de referência para gestações de alto risco fetal no município do Rio de Janeiro. Atentando-se à maneira como o quadro pode ser desenvolvido por mulheres no puerpério, foi capaz de dividir dois grupos, sendo o primeiro com fatores de risco como a vivência de situações traumáticas relacionadas à saúde materna ou neonatal e/ou ao parto, enquanto o segundo grupo vivenciou situações traumáticas prévias à gestação ou durante a mesma, desde que não relacionadas com o ciclo gestacional. Com as informações recolhidas foi possível associar a maior prevalência de TEPT ao maior número de eventos traumáticos ao longo da vida, observando principalmente o que está referente a traumas na infância e com destaque para a experiência sexual não desejada. Tal correlação apresentou um índice de prevalência de TEPT

maior em até cerca de duas vezes mais nas mulheres que passaram por situações traumáticas na infância que naquelas que tiveram tal experiência em outra fase da vida.

Outro fator que foi mencionado com destaque por Henriques et al (2015) foi o potencial das percepções maternas sobre o momento do parto/cesárea, os quais se mostraram bons marcadores de risco de TEPT, enquanto questões relacionadas à saúde do neonato e da mulher não se configuraram como bons marcadores para a TEPT no pós-parto. As mulheres que relatam sensações como falta de controle e o medo durante o parto ou a cesariana apresentaram uma maior prevalência de casos suspeitos do transtorno.

Para Angeline et al (2018) o desenvolvimento do TEPT encontra-se mais prevalente em primíparas, maiores que 40 anos quando relacionado, na gravidez, à ocorrência de fatores que elevam a gravidade da morbidade materna, não se demonstrando relação desses parâmetros com outras populações. Por outro lado, segundo Henriques et al (2015) a prevalência se encontra maior em múltiparas, uma vez que essas desenvolveram medo extremo do parto devido a um trauma no momento das partições anteriores, explicando, pois, a discordância entre os dois artigos.

### **3.4. TEPT associada à violência sexual**

O estudo de Peter-Hagene e Ullman (2017) mostra que, ao contrário do que se imagina, vítimas que beberam durante o assédio sexual estão ligadas diretamente ao menor e não maior níveis de TEPT. Isso se explica pelo fato de que a violência física é o prenunciador mais forte de desenvolvimento de sintomas de TEPT e consequentemente estupros relacionados ao uso de álcool envolve menos violência física. O aumento de sintomas do transtorno e os piores resultados de recuperação, portanto, reproduzem-se em função da internalização da culpa social pela própria vítima ao passo que esta acredita que mereceu tal violência.

Ademais, pode ocorrer uma forma de ciclo vicioso entre o abuso sexual e o desenvolvimento da TEPT. Isso foi constatado pelo estudo de Hahn et al. (2018), que demonstrou que o transtorno de estresse pós-traumático causado por violência sexual antes dos 18 anos leva a uma intensa deficiência na regulação comportamental, que, por sua vez, compromete a tomada de decisões, levando essas jovens a uma maior vulnerabilidade de se envolver em relações sexuais de risco. Dessa forma, demonstra-se a formação do ciclo vicioso em que o abuso sexual atua como fator desencadeante e resultante da TEPT, visto que mulheres acometidas pelo transtorno demonstraram maior chance de serem violentadas sexualmente.

### **3.5. TEPT associada à violência por parceiro íntimo**

Na análise de Felipe et al. (2016) realizada com vítimas da Delegacia de Orientação e Proteção à Família de Juiz de Fora - MG, constatou-se prevalência de 82,9% de TEPT nas mulheres

violentadas por parceiro íntimo. Dentre elas, percebe-se parâmetros em comum, uma vez que a maioria se constitui por jovens, casadas ou em união estável, que não tiveram vitimização prévia e nem histórico familiar de violência, com baixa renda familiar e baixa escolaridade. Além disso, a maioria dos casos foi praticada por marido ou ex-marido, havendo rompimento da relação em 68,3% do grupo em análise. Os agressores, em boa parte, eram dependentes químicos.

Segundo a pesquisa realizada por Stockman et al. (2015), realizado nos Estados Unidos com grupos femininos de minorias étnicas vítimas de violência psíquica pelo parceiro íntimo, verificou-se que essa violação entre as mulheres negras de baixa renda está associada à gravidade dos sintomas de TEPT, e também revelou relação com comportamento suicida. Ainda na mesma amostra, a vinculação entre a TEPT, feminicídio pelo parceiro íntimo – como o desfecho mais grave – e a depressão foram bastante significativas entre a amostra total tanto entre as afro-americanas quanto as afro-caribenhas.

Acerca do grupo de mulheres latinas analisado, aquelas que vivenciaram experiências de violência pelo parceiro íntimo apresentam maior prevalência de sintomas depressivos cerca de 41% a 48% e associado ao TEPT 16,3%. Essas, quando comparadas às mulheres latinas não violentadas, apresentam problemas adversos diretamente associados ao pleno funcionamento de sua saúde física, psíquica e emocional (STOCKMAN et al., 2015).

Sabendo que TEPT é um tipo de transtorno que está muito arraigado à ideia de zonas de conflito, principalmente dada a grande prevalência desse em soldados, Gupta et al (2014) buscou uma associação entre a violência praticada por parceiro íntimo e um conflito armado ocorrido em 2000 na Costa do Marfim com a ocorrência do transtorno de estresse pós-traumático. Com tal estudo foi possível averiguar uma maior associação da violência por parte do parceiro íntimo do que a violência relacionada ao conflito ou praticada por um estranho no que diz respeito a mulheres com o desenvolvimento do estresse pós-traumático, não relatando, porém, o que ocorreria em vítimas do sexo masculino. O que foi reconhecido como causa para o processo supracitado é o fato de que a violência praticada por uma pessoa de confiança determina um maior impacto negativo e mais duradouro sobre a vida dessas mulheres, gerando uma maior probabilidade no surgimento de sintomas do TEPT.

Nesse íterim, a análise de Shorey et al. (2018) reitera essa ideia de intercausalidade entre TEPT e violência sexual, uma vez que verificou uma forte associação entre sintomas desse acometimento e violência praticada por parceiro íntimo, tanto física quanto psicológica. Esse estudo confirmou a maior suscetibilidade das vítimas com TEPT à violência psicológica por parceiro íntimo, a qual está diretamente ligada a maior probabilidade de ocorrência de violência física, criando, assim, uma consistente relação indireta entre os sintomas do transtorno e a agressão física. E, como

já consolidado nos demais estudos dessa revisão, a violência atua como um dos principais fatores predisponentes da TEPT, ratificando a ciclicidade desses distúrbios.

### **3.6. Sintomatologia e revitimização**

Jonker et al (2018) realizou um estudo com mulheres residentes em abrigos, uma vez que esses, geralmente, são a última alternativa de fuga para as vítimas de violência. Logo, esses grupos são constituídos por mulheres com maiores problemas de saúde mental. Entre elas, foi notória a relação entre o desenvolvimento de TEPT e depressão, visto que três quartos relataram sintomas de depressão, sendo a maioria (84,1%) suspeitas de TEPT. Nesse viés, ainda foi constatado que os sintomas do transtorno foram mais significantes quando precedidos de abuso sexual, baixa autoestima e apoio social precário. Essa forte associação entre os dois agravos (TEPT e depressão) foi ratificada no estudo de Felipe et al (2016), que encontrou depressão presente em 76,5% das vítimas com sintomas de TEPT.

Com o crescente número de estudos abordando o TEPT, alguns autores buscaram a análise de um tipo de sintoma que é comum em vítimas de violência que desenvolveram o transtorno. Esse padrão de sintomas se define naqueles relativos à autoconsciência, auto percepção e às emoções morais. Trata-se de: sentimentos de vergonha, culpa e fraqueza e pensamentos negativos sobre o mundo e como esse é perigoso. Entretanto, consoante ao que foi verificado por Shin (2014), os sintomas de vergonha e a propensão à culpa se encontram mais associados ao desenvolvimento de depressão do que ao TEPT. Essa asseveração se demonstra associada com o que é explicado por Hagene (2016), afinal esse autor averiguou que as mulheres com sentimento de culpa e que, conseqüentemente sofrem com algum tipo de retaliação social, tendem à revitimização.

Além dessa constatação, no estudo realizado por Shin (2014), ao serem realizadas duas análises, foi possível compreender, a priori, que houve uma redução da quantidade de pacientes com TEPT da primeira análise para a segunda, com uma diferença de um mês entre as duas, porém, uma avaliação mais aprofundada averiguou que o único fator reduzido inicialmente foi o sintoma de evitar pensamentos, lugares, entre outros gatilhos que remetem à lembrança do evento traumático, dando ainda mais confiabilidade ao que estava sugerido na literatura, a qual declara esse sintoma como forte associado à evolução do transtorno de estresse pós-traumático.

Existe ainda uma íntima relação entre as características de como se desenvolveu o assédio sexual com os sintomas desenvolvidos na TEPT. Em estudos longitudinais foi examinado o impacto negativo na recuperação de vítimas de assédio sexual quando alcoolizadas durante a agressão, ainda que abusos relacionados ao álcool sejam típicos de menor violência física a retaliação social quanto a estes é maior. A auto culpabilização e sentimento de culpa por supostamente terem se colocado em situação de risco, pelo uso de bebida alcoólica ou por ter confiado no autor da

violência, pode prevenir a repetição da violência. Quando a auto culpabilização atinge o nível caracterológico está não apenas dificulta a recuperação, mas também colocam essas mesmas mulheres em posição de risco de se tornarem vítimas novamente (PETERHAGENE; ULLMAN, 2016).

De acordo com Shin et al (2017) a reincidência do abuso sexual é fator agravante do quadro de TEPT, além de acarretar uma maior suscetibilidade ao seu desenvolvimento. Isso é comprovado pelo fato de que mulheres revitimizadas sofrem mais emocional e psicologicamente do que as que foram agredidas somente uma vez, tornando-se, pois, mais incautas ao TEPT e à tentativa de suicídio. Dentre os fatores que propiciam a revitimização estão o abuso sexual infantil, assertividade sexual e os próprios sintomas de TEPT, depressão e ansiedade.

Além disso, esse estudo traz à tona a relação entre a cognição negativa pós-traumática e o mau prognóstico da TEPT. Essa deficiência cognitiva acarreta pensamentos acerca da fraqueza individual e os perigos mundanos, o que leva a uma perspectiva negativa da situação e a uma auto culpabilização por parte da vítima. Todos esses aspectos estão diretamente concatenados com maior risco de desenvolvimento e agravamento da revitimização.

#### **4. Conclusão**

Portanto, diante dos estudos analisados na presente revisão, conclui-se que existe uma relação consolidada entre a violência contra a mulher em suas diversas faces e o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático. Destaca-se ainda sua relação com fatores como o sexo, puerpério, abuso sexual, violência por parceiro íntimo e revitimização. Diante dos fatores de risco e das correlações apresentadas nessa pesquisa é evidente que uma maior atenção aos fatores predisponentes ao TEPT constitui uma medida eficaz para uma possível atenuação da prevalência do transtorno.

Além disso, é importante destinar atenção imediata às mulheres que já desenvolveram TEPT, uma vez que o manejo precoce desses sintomas pode evitar uma possível revitimização.

Desse modo, faz-se imprescindível sistematizar a busca ativa por meio de uma equipe multidisciplinar, de maneira a promover o reconhecimento das mulheres com fatores de risco para que essas sejam precocemente abordadas antes que haja estabelecimento ou cronificação do TEPT.

- ANGELINI, C. R. et al. Post-Traumatic Stress Disorder and severe maternal morbidity: is there an association?. **Clinics**, v.73, 2018
- ÇAPIK, A.; DURMAZ, H.. Fear of Childbirth, Postpartum Depression, and Birth-Related Variables as Predictors of Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, 2018.
- CHRISTIANSEN, D. M.; HANSEN, Maj. Accounting for sex differences in PTSD: A multi-variable mediation model. **European journal of psychotraumatology**, v. 6, n. 1, p. 26068, 2015.
- FELIPPE, A. M. et al. Violência praticada pelo parceiro íntimo e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). **PSIQUE**, v.1, n.2, p.95-111, 2016.
- FREITAS, AC. Transtorno de Estresse Pós-Traumático. **Revista Jurídica Digital Data Venia**, v. 5, n.7, p. 177-190, 2017.
- GUPTA, J. et al. Associations between exposure to intimate partner violence, armed conflict, and probable PTSD among women in rural Côte d'Ivoire. **PLoS One**, v. 9, n. 5, p. e96300, 2014.
- HAHN, C. K. et al. Women's Perceived Likelihood to Engage in Sexual Risk Taking: Posttraumatic Stress Symptoms and Poor Behavioral Regulation. **Journal of interpersonal violence**, p. 0886260518802851, 2018.
- HANSROD, F.; SPIES, G.; SEEDAT, S.. Type and severity of intimate **partner violence and its relationship with PTSD in HIV-infected women. Psychology, health & medicine**, v. 20, n. 6, p. 697-709, 2015.
- HENRIQUES, T. et al. Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 2523-2534, 2015.
- JQUIER, V.; SULLIVAN, T. P. Fear of past abusive partner(s) impacts current posttraumatic stress among women experiencing partner violence. **Violence against women**, v.20, n.2, p.208-227, 2014.
- JONKER, I. E. et al. Factors related to depression and post-traumatic stress disorder in shelter-based abused women. **Violence against women**, p. 1077801218790700, 2018.
- MCKENZIE-MCHARG, K. et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 33, n. 3, p. 219-237, 2015.
- NORR, A. M. et al. The relationship between gender and PTSD symptoms: Anxiety sensitivity as a mechanism. **Personality and Individual Differences**, v. 90, p. 210-213, 2016.
- PETER-HAGENE, L. C.; ULLMAN, S. E. Longitudinal effects of sexual assault victims' drinking and self-blame on posttraumatic stress disorder. **Journal of interpersonal violence**, v. 33, n. 1, p. 83-93, 2018.
- PINELES, S. L.; HALL, K. A. A.; RASMUSSEN, . M. Gender and PTSD: different pathways to a similar phenotype. **Current opinion in psychology**, v. 14, p. 44-48, 2017.

SHIN, K. M. et al. A pilot prospective study of the relationship among cognitive factors, shame, and guilt proneness on posttraumatic stress disorder symptoms in female victims of sexual violence. **Journal of Korean medical science**, v. 29, n. 6, p. 831-836, 2014.

SHIN, K. M. et al. Post-traumatic cognition mediates the relationship between a history of sexual abuse and the post-traumatic stress symptoms in sexual assault victims. **Journal of Korean medical science**, v.32, n.10, p.1680-1686, 2017.

SHOREY, R. C. et al. The association between PTSD symptoms and IPV perpetration across 6 years. **Journal of interpersonal violence**, p. 0886260518800310, 2018.

STOCKMAN, J. K., Hayashi, H., & Campbell, J. C. Intimate partner violence and its health impact on ethnic minority women. **Journal of Women's Health**, v.24, n.1, p.6279, 2015

STRAMROOD, C.; SLADE, P.. A Woman Afraid of Becoming Pregnant Again: Posttraumatic Stress Disorder Following Childbirth. In: Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology. **Springer, Cham**,. p. 33-49, 2017.

STREET, A. E.; DARDIS, C, M. Using a social construction of gender lens to understand gender differences in posttraumatic stress disorder. **Clinical psychology review**, 2018.

