

## A Presença de Transtorno Mental Comum em Mulheres em Situação de Violência Doméstica

The Presence of Common Mental Disorder in Women in Situations of Domestic Violence

Joana Christina de Souza Brito\* / Maria do Carmo Eulálio  
Edivan Gonçalves da Silva Júnior  
Universidade Estadual da Paraíba

---

**Resumo:** A pesquisa teve o objetivo de averiguar a presença de transtorno mental comum (TMC) em mulheres em situação de violência doméstica (VD). Trata-se de um estudo quantitativo, com recorte transversal, do qual participaram 30 mulheres, com média de 35,93 anos de idade, em situação de violência doméstica, atendidas em um Centro de Referência da Mulher em uma cidade do nordeste brasileiro. Os instrumentos aplicados foram questionário sociodemográfico e Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Foi observado que 23 participantes (76,7%) apresentaram sintomatologia sugestiva para TMC. Os sintomas apresentados pela maioria das participantes indicam a presença de humor depressivo ansioso, ideação suicida e queixas somáticas. A violência doméstica afeta negativamente a saúde mental das mulheres e prejudica a sua qualidade de vida. Por essa razão, são necessárias políticas públicas locais que assegurem ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. É essencial que o serviço psicossocial atue conjuntamente com outros setores públicos de saúde e que a psicoterapia individual ou grupal, seja assegurada para desenvolver o autoconhecimento, empoderamento e autonomia da mulher, como estratégia de resgate da autoestima e redução dos sintomas de TMC.

**Palavras-chave:** saúde mental; violência contra a mulher; psicopatologia.

**Abstract:** The objective of this research was to investigate the presence of Common Mental Disorder (CMD) in women in situations of Domestic Violence (DV). Thirty women participated, with an average of 35.93 years old, in a situation of domestic violence, who attended at the Women's Reference Center in a city in northeast, Brazil. The instruments applied were socio-demographic questionnaire and Self-Report Questionnaire (SRQ-20). It was observed that 23 participants (76.7%) had suggestive symptoms of CMD. The symptoms presented by most of the participants indicate the presence of anxious depressive mood, such as suicidal ideas and have shown somatic complaints. Domestic violence affects the mental health of women and impairs their quality of life. Therefore, local public policies that guarantee actions to promote health and prevent diseases are necessary. It is essential that the psychosocial service works together with other public health sectors and that individual or group psychotherapy is ensured to develop women's self-knowledge, empowerment, and autonomy as a strategy to rescue self-esteem and reduce CMD symptoms.

**Keywords:** mental health; violence against women; psychopathology.

## **Introdução**

A desigualdade de gênero sempre existiu na história, visto que a mulher foi colocada em posição de submissão e discriminação e, em muitos casos, escravizada e objetificada desde os tempos mais remotos. A violência de gênero foi reforçada pelo patriarcado ao longo do tempo, baseada na ideia de poder do masculino e de subordinação do feminino. Nesse processo, a força é um mecanismo repressor para manter essa desigualdade (Teles & Melo, 2017). A desigualdade e a violência de gênero influenciam e reforçam os casos de violência doméstica contra a mulher.

O número elevado de casos de violência e de mortes de mulheres no Brasil culminou na criação da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006). A referida lei possibilitou sistematização de políticas públicas de prevenção, de atendimento e de enfrentamento da violência contra a mulher e garantiu às mulheres maior proteção, a partir da mudança na legislação e da criação de espaços de atendimento a mulheres em situação de violência. De acordo com o artigo 5º da Lei Maria da Penha, a violência doméstica e familiar contra a mulher é:

qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial: I - no âmbito da unidade doméstica; II - no âmbito da família...; III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (2006).

Segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2018), a violência pode afetar negativamente a saúde física, mental, sexual e reprodutiva das mulheres. A violência doméstica é uma questão grave de saúde pública, porque 35% das mulheres, no mundo, isto é, uma em cada três mulheres, em algum momento de suas vidas, já sofreram violência física ou sexual. Na maioria dos casos, a violência é cometida por seus parceiros, que apresentam um comportamento de controle com agressões físicas, coerção sexual e abuso psicológico.

No Brasil, as estatísticas apontam um número alto de casos de violência doméstica contra a mulher. Dados do Panorama da Violência contra as Mulheres no Brasil de 2018 revelam que, em 2015, a Central de Atendimento à Mulher (Disque 100) registrou 749.024 atendimentos, 10% dos quais (76.651) relativos à violência doméstica contra a mulher. Em 2016, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde registrou 101.218 casos de violência física, 50.955, de violência psicológica, 27.059, de violência sexual, e 3.055, de violência patrimonial contra mulheres (Observatório da Mulher Contra a Violência, 2018).

A violência contra as mulheres, além de ser um problema social, cultural, político e de segurança, é um problema de saúde. A violência doméstica traz consequências negativas para a saúde física e psicológica das mulheres, de forma imediata ou em longo prazo. De acordo com Minayo (2006), a violência contra a mulher é uma questão de saúde pública, porquanto estimativas indicam que, no Brasil, pelo menos 35% dos problemas de saúde das usuárias dos serviços de saúde são devidos à violência sofrida.

A violência de gênero, a pobreza e a exclusão social são alguns dos determinantes sociais da saúde mental. A violência é um dos principais fatores de transtornos mentais em mulheres, principalmente o transtorno mental comum (TMC), cujos principais sintomas são insônia, fadiga, dificuldade de se concentrar, ansiedade, depressão e várias queixas somáticas (Leite et al, 2017). O conceito de TMC foi elaborado devido à alta prevalência de casos, considerado em escala mundial como um dos maiores problemas de saúde pública (Barros et al. 2016; Murcho, Pacheco & Jesus, 2016).

Algumas pesquisas indicam a associação de violência doméstica e Transtorno Mental Comum. Num estudo realizado com mulheres que sofreram diferentes tipos de violência, atendidas em um hospital de emergência, a avaliação através do SRQ-20 apontou que 77,3% das participantes apresentava provável morbidade psiquiátrica, principalmente, distúrbios psíquicos menores (Silva & Aquino, 2008). Barros et al. (2016) pesquisaram mulheres que sofreram violência por seus parceiros íntimos e

identificaram, através da aplicação do SRQ-20, que, na maioria, havia sinais de sofrimento psíquico e significativa sugestão para Transtorno Mental Comum (TMC).

Inicialmente a violência desnorteia a mulher, afeta-a psicologicamente, e ela tende a manifestar sintomas de depressão e ansiedade. Durante a situação de violência, como se sente sozinha e sem apoio, acaba se culpando pela violência que lhe é infligida e internaliza a ideia de que o autor da agressão está certo (Morais & Rodrigues, 2016). Nesse sentido, a psicóloga feminista Lenore Walker (1979) desenvolveu a teoria do ciclo de violência para explicar a dinâmica da violência nas relações conjugais e sobre as dificuldades encontradas pelas mulheres para romperem com essas relações violentas. Segundo Walker (1979), o ciclo de violência é constituído por três fases: a primeira, chamada construção da tensão, caracteriza-se pelos xingamentos, injúrias, humilhação, ameaças, insultos e provocações mútuas; a segunda fase, denominada de explosão da violência, descontrola e destruição, é na qual ocorrem as agressões físicas; a terceira fase, chamada de lua-de-mel, é marcada pelo arrependimento do indivíduo que comete a violência, e nela acontecem os pedidos de desculpas, afirmações de amor à companheira e promessas de que não haverá mais agressão.

Para tratar os sintomas, muitas mulheres em situação de violência tornam-se usuárias assíduas dos serviços de saúde. Em geral, são consideradas "poliqueixosas", por causa de suas queixas vagas e crônicas, porém os resultados dos exames realizados são normais. As manifestações clínicas podem ser físicas, psicossomáticas, mentais e sociais. As manifestações físicas são, comumente, inflamações, contusões, fraturas e hematomas causados por agressões ao seu corpo; as manifestações psicossomáticas são palpitações, perturbações digestivas, insônia, pesadelos, irritabilidade, falta de concentração, medo, culpa, sentimento de inferioridade e baixa autoestima; as mentais são ansiedade, fobia, estresse pós-traumático, crise de pânico, depressão, uso de álcool e de drogas e tentativas de suicídio; e a manifestação social de isolamento devido ao medo e à vergonha (Ministério da Saúde, 2001).

As agressões que os indivíduos sofrem afetam negativamente a qualidade de sua vida e sua capacidade de viver. Isso indica que é necessário fazer um delineamento epidemiológico dos problemas psiquiátricos e psicológicos decorrentes do enfrentamento dessas problemáticas. Os estudos sobre esse domínio auxiliam o processo de prevenção de doenças e promoção de saúde (Minayo & Souza, 1998).

Em decorrência da lacuna de pesquisas, no Brasil, existe uma carência de intervenções pautadas em evidências que poderiam qualificar as ações dos serviços públicos de saúde mental no tocante aos problemas de gênero (Barros et al., 2016; Habigzang, Damásio & Koller 2013; Souza et al., 2017). Além disso, o fato de a reforma psiquiátrica não dar visibilidade a questões de gênero, sobretudo, à violência contra a mulher, dificulta a elaboração de políticas públicas que abordem as especificidades do homem e da mulher na sociedade. Conseqüentemente, o sofrimento mental é relacionado a questões meramente biológicas e se deixam de lado as questões sociais (Medeiros & Zanello, 2018).

Na mesma linha das lacunas, verifica-se uma escassez de serviços especializados na saúde mental de mulheres em situação de violência no nordeste brasileiro. Nesse sentido, a presente pesquisa foi desenvolvida em um serviço especializado da assistência social que atende a mulheres que vivenciam contextos de violência no Estado da Paraíba.

Vale salientar que os estudos sobre a violência doméstica possibilitam vislumbrar um cenário mais amplo e, ao mesmo tempo, uma dimensão real do problema. Isso requer o planejamento de ações mais eficazes para o enfrentamento desse problema social (Apratto Júnior, 2010; Barros et al., 2016; Oliveira et al., 2019). As pesquisas contribuem para a sustentabilidade das políticas públicas de saúde, porque fundamentam, a partir dos conceitos, dos dados e dos resultados, a necessidade de criar essas políticas e de mantê-las (Travassos & Castro, 2014). Tendo em vista que a produção acadêmica que enfoca esse tema ainda é carente, sobretudo, sob a ótica da Psicologia,

esta pesquisa foi elaborada visando contribuir com o campo acadêmico e com o social, e teve como objetivo averiguar a presença de transtorno mental comum (TMC) em mulheres em situação de violência doméstica (VD).

### **Método**

Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento descritivo e recorte transversal.

### ***Participantes***

Participaram da pesquisa 30 mulheres adultas, sendo adotados os seguintes critérios de inclusão: estar passando por situação de violência doméstica, ter idade mínima de 18 anos, estarem sendo atendidas no Centro de Referência da Mulher e que aceitassem participar da pesquisa.

### ***Instrumentos***

Para realizar a pesquisa, foram utilizados um questionário sociodemográfico e o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). O primeiro continha perguntas sobre a idade, o estado civil, a escolaridade, o número de filhos, a relação com o autor da agressão, o tipo de violência sofrida, a situação da participante no mercado de trabalho, o uso dos serviços de saúde e o uso de medicação psicotrópica. O Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) é um instrumento de rastreamento psiquiátrico para averiguar a presença de transtornos mentais não psicóticos, que foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de desenvolver um método que pudesse ser aplicado em estudos de Saúde Mental sobre a atenção básica à saúde e que tivesse baixo custo e fosse fácil de ser usado, uma vez que seria aplicado, sobretudo, nos países em desenvolvimento (Gonçalves, Stein & Kapczinski, 2008).

A escala contém 20 itens dicotômicos cujas opções de resposta podem ser de 0 (zero), que mostra que o sintoma esteve ausente nos últimos 30 dias; ou 1 (um), que mostra a presença do sintoma nos últimos 30 dias. Na validação do SRQ-20 para o Brasil, os autores Mari e Willians (1986) propõem que, nas pesquisas aplicadas para mulheres, sejam utilizados escores acima ou iguais a oito como ponto de corte (Silva, 2017), critério que foi adotado nesta pesquisa (escore  $\geq$  8) para identificar a presença de transtorno mental comum (TMC). Os itens do SRQ-20 foram divididos em quatro grupos de sintomas com base na pesquisa realizada por Santos, Araújo e Oliveira (2009) e na de Santos e Monteiro (2018), que utilizaram essa distribuição dos sintomas em grupos em suas pesquisas com SRQ-20. Nesta pesquisa, os quatro grupos de sintomas foram: humor depressivo-ansioso (4 itens), sintomas somáticos (6 itens), decréscimo de energia vital (6 itens) e pensamentos depressivos (4 itens).

### *Procedimentos*

Inicialmente foi feito contato com a coordenação do serviço de atendimento a mulheres em situação de violência doméstica, para informar sobre a pesquisa e solicitar, por meio de uma carta de anuência, autorização para realizar a pesquisa com as usuárias do referido serviço. Depois de autorizada a solicitação, fez-se um levantamento com as técnicas do serviço a respeito das participantes que haviam procurado o atendimento inicial naquele período. Posteriormente, foi realizado o contato com essas usuárias, que deram seu consentimento e compareceram ao serviço, onde foram aplicados os instrumentos, numa sala reservada, em que só havia a pesquisadora e uma participante por vez, a fim de preservar-lhe o sigilo. Os instrumentos da pesquisa (questionário sócio demográfico e SRQ-20) foram aplicados somente pela pesquisadora. O SRQ-20 foi preenchido pelas próprias participantes, que eram orientadas pela pesquisadora, quando elas tinham alguma dúvida. Os instrumentos foram aplicados no período de setembro a novembro de 2019, em uma única etapa.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB e aprovada sob o número 3.557.438 (CAAE/18834619.0.0000.5187). Foram respeitados todos os procedimentos éticos em pesquisas com seres humanos preconizados pela Resolução 510/2016 referente à ética na pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Todas as participantes da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinar e confirmar a participação voluntária na pesquisa, com as devidas orientações sobre sua possível desistência de participar sem que isso acarretasse qualquer prejuízo ou problemas para elas.

Os dados coletados foram digitados no programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 18, e devidamente revisados. Para caracterizar as mulheres, foram calculadas as estatísticas descritivas e distribuídas as porcentagens.

## **Resultados**

O perfil sociodemográfico da amostra indicou que 63% das participantes tinham entre 30 e 50 anos de idade, cuja média foi de 35,93 anos; 56,7% eram casadas ou viviam em união estável; 43% cursaram o ensino médio completo; 53% declararam-se brancas, 60% possuíam de um a dois filhos; 70% recebiam renda inferior a um salário mínimo; 100% disseram ter sofrido violência psicológica e 90% sofreram violência por parte de homens com quem mantinham ou mantiveram um relacionamento amoroso (marido, companheiro, namorado, ex-marido, ex-companheiro e ex-namorado).

O estudo mostrou que 23 mulheres (76,7%) da amostra apresentaram sintomatologia sugestiva para transtorno mental comum. A média das afirmações positivas dos itens, ou seja, a média do escore na pesquisa foi de 12,80. A Tabela 1 demonstra que 21 das participantes (70%) sentiam medo com facilidade; 20 (66,7%) se sentiam infelizes; 17 (56,7%) afirmaram que choram com frequência; e 26 (86,7%) referiram que sentiam nervosismo, tensão e preocupação.



**Tabela 1**

Sintomas de humor depressivo ansioso (SRQ-20). (N=30).

Itens	Sim %	Não %
Você fica com medo com facilidade?	21 70,0	9 30,0
Sente-se infeliz?	20 66,7	10 33,3
Você chora mais que o comum?	17 56,7	13 43,3
Você se sente nervosa, tensa ou preocupada?	26 86,7	4 13,3

De acordo com a Tabela 2, 50% da amostra sentiram dores de cabeça com frequência, 60% apresentaram falta de apetite, 73,3 % dormiam mal, 60% sentiam tremores na mão, 46,7% sofreram de perturbação digestiva, e 66,7% tiveram sensações desagradáveis no estômago.

**Tabela 2**

Sintomas somáticos (SRQ-20). (N=30).

Itens	Sim %	Não %
Você tem dores de cabeça com frequência?	15 50,0	15 50,0
Tem falta de apetite?	18 60,0	12 40,0
Você dorme mal?	22 73,3	8 26,7
Suas mãos tremem?	18 60,0	12 40,0
Sua digestão não é boa ou sofre perturbação digestiva?	14 46,7	16 53,3
Você tem sensações desagradáveis no estômago?	20 66,7	10 33,3

Os sintomas de decréscimo de energia mental apontaram que 80% das mulheres não conseguiam pensar com clareza; 70% achavam difícil apreciar suas atividades diárias; 80% referiram dificuldade para tomar decisões; 56,7% apontaram dificuldade de fazer seu trabalho; e 76,7% sentiam cansaço o tempo todo (Ver Tabela 3).

**Tabela 3**

Sintomas de decréscimo de energia mental (SRQ-20). (N=30).

Itens	Sim %	Não %
Você não consegue pensar com clareza?	24 80,0	6 20,0
Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias?	21 70,0	9 30,0
Acha difícil tomar decisões?	24 80,0	6 20,0
Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer o seu trabalho?	17 56,7	13 43,3
Você se sente cansada o tempo todo?	23 76,7	7 23,3
Fica cansada com facilidade?	17 56,7	13 43,3

No tocante à prevalência de sintomas depressivos, 43,3% das participantes assinalaram que não eram capazes de desempenhar um papel útil na vida; 60% delas perderam o interesse pelas coisas; 46,7% achavam que não valem nada; e 70% já pensaram em se suicidar, conforme se observa na Tabela 4.

**Tabela 4**

Sintomas de pensamentos depressivos (SRQ-20). (N=30).

Itens	Sim %	Não %
Você não é capaz de ter um papel útil na vida?	13 43,3	17 56,7
Você perdeu o interesse nas coisas?	18 60,0	12 40,0
Acha que é uma pessoa que não vale nada?	14 46,7	16 53,3
O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?	21 70,0	9 30,0

Quando indagadas sobre se haviam procurado algum serviço de saúde para tratar alguns dos sintomas que mencionaram, 82% das participantes afirmaram que procuraram por serviços de saúde. Contudo, apenas 42% eram atendidas. As participantes mencionaram os serviços de saúde que utilizaram para tratar a saúde mental em decorrência da violência sofrida: 25% foram atendidas pela atenção primária (Programa de Saúde da Família); 25%, por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 25%,

por clínicas particulares; 12,5%, por entidade filantrópica; e 12,5%, por emergência psiquiátrica. A pesquisa também constatou que 63% das participantes não usavam medicação para tratar dos agravos à saúde mental e que 37% a usavam conforme prescrição médica.

## **Discussão**

A avaliação do SRQ-20 apontou que 76,7% das participantes apresentaram sintomatologia sugestiva para Transtorno Mental Comum (TMC). Os dados corroboram com outros estudos realizados com mulheres em situação de violência e que encontraram elevada prevalência de TMC nesse grupo em questão (Barros et al., 2016; Silva & Aquino, 2008). Observando-se na literatura outros estudos que investigaram a prevalência de TMC na população, identificou-se que a prevalência mostrou-se significativamente mais elevada em mulheres em situação de violência quando comparadas a mulheres em outros contextos. No estudo desenvolvido com mulheres do meio rural de Uberaba-MG, observou-se que 35,7% das mulheres apresentaram TMC (Parreira et al., 2019). Um estudo multicêntrico realizado com 15.105 pessoas de seis cidades brasileiras identificou prevalência de TMC em 33,8% das 8.218 mulheres participantes (Nunes et al., 2016).

Em 86,7% dos casos, os autores da violência doméstica eram maridos, companheiros, namorados e ex. Esse resultado corrobora os dados do Mapa da Violência de 2012, que indicou que, das mulheres vitimadas por violência atendidas pelo SUS, as com faixa etária entre 20 e 59 anos foram as que mais sofreram violência praticada por cônjuges (marido/companheiro), namorados e ex (Waiselfisz, 2011).

É pertinente destacar que o acompanhamento dos dados sobre a violência contra a mulher revela altos índices na região Nordeste. Pesquisas apontam que aproximadamente 3 em cada 10 mulheres (27,04%) nordestinas sofreram pelo menos um episódio de violência doméstica ao longo da vida (Campos, 2017). Ao passo que em

algumas regiões do Brasil tem sido observada uma redução do risco para homicídio em mulheres, nas regiões Norte e Nordeste não tem sido identificada redução dessas taxas. Os fatos chamam atenção para os efeitos da cultura patriarcal que encontra maior consistência nessas regiões e que corrobora com as assimetrias nas relações de gênero, em que se destaca a naturalização das agressões à mulher (Garcia, Freitas, Silva & Hofelmann, 2015; Souza et al., 2017).

A realidade da violência doméstica ainda não é totalmente conhecida. Em grande parte dos casos, a violência não é denunciada às autoridades, o que remete a inúmeros motivos. Dentre eles, destaca-se que as agressões física, psicológica e mesmo sexuais são cometidas comumente por um parceiro ou ex parceiro íntimo. O receio de como serão atendidas também faz com que um número considerável de mulheres não busque ajuda, porque temem ser criticadas e julgadas nos espaços de atendimento e se sentem responsáveis pelo fracasso da relação. Essas questões dificultam a denúncia e a tomada de atitude (Heilborn, Araújo & Barreto, 2010, Oliveira et al., 2019).

A maioria das participantes (60,86%) que tiveram o SRQ-20 positivo para TMC ainda conviviam com os autores da violência doméstica e as que tiveram o SRQ-20 negativo para TMC (71,42%) não conviviam mais com eles. O fato de continuarem vivendo com o autor da agressão se deve, entre outros aspectos, também à dependência financeira: 70% das participantes que tiveram o SRQ-20 positivo possuíam renda de menos de um salário mínimo. De acordo com dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2019), as mulheres cuja renda é de até um salário mínimo são as que sofrem mais agressões físicas, porque a renda per capita domiciliar delas é um dos fatores que as tornam mais vulneráveis à violência (Engel, 2019). Para alguns autores, a dependência financeira, a dependência emocional, a falta de apoio social, a preocupação com os filhos e a sensação de desamparo contribuem para que elas continuem com os autores da agressão (Balduino, Zandonadi & Oliveira, 2017; Oliveira et al., 2019).

Deve-se considerar também as questões de gênero atreladas à permanência da mulher no contexto de violência. A teoria do ciclo de violência permite entender que esse ciclo compreende uma dinâmica comum aos casais em situação de violência e sobre como a sua repetição tende a provocar um desgaste gradativo da relação, além disso, a fase lua-de-mel compreende um dos fatores que contribuem para a permanência da relação (Walker, 1979). Narvaz e Koller (2006) observaram que é importante para as mulheres manter a unidade familiar, numa tentativa de sustentar o modelo ideal de família com base no modelo de família nuclear e burguesa. As mulheres se sentem responsáveis por preservar o afeto entre o pai e os filhos, e muitas vezes evitam denunciar a pessoa que comete a agressão no intuito de manter a harmonia no seu meio familiar. Isso posto, pode-se verificar que o valor da família se sobressai ao valor do indivíduo (Oliveira et al., 2015; Santos & Moré, 2011).

Na pesquisa, foram encontrados, em algumas participantes, sintomas compatíveis com TEPT, que é uma resposta retardada a uma situação de elevado estresse, de natureza ameaçadora, que pode provocar grave perturbação emocional em um indivíduo (Souza, Vizzotto & Gomes, 2018). O TEPT é mais prevalente e durador em mulheres do que em homens, provavelmente porque elas se expõem bem mais a episódios traumáticos, como a violência sexual e a doméstica (Santos et al., 2018). Quando a ansiedade e o medo causados pela violência doméstica são frequentes, influenciam o desenvolvimento do TEPT e podem desencadear outros transtornos psicossociais (Dias, Canavez & Matos, 2018).

Em uma revisão integrativa realizada por Santos et al. (2018) sobre os tipos de transtornos mentais não psicóticos em mulheres em situação de violência doméstica, a partir do estudo de 19 artigos publicados em revistas internacionais, constatou-se que o transtorno mental mais comum é a depressão (73,7%), seguido do transtorno de estresse pós-traumático (52,6%). Também foram constatados outros transtornos mentais, como ansiedade, distúrbios do sono, estresse e ideação suicida. A revisão indicou que o

desenvolvimento desses transtornos pode estar relacionado ao fato de essas mulheres serem expostas continuamente à violência por seus parceiros ou ex parceiros íntimos.

Alguns sintomas mencionados pelas participantes indicaram a presença de sintomatologia de depressão. Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (1993), os principais sintomas para diagnóstico de depressão são: diminuição do humor, redução da energia e perda de interesse, redução da concentração, diminuição da autoestima e da autoconfiança, diminuição do apetite, distúrbios de sono e fadiga. Esta pesquisa corrobora um estudo realizado por Bittar e Kohlsdorf (2017) sobre o número elevado de participantes com sintomatologia compatível com depressão e ansiedade, pois, no estudo que essas autoras desenvolveram com mulheres em situação de violência doméstica, a aplicação dos Inventários de Beck de ansiedade e depressão revelou que todas as participantes estavam com depressão, a maioria acometida por depressão grave e com um nível severo de ansiedade. Em seus relatos, elas apresentaram “sentimentos de solidão, tristeza crônica, desamparo, irritação, descrenças, culpa, desânimo, indecisão, autocrítica, falta de concentração, passividade, déficit em habilidades sociais, insônia, perda de apetite e do interesse sexual” (Bittar & Kohlsdorf, 2017, p. 455).

A depressão provoca disfunções cognitivas, psicomotoras e humor depressivo. Pessoas com transtorno depressivo tendem a ter, com frequência, ideação suicida e podem tentar o suicídio (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, 1993). Setenta por cento das participantes (n=21) já pensaram em se suicidar. Segundo Trevisan (2010), o motivo que leva as mulheres a tentarem o suicídio não é o desejo de se destruir, mas de acabar com a realidade difícil em que vivem, causada, muitas vezes, pela condição de gênero que as deixa mais vulneráveis à violência doméstica e à sexual. Por isso acabam utilizando métodos que podem refletir como uma solução subjetiva para o sofrimento, devido ao sentimento de devastação decorrente da violência.

A presença significativa do pensamento suicida nas participantes desta pesquisa pode ser reforçada também a partir de uma análise das experiências de vida de mulheres idosas nordestinas, moradoras da zona rural, com ideação e tentativa de se suicidar em que os pesquisadores constataram que a maioria havia sofrido violência física, psicológica e sexual por parte do(s) companheiro(s) ou familiares ao longo da vida. Elas foram privadas de autonomia na velhice, isoladas socialmente e passaram a apresentar sintomas depressivos (Silva, Vieira, Caldas, Sousa & Minayo, 2018). A violência de gênero e a intrafamiliar contribuem para os casos de mortes autoinfligidas entre as mulheres, sobretudo, as idosas, principalmente quando existe a associação com a depressão e com os danos causados pela violência (Minayo, 2013).

A maioria das participantes da pesquisa apresentou queixas somáticas, como dores de cabeça frequentes, alteração do apetite, tremores nas mãos e perturbações digestivas. Como são as mulheres que mais utilizam os serviços de saúde, para tratar dessas queixas somáticas, percebe-se que há uma associação entre os TMC e elas, que buscam, especialmente, a Atenção Básica apresentando, muitas vezes, sintomas somáticos associados que acabam sendo o foco do tratamento, o que desvia a atenção do TMC. Quando, em alguns casos, constata-se que os sintomas somáticos surgem devido ao TMC, são prescritos psicofármacos desregradamente (Borges, Hegadoren & Miasso, 2015).

Muitas mulheres procuraram os serviços de saúde por causa dos agravos à saúde causados pela violência. Contudo, nesses espaços, os profissionais de saúde nem sempre identificam essas pacientes como vítimas de violência doméstica. Em muitos casos, elas não recebem o tratamento adequado porque as equipes de saúde têm dificuldade de detectar a violência doméstica, e isso inviabiliza o tratamento, que se limita aos cuidados com os sintomas físicos e, conseqüentemente, faz com que essas usuárias retornem frequentemente aos serviços de saúde. Assim, o sistema de saúde fica sobrecarregado e os gastos públicos com tratamento aumentam (Ribeiro & Coutinho, 2011). Por essa

razão, é importante identificar corretamente os casos de violência para executar intervenções específicas e precoces no campo da saúde mental. Essas intervenções devem ser feitas, sobretudo, na Atenção Primária.

A notificação feita pelos profissionais de saúde permite uma maior visibilidade ao problema e contribui potencialmente para traçar o perfil epidemiológico da violência doméstica. Talvez, por haver uma subnotificação dos casos de violência contra a mulher, haja uma escassez de serviços de saúde especializados para atender às mulheres em situação de violência doméstica nos municípios (Cruz & Irffi, 2019). A Lei Maria da Penha prevê que é dever do Estado garantir o atendimento especializado na saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), voltado para a preservação da integridade física e psicológica da mulher. Porém, falta nos serviços de saúde mental a integralidade nos atendimentos referentes ao adoecimento mental nas usuárias com histórico de violência. Pensar integralidade é ter uma visão holística no contato com o usuário do serviço de saúde, isto é, ter um olhar integral para as suas necessidades e desejos de cuidados (Silva, 2013). Além da falta de integralidade entre os serviços, muitas mulheres em situação de violência encontram dificuldade na acessibilidade aos serviços especializados de saúde mental.

Uma das intervenções importantes para o cuidado com a saúde mental de mulheres em situação de violência é a psicoterapia (individual ou em grupo) que, em muitos, casos deve ser conjunta com o tratamento médico. O acolhimento psicoterapêutico a mulheres cuja saúde mental foi prejudicada por causa da violência, principalmente a psicológica, é necessário para que elas se sintam empoderadas e capazes de ser agentes da própria realidade, consigam tomar decisões e interagir de forma mais saudável com seu meio. Isso também poderá ajudá-las a resgatar a autoestima e os desejos que, muitas vezes, são reprimidos durante o ciclo em que sofreram violência (Jesus & Lima, 2018).



No tratamento de pessoas que vivenciaram a violência, uma abordagem psicoterapêutica que tem tido sido recomendada por sua eficácia, dentre outras, é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), visto que dispõe de técnicas que trabalham com a ressignificação de traumas, redução de sintomas de ansiedade e depressão, assim como prevenção de futuras revitimizações (Petersen et al, 2019). A terapia grupal também é bastante recomendada, pois “a verbalização da vivência traumática e a identificação com outras mulheres auxiliam a progressiva integração de sentimentos, a elaboração e a ressignificação do trauma, permitindo que novos objetivos e perspectivas de vida sejam estabelecidos” (Silva & Vagostello, 2017, p.186).

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013), o atendimento psicológico de mulheres em situação de violência em serviços de atenção à mulher deve propiciar uma escuta atenta, comprometida com a singularidade da mulher e respeitar a sua individualidade. Nesses serviços, o atendimento da(o) psicóloga(o) deve ser pautado na abordagem psicossocial com ações de atendimento e, também, de proteção à mulher que considerem a dinâmica social na qual a mesma está inserida, propiciando condições para a superação da violência. Nos casos em que houver demanda de psicoterapia, é importante o encaminhamento para os serviços no campo da saúde mental, visto que esse trabalho é uma das atribuições previstas nas políticas públicas de saúde.

### **Considerações finais**

Na maioria das participantes (76,7%) desta pesquisa, foi constatada a presença de TMC. A pesquisa também indicou que os sintomas que elas assinalaram no SRQ-20 eram compatíveis com o transtorno de ansiedade e depressão e que grande parte delas tinha ideação suicida. Esses dados apontam que a violência doméstica pode afetar negativamente a saúde mental das mulheres e trazer prejuízos para elas, uma vez que as alterações emocionais e comportamentais associadas às vivências de violência as

impedem, muitas vezes, de tomar decisões, de se sentirem úteis e de trabalhar. Enfim, afetam a qualidade de sua vida de diferentes maneiras e com intensidade.

A pesquisa teve uma amostra pequena, abaixo do esperado, uma vez que o recrutamento das participantes aconteceu mediante a busca espontânea das mulheres em situação de violência pelo serviço e no período destinado à coleta dos dados a procura de mulheres pelo serviço foi baixa. Ademais, algumas mulheres que buscaram o serviço encontravam-se bastante fragilizadas diante do contexto de violência no qual estavam inseridas, e, portanto, não apresentaram condições emocionais e psicológicas para participar do presente estudo. Embora tenha havido essa limitação no número de participantes, foi possível obter dados suficientes para realizar a pesquisa.

O recorte transversal adotado nesta pesquisa limitou o levantamento de inferências sobre o fenômeno estudado, e o tamanho da amostra restringiu o desenvolvimento e o alcance das análises realizadas. A utilização do SRQ-20 se deu pelo fato de este ser um instrumento devidamente validado e indicado para o rastreio de TMC. Foram também considerados pontos de corte específicos para o grupo de mulheres que vivenciam contextos de violência, conforme discutido na literatura corrente sobre o tema. Porém, é necessário ressaltar que o alcance das respostas dessa escala é limitado em se tratando da complexidade do tema. A realidade das mulheres que vivenciam contextos de violência apresenta muitos determinantes que carecem de um maior aprofundamento. Portanto, os sinais e sintomas que podem caracterizar o TMC são apenas indicativos de agravos à saúde mental das mulheres participantes dessa pesquisa e fazem parte de um rastreio que merece ser avaliado de forma continuada e contextualizada e receber intervenções psicossociais resolutivas.

Nesse sentido, esta pesquisa apresenta a dimensão e a gravidade das sequelas da violência doméstica para a saúde das mulheres e para toda a sociedade, pois pode servir de base para formular políticas públicas, principalmente locais, que possibilitem que as mulheres que sofreram violência, como sujeitos de direitos, tenham suas

demandas ouvidas e suas necessidades de saúde asseguradas, sobretudo, em relação às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, e nos casos em que houver agravos à saúde mental, sejam ofertados tratamentos para que elas possam cuidar da saúde.

A continuidade dos estudos locais sobre o tema aqui abordado se faz essencial, de modo que sejam desenvolvidos pelos diferentes atores que atuam e pesquisam sobre a saúde mental no âmbito dos diferentes serviços para os quais as mulheres em situação de violência doméstica são encaminhadas e atendidas cotidianamente. Além de promover o rastreio dos indicativos de saúde mental, faz-se relevante a realização de estudos com abordagem qualitativa que aprofundem os aspectos pertinentes à saúde mental das mulheres, no tocante aos fatores de risco, aos mecanismos de proteção e às estratégias de enfrentamento característicos aos sujeitos que vivenciam contextos de violência doméstica.

## Referências

- Apratto Júnior, P. C. (2010). The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói (RJ, Brazil). *Ciência & saúde coletiva*, 15(6), 2983-2995. doi: 10.1590/S1413-81232010000600037
- Balduino, R. C. P., Zandonadi, A. C., & de Oliveira, E. S. (2017). Violência doméstica: fatores implícitos na permanência em situação de sofrimento. *Revista Farol*, 3(3), 111-125. Retirado de: <http://revistafarol.com.br/index.php/farol/article/view/39>
- Barros, É. N. D., 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 & Saúde Coletiva*, 21, 591-598. doi: 10.1590/1413-81232015212.10672015
- Bittar, D., & Kohlsdorf, M. (2017). Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. *Psicologia Argumento*, 31(74), 447-456. doi: 10.7213/psicol.argum.31.074.DS08
- Borges, T. L., Hegadoren, K. M., & Miasso, A. I. (2015). Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(3), 195-201. Retirado de: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n3/195-201/>

- Campos, C. H. (2017). Lei Maria da Penha: necessidade um novo giro paradigmático. *Revista Brasileira de Segurança Pública*, 11(1):10-22. Retirado de: <http://www.revista.forumseguranca.org.br/index.php/rbsp/article/view/778>
- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (1993). Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Organização Mundial de Saúde (Org.). Porto Alegre: Artmed.
- Conselho Federal de Psicologia-CFP (2013). Referências Técnicas Para Atuação de Psicólogas (os) Em Serviços De Atenção à Mulher em Situação de Violência. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP. Retirado de: <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-os-em-programas-de-atencao-a-mulher-em-situacao-de-violencia/>
- Cruz, M. S., & Irffi, G. (2019). Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde? *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2531-2542. doi: 10.1590/1413-81232018247.23162017
- Dias, S. A. S., Canavez, L. S., & de Matos, E. S. (2018). Transtorno de estresse pós-traumático em mulheres vítimas de violência doméstica: Prejuízos cognitivos e formas de tratamento. *Revista Valore*, 3(2), 597-622. doi: [10.22408/reva322018114597-622](https://doi.org/10.22408/reva322018114597-622)
- Engel, C. L. (2019). *A violência contra a mulher*. Brasília: IPEA–Instituto de economia aplicada.
- Garcia L. P., Freitas, L. R. S., Silva, G. D. M., & Hofelmann, D. A. (2015). Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. *Revista Panamericana de Saúde Pública* 37(4/5):251-257. Retirado de: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015000400010](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000400010)
- Garcia, L. P. (2016). A magnitude invisível da violência contra a mulher. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(3), 451-454. doi: 10.5123/S1679-49742016000300001
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 380-390. doi: 10.1590/S0102-311X2008000200017
- Habigzang, L. F., Damásio, B. F., & Koller, S. H. (2013). Impact evaluation of a cognitive behavioral group therapy model in Brazilian sexually abused girls. *Journal of child sexual abuse*, 22(2), 173-190. doi: 10.1080/10538712.2013.737445
- Heilborn, M. L.; Araujo, L. & Barreto, A. (2010). *Gestão Pública em Gênero e Raça*. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília. Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres.
- Jesus, G. B., & Lima, T. C. (2018). Mulher vítima de violência psicológica: contribuições clínicas da terapia cognitivo-comportamental. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 7(1), 114-119. doi: 10.17267/2317-3394rps.v7i1.1640
- Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006). Retirado de: <http://www.planalto.gov.br>

- Leite, J. F., Dimenstein, M., Dantas, C. B., Silva, E. L., Sales Macedo, J. P., & de Sousa, A. P. (2017). Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(2), 301-316. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4768
- Mari, J. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *The British Journal of Psychiatry*, 148(1), 23-26. doi: 10.1192/bjp.148.1.23
- Medeiros, M. P., & Zanello, V. (2018). Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(1), 384-403. doi: [10.12957/epp.2018.38128](https://doi.org/10.12957/epp.2018.38128)
- Minayo, M. C. D. S. (1998). Violência e saúde como campo interdisciplinar e ação coletiva: história, ciência e saúde. *Rio de Janeiro (RJ): Abrasco*.
- Minayo, M. C. D. S. (2006). *Violência e saúde*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Minayo, M. C. D. S., & Cavalcante, F. G. (2013). Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(12), 2405-2415. doi: 10.1590/0102-311X00048013
- Murcho, N., Pacheco, E., & Jesus, S. N. D. (2016). Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, (15), 30-36. doi: 10.19131/rpesm.0129
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2006). A concepção de família de uma mulher-mãe de vítimas de incesto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 395-406. doi: 10.1590/S0102-79722006000300008
- Nunes, M. A., Pinheiro, A. P., Bessel, M., Brunoni, A. R., Kemp, A. H. et al. (2016). Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Brazilian Journal of Psychiatry*, 38(2), 91-97. doi: [10.1590/1516-4446-2015-1714](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1714)
- Observatório da Mulher Contra a Violência (2016). Panorama da violência contra as mulheres no Brasil [recurso eletrônico]: indicadores nacionais e estaduais. Brasília: Senado Federal, Retirado de: <http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR>
- Oliveira, B. M., Lucena, K. D. T., Gomes, R. G. S., Coêlho, H. F. C., Vianna, R. P. T., Meira, R. M. B. (2019). Spatial distribution of domestic violence against women. *Journal of Human Growth and Development*, 29(1):102-109. doi:10.7322/jhgd.152305.
- Oliveira, P. P., Viegas, S. M. F., Santos, W. J., Silveira, E. A. A., & Elias, S. C. (2015). Women victims of domestic violence: a phenomenological approach. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(1), 196-203. doi: [10.1590/0104-07072015002900013](https://doi.org/10.1590/0104-07072015002900013)

- Organização Pan-Americana de Saúde OPAS/OMS (2018). Retirado de: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=8222](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=8222)
- Parreira, B. D. M., Goulart, B. F., Haas, V. J., Silva, S. R., Santos Monteiro, J. C., & Gomes-Sponholz, F. A. (2017). Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03225. doi: 10.1590/s1980-220x2016033103225
- Petersen, M. G. F., Zamora, J. C., Fermann, I. L., Crestani, P. L., & Habigzang, L. F. (2019). Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: revisão sistemática. *Psicologia Clínica*, 31(1), 145-165. doi: 10.33208/PC1980-5438v0031n01A07
- Ribeiro, C. G., & Coutinho, M. D. P. L. (2011). Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(4), 52-59.
- Santos, A. C. W., & Moré, C. L. O. O. (2011). Impacto da violência no sistema familiar de mulheres vítimas de agressão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 220-235. doi: 10.1590/S1414-98932011000200003
- Santos, A. F. G., Silva, E. R., Xavier, E. E. F. S., Tangerino, L. V. C., Borges, S. C. et al. (2018). A violência como precursora do transtorno de estresse pós-traumático e o impacto na saúde da mulher. *III CIPEEX, Congresso Internacional de Pesquisa, Ensino e Extensão*.
- Santos, A. G. D., & Monteiro, C. F. D. S. (2018). Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3099. doi: 10.1590/1518-8345.2740.3099
- Santos, K. O. B., Araújo, T. M. D., & Oliveira, N. F. D. (2009). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 214-222. doi: 10.1590/S0102-311X2009000100023
- Silva, E. P., & Vagostello, L. (2017). Intervenção psicológica em vítimas de estupro na cidade de São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(3), 183-198. Retirado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v69n3/13.pdf>
- Silva, I. V., & Aquino, E. M. (2008). Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência. *Cad. Saúde Pública*, 24(9): 2103-2114. doi: 10.1590/S0102-311X2008000900016
- Silva, J. T. D. (2017). *Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em mulheres do Estado de Alagoas*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.
- Silva, R. M., Vieira, L. J. E. S., Caldas, J. M. P., Sousa, G. Silva, & Minayo, M. C. S. (2018). Ideação e tentativa de suicídio de mulheres idosas no nordeste do Brasil.

- Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(supl 2.), 755-762. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0413
- Silva, S. F. (2013). Requisitos básicos de implantação de redes de atenção à saúde. In S. F. Silva (Org.). *Redes de atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS* (pp. 91-101). Campinas: Saberes Editora.
- Souza, C. M. D., Vizzotto, M. M., & Gomes, M. B. (2018). Relação entre violência familiar e transtorno de estresse pós-traumático. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(2), 222-233. doi: 10.15309/18psd190205
- Souza, E. R., Meira, K. C., Ribeiro, A. P., Santos, J., Guimarães, R. M. et al. (2017). Homicídios de mulheres nas distintas regiões brasileiras nos últimos 35 anos: análise do efeito da idade-período e coorte de nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 2949-2962. doi: 10.1590/1413-81232017229.12392017
- Teles, M. A. A., & de Melo, M. (2017). *O que é violência contra a mulher*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Travassos, C., & Castro, M. S. M. D. (2014). Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (Eds.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 183-206). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Trevisan, E. P. T. (2010). *Vulnerabilidade de mulheres que tentaram suicídio com medicamentos psicoativos*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.
- Waiselfisz, J. J. (2011). *Os novos padrões da violência homicida no Brasil*. São Paulo: Instituto Sangari. Retirado de: [http://www.mapadaviolencia.net.br/pdf2012/mapa2012\\_web.pdf](http://www.mapadaviolencia.net.br/pdf2012/mapa2012_web.pdf)
- Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper & Row.

Submetido em: 14.04.2020

Aceito em: 09.07.2020