



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

A influência do Suporte Social e do Trauma Cumulativo na  
predição de Perturbação de Stress Pós-Traumático e depressão  
em mulheres vítimas de violência conjugal.

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Ana Luísa Macedo Vilela**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

DEZEMBRO DE 2015



**CATÓLICA**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS**

---

BRAGA

**A influência do Suporte Social e do Trauma Cumulativo na  
predição de Perturbação de Stress Pós-Traumático e depressão  
em mulheres vítimas de violência conjugal**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Ana Luísa Macedo Vilela**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Eleonora Cunha  
Veiga Costa**

## *Agradecimentos*

*Agradeço a todos que me apoiaram e acreditaram em mim quando duvidei.*

*À minha família, mãe, pai, avó, avô, Rafa, por serem quem são.*

*Em especial aos meus pais por todo o sacrifício feito para eu poder estar aqui.*

*Se hoje sou quem sou devo-lhes a eles.*

*Ao Paulo, por ter sempre uma visão positiva das situações.*

*À minha orientadora, Doutora Eleonora Veiga Costa, pelo apoio e orientação.*

*À Doutora Maria José Coutinho pelo exemplo de profissionalismo, e por toda a disponibilidade demonstrada ao longo deste estágio, à Doutora Teresa Silva, pelos ensinamentos, pelo carinho e pelo companheirismo.*

*E por último aos meus professores que ao longo desta caminhada partilharam comigo os seus conhecimentos e experiências.*

## **Resumo**

O presente estudo analisa a influência do suporte social e do trauma cumulativo como preditores de sintomatologia depressiva e de PSPT nas mulheres vítimas de violência conjugal (N=144). É um estudo de autorrelato retrospectivo, onde todas as participantes responderam a uma bateria de instrumentos entre eles o Questionário Sóciodemográfico, a Escala de Autorrelato de Sintomatologia de PSPT, a Escala de Suporte Social (S.P.S.), o Inventário de Sintomas Psicológicos (BSI), as Escalas Táticas de Conflito Revisadas (CTS2) e o Questionário de trauma infantil (CTQ). Concluiu-se que existem diferenças significativas entre as mulheres vítimas de violência conjugal com suporte social e sem suporte social ao nível do trauma cumulativo, depressão e PSPT, podemos assim concluir que quanto maior o trauma infantil maior a probabilidade de experienciar sintomatologia depressiva, quanto maior o trauma infantil menor o suporte social, o suporte social elevado prediz menor severidade de sintomatologia de Depressão e de PSPT, e a existência de trauma infantil prediz maior probabilidade de experienciar sintomatologia depressiva em mulheres vítimas de violência conjugal. Indo de encontro à literatura que refere o suporte social e o trauma cumulativo como fortes preditores de psicopatologia em mulheres vítimas de violência conjugal.

Palavras chave: Violência conjugal, Suporte social, Trauma cumulativo, Revitimização, Depressão, Perturbação de Stress Pós-Traumático

## **Abstract**

This study examines the influence of social support and the cumulative trauma as predictors of depressive symptoms and PTSD in women victims of intimate partner violence (N = 144). Using retrospective self-report, and all participants completed a battery of instruments including the socio-demographic questionnaire, a self-report scale of PTSD symptomatology, the Social Support Scale (SPS), the Inventory of Psychological Symptoms (BSI), the revised conflict tactics scales (CTS2) and childhood trauma questionnaire (CTQ). It was concluded that there are significant differences among women victims of IPV with social support and no social support in terms of cumulative trauma, depression, and PTSD; and we can thus conclude that the higher childhood trauma more likely to experience depressive symptoms, when higher the childhood trauma lowest social support; the high social support predicted lower severity of symptoms of PTSD and depression, and the existence of childhood trauma predicts more likely to experience depressive symptoms in women victims of IPV. Going against the literature referring to the social support and the cumulative trauma as strong predictor of psychopathology in women victims of IPV.

Keyword: Intimate partner violence, social support, cumulative trauma, childhood trauma, depression, PTSD,

### **Acrónimos**

**APAV**- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

**BSI** – Inventário de sintomas psicológicos

**CTS2** – Escala de táticas de conflito revisadas

**IPV** – *Intimate Partner Violence*

**YSR** – Questionário de autoavaliação para jovens

**PSPT** – Perturbação de Stress Pós-traumático

## **Índice**

Agradecimentos.....	I
Resumo .....	II
Abstract.....	III
Acrónimos .....	IV
Índice .....	V
Introdução.....	1
Metodologia .....	7
Participantes.....	7
Medidas .....	8
Procedimentos .....	10
Análises Estatísticas.....	11
Resultados.....	12
Discussão.....	25
Limitações .....	29
Conclusão.....	29
Referências Bibliográficas .....	30

## **Introdução**

Frequentemente os constructos violência doméstica, violência conjugal e violência nas relações de intimidade são utilizados com significados semelhantes, como referência à violência nas relações interpessoais íntimas. Aglomeram todos os atos de violência física, psicológica, sexual, económica ou até mesmo homicídio, cometidos contra pessoas direta ou indiretamente, a cônjuges, ex-cônjuges com quem a vítima mantenha ou tenha mantido uma relação, com ou sem coabitação (Ventura, Frederico-Ferreira & Magalhães, 2013).

A violência conjugal é considerada pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública, com repercussões nefastas ao nível da saúde física e mental da vítima, causadoras de dificuldades ao nível do desempenho familiar, social e laboral (OMS, 2002). Esta ocorre no seio de uma relação, quando uma das partes recorre ao uso da força ou do constrangimento com a finalidade de promover ou perpetuar o domínio da outra parte, sendo que, na violência conjugal a relação de poder não está distribuída de forma simétrica (Pinto, Varela & Vinhal, 2012) e as suas consequências prolongam-se para além dos danos imediatos (Capaldi & Jennifer, 2012; Lagdon, Armour & Stringer, 2014).

Cerca de 35% das mulheres no mundo inteiro já experienciaram violência doméstica, quer seja ela física e ou sexual. Embora existam diversas formas de violência a que as mulheres podem estar expostas, isto já representa uma grande proporção de mulheres vítimas em todo mundo. Uma elevada percentagem dessa violência é realizada por um parceiro íntimo. Tendo em consideração todo o planeta Terra, quase um terço das mulheres que tenham vivenciado relacionamentos íntimos têm experienciado violência física e sexual por parte do seu companheiro, em algumas regiões como em África, no Mediterrâneo Oriental e no sudeste da Ásia, a percentagem pode chegar aos 37%. No que concerne, à Europa cerca de 25% das mulheres relataram experiências de violência conjugal (OMS, 2013).

Em Portugal no ano de 2014 segundo o relatório anual da APAV (2014), 78,4% das vítimas que procuraram ajuda nesta instituição foram vítimas do crime de violência doméstica, sendo que 42,2% desta mesma amostra foram vítimas de violência realizada pelo parceiro íntimo.

Os relacionamentos conflituosos são frequentemente caracterizados pela presença de outras limitações, tais como psicopatologia por parte de um parceiro e pela violência conjugal (Rowe, Doss, Hsueh, & Libet, 2011). A presença de psicopatologia deve ser reconhecida como um preditor de violência conjugal, tanto para homens como para mulheres (Lussier et al., 2009; Miller et al., 2009).

Segundo a OMS (2013), as mulheres que foram vítimas de abuso físico ou sexual

pelos seus companheiros apresentam taxas mais elevadas de problemas de saúde.

Estudos de carácter prospectivo têm vindo a demonstrar que a ocorrência de perturbação mental pode aumentar a vulnerabilidade à violência conjugal, e que a violência conjugal está associada tanto ao risco como à cronicidade de doença mental (Brown, Harris, Hepworth & Robinson, 1994; Ehrensaft, Moffitt & Caspi, 2006). Neste sentido, percebe-se que também a nível psicológico a violência conjugal tem efeitos nefastos como sintomatologia ansiosa, depressiva, perturbação de stress-pós-traumático (PSPT), perturbações alimentares e psicoses (Cerulli, Poleshuck, Raimondi & Veale, 2012; Oram, Trevillion, Feder & Howard, 2013). No entanto, Campbell (2002) refere que a depressão e a PSPT, têm maior comorbilidade, sendo que são as sequelas prevalentes em mulheres vítimas de violência conjugal. Corroborando neste sentido, no presente estudo centramo-nos na depressão e no stress pós-traumático.

Os estados emocionais negativos, vivenciados pela vítima devido à situação traumática podem ser considerados, um dos principais factores pelos quais a violência conjugal pode gerar depressão, stress pós-traumático e tentativas de suicídio subsequentes (Beco, Reich, Woodward, Olsen, Jones, & Patton, 2015; OMS, 2013).

Kelly (2010) constatou que as mulheres que sofrem violência conjugal são mais propensas a sofrer de depressão e de stress pós-traumático do que as mulheres que não sofreram nenhum tipo de violência conjugal e que, agressores que utilizem técnicas de domínio sob a vítima são percursos importantes para o desenvolvimento de sintomatologia de PSPT (Campbell, 2002; Johnson, Zlotnick & Perez, 2011).

Também Chandra, Satyanarayana e Carey (2009), estudaram a associação dos sintomas psicopatológicos em mulheres que sofreram de violência conjugal, numa amostra de 105 mulheres, 56% reportaram história de violência conjugal, sendo que 12% das mulheres cumpriram os critérios para o diagnóstico de PSPT, contudo a prevalência de sintomas depressivos foi superior, visto que, das 59 mulheres vítimas de violência conjugal, 58 cumpriram critérios para o diagnóstico de depressão, o estudo em causa foi realizado na Índia. Anteriormente Pico-Alfonso e seus colaboradores (2006), relataram resultados no mesmo sentido, pois estes constataram que as mulheres vítimas de violência física e psicológica por parte dos seus companheiros apresentavam maior incidência de morbilidade psiquiátrica sob a forma de depressão, ansiedade, PSPT e pensamentos suicidas comparativamente a mulheres que não sofreram qualquer tipo de abuso.

Corroborando com o que foi dito anteriormente, a violência conjugal a nível físico e psicológico tem sido frequentemente relacionada com a perturbação de stress pós-traumático

(Babcock, Roseman, Green & Ross, 2008, Jones, Hughes & Unterstaller, 2001). Scheffer e Renck (2008) constataram que 12 em cada 14 mulheres que sofreram de violência conjugal vivenciaram sintomas de PSPT. Estudos realizados na população espanhola demonstraram que mulheres que sofreram de violência conjugal (n=75) apresentaram valores mais elevados de PSPT comparativamente ao grupo de controle (n=52). Além disso, a gravidade da violência conjugal estava diretamente correlacionada com a intensidade dos sintomas PSPT, sendo que o abuso psicológico foi o maior preditor de PSPT (Pico-Alfonso, 2005; Pico-Alfonso et al., 2006).

Também ao nível do trauma e da revitimização a literatura concorda que existe uma relação entre trauma e PSPT e que o número de eventos traumáticos vivenciados apresenta uma relação significativa com a severidade da sintomatologia de PSPT (Graham-Bermann, Sularz & Howell, 2011). Podemos constatar isso mesmo no estudo de Johnson, Zlotnick e Perez (2011) onde concluíram que as vítimas de violência conjugal com sintomatologia de PSPT apresentam um risco aumentado de sofrerem de novo abuso, pois os autores defendem que as vítimas podem tornar-se insensíveis durante situações de risco, reduzindo a sua capacidade de perceber adequadamente situações de insegurança ou perigo, devido ao entorpecimento. Bridgett, Lilly, e London (2014) defenderam que a revitimização interpessoal está associada a taxas elevadas de PSPT.

O suporte social também é um factor preponderante, pois como Katerndahl, Burge, Ferrer, Becho e Wood (2013) concluíram no seu estudo cujo objectivo principal se prendia com a comparação da estrutura, tamanho e composição do suporte social em mulheres vítimas de violência conjugal comparado com mulheres que não sofriam deste tipo de violência, constataram que as mulheres vítimas de violência conjugal apresentam redes de suporte social mais frágeis, oferecendo menos apoio em comparação com o outro grupo de mulheres que não sofreram deste tipo de abuso. O suporte social pode ser representado para a vítima como o suporte social recebido ou o suporte social percebido, ou seja, a convicção da vítima que quando necessitar de apoio emocional ele estará disponível (Hansen, Eriksen, & Elklit, 2014; Schumm, Briggs-Philips & Hobfoll, 2006). A ausência de suporte social real ou de menores níveis de suporte social podem ser identificados como factores de risco para PSPT, em contrapartida a atuação adequada do suporte social pode atuar como um moderador contra o desenvolvimento de PSPT em mulheres vítimas de violência conjugal (Robinaugh et al., 2011; Hobfoll, 1998).

Os danos causados por este tipo de violência são agravados pela falta de suporte social, pela ineficácia de alguns serviços de apoio, bem como pelas influências políticas e

ideológicas. A importância e as consequências deste tipo de violência ainda é por vezes relativizada pela família, amigos e profissionais a quem estas tentam contactar, o que leva a que estas situações se prolonguem, no sentido em que estas mulheres deixam de procurar ajuda (Aldridge, 2013). Segundo Williamson (2010), a falta de suporte social também é uma agravante para que as mulheres considerem a situação vivida como algo irreal, reforçado pela falta de apoio do mundo externo, e justificado pela descrença e injustiça sentida, o que faz com que as dinâmicas de violência se perpetuem no tempo (Becho, Burge, Ferrer, Katerndahl & Wood, 2012).

Para além da PSPT, a depressão também é uma das consequências mais comuns da violência conjugal, como foi referido anteriormente (Campbell, 2002; Eshelman & Levendosky, 2012). Os dados da OMS (2013) revelam que mulheres vítimas de violência conjugal estão quase duas vezes mais propensas a sofrer de depressão comparativamente a mulheres que não sofreram deste tipo de violência. E que menos de metade das vítimas sofriam de sintomas depressivos, comparativamente a dez ou vinte por cento das mulheres em geral, e que quanto maior for a duração e a gravidade das situações de violência maior será a perpetuação da depressão, e mais grave será a sua ocorrência (Golding, 1999; Taft, Resick, Watkins & Panuzio, 2009). Ilustrando deste modo a influência da duração e da gravidade da violência vivida pela mulher na sua saúde mental.

A sintomatologia depressiva em mulheres vítimas de violência conjugal também poderá estar relacionada com outros fatores concomitantes à situação de violência, como a vivência de outros traumas, stressores diários, stressores associadas aos filhos, mudanças de residência, abuso sexual, relações conjugais passadas e acontecimentos de vida negativos (Campbell, 2002; Kamimura, Parekh & Olson, 2013).

Estudos realizados anteriormente sugerem que os indivíduos de família violentas têm maior risco de violência conjugal subsequente, o que acontece também em indivíduos que vivenciaram diversos tipos de trauma (Armour & Sleath, 2014). Verificado também nos estudos realizados por Fritz, O'Leary e Slep (2012), onde constataram que vítimas mulheres que testemunharam agressões perpetradas pelo pai têm maior probabilidade de serem vítimas de violência conjugal no futuro, e que mesmo acontecia quando as vítimas testemunhavam agressões do pai à mãe. Henry e colaboradores (2003) utilizaram uma amostra de 608 estudantes universitários americanos, e concluíram que agressões realizadas pela progenitora à criança foram preditivas na perpetuação da violência conjugal, sendo que relativamente aos homens estes seriam agressores no futuro, e as mulheres seriam vítimas.

Os efeitos de traumas cumulativos conferem maior risco de sintomatologia psíquica

(Shevlin, Houston, Dorahy, & Adamson, 2008). Cavanaugh e colaboradores (2013) e Ford e seus colaboradores (2013) relataram que o trauma cumulativo confere maior risco de morbidade psicológica. Por conseguinte, é compreensível que ao longo da vida a revitimização de violência conjugal, onde os indivíduos são expostos a diversas formas de violência conjugal em várias fases da sua vida, estão mais propensos a vivenciar morbidade psicológica (Armour & Sleath, 2014).

A associação entre vitimação anterior e violência conjugal pode dever-se, em parte, aos sintomas de PSPT e de depressão resultantes desses acontecimentos traumáticos anteriores, como abuso na infância (Iverson, Gradus, Resick, Suvak, Smith, & Monson, 2011). Um estudo realizado por DePierro, D'Andrea e Pole (2013) constataram que ao correlacionarem os sintomas de PSPT e a violência conjugal crônica, os participantes com sintomas mais intensos demonstraram maior probabilidade de já terem vivenciado outros traumas.

Podemos assim verificar que foram realizados diversos estudos que investigaram a influência do trauma cumulativo como preditor de sintomatologia depressiva e de PSPT nas mulheres vítimas de violência conjugal (Alexander, 2014; Bridgett, Lilly & London, 2014; Miranda, Osa, Granero & Ezpeleta, 2013; Berzenski & Yates, 2010).

De ressaltar ainda o facto do suporte social poder atuar como moderador da associação entre a violência conjugal e os seus efeitos nocivos (Hansen, Eriksen & Elklit, 2014), como sintomas depressivos e stress pós-traumático (Coker et al., 2002).

Uma pesquisa extensa documentou que de entre os fatores que se associam à violência conjugal e aos sintomas de PSPT, incluem o suporte social, o nível socioeconómico, estratégias de *coping*, para além comorbidade com outra perturbação psicológica tal como a depressão (Babcock, Roseman, Green & Ross, 2008; Coker et al., 2005; Johansen, Wahl, Eilertsen, & Weisaeth, 2007; Lilly & Graham-Bermann, 2010; Taft, Resick, Watkins, & Panuzio, 2009).

Podemos ainda constatar que o aumento do suporte social pode ser um importante alvo terapêutico. Os autores Hansen, Eriksen e Elklit (2014) corroboraram nesse sentido, pois examinaram os efeitos de um programa de intervenção em três fases para mulheres vítimas de violência conjugal, com sintomas psicológicos (PSPT, ansiedade, depressão) na percepção de suporte social, neste sentido, os autores verificaram que as vítimas relataram um o aumento do suporte social percebido durante a aplicação do programa. Também Johnson, Zlotnick e Perez, (2011) chegaram a conclusões semelhantes no seu estudo onde os participantes experimentaram um aumento significativo dos níveis de suporte social após o

tratamento, no entanto este efeito só foi percebido na primeira semana de tratamento e não durante o acompanhamento de seis meses.

Em modo de conclusão podemos referir que segundo a literatura a vivência de abuso infantil ou a exposição à violência conjugal aumenta o risco de experienciar violência conjugal na idade adulta (Alexander, 2014; Bridgett, Lilly, & London, 2014; Daisy & Hien, 2014; Miranda, Osa, Granero & Ezpeleta, 2013). Relativamente à variável suporte social diversos estudos também constataram a sua influência na morbidade psicológica em vítimas de violência conjugal (Hansen, Eriksen, & Elklit, 2014; Katerndahl, Burge, Ferrer, Becho & Wood, 2013; Robinaugh et al., 2011). Porém poucos estudos relacionaram estas duas variáveis (suporte social e trauma cumulativo) com a predição de sintomatologia depressiva em mulheres vítimas de violência conjugal.

A correlação entre estes constructos foi baseada numa combinação de modelos teóricos, o modelo *Stress-buffered* (Wheaton, 1985) e o modelo trauma cumulativo (Follette, Polusny, Bechtle, & Naugle, 1996). No modelo *stress-buffered* está subjacente o suporte social e o impacto deste na exposição ao stressor, que no nosso caso foi a violência conjugal, o modelo do trauma cumulativo defende que sujeitos expostos a variados traumas ao longo da vida têm maior predisposição para sintomatologia psicopatológica (Follette, Polusny, Bechtle, & Naugle, 1996).

Neste sentido, através da experiência de mulheres vítimas de violência conjugal pretendeu-se com este estudo quantitativo, (1) encontrar diferenças entre mulheres que sofreram de violência conjugal com suporte social *versus* mulheres que sofreram de violência conjugal sem suporte social ao nível da PSPT, depressão e trauma; (2) encontrar relações significativas positivas entre trauma infantil, depressão e PSPT, e relações significativas negativas entre estas variáveis e o suporte social (3) espera-se ainda que as variáveis de trauma cumulativo e de suporte social contribuam de forma diferente para a PSPT e para a depressão nas mulheres vítimas de violência conjugal (sob o diferentes tipos de abuso).

## Método

### Participantes

Neste estudo participaram 144 mulheres vítimas de violência conjugal, utentes da Associação Portuguesa da Apoio à Vítima, isto incluiu, utentes do gabinete de Braga e utentes das diversas casas-abrigo. Em relação à idade, a maioria das participantes tinham idades compreendidas entre 40 e os 65 anos (52.8%) sendo que a média de idades foi de 42.49 (SD=11.61), em relação ao número de filhos este varia entre não ter filhos e ter 5 filhos, (M=1.61, DP= 1.11). Quanto às habilitações literárias uma grande percentagem das mulheres relata ter terceiro ciclo completo (27.8%) ou o primeiro ciclo completo (22.2%). Das 144 mulheres mais de metade encontra-se empregada (52.8%). Relativamente ao estado civil, 45.1% encontram-se casadas, 17.4% encontram-se divorciadas e 16.7% encontram-se solteiras, de referir ainda que 41.7% das participantes habita com o agressor. A duração média da violência conjugal foi de 13.12 anos (SD=11.84).

Tabela 1: Análise Descritiva da amostra

Variáveis	Amostra (N = 144)		Suporte social				P <sup>a</sup>
			Sim (n = 92; 63.9%)		Não (n = 47; 32.6%)		
	n	%	n	%	n	%	
<i>Idade em anos</i>	M = 42.49 SD = 11.61		M = 41.03 SD = 10.55		M = 45.85 SD = 12.91		.241
<i>Idade em categorias</i>							
18-29	18	12,5	13	14.1	3	6.4	
30-39	44	30,6	29	31.5	14	29.8	.203
40-65	76	52,8	48	52.2	26	53.3	
66-80	6	4,2	2	2.2	4	8.5	
<i>Habilitações Literárias</i>							
Analfabeto	3	2.1	0	0	3.0	6.4	
Primeiro Ciclo	32	22.2	22	23.9	10	21.3	
Segundo Ciclo	21	14.6	16	17.4	5	10.6	
Terceiro Ciclo	40	27.8	23	25.0	15	31.9	.149
Ensino secundário	24	16.7	17	18.5	6	12.8	
Ensino superior	24	16.7	14	15.2	8	17.0	

<i>Situação profissional</i>							
Empregado	76	52.8	49	53.8	25	53.2	.208
Desempregado	52	36.1	35	38.5	14	29.8	
Reformado	15	10.4	7	7.7	8	17.0	
<i>Estado Civil</i>							
Solteiro	24	16.7	16	17.4	7	14.9	.127
Em União de Facto	12	8.3	7	7.6	4	8.5	
Casado	65	45.1	46	50.0	19	40.4	
Divorciado	25	17.4	16	17.4	6	12.8	
Separado	18	12.5	7	7.6	11	23.4	
<i>Habita com o agressor</i>							
Sim	60	41.7	39	42.4	20	42.6	.985
Não	84	58.3	53	57.6	27	57.4	
Tempo de vitimação	<i>M</i> = 13.12 <i>SD</i> = 11.84		<i>M</i> = 11.89 <i>SD</i> = 10.30		<i>M</i> = 16.39 <i>SD</i> = 14.15		.450

<sup>a</sup> Estimated by t-tests for differences in means and the Pearson  $\chi^2$  of independence.

Notes: M – Mean; SD – Standard Deviation

## Medidas

**Questionário Sociodemográfico.** O Questionário sociodemográfico (Costa, Graça, Madeira, Paiva & Rodrigues, 2014) foi desenvolvido com o objetivo de recolher dados sociodemográficos e outras variáveis clínicas cruciais para a caracterização da amostra. No questionário constou a seguinte informação: idade, sexo, habilitações literárias, origem étnica, estatuto profissional atual, estado civil, número de filhos, relação com o agressor, coabitação com o agressor, quem agrediu primeiro, duração da violência conjugal, sendo constituído por 11 itens de formato misto, com questões abertas e de escolha múltipla.

**Escala de auto-relato de sintomatologia de PSPT.** A Escala de Autorrelato de Sintomatologia de PSPT (*PTSD Symptom Scale: self-reported*–PSS-SR; Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993) pretende avaliar a presença e severidade de sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-traumático, nos indivíduos que possuem história de trauma. A escala utilizada no presente estudo foi adaptada por Veiga Costa e McIntyre (2002). A escala PSS é constituída por 17 itens que diagnosticam a PSPT de acordo com os critérios do DSM-IV (DSM-IV, 1994), categorizada numa escala de 4 pontos (de nada a muito). Esta escala

demonstrou um excelente critério de validade interna e concorrente em várias populações com história de trauma (Alfa de Cronbach=.91) (Foa et al., 1993; Schumm, Hobfoll, & Keogh, 2004; Schumm, Stines, Hobfoll, & Jackson, 2005), em termos de fidelidade nesta amostra (N=144), a escala apresenta um índice elevado de consistência interna (Alfa de Cronbach=.92) apresentando todos os itens correlações superiores a .30 com o total da escala.

**Escala de Suporte Social (S.P.S).** A Escala de Suporte Social é constituída por doze afirmações, com duas frases por função, isto é, uma frase redigida de modo afirmativo e outra de modo negativo.

A escala utilizada neste estudo corresponde a dez itens que incluem as subescalas selecionadas por Hobfoll, no Women's Health Study Questionnaire (2002, cit. in Costa, 2006). De ressaltar que embora os dados aqui analisados sejam relativos a uma versão portuguesa, esta versão é meramente parcial e não se podendo considerar um estudo de validação da mesma. No presente estudo utilizar-se-á um conjunto de 10 afirmações como foi referido anteriormente (McIntyre & Costa, 2002, cit. in Costa, 2006) que avaliam a caracterização das relações do sujeito com amigos ou família. A pessoa avalia as afirmações numa escala tipo *Likert* com quatro possibilidades, escolhendo uma das condições: “Não”, “Às vezes”, “ Sim” ou “Incerteza” (Costa, 2006). Em relação à consistência interna a escala apresenta um alfa adequado de .72, sendo que nesta amostra (N=144), a escala apresenta um índice de consistência interna de .86, apresentando todos os itens correlações superiores a .30 com o total da escala.

**Inventário de Sintomas Psicológicos (BSI; Derogatis, 1992).** O BSI é um inventário de autorresposta constituído por 53 itens (Canavaro, 1995). Avalia os sintomas psicopatológicos, em nove dimensões e três índices globais sendo eles a Somatização, as Obsessões-Compulsões, a Sensibilidade Interpessoal, a Depressão, Ansiedade, a Hostilidade, a Ansiedade Fóbica, a Ideação Paranóide, o Psicoticismo, o Índice Geral de Sintomas, o Índice de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos (Canavaro, 1995). A escala original demonstra um *Alpha* de Cronbach entre 0.70 e 0.80, sendo que nesta amostra (N=144), a escala apresenta um índice de consistência interna.98, apresentando todos os itens correlações superiores a .30 com o total da escala.

**Escalas Táticas de conflito revisadas (CTS2).**

As CTS2 são constituídas por trinta e nove itens agrupados em pares de perguntas destinados ao participante e ao companheiro, sendo assim, um total de setenta e oito questões, com um formato breve (Straus, Hamby, Bonei-McCoy, & Sugarman, 1996).

Constaram ainda da contabilização o número de ocorrências durante o último ano por

parte do indivíduo e do companheiro, incluindo oito categorias de resposta, sendo que as primeiras seis eram destinadas a determinar a prevalência e cronicidade no último ano. Na presente investigação, recorreu-se à versão portuguesa deste instrumento traduzida e validada por Alexandra e Figueiredo (2006), esta versão foi administrada a uma amostra de 551 estudantes, tendo em consideração os cinco fatores propostos pelos autores das escalas originais e que revela valores de consistência interna compreendidos entre .78 e .50. Na amostra em estudo (N=144) a escala apresenta um índice de consistência interna .91, sendo que alguns itens não apresentam correlações superiores a .30 com o total da escala.

**Questionário de trauma infantil (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ).** É um instrumento de autorrelato composto por 70 itens, porém na presente investigação apenas utilizaremos 14 itens. Este instrumento foi desenvolvido com o objetivo de proporcionar uma avaliação breve, de confiança e válida de um vasto leque de experiências traumáticas na infância, não se reportando apenas a formas específicas de abuso (físico ou sexual) ou uma perspectiva dicotômica dos eventos. É composto por uma medida constituída por itens que refletem o abuso físico, emocional e sexual, negligência física e emocional, e aspetos relacionados com a disfunção familiar, onde as respostas são classificadas numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos de acordo com a frequência com que os acontecimentos ocorrem. Relativamente à fidelidade (Bernstein et al., 1994), o *alpha* de Cronbach para os quatro fatores revela níveis elevados de consistência interna, variando entre .79 para o fator negligência física, e .94 para o fator abuso físico e emocional, .92 para o abuso sexual e .91 para a negligência emocional, assumindo o valor de .95 na escala total. A presente amostra (N=144) apresenta um bom índice de consistência interna (Alfa de Cronbach=.87) apresentando todos os itens correlações superiores a .30 com o total da escala.

### **Procedimentos**

O presente estudo transversal foi conduzido na Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, e em casas abrigo. Decorreu entre Novembro e Setembro de 2015, deste estudo participaram 144 mulheres vítimas de violência conjugal que responderam a um protocolo standarizado onde contaram os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico; Escala de Auto-relato de Sintomatologia de PSPT (*PTSD Symptom Scale: self-reported–PSS-SR*; Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993); Escala de Suporte Social (S.P.S., Veiga Costa & McIntyre, 2002); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982); Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2; Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996); Questionário de Trauma Infantil (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ, Veiga Costa &

McIntyre, 2002), incluindo morbidade psicológica, trauma cumulativo e suporte social.

As intervenientes procuraram os serviços da APAV de ajuda gratuita por estarem numa situação de violência conjugal.

As participantes legíveis tinham no mínimo 18 anos de idade e reportaram violência conjugal, isto é, violência física, psicológica, e sexual. As 144 mulheres demonstraram interesse em participar no estudo após terem sido devidamente informadas o objectivo da investigação, esta participação decorreu numa área privada no gabinete da APAV em Braga e nas casas abrigo, após o preenchimento do consentimento informado. A participação foi voluntária e confidencial, a administração foi realizada por alunas do segundo ano de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, dentro do âmbito do estudo e com competências de entrevista.

A aprovação para a realização do estudo foi dada pelo comité de ética da APAV.

### **Análises Estatísticas**

Posteriormente à recolha dos dados junto das participantes, estes foram inseridos numa base de dados informática e analisados pelo programa estatístico IBM<sup>R</sup> SPSS<sup>R</sup> (IBM - *Statistical Package for Social Sciences* – versão 22). No sentido de se testarem as hipóteses e determinar os testes a utilizar procedeu-se à avaliação da normalidade das distribuições e homogeneidade da variância. Após os corolários para a utilização de testes paramétricos estarem presentes, recorreu-se à sua aplicação.

Para a análise descritiva das variáveis sociodemográficas clínicas e psicológicas foi utilizada a média e o desvio-padrão para as variáveis contínuas. As variáveis categóricas foram descritas com frequências absolutas e frequências relativas. Foi utilizado o teste t para amostras independentes para investigar as diferenças entre grupos de vítimas com e sem suporte social ao nível, do trauma cumulativo e morbidade psicológica (depressão e PSPT). Para estudar as correlações entre as variáveis em estudo foi realizado o teste de correlação de *Pearson*.

As análises de regressão linear múltipla hierárquica (modelo *enter*), foram realizadas responder à hipótese “espera-se ainda que as variáveis de trauma cumulativo e de suporte social contribuam de forma diferente para a PSPT e para a depressão nas mulheres vítimas de violência conjugal (sob os diferentes tipos de abuso)”, de acordo com a combinação dos modelos teóricos de *stress-buffering* (Wheaton, 1985) e de trauma cumulativo (Follette et al., 1996). No bloco um foram introduzidas as variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, situação profissional, estado civil e duração da vitimação), no bloco dois foi introduzido o

trauma infantil, no bloco três os diferentes tipos de abuso inerentes à violência conjugal, e por último no bloco quatro o suporte social.

Posteriormente com o intuito de compreender melhor o impacto do trauma cumulativo na predição de morbidade psicológica nas mulheres vítimas de violência conjugal a amostra foi dividida em dois grupos, mulheres vítimas unicamente de violência conjugal e mulheres vítimas de trauma infantil e violência conjugal. Para isso realizadas duas novas regressões lineares múltiplas hierárquicas seguindo o modelo das regressões anteriores.

## Resultados

Analisando descritivamente as variáveis clínicas podemos constatar que em relação ao suporte social 63.9% das participantes relataram presença, e 32.6% relataram ausência. No que concerne ao trauma infantil 84% da mulheres apresentaram trauma infantil, sendo que, a maioria das agressões foram perpetradas pelo Pai ou Padrasto (43.1%) seguido da Mãe ou Madrasta (22.4%) Relativamente às diferentes agressões inerentes à violência conjugal, 93.8% relataram agressão psicológica, 79.9% agressão física com sequelas, 49.3% agressão física sem sequelas e 10.4% coerção sexual. Quando à morbidade psicológica, 81.9% das vítimas apresentou sintomatologia de PSPT, e 55.6% apresentou sintomatologia depressiva.

*Tabela 2 Análise Descritiva das variáveis clínicas*

Variáveis	Suporte Social						<i>p</i> <sup>a</sup>
	Cohort ( <i>N</i> = 144)		Sim ( <i>n</i> = 92; 63.9%)		Não ( <i>n</i> = 47; 32.6%)		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<i>Trauma infantil</i>							
Sim	121	84.0	72	78.3	45	95.7	.008
Não	23	16.0	20	21.7	2	4.3	
<i>Violência conjugal</i>							
<i>Agressão Psicológica</i>							
Sim	135	93.8	86	96.6	46	100	.208
Não	3	2.1	3	3.4	0	0	
<i>Agressão Física com sequelas</i>							
Sim	115	79.9	71	79.8	41	87.2	.278
Não	24	16.7	18	20.2	6	12.8	
<i>Agressão Física sem sequelas</i>							

Sim	69	47.9	54	60	12	25.5	.000
Não	71	49.3	36	40	35	74.5	
<i>Coerção Sexual</i>							
Sim	15	10.4	12	13.3	3	6.4	.216
Não	125	86.8	78	86.7	44	93.6	
<i>Sintomas de PTSD</i>							
Sim	118	81.9	69	78.4	46	100	.001
Não	20	13.9	19	21.6	0	0	
<i>Sintomas de Depressão</i>							
Sim	80	55.6	37	40.2	41	87.2	.000
Não	63	43.8	55	59.8	6	12.8	

<sup>a</sup> Estimated by the Pearson  $\chi^2$  of independence.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$

Com o intuito de comparar as diferenças entre as mulheres vítimas de violência conjugal com suporte social e as mulheres vítimas de violência conjugal sem suporte social ao nível do trauma infantil, da depressão e da PTSD, realizou-se *t-test* para amostras independentes. No trauma infantil, constataram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (vítimas com suporte social no trauma infantil  $M=6.08$ ,  $DP=6.93$ , vítimas sem suporte social  $M=11.63$ ,  $DP=7.78$ ,  $t(135)=4.25$ ,  $p<.000$ ), assim sendo podemos constatar que as vítimas sem suporte social apresentam maior trauma infantil. O resultado do *t-teste* para amostras independentes de comparação da média de depressão entre as mulheres vítimas de violência conjugal com ou sem suporte social, revelou existirem diferenças significativas entre os grupos (vítimas com suporte social  $M=1.61$ ,  $DP=.97$ ; vítimas sem suporte social  $M=2.81$ ,  $DP=.80$ ,  $t(137)=7.25$ ,  $p<.000$ ). Também em relação à PTSD encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (vítimas com suporte social  $M=19.22$ ,  $DP=10.98$ ; vítimas sem suporte social  $M=31.02$ ,  $DP=11.18$ ,  $t(132)=5.87$ ,  $p<.000$ ). Podemos constatar que as vítimas sem suporte social apresentam maior prevalência de sintomatologia depressiva e de PSPT.

*Tabela 3: Teste de Diferenças entre grupos*

Variáveis	Com suporte social	Sem suporte social	<i>t</i>
	( <i>n</i> = 47)	( <i>n</i> = 92)	
	Média	Média	
<hr/>			

Trauma infantil	6.08	11.63	4.25***
Sintomas de PTSD	19.22	31.02	5.87***
Sintomas depressivos	1.61	2.81	7.25***

Note: \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Foi estudada a relação entre depressão, PSPT, suporte social, trauma infantil e os diferentes tipos de abuso, através do teste de correlação de *Pearson*. Na relação entre depressão e suporte social, verificou-se uma correlação elevada negativa ( $r = -.63$ ,  $N = 139$ ,  $p < .000$ ), assim como uma relação positiva significativa com o trauma infantil ( $r = .36$ ,  $N = 141$ ,  $p < .000$ ), e uma relação negativa baixa entre depressão e agressão física sem sequelas ( $r = -.17$ ,  $N = 140$ ,  $p < .05$ ).

Relativamente à PSPT encontrou-se uma relação significativa negativa elevada com o suporte social ( $r = -.47$ ,  $N = 134$ ,  $p < .000$ ), uma relação significativa baixa com a agressão física sem sequelas ( $r = -.28$ ,  $N = 135$ ,  $p < .01$ ) e uma relação significativa positiva baixa com a agressão física sem sequelas ( $r = .23$ ,  $N = 134$ ,  $p < .01$ ).

Também o suporte social apresentou uma relação significativa negativa elevada com o trauma infantil ( $r = -.33$ ,  $N = 137$ ,  $p < .000$ ), uma relação significativa negativa baixa com a agressão física com sequelas ( $r = -.22$ ,  $N = 136$ ,  $p < .05$ ) e uma relação positiva baixa com a agressão física sem sequelas ( $r = -.20$ ,  $N = 137$ ,  $p < .000$ ).

Em suma, podemos concluir que quanto maior o trauma infantil maior a probabilidade de experienciar sintomatologia depressiva. E quando maior o suporte social menor a probabilidade de relato de trauma infantil, sintomatologia depressiva e de PSPT e menor a probabilidade de sofrer sequelas na agressão física. Assim como a presença de sequelas nas agressões físicas aumenta a probabilidade de experienciar depressão e PSPT.

Tabela 4: Correlações de Pearson

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Trauma infantil	_____							
2. Sintomas Depressivos	.355***	_____						
3. Sintomas de PSPT	.168	.529***	_____					
4. Suporte social	-.328**	-.625**	-.474***	_____				
5. Agressão Psicológica	-.009	-.139	-.139	.108	_____			
6. Agressão Física Sem Sequelas	-.088	-.171*	-.278**	.197*	.512**	_____		
7. Agressão Física Com Sequelas	.101	.160	.235**	-.218*	.164	.158	_____	
8. Coerção Sexual	.095	.116	.050	.029	.095	.488**	.166	_____
<i>M (SD)</i>	7.96 (7.59)	2.00 (1.06)	23.32 (12.42)	11.83 (5.41)	15.43 (10.31)	4.98 (8.32)	9.71 (7.78)	0.79 (3.00)

Note: \* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

*Preditores de Sintomatologia Depressiva e de sintomatologia de PSPT*

Para testar a hipótese “espera-se que as variáveis trauma cumulativo e suporte social contribuam de forma diferente para a Depressão e para a PSPT nas mulheres vítimas e violência conjugal sob os diferentes tipos de abuso”, utilizou-se a análise de regressão linear múltipla hierárquica (modelo enter). Primeiramente recorreu-se à literatura para verificar as variáveis sociodemográficas utilizadas frequentemente dentro do contexto da violência conjugal. Nesse sentido optou-se por utilizar a idade, a escolaridade, a situação profissional e a duração da violência conjugal.

Neste sentido, no bloco um foram inseridas as variáveis sociodemográficas, no segundo bloco o trauma infantil, no terceiro bloco a violência conjugal sob a forma dos diferentes abusos e no quarto bloco o suporte social. Esta sequência foi adotada para determinar a contribuição do trauma infantil, da violência conjugal e do suporte social na explicação da sintomatologia depressiva e de PSPT através de dois modelos de regressão linear hierárquica (Tabela 5 e 6).

As análises preliminares asseguram a não violação dos pressupostos de normalidade, linearidade, homoscedasticidade e independência de residuais.

*Tabela 5. Preditores de Sintomatologia de Depressão.*

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Beta	<i>t</i>
<b>Step 1</b>				
Constante	1.72	.63		2.72*
Idade	.00	.01	.02	.17
Escolaridade	-.02	.08	-.03	-.25
Situação Profissional	-.06	.19	-.03	-.30
Estado Civil	.06	.08	.07	.76
Duração da violência conjugal	.01	.01	.10	.88
	<i>F</i> change(5.128)=0.76		<i>R</i> <sup>2</sup> = .3	
	$\Delta R^2 = .03$			
<b>Step 2</b>				
Constante	1.58	.60		2.62**
Idade	-.00	.01	-.02	-.17
Escolaridade	.00	.08	.01	.04

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Beta	<i>t</i>
Situação Profissional	-.06	.18	-.03	-.36
Estado Civil	.01	.08	.02	.18
Duração da violência conjugal	.01	.01	.09	.81
Trauma na infância	.05	.01	.34	3.91***
<i>F</i> change(1.127)=15.33 <i>R</i> <sup>2</sup> = 0.13*** $\Delta R^2 = 0.11$				
Step 3				
Constante	1.50	.61		2.46*
Idade	.00	.01	.01	.12
Escolaridade	.01	.07	.02	.19
Situação Profissional	-.13	.18	-.06	-.72
Estado Civil	.01	.08	.01	.14
Duração da violência conjugal	.00	.01	.02	.20
Trauma na infância	.05	.01	.36	4.25***
Violência Conjugal				
Agressões Psicológicas	-.00	.01	-.03	-.32
Agressões Físicas Sem sequelas	-.04	.01	-.30	-2.71**
Agressões Físicas com Sequelas	.02	.01	.12	1.48
Coerção Sexual	.11	.03	.30	3.19**
<i>F</i> change(4.123)=4.45 <i>R</i> <sup>2</sup> = 0.24** $\Delta R^2 = 0.11$				
Step 4				
Constante	3.24	.58		5.72***
Idade	-.01	.01	-.05	-.52
Escolaridade	-.00	.06	-.01	-.07
Situação Profissional	-.15	.15	.07	-1.01
Estado Civil	.04	.06	.04	.60

Duração da violência conjugal	.00	.01	.03	.30
Trauma na infância	.03	.01	.20	2.71***
Violência Conjugal				
Agressões Psicológicas	-.00	.01	-.03	-.32
Agressões Físicas Sem sequelas	-.02	.01	-.16	-1.72
Agressões Físicas com Sequelas	.00	.01	.01	.07
Coerção Sexual	.09	.03	.24	3.06**
Suporte Social	-.11	.01	-.53	-7.24***
<i>F</i> change(1.122)=52.37 $R^2 = 0.47^{***}$				
$\Delta R^2 = 0.23$				

Note: \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; † $p < .07$

Verificou-se que no bloco 1 as variáveis sociodemográficas explicam 2.9% da variância não revelando significância ( $F(5,128)=.76, p>.01$ ). O bloco 2, onde foi adicionado o trauma infantil, explica 10.5% da variância e é significativo ( $R^2$ Change=.11,  $F(1,127)=15.33, p<.000$ ) e o bloco 3, que inclui a violência conjugal, explica 11% da variância ( $R^2$ Change=.11,  $F(4,123)=4.45, p<.01$ ). Por último, o bloco 4 com o acréscimo da variável suporte social, explica 22.7% da variância ( $R^2$ Change=.23,  $F(1,122)=52.37, p<.000$ ).

No bloco dois a variável trauma na infância é estatisticamente significativa (beta=.34,  $p<.000$ ); no bloco três as variáveis trauma na infância (beta=.35,  $p<.000$ ), agressão física sem sequelas (beta=-.30,  $p<.01$ ) e coerção sexual (beta=.30  $p<.01$ ) são estatisticamente significativas. No modelo final apenas três variáveis contribuem de forma significativa para a sintomatologia depressiva: suporte social com o valor de beta mais elevado (beta=-.53,  $p<.000$ ) seguido pela violência conjugal sob o tipo de coerção sexual (beta=.24,  $p<.01$ ) e, por último, o trauma infantil (beta=.20,  $p<.000$ ). Estes são preditores que contribuem de forma estatisticamente significativa para o modelo ( $F(12,122)=10.02, p<.000$ ).

Em suma, menor suporte social, presença de coerção sexual e presença de trauma infantil são os preditores mais importantes de sintomatologia depressiva nas mulheres vítimas de violência conjugal.

Relativamente à PSPT foram seguidas as mesmas etapas referidas anteriormente (Tabela 6).

Tabela 6. Preditores de Sintomatologia de PSPT.

	<i>B</i>	SE <i>B</i>	Beta	<i>t</i>
<b>Step 1</b>				
Constante	21.23	7.40		2.87**
Idade	-.03	.13	-.03	-.26
Escolaridade	.09	.95	.01	.10
Situação Profissional	.96	2.22	.04	.43
Estado Civil	-.05	.95	-.01	-.06
Duração da violência conjugal	.22	.12	.21	1.75
		<i>F</i> change(5.127)=0.88	$R^2 = .03$	
		$\Delta R^2 = .03$		
<b>Step 2</b>				
Constante	20.48	7.36		2.78**
Idade	-.06	.13	-.05	-.41
Escolaridade	.22	.95	.03	.23
Situação Profissional	.92	2.21	.04	.42
Estado Civil	-.31	.96	-.03	-.32
Duração da violência conjugal	.21	.12	.20	1.71
Trauma na infância	.25	.15	.15	1.69
		<i>F</i> change(1.126)=2.84	$R^2 = .06$	
		$\Delta R^2 = .02$		
<b>Step 3</b>				
Constante	17.02	7.26		2.34*
Idade	.02	.12	.02	.15
Escolaridade	.47	.88	.06	.54
Situação Profissional	-.21	2.08	-.01	-.10
Estado Civil	-.49	.89	-.05	-.55
Duração da violência conjugal	.12	.12	.11	1.01
Trauma na infância	.23	.14	.14	1.62
Violência Conjugal				
Agressões Psicológicas	.05	.12	.04	.40
Agressões Físicas Sem	-.65	.16	-.44	-3.91***

sequelas							
Agressões	Físicas	Com	.38	.13	.24	2.84***	
Sequelas							
Coerção Sexual			.99	.40	.24	2.49*	
				$F_{change}(4.122)=6.58$	$R^2 = .22***$		
				$\Delta R^2 = .17$			
<b>Step 4</b>							
Constante			30.92	7.48		4.13***	
Idade			-.03	.12	-.03	-.24	
Escolaridade			.32	.82	.04	.39	
Situação Profissional			-.39	1.94	-.02	-.20	
Estado Civil			-.28	.83	-.03	-.34	
Duração da violência conjugal			.12	.11	.12	1.12	
Trauma na infância			.05	.14	.03	.37	
Agressões Psicológicas			.05	.11	.04	.46	
Agressões	Físicas	Sem	-.51	.16	-.34	-3.23**	
sequelas							
Agressões	Físicas	Com	.25	.13	.16	1.97*	
Sequelas							
Coerção Sexual			.82	.37	.20	2.21*	
Suporte Social			-.84	.19	-.37	-4.38***	
				$F_{change}(1.121)=19.18$	$R^2 = .33***$		
				$\Delta R^2 = .11$			

Note: \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Verificou-se que no bloco 1 as variáveis sociodemográficas explicam 3.3% da variância não sendo estatisticamente significativo ( $F(5,127)=.88$ ;  $p > .05$ ). O bloco 2, com o acréscimo do trauma infantil, explica 2.1% da variância ( $R^2Change=.02$ ,  $F(1,126)=2.84$   $p > .05$ ). O bloco 3 que inclui violência conjugal sob as formas dos diferentes tipos de abuso e explica 16.8% da variância ( $R^2Change=.17$ ,  $F(4,122)=6.58$ ,  $p < .000$ ). Por último, o quarto bloco que inclui o suporte social explica 10.6% da variância ( $R^2Change=.11$ ,  $F(1,121)=19.18$ ,  $p < .000$ )

No terceiro bloco as variáveis agressão física sem sequelas ( $beta = -.44$ ,  $p < .000$ ), agressão física com sequelas ( $beta = .24$ ,  $p < .01$ ) e coerção sexual ( $beta = .24$ ,  $p < .05$ ) são

estatisticamente significativas. No modelo final quatro variáveis são estatisticamente significativas: suporte social com o valor de beta mais elevado ( $\beta = -.37, p < .000$ ) seguido pela violência conjugal sob o tipo de abuso físico sem sequelas ( $\beta = -.35, p < .001$ ), a coerção sexual ( $\beta = .18, p < .001$ ), e por último a variável agressão física com sequelas ( $\beta = .16, p < .05$ ). Estes são preditores que contribuem de forma estatisticamente significativa para a sintomatologia de PSPT ( $F(11,121) = 5.43, p < .001$ ). Em suma, menor suporte social, presença de agressão física sem sequelas, coerção sexual e agressão física com sequelas são os preditores mais importantes de sintomatologia PSPT nas mulheres vítimas de violência conjugal.

Para compreender melhor o efeito do trauma cumulativo nas mulheres vítimas de violência conjugal foram criadas duas novas variáveis, mulheres que sofreram de violência conjugal e mulheres que sofreram de violência conjugal e trauma na infância.

Para testar a hipótese “espera-se que as variáveis trauma cumulativo, trauma não cumulativo e suporte social contribuam de forma diferente para a Depressão e para a PSPT nas mulheres vítimas de violência conjugal”, utilizou-se a análise de regressão linear múltipla hierárquica (modelo enter). Seguindo o modelo utilizado previamente: primeiramente as variáveis sociodemográficas, no bloco dois a violência conjugal e o trauma cumulativo (violência conjugal e trauma infantil) e, por último, no bloco três o suporte social (Tabela 7 e 8).

*Tabela 7. Preditores de Sintomatologia Depressiva nas mulheres vítimas de violência conjugal e nas mulheres vítimas de trauma cumulativo*

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Beta	<i>t</i>
<b>Step 1</b>				
Constante	1.72	.63		2.72**
Idade	.00	.01	.02	.17
Escolaridade	-.02	.08	-.03	-.25
Situação Profissional	-.06	.19	-.03	-.30
Estado Civil	.06	.08	.07	.76
Duração da violência conjugal	.01	.01	.10	.88
		$F_{\text{change}}(5,128) = 0.76$	$R^2 = .3$	
		$\Delta R^2 = .03$		



( $R^2$ Change=.10 ,  $F(2,126)=7.17$ ,  $p<.001$ ) e, por último, no bloco três com o acréscimo da variável suporte social, explica ainda mais 29.8% da variância ( $R^2$ Change=.30,  $F(1,125)=64.79$ ,  $p<.000$ ).

No bloco dois a variável trauma cumulativo é estatisticamente significativa ( $\beta=.35$ ,  $p<.05$ ). Todavia no modelo final apenas uma variável é estatisticamente significativa, o suporte social ( $\beta=-.58$ ,  $p<.000$ ). Estes são preditores que contribuem de forma estatisticamente significativa para o modelo ( $F(8,125)=11.58$ ,  $p<.000$ ). Em conclusão, menor suporte social prediz sintomatologia depressiva.

Relativamente à PSPT foram seguidas as mesmas etapas referidas anteriormente. Os resultados da regressão hierárquica encontram-se na tabela 8.

*Tabela 8: Preditores de sintomatologia de PSPT nas mulheres vítimas de violência conjugal e nas mulheres vítimas de trauma cumulativo*

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Beta	<i>t</i>
<b>Step 1</b>				
Constante	21.23	7.40		2.87**
Idade	-.03	.13	-.03	-.26
Escolaridade	.09	.95	.01	.10
Situação Profissional	.96	2.22	.04	.43
Estado Civil	-.05	.95	-.01	-.06
Duração da violência conjugal	.22	.12	.21	1.75
	$F_{change}(5,127)=0.88$	$R^2 = .03$		
	$\Delta R^2 = .03$			
<b>Step 2</b>				
Constante	1.83	11.88		.15
Idade	-.03	.13	-.03	-.20
Escolaridade	.44	.95	.05	.45
Situação Profissional	.50	2.21	.02	.23
Estado Civil	-.43	.96	-.04	-.44
Duração da violência conjugal	.22	.12	.21	1.77
Violência conjugal sem Trauma infantil	6.22	5.39	.18	1.15

Violência conjugal com Trauma infantil	9.95	4.64	.33	2,15*
	$F_{change}(2.125)=2.85$		$R^2 = .08$	
	$\Delta R^2 = .04$			
Step 3				
Constante	21.78	11.24		1.94
Idade	-.08	.12	-.07	-.66
Escolaridade	.23	.86	.03	.25
Situação Profissional	.37	1.98	.02	.19
Estado Civil	-.17	.86	-.02	-.19
Duração da violência conjugal	.17	.11	.16	1.52
Violência conjugal sem Trauma infantil	8.30	4.85	.24	1.71
Violência conjugal com Trauma infantil	7.30	4.19	.24	1.74
Suporte Social	-1.05	.19	-.46	-5.60***
	$F_{change}(1.124)=31.33$		$R^2 = .26***$	
	$\Delta R^2 = .19$			

Verificou-se que no bloco 1, as variáveis sociodemográficas explicam 3.3% da variância não sendo estatisticamente significativo ( $F(5.127)=.88, p>.05$ ). O bloco dois com o acréscimo da violência conjugal e do trauma cumulativo, explica 4.2% da variância ( $R^2Change=.04, F(2.125)=2.85, p>.05$ ). O bloco três, que adiciona o suporte social, explica 18.6% da variância ( $R^2Change=.19, F(1.124)=31.33, p<.000$ ).

No segundo bloco a variável trauma cumulativo ( $\beta=.33, p<.05$ ) é estatisticamente significativo, perdendo a significância no modelo final, onde apenas o suporte social é estatisticamente significativo ( $\beta=-.46, p<.000$ ). Estes são preditores que contribuem de forma estatisticamente significativa ( $F(8,124)=5.50, p<.000$ ). Em conclusão, menor suporte social prediz maior sintomatologia de PSPT nas mulheres vítimas de violência conjugal.

### Discussão

O presente estudo analisou a influência do suporte social e do trauma cumulativo na depressão e na PSPT em mulheres vítimas de violência conjugal. Na generalidade, as nossas

hipóteses foram confirmadas, demonstrando que o suporte social e o trauma cumulativo são preditores de depressão e que o suporte social é preditor de PSPT em mulheres vítimas de violência conjugal.

*Diferenças entre as mulheres vítimas de violência conjugal com suporte social e sem suporte social ao nível da depressão, PSPT e do trauma infantil.*

Quanto à hipótese de diferenças entre as vítimas de violência conjugal com e sem suporte social, constatou-se que as vítimas sem suporte social apresentam maior vivência de trauma na infância, para além de uma maior sintomatologia depressiva e de PSPT, indo de encontro ao modelo da conservação de recursos (Hobfoll, 1998), que prevê que os eventos traumáticos levem, frequentemente à perda de recursos, tais como o suporte social, perdas estas que podem causar entraves na capacidade da vítima recuperar destas situações traumáticas podendo gerar sintomatologia psicopatológica como a depressão e a PSPT.

*Relação entre depressão, PSPT, trauma infantil, suporte social nas mulheres vítimas de violência conjugal.*

Este estudo também reforça resultados prévios de uma associação positiva significativa entre trauma infantil e depressão, uma associação negativa entre suporte social e trauma infantil, depressão e PSPT.

Avant e colaboradores (2011) acreditam que indivíduos que experienciaram trauma cumulativo têm maior probabilidade de sofrerem de psicopatologia, devido ao *stress* inerente da exposição traumática (Rutter, 2012), ou seja, nas mulheres vítimas de violência conjugal quanto maior a presença de trauma infantil, maior a probabilidade de experienciar sintomatologia depressiva. Também La Flair, Bradshaw e Campbell (2012) estudaram esta relação e constataram que mulheres vítimas de violência conjugal com história anterior de trauma infantil apresentam sintomas depressivos que se mantinham mesmo após o término da relação abusiva. Chegando à conclusão que o trauma cumulativo pode ter efeitos duradouros o que suscita a importância da intervenção terapêutica.

Não constatamos uma correlação estatisticamente significativa entre trauma infantil e PSPT, podendo ser justificado pelas possíveis características do abuso sofrido, como intensidade, severidade, tempo decorrido desde o trauma, mas também pela sua conjugação

com várias condições individuais, familiares e contextuais que podem ter atuado como moderadoras das repercussões da violência sofrida (Alberto, 2008).

A presença e a severidade do trauma infantil reflete redes de suporte social deficitárias, como constatou Schumm, Briggs-Philips e Hobfoll (2006). Estes mesmos autores (Schumm, Briggs-Philips & Hobfoll, 2006) num estudo acerca do trauma cumulativo e do suporte social como fatores de risco, de resiliência e de predição de PSPT e depressão obtiveram resultados semelhantes, onde níveis baixos de suporte social indicam maior probabilidade da vítima experienciar sintomatologia de PSPT e depressão.

### *Suporte social e trauma infantil como preditores de depressão e de PSPT*

Níveis menores de suporte social, presença de coersão sexual e de trauma infantil foram os preditores mais relevantes de sintomatologia depressiva nas mulheres vítimas de violência conjugal. A literatura refere que a vitimação múltipla é um forte preditor de desajustamento psicopatológico (Sabina & Strauss, 2008; Armour & Sleath, 2014). Também encontramos como foi referido anteriormente a violência conjugal sob a forma de coerção sexual como sendo um forte preditor de depressão. Estudos anteriores depararam-se com estes mesmos resultados (Bonomi, et al, 2006; Varma, Chandra, Thomas & Carey, 2007), verificando que mulheres vítimas de violência conjugal sob a forma de coerção sexual apresentavam uma probabilidade quatro vezes maior de experienciarem sintomatologia depressiva, bem como sintomas mais severos e pouca qualidade de vida.

Relativamente à PSPT, esta é predita por menor suporte social, presença de agressão física sem sequelas, coerção sexual e presença de agressão física com sequelas.

Indo de encontro ao estudo realizado por Mechanic e colaboradores (2008) onde analisaram as consequências da violência conjugal ao nível da saúde mental, constatando que as diferentes formas de abuso contribuem de forma significativa para a predição de PSPT. Estudos anteriores onde compararam mulheres vítimas de abuso físico e mulheres vítimas de coerção sexual e abuso físico constataram que a violência física apresenta maior gravidade quando também está presente a coerção sexual, assim como as consequências ao nível da saúde mental como a PSPT (Bennice, Resick, Mechanic & Astin, 2003).

Constatou-se também que menor suporte social indica maior probabilidade de experienciar sintomatologia de PSPT, indo ao encontro do modelo do processamento sócio

cognitivo de adaptação ao trauma (Lepore, 2001), onde suporte social positivo ou negativo exerce uma influência significativa sobre os sintomas de PSPT. A falta de suporte social após a vivência de um evento traumático pode reforçar a percepção de auto-culpabilização, a hipervigilância, a descrença no mundo e crenças que contribuem para a PSPT (Foa et al, 1999). A intensificação dessas atribuições pode intensificar os sintomas de PSPT e esta dinâmica pode ainda incentivar hábitos de  *coping*  desadaptativos, como evitar verbalizações acerca da experiência traumática, colocando entraves no alívio dos sintomas inerentes à vivência traumática (Woodward, Eddinger, Henschel, Dodson, Tran & Beck, 2015).

De salientar que as vítimas podem não desenvolver sintomatologia psicopatológica apesar da exposição a níveis elevados de eventos traumáticos, embora estes casos sejam escassos a vítima pode ter fatores protetores que podem mitigar o impacto da vitimização, como as características pessoais, elevada autoestima, otimismo; suporte social como foi referenciado anteriormente, estratégias de  *coping* , independência econômica e qualidade relacional (Caridade, Conde, Matos & Gonçalves, 2014; Gage, 2005).

De modo a enriquecer o estudo e ter uma melhor compreensão do impacto do trauma cumulativo foram criadas novas variáveis, mulheres vítimas de violência conjugal e mulheres que sofreram de trauma cumulativo, isto é trauma na infância e posteriormente violência conjugal. No entanto como grande parte das mulheres do estudo foram vítimas de violência conjugal e de trauma na infância (121 mulheres) sendo que apenas oito relataram violência doméstica sem trauma infantil os resultados não foram muito significativos.

Contudo, foi possível constatar que as mulheres vítimas de violência conjugal e com história de trauma na infância apresentam maior probabilidade de experienciar sintomas de depressão e de PSPT. Estes dados vão de encontro a estudos anteriores que encontraram uma relação significativa entre trauma cumulativo e psicopatologia (Hetzel & McCanne, 2005; Sabina & Strauss, 2008; Richmond, Elliot, Pierce, Aspelmeier & Alexander, 2009).

Relativamente ao trauma cumulativo como preditor de depressão e de PSPT, não se obtiveram resultados significativos, não sendo possível constatar que as mulheres que sofreram de violência conjugal e de trauma na infância apresentavam maior risco de sofrerem de sintomatologia depressiva e PSPT, como verificou Schum, Briggs-Phillips e Hobfoll (2006), onde as mulheres vítimas de violência conjugal e de trauma infantil apresentavam risco maior de experienciar sintomatologia depressiva e de PSPT do que as mulheres que apenas foram vítimas apenas de violência conjugal.

Alguns resultados podem estar sob moderação de fatores protetores como a aculturação nas minorias étnicas (Cuevas, Sabina & Bell, 2012), independência, estabilidade financeira e qualidade relacional (Gage, 2005), bem como a presença de redes de suporte social eficazes (Schum, Briggs-Phillips & Hobfoll, 2006).

Os constructos explorados através deste estudo incluem considerações acerca do suporte social, do trauma cumulativo espelhado no trauma infantil, consequências da violência conjugal ao nível da morbilidade psicológica (Depressão e PSPT). Foi demonstrado atempadamente a importância de se considerar os diferentes tipos de abuso associados à violência conjugal. Prestando maior atenção na forma como o suporte social e o trauma infantil podiam ter influência nas consequências ao nível da saúde mental da vítima. A revisão da literatura demonstrou que o trauma cumulativo é um preditor para a ocorrência de violência conjugal na idade adulta sendo que a concomitância destes aumenta a probabilidade da vítima experienciar perturbação mental.

### **Limitações**

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser ponderadas para que estas não sejam condicionadores de resultados futuros.

O facto de apenas se inserirem no estudo utentes da APAV limitou a recolha de amostra, e pode ter mitigado alguns resultados visto que as participantes já se encontravam a receber apoio para por término à situação de violência.

Seria interessante analisar as diferenças entre as vítimas a receber apoio em gabinete e as vítimas que se encontram em casa abrigo, o que não foi possível devido à amostra diminuta em casa abrigo.

### **Conclusão**

Existem implicações importantes no presente estudo. Tais como, o risco para experienciar sintomatologia depressiva após revitimização é notável. Dada a elevada probabilidade de que as sobreviventes de trauma infantil foram vítimas de violência conjugal, neste sentido a avaliação e tratamento da Depressão

A segunda implicação prende-se com o papel do suporte social, como fator moderador. Todos os resultados sugerem que as mulheres que são capazes de manter uma forte disponibilidade para receber apoio social devido às situações traumáticas experienciadas têm menor probabilidade de vivenciarem sintomatologia depressiva e de PSPT. Sugerindo assim os resultados que um ponto importante de intervenção prende-se com o cultivo de redes de suporte social positivas, no sentido de ajudar as vítimas a lidar com o sofrimento inerente.

Para além da ajuda na atenuação do sofrimento das vítimas, redes de suporte social positivas podem atuar como base para a construção de relacionamentos saudáveis no futuro, quebrando assim futuros ciclos de revitimização.

## Referências Bibliográficas

- Alberto, I. M. (2008). Maltrato infantil: entre um destino e uma história. In A. M. Matos, C. Vieira, S. Nogueira, J. Boavida, & L. Alcofrado (eds.). *A maldade humana: fatalidade ou educação*, (107-130). Coimbra: Almedina
- Aldridge, J. (2013). Identifying the Barriers to Women's Agency in Domestic Violence: The Tensions between Women's Personal Experiences and Systemic Responses. *Social Inclusion*, 1(1), 3-12. doi: 10.12924/si2013.01010003.
- Alexander, P. (2014). Dual-Trauma Couples and Intimate Partner Violence. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 6(39), 224-231. Obtido em: <http://dx.doi.org/10.1037/a0036404>.
- Alexandra, C., & Figueiredo, B. (2006). Versão portuguesa das “escalas de táticas de conflito revisadas”: estudo de validação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(2), 14-39. Obtido em: <http://app.parlamento.pt>
- Almeida, L.S., Gonçalves, M.M., Machado, C. & Simões, M.R. (2008). *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author.
- Armour, C., & Sleath, E., (2014). Assessing the co-occurrence of intimate partner violence domains across the life-course: relating typologies to mental health. *European Journal of psychotraumatology*, 5 (24620). doi:10.3402/ejpt.v5.24620
- APAV, Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2014). Relatório anual 2014, *Estatísticas APAV*. Obtido em 7 de Março de 2015, de Associação Portuguesa de Apoio à vítima web site: <http://apav.pt/estatisticas>
- Babcock, J. C., Roseman, A., Green, C. E., & Ross, J. M. (2008) Intimate partner abuse and PTSD symptomatology: Examining mediator and moderators of the abuse-trauma link. *Journal of family Psychology*, 22, 809-818. doi: 10.1037/a0013808
- Beck, G., Reich, C., Woodward, M., Olsen, S., Jones, J., & Patton, S. (2015). How Do Negative Emotions Relate to Dysfunctional Posttrauma Cognitions? An Examination of Interpersonal Trauma Survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(1), 3–10. Obtido em: <http://dx.doi.org/10.1037/a0032716>
- Benice, J.A., Resick, P.A., Mechanic, M. B., & Astin, M. (2003). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on PTSD symptomatology. *Violence and Victims*, 18, 87-94. Obtido em: [pubmed.gov](http://pubmed.gov)

- Bercho, J., Burge, S. K., Ferrer, R. L., Katerndahl, A. & Wood, R. C. (2012). Understanding Intimate Partner Violence Dynamics Used Mixed Methods. *Families, systems, & health*. 30(2), 141-153. doi:10.1037/a0028603
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, K., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Internal reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*. 151(8), 1132-1136. Obtido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8037246>
- Berzenski, S. R., & Yates, T. M. (2010). A developmental process analysis of the contribution of childhood emotional abuse to relationship violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19, 180–203. doi:10.1080/10926770903539474
- Bonomi, A. E., Thompson, R.S., Anderson, M, Reid, R. J., Carrel, D., Dimer, J. A., & Rivara, F. P. (2006). Intimate Partner Violence and Women’s Physical Mental and Social Functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 458-466. doi: 10.1016/j.amepre.2006.01.015
- Bridgett, D. J., Lilly, M. M. & London, M. J. (2014). Using SEM to examine emotion regulation and revictimization in predicting PTSD symptoms among childhood abuse survivors. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*. 6(6), 644-651. Obtido em: <http://dx.doi.org/10.1037/a0036460>
- Brown, G., Harris, T., Hepworth, C., & Robinson, R. (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. II. A patient enquiry. *The British Journal of Psychiatry*, 165, 457-465. doi: 10.1192/bjp.165.4.457
- Bybee, D., Greeson, M., Kennedy, A., & Sullivan, C., (2010). The impact of family and community violence on children’s depression trajectories: Examining the interactions of violence exposure, family social support, and gender. *Journal of family psychology*. 24 (6), 197-207. doi: 10.1037/a0018787
- Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicos - B.S.I. [Brief Symptom Inventory - B.S.I.] In Simões, M., M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 95-109) [Assessment and Psychological Instruments in Portugal]. Braga: APPORT/SHO.
- Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *THE LANCET*, 13, 1331-1336. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08336-8
- Capaldi, D., & Jennifer, L.R. (2012). Informing Intimate Partner Violence Prevention Efforts: Dyadic, Developmental, and Contextual Considerations. *Prevention Science*, 13, 323–328. doi:10.1007/s11121-012-0309-y

- Caridade, S., Conde, R., Matos, M., & Gonçalves, M. (2014) Vitimação múltipla no feminino: Especificidades e desafios de intervenção. In Matos, M. (Eds.) *Vítimas de crime e violência, práticas de intervenção* (103-116). Braga: Psiquilibrios
- Cavanaugh, C.E., Martins, S., Petras, H., & Campbell, J.C. (2013), Mental disorders associated with subpopulations of women affected by violence and abuse. *Journal of traumatic stress*, 26, 459-466. doi: 10.1002/jts.21821
- Cerulli, C., Polshuck, E., Raimondi, C., & Veale, S. (2012). “What Fresh Hell Is This?” Victims of Intimate Partner Violence Describe Their Experiences of Abuse, Pain, and Depression. *Journal of Family Violence* , 27(8), 773-781. doi:10.1007/s10896-012-9469-6.
- Chandra, P.S., Satyanarayana, V., & Carey, M.P, (2009). Women reporting intimate partner violence in India: Associations with PTSD and Depressive Symptoms. *Womens Mental Health*, 12(4), 203-209. doi:10/1007/s00737-009-0065-6.
- 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, 625-643. Obtido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16468442>
- Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L., & Davis, K. E., (2002). Social Support Protects against the negative effects of Partner Violence on Mental Health. *Journal of Women’s Health & Gender-Based Medicine*, 11(5), 465-476. doi:10.1089/15246090260137644.
- Costa, E. C. V. (2006). *Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres com Risco para o VIH*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde, Departamento de Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho. Obtido em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt>
- Cuevas, C.A., Sabina, C. & Bell, K. A. (2012). The effect of acculturation and immigration on the victimization and psychological distress link in a national sample of latino women. *Journal of interpersonal violence*, 27(8), 1428-1456. doi: 10.1177/08862605111425797
- Cuevas, C.A., Sabina, C. & Milloshi, R. (2012). Interpersonal victimization among a national sample of Lanito women. *Violence Against Women*, 18(4), 377-403, doi:10.1177/1077801212452413
- Daisy, N. V., & Hien, D. A. (2014). The role of dissociation in the cycle of violence. *Journal*

- of family violence*, 29, 99-107. doi: 10.1007/s10896-013-9568-z
- Derogatis, L. R. (1992). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, Scoring and Procedures Manual-II*. Minneapolis: National Computer Systems.
- DuMont, K., Windom, C., & Czaja, S. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grow-up: the role of individual and neighborhood characteristics, *Child Abuse & Neglect*, 31, 255-274. doi:10.1016/j.chiabu.2005.11.015
- Ehrensaft, M., Moffitt, T., & Caspi, A. (2006). Is domestic violence followed by an increased risk of psychiatric disorders among women but not among men? A longitudinal cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 885-892. Obtido em: [www.psychiatryonline.org](http://www.psychiatryonline.org)
- Ezpeleta, L., Granero, R., Miranda, J., & Osa, N. (2013). Maternal Childhood abuse, intimate partner violence, and child psychopathology: the mediator role of mothers' mental health. *Violence against Women*, 19(1), 50-68. doi: 10.1177/1077801212475337
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473. doi:10.1002/jts.2490060405
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314. Doi:10.1037/1040-3590.
- Follete, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E., & Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 25-35. Obtido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8750449>
- Ford, J. D., Grasso, D. J., Hawke, J., & Chapman, J. F. (2013). Polyvictimisation among juvenile justice-involved youths. *Child Abuse and Neglect*, 37, 788-800. doi:10.1016/j.chiabu.2013.01.005
- Fritz, P.A., O'Leary, K.D., & Slep, A.M. (2012). Couple-Level Analysis of the relation between family-of-origin aggression and intimate partner violence. *Psychology of violence*, 2(2). 139-153. doi:10.1037/a0027370
- Gage, A. J. (2005). Women's experience of intimate partner violence in Haiti. *Social Science & Medicine*, 61, 343-364. obtido em: [www.elsevier.com](http://www.elsevier.com)
- Giles-Sims, J. (1983). *Wife battering: A systems theory approach*. New York, NY: Guildford Press

- Golding, J. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132. Obtido em: <http://link.springer.com>
- Graham-Bermann, S., Sularz, A.R., & Howell, K.H. (2011). Additional adverse events among women exposed to intimate partner violence: frequency and impact. *Psychology of violence*, 1(2), 136-149. doi: 10.1037/a0022975
- Hansen, N., Eriksen, S., & Elklit, A. (2014). Effects of an intervention program for female victims of intimate partner violence on psychological symptoms and perceived social support. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 1-10. Obtido em: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.24797>
- Hendy, H. M., Weiner, K., Bakerofskie, J., Eggen, D., Gustitus, C., & McLeod, K. C. (2003). Comparison of six models for violent romantic relationships in college men and women. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 645-665. Doi:10.1177/0886260503251180
- Hetzel, M. D., & McCanne, T. R. (2005). The roles of peritraumatic dissociation, child physical abuse, and child sexual abuse in development of PTSD and adult victimization. *Child Abuse and Neglect*, 29, 915-930. doi:10.1016/j.chiabu.2004.11.008
- Hobfoll, S. E. (1998). Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress. New York: Plenum Press.
- Iverson, K., Gradus, J., Resick, P., Suvak, M., Smith, K., & Monson, C. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD and Depression Symptoms Reduces Risk for Future Intimate Partner Violence Among Interpersonal Trauma Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 193-202. doi: 10.1037/a0022512
- Johansen, V. A., Wahl, A. K., Eilertsen, D. E., & Weisaeth, L. (2007). Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured victims of non-domestic violence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 583-593. doi:10.1007/s00127-007-0205-0
- Johnson, D.; Perez, S., & Zlotnick, C. (2011). Cognitive Behavioral Treatment of PTSD in Residents of Battered Women's Shelters: Results of Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 542-551. doi: 10.1037/a0023822
- Jones, L., Hughes, M., & Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: a review of the research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2, 99-119. doi: 10.1177/1524838001002002001

- Kamimura, A., Parekh, A., & Olson, L. (2013). Health Indicators, Social Support, and Intimate Partner Violence Among Women Utilizing Services at a Community Organization. *Women's Health Issues, 23*(3), 179-185. <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2013.02.003>
- Katerndahl, D., Burge, S., Ferrer, R., Becho, J., & Wood, R. (2013). Differences in social network structure and support among women in violent relationships. *Journal of Interpersonal Violence, 28*, 1948-1964. doi: 10.1177/0886260512469103.
- Kelly, U. (2010). Symptoms of PTSD and major depression in latinas who have experienced intimate partner violence. *Issues in Mental Health Nursing, 31*, 119-127. doi: 10.3109/01612840903312020.
- Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology, 5*(24794), 1-12. doi: 10.3402/ejpt.v5.24794
- Lepore, S. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In: A. Baum, & B. L. Anderson (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (99–116). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lilly, M. M., & Graham-Bermann, S. A. (2010). Intimate partner violence and PTSD: The moderating role of emotion-focused coping. *Violence and Victims, 25*, 604–616. doi:10.1891/0886-6708.25.5.604
- Lussier, P., Farrington, D. P., & Moffitt, T. E. (2009). Is the antisocial child father of the abusive man? A 40-year prospective longitudinal study on the developmental antecedents of intimate partner violence. *Criminology, 47*, 471–780. doi: 10.1111/j.1745-9125.2009.00160.x
- Mechanic, B.M., Weaver, T. L., & Rsick, P.a. (2008). Mental Health Consequences of Intimate Partner Abuse: A multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women, 14*(6), 634-654, doi:10.1177/1077801208319283
- Miller, S., Gorman-Smith, D., Sullivan, T., Orpinas, P., & Simon, T. R. (2009). Parent and peer predictors of physical dating violence perpetration in early adolescence: Tests of moderation and gender differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 38*, 538–550. doi:10.1080/15374410902976270
- Organização Mundial de Saúde, OMS. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. WHO Library Cataloguing-in-Publication.

- OMS. (2002). *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova Esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde/WHO. Obtido em: Who
- Oram, S., Trevillion, K., Feder, G., & Howard, L. (2013). Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 94-99. doi: 10.1192/bjp.bp.112.109934
- Pense, E., & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter*. New York, NY: Springer Publishing Company
- Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 181-193. doi: 10.1016/j.neubiorev.2004.08.010
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M., Celda-Navarro, M., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of women's health*, 15(5), 599-611. doi: 10.1089/jwh.2006.15.599
- Pinto, M., Varela, A. M., & Vinhal, A. (2012). A Personalidade das Vítimas de Violência Conjugal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, 25-29. Obtido em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n8/n8a04.pdf>
- Richmond, J. M., Elliot, A. N., Pierce, T. W., Aspelmeier, J. E., & Alexander, A. A. (2009) Ployvictimization, childhood victimization, and psychological distress in college women. *Child Maltreatment*. 4(2), 127-147. doi: 10.1177/1077559508326357
- Robinaugh, D. J., Marques, L., Traeger, L. N., Marks, E. H., Sung, S. C., Gayle Beck, J., et al. (2011). Understanding the relationship of perceived social support to post-trauma cognitions and posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 1072-1078. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.07.004.
- Rowe, L. S., Doss, B., Hsueh, A., & Libet, J. (2011). Coexisting Difficulties and Couple Therapy Outcomes: Psychopathology and Intimate Partner Violence. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 455-458. doi: 10.1037/a0023696
- Sabina, C., & Strauss, M. A., (2008) Polyvictimization by dating partners and mental health among US college students. *Violence and Victims*, 23(6), 661-688. doi: 10.1891/0886-6708.23.6.667
- Scheffer, M., & Renck, B. (2008). "It is still so deep-seated, the fear": psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence. *Journal of Psychiatric Mental Health Nurse*, 15, 219-228. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01215.x

- Schumm, J. A., Briggs-Philips, M., & Hobfoll, S. E. (2006). Cumulative Interpersonal Traumas and Social Support as Risk and Resiliency Factors in Predicting PTSD and Depression Among Inner-City Women, *Journal of Traumatic Stress, 19*(6), 825-836. doi:10.1002/jts.20159
- Schumm, J. A., Hobfoll, S. E., & Keogh, N. J. (2004). Revictimization and interpersonal resource loss predicts PSPT among women in substance-use treatment. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 173–181. doi:10.1023/B:JOTS.0000022624.53181.21
- Schumm, J. A., Stines, L. R., Hobfoll, S. E., & Jackson, A. P. (2005). The double barreled burden of child abuse and current stressful circumstances on adult women: The kindling effect of early traumatic experience. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 467–476. doi:10.1002/jts.20054
- Scott-Storey, K. (2011). Cumulative abuse: do things add up? An evaluation of the conceptualization, operationalization, and methodological approaches in the study of the phenomenon of cumulative abuse. *Trauma, Violence, & Abuse, 12*, 135-150. doi: 10.1177/1524838011404253
- Shevlin, M., Houston, J. E., Dorahy, M. J., & Adamson, G. (2008). Cumulative traumas and psychosis: An analysis of the National Comorbidity Survey and British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin, 34*(1), 193-199. doi:10.1093/schbul/sbm069
- Straus, M., Hamby, S., Bonei-McCoy, S., & Sugarman, D. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2): development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17*, 283-316. doi: 10.1177/019251396017003001
- Taft, C., Resick, P., Watkins, L., & Panuzio, J. (2009). An Investigation of Posttraumatic Stress Disorder and Depressive Symptomatology among Female Victims of Interpersonal Trauma. *Journal Family Violence, 24*(6), 407–415. doi: 10.1007/s10896-009-9243-6
- Varma, D., Chandra, P.S., Thomas, T., (2007) Intimate Partner Violence and Sexual Coercion among Pregnant women in India: Relationship with Depression and Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Affect Disorder. 102*(1), 227-235. Doi:10.1016/j.jad.2006.09.026
- Veiga Costa, E.; Paiva, C. (2014). *Pacote de questionários do estudo "Consequências da violência conjugal: repercussão ao nível da saúde física e mental"*. Unpublished Manuscript, Portuguese Catholic University, Braga, Portugal.
- Veiga Costa, E., & McIntyre, T. (2002). *Portuguese translation and adaptation of the*

- questionnaires from the Women's Health Empowerment Project*. Unpublished Manuscript, Department of Psychology, Minho University, Braga, Portugal.
- Ventura, M., Frederico-Ferreira, M. M., & Magalhães, M. (2013). Violência nas relações de intimidade: crenças e atitudes de estudantes do ensino secundário. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(11), 95-103. doi: 10.12707/RIII12120
- Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. New York, NY: Harper & Row
- Wheathon, B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Journal of health and social behavior*, 26(4), 352-364. Obtido em: <http://www.jstor.org/stable/2136658>
- Williamson, E. (2010). Living in the world of the domestic violence perpetrator: Negotiating the unreality of coercive control. *Violence against Women*, 16(12), 1412-1423. doi: 10.1177/1077801210389162
- Woodward, M.J., Eddinger, J., Henschel, Dodson, T. S., Tran, H.N., & Beck, J. G. (2015). Social Support, posttraumatic cognitions, and PTSD: The influence of family, friends, and a close other in an interpersonal and non-interpersonal trauma group. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 60-67. doi:10.1016/j.janxdis.2015.09.002