



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

O impacto da regulação emocional e dos sintomas pós *stress* traumático na ideação suicida em mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo

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

**Márcia Manuela Salgado Leite**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

DEZEMBRO 2024



CATÓLICA  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

---

BRAGA

O impacto da regulação emocional e dos sintomas pós *stress* traumático na ideação suicida em mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo

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

**Márcia Manuela Salgado Leite**

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

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a todas as pessoas que me auxiliaram e me deram apoio ao longo de todo o percurso acadêmico, direta ou indiretamente.

À Professora Doutora Eleonora Costa, a minha orientadora, o meu agradecimento por todo o seu profissionalismo, pelo seu empenho, disponibilidade, compreensão, exigência e acompanhamento ao longo deste ano tão árduo. O meu agradecimento pela sua partilha de experiências, conhecimentos e técnicas, ao longo de todos estes anos académicos.

À direção geral da APAV, por permitir que o estudo pudesse ser realizado e, a todas as participantes que aceitaram a participação no estudo, agradecendo a disponibilidade e a partilha de sentimentos e experiências.

Um obrigada à minha mãe, a pessoa que me acompanhou e apoiou ao longo de todo o meu percurso académico, dando-me sempre força e motivação para nunca desistir, mesmo quando tudo parecia difícil. Obrigada por toda a dedicação, por todas as palavras ao longo de toda esta caminhada e, por todo o esforço feito para que conseguisse estudar nesta universidade. Obrigada por seres o meu pilar e o meu exemplo de vida.

Um agradecimento especial ao meu namorado, que também acompanhou uma parte deste meu percurso, e sempre me apoiou e me deu apoio, até nas fases mais difíceis. Um obrigada pela paciência e pelo carinho em me incentivar sempre a continuar.

Um obrigada a todos os meus outros familiares, que sempre apoiaram a minha decisão de percorrer este longo caminho de estudos. De realçar um agradecimento à minha prima, pela partilha de experiências acerca do mundo universitário e pelo apoio dado ao longo de toda esta jornada.

Por fim, gostaria de agradecer a todas as minhas amigas, por me escutarem diariamente, por me ajudarem a lidar da melhor forma possível com os problemas que iam surgindo ao longo desta etapa, por estarem presentes em todos os momentos de desespero.

Um obrigada a todos!

## Resumo

**Introdução:** a violência por parceiro íntimo (VPI) é muito prevalente e é uma das principais causas de morbidade e de mortalidade nas mulheres em todo o mundo, sendo considerada um problema de saúde pública. A VPI abrange a violência física, sexual e psicológica, e, ainda, perseguição, pelo parceiro íntimo, encontrando-se associada a problemas ao nível da saúde física e mental das vítimas, sendo que a sua ocorrência pode levar desenvolvimento de perturbações mentais, como a depressão e perturbação do *stress* pós-traumático (PTSD).

**Objetivos:** analisar a relação entre a VPI, regulação emocional, PTSD e ideação suicida e avaliar o impacto da PTSD e da regulação emocional na ideação suicida. Adicionalmente, foram estudadas as diferenças entre mulheres vítimas e não vítimas de VPI, ao nível das variáveis psicossociais em estudo.

**Metodologia:** neste estudo são incluídas 51 mulheres adultas, 22 vítimas e 29 não vítimas, que preencheram instrumentos de autorrelato: um questionário sociodemográfico, as Escalas de Táticas de Conflito Revisadas, Questionário de Regulação Emocional, o Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL5) e o Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (QCS-R).

**Resultados:** Podemos concluir que as mulheres vítimas de VPI apresentam menor regulação emocional, mais sintomas de perturbação do *stress* pós-traumático e maior ideação suicida, em comparação com as não vítimas.

**Conclusão:** A exposição contínua a situações de violência e a exposição de *stress* de forma prolongada, poderá resultar em consequências negativas como menor regulação emocional, maior sintomatologia de PSPT e ideação suicida, sendo fundamental o estudo da associação das mesmas, de forma a desenvolver estratégias de prevenção.

**Palavras chave:** violência por parceiro íntimo, regulação emocional, perturbação de *stress* pós traumático, ideação suicida.

**Abstract**

**Introduction:** Intimate partner violence (IPV) is very prevalent and is one of the main causes of morbidity and mortality for women worldwide, being considered a public health problem. IPV encompasses physical, sexual and psychological violence, as well as stalking, by an intimate partner and is associated with problems in terms of the victims physical and mental health, and its occurrence can lead to the development of mental disorders, such as depression and post-traumatic stress disorder.

**Objectives:** to analyze the relationship intimate partner violence, emotional regulation, post-traumatic stress disorder and suicidal ideation. Additionally, the differences between female victims and non-victims of IPV will be studied, in terms of the psychosocial variables under study.

**Methodology:** this study included 51 adult women, 22 victims and 29 non-victims, who completed self-report instruments: a sociodemographic questionnaire, the Revised Conflict Tactics Scales, Emotional Regulation Questionnaire, the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5(PCL5) and the Suicidal Behavior Questionnaire – Revised (QCS-R).

**Results:** We can conclude that women who are victims of intimate partner violence have less emotional regulation, greater post-traumatic stress disorder and greater suicidal ideation compared to non-victims,

**Conclusion:** Continuous exposure to situations of violence and prolonged exposure to stress may result in negative consequences such as less emotional regulation, greater PTSD symptoms and suicidal ideation, and it is essential to study their association in order to develop strategies of prevention.

**Keywords:** intimate partner violence, emotional regulation, post traumatic stress disorder and suicidal ideation.

**Siglas e acrónimos**

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CTS2 – Escalas de Táticas de Conflito Revisadas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSPT – Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

VPI – Violência por parceiro íntimo

## Índice

Resumo .....	4
Abstract .....	5
Introdução.....	9
1. Enquadramento teórico .....	10
1.1. Violência por parceiro íntimo .....	10
1.2. Violência por parceiro íntimo e regulação emocional.....	13
1.3. Violência por parceiro íntimo e perturbação do <i>stress</i> pós traumático.....	14
1.4. Violência por parceiro íntimo e ideação suicida.....	16
2. Parte Empírica .....	18
2.1. Objetivos e Hipóteses .....	18
2.2. Desenho de estudo .....	18
2.3. Variáveis .....	18
2.3.1. Variáveis independentes .....	18
2.3.2 Variáveis dependentes/ de resultado .....	18
2.4. Amostra .....	19
2.5. Instrumentos .....	22
2.6. Procedimento.....	25
2.7. Análise Estatística .....	25
3. Resultados .....	26
4. Discussão .....	30
5. Conclusão, implicações para a prática e limitações .....	31
Referências bibliográficas .....	36

**Índice de tabelas**

Tabela 1 – Descrição sociodemográfica da amostra .....	20
Tabela 2 – Resultados do teste <i>T student</i> .....	27
Tabela 3 – Teste de correlação de <i>Pearson</i> .....	30

**Índice de anexos**

Anexo I – Consentimento informado .....	43
Anexo II – Questionário Sociodemográfico .....	44
Anexo III – Escalas de Táticas de Conflito Revisadas .....	45
Anexo IV – Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM5 .....	48
Anexo V – Questionário de Comportamentos Suicidários .....	51
Anexo VI- Questionário de Regulação Emocional .....	53

## Introdução

A violência por parceiro íntimo (VPI) é uma realidade cada vez mais debatida na sociedade e, conseqüentemente, mais estudada na comunidade científica, causando um grande impacto na sociedade (Custódio, 2021; Lourenço & Costa, 2020).

A VPI é muito prevalente e é uma das principais causas de morbidade e de mortalidade para as mulheres em todo o mundo (Miller & McCaw, 2019; Wood et al., 2019), demonstrando-se, de uma forma global, com uma das maiores formas de violência (Pill et al., 2017), sendo que em estimativas globais sobre a violência de gênero sugerem que 30% das mulheres que tiveram um parceiro íntimo já sofreram violência física e/ou sexual em algum momento da vida (OMS, 2014). Na Europa, segundo um estudo da Agência da União Europeia para os Direitos Fundamentais (2014), cerca de 43% das mulheres já foram vítimas de algum tipo de dano físico ou psicológico por parte dos seus parceiros. Mais especificamente, em Portugal, dados da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (PAVS) mostra que 78.4% das mulheres foram vítimas de violência doméstica e, 42.2% das mesmas vítimas de violência por parceiro íntimo (PAVS, 2014). A VPI abrange a violência física, sexual e psicológica e, ainda, perseguição, por um parceiro íntimo, sendo que este é uma pessoa com quem se tem um relacionamento pessoal próximo, caracterizado por uma conexão emocional, contacto regular e físico e/ou sexual contínuo, possuindo uma identidade como casal e familiaridade com as vidas um do outro (Orke et al., 2018).

Devido ao facto de a VPI ser considerada um problema de saúde pública significativo, tanto pelo impacto que tem na qualidade das vítimas, famílias e na sociedade, como pela frequência em que ocorre (Aslan et al., 2019), podendo trazer várias repercussões em diversos níveis, desde físicas, psicológicas, morais e sociais, na vida da mulher, é fundamental o seu estudo, relacionado com diversas variáveis, uma vez que as mulheres que sofrem de VPI têm maior probabilidade de sofrerem de desregulação emocional, desenvolverem perturbação de *stress* pós traumático e ideação suicida (Bigliardi, 2016).

Em termos de estrutura, o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte é apresentado um enquadramento teórico, que se foca na relação entre as variáveis a ser estudadas. Na segunda parte, é apresentado o estudo empírico, que é constituído pela metodologia, resultados, discussão, limitações e conclusões do estudo e implicações futuras.

## 1. Enquadramento teórico

### 1.1. Violência por parceiro íntimo (VPI)

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define violência como o uso intencional de força física ou poder, em forma de ameaça ou mesmo real, seja contra si mesmo ou contra outra pessoa ou comunidade, que resulta numa alta probabilidade de ter como consequências lesões, danos psicológicos e/ou até morte (Kadir et al., 2020). A OMS (2021), acrescenta à definição de violência dois conceitos fundamentais: poder e intencionalidade. No que concerne ao conceito de poder, é o ato de violência em si mesmo, independentemente dos danos que causa, submetendo uma relação hierárquica entre a vítima e o agressor. Quanto ao conceito de intencionalidade, onde existe uma diferença entre a intenção de provocar danos e a de usar a violência, este abrange os danos que resultam desta violência, podendo ser de ordem física, psicológica e até socioeconómica, desde lesões corporais, a sentimentos de culpa e vergonha, diminuição da autoestima, medo, ideação suicida, vulnerabilidade emocional, perturbação do *stress* pós-traumático, depressão, entre outros.

A violência por parceiro íntimo diz respeito à violência cometida por um parceiro no contexto de uma relação íntima, independentemente de ser legalmente reconhecida (Pereira et al., 2021). Esta é definida como um padrão de comportamentos de ordem abusiva e repetitiva de determinado sujeito contra o seu parceiro, incluindo danos físicos e psicológicos, de ordem sexual, privação e intimidação (Araújo et al., 2018). É de realçar, também, a diferença entre VPI e violência doméstica, sendo que esta última engloba aspetos mais amplos de abuso que ocorre em ambiente doméstico, como o abuso infantil, abuso de idosos ou de outros membros da família (Kadir et al., 2020).

A VPI é um problema que pode ter várias repercussões em diversos níveis na vida da mulher, desde físicas, psicológicas, morais e sociais, que desenvolvem marcas a curto e longo prazo na vida dos envolvidos (Bigliardi, 2016; Miller & McCaw, 2019).

De acordo com Smith e colaboradores (2018), a violência física inclui vários comportamentos, como bater, empurrar, pontapear, puxar o cabelo, bater com a parceira íntima contra algum objeto, tentar sufocar, queimar propositadamente, usar uma faca ou uma arma. A violência psicológica inclui a agressão verbal, como chamar nomes, insultar ou humilhar a parceira, e ainda, o controlo coercivo, ou seja, comportamentos como controlar ou ameaçar a companheira. A violência sexual inclui a violação, que é definida como qualquer penetração vaginal, oral ou anal, realizada ou não, através do

uso da força física ou de ameaças a danos físicos, que podem incluir momentos em que a vítima estava bêbada, sob o efeito de drogas ou desmaiada e incapaz de consentir; a penetração sexual, que inclui os momentos em que o agressor penetrou a vítima ou que tentou fazê-lo, penetrando sexualmente alguém sem o seu consentimento, uma vez que a vítima foi fisicamente forçada; a coerção sexual, que corresponde a uma penetração sexual indesejada, que ocorre depois da pessoa ser pressionada, de forma não física, ou seja, esta refere-se ao sexo vaginal, oral ou anal não desejado depois de ser pressionada de maneira a levar a pessoa ao desgaste pelos pedidos repetidos para ter relações sexuais, a sentir-se pressionado por mentiras ou por promessas que não eram verdadeiras, como ameaças de terminar a relação ou espalhar boatos, e ainda, pressão sexual, através da influência ou autoridade que a pessoa possui; o contacto sexual indesejado, que corresponde a uma experiência sexual indesejada, envolvendo o toque, mas não a penetração sexual, como ser beijada sexualmente ou ter partes sexuais do corpo acariciadas, apalpadadas ou agarradas. Há evidências que apontam que a violência física e a sexual são frequentemente precedidas pela violência psicológica, que é geralmente banalizada pela maioria das pessoas (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2020).

O ato de perseguir a vítima também constitui uma forma de VPI, o qual envolve um padrão de assédio ou táticas ameaçadoras usadas pelo parceiro íntimo, de modo indesejado e que causa sentimentos ou sensações de medo ou insegurança na vítima (Smith et al., 2018).

Um estudo executado por Holanda e colaboradores (2018) demonstra que a violência física é a mais vivenciada por mulheres que se encontram num relacionamento (65%). Ademais, os autores demonstraram que mulheres que estavam num relacionamento há mais de 10 anos (37.2%), experienciaram episódios de violência com mais frequência do que aquelas que estavam num relacionamento mais curto. Num outro estudo, de Fernández-González e colaboradores (2014), conclui-se que, numa amostra de 2016 indivíduos, a predominância é da violência psicológica, seguida da violência física (40%) e, por último, o abuso sexual (10.9%).

Neste sentido, a VPI tem um impacto substancial na saúde física e mental da mulher, no entanto, também apresenta um impacto negativo substancial no bem-estar emocional e social de toda a família e pessoas envolvidas (Mascarenhas et al., 2020). Desta forma, o impacto da violência nas vítimas de VPI pode depender de um conjunto de fatores que podem atenuar ou agravar os efeitos da mesma, tais como a idade, a

personalidade, o grau de relacionamento entre ambos e, a rede social de apoio à vítima (Ramos et al., 2019). É de realçar também, que este impacto nas vítimas varia consoante a duração da relação abusiva, assim como a intensidade na violência (Associação de Apoio à Vítima (APAV), 2020).

A VPI pode afetar significativamente uma parte da população sendo que as mulheres são as principais vítimas e os homens os principais agressores. Os dados apresentados no Relatório Anual de Segurança Interna (RASI) (2018) referem que 78.6% das vítimas são mulheres e 83.5% dos denunciados são homens. A violência contra a mulher é um evidente problema de saúde, pessoal e comunitária. Enquanto problema de saúde pessoal pois corresponde a todas as pessoas envolvidas, nomeadamente às mulheres vítimas, filhos, ao ofensor e familiares, na medida que afeta a qualidade de vida, indispensável ao equilíbrio da saúde física e psicológica. E problema de saúde comunitária, colocando em causa as relações pessoais, qualidade de vida da família, segurança e igualdade de género (APAV, 2010). Para além disso, a violência contra a mulher, além de ser um grave problema de saúde pública, é também uma violação dos direitos humanos, podendo desencadear um processo judicial (Aguiar & Correa, 2022). Apesar de a VPI estar qualificada como crime público, não invalida a existência de muitos casos de violência, muitos deles que não são reportados, sendo mantidos no anonimato.

Em termos globais, em Portugal, entre 2010 e 2020, as situações de violência conjugal constituíram quase a totalidade das participações à GNR e PSP de violência doméstica, com um total de cerca de 25000 participações, sendo que o ano de 2020 foi onde houve mais participações (84.8%) e o de 2011 com menos (81.9%) (Neves & Ramalho, 2022).

As desigualdades de género servem de base a relações de poder assimétricas entre homens e mulheres, nas quais o domínio está centrado nos homens, sendo esta desigualdade a impulsionadora de grande parte da violência exercida contra as mulheres (Dias, 2018). Este tema tem sido cada vez mais falado, devido a várias lutas de movimentos feministas, sendo um problema de escala global, comprovado pelo facto de 193 Estados Membros da Organização das Nações Unidas se comprometeram à equidade de género (Pinto et al., 2021).

Além disso, verifica-se que o combate da VPI requer a atenção coletiva de inúmeras áreas de conhecimento, nomeadamente da saúde, da assistência social e nível jurídico, sendo que por vezes, há mulheres que não procuram ajuda. Estas tendem a

aceitar e a justificar as atitudes dos autores da agressão, levando à violência contínua (Frugoli & Furquin, 2019; Silva et al., 2018).

## **1.2. Violência por parceiro íntimo e regulação emocional**

Estima-se que 51.2% das mulheres vivenciaram, no mínimo, um evento potencialmente traumático, sendo que a exposição à violência, incluindo a VPI é um dos fatores que mais pode proporcionar menos regulação emocional (Peres et al., 2005).

As consequências da violência recorrente na vida da mulher são marcadas pela baixa autoestima, medo, isolamento social e até pela incorporação do sentimento de culpa. Surge com muita frequência o medo que pode impedir a vítima de pedir auxílio, bem como a atitude de diminuição do abuso, na qual existe a tendência à mulher minimizar a situação de violência devido a várias situações, como a falta de informação e de conhecimento sobre o que constitui realmente violência e, ainda pelo facto de acreditarem que o seu parceiro pode melhorar e/ou mudar (Barufaldi et al., 2017). Posto isto, destaca-se que mulheres que vivenciam VPI estão mais suscetíveis a se tornarem tristes, a terem uma baixa regulação emocional e baixa autoestima (Santos et al., 2018).

A regulação emocional caracteriza-se pela expressão dos processos envolvidos para lidar com os níveis de emoções positivas e negativas (Crunivel & Boruchovitch, 2010), envolvendo estratégias conscientes e/ou inconscientes para preservar, aumentar ou diminuir um ou mais componentes emocionais, incluindo os sentimentos, os comportamentos e as respostas fisiológicas que produzem as emoções, bem como a intensidade e a duração da experiência emocional (Coutinho et al., 2010).

As estratégias de regulação emocional mais estudadas são a reavaliação cognitiva, que consiste na modificação do significado da situação, de modo a alterar o impacto emocional, ou seja, esta estratégia permite um melhor funcionamento emocional e interpessoal, maior autoestima e bem-estar, permitindo um maior crescimento pessoal, autoaceitação e autonomia. A supressão emocional envolve a inibição do comportamento emocional expressivo, sendo que esta estratégia permite menos emoções positivas e mais emoções negativas, incluindo sintomatologia depressiva e níveis reduzidos de autoestima. Para além destas, ainda existe, como estratégias de regulação emocional, a resolução-problema e a aceitação (Brockman et al., 2017).

Durante o ciclo de vida, as pessoas enfrentam situações difíceis e vivenciam emoções intensas e negativas que exige uma adaptação do organismo e estratégias de

regulação emocional de forma a estabelecer o equilíbrio e a promover o bem-estar físico e psíquico (Crunivel & Boruchovitch, 2010).

Posto isto, pode-se afirmar que existe uma correlação entre os sintomas de perturbação do *stress* pós-traumático e a menor regulação emocional, uma vez que experiências de abuso podem interromper a formação de vínculos seguros, promovendo estratégias ineficazes de regulação emocional.

### **1.3. Violência por parceiro íntimo e perturbação do *stress* pós-traumático**

A violência por parceiro íntimo tem como consequência várias repercussões negativas, refletindo múltiplas adversidades na saúde física e mental das vítimas, principalmente a nível psicológico, podendo originar o desenvolvimento de perturbações mentais não psicóticas, como o *stress* pós-traumático. Estas possuem uma alta prevalência na população global, sendo maior em mulheres vítimas de violência pelo seu parceiro (Sijbrandij et al., 2016).

Num estudo de Santos e Monteiro (2018), onde associaram os tipos de VPI e os domínios de saúde mental, foi possível verificar que as mulheres que experienciaram o abuso físico, apresentam quatro vezes mais a presença de sintomas de humor depressivo, tinham três vezes maior probabilidade de experienciarem um decréscimo de energia vital e cerca de sete vezes mais probabilidade de desenvolverem pensamentos de teor depressivo. Já as mulheres que passaram por episódios de agressão psicológica, apresentaram o dobro da probabilidade de terem um decréscimo de energia e quatro vezes maior probabilidade de terem sintomas e pensamentos depressivos. Para além deste, um outro estudo, de Barros e colaboradores (2016), concluiu que em mulheres vítimas de VPI, 77.8% apresentavam sintomas somáticos, 73.7% apresentavam um decréscimo da energia vital e 51% apresentavam sintomas depressivos. Num estudo realizado por Fellipe e colaboradores (2016), foi possível verificar que em 41 mulheres vítimas de VPI, 34 (82.9%) apresentaram sintomas de PSPT e apenas 7 (17.1%) não apresentaram sintomas.

A perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT) é uma das perturbações mais recorrentes que deriva deste tipo de violência. Esta perturbação só veio a ser reconhecida como um diagnóstico válido pela Associação de Psiquiatria Americana (APA) em 1980 e, só a partir de 1992, na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (Vaz Serra, 2003).

A PSPT é uma doença psiquiátrica que pode ocorrer após a exposição a eventos traumáticos (Socci et al., 2020). Segundo o DSM V (2014), a PSPT ocorre quando um indivíduo presencia um incidente eventualmente traumático e responde de acordo com as suas aprendizagens no decorrer do seu desenvolvimento, de acordo com a sua personalidade, com o contexto onde ocorre o acontecimento e de acordo com as características deste. Desta forma, a característica particular da PSPT é o desenvolvimento de sintomas individuais após a exposição a um ou vários incidentes traumáticos.

Ainda segundo o DSM V, o primeiro critério de diagnóstico para a PSPT envolve a exposição direta ou indireta a um episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual, praticado contra si ou contra pessoas próximas, ou ainda ser exposto de maneira repetida a detalhes aversivos de determinado evento. O segundo critério diz respeito à presença de sintomas intrusivos e recorrentes relacionados ao evento traumático, como lembranças, sonhos, reações dissociativas (*flashbacks*), sofrimento psicológico e/ou reações fisiológicas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspeto do evento traumático. O terceiro critério incorpora a evitação constante de estímulos associados ao evento traumático e, por fim, o indivíduo apresentar alterações marcantes na excitação e reatividade associadas ao evento traumático, que podem ser evidenciadas na exibição de comportamentos de irritabilidade e de raiva, comportamento imprudente ou autodestrutivo, hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, problemas de concentração e perturbação do sono (APA, 2014).

A VPI seguramente pode ser caracterizada por representar uma experiência traumática ao longo do curso de vida e, o medo que é proporcionado pela sensação de ameaça à segurança e sensação de desamparo, são preditores importantes no desenvolvimento de PSPT em mulheres vitimizadas (Salcioglu et al., 2017 *cit in* Gama et al., 2021). O índice de prevalência de PSPT em mulheres vítimas de VPI, varia entre 31% e 84.4% (Golding, 1999). Em vários estudos, nomeadamente os estudos de Pico-Alfonso (2005) e Norwood e Murphy (2012), a VPI foi a principal variável preditora de PSPT, quando comparada a outras formas de abuso.

Várias pesquisas corroboram que mulheres que relataram ser vítimas de VPI também relataram mais sintomas de PSPT (Belanger et al., 2015; Yuspendi et al., 2018).

#### 1.4. Violência por parceiro íntimo e ideação suicida

Neste contexto de VPI, os aspetos apresentados prejudicam a qualidade de vida e, conseqüentemente, podem tornar as vítimas mais propensas a desenvolver ideação suicida (Santos et al., 2018), demonstrando-se como uma forma de fuga para o sofrimento psicológico, sendo que, geralmente, a população feminina apresenta taxas mais elevadas de tentativa de suicídio quando comparada com os homens (Rieth, 2021).

Múltiplas teorias ajudam a entender a ligação entre a experiência de VPI e o risco de comportamento suicida. A teoria psicológico-interpessoal do suicídio (IPTTS) (Joiner, 2005) postula que a ideação suicida surge da desesperança generalizada, da frustração e percepção de sobrecarga (por exemplo, sentir-se um fardo para os entes queridos). Além disso, uma recente estrutura de ideação para ação de Klonsky e May (2018), fundamentada no IPTTS, propõe que a ideação suicida pode progredir para tentativa(s) quando há capacidade adquirida.

O comportamento suicida engloba diversas componentes, nomeadamente a ideação suicida, planos, tentativas e conclusões (por exemplo, morte intencional causada por comportamento prejudicial autodirigido), sendo um dos principais fatores que contribuem para a morbidade e mortalidade em todo o mundo (WHO, 2014). A ideação suicida refere-se a pensamentos suicidas e ideias de autodestruição, incluindo atitudes, desejos e planos que a pessoa possui para colocar fim à sua própria vida (Moreira & Bastos, 2015).

A VPI afeta milhões de mulheres, prejudicando a sua qualidade de vida e causando problemas de saúde, incapacidades e até morte (Bergmann & Stockman, 2015). No caso de homicídios femininos, 38% destes foram atribuídos à VPI (García-Moreno et al., 2013). No caso de suicídios, a VPI é um fator precipitante para 4.5% dos suicídios que ocorrem (Petrosky et al., 2018; Stone et al., 2018).

Geralmente não existe uma causa única para as ideias suicidas, mas muitos fatores podem moldar o risco para o suicídio, como a depressão, ansiedade, perturbação de *stress* pós-traumático, perturbação por uso de substâncias, conflitos familiares e relacionais, agressividade, impulsividade, entre outros (Gvion & Levi-Belz, 2018; Logan et al., 2019).

Diversos estudos referem que a tendência suicida (que inclui a ideação suicida, planos e tentativas) é aumentada quando se experienciam eventos negativos e traumáticos, associando esta ideia aos sintomas de *stress* pós-traumático (Panagiotti et al., 2015).

Vários estudos relatam uma forte ligação entre VPI e pensamentos e/ou comportamentos suicidas, principalmente entre as vítimas de VPI do sexo feminino e, que o tipo de exposição à VPI, ou seja, física, sexual ou psicológica, podem impactar de forma distinta nos desfechos do comportamento suicida (Jiwatram-Negrón et al., 2021; Maru et al., 2018). Por exemplo, dados de um estudo de múltiplos países apontam que a VPI sexual combinada com a VPI física ou psicológica, estava associada ao maior risco de ideação e tentativa de suicídio (Potter et al., 2021). Da mesma forma, um estudo de Jiwatram-Negrón e colaboradores (2021) com uma amostra de mulheres socialmente marginalizadas, descobriu que, embora todos os tipos de experiências de VPI estivessem associados à ideação suicida, as mulheres que relataram uma história de VPI sexual e prejudicial tinham maior probabilidade de apresentar ideação suicida. Numa outra pesquisa que examinou o impacto de experiências de VPI psicológica e económica, sugeriu que estas podem ser tão determinantes para a saúde mental quanto a VPI física e sexual (Gibbs et al., 2018)

Num estudo de Devries et al., 2013, cerca de 11 em 13 estudos longitudinais mostraram uma associação significativa entre a vitimização da VPI e as subseqüentes tentativas de suicídio por parte das mesmas. Diversas outras pesquisas, a nível mundial, verificaram que as vivências de VPI foram significativamente associadas à ideação suicida ao longo da vida (Marquetti et al., 2017; Guillen et al., 2015; Martínez & Wasser, 2019)

Após a revisão da literatura, salienta-se a necessidade de mais investigação sobre as variáveis relacionadas entre si, uma vez que os estudos que relacionam estes fatores em mulheres portuguesas são bastantes escassos e, no contexto português que seja do nosso conhecimento, são inexistentes, demonstrando-se fundamental explorar este tema em geral.

## **2. Parte Empírica**

### **2.1. Objetivos e Hipóteses**

Tendo em conta a literatura e os modelos referidos, este estudo foca-se na relação VPI, regulação emocional, sintomas de PSPT e ideação suicida em mulheres vítimas de VPI. Adicionalmente, foram estudadas as diferenças entre mulheres vítimas e não vítimas de VPI, ao nível das variáveis psicossociais em estudo.

Tendo por base estes objetivos, este estudo tem como hipóteses:

1) Espera-se que as vítimas de VPI apresentem mais sintomas de PSPT, maior ideação suicida e menos estratégias de regulação emocional quando comparadas com as não vítimas;

2) Espera-se que a VPI e a sintomatologia de PSPT se relacionem positivamente com a ideação suicida e as estratégias de regulação emocional (reavaliação cognitiva e supressão emocional) se relacionem negativamente com a ideação suicida.

## **2.2. Desenho de estudo**

Para este estudo, optou-se pela concretização de uma pesquisa de índole quantitativa, uma vez que se demonstra ser o mais adequado quando pretendemos estudar relações entre variáveis e estabelecimento de relações de causa e efeito (Fortin, 2006). O método de investigação quantitativa segue com rigor um plano previamente estabelecido, com hipóteses e variáveis definidas previamente, visando enumerar e medir eventos de forma objetiva e precisa (Proetti, 2018).

É um estudo descritivo-correlacional e analítico, de carácter transversal (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

## **2.3. Variáveis**

As variáveis do estudo foram selecionadas em função da revisão da literatura realizada e dos objetivos de investigação previamente referidos.

### **2.3.1. Variáveis independentes**

Tendo por base as hipóteses formuladas, consideram-se variáveis independentes a VPI, a regulação emocional e os sintomas de PSPT.

### **2.3.2. Variáveis dependentes / de resultado**

No presente estudo foi considerada como variável dependente/de resultado, a ideação suicida.

## **2.4. Amostra**

A amostra do presente estudo atendeu a determinados critérios de inclusão: ser do sexo feminino, terem idade igual ou superior a 18 anos e capacidade para ler e escrever português com proficiência. Para atender a triagem preliminar para o grupo de vítimas de violência pelo parceiro íntimo, as mulheres tinham de ter relatado pelo menos um incidente de violência.

A amostra (N) em estudo é constituída por 51 mulheres, 22 vítimas de violência pelo seu parceiro, utentes da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), e 29 não vítimas, recolhidas junto da população em geral da mesma área geográfica. Em relação

à idade, as participantes apresentam idades compreendidas entre os 20 e os 82 anos, sendo que 31 têm entre os 20 e os 29 anos (60.8%), 8 têm entre os 30 e os 39 anos (15.7%), 6 têm entre os 40 e os 49 (11.8%), 3 têm entre os 50 e os 59 anos (5.9%), duas têm entre os 60 e os 69 anos (3.9%) e uma tem mais de 70 anos (2%). Esta variável sociodemográfica tem um desvio padrão de 13.27 e média de aproximadamente 30.3.

No que concerne à escolaridade, 3 participantes têm o 4º ano (5.9%), 3 têm o 6º ano (5.9%), 9 têm o 9º ano (17.6%), 28 têm o 12º ano (54.9%) e 8 têm o ensino superior (15.7%). Quanto ao estado civil, 31 participantes são solteiras (60.8%), 5 estão em união de facto (9.8%), 7 são casadas (13.7%), 6 são divorciadas (11.8%) e 2 são viúvas (3.9%).

No que diz respeito à situação profissional, 27 participantes estão empregadas (52.9%), 7 estão desempregadas (13.7%), 3 estão reformadas (5.9%) e 14 são estudantes (27.5%).

No que refere ao número de filhos, 31 participantes não têm filhos (60.8%), 10 participantes têm 1 filho (19.6%), 5 participantes têm 2 filhos (9.8%), 1 participante tem 3 filhos (2%), 3 participantes têm 4 filhos (5.9%) e 1 tem 6 filhos (2%).

Das 51 participantes, 22 são vítimas de violência pelo parceiro íntimo (43.1%) e 29 não vítimas (56.9%). Das 22 vítimas, quanto à relação que mantém com o agressor, 5 são casadas (9.8%), 4 são divorciadas (7.8%), 8 são companheiras (15.7%), 3 são namoradas (5.9%) e 2 são ex-cônjuges (3.9%). Destas, 12 habitam com o agressor (23.6%) e 10 não habitam (19.6%). Por fim, 5 são vítimas há 1 ano (9.8%), 3 são vítimas há 2 anos (5.9%), 2 são vítimas há 2 anos (3.9%), 1 é vítima há 4 anos (2%), 2 são vítimas há 5 anos (3.9%), 1 é vítima há 6 anos (2%), 4 são vítimas há 7 anos (7.8%), 1 é vítima há 10 anos (2%), 1 é vítima há 15 anos (2%), 1 é vítima há 23 anos (2%) e 1 participante é vítima há 60 anos (2%).

Cerca de 22.6% das vítimas ainda habitam com o agressor.

Tabela 1

*Descrição sociodemográfica da amostra*

Variáveis		Amostra (N=51)	
		Frequência	Percentagem
Idade	20-29	31	60.8
	30-39	8	15.7
	40-49	6	11.8
	50-59	3	5.9
	60-69	2	3.9
	>70	1	2.0
Escolaridade	Primeiro ciclo	3	5.9
	Segundo ciclo	3	5.9
	Terceiro ciclo	9	17.6
	Ensino Secundário	28	54.9
	Ensino Superior	8	17.7
Estado civil	Solteira	31	60.8
	União de facto	5	9.8
	Casada	7	13.7
	Divorciada	6	11.8
	Viúva	2	3.9
Situação profissional	Empregada	27	52.9
	Desempregada	7	13.7
	Reformada	3	5.9
	Estudante	14	27.5
Número de filhos	0	31	60.8
	1	10	19.6
	2	5	9.8
	3	1	2.0
	4	3	5.9
	6	1	2.0
Situação	Vítima	22	43.1

	Não Vítima	29	56.9
Relação com o agressor	Casada	5	9.8
	Divorciada	4	7.8
	Companheira	8	15.7
	Namorada	3	5.9
	Ex-cônjuge	2	3.9
Habita com o agressor	Sim	12	23.6
	Não	10	19.6
Tempo que é vítima (anos)	1	5	9.8
	2	3	5.9
	3	2	3.9
	4	1	2.0
	5	2	3.9
	6	1	2.0
	7	4	7.8
	10	1	2.0
	15	1	2.0
	23	1	2.0
60	1	2.0	

---

## 2.5. Instrumentos

Os instrumentos selecionados para o presente estudo tiveram em conta os objetivos do estudo, a aplicabilidade e a rapidez de preenchimento.

### 2.5.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi desenvolvido com o objetivo de recolher dados sociodemográficos e outras variáveis clínicas consideradas relevantes para a caracterização da amostra (Costa et al., 2014). No questionário foram incluídas as seguintes informações: idade, escolaridade, situação profissional atual, estado civil, número de filhos, se é vítima ou não pelo parceiro íntimo, se for vítima, a relação com o agressor, se coabita com o agressor e há quanto tempo é vítima de violência, sendo constituída por 9 questões de formato misto, com questões abertas e fechadas.

### 2.5.2. Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2)

As Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2; Straus et al., 1996; Alexandra & Figueiredo, 2006), foram desenvolvidas por Straus e colaboradores (1996), com o objetivo de determinar a prevalência de abuso físico e psicológico entre parceiros e, avaliar o modo como os casais resolvem os seus conflitos.

As CTS2 são compostas por 5 fatores: a) negociação; b) abuso físico sem sequelas; c) agressão psicológica; d) abuso físico com sequelas e e) coerção sexual. Apresenta oito categorias de resposta numa escala de tipo Likert, sendo as primeiras seis destinadas a determinar a incidência e cronicidade no último ano: (1) uma vez no ano anterior; (2) duas vezes no ano anterior; (3) 3-5 vezes no ano anterior; (4) 6-10 vezes no ano anterior; (5) 11-20 vezes no ano anterior; (6) mais de vinte vezes no ano anterior; as outras duas categorias são destinadas a determinar a prevalência: (7) não no ano anterior, mas ocorreu anteriormente e (8) nunca aconteceu (Alexandra & Figueiredo, 2006).

Este instrumento é constituído por 39 itens agrupados em pares de perguntas aplicadas ao participante e ao companheiro, fazendo um total de 78 questões. De modo a cumprir o que se propõe nos objetivos da presente investigação e, como este estudo se foca apenas na violência física, coerção sexual e agressão, foram utilizados apenas 33 itens, excluindo o item negociação, considerando que os seus itens avaliam a ocorrência de táticas de resolução de conflitos adaptativas.

Quanto aos valores de fidelidade, no estudo original de Straus et al. (1996), as escalas apresentam uma boa consistência interna, sendo o alfa de Cronbach para a negociação de  $\alpha = .86$ , na agressão psicológica de  $\alpha = .79$ , para o item abuso físico sem sequelas é de  $\alpha = .86$ , para a coerção sexual é de  $\alpha = .87$  e para o abuso físico com sequelas é de  $\alpha = .95$ . Posto isto, estes resultados indicam que o instrumento possui uns bons índices de consistência interna. No estudo de adaptação à população portuguesa, os valores de consistência interna (alfa de Cronbach) são os seguintes: escala total ( $\alpha = .80$ ), negociação ( $\alpha = .71$ ), agressão psicológica ( $\alpha = .64$ ), abuso físico sem sequelas ( $\alpha = .74$ ), coerção sexual ( $\alpha = .51$ ) e abuso físico com sequelas ( $\alpha = .47$ ) (Alexandra & Figueiredo, 2006).

No presente estudo, quer a escala total, quer as subescalas, revelam valores de alfa de Cronbach superiores às do instrumento original de adaptação portuguesa, apresentando bons valores de consistência interna, sendo  $\alpha = .96$  para a escala total,  $\alpha = .85$  para a subescala agressão psicológica, ( $\alpha = .67$ ) para a subescala abuso físico com sequelas,  $\alpha = .90$  para a subescala abuso físico com sequelas e  $\alpha = .77$  para a subescala coerção sexual.

### 2.5.3. Questionário de Regulação Emocional

Questionário de Regulação Emocional (QRE, Gross, J. & John, O., 2003 – tradução e adaptação de Pinto Gouveia & Dinis, 2006). O Questionário de Regulação Emocional é constituído por 10 itens que avaliam duas estratégias de regulação emocional: Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional, cujas respostas são dadas de acordo com uma escala de Likert de 7 pontos.

No que diz respeito à consistência interna, podemos afirmar que as subescalas têm uma consistência aceitável (Reavaliação Cognitiva  $\alpha = 0.79$  e Supressão Emocional  $\alpha = 0.73$ ). Por sua vez, no que diz respeito à fidelidade teste-reteste encontrou-se um valor de 0.69 para ambas as subescalas (Gross & John, 2003).

No presente estudo, tanto a escala total como as subescalas, apresentaram valores de consistência interna superior aos valores encontrados na versão portuguesa, sendo o Alfa de Cronbach da escala total de  $\alpha = .94$ , da subescala reavaliação cognitiva  $\alpha = .96$  e, da subescala supressão emocional  $\alpha = .86$ .

### 2.5.4. Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)

O Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) (Weathers et al., 2013). Esta escala contém 20 itens de autorrelato que avalia os 20 sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático presentes no DSM-5 e permite um diagnóstico provisório. Segue uma escala Likert de 5 pontos, em que 0 corresponde a “nada” e 4 corresponde a “extremamente”, avaliando o grau que o participante foi afetado por determinado sintoma no último mês. A versão portuguesa deste instrumento foi adaptada por Carvalho e colaboradores (2020) e exibiu valores adequados de consistência interna para a escala total ( $\alpha = .94$ ), bem como para os fatores Intrusões ( $\alpha = .89$ ), Evitamento ( $\alpha = .76$ ), Alterações Negativas nas Cognições e no Humor ( $\alpha = .87$ ) e Alterações da Atividade e da Reatividade ( $\alpha = .85$ ).

A análise da consistência interna foi também avaliada no presente estudo, revelando elevados valores para a escala total ( $\alpha = .98$ ), como para as subescalas, sendo que  $\alpha = .97$  para a subescala intrusões,  $\alpha = .96$  para a subescala evitamento,  $\alpha = .96$  para a subescala alterações negativas nas cognições e humor e  $\alpha = .97$  para a subescala alterações negativas da ativação e da reação.

### **2.5.5. Questionário de Comportamentos Suicidários**

O grau de ideação suicida foi avaliado pelo Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (QCS-R) (Osman et al., 2001). Esta escala é um instrumento de autorrelato que permite avaliar se há presença de ideação suicida, sendo realizada por meio de 4 itens: ideação suicida, tentativa de suicídio, intenção suicida e probabilidade futura de cometer suicídio. A consistência interna e a validade do instrumento são adequadas e possui valores de alfa de Cronbach que variam entre  $\alpha = .76$  e  $\alpha = .88$  (Osman et al., 2001).

A versão adaptada à população portuguesa foi realizada por Campos e Holden (2016) e apresentou um valor de alfa de Cronbach para a escala total não tão elevado, porém aceitável ( $\alpha = .62$ ). Na versão portuguesa, a cotação pode variar entre 3 e 18 pontos (Campos & Holden, 2016).

Neste estudo, mediante os objetivos do mesmo, apenas foi utilizado o item ideação suicida. A escala revelou um bom valor de consistência interna, sendo o alfa de Cronbach de .92.

### **2.6. Procedimento**

Primeiramente iniciou-se a revisão bibliográfica, selecionando-se, posteriormente, o tema do estudo. De seguida, foram escolhidos os instrumentos utilizados na investigação, de acordo com os objetivos propostos, tendo alguns critérios de seleção, como a população e as variáveis a serem estudadas.

O presente estudo foi conduzido junto de duas populações. Para uma primeira população, foi elaborado o protocolo de recolha de dados por meio da plataforma *Google Forms*, sendo que esta recolha ocorreu de forma aleatória, por meio da divulgação do questionário online. A segunda população, com recolha de dados na Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). A recolha de dados decorreu entre Janeiro de 2022 e Setembro de 2022, sendo que participaram 51 mulheres, 22 vítimas de VPI e 29 não vítimas. Após darem o seu consentimento, no consentimento informado (anexo I), estas participantes responderam a um conjunto de instrumentos: o questionário sociodemográfico (anexo II), de forma a analisar a amostra, as Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (anexo III), o Questionário de Comportamentos Suicidários (QCS) (anexo IV) e o Questionário de Regulação Emocional (anexo V). Após a escolha dos instrumentos foi pedida a autorização aos autores dos mesmos para que seja possível a sua implementação.

As participantes elegíveis para o estudo tinham de ser mulheres adultas, no mínimo 18 anos, sendo que no grupo da APAV, tinham de ter pelo menos um episódio de violência conjugal. Às participantes foi entregue um consentimento informado, no qual incluía o objetivo de investigação, e também o facto de a participação ser voluntária, anónima e confidencial.

### **2.7. Análise estatística**

Posteriormente à recolha dos dados junto das participantes e online, estes foram inseridos numa base de dados e sujeitos a testes estatísticos, sendo utilizado o programa estatístico *IBM SPSS*, versão 28.

Primeiramente foi realizada uma análise exploratória de dados para as variáveis sociodemográficas, de forma a verificar se estas apresentavam uma distribuição normal, pressuposto subjacente à decisão de utilização de testes paramétricos ou não paramétricos. Esta análise teve em consideração os resultados do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, verificando-se que todas as variáveis apresentavam uma distribuição normal, pelo que se optou pela utilização de testes paramétricos na sua análise.

Para a análise descritiva das variáveis sociodemográficas, foi utilizada a média e o desvio padrão para a variável contínua idade. Com o intuito de comparar as diferenças entre as mulheres vítimas de VPI e as não vítimas em relação à regulação emocional, perturbação do *stress* pós-traumático e ideação suicida, foi utilizado o teste de *T Student*, para amostras independentes. Posteriormente, a aplicação do coeficiente de correlação de *Pearson* para analisar as correlações entre as variáveis.

## **3. Resultados**

**Hipótese 1:** Espera-se que as mulheres vítimas de VPI apresentem maior sintomatologia PSPT, menor regulação emocional e maior ideação suicida quando comparadas com as mulheres não vítimas.

Relativamente aos sintomas de PSPT, no que diz respeito às subescalas do instrumento *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)*, o teste *T* mostra que existem diferenças estatisticamente significativas entre as vítimas de VPI e as não vítimas, sendo que na subescala intrusões ( $t=4.13$ ;  $p<0.001$ ), na subescala evitamento ( $t=3.37$ ;  $p<0.001$ ), na subescala alterações negativas nas cognições e humor ( $t=5.55$ ;  $p<0,001$ ) e na subescala alterações negativas da ativação e da reatividade ( $t= 4.25$ ;  $p<0.001$ ). Assim, conclui-se que as vítimas de VPI possuem mais sintomas de PSPT do que as não vítimas.

No que concerne à regulação emocional, os resultados do teste *T* mostraram que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da escala do Questionário de Regulação Emocional, entre vítimas de VPI e não vítimas, nomeadamente ao nível da reavaliação cognitiva ( $t = -2.18$ ;  $p = 0.017$ ) e na supressão emocional ( $t = -2.23$ ;  $p = 0.016$ ). Desta forma, em média, as vítimas de VPI apresentam maior reavaliação cognitiva e maior supressão emocional, do que as não vítimas.

Quanto à ideação suicida, esta apresenta também diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $t = 8.23$ ;  $p < 0.001$ ), sendo que as vítimas de VPI apresentam maior ideação suicida do que as não vítimas.

Pode-se concluir que as vítimas de VPI possuem mais sintomas de PSPT, maior dificuldade na regulação emocional e maior ideação suicida, quando comparadas com as não vítimas.

Tabela 2

*Resultados do teste T Student (N=51)*

	Vítimas de VPI	Não vítimas	<i>T</i>
	Ordem Média	Ordem média	<i>Student</i>
Intrusões	8.59	2.31	4.13
Evitamento	4.82	1.79	3.37
Alterações negativas nas cognições e humor	5.59	0.79	5.55
Alterações negativas da ativação e da reatividade	16.87	5.36	4.25
Ideação suicida	5.90	3.28	2.77
Reavaliação cognitiva	9.05	30.31	-2.18
Supressão emocional	16.59	20.00	-2.23
Agressão psicológica ligeira	15.76	2.21	8.23
Agressão psicológica severa	9.05	0.34	7.19
Abuso físico sem sequelas ligeiro	10.67	0.17	5.50
Abuso físico sem sequelas severo	5.95	0.00	4.13
Coerção sexual ligeira	2.41	0.07	3.46

Coerção sexual severa	1.36	0.00	1.89
Abuso físico com sequelas ligeiro	3.09	0.00	5.10
Abuso físico com sequelas severo	2.36	0.00	2.07

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

**Hipótese 2:** Espera-se que a VPI e a sintomatologia de PSPT se relacionem positivamente com a ideação suicida e que a regulação emocional se relacione negativamente com a ideação suicida

Para se analisar a relação entre a VPI, regulação emocional e a ideação suicida, utilizou-se o teste de correlação de *Pearson* (Tabela 3).

Através das análises efetuadas para esta hipótese, constatou-se que a primeira hipótese é confirmada, uma vez que existe uma relação positiva e estatisticamente significativa, entre as todas as subescalas que avaliam a VPI e a ideação suicida, nomeadamente, a agressão psicológica ( $r = .518, p < .001$ ), abuso físico sem sequelas ( $r = .292, p = .039$ ) e coerção sexual ( $r = .379, p = .006$ ). Quanto ao abuso físico com sequelas, existe também uma relação positiva, mas não significativa ( $r = .188, p = .187$ ). Para além disso, existe também, uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a escala total da VPI e a ideação suicida ( $r = .402, p = .004$ ) (tabela 4).

Através dos resultados obtidos, confirmou-se, também a segunda hipótese, uma vez que existe uma relação negativa, mas não estatisticamente significativa, entre a regulação emocional e a ideação suicida, nomeadamente, na reavaliação cognitiva ( $r = -.086, p = .551$ ) e na supressão emocional ( $r = -.250, p = 0.077$ ), subescalas que avaliam a regulação emocional. A escala total da regulação emocional também apresenta uma relação negativa e não significativa, com a ideação suicida ( $r = -.157, p = .278$ ).

Quanto à hipótese espera-se que a sintomatologia PSPT se relacione positivamente com a ideação suicida, esta também se confirma através dos resultados. Nas subescalas que avaliam os sintomas da perturbação do *stress* pós-traumático, existe uma relação positiva e estatisticamente significativa com a ideação suicida, nomeadamente em intrusões ( $r = .535, p < .001$ ), evitamento ( $r = .381, p = .005$ ), alterações negativas nas cognições e humor ( $r = .496, p < .001$ ) e nas alterações negativas da ativação e reatividade ( $r = .495, p < .001$ ). a escala total que avalia os sintomas da perturbação do

stress pós-traumático também evidencia uma relação positiva e estatisticamente significativa com a ideação suicida ( $r=.509, p<.001$ ).



Tabela 3

*Teste de correlação de Pearson*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Agressão Psicológica (1)	—													
Abuso físico s/sequelas (2)	.789**	—												
Abuso físico c/sequelas (3)	.676**	.810**	—											
Coerção Sexual (4)	.779**	.879**	.713**	—										
CTS2 Total (5)	.918**	.956**	.839**	.904**	—									
Reavaliação Cognitiva (6)	-.129	.026	-.117	-.004	-.017	—								
Supressão Emocional (7)	-.161	-.031	.076	.071	-.086	.942**	—							
QRE Total (8)	-.144	.000	.096	.038	-.040	.990**	.980**	—						
Intrusões	.759**	.507**	.507**	.529**	.659**	.032	.002	.020	—					
Evitamento	.678**	.471**	.492**	.482**	.601**	.146	.133	.139	.921**	—				
Alterações Negativas nas cognições e humor (11)	.846**	.753**	.665**	.708**	.829**	.064	.049	.055	.832**	.800**	—			
Alterações Negativas da Ativação e Reatividade (12)	.719**	.517**	.429**	.519**	.624**	.085	.078	.080	.918**	.915**	.847**	—		
PCL5 Total (13)	.780**	.578**	.522**	.574**	.698**	.078	.061	.068	.962**	.946**	.906**	.980**	—	
QCSR Total (14)	.518**	.292**	.188	.379**	.402**	-.086	.250	.157	.535**	.381**	.496**	.495**	.509**	—

#### **4. Discussão**

Tendo em consideração que a identificação dos fatores associados à ideação suicida é essencial para a prevenção e compreensão da mesma, e assumindo as mulheres vítimas de violência um grupo de risco para este comportamento (DGS, 2013), esta investigação tem como objetivo analisar a relação entre VPI, sintomas de PSPT, regulação emocional e ideação suicida, comparando, também as diferenças entre vítimas de VPI e as não vítimas.

A VPI é uma problemática de saúde pública global que impacta severamente o bem-estar físico e psicológico das vítimas, sobretudo mulheres. Diversos estudos apontam que a VPI está associada a altos níveis de PSPT e dificuldades na regulação emocional, que, por sua vez, podem aumentar significativamente o risco de ideação suicida (Dillon et al., 2022; Johnson et al., 2023).

Inicialmente, pretendeu-se estudar as diferenças entre as mulheres vítimas de VPI e as não vítimas face à regulação emocional, sintomatologia PSPT e ideação suicida. No que concerne à regulação emocional, esta refere-se à capacidade de monitorizar, avaliar e modificar respostas emocionais para alcançar objetivos específicos ou adaptar-se a situações adversas. Mulheres expostas à VPI frequentemente apresentam défices nessa habilidade, resultando num stress crónico e sobrecarga emocional (Gross & Thompson, 2007). O presente estudo permitiu verificar que as vítimas de VPI têm uma menor regulação emocional quando comparadas com as não vítimas de VPI, sendo que as mulheres que vivenciam VPI estão mais suscetíveis a se tornarem tristes, a terem uma baixa regulação emocional e baixa autoestima (Santos et al., 2018). Segundo estudos recentes, dificuldades na regulação emocional, como tendência ao pensamento ruminativo e reatividade emocional exacerbada, têm sido relacionadas a uma maior vulnerabilidade à ideação suicida (Weiss et al., 2022). Desta forma, um estudo longitudinal de Matos e colaboradores (2023) observou que intervenções focadas em fortalecer habilidades de regulação emocional reduziram significativamente os índices de ideação suicida em vítimas de VPI.

Para além disso, neste presente estudo, as vítimas de VPI apresentam mais sintomas de PSPT. A PSPT é uma resposta comum em mulheres vítimas de VPI, caracterizada por sintomas como revivências traumáticas, hipervigilância e evitamento de estímulos associados ao trauma. Esses sintomas não apenas debilitam

emocionalmente, como também podem exacerbar tendências suicidas. Este resultado vai de encontro à literatura encontrada, sendo que segundo CEJ (2020), as vítimas de VPI desenvolvem mais facilmente perturbação do *stress* pós-traumático. Outros estudos, nomeadamente nos estudos de Silva et al. (2015), a VPI foi a principal variável preditora de PSPT, quando comparada a outras formas de abuso. Para além disso, conforme Brillon e colaboradores (2021), os sintomas intrusivos de PSPT aumentam o risco de ideação suicida ao desencadear estados de desespero e desamparo, principalmente quando se verifica uma perceção limitada de suporte social. Há evidências, também, que a PTSD agrava as dificuldades de regulação emocional. Por exemplo, mulheres com PTSD derivado de VPI, apresentam maior impulsividade emocional e dificuldade em inibir pensamentos suicidas em momentos de crise (Perez et al., 2023).

Posto isto, as vítimas de VPI evidenciam uma maior ideação suicida, como este estudo indica. Este resultado vai de encontro à literatura, uma vez que, diversos estudos comprovam a relação existente entre a experiência de VPI e o risco de pensamentos, tentativas e suicídio (Gibbs et al., 2018; Grose et al., 2019; Kavak et al., 2018; McLaughlin et al., 2012; Wolford-Clevenger & Smith, 2017). Para além disso, num estudo de Potter e colaboradores (2021), aponta que as diversas formas de VPI estão associadas ao maior risco de ideação e tentativas de suicídio.

Relativamente à relação entre as variáveis, os resultados confirmam que a VPI e a sintomatologia de PSPT se relacionam positivamente com a ideação suicida e, que a regulação emocional se relaciona de forma negativa com a ideação suicida. Estes resultados comprovam a ligação entre as três variáveis. Mulheres que não conseguem regular adequadamente as suas emoções traumáticas, frequentemente experienciam pensamentos intrusivos e uma intensificação do sofrimento psicológico, aumentando o risco de ideação suicida (Kaur et al., 2022). Num estudo de Panagioti e colaboradores (2015), refere que a tendência suicida (que inclui a ideação suicida, planos e tentativas de suicídio) é aumentada entre os indivíduos que experienciam eventos negativos e eventos traumáticos, sendo a PSPT uma doença psiquiátrica decorrente da exposição a eventos traumáticos (Socci et al., 2020). Num estudo de Logan e colaboradores (2019), existe a associação entre a ideação suicida e os sintomas de PSPT, sendo a PSPT um dos muitos fatores que podem levar à ideação e comportamentos suicidários. Para além disso, a desregulação emocional, correlaciona-se negativamente com a ideação suicida, sugerindo que a incapacidade de regular emoções pode intensificar os pensamentos

suicidas. É importante salientar que a exposição à violência por parceiro íntimo não só contribui para o desenvolvimento de PSPT, mas também afeta negativamente a capacidade de regulação emocional das vítimas, aumentando a vulnerabilidade à ideação suicida.

Posto isto, de um modo geral, as hipóteses foram confirmadas, demonstrando que as vítimas de VPI apresentam menor regulação emocional, mais sintomas de PSPT e maior ideação suicida, quando comparadas com as não vítimas. Para além disso, estes resultados, aliados à literatura, sugerem a existência de uma relação entre as variáveis em estudo.

## **5. Conclusão, limitações e implicações para a prática**

O presente estudo teve como objetivo, estudar a relação entre VPI, regulação emocional, sintomas de PSPT e ideação suicida, comparando também as diferenças entre as vítimas de VPI e as não vítimas. Tanto o presente estudo, como os estudos analisados revelam uma relação consistente entre VPI, desregulação emocional, PSPT e ideação suicida. As mulheres vítimas de VPI enfrentam um fardo psicológico significativo, caracterizado por sintomas intensos de PSPT e défices na capacidade de gerenciar emoções, que amplificam o risco de ideação suicida. Desta forma, a exposição contínua a situações de violência e a exposição de *stress* de forma prolongada, poderá resultar em consequências negativas, tanto a nível físico como psicológico, nomeadamente a existência de perturbações da ansiedade, comportamentos depressivos, onde podem surgir tentativas de suicídio e a existência de sintomas de perturbação do *stress* pós-traumático (CEJ,2020). Os resultados destacam a necessidade urgente de intervenções eficazes de forma a prevenir e responder à violência contra a mulher, protegendo a sua saúde mental e o seu bem-estar geral. Posto isto, é fundamental a implementação de programas de triagem sistemática em ambientes de atenção primária à saúde, o desenvolvimento de protocolos de intervenções que abordem os sintomas de saúde mental e as causas subjacentes da violência, e a promoção de parcerias interdisciplinares entre serviços de saúde, serviços sociais e organizações comunitárias.

Este trabalho apresenta um número significativo de limitações. Em primeiro lugar a representatividade da amostra, sendo que a amostra é de um total de 51 participantes, não sendo representativo, principalmente de mulheres vítimas de VPI (n=22). O facto de a população ser homogénea, uma vez que só se recolheu dados junto da população do sexo feminino e, a generalização dos dados obtidos, limita-se apenas às vítimas que se encontram na APAV e que concordaram em participar no estudo. Para

além disso, este estudo teve por base questionários de autorrelato, pelo que as respostas podem ter sido influenciadas pela desejobilidade social, considerando a complexidade do tema, demonstrando-se uma outra limitação, pois nem todas as participantes poderiam estar confortáveis em responder ao tema, podendo ter existido um enviesamento das respostas. Uma terceira limitação diz respeito ao facto de não ter havido contacto com as participantes do estudo, principalmente com as vítimas de VPI, na APAV e, o restante da população ter sido via online, podendo ter resultado numa diminuição da taxa da resposta das mulheres. Um outro aspeto a considerar deve-se à dimensão do questionário que poderá ter sido um fator limitativo que levou as participantes a não responderem com a devida atenção, ou seja, apesar de se demonstrar ser um pacote de questionários completo, a sua dimensão poderá ter sido um fator de limitação. Ademais, grande parte das pesquisas utilizam desenhos transversais, o que impede conclusões causais entre as variáveis, sendo necessários estudos longitudinais, de forma a entender a direção e a temporalidade dessas relações.

Apesar das limitações mencionadas, este estudo é um contributo adicional à informação já existente, retratando de forma mais fidedigna a realidade com que nos deparamos na nossa sociedade. Permite compreender melhor a relação entre a VPI, regulação emocional, PSPT e ideação suicida, revelando-se importante para a prática futura, uma vez que a ampliação do conhecimento em relação à VPI, é importante para a construção de estratégias de enfrentamento da problemática e garantia do direito à vida e equidade (Vasconcelos et al., 2021), aumentando a capacitação dos profissionais, já que, é fundamental a formação dos profissionais de saúde e assistência social, para identificarem sinais de PSPT, desregulação emocional e ideação suicida, utilizando ferramentas de triagem. Para além disso, a VPI é uma realidade muito complexa e esta complexidade merece a atenção de todos os profissionais de saúde, que podem encontrar inúmeras formas de prevenção.

Para investigações futuras, sugere-se estudos com amostras maiores, para a existência de uma melhor generalização dos resultados, estudos com desenhos longitudinais, populações mais diversificadas. Futuramente seria importante, também, a continuidade da avaliação das variáveis estudadas na presente investigação, de forma a verificar se o comportamento das mesmas se mantém.

Desta forma, demarca-se a importância do estudo deste tema, uma vez que a VPI além de ser um grave problema de saúde pública, é também uma violação dos direitos humanos (Aguiar & Correa, 2022). Ademais, a VPI demonstra-se ser uma realidade

muito complexa, sendo que na última década, em Portugal, as situações de VPI constituíram quase a totalidade das participações à GNR e PSP de violência doméstica, com um total de cerca de 25000 participações (Neves & Ramalho, 2022), dados estatísticos que corroboram a importância do estudo mais aprofundado da VPI e de variáveis associadas, como a regulação emocional, perturbação do *stress* pós-traumático e ideação suicida.

### Referências Bibliográficas

- Aguiar, A. & Corrêa, R. (2022). Violência por parceiro íntimo contra a mulher e insegurança alimentar: uma revisão narrativa da literatura. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, 26 (17). <https://doi.org/10.1590/interface.210488>
- APAV (2010). Manual Alcipe: Para o atendimento de Mulheres Vítimas de Violência (2ª edição ed.).
- APAV (2020). Estatísticas APAV 2019 – Gabinete de Apoio à Vítima de Coimbra.
- Aslan, E., Bodur, G., Beji, N. K., Alkan, N., & Aksoy, Ö. (2019). Exposição à violência doméstica em mulheres residentes em Istambul e regiões do mar Egeu: uma amostra turca. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(8), 2835–2844. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.22952017>
- Araújo, W., Silva, A., Lírio, J. & Pereira, Álvaro (2018). A influência do consumo de bebidas alcoólicas na ocorrência de violência por parceiro íntimo: revisão integrativa. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 22(2), 117-122. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v22i2.2018.6380>
- Baragatti, D. Y., Rolim, A. C. A., Castro, C. P. de, Melo, M. C. de, & Silva, E. M. (2019). Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão integrativa. *Revista panamericana de salud publica*, 43, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2019.34>
- Barros, É. N. de, Silva, M. A., Falbo Neto, G. H., Lucena, S. G., Ponzio, L., & Pimentel, A. P. (2016). Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, 21(2), 591–598. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10672015>
- Barufaldi, L. A., Souto, R. M. C. V., Correia, R. S. D. B., Montenegro, M. D. M. S., Pinto, I. V., Silva, M. M. A. D., & Lima, C. M. D. (2017). Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciência & saúde coletiva*, 22, 2929-2938. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>
- Bélanger, C., Mathieu, C., Dugal, C., & Courchesne, C. (2015). O impacto do apego na violência por parceiro íntimo perpetrada por mulheres. *Jornal Americano de Terapia Familiar*, 43(5), 441–453. <https://doi.org/10.1080/01926187.2015.1080130>

- Bergmann, J. N., & Stockman, J. K. (2015). Como a violência de parceiros íntimos afeta o uso de preservativos e contraceptivos orais nos Estados Unidos: uma revisão sistemática da literatura. *Anticoncepção*, 6, 438–455.  
<https://doi.org/10.1016/j.contracepção.2015.02.009>
- Bhona, F. (2020). *Violência por parceiro íntimo: comportamento controlador e desencadeadores de agressão. Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 30.  
<https://doi.org/10.1590/1982-4327e3032>
- Bigliardi, A. M., Antunes, M. C., & Wanderbroocke, A. C. N. (2016). O impacto das políticas públicas no enfrentamento à violência contra a mulher: implicações para a Psicologia Social Comunitária. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 36(91), 262–285.
- Brillon, C. (2021). The impact of PTSD symptoms on suicidal ideation in IPV survivors. *Journal of Trauma Studies*, 34(2), 157-169.
- Brockman, R., Ciarroch, J., Parker, P., & Kashdan, T. (2017). Notion regulation strategies in daily life: Mindfulness, cognitive reappraisal and emotion suppression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(2), 91-113.
- Caine, E. D., Reed, J., Hindman, J., & Quinlan, K. (2018). Abordagens abrangentes e integradas para a prevenção do suicídio: orientação prática. *Prevenção de lesões*, 24, 38–45.
- Carvalho, M. R. D. (2019). *Estratégias de enfrentamento da violência doméstica: depoimento de mulheres envolvidas com drogas. Escola Anna Nery*.  
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0291>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de psiquiatria clínica*, 37(4), 145–151.  
<https://doi.org/10.1590/s0101-60832010000400001>
- Da Silva Júnior, F. J. G., De Souza Monteiro, C. F., Carvalho, J., Sales, S., Costa, A. P. C., Teixeira, M. I. R., & Santos, C. A. P. (2021). Ideação suicida em mulheres e violência por parceiro íntimo. *Revista Enfermagem UERJ*, 29(1).  
<https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.54288>

- de Psiquiatria., A. A. (APA) (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)*. 5<sup>um</sup> edição. Artmed.
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., ... & Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS medicine*, *10*(5).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>
- Dias, Isabel (2018). Violência Doméstica e de Género: Paradigmas e Debates atuais. In I. Dias (Ed.), *Violência Doméstica e de Género* (pp. 1-28).
- Dillon, G., et al. (2022). Emotional dysregulation and PTSD on survivors of intimate partner violence: A systematic review. *Trauma & Abuse*, *23* (4), 456-473.
- Feijó, M. (2016). Álcool e violência nas relações conjugais: um estudo qualitativo com casais. *Psicologia em Estudo*, *4*, 581–592.  
<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i4.31556>
- Felippe, A. M., Jesus, S. R., Silva, Y. V., Lourenço, L. M., & Grincenkov, F. R. S. (2016). Violência praticada pelo parceiro íntimo e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). *Revista Psique* *1*(2), 95-111
- Fernández-González, L., O’Leary, K., & Muñoz-Rivas, M. (2014). Age-related changes in dating aggression in Spanish high school students. *Journal of Interpersonal Violence*, *29*(6), 1132-1152. <https://doi.org/10.1177/0886260513506057>
- Figueiredo, C. (2006). Versão portuguesa das "Escala de Táticas de Conflito Revisadas": estudo de validação. *Psicologia: Teoria e Prática*, *8*(2), 14–39.
- Gama, V., & Dutra De Albuquerque Williams, L. (2021). Saúde Mental e Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Mulheres Vítimas de Violência entre Parceiros Íntimos. *Psicologia em Processo*. *1*(1), 66-78.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C. H., & Equipe de Estudo Multipaíses da OMS sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica contra a Mulher. (2006). Prevalência de violência por parceiro íntimo: achados do estudo multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica. *Lancet*, *368*(9543), 1260–1269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)

- García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C., & Abrahams, N. (2013). Estimativas globais e regionais de violência contra a mulher: prevalência e efeitos na saúde da violência de parceiros íntimos e violência sexual não parceira. *Organização Mundial da Saúde*.
- Golding, J. M. (1999). Violência por parceiro íntimo como fator de risco para transtornos mentais: uma meta-análise. *Revista de Violência Familiar*, 14(2), 99–132.
- Gresham, A. M., Peters, B. J., Karantzas, G., Cameron, L. D., & Simpson, J. A. (2021). Examinando associações entre estressores da COVID-19, violência por parceiro íntimo, saúde e comportamentos de saúde. *Revista de Relações Sociais e Pessoais*, 38, 2291–2307.
- Gvion, Y., & Levi-Belz, Y. (2018). Tentativas graves de suicídio: revisão sistemática dos fatores de risco psicológicos. *Fronteiras em psiquiatria*, 9.
- Holanda, E. (2018). Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 1–9.  
<https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6580>
- Johnson, M.R, et al. (2023). Trauma, emotion regulation, and suicidality: Perspectives from IPV survivors. *Clinical Psychology Review*, 43 (1), 12-25.
- Kazan, D., Callear, A. L., & Batterham, P. J. (2016). O impacto dos relacionamentos com parceiros íntimos em pensamentos e comportamentos suicidas: uma revisão sistemática. *Jornal de Transtornos Afetivos*, 190, 585–598.
- Lírio, J. G. D. S., Pereira, Á., Gomes, N. P., Paixão, G. P. do N., Couto, T. M., & Ferreira, A. da S. (2019). Elementos que precipitam a violência conjugal: o discurso dos homens na persecução penal. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 53(0), e03428.  
<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017036203428>
- Lobo, L. A. C., & Rieth, C. E. (2021). Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em debate*, 45, 885-901.
- Logan, J. E., Ertl, A., & Bossarte, R. (2019). Correlaciona o homicídio por parceiro íntimo entre os falecidos suicidas do sexo masculino com problemas conhecidos de parceiro íntimo. *Suicídio e Comportamento com Risco de Vida*, 49, 1693–1706.

- Lucena, K., Deninger, L., Coelho, H., Monteiro, A., Vianna, R., & Nascimento, J. A. (2016). Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. *J Hum Desenvolvimento de Crescimento*, 26(2), 139–146.
- Mascarenhas, M. D. M., Tomaz, G. R., Meneses, G. M. S. D., Rodrigues, M. T. P., Pereira, V. O. D. M., & Corassa, R. B. (2011). Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Revista Brasileira de epidemiologia*.
- Matos, L. (2023). Emotion regulation interventions for reducing suicidal ideation in IPV survivors. *Journal of Behavioral Interventions*, 11 (3), 89-102.
- Miller, E., McCaw, B. (2019). Violência por parceiro íntimo. *Jornal de Medicina da Nova Inglaterra*, 380(9), 850–857. <https://doi.org/10.1056/nejmra1807166>
- Mundial Da Saúde, O. (2014). Relatório de situação global sobre prevenção da violência. *Organização Mundial da Saúde*.
- Neves, P., & Ramalho, N. (2022). Violência conjugal em Portugal: um olhar sobre a última década (2010-2020).
- Norwood, A., & Murphy, C. (2012). Que formas de abuso se correlacionam com sintomas de TEPT em parceiras de homens em tratamento para violência por parceiro íntimo? *Trauma Psicológico: Teoria, Pesquisa, Prática e Política*, 4(6), 596–604. <https://doi.org/10.1037/a0025232>
- Ordem dos Psicólogos (2020). COVID-19 violência emocional e psicológica.
- Ørke, E. C., Vatnar, S. K. B., & Bjørkly, S. (2018). Risco de revitimização da violência por parceiro íntimo por múltiplos parceiros: uma revisão sistemática. *Revista de Violência Familiar*, 33(5), 325–339. <https://doi.org/10.1007/s10896-018-9952-9>
- Pedra, D. M., Simon, T. R., Fowler, K. A., Kegler, S. R., Yuan, K., Holanda, K. M., & Crosby. (2015). Sinais vitais: tendências nas taxas de suicídio do estado - Estados Unidos, 1999-2016 e circunstâncias que contribuem para o suicídio - 27 estados. *Relatório Semanal de Morbidade e Mortalidade*, 67.
- Peres, J. F. P., Mercante, J. P. P., & Nasella, A. G. (2005). Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista Psiquiatrica Rio de Janeiro*, 27(2), 131–138.

- Perez, A. (2023). A PTSD severity as a predictor of suicidal behavior in IPV survivors: The moderating role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 321, 45-54.
- Petrosky, E., Harpaz, R., Fowler, K. A., Bohm, M. K., Helmick, C. G., Yuan, K., & Betz, C. J. (2003). Dor crônica entre falecidos por suicídio, 2003 a 2014: achados do sistema nacional de notificação de mortes violentas. *Anais de medicina interna*, 169(7), 448–455.
- Pico-Afonso, M. A. (2005). Violência psicológica por parceiro íntimo: o principal preditor de transtorno de estresse pós-traumático em mulheres vítimas de abuso. *Neurociência e Revisões Biocomportamentais*, 29(1), 181–193.  
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.08.010>
- Pill, N., Day, A., & Mildred, H. (2017). Respostas traumáticas à violência por parceiro íntimo: uma revisão do conhecimento atual. *Agressão e Comportamento Violento*, 34, 178–184. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.014>
- Rodrigues, L. M., Litt, D. M., & Stewart, S. H. (2021). O estresse psicológico e financeiro da COVID-19 e suas ligações com a bebida: uma análise diádica em casais românticos. *Psicologia dos Comportamentos Aditivos*, 35(4).
- Santos, A. G. D., Monteiro, C. F. D. S., Feitosa, C. D. A., Veloso, C., Nogueira, L. T., & Andrade, E. M. L. R. (2018). Tipos de transtornos mentais não psicóticos em mulheres adultas que sofreram violência por parceiro íntimo: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*.
- Shahar, K., Jafri, H., Mohd Zulkefli, F., & Ahmad, N. A. (2020). Prevalência de violência de parceiros íntimos na Malásia e seus fatores associados: revisão sistemática. *BMC saúde pública*, 20(1), 1–9.
- Sijbrandij, M., Bryant, R. A., Schafer, A., Dawson, K. S., Anjuri, D., Ndogoni, L., Ulate, J., Hamdani, S. U., & van Ommeren, M. (2016). Problem Management Plus (PM+) no tratamento de transtornos mentais comuns em mulheres afetadas por violência de gênero e adversidade urbana no Quênia; protocolo de estudo para ensaio clínico randomizado. *Revista Internacional de Sistemas de Saúde Mental*, 10(1).  
<https://doi.org/10.1186/s13033-016-0075-5>

- Silva, R. F., Tanizaka, H., & Soares, S. R. (2018). A Violência contra as Mulheres no percurso de vida: análise sobre um psicodiagnóstico de abordagem de base fenomenológica. *Psicologia: novos olhares*, 1 (1), 143-162.
- Smith, S. G., Zhang, X., Basile, K. C., Merrick, M. T., Wang, J., Kresnow, M., & Chen, J. (2018). Pesquisa Nacional de Parceiros Íntimos e Violência Sexual (NISVS): Resumo de Dados de 2015 - Comunicado Atualizado. *Centro Nacional de Prevenção e Controle de Lesões*.
- Stone, D. M., Simon, T. R., Fowler, K. A., Kegler, S. R., Yuan, K., Holanda, K. M., & Crosby. (2015). Sinais vitais: tendências nas taxas estaduais de suicídio-Estados Unidos, 1999-2016 e circunstâncias que contribuem para o suicídio-27 estados. *Relatório Semanal de Morbidade e Mortalidade*, 67(22).
- Tanizaka, H., Bovenzo Filho, C. E., Furquim, G. T., Frugoli, R., & Benincasa, M. (2021). As dores do “amor”: uma revisão sistemática sobre as consequências da violência por parceiro íntimo. *Psicologia Argumento*, 39(105), 603–633.  
<https://doi.org/10.7213/psicolargum39.105.AO11psicolargum39.105.AO11>
- Testa, M., Kubiak, A., Quigley, B. M., Houston, R. J., Derrick, J. L., Levitt, A., & Leonard. (2012). Uso de álcool por marido e mulher como preditores independentes ou interativos de violência por parceiro íntimo. *Revista de estudos sobre álcool e drogas*, 73, 268–276.
- Weiss, N. H. (2022). Ruminative thinking as a pathway linking IPV, emotional dysregulation, and suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52(1), 23-34.
- Wong, J., Mellor, D. (2014). Violência por parceiro íntimo e saúde e bem-estar da mulher: impactos, fatores de risco e respostas. *Enfermeira Contemporânea*, 46(2), 170–179.  
<https://doi.org/10.5172/conu.2014.46.2.170>
- Madeira, S. N., Vidro, N., & Decker, M. R. (2021). Revisão integrativa de estratégias de segurança para mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo em países de baixa e média renda. *Trauma, Violência e Abuso*, 22(1), 68–82.  
<https://doi.org/10.1177/1524838018823270>
- Ramos, K., Rafael R., Penna L., Depret D., Ribeiro L., & Carinhanha J. (2019). Sheltered adolescents' background of exposure to violence and distressful experiences. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0714>

- Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio do Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.
- Yuspendi, Handojo, V., Athota, V. S., Sihotang, M. Y. M., & Aryani, P. N. A. D. (2018). Apego: estabilidade-instabilidade antes e depois do casamento entre mulheres com violência por parceiro íntimo (VPI) e não-VPI, separadas dos parceiros durante o serviço militar na Indonésia. *Revista Australiana e Neozelandesa de Terapia Familiar*, 39(1), 103–116. <https://doi.org/10.1002/anzf.1281>
- Portuguese Association of Victim Support (PAVS) (2014). *Relatório Anual 2014, Estatísticas APAV*.
- Pereira, I. S. D. S. D., Moreira, L. A., Miossi, F. B., & Rubia, L. G. (2021). Violência contra a mulher cometida pelos parceiros íntimos. *Revista INTERFACE-UFRN/CCSA ISSN Eletrônico 2237-7506*, 18(1), 181-201.
- Pinto, I. V., Bernal, R. T. I., Souza, M. D. F. M. D., & Malta, D. C. (2021). Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 975-985
- Socci, V., Rossi, R., Talevi, D., Crescini, C., Tempesta, D., & Pacitti, F. (2020). Sleep, stress and trauma. *Journal of psychopathology*, 26, 92-98. DOI: 10.36148/2284-0249-375
- Stockman, J. K., Hayashi, H., & Campbell, J. C. (2015). Violência de parceiros íntimos e seu impacto na saúde sobre as mulheres minorias étnicas. *Revista de Saúde da Mulher*, 24(1), 62-79.

# ANEXOS

## Anexo I

### Consentimento informado

O presente trabalho de investigação, intitula-se “O impacto da regulação emocional e dos sintomas pós stress traumático na ideação suicida em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo” decorrendo no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, sob a orientação da Profª Doutora Eleonora Costa. Este estudo tem como principal objetivo analisar a relação entre violência por parte do parceiro íntimo, regulação emocional, perturbação do stress pós-traumático e ideação suicida e avaliar o impacto da PTSD e da regulação emocional e na ideação suicida

Os instrumentos de recolha de dados que serão administrados para este estudo são o Questionário Sociodemográfico, a Escala de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2) (Paiva & Figueiredo, 2002), o Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 – Versão Portuguesa (PCL-5) (Carvalho et al., 2020), o Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (QCS-R) (Campos & Holden, 2016) e o Questionário de Regulação Emocional (Vaz & Martins, 2003).

A participação no estudo é voluntária e, se não se sentirem à vontade na realização do estudo, podem-se retirar a qualquer momento, sem qualquer consequência e sem qualquer necessidade de se justificar. É de realçar, que qualquer informação será confidencial e anónima, não colocando em risco a sua privacidade e identidade, sendo que apenas a investigadora e a docente da unidade curricular terão acesso às informações obtidas.

Assim, declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores, bem como a gravação da conversa. Agradecemos, desde já, a sua participação.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anexo II****Questionário Sociodemográfico**

**1. Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**2. Escolaridade:**

Primeiro Ciclo (4ª Classe)  Segundo Ciclo (6º ano)  Terceiro Ciclo (9º ano)

Ensino secundário (12º ano)  Ensino Superior (Universidade)

**3. Situação Profissional**

Empregada  Desempregada  Reformada  Estudante

Outro: \_\_\_\_\_

**4. Estado Civil:**

Solteira  União de facto  Casada  Divorciada  Viúva

**5. Número de filhos:** \_\_\_\_\_

**6. Situação:**

Vítima de violência por parte do parceiro íntimo

Não vítima de violência por parte do parceiro íntimo

**7. Relação com o agressor:**

Casada  Divorciada  Companheira

Namorada  Ex-cônjuge  Outro: \_\_\_\_\_

**8. Habita com o agressor?**

Sim  Não

**9. Há quanto tempo é vítima de violência por parte do parceiro íntimo?**

\_\_\_\_\_

### **Anexo III**

#### **Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2; Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996)**

(Traduzido e adaptado para a população portuguesa por Paiva e Figueiredo, 2002)

Independentemente de duas pessoas se darem bem ou não, há alturas em que discutem, ficam aborrecidas uma com a outra, pretendem coisas diferentes uma da outra, ou têm quezílias ou brigas apenas porque estão de mau humor, cansadas ou qualquer outra razão. As pessoas têm também formas diversas de tentarem resolver a suas diferenças. A seguir, encontrará uma lista de coisas que podem acontecer quando duas pessoas têm diferenças.

#### **Quantas vezes isto aconteceu?**

**0 = Isso nunca aconteceu**

**1 = Não de há um ano para cá, mas isso já aconteceu antes**

**2 = Uma vez, de há um ano para cá**

**3 = 2 vezes, de há um ano para cá**

**4 = 3-5 vezes, de há um ano para cá**

**5 = 6-10 vezes, de há um ano para cá**

**6 = 11-20 vezes, de há um ano para cá**

**7 = Mais de 20 vezes, de há um ano para cá**



<b>19</b>	O meu companheiro usou a força (e.g. batendo, detendo ou usando uma arma) para fazer com que eu tivesse sexo oral ou anal com ele								
<b>47</b>	O meu companheiro usou a força (e.g. ferindo, detendo ou usando uma arma) para fazer com que eu tivesse relações sexuais com ele								
<b>57</b>	O meu companheiro recorreu a ameaças para fazer com que eu tivesse sexo oral ou anal com ele								
<b>75</b>	O meu companheiro recorreu a ameaças para fazer com que eu tivesse relações sexuais com ele								
<b>11</b>	Tive uma entorse, pisadura, ferida ou um pequeno corte por causa de uma luta com o meu companheiro								
<b>71</b>	Senti uma dor física, que se manteve no dia seguinte, por causa de uma luta com o meu companheiro								
<b>23</b>	Desmaiei porque o meu companheiro me atingiu na cabeça durante uma luta								
<b>31</b>	Fui ao médico por causa de uma luta com o meu companheiro								
<b>41</b>	Precisava ter ido ao médico, por causa de uma luta com o meu companheiro, mas não o fiz								
<b>55</b>	Tive uma fratura devido a uma luta com o meu companheiro								

**Anexo IV****Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)**

(Versão portuguesa adaptada por Teresa Carvalho, Carolina da Motta e José Pinto-Gouveia, 2020)

Seguidamente, encontra-se uma lista de problemas que as pessoas, por vezes, apresentam em resposta a uma experiência indutora de muito stress. Por favor, leia com atenção cada problema descrito, assinalando com um círculo o algarismo da direita que indica o grau em que foi afetado por esse problema no último mês.

<b>No último mês, em que grau foi afetado por:</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
<b>1.</b> Memórias repetidas, perturbadoras e indesejadas sobre a situação indutora de stress?	0	1	2	3	4
<b>2.</b> Sonhos perturbadores e repetidos sobre a situação indutora de stress?	0	1	2	3	4
<b>3.</b> Agir ou sentir repetidamente, como se a situação indutora de stress estivesse realmente a acontecer de novo (revivê-la como se estivesse realmente no passado)?	0	1	2	3	4
<b>4.</b> Sentir-se muito perturbada quando algo a faz recordar a situação indutora de stress?	0	1	2	3	4
<b>5.</b> Ter reações físicas intensas (ex: palpitações, alterações da respiração, suores) quando algo a faz recordar a situação indutora de stress?	0	1	2	3	4
<b>6.</b> Evitar memórias, pensamentos ou sentimentos relacionados com a situação indutora de stress?	0	1	2	3	4
<b>7.</b> Evitar estímulos externos (ex: pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou	0	1	2	3	4

situações) que a façam recordar a situação indutora de stress?					
<b>8.</b> Dificuldade em recordar aspetos importantes da situação indutora de stress?	0	1	2	3	4
<b>9.</b> Ter fortes crenças negativas acerca de si, dos outros ou do mundo (ex: ter pensamentos como “sou mau”, “existe em mim algo muito errado”, “não posso confiar em ninguém”, “o mundo é absolutamente perigoso”)?	0	1	2	3	4
<b>10.</b> Culpar-se a si própria ou outras pessoas pela situação indutora de stress ou pelas suas consequências?	0	1	2	3	4
<b>11.</b> Ter fortes sentimentos negativos, tais como, medo, raiva, horror, culpa ou vergonha?	0	1	2	3	4
<b>12.</b> Perda de interesse por atividades que anteriormente gostava?	0	1	2	3	4
<b>13.</b> Sentir-se distante ou afastada das pessoas?	0	1	2	3	4
<b>14.</b> Dificuldade em experienciar sentimentos positivos (ex: ser incapaz de sentir felicidade ou de ter sentimentos de amor em relação às pessoas que lhe são próximas)?	0	1	2	3	4
<b>15.</b> Comportamento irritável, ter acessos de raiva, ou agir de forma agressiva?	0	1	2	3	4
<b>16.</b> Correr demasiados riscos ou fazer coisas que podem prejudicá-la?	0	1	2	3	4
<b>17.</b> Estar “superatenta”, vigilante ou em sentido de alerta?	0	1	2	3	4
<b>18.</b> Sentir-se apreensiva/nervosa ou facilmente assustada/sobressaltada?	0	1	2	3	4
<b>19.</b> Ter dificuldade em concentrar-se?	0	1	2	3	4
<b>20.</b> Dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir?	0	1	2	3	4

**Anexo V****Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (QCS–R)**

(Adaptado à população portuguesa por Campos e Holden, 2016)

**Instruções:** Para cada uma das 4 perguntas, assinale com uma cruz a resposta que melhor aplica a si. Para cada uma das 4 perguntas escolha apenas uma das respostas.

**1 – Já alguma vez pensou em matar-se ou tentou matar-se?**

- 1 – Nunca
- 2 – Tive apenas um breve pensamento passageiro
- 3a – Tive um plano para me matar, pelo menos uma vez, mas não o tentei fazer
- 3b – Tive um plano para me matar, pelo menos uma vez, e queria realmente morrer
- 4a – Tentei matar-me, mas não queria morrer
- 4b – Tentei matar-me, e esperava mesmo morrer

**2 – Com que frequência pensou matar-se no último ano?**

- 1 – Nunca
- 2 – Raramente (1 vez)
- 3 – Algumas vezes (2 vezes)
- 4 – Frequentemente (3 ou 4 vezes)
- 5 – Muito frequentemente (5 ou mais vezes)

**3 – Já alguma vez disse a alguém que iria suicidar-se ou que poderia vir a suicidar-se?**

- 1 – Não
- 2a – Sim, uma vez, mas não queria realmente morrer
- 2b – Sim, uma vez, e queria realmente morrer
- 3a – Sim, mais do que uma vez, mas não queria fazê-lo
- 3b – Sim, mais do que uma vez, e queria realmente fazê-lo

**4 – Qual a probabilidade de poder vir a tentar suicidar-se um dia?**

- 0 – Nunca
- 1 – Nenhuma possibilidade
- 2 – Bastante improvável
- 3 – Improvável
- 4 – Provável
- 5 – Bastante provável
- 6 – Muito provável

## Anexo VI

### Questionário de Regulação Emocional

Adaptado para a População Portuguesa por Filipa Machado Vaz & Carla Martins (2008)

Instruções: Gostaria de lhe colocar algumas questões acerca da sua vida emocional, em particular como controla (isto é, como regula e gere) as suas emoções. Os seguintes tópicos abaixo envolvem duas componentes distintas da sua vida emocional. Uma é a sua experiência emocional, isto é, a forma como se sente. A outra componente é a expressão emocional, ou seja, a forma como demonstra as suas emoções na forma como fala, faz determinados gestos ou atua. Apesar de algumas afirmações poderem parecer semelhantes, diferem em importantes aspetos. Para cada item, por favor responda utilizando a seguinte escala:

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 -----7, sendo que o 1 é discordo totalmente, o 4 não concordo nem discordo e o 7 concordo totalmente.

1. \_\_\_ Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), mudo o que estou a pensar.
2. \_\_\_ Guardo as minhas emoções para mim próprio.
3. \_\_\_ Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva) mudo o que estou a pensar.
4. \_\_\_ Quando estou a sentir emoções positivas, tenho cuidado para não as expressar.
5. \_\_\_ Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo.
6. \_\_\_ Eu controlo as minhas emoções não as expressando.
7. \_\_\_ Quando quero sentir mais emoções positivas, eu mudo a forma como estou a pensar acerca da situação.
8. \_\_\_ Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.

9. \_\_\_ Quando estou a experienciar emoções negativas, faço tudo para não as expressar.

10. \_\_\_ Quando quero sentir menos emoções negativas, mudo a forma como estou a pensar acerca da situação.