

Transtorno de Estresse Pós-Traumático em mulheres vítimas de violência doméstica: um estudo piloto¹

Desirée da Cruz Cassado²

Alex Eduardo Gallo³

Lúcia Cavalcanti de Albuquerque⁴

Universidade Federal de São Carlos

Resumo: O presente estudo piloto teve como objetivo avaliar a ocorrência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. Foram entrevistadas cinco mulheres adultas que sofriam agressões por parte do marido/companheiro por um período mínimo de seis meses. O levantamento dos dados foi realizado por meio de entrevista referente aos dados pessoais da participante e aplicação dos seguintes instrumentos: Escala de Táticas de Conflito – versão simplificada; Inventário de Depressão de Beck (BDI); e um instrumento para diagnóstico de TEPT, desenvolvido especialmente para o estudo, com base no DSM-IV. Os resultados encontrados constataram que três dentre cinco mulheres apresentavam sintomas de TEPT. Observou-se, ainda, alto grau de comorbidade entre o TEPT e Depressão Maior, ambos relacionados diretamente à intensidade, frequência e tempo de exposição às agressões.

Palavras-Chave: violência doméstica, trauma, Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

¹ O presente trabalho constituiu parte da Monografia de Conclusão do Curso de Graduação em Psicologia na Universidade Federal de São Carlos, por parte da primeira autora, em 2004.

¹ Utilizou-se a seguinte base de dados até 2003: PROBE, SciELO, CAPES, LILACS, MEDline e PROSSIGA.

² Psicóloga formada pela Universidade Federal de São Carlos. E-mail: desireecassado@hotmail.com

³ Psicólogo formado pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Mestre em Educação Especial pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Especial (PPGEES) da UFSCar. Doutorando do PPGEES da UFSCar, bolsista do CNPq. E-mail: aedgallo@yahoo.com.br

⁴ Psicóloga formada pela PUCSP. Mestre em Psicologia pela Universidade de Manitoba, Canadá, Doutora em Psicologia pela USP/SP. Professor do Departamento de Psicologia e do PPGEES da UFSCar. Coordenadora do LAPREV (Laboratório de Análise e Prevenção da Violência) da UFSCar. E-mail: williams@power.ufscar.br

Introdução

A violência pode ser caracterizada como toda iniciativa que procura exercer coação sobre a liberdade de alguém, que tenta impedir-lhe a liberdade de reflexão, de julgamento, de decisão e que termina por rebaixar alguém a meio ou instrumento num projeto que o absorve e engloba, sem tratá-lo como parceiro livre e igual (AZEVEDO, 1985).

Chauí (1985) define violência não como violação ou transgressão de normas, regras e leis, mas sob dois outros ângulos:

Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, de exploração e opressão. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência (CHAUÍ, 1985, p. 35).

A violência contra a mulher no ambiente intrafamiliar é uma forma específica e muito comum de violência interpessoal. Em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso durante a vida por um agressor que é membro de sua própria família (DAY, TELLES, & ZORATTO, 2003).

Durante as três últimas décadas, a consciência pública sobre a violência doméstica tem aumentado significativamente, tornando-a uma importante questão de saúde pública (ERNEST, NICK, WEISS, HOURY & MILLS, 1997). Estudos acadêmicos como os de Saffioti (1997) vêm demonstrando, com fortes evidências empíricas, de que a casa, diferentemente da representação social e política dado ao núcleo familiar, é um espaço de conflitos, tensões e negociações cotidianas. Dados estatísticos afirmam ser o próprio lar o lugar mais perigoso para as mulheres. Dentre as mulheres que já sofreram algum tipo de agressão, 65.8% afirmam tê-la sofrido dentro de seu ambiente familiar (SAFFIOTI, 1997).

Williams (2001) cita as afirmações de Meichenbaum (1994) de que em 1989 o *Worldwatch Institute* declarou ser a violência contra a mulher o crime mais freqüente do mundo, afetando igualmente populações de grandes diferenças étnico-culturais, assim como países em processos diversos de desenvolvimento. Dados americanos confirmam ser essa a maior causa isolada de ferimentos em mulheres: há mais internações hospitalares causadas por maus tratos e violência doméstica em geral do que por estupros por desconhecidos, assaltos e acidentes de trânsito juntos (GRANT, 1995).

Saffioti (1997) destaca que há diferentes modalidades de violência praticada contra a mulher, sendo que as agressões podem ser físicas, psicológicas (incluindo-se a destruição de propriedade) e/ou sexuais. A violência física é a forma de agressão mais fácil de ser identificada, por deixar seqüelas, muitas vezes visíveis, de lesões. Esse dano físico pode ir desde a imposição de uma leve dor, passando por um tapa, até um assassinato, e são causados por beliscões, tapas, mordidas, uso de objetos para ferir a

vítima (como barras de madeira, de ferro, cintos, etc.), armas brancas (facas, estiletes, machados, etc.) e armas de fogo (revólveres) (SAFFIOTI, 1997).

Transtorno de Estresse Pós-Traumático

É característico ao Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) o desenvolvimento de uma constelação de sintomas após a exposição a um estressor traumático extremo (FIGUEIRA & MENDLOWICZ, 2003). Segundo o DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1995), são considerados eventos traumáticos aqueles vivenciados diretamente, como combate militar, agressão pessoal violenta (ataque sexual, ataque físico, assalto à mão armada, roubo), seqüestro, ser tomado como refém, ataque terrorista, tortura, encarceramento, desastres naturais ou causados pelo homem, acidentes automobilísticos ou receber o diagnóstico de uma doença grave. Adicionalmente considera-se, ainda, os eventos testemunhados: observar sérios ferimentos ou morte não-natural de uma outra pessoa devido a ataque violento; acidente; guerra ou desastre; e eventos dos quais o indivíduo toma conhecimento (ataque pessoal violento; conhecimento da morte súbita ou inesperada, acidente ou ferimentos graves sofridos por um membro da família ou amigo íntimo; ou mesmo conhecimento de uma doença com risco de morte em um dos filhos). Para crianças, os eventos traumáticos podem incluir experiências sexuais inadequadas em termos do desenvolvimento, sem necessariamente haver violência ou danos físicos reais ou ameaçadores (*American Psychiatric Association*, 1995).

Segundo Figueira e Mendlowicz (2003), o conceito de evento traumático tem sido constantemente revisto. Para os autores, desde a oficialização do diagnóstico em 1980, houve uma expansão da amplitude do conceito e, conseqüentemente, o aumento da prevalência estimada de TEPT. Tais autores afirmam que, inicialmente, os eventos traumáticos eram classificados no DSM-III como raros, externos e catastróficos, diferenciados das experiências comuns de luto, doença crônica, perdas comerciais e conflitos matrimoniais. Entretanto, Figueira e Mendlowicz (2003) afirmam que as pesquisas subseqüentes demonstraram não serem tais eventos raros - estudos epidemiológicos revelaram que 40% a 90% da população americana já foi exposta a um evento traumático. Ainda, assim, a maioria dos indivíduos expostos não desenvolvem TEPT e estudos recentes têm defendido o ponto de vista de que a capacidade de resiliência a trauma, por parte do ser humano, não deve ser subestimada (BONANNO, 2004).

Para o diagnóstico de TEPT, segundo o DSM-IV, os sintomas devem persistir por quatro semanas após a ocorrência do trauma e comprometerem significativamente o funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo. Tais sintomas subdividem-se em re-experiência do trauma, esquiva/entorpecimento emocional e hiperestimulação autônoma. As características diagnósticas do Transtorno apresentadas no DSM-IV listam os seguintes critérios (*American Psychiatric Association*, 1995):

- a) Exposição a um evento traumático caracterizado basicamente pela ameaça de e/ou real dano à integridade física de si e/ou de outros,

sendo que a resposta emocional à esse evento envolve medo intenso, desamparo ou horror;

- b) Há experiência contínua do evento (revivência) através de pesadelos, lembranças, ilusões e alucinações, angústia emocional intensa diante da exposição a elementos evocativos do trauma. Vivência de estresse emocional e fisiológico intensos diante da exposição interna ou externa de elementos que simbolizam ou assemelham-se a algum aspecto do evento traumático;
- c) Entorpecimento e evitação persistente de estímulos associados ao trauma perceptíveis através da evitação dos pensamentos, lembranças e conversas associados a este, assim como lugares, atividades e pessoas; Inabilidade de lembrar-se do evento (amnésia psicogênica), de participar de atividades significantes e sensação de desligamento em relação a outros (restrição de afeto), falta de expectativas em relação à família, à carreira, aos filhos etc.;
- d) Excitação aumentada e sintomas relacionados com distúrbios de sono, irritabilidade, dificuldade de concentrar-se, hipervigilância e reação de susto exagerada (*American Psychiatric Association*, 1995, pp. 404-408).

Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Violência Doméstica

Episódios recorrentes de violência doméstica são considerados por psicólogos e outros profissionais da saúde como eventos traumáticos, caracterizados pela exposição contínua e prolongada a eventos de alto impacto emocional, pouco previsíveis e/ou controláveis, reconhecidos por serem variáveis, múltiplos, crônicos e de longa duração (MEICHENBAUM, 1994). O mesmo autor afirma que mulheres vitimizadas por seus companheiros apresentam altos níveis de depressão, ideação e tentativas suicidas, abuso de substâncias e, mais especificamente, sintomas de TEPT, como entorpecimento, ansiedade crônica, desamparo, baixa auto-estima, distúrbios de sono e/ou alimentação, entre outros (MEICHENBAUM, 1994).

Em sua revisão sobre TEPT em vítimas de violência doméstica, Meichenbaum (1994) afirma que tais mulheres são vítimas de constante sensação de perigo; tornam-se em geral, mais dependentes e sugestionáveis, dificultando grandemente a tomada de decisões e, em consequência da situação de desamparo em que vivem, apresentam grande sentimento de culpa e dificuldade de fazer planos para o futuro em relação à família, aos filhos, à carreira, etc.

No trabalho de Houskamp e Foy (1991), a prevalência de TEPT em mulheres vítimas de violência conjugal, nos Estados Unidos, foi avaliado por meio de um questionário de sintomas e entrevista semi-estruturada baseados nos sintomas assinalados no DSM-III-R. Em geral, os resultados afirmaram ser de 45% a prevalência do transtorno nas participantes envolvidas em relacionamento amoroso agressivo. As participantes foram divididas em dois grupos de acordo com a intensidade de exposição aos traumas (agressões em geral e ameaças graves à integridade física), sendo que

identificou-se uma importante correlação entre a intensidade e frequência dos eventos traumáticos e o aparecimento dos sintomas do TEPT. Das participantes do grupo de baixa exposição a traumas, 14% apresentaram sintomas de TEPT; e no grupo de alto nível de exposição, 60% das participantes foram diagnosticadas com TEPT (HOUSKAMP, & FOY, 1991).

Câmara Filho e Sougey (2001), em um dos poucos estudos sistemáticos publicados no Brasil sobre TEPT, abordaram a conceitualização e o diagnóstico do distúrbio, assim como a prevalência de transtornos co-mórbidos. Para tais autores, cerca de 80% dos diagnósticos de TEPT apresentam comorbidades como Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno Depressivo Maior. Os autores questionam a imprecisão descritiva dos critérios diagnósticos que permitiriam a sobreposição de sintomas de outros transtornos.

Na revisão da literatura aqui feita não foram encontrados estudos sobre prevalência de TEPT em mulheres brasileiras vítimas de violência doméstica⁵. Nesse sentido, forma-se uma lacuna entre o conhecimento científico e a demanda clínica. Pesquisas na área são de extrema necessidade no intuito de ampliar o conhecimento apropriado das consequências de tais traumas, proporcionando condições para a elaboração de intervenções psicológicas eficazes no atendimento a vítimas da violência intra-familiar.

Objetivo

Esse estudo teve, como objetivo geral, levantar dados empíricos sobre a ocorrência do Transtorno do Estresse Pós-Traumático em mulheres vítimas de agressões físicas por parte de seus maridos/companheiros. Paralelamente, pretendeu-se colher dados sobre comorbidades, como a Depressão, a fim de relacioná-la à ocorrência de TEPT. Mais especificamente, realizou-se um estudo piloto acerca da ocorrência de TEPT em mulheres agredidas por seus parceiros, elaborando e adaptando um possível instrumento útil na avaliação/diagnóstico de TEPT em tal população.

Método

Participantes

Participaram do estudo cinco mulheres, maiores de 18 anos, que prestaram queixa de violência física na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) da cidade de São Carlos/SP, infringida por seus maridos/companheiros. Enquadraram-se nos pré-requisitos mulheres que possuíam um histórico de violência psicológica e física por, no mínimo, seis meses. As participantes tinham respectivamente 21 anos (Participante 4-P4), 24 (P5), 29 (P2), 48 (P3) e 55 (P1); a escolaridade que incluiu o Ensino Fundamental incompleto (P1, 4ª série; P4, 7ª série), Ensino Fundamental completo (P2),

Ensino Médio Completo (P3), sendo que P5 ainda estudava (cursava supletivo de 2º Grau); as profissões incluíram: duas participantes assalariadas (P2, diarista; P5 vendedora), uma desempregada (P4), uma aposentada por invalidez (P1) e uma mulher trabalhava exclusivamente no lar (P3). O tempo de relacionamento do casal variou de um ano e seis meses (P5) a 31 anos (P3), sendo que para P2 foi equivalente a cinco anos, seis anos para P4 e 28 anos para P1. Finalmente, o tempo de ocorrência da agressão foi de um ano (P5) a quatro (P4), sendo que as demais participantes tinham, respectivamente, um ano e seis meses (P2), dois anos (P3) e três anos (P1).

Instrumentos de coleta de dados

Foi realizada, primeiramente, a “Entrevista Inicial com Vítimas de Violência doméstica” (WILLIAMS, 2001), que consistia em perguntas gerais sobre a vítima, como estado civil, ocupação e número de filhos. Em seguida, foram aplicados três instrumentos para verificar os índices de depressão, a gravidade/freqüência dos episódios de agressão, e possível diagnóstico para o TEPT:

- Escala de Táticas de Conflitos (CTS) – versão simplificada (STRAUS, HAMBY, BONEY-MCCOY, & SUGARMAN, 1996 - tradução e adaptação realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 1999). A escala adaptada tem como objetivo analisar os tipos de violência existentes na família. Tal instrumento inclui nove questões que medem a freqüência e a gravidade/forma das agressões sofridas nos últimos seis meses e que atendem ao Critério A dos critérios diagnósticos do DSM-IV.
- Inventário de Depressão (BDI) – (BECK, RUSH, SHAW e EMERY, 1979). Escala com 21 itens utilizada para avaliar os sintomas físicos e cognitivos da depressão e a intensidade dos mesmos. Foi utilizada neste estudo com o objetivo de investigar a incidência do Transtorno Depressivo Maior nas participantes, pois existem dados que indicam ser alta a freqüência desse transtorno em mulheres agredidas por seus parceiros (MEICHENBAUM, 1994). Tais dados foram correlacionados com a presença ou não de sintomas de TEPT com o objetivo de identificar comorbidades.
- Instrumento para o diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático - Questionário com 19 questões, elaborado especificamente para o estudo, pretendendo abranger os sintomas referentes aos critérios diagnósticos de TEPT reunidos no DSM-IV. Os itens reunidos nos critérios diagnósticos para TEPT foram transformados em 19 afirmações para as quais havia duas alternativas de respostas: "sim" ou "não" (O Anexo 1 apresenta cópia do instrumento). O questionário foi analisado por juízes quanto ao conteúdo e pertinência dos itens (quanto à concordância dos itens ao atributo que pretendiam medir), bem como à análise semântica (quanto à compreensão dos itens do instrumento pela população-alvo). A elaboração do instrumento tornou-se necessária pela ausência de instrumentos para o diagnóstico do distúrbio em vítimas de violência doméstica no Brasil. Vale ressaltar que outros instrumentos foram consultados para a elaboração deste, dentre eles destacam-se: *Escala de Impacto de Eventos* (“IES”), (HOROWITZ, 1986) – uma escala que visa identificar a presença dos principais sintomas de

ansiedade pós-traumática revivências, hiperexcitação e esquiva/entorpecimento; *Sintomas de Estresse Pós-Traumático em Crianças*, (ROSSMAN & HO, 2000) - questionário que visa avaliar a presença dos sintomas associados aos critérios B, C e D do DSM-IV (pensamentos intrusivos/re-experiências, evitação e hiper-excitação) em crianças.

Procedimento

As participantes foram identificadas após terem prestado queixa na Delegacia de Defesa da Mulher de São Carlos. A abordagem das mesmas foi feita sob a autorização, por escrito, da Delegada responsável, no momento de prestação da queixa, ou por meio dos estagiários do serviço de psicologia do Laboratório de Análise e Prevenção à Violência da Universidade Federal de São Carlos (WILLIAMS, 2001).

As mulheres que se encaixaram nos pré-requisitos necessários foram convidadas a participar da entrevista na própria delegacia, se possível logo após ser prestada a queixa ou em horário marcado com a entrevistadora. Foi realizado um único encontro com cada participante, com duração média de uma hora e 20 minutos, realizado na sala reservada ao serviço de Psicologia, com exceção de uma das participantes, em que a entrevista foi realizada na residência da mesma. A coleta de dados foi feita mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de São Carlos.

A sessão teve a seguinte ordem: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Entrevista Inicial com Vítimas de Violência Doméstica, Escala de Táticas de Conflitos, Inventário Beck de Depressão e o Instrumento para o Diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático. As participantes ficavam livres para interromper o pesquisador caso houvesse dúvidas ou desistência.

Resultados e Discussão

A Tabela 1, a seguir, apresenta uma síntese dos principais resultados do estudo piloto.

Participantes	BDI	CTS	TEPT
P. 1	Depressão Moderada	77,3	SIM
P. 2	Depressão Ausente/mínima	48,8	NÃO
P. 3	Depressão Moderada	57,7	SIM
P. 4	Depressão moderada-profunda	71,1	SIM
P. 5	Depressão Ausente/mínima	42,2	NÃO

Tabela 1 - Classificação dos sintomas no Inventário Beck de Depressão; porcentagem de pontos atingidos na Escala de Táticas de Conflito e o diagnóstico aferido para o TEPT.

Quanto ao desempenho no Inventário Beck de Depressão (BDI), as participantes 2 e 5 não apresentaram sintomas de depressão, enquanto as 1, 3 e 4 apresentaram sintomas de depressão moderada e moderada-profunda (participante 4). Tais resultados estão de acordo com Meichenbaum (1994), que afirma serem altos os níveis de depressão apresentados por mulheres vitimizadas por seus companheiros.

Em relação à Escala de Táticas de Conflitos, as respostas das participantes para cada item referente à frequência e intensidade das agressões foram somadas, sendo calculadas as porcentagens. Todas relataram ter sofrido agressões físicas e psicológicas. No entanto, as de número 1 e 4 relataram ter sofrido episódios de agressão com maior frequência e intensidade do que as demais, sendo que em seguida encontravam-se P3, P2 e P5.

Quanto ao diagnóstico de TEPT, observou-se uma possível relação entre a intensidade e frequência dos eventos traumáticos e o aparecimento dos sintomas do TEPT quanto maior fosse a pontuação na escala de táticas de conflito. Ou seja, quanto mais intensa e frequente for a exposição a eventos traumáticos, maior a probabilidade do desenvolvimento dos sintomas de TEPT e Depressão Maior, assim como o aumento relativo da intensidade dos mesmos.

Conclusões

Os resultados obtidos nesse estudo piloto apontam, de forma geral, para a alta ocorrência de TEPT e comorbidade - como Depressão - nas mulheres vítimas de violência doméstica entrevistadas. Pode-se ainda constatar uma relação direta entre a frequência e intensidade das agressões sofridas e a intensidade dos sintomas de Depressão apresentados e o diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Os resultados desse estudo piloto parecem apoiar os dados encontrados por Houskamp e Foy (1991), sugerindo alta prevalência de TEPT em mulheres envolvidas em relacionamento amoroso agressivo. Seria pertinente uma coleta de dados em larga escala para averiguar a generalidade dos resultados aqui apresentados. Se confirmados os dados do presente estudo, profissionais da área de saúde deverão incorporar rotineiramente em suas avaliações a ocorrência de TEPT em mulheres vítimas de violência doméstica.

CASSADO, D. da C.; GALLO, A. E.; WILLIAMS, L. C. de A. Post-Traumatic Stress Disorder in women victims of domestic violence: a pilot study. *Revista de Psicologia da UNESP*, n 2, p. 101-110, 2003.

Abstract: *This pilot study attempted to measure the incidence of PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) and Depression in women victims of domestic violence. Five adult women victims of aggressions by their husband/partner for at least six months, were interviewed. The data collection included interviews about personal information and response to the following instruments: Conflict Tactics Scale (simplified version), Beck's Depression Inventory, and an instrument specially developed for the study to assess PTSD symptoms, according to the DSM-IV. The results showed that three out of five women had a diagnosis of PTSD and depression, both directly related to the intensity and frequency of aggressions.*

Keywords: *domestic violence; trauma, Post-Traumatic Stress Disorder.*

Referências Bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual de diagnóstico e estatísticos de transtornos mentais* (4ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995 (trabalho original publicado em 1994).

ARAÚJO, M. F. Violence and sexual abuse within the family: *Psychology Studies*, Jul./Dec. 2002, vol.7, no.2, p.3-11. ISSN 1413-7372.

AZEVEDO, M. A. *Mulheres Espancadas – A Violência Denunciada*. São Paulo: Cortez, 1985.

BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F., EMERY, G. *Cognitive Therapy of Depression: A Treatment Manual*, New York: Guilford Press, 1979.

BONANNO, G. A. Loss, trauma and human resiliency: How we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events. *American Psychologist*, vol. 59, supl. 1, pp. 20-28, 2004.

CÂMARA FILHO, J.W.S. & SOUGEY, E.B. Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Formulação Diagnóstica e Questões sobre Comorbidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 23, no. 4, 2001.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In CARDOSO, R (Org) *Perspectivas antropológicas da Mulher*. Vol. 4, pp. 24-61. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

- DAY, V. P., TELLES, L. E. B., ZORATTO, P. H. Violência doméstica e suas diferentes manifestações: *Revista de Psiquiatria*, Rio Grande do Sul, vol.25 supl.1, p.9-21, 2003.
- ERNEST, A.A., NICK, T. G., WEISS, S.J., HOURY, D., & MILLS, T.(1997). Domestic Violence in a Inner-City ED: *Annals of Emergency Medicine*, v. 30, no. 2, p.190-197, 1997.
- FIGUEIRA, I. & MENDLOWICZ, M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 25, suppl.1, São Paulo – SP, 2003.
- GRANT, J. P. *O Pior dos Abusos: a Violência Contra a Mulher: Situação Mundial da Infância*, Brasília, Unicef, 1995.
- HOUSKAMP, B.M. & FOY, D.W. The Assessment of Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women: *Journal of Interpersonal Violence*, v. 6, no.3, p.367-375, 1991.
- HOROWITZ, M. J. *Stress response syndrime*. New York: Arason, 1986.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. *Resolução de conflitos domésticos e violência intrafamiliar nos bairros da Tijuca e do Maracanã*: Relatório de pesquisa número 4. Rio de Janeiro: CDDI/IBGE. 1999
- MEICHENBAUM, D. Victims of Domestic Violence (Spouse Abuse) Em: Autor, *A clinical Handbook/Practical Terapist Manual: For Assessing and Treating Adults With Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*, pp(77-91). Waterloo, Ontario/Canadá: Institute Press, 1994.
- ROSSMAN, B. B. R.; HO, J. Posttraumatic response and children exposed to parental violence. In: GEFFENER, R. A., JAFFE, P. G., & SUDERMANN, M. (Org). *Children exposed to domestic violence: current issues in research, intervention, prevention and policy development*. Binghamton: The Hawthorne Maltreatment and Trauma Press, p. 85-106, 2000.
- SAFFIOTI, H.I.B. Violência Doméstica ou a Lógica do Galinheiro. In KUPSTAS, M. (Org.). *Violência em Debate*. São Paulo: Editora Moderna, 1997.
- STRAUS, M. A., HAMBY, S. H.; BONEY-MCCOY, S.; SUGARMAN, D. B. The revised conflict tactics scale (CTS-2). *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.
- WILLIAMS, L.C.A. (2001). Violência Doméstica: Há o que Fazer? In: GUILHARDI, H.J.,
- QUEIRÓZ, P.P., PINHO, M.B.B.P.; SCOZ, A. C. *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo à Variabilidade*. Santo André: ESETec, Ed. Associados, p 01-12, 2001.