
Artigo Científico

Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo

Posttraumatic stress disorder and cognitive impairments in women victims of intimate partner violence

Roberta Hatzenberger^a, Ana Paula Vicari Rojas Lima, Beatriz Lobo^b, Leticia Leite^b e Christian Haag Kristensen^c

^aPrefeitura Municipal de Tupandi, Tupandi, Rio Grande do Sul, Brasil; ^bPontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil; ^cGrupo de Pesquisa Cognição, Emoção e Comportamento, Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Psicologia, PUC-RS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Resumo

A violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo tem se constituído como um complexo problema de saúde pública. Os objetivos desse estudo foram: (a) investigar a presença de sintomatologia do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em uma amostra de mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo, (b) identificar a presença de sintomas de depressão e ansiedade e (c) avaliar prejuízos em funções cognitivas na presente amostra. Neste estudo, 17 mulheres adultas vítimas de violência íntima pelo parceiro foram avaliadas pelos seguintes instrumentos: Rastreamento para Sintomas de Estresse Pós-Traumático (SPTSS), Inventário Beck de Depressão (BDI), Inventário Beck de Ansiedade (BAI), Repetição de Dígitos, Teste de Trilhas (TMT), Teste de Associação de Palavras Controladas (COWAT), Memory Assessment Clinics Self-Rating Scale - Short Version (MAC-SV), bem como entrevista clínica estruturada e questionário sobre dados sócio-demográficos e saúde. Os resultados obtidos indicaram que todas as mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo preencheram critérios para o diagnóstico de TEPT e apresentaram sintomatologia pós-traumática, corroborando a relevância clínica do transtorno. Ainda em relação às variáveis de psicopatologia, foram observados níveis graves de sintomas de ansiedade e sintomas moderados de depressão. De maneira geral, foram encontrados prejuízos em funções cognitivas, como atenção, memória e funções executivas. Ainda que fatores como a ausência de grupo controle e o alto índice de uso de medicação psicotrópica possam limitar a generalização dos resultados, o presente estudo sugere que a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo está associada a prejuízos cognitivos e sofrimento psicológico. © Cien. Cogn. 2010; Vol. 15 (2): 094-110.

Palavras-chave: violência; mulheres; Transtorno de Estresse Pós-Traumático; TEPT; prejuízos cognitivos.

 - C. H. Kristensen - Grupo de Pesquisa Cognição, Emoção e Comportamento, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga, 6681, Prédio 11, 9º andar, sala 933, Partenon, Porto Alegre, RS 90619-900. Fone/Fax para contato: 55-051-33203500 (Ramal 7741). E-mail para correspondência: christian.kristensen@pucrs.br.

Abstract

The intimate partner violence against women is a major public health problem of alarming proportions. The purpose of the present investigation was to: (a) assess the presence of symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in women victims of intimate partner violence, (b) identify the presence of symptoms of anxiety and depression and (c) assess impairments in cognitive functions in this sample. In this study, 17 women victims of intimate partner violence were assessed with the following instruments: Screen for Posttraumatic Stress Symptoms (SPTSS), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Digits, Trail Making Test (TMT), Controlled Oral Word Association Test (COWAT), Memory Assessment Clinics Self-Rating Scale - Short Version (MAC-SV), and structured clinical interview and questionnaire about socio-demographic and health. Results indicate that all research participants met criteria for the diagnosis of PTSD and presented post-traumatic symptoms, supporting the clinical relevance of the disorder. Also in relation to the variables of psychopathology, were observed at severe symptoms of anxiety and mild symptoms of depression. Overall, there were impairments in cognitive functions such as attention, memory and executive functions. Although factors such as lack of control group and the high use of psychotropic medication may limit the generalizability of the results, this study suggests that violence against women perpetrated by an intimate partner is associated with cognitive impairment and psychological distress. © Cien. Cogn. 2010; Vol. 15 (2): 094-110.

Keywords: *violence; women; Post-Traumatic Stress Disorder; PTSD; cognitive impairments.*

1. Introdução

A violência no Brasil é um fenômeno amplo que, apesar de afetar a sociedade como um todo, atinge homens e mulheres de forma diferenciada (Blay, 2000). Os homens são os mais atingidos na esfera pública (Silva, 2003), geralmente por pessoas estranhas ou pouco conhecidas, em circunstâncias variadas (Blay, 2000). Enquanto isso, a violência contra a mulher ocorre, prioritariamente, no ambiente doméstico, onde o agressor é, na maioria dos casos, seu parceiro íntimo (Day *et al.*, 2003; Giffin, 1994; Rovinski, 2004; Silva, 2003).

Essa forma de violência vem sendo descrita na literatura como baseada nas relações de gênero (Schraiber *et al.*, 2002), onde homens e mulheres não têm uma participação social igualitária em função de sua condição sexual (Meneghel *et al.*, 2000), acarretando, conseqüentemente, um padrão hierárquico de relações sexuais (Meneghel *et al.*, 2003). Tal violência se caracteriza como qualquer ato que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para a mulher, inclusive ameaças destes atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade quer sejam na vida pública ou na vida privada (Araújo, 1996¹, citado por Meneghel *et al.*, 2003).

A vitimização de gênero é uma das formas mais comuns de violência doméstica infligidas contra a mulher. Tjaden e Thoennes (2002) constataram que 22% das mulheres experienciaram este tipo de violência durante a vida, contra 7% dos homens. Na maioria dos casos de violência doméstica o agressor é o parceiro íntimo das vítimas, seguido pelos ex-parceiros (Blay, 2000; Deslandes *et al.*, 2000; Schraiber *et al.*, 2002; Silva, 2003), caracterizando-se assim, violência pelo parceiro íntimo. Estima-se que esse tipo de violência culmina na morte de 40% a 70% das mulheres no mundo todo (Day *et al.*, 2003). Na presente pesquisa, o enfoque é dado para a violência contra a mulher efetuada pelo parceiro íntimo.

De acordo com os estudos de Day e colaboradores (2003), essa violência pode tomar várias formas, tais como: (a) agressões físicas como golpes, tapas, chutes e surras, tentativas de estrangulamento e queimaduras, ameaças de ferir as crianças ou outros membros da família; (b) abuso psicológico por menosprezo, intimidações e humilhação constantes; (c)

coerção sexual; e (d) comportamentos de controle tipo isolamento forçado da mulher em relação à sua família e amigos, vigilância constante de suas ações e restrição de acesso a recursos variados.

A violência de gênero é considerada pela Organização Mundial da Saúde como problema de saúde pública (IBGE, 2002) e os reflexos dessa situação são claramente percebidos nos ambientes de serviços de saúde, tanto pelos custos que isto representa, quanto pela complexidade do atendimento que essas mulheres necessitam (Deslandes *et al.*, 2000). As conseqüências dessa agressão atingem tanto a saúde física quanto emocional das mulheres (Day *et al.*, 2003).

Dentre os agravos para a saúde física encontram-se dor de cabeça, dor abdominal, infecções vaginais, aborto espontâneo (Giffin, 1994; Schraiber *et al.*, 2002; Silva, 2003), lesões genitais, doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV e ainda a gravidez indesejada (Reis *et al.*, 2004). Em relação à saúde emocional das mulheres vitimadas, os prejuízos aparecem através da depressão, ansiedade, disfunção sexual, distúrbios da alimentação (Giffin, 1994), risco de suicídio, abuso de álcool e drogas (Schraiber *et al.*, 2002) e, principalmente, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (Day *et al.*, 2003; Lilly e Graham-Bermann, 2009).

Estima-se que as taxas do TEPT em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo variem entre 45 e 60% (Houskamp e Foy, 1991; Lilly e Graham-Bermann, 2009). Coker e colaboradores (2005), em um estudo com 369 mulheres vítimas de violência, verificaram que 40% das mulheres da amostra desenvolveram TEPT, e que 24% apresentaram sintomas moderados a severos do transtorno. Cassado e colaboradores (2003), em um dos poucos estudos realizados no Brasil com avaliação de TEPT nessa população, constataram sintomatologia para o transtorno em 3 das 5 mulheres pertencentes a amostra. Conforme Breslau (2002), além das mulheres serem mais expostas à violência pelo parceiro íntimo, também são mais propensas a apresentar maior prevalência do transtorno, bem como têm maior risco condicional para desenvolver o TEPT após exposição a eventos estressores.

O TEPT é um transtorno de ansiedade que se desenvolve após uma pessoa ser exposta a um trauma severo, que ameaça a sua vida e/ou a de outras pessoas, com uma resposta que envolve intenso medo, impotência ou horror. É definido no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) como uma resposta sintomática envolvendo revivência (pesadelos, idéias intrusivas, sintomas somáticos relacionados ao momento do trauma), esquiva de estímulos associados ao trauma e entorpecimento da responsividade geral (evitar situações, pessoas ou comportamentos que relembram o trauma e ter dificuldade para lidar com novas situações ou sentimentos) e excitabilidade aumentada (insônia, irritação, dificuldade de concentração e um estado permanente de alerta e sobressalto) a um evento estressor. É um transtorno que acarreta sofrimento significativo e/ou prejuízo social ou ocupacional, com presença de sintomas superior a um mês.

Kristensen *et al.* (2005) observaram, em revisão de estudos, ser possível estimar, na população geral, que em torno de 60 a 90% dos indivíduos serão expostos a um evento estressor potencialmente traumático ao longo da vida. Ainda que a maior parte dos indivíduos experiencie uma situação traumática, apenas uma fração desenvolverá TEPT (Yehuda e LeDoux, 2007). De fato, estimativas atuais sugerem que, na população geral, 6,8% dos indivíduos será diagnosticado com TEPT ao longo da vida (Kessler *et al.*, 2005). Kar e Bastia (2006) relatam ainda que a prevalência do TEPT tende a crescer no mundo, principalmente em grandes centros urbanos onde o registro de violências é elevado e em países em desenvolvimento onde o apoio às vítimas é deficitário. Dessa forma, o TEPT tem sido considerado o quarto transtorno mental mais comum (Yehuda, 2002).

Kristensen e colaboradores (2005) observaram que uma elevada comorbidade tem sido

identificada entre o TEPT e outros transtornos mentais, sobretudo transtornos de humor, ansiedade e abuso de substâncias. Em pesquisa epidemiológica, Kessler e colaboradores (1995) observaram que 59% dos homens e 44% das mulheres com TEPT também preenchiam critérios para três ou mais outros diagnósticos psiquiátricos. Neste estudo, 48% dos homens e 49% das mulheres com TEPT também sofriam de depressão, particularmente, Transtorno Depressivo Maior. Assim, a depressão é a comorbidade mais comum associada ao TEPT (Breslau, 2001; Stein e Kennedy, 2001), presente em 30 a 50% dos casos (Kessler *et al.*, 1995). A taxa de comorbidade entre TEPT e outros transtornos de ansiedade apresentou uma variação entre 2,4 a 7,1, com predomínio de Fobia Simples e Fobia Social.

Diferentes modelos teóricos foram propostos para explicar a etiologia do TEPT, com especial ênfase aos mecanismos do processamento cognitivo que caracterizam este transtorno, conforme revisado em Brewin e Holmes (2003), Cahill e Foa (2007) e Taylor (2006). Em uma abordagem de crescente influência proposta por Ehlers e Clark (2000), o TEPT torna-se persistente quando uma sensação de ameaça atual influi no processamento cognitivo do trauma. Essa sensação de ameaça ou de perigo iminente resulta de avaliação excessivamente negativa do trauma e de suas conseqüências, e da natureza da memória do evento traumático, que se caracteriza por uma pobre elaboração e integração com a memória autobiográfica, forte pré-ativação perceptual e forte associação estímulo-estímulo (S-S) e estímulo-resposta (S-R) (Halligan *et al.*, 2002; Kristensen *et al.*, 2006). A percepção da ameaça atual é acompanhada por revivência do evento traumático, sintomas de excitabilidade, ansiedade, pensamentos intrusivos e outras respostas emocionais, como já mencionadas. A ameaça percebida desencadeia uma série de comportamentos e respostas cognitivas, que impedem o processamento da informação relacionada ao evento estressor traumático e, conseqüentemente, mantém o TEPT (Ehlers e Clark, 2000; Halligan *et al.*, 2002).

Os sintomas que caracterizam o TEPT, bem como os modelos explicativos desta patologia, enfatizam os prejuízos no processamento cognitivo. Assim, não surpreendentemente, estudos que investigam funções cognitivas em indivíduos com TEPT têm demonstrado prejuízos em diferentes áreas, como memória, atenção, orientação espacial, regulação emocional e funções executivas (Horner e Hamner, 2002; Kristensen *et al.*, 2005; Kristensen *et al.*, 2006; Vasterling e Brailey, 2005). Alguns autores (Elzinga e Bremner, 2002; Brewin, 2007) têm até mesmo sugerido que o TEPT é um transtorno da memória, visto que envolve inabilidade na regulação de memórias em uma forma adaptável, no qual o indivíduo sofre de uma excessiva e involuntária recuperação de memórias traumáticas (*flashbacks*) ao mesmo tempo em que experiencia prejuízos na memória declarativa.

Por outro lado, para além dos prejuízos em processos de memória, tem sido argumentado que outros processos cognitivos são igualmente relevantes no TEPT. Visto que grande parte dos prejuízos funcionais em indivíduos com TEPT está associada a erros de interpretação de estímulos ambientais, dificuldades de automonitoramento e integração de processos mnêmicos, sugere-se que déficits em funções executivas sejam centrais no TEPT (Kristensen *et al.*, 2006).

A associação entre TEPT e prejuízos em funções cognitivas tem sido explorada em diferentes populações clínicas, tais como veteranos combatentes de guerra, vítimas de abuso sexual, vítimas de desastres naturais, vítimas de assaltos (Dunmore, Clark e Ehlers, 1999; Eren-Koçak, Kılıç, Aydın e Hizl, 2009; Tanielian e Jaycox, 2008; Campbell, Nelson, Lumpkin, Yoash-Gantz, Pickett, e McCormick, 2009). No entanto, apesar de sua representatividade, pouca atenção tem sido dada à investigação neuropsicológica de mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo com sintomas de TEPT (Stein *et al.*, 2002). Comumente essas mulheres não são devidamente avaliadas e a extensão dos déficits permanece desconhecida (Lilly e Graham-Bermann, 2009; Cassado, Gallo e Williams, 2003;

Stein *et al.*, 2002). Conseqüentemente, muitas vezes as vítimas não recebem a devida atenção em saúde mental, agravando com isso, seus prejuízos sociais e emocionais.

No Brasil, a falta de estudos que abordem a sintomatologia do TEPT entre mulheres vítimas de violência intra-familiar deixam uma importante lacuna entre o conhecimento científico e a demanda clínica. Sendo assim, a presente pesquisa objetivou: (1) investigar a presença de sintomatologia do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em uma amostra de mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo, (2) identificar a presença de sintomas de depressão e ansiedade e (3) avaliar prejuízos em funções cognitivas na presente amostra.

2. Materiais e método

2.1. Participantes

Participaram da pesquisa 17 mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo, com idades entre 18 e 55 anos ($M = 37,3$; $DP = 9,8$). Em relação à etnia, 10 mulheres declararam-se negras (58,8%), 5 brancas (29,4%), 1 parda (5,9%) e 1 indígena (5,9%). Quanto ao estado civil, 7 delas eram casadas (41%), 6 separadas (35,3%), 3 solteiras (17,6%) e apenas 1 divorciada (5,9%). Em média, as mulheres tinham 4 filhos variando, neste grupo, entre nenhum e 9 filhos. Em relação à escolaridade apresentada pela amostra, 11,8% das mulheres entrevistadas nunca freqüentaram a escola, 58,8% possuíam Ensino Fundamental incompleto, 5,9% Ensino Fundamental completo, 17,6% Ensino Médio completo e somente 5,9% iniciaram o Ensino Superior sem, no entanto, completá-lo. Conforme a ocupação das mulheres avaliadas, 7 declararam-se do lar (41,2%), enquanto as demais possuíam atividades variadas, muitas das quais informais. Entre os medicamentos psicotrópicos utilizados foram citados antidepressivos (23,53%), ansiolíticos (17,65%) e anticonvulsivantes (5,88%). Além destas medicações de uso psiquiátrico, outras medicações foram utilizadas, tais como: anticoncepcionais, analgésicos, antibióticos, corticóides e anti-inflamatórios. Nenhuma das participantes realizava acompanhamento médico ou psicológico especificamente para o quadro de TEPT. A renda informada pelas participantes apresentou grande variabilidade, desde uma renda mínima de R\$ 100,00 até a máxima de R\$ 1.200,00, com uma renda mediana de R\$ 260,00.

2.2. Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

Organizações Não Governamentais (ONGs) que trabalham e estudam a temática da violência pelo parceiro íntimo no município de Porto Alegre foram contatadas objetivando a apresentação e discussão da pesquisa, incluindo aspectos operacionais, éticos e conseqüências. Os participantes foram identificados e contatados a partir da indicação das ONGs. Alguns contatos foram realizados por telefone e outros pessoalmente, quando as mulheres procuravam os serviços dessas ONGs. As participantes foram então convidadas a tomar parte no projeto de pesquisa, após apresentação detalhada desse. Foram contatadas em torno de 40 mulheres, sendo que 17 participaram do estudo. Nenhuma das mulheres convidadas negou a participação na pesquisa, porém, muitas delas faltavam ao dia e local combinados para coleta de dados (por isso a participação efetiva de 17 mulheres). Sugere-se que impedimentos como vulnerabilidade social, trabalho doméstico, cuidados dos filhos, trabalhos externos, condições climáticas (chuva), somados ao medo e insegurança sobre o que seria perguntado tenham influenciado as ausências.

Procedimentos éticos na pesquisa com seres humanos foram integralmente

respeitados, assegurando sigilo e confidencialidade dos dados obtidos com as mulheres, atendendo assim à Resolução CFP 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia e a Resolução CNS 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi realizada de forma individual em uma única sessão em espaço físico disponibilizado pelas ONGs. Não foi usado nenhum critério de exclusão que impedisse a participação das mesmas, pois somente mulheres que já haviam sofrido violência pelo parceiro íntimo foram convidadas a participar. Os seguintes instrumentos foram utilizados na pesquisa:

- a) *Questionário sobre dados demográficos e saúde*: na forma de auto-relato, apresenta questões referentes a dados demográficos e características do sujeito (gênero, etnia, idade, dominância manual), bem como questões referentes à saúde e hábitos (transtornos psiquiátricos e neurológicos, medicações, ingestão de cafeína e tabaco, exposição a eventos traumáticos);
- b) *Rastreamento para Sintomas de Estresse Pós-Traumático (SPTSS)*: é um instrumento de triagem para sintomas de estresse pós-traumático, de auto-relato, com 17 sintomas do transtorno apresentados na forma de afirmativas. É solicitado ao participante escolher uma nota entre zero (nunca) a dez (sempre), conforme a frequência do sintoma. Caso o sintoma tenha ocorrido algumas vezes, mas não todos os dias, solicita-se ao participante que escolha um dos números entre zero e dez para mostrar o quanto ocorreu (Carlson, 2001; Kristensen, 2005);
- c) *Inventário Beck de Depressão (BDI)*: consiste uma escala de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha apresentados na forma de afirmativas e destinados a medir a severidade de depressão em adultos e adolescentes (Beck e Steer, 1993; Cunha, 2001);
- d) *Inventário Beck de Ansiedade (BAI)*: consiste em uma medida de auto-relato com 21 itens na forma de descrições de sintomas de ansiedade a serem classificados em uma escala de 4 pontos (Beck e Steer, 1993; Cunha, 2001);
- e) *Repetição de Dígitos*: envolve a apresentação de sete pares de seqüências de números aleatórios verbalizados pelo examinador (um número por segundo). O sujeito deve repetir a seqüência de números, em ordem direta e posteriormente em ordem inversa. Avalia atenção auditiva e capacidade de retenção de curto-prazo (Lezak *et al.*, 2004);
- f) *Teste de Trilhas (TMT - Partes A e B)*: envolve triagem visual complexa e velocidade motora (Lezak *et al.*, 2004). Na parte A o sujeito deve traçar linhas conectando consecutivamente círculos numerados. Na parte B, o sujeito deve traçar linhas conectando alternadamente círculos com números e círculos com letras em uma seqüência ordenada;
- g) *Teste de Associação de Palavras Controladas (COWAT)*: envolve a fluência de palavras em duas categorias: fonêmica e semântica. Na categoria fonêmica, os sujeitos são instruídos a gerar o maior número possível de palavras, em três provas, de 60 segundos cada, iniciando com as letras F, A e S. Na categoria semântica, os sujeitos são instruídos a gerar o maior número de palavras para as seguintes classes: animais, nomes próprios masculinos e frutas/mobília (nesta última os sujeitos devem alternar entre uma fruta e uma peça de mobiliário) (Lezak *et al.*, 2004);
- h) *Memory Assessment Clinics Self-Rating Scale - Short Version (MAC-SV)*: objetivando avaliar memória cotidiana, o MAC-SV foi derivado da escala original com 45 itens proposta por Crook e Larrabee (1990, 1992). O MAC-SV é composto por 17 questões a serem respondidas em uma escala Likert com 5 pontos. Quinze itens referem-se a situações diárias específicas. Estes itens são similares à versão original, traduzida e adaptada à língua portuguesa. Outros dois itens referindo mudanças em eficiência na recuperação de memória e na velocidade de acesso foram adicionados.
- i) *Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV, Transtornos de Eixo I, Transtorno de*

Estresse Pós-Traumático (SCID-I/TEPT): objetivando padronizar os procedimentos diagnósticos para os transtornos mentais, a SCID-I/TEPT caracteriza-se por uma forma de entrevista altamente estruturada, com perguntas fechadas. Durante a SCID-I/TEPT, os principais sintomas que compõem os critérios diagnósticos são perguntados (First *et al.*, 1997; Del-Ben *et al.*, 2001). A entrevista é gravada em áudio e posteriormente analisada por dois juízes independentes, visando o diagnóstico positivo de TEPT. Se, ao início da entrevista, a participante não relatasse nenhum evento estressor traumático, a entrevista era descontinuada.

Antes da aplicação da testagem neuropsicológica e entrevista clínica, o estudo foi plenamente explicado aos participantes. A explicação verbal envolveu a descrição dos objetivos, da metodologia do estudo (incluindo os testes utilizados) bem como informações gerais sobre o TEPT. Após os levantamentos dos dados, todos os participantes receberam indicação de possíveis intervenções (psicoterapia, grupos de apoio, etc). Uma devolução geral, preservando a identidade das participantes, foi oferecida às ONGs envolvidas.

2.3. Critérios de análise dos dados

Os dados foram levantados e os escores brutos inicialmente tabulados no programa Microsoft Excel (versão 10.26). A análise dos dados consistiu em procedimentos descritivos para as variáveis de interesse, envolvendo propriedades da distribuição, medidas de tendência central e medidas de dispersão ou variabilidade, bem como procedimentos inferenciais. Todos os cálculos foram realizados no programa SPSS for Windows (versão 10.0).

3. Resultados

A partir da utilização de entrevista clínica estruturada (SCID-I/TEPT), verificou-se que todas as mulheres experienciaram algum evento estressor, bem como preencheram todos os demais critérios diagnósticos para TEPT. Conforme pode ser visualizado na Tabela 1, as participantes apresentaram, além de elevada sintomatologia de TEPT (revivência, evitação/entorpecimento e excitabilidade), também sintomas de ansiedade e depressão. É interessante observar que correlações positivas e significativas foram identificadas entre estas variáveis. Especificamente, através do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson, verificaram-se correlações moderadas entre SPTSS e BAI [$r(16) = 0,69$; $p = 0,002$], SPTSS e BDI [$r(16) = 0,70$; $p = 0,001$], BAI e BDI [$r(16) = 0,54$; $p = 0,015$]. Ainda sobre o quadro de TEPT, utilizando como ponto de corte o escore total do SPTSS ≥ 5 (sensibilidade = 0,85; especificidade = 0,73), identificou-se que 76,5% dos sujeitos nessa amostra ($n = 13$) apresentaram sintomas compatíveis com o diagnóstico de TEPT. Em uma análise detalhada da sintomatologia pós-traumática, verificou-se, através do teste de sinais por postos de Wilcoxon, que o grupo de sintomas de excitabilidade aumentada apresentou escores mais elevados do que o grupo de sintomas de revivência [$Z(15) = -0,854$; $p = 0,393$] e evitação/entorpecimento [$Z(15) = -2,379$; $p < 0,01$].

Em relação à avaliação do estado e hábitos de saúde, foi questionado junto às participantes sobre o uso de álcool e drogas ilícitas, mas não foi possível obter nenhuma resposta positiva. Em referência ao uso de cafeína, as mulheres apresentaram um consumo variado entre 0 e 21 copos diários [Med = 5,00 ($P_{25} = 2,00$; $P_{75} = 8,50$)]. Já em relação ao uso diário de cigarros, 9 participantes (52,9%) referiram não fumar. Entre as fumantes, o consumo mediano foi de 20 cigarros ($P_{25} = 12,50$; $P_{75} = 37,50$).

	M	DP	AV
SPTSS	6,21	2,16	1,88-8,94
SPTSS Revivência	6,45	3,08	0,60-10,00
SPTSS Evitação	5,63	2,10	1,43-9,14
SPTSS Excitabilidade	6,80	2,21	1,40-10,00
BAI	31,06	15,12	2,00-48,00
BDI	29,06	12,16	8,00-52,00

Tabela 1 - Escores nos sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão. *Legenda:* M = Média, DP = Desvio-padrão, SPTSS = Rastreo para Sintomas de Estresse Pós-Traumático, BDI = Inventário Beck de Depressão, BAI = Inventário Beck de Ansiedade e AV = Amplitude de Variação.

Os resultados da avaliação neuropsicológica estão apresentados na Tabela 2. O desempenho do grupo de participantes no TMT deve ser avaliado com cautela, pois há carência de dados normativos para a população brasileira neste teste. Desta forma, foram utilizados, como parâmetro de comparação, dados normativos internacionais publicados em Strauss e colaboradores (2006). Comparando dados normativos de Tombaugh (2004² citado por Strauss *et al.*, 2006) para o grupo de idade de 33 a 44 anos, o desempenho nas partes A e B foram inferiores ao percentil 10. Tombaugh (2004², citado por Strauss *et al.*, 2006) sugere que a baixa escolaridade contribui para a variância no TMT de apenas 3% na parte A e 7% na parte B. De outra forma, a idade apresenta uma influência mais profunda no desempenho deste teste, contribuindo 31% na parte A e 35% na parte B. Para a amostra estudada, o escore de diferença (B – A) foi de 107,4, o qual desvia grandemente do escore de diferença normativo (M = 29,60; DP = 2,95) para o grupo etário de referência (25 a 54 anos), conforme Tombaugh (2004², citado por Strauss *et al.*, 2006). Quando comparados os desempenhos das Partes A e B do TMT, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa; $Z(15) = -3,30$; $p < 0,001$. Ou seja, as participantes foram significativamente mais lentas ao realizar uma tarefa mais complexa (Parte B), com envolvimento de processos executivos, do que na realização de uma tarefa mais simples (Parte A), na qual predominam processos de atenção, busca visual e velocidade de processamento (Gil, 2002; Goldstein e Green, 1995; Lezak *et al.*, 2004; Strauss *et al.*, 2006).

Em relação à memória, os resultados no Teste de Repetição de Dígitos e MAC-SV podem ser visualizados na Tabela 2. Como pode ser visto nesta tabela, no MAC-SV as mulheres vitimadas apresentaram um escore médio elevado (M = 48,7; DP = 14,9), revelando prejuízos nesta função. No Teste de Repetição de Dígitos, quando se transforma o escore bruto total (M = 9,25) para um escore ponderado (M = 8,0), verificou-se que o grupo de mulheres apresentou um desempenho abaixo da média da população nesta faixa etária. O escore bruto obtido pelas participantes na tarefa de Ordem Direta (OD) foi encontrado em 57% da amostra de padronização. O escore bruto na Ordem Inversa (OI) foi encontrado em 85% da amostra de padronização. Já frequência da diferença entre os dois componentes (subtraindo-se a OI da OD) corresponde àquela observada em 43,1% da amostra de padronização. Encontra-se bem estabelecido na literatura que a habilidade de repetir dígitos na OD da apresentação verbal é considerada uma medida de habilidade de concentração, e o desempenho médio do adulto é relembrar 7 dígitos +/- 2 dígitos (Costa, 1975). A diferença observada entre os escores médios da OI e da OD foi estatisticamente significativa, $T(16) = -3,20$; $p < 0,001$. No entanto, em somente dois casos foram observadas diferenças de significância clínica, ou seja, uma diferença favorecendo a repetição direta de cinco ou mais pontos (Groth-Marnat, 2000).

Testes	M	DP	AV
TMT			
Parte A	82,81	77,52	31,00-357,00
Parte B	189,50	193,64	68,00-820,00
Dígitos			
Ordem Direta	5,94	1,84	4,00-11,00
Ordem Inversa	3,31	1,96	0,00-6,00
Total	9,25	3,38	4,00-17,00
COWAT			
Letra F	9,75	5,18	1,00-17,00
Letra A	8,87	4,94	0,00-19,00
Letra S	9,31	4,45	1,00-18,00
Animais	14,69	3,70	9,00-23,00
Nomes masculinos	15,87	3,50	8,00-22,00
Frutas/mobília	6,94	1,81	2,00-1,00
MAC-SV	2,91	0,72	1,73-4,07

Tabela 2 - Escores médios dos testes neuropsicológicos. *Legenda:* M = Média, DP = Desvio-padrão, TMT = Teste de Trilhas; Dígitos = Teste de Repetição de Dígitos; COWAT = Teste de Associação de Palavras Controladas; MAC-SV = Memory Assessment Clinics Self-Rating Scale - Short Version; AV = Amplitude de Variação.

A fluência verbal foi avaliada através do COWAT. Nesse teste, dois processos distintos são realizados. Na primeira parte, a geração fonêmica foi avaliada através dos itens “F”, “A” e “S”. Na segunda parte, a geração semântica foi mensurada pelos itens “animais”, “nomes masculinos” e “frutas/mobílias”. Considerando as metanormas de Loonstra e colaboradores (2001³, citado em Strauss *et al.*, 2006), comparando ao grupo de referência de idade de 16 a 59 anos (considerando a variabilidade da nossa amostra, de 18-55 anos) e anos de educação (0-12) verificou-se que o escore médio de fluência fonêmica (F, A e S) situa-se abaixo do percentil 10. Comparando com os mesmos dados normativos, o escore para nomeação de animais (fluência semântica) situa-se abaixo do percentil 10.

4. Discussão

Os resultados e a discussão apresentados devem ser vistos como um esforço preliminar para a compreensão dos prejuízos decorrentes do TEPT em mulheres vítimas de violência íntima do parceiro. Trata-se, portanto, de um estudo exploratório, sem a composição de um grupo controle e com reduzido número de participantes.

A amostra formada por 17 mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo possui uma defasagem escolar elevada: a maior parte delas não completou o Ensino Fundamental. Esse achado corrobora pesquisas anteriores de Meneghel e colaboradores (2000) e Rovinski (2004), em que 73% das mulheres vitimadas possuía Ensino Fundamental incompleto. Outros achados mostraram que há uma relação inversa entre nível de instrução e tempo de agressão, isto é, quanto maior a escolaridade, menor o tempo no qual a mulher se submete à agressão (Adeodato *et al.*, 2005). Ainda, tem sido sugerido na literatura que baixo QI é um fator de risco elevado para o desenvolvimento de patologia após a exposição ao trauma, associado a outros déficits neurológicos (Macklin *et al.*, 1998; Gurvits *et al.*, 2000) e déficits neuropsicológicos, como prejuízos na memória de trabalho (Brewin e Holmes, 2003),

sugerindo assim uma relação entre os fatores de vulnerabilidade cognitiva e o desenvolvimento do TEPT (Stein *et al.*, 2002; Vasterling *et al.*, 2002). Neste sentido, é possível que as participantes em nosso estudo apresentassem um somatório de fatores de risco, colocando-as em grande vulnerabilidade para o desenvolvimento de TEPT.

Em relação aos resultados obtidos nos instrumentos que avaliam sintomatologia pós-traumática, observou-se que, principalmente no SCID-I/TEPT, todas as mulheres preencheram os critérios para o diagnóstico de TEPT. Além disso, obtiveram escores elevados no SPTSS, corroborando a relevância clínica da sintomatologia pós-traumática decorrente da violência pelo parceiro íntimo. Com isto, pudemos verificar que este tipo de violência doméstica é uma forma séria, altamente prevalente e usualmente crônica de trauma, principalmente por resultar em altas taxas de TEPT em mulheres expostas a essa situação deletéria (Stein *et al.*, 2002; Lilly e Graham-Bermann, 2009; Coker *et al.*, 2005; Houskamp e Foy, 1991; Breslau, 2002).

Ainda em relação às variáveis de psicopatologia, foram observados níveis graves de sintomas de ansiedade e sintomas moderados de depressão. Esses prejuízos emocionais são comumente relacionados às consequências da violência pelo parceiro íntimo (Day *et al.*, 2003; Giffin, 1994). A comorbidade com a depressão é encontrada em larga escala na literatura (Kristensen *et al.*, 2005; Breslau, 2001; Stein e Kennedy, 2001; Cassado *et al.*, 2003; Jacobucci, 2004), presente em 30 a 40% dos casos de TEPT (Kessler *et al.* 1995). Cassado e colaboradores (2003) verificaram em sua amostra que a maioria dos participantes apresentaram sintomas de depressão moderada a profunda, enquanto Jacobucci (2004) observou que mulheres agredidas por seus parceiros e que permanecem na relação conjugal estão mais propensas à depressão.

Embora não esteja claro se a Depressão Maior predis põe o desenvolvimento de TEPT ou se, ao contrário, o TEPT baixa a resistência à doença depressiva, os dois transtornos frequentemente co-ocorrem (Kristensen *et al.*, 2005; Breslau, 2001; Stein e Kennedy, 2001), com taxas de depressão maior entre 30 e 50% em indivíduos com TEPT (Shalev, 2001). Há hipóteses bastante convincentes de que a doença depressiva diminua a capacidade da pessoa se adaptar e suportar os efeitos de um trauma severo (Day *et al.*, 2003). Um estudo de Brown e colaboradores (2001), numa amostra de pacientes não-hospitalizados, verificou que 77% dos pacientes com TEPT preencheram critérios para a Depressão Maior, considerando que 23% fecharam critérios para distímia. Shalev (2001) e Yule (2001) observaram que a depressão é secundária ou co-mórbida em diversos transtornos, sendo que a relação entre a depressão e a ansiedade é particularmente forte no TEPT (Breslau, 2001). O risco de Depressão Maior é mais elevado entre indivíduos expostos a traumas com TEPT do que entre indivíduos expostos a traumas que não desenvolveram TEPT. Por isso, conforme Breslau e colaboradores (2000), os eventos traumáticos não aumentam o risco de depressão maior independentemente do TEPT, mas, ao contrário, os dois transtornos compartilham das mesmas vulnerabilidades que representam parte da mesma síndrome pós-traumática (Duke e Vasterling, 2005).

Tomados em conjunto, os resultados neuropsicológicos apontaram prejuízos nas funções executivas e déficits na memória de trabalho. No Teste de Trilhas, observou-se um desempenho significativamente melhor na Parte A em relação à Parte B. Stein e colaboradores (2002), avaliando mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo, encontraram resultado semelhante. Estudos realizados com outras populações, como veteranos combatentes de guerra portadores de TEPT (Beckham *et al.*, 1998; Gilbertson *et al.*, 2001) também identificaram este mesmo padrão de desempenho. Enquanto a Parte A do TMT envolve processos de atenção visual e velocidade psico-motora, a Parte B recruta, adicionalmente, habilidades que envolvem flexibilidade cognitiva e, em menor grau,

capacidade inibitória (Lezak *et al.*, 2004). Nesse sentido, é possível relacionar o padrão de desempenho apresentado por indivíduos com TEPT a um prejuízo em funções executivas (Stein *et al.*, 2002), prejuízo apresentado em indivíduos expostos a estressores variados, de acordo com Koenen e colaboradores (2001). Em trabalho anterior, sustentamos a idéia de que prejuízos de natureza executiva sejam centrais no TEPT (Kristensen *et al.*, 2006).

Entre os instrumentos que avaliaram a memória, foram encontradas diferenças significativas na Repetição de Dígitos entre a OD e OI, bem como um índice elevado no escore do MAC-SV, o que sugere a existência de déficits na memória de trabalho (*working memory*), que é a habilidade de manter e manejar a informação armazenada em um breve período de tempo (Koenen *et al.*, 2001; Brewin e Holmes, 2003). Diferenças individuais na memória de trabalho parecem estar relacionadas à habilidade de inibir pensamentos ou memórias intrusivas (Taylor, 2006). A memória de trabalho é fortemente associada como uma das funções cognitivas que apresentam prejuízo no TEPT (Stein *et al.*, 2002), apresentando forte associação com o desempenho das funções executivas. Ainda, a capacidade da memória de trabalho está fortemente associada à inteligência e isso pode explicar o motivo pelo qual o baixo QI consiste em um fator de risco para o desenvolvimento do TEPT (Brewin e Holmes, 2003; Horner e Hamner, 2002; Bremner, *et al.*, 1993).

A avaliação da fluência verbal indicou prejuízo no desempenho das participantes, sugerindo, novamente, déficits em componentes de controle inibitório (LeGris e Reekum, 2006). Sabendo que a atenção possui estreita relação com processos de retenção de informação, vale ressaltar que a hipervigilância atencional é outro componente central no transtorno, pois resulta em uma relação cíclica entre níveis de ansiedade e hipervigilância referente à ameaça (Dalgleish *et al.*, 2001). Isso ocorre visto que no TEPT as situações neutras ou ambíguas são interpretadas como potencialmente ameaçadoras, focalizando excessivos recursos atencionais a sinalizadores de perigo, contribuindo para o estado de ansiedade característico deste transtorno. A falta de atenção concentrada, decorrente da hipervigilância, pode contribuir aos prejuízos na memória de trabalho dessas mulheres que, ao não adquirirem concentração suficiente para a realização da tarefa, acaba por resultar em déficit no armazenamento de informações atuais. Sendo assim, o processamento atencional torna-se relevante aos estudos sobre TEPT (Kristensen *et al.*, 2005).

De um modo geral, déficits cognitivos específicos foram observados na amostra de mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo, corroborando estudos anteriores. Entre as funções cognitivas mais comumente prejudicadas nos indivíduos com TEPT, verificam-se: (a) memória, (b) atenção, nas modalidades verbal e visual, e (c) funções executivas, incluindo provas de resolução de problemas (Horner e Hamner, 2002; Kristensen, *et al.*, 2005; Stein, *et al.*, 2002). Entretanto, deve-se ter cautela ao generalizar estes dados, pois não é possível afirmar se tais achados são específicos do TEPT ou também podem ser explicados pela presença de comorbidades ou mesmo pelo uso de medicação. Em nosso estudo identificamos como uma limitação considerável a impossibilidade de controlar o efeito do uso de medicação, visto que substâncias que atuam sobre o sistema nervoso central afetam o desempenho em testes neuropsicológicos (Lezak *et al.*, 2004).

5. Considerações finais

A violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo é geradora de patologias e déficits em funções cognitivas, assim como um problema social e de saúde pública. Isso deve ser considerado tanto pela gravidade de suas conseqüências físicas, psicológicas e sociais, quanto pelas proporções numéricas, que se referem à quantidade de mulheres atingidas no país e aos gastos na atenção à saúde dessas.

A baixa escolaridade dessas mulheres mostra-se como fator de vulnerabilidade à agressão, bem como um fator perpetuador. Essa associação pode ser entendida pela falta de perspectiva da mulher sobre seu próprio futuro, seja por sua condição de dependência, tanto financeira quanto emocional que, somada à restrita rede de apoio social, torna a mulher ainda mais impotente frente às atitudes do agressor.

Sendo assim, a mulher vitimada e exposta cronicamente ao trauma predispõe-se ao desenvolvimento do TEPT e à manutenção de comorbidades, como sintomas de ansiedade e depressão, dificultando ainda mais o tratamento de tal patologia. Ressalta-se, ainda, que a violência contra a mulher sofrida pelo parceiro íntimo pode apresentar-se de várias formas (abuso físico, sexual, coerção etc.), mas para o desenvolvimento do TEPT a relevância encontra-se na significação e interpretação atribuída ao evento traumático. Vale destacar, contudo, a dificuldade do diagnóstico precoce do TEPT, em especial nessa população que, por vezes, evita a exposição pós-agressão, ou seja, evita a procura por atendimento em serviços de saúde. Esse fato pode ocorrer pelo receio das consequências que atinjam a condição de impotência dessas mulheres ou até mesmo ações para mudanças, como denunciar o agressor, mudar-se de casa (e muitas vezes de cidade), sujeitando-se a vivenciar sentimentos diversos, como medo de colocar em risco a própria vida denunciando o parceiro que lhe ameaça constantemente, ou até mesmo culpa por abandoná-lo.

Levando em consideração que boa parte dessa população possui baixos recursos financeiros (sendo a pobreza um facilitador para esse tipo de violência), resultando na procura por atendimentos de saúde pública, ressalta-se a importância de um diagnóstico preciso, sendo esse um dever do profissional de saúde (tanto da atenção primária, quanto terciária), realizando encaminhamentos adequados aos serviços de saúde pública especializados.

Direções para futuros estudos referem-se à formação de um grupo controle com nível de escolaridade e idades semelhantes ao do grupo de mulheres vítimas de violência íntima pelo parceiro, tornando possível o pareamento dos dados, bem como a avaliação de comorbidades associadas ao quadro de TEPT, e, assim, a consequente obtenção de resultados mais conclusivos.

6. Referências bibliográficas

- Adeodato, V.G.; Carvalho, R.R.; Siqueira, V.R. e Souza, F.G.M. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev. Saúde Pública*, 39 (1): 108-113. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n1/14.pdf>
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A.T. e Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beckham J. C., Crawford A. L, e Feldman M. E. (1998). Trail making test performance in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder. *J. Traumatic Stress*, 11 (4), 811-819.
- Blay, E.A. (2000). Assassinadas e não assassinas. *Qualidade de Vida*. São Paulo: USP/ESALQ, 17 (2), 1-4.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Can. J. Psychiatry*, 47 (10), 923-929.
- Breslau, N. (2001). Outcomes of posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 62 (suppl. 17), 55-59.
- Breslau, N.; Davis, G.C.; Peterson, E.L. e Schultz, L.R. (2000). A Second Look at Comorbidity in Victims of Trauma: The Posttraumatic Stress Disorder-Major Depression



Connection. *Biological Psychiatry*, 48(9), 902-909.

Bremner, J.D.; Scott, T.M.; Delaney, R.C.; Southwick, S.M.; Mason, J.W.; Johnson, D.R.; Innis, R.B.; McCarthy, G. e Charney, D.S. (1993). Deficits in short-term memory in post-traumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry*, 150 (7), 1015-1019.

Brewin, C.R. (2007). Remembering and Forgetting In: Friedman, M. J., Keane, T. M. e Resick, P.A. (Eds.). *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 116-134). New York: The Guildford Press.

Brewin C.R. e Holmes, E.A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clin. Psychological Rev.*, 23, 339-376. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: <http://emitests.net/readings/Trauma1/week%2002/psychological%20theories%20of%20PTSD%20-%20Brewin%20and%20Holmes.pdf>

Brown, T.A.; Campbell, L.A.; Lehman, C.L.; Grisham, J.R. e Mancill, R. B. (2001). Current and Lifetime Comorbidity of the *DSM-IV* Anxiety and Mood Disorders in a Large Clinical Sample. *J. Abnormal Psychol.*, 110 (4), 585-599. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: <http://swws1.bu.edu/tabrown/Manuscripts/Brown%20Campbell%20et%20al%202001.pdf>

Cahill S.P. e Foa, E.B. (2007). Psychological Theories of PTSD. Em: Friedman, M.J.; Keane, T.M. e Resick, P.A. (Eds.). *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp. 55-77). New York: The Guilford Press.

Campbell, T.A.; Nelson, L.A.; Lumpkin, R.; Yoash-Gantz, R.E.; Pickett, T.C. e McCormick, C.L. (2009). Neuropsychological Measures of Processing Speed and Executive Functioning in Combat Veterans with PTSD, TBI, and Comorbid TBI/PTSD. *Psychiatric Annals*, 39(8), 796-803.

Carlson, E.B. (2001). Psychometric study of a brief screen for PTSD: Assessing the impact of multiple traumatic events. *Assessment*, 8(4), 431-441.

Cassado, D.C.; Gallo, A.E. e Williams, L.C. (2003). Transtorno de Estresse Pós-Traumático em mulheres vítimas de violência doméstica: um estudo piloto. *Revista de Psicologia UNESP*, 2 (1), 101-110. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: <http://www.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/18/36>.

Coker, A.L.; Weston, R.; Creson, D.L.; Justice, B. e Blakeney, P. (2005). PTSD Symptoms Among Men and Women Survivors of Intimate Partner Violence: The role of risk and protective factors. *Violence Victims*, 20 (6), 625-643.

Costa, L.D. (1975). The relation of visuospatial dysfunction to digit span performance in patients with cerebral lesions. *Cortex*, 11 (1), 31-36.

Crook, T.H. e Larrabee, G.J. (1992). Normative data on a self-rating scale for evaluating memory in everyday life. *Arch. Clin. Neuropsychol.*, 7 (1), 41-51.

Crook, T.H. e Larrabee, G.J. (1990). A self-rating scale for evaluationg memory in everyday life. *Psychol. Aging*, 5 (1), 48-57.

Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dalgleish T.; Moradi, A.R.; Taghavi, M.R.; Neshat-Doost, H.T. e Yule, W. (2001). An experimental investigation of hypervigilance of threat in children and adolescents with post-traumatic stress disorder. *Psychological Med.*, 31 (3), 541-547. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: http://www.mrc-cbu.cam.ac.uk/research/emotion/cemhp/documents/ptsd_hypervigilance.pdf.

Day, V.P.; Telles, L.E.B.; Zoratto, P.H.; Azambuja, M.R.F.; Machado, D.A.; Silveira, M.B.; Debiaggi, M.; Reis, M.G.; Cardoso, R.G. e Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(supl. 1), 9-21.

Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1.pdf>.



- Del-Ben, C.M.; Vilela, J.A.A.; Crippa, J.A.S.; Hallak, J.E.C.; Labate, C.M. e Zuardi, A.W. (2001). Confiabilidade da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – versão clínica traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 156-159. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n3/a08v23n3.pdf>
- Deslandes, S.F.; Gomes, R. e Silva, C.M.F.P. (2000). Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 129-137. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: <http://www.uff.br/saudecultura/artigos-encontro-9/Texto19.pdf>.
- Duke, L.M. e Vasterling, J.J. (2005). *Epidemiological and Methodological Issues in Neuropsychological Research on PTSD*. Em: Vasterling, J.J. e Brewin, C.R. (Eds.) *Neuropsychology of PTSD: biological, cognitive, and clinical perspectives*. New York: The Guilford Press.
- Dunmore, E.; Clark, D. e Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behav. Res. Therapy*, 37 (9), 809-829.
- Ehlers, A. e Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav. Res. Therapy*, 38 (4), 319-345.
- Elzinga, B.M. e Bremner, J.D. (2002). Are the neural substrates of memory the final common pathway in posttraumatic stress disorder (PTSD)? *J Affective Dis.*, 70 (1), 1-17.
- Eren-Koçak, E.; Kılıç, C.; Aydın, I. e Hızl, F.G. (2009). Memory and prefrontal functions in earthquake survivors: differences between current and past post-traumatic stress disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119 (1), 35-44.
- First, M.B.; Spitzer, R.L.; Gibbon, M. e Williams, J.B.W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders - clinical version (SCID-CV)* (pp. 84). Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Giffin, K. (1994). Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl. 1), 146-155. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a10.pdf>.
- Gil, R. (2002). *Neuropsicologia* (2ª. ed.). São Paulo: Santos.
- Gilbertson, M.W.; Gurvits, T.V.; Lasko, N.B.; Orr, S.P. e Pitman, R.K. (2001). Multivariate Assessment of Explicit Memory Function in Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *J. Traumatic Stress*, 14 (2) 413-432.
- Goldstein, F.C. e Green, R.C. (1995). Assessment of problem solving and executive functions. Em: Mapou, R.L. e Spector, J. (Eds.), *Clinical neuropsychological assessment: A cognitive approach* (pp. 49-81). New York: Plenum.
- Groth-Marnat, G. (2000). Introduction to neuropsychological assessment. Em: Groth-Marnat, G. (Ed.), *Neuropsychological assessment in clinical practice: A guide to test interpretation and integration* (pp. 3-25). New York: John Wiley & Sons.
- Gurvits, T.V.; Gilbertson, M.W.; Lasko, N.B.; Tarhan, A.S.; Simeon D.; Macklin, B.A.; Orr, S.P. e Pitman, R.K. (2000): Neurologic soft signs in chronic posttraumatic stress disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 57 (2), 181-186. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/57/2/181.pdf>.
- Jacobucci, P.G. (2004). *Estudo psicossocial de mulheres vitima de violência doméstica, que mantêm o vínculo conjugal após terem sofrido as agressões*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Campinas, SP.
- Halligan, S.L.; Clark, D.M. e Ehlers, A. (2002). Cognitive processing, memory, and the development of PTSD symptoms: two experimental analogue studies. *J. Behav. Therapy Exp. Psychiatry*. 33 (2), 73-89.
- Horner, M.D. e Hamner, M.B. (2002). Neurocognitive functioning in posttraumatic stress

disorder. *Neuropsychol. Rev.*, 12 (1), 15-30.

Houskamp, B.M. e Foy, D.W. (1991). The Assessment of Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women: *J. Interpersonal Violence*, 6 (3), 367-375.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2002). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD*. Rio de Janeiro, RJ.

Kar, N. e Bastia, B.K. (2006). Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clin. Practice Epidemiol. Mental Health*, 2, 17-24. Retirado em 23/07/2010, no *World Wide Web*: <http://cpementalhealth.com/content/pdf/1745-0179-2-17.pdf>

Kessler, R.C.; Chiu, W.T.; Demler, O.; Merikangas, K.R. e Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62 (6) 617-627.

Kessler, R.C.; Sonnega, A.; Bromet, E.; Hughes, M. e Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 52 (12), 1048-1060.

Koenen, K.C.; Driver, K.L.; Oscar-Berman, M.; Wolfe, J.; Folsom, S.; Huang, M.T. e Schlesinger, L. (2001). Measures of prefrontal system dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Brain Cogn.*, 45 (1), 64-78.

Kristensen, C.H.; Parente, M.A.M.P. e Kaszniak, A.W. (2005). Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Critérios diagnósticos, prevalência e avaliação. Em: Caminha, R.M. (Org.), *Transtornos do Estresse Pós-Traumático (TEPT): Da neurobiologia à terapia cognitiva* (pp. 15-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kristensen, C.H.; Parente, M.A.M.P. e Kaszniak, A. W (2006). Transtorno de Estresse Pós-Traumático e funções cognitivas. *Psico-USF*, 11 (1) 17-23. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: http://www.saofrancisco.edu.br/edusf/publicacoes/RevistaPsicoUSF/Volume_03/uploadAddress/psico-3%5B6384%5D.pdf.

LeGris, J. e van Reekum, R. (2006). The Neuropsychological Correlates of Borderline Personality Disorder and Suicidal Behaviour: A Review. *Can. J. Psychiatry*, 51 (3), 131-142. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: <http://www1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2006/march1/cjp-mar-1-06-legris-IR.pdf>.

Lezak, M.D.; Howieson, D.B e Loring, D.W. (2004). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.

Lilly, M.M. e Graham-Bermann, S.A. (2009). Ethnicity and Risk for Symptoms of Posttraumatic Stress Following Intimate Partner Violence *Journal of Interpersonal Violence*. *University of Michigan*, 24(1), 3-19.

Macklin, M.L.; Metzger, L.J.; Litz, B.T.; McNally, R.J.; Lasko, N.B.; Orr, S.P. e Pitman, R.K. (1998): Lower precombat intelligence is a risk factor for posttraumatic stress disorder. *J. Consulting Clin. Psychol.*, 66 (2), 323-326.

Meneghel, S.N.; Barbiani, R.; Steffen, H.; Wunder, A.P.; Roza, M.D.; Rotermond, J.; Brito S. e Korndorfer C. (2003). Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(4), 955-963. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16845.pdf>.

Meneghel, S.N.; Camargo, M.; Fasolo, L.R.; Mattiello, D.A.; Silva, R.C.R.; Santos, T.C.B.; Dagord, A.L.; Reck, A.; Zanetti, L.; Sottili, M. e Teixeira, M.A. (2000). Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3), 747-757. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n3/2960.pdf>.

Reis, J.N.; Martin, C.C.S. e Ferriani, M.G.C. (2004). Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produção de lesões não-genitais. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), 465-



473. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2004000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
- Rovinski, S.L. (2004). *Dano psíquico em mulheres vítimas de violência*. Rio de Janeiro: Lumen Júris.
- Schraiber, B.L.; D'Oliveira, A.F.P.L.; França-Júnior, I. e Pinho, A.A. (2002). Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 470-477. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v36n4/11766.pdf>.
- Shalev, A.Y. (2001). What is posttraumatic stress disorder? *J. Clin. Psychiatry*, 62 (suppl. 17), 4-10.
- Silva, I.V. (2003). Violência contra as mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (sup. 2), S263-S272. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a08v19s2.pdf>.
- Stein, M.B. e Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *J. Affective Dis.*, 66 (2), 133 –138.
- Stein, M.B.; Kennedy, C.M. e Twamley E.W. (2002). Neuropsychological Function in Female Victims of Intimate Partner Violence with and without Posttraumatic Stress Disorder. *Soc. Biological Psychiatry*. 52 (11), 1079–1088.
- Strauss, E.; Sherman, E.M.S. e Spreen, O. (2006). *A compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms and Commentary (3rd ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Tanielian, T.L. e Jaycox, L.H. (Eds.) (2008). *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery*. Rand Corporation - Center for Military Health Policy Research: Santa Monica. Retirado em 22/07/2010, no *World Wide Web*: http://www.rand.org/pubs/monographs/2008/RAND_MG720.pdf.
- Taylor, S. (2006). *Clinician's Guide to PTSD: a cognitive behavioral approach*. New York: The Guilford Press.
- Tjaden, P. e Thoennes, N. (2000). *Extent, nature and consequences of intimate partner violence: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice (NIJ) and the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Retirado em 23/07/2010, no *World Wide Web*: <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/181867.pdf>
- Vasterling, J.J. e Brailey, K. (2005). *Neuropsychological findings in adults with PTSD*. Em: Vasterling, J.J. e Brewin, C.R. (Eds.), *Neuropsychology of PTSD: Biological, cognitive, and clinical perspectives*, (pp. 178-207). New York: The Guilford Press.
- Vasterling, J.J.; Duke, L.M.; Brailey, K.; Constans, J.I.; Allain, A.N. e Sutker, P.B. (2002). Attention, learning, and memory performance and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons. *Neuropsychology*, 16 (1), 5-14. Retirado em 23/07/2010, no *World Wide Web*: <http://www.apa.org/pubs/journals/releases/neu-1615.pdf>.
- Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England J. Med.*, 346(2), 108-114.
- Yehuda, R. e LeDoux, J. (2007). Response variation following trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*, 56 (1), 19-32. Retirado em 23/07/2010, no *World Wide Web*: <http://download.cell.com/neuron/pdf/PIIS0896627307007040.pdf> ou http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&imagekey=B6WSS-4PTFNP7-7-1&cdi=7054&user=10&pii=S0896627307007040&orig=search&coverDate=10%2F04%2F2007&sk=999439998&view=c&wchp=dGLbVIWzSkzV&md5=0cc7480822d636b9aca8699c164713a7&ie=/sdarticle.pdf.
- Yule, W. (2001). Posttraumatic stress disorder in the general population and children. *J. Clin. Psychiatry*, 62 (suppl. 17), 23-28.



Notas

- (1) Araújo, M.F. (1996). Atendimento a mulheres e famílias vítimas de violência doméstica. *Perfil - Revista de Psicologia*, UNESP, Assis, 9, 7-17.
- (2) Tombaugh, T.N. (2004). A Trail Making Test A and B: Normative data stratified by age and education. *Arch. Clin. Neuropsychol.*, 19 (2), 203-214.
- (3) Loonstra, A.S.; Tarlow, A.R. e Sellers, A.H. (2001). COWAT metanorms across age, education and gender. *Applied Neuropsychol.*, 8 (3), 161-166.