

Universidade Lusófona do Porto
Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto

Dissertação apresentada na Universidade Lusófona do Porto
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Cátia Filipa Teixeira Ferreira

**Viver com o agressor e viver em casa-abrigo:
Diferenças psicológicas e fisiológicas em mulheres vítimas
de violência nas relações de intimidade.**

Orientador: Prof.^a Doutora Inês Jongenelen
Co-orientador: Prof. Doutor Ricardo Pinto

Presidente: Prof.^a Doutora Carla Antunes
Orientador: Prof.^a Doutora Inês Jongenelen
Arguente: Prof. Doutor Diogo Lamela

Psicologia Clínica e da Saúde

1 Dezembro de 2015
Porto (2015)

Resumo

Este estudo teve como objetivo avaliar mulheres sinalizadas por violência nas relações de intimidade (VRI), utilizando uma medida de cortisol salivar, e medidas de auto-relato de sintomatologia psicopatológica, perturbação de *stress* pós-traumático (PTSD) e percepção de apoio social, comparando mulheres a viver com o companheiro e mulheres a viver em casa-abrigo. A amostra foi constituída por 160 mulheres vítimas de VRI sendo que 81 mulheres estavam a viver em casa-abrigo e 79 mulheres a viver com o agressor. A avaliação dos níveis de cortisol foi feita através do método salivar, que consistiu numa amostra de saliva recolhida ao acordar e outra recolha 30 minutos depois. Os resultados demonstraram que 153 (94.3%) das mulheres pontuam valores clínicos para sintomatologia psicopatológica ($PSI > 1.7$), 116 (72.5%) preencheram os critérios de PTSD. Relativamente aos resultados de cortisol, verificou-se que em 60 (39.7%) mulheres o cortisol diminuiu entre a primeira e segunda colheita, 5 (3.3%) mulheres apresentaram os mesmos níveis de cortisol, e em 86 (57%) mulheres o cortisol aumentou após a primeira recolha. De acordo com estes resultados de cortisol, foi possível caracterizar dois grupos distintos de mulheres, designadamente o grupo em que o cortisol diminuiu após o acordar e o grupo em que o cortisol aumentou. Na descrição e comparação do cortisol com outras variáveis, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre dois grupos de cortisol ao nível da psicopatologia, $t(148) = 2.833$, $p = .005$, CI [0.10, 0.56], $d = 0.47$. O grupo com diminuição do cortisol apresentou mais sintomas psicopatológicos ($M = 1.72$, $DP = 0.73$) do que o grupo com o aumento do cortisol ($M = 1.39$, $DP = 0.68$). Verificaram-se diferenças marginalmente significativas entre cortisol e sintomas de PTSD, $t(147) = 1.871$, $p = .06$, CI [-0.22, 7.99], $d = 0.31$. O grupo decrescente apresentou níveis mais elevados de sintomas de PTSD ($M = 53.62$, $DP = 13.04$) do que o grupo crescente ($M = 49.73$, $DP = 12.14$). Foram ainda encontradas diferenças estatisticamente significativas entre cortisol e percepção total de apoio social, $t(149) = -1.999$, $p = .047$, CI [-7.24, -0.04], $d = 0.33$. O grupo em que diminuiu o cortisol apresentou menos percepção do apoio social ($M = 65.05$, $DP = 11.81$) do que o grupo em que aumentou o cortisol ($M = 68.69$, $DP = 10.49$). Por fim, na comparação entre mulheres a residirem em casa-abrigo e mulheres a viverem com companheiro, os resultados, no geral, parecem apontar para os efeitos positivos que as casas-abrigo têm no funcionamento social, psicológico e fisiológico de mulheres vítimas de VRI. Em conclusão, este estudo sugere que os resultados inconsistentes, obtidos em estudos anteriores, que usaram medidas de cortisol em mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade, devem-se provavelmente às diferentes respostas fisiológicas que estas mulheres apresentam face à adversidade. De facto, foi

possível verificar dois perfis muito distintos, desde a diminuição de cortisol após o acordar e o aumento da resposta de cortisol. Para além disso, este estudo também apresentou, do ponto de vista empírico, os efeitos positivos que as casas-abrigo têm em mulheres vítimas, sugerindo-se assim a manutenção e continuidade de investimento nestas, entre outras, medidas de proteção à mulher vítima.

Palavras-chave: Violência nas relações de intimidade; cortisol; psicopatologia; apoio social; perturbação de *stress* pós-traumático.

Abstract

This study aimed to evaluate women victims of Intimate Partner Violence (IPV) using a salivary cortisol measurement, and self-report measures of psychopathological symptoms, posttraumatic stress disorder (PTSD) and perception of social support, comparing women living with the aggressor and women living at shelter homes. The sample consisted of 160 women victims of IPV, 81 women living in shelters and 79 women living with the aggressor. The cortisol was collected through the salivary method, which consisted of a saliva sample taken immediately upon waking and another 30 minutes after the first collection. The results showed that 153 (94.3%) women score clinical values for psychopathology symptoms ($PSI > 1.7$) and 116 (72.5%) met the criteria for PTSD. For cortisol results, it was found that 60 (39.7%) women the cortisol decreased between the first and second collection, 5 (3.3%) women had similar levels of cortisol, and 86 (57%) women cortisol increased after the first collection. According to these cortisol results, it was possible to characterize two distinct groups of women, namely the group where cortisol decreased after waking up and the group in which the cortisol increased. In the description and comparison of cortisol with other variables, there were statistically significant differences between the two cortisol groups regarding the level of psychopathology, $t(148) = 2.833$, $p = .005$, $CI [0.10, 0.56]$, $d = 0.47$. The group decreased cortisol showed more psychopathological symptoms ($M = 1.72$, $SD = 0.73$) than the group with the increase of cortisol ($M = 1.39$, $SD = 0.68$). There were marginally significant differences between cortisol and PTSD symptoms, $t(147) = 1.871$, $p = .06$, $CI [-0.22, 7.99]$, $d = 0.31$. The decreasing group had higher levels of PTSD symptoms ($M = 53.62$, $SD = 4.13$) than the increased group ($M = 49.73$, $SD = 12.14$). There were also statistically significant differences between cortisol and overall perception of social support, $t(149) = -1.999$, $p = .047$, $CI [-7.24, -0.04]$, $d = 0.33$. The group with the cortisol decreased presented less social support perception ($M = 65.05$, $SD = 11.81$) compared to the increased cortisol group ($M = 68.69$, $SD = 10.49$). Finally, when comparing women living in shelters and women living with the aggressor, the overall results showed positive effects that shelters have in social, psychological and physiological of women victims of IPV. In conclusion, this study suggests that the inconsistent results obtained in previous studies, that used cortisol measures for women victims of IPV, are probably due to different physiological responses that these women have when facing adversity. In fact, we found two different profiles, from the decreasing of cortisol after waking and increased cortisol response. Furthermore, this study also showed, from an empirical point of view, the positive effects that the shelters have

women victims of IPV, suggesting thus the maintenance and continuity of investment in these measures to protect the victims, among others.

Keywords: Intimate partner violence; cortisol; psychopathology; social support; post-traumatic *stress* disorder.

Introdução

A violência nas relações de intimidade (VRI) ou intrafamiliar é um fenómeno global, reconhecido como um sério abuso dos direitos humanos, sendo um problema de saúde pública com consequências severas para a mulher, quer ao nível físico, mental, sexual e social (Campbell, 2002). Uma em cada três mulheres, a nível mundial, foram vítimas de VRI ou sofreram outra forma de abuso durante a sua vida, quase sempre acompanhado com agressão física e relações sexuais forçadas (Organização Mundial de Saúde, 2013). Apesar de tanto o homem como a mulher perpetuarem a violência, a mulher apresenta consequências físicas e psicológicas mais severas, que no extremo podem resultar na sua morte (Eshelman & Levendosky, 2012). Em Portugal, na sequência de diretivas europeias, o governo tem desenvolvido planos de ação nacionais para fornecerem respostas adaptadas para o combate da VRI, incluindo o financiamento de projetos de investigação, que está atualmente em curso no Quinto Plano de Ação de Violência Doméstica (Cardoso & Quaresma, 2012). Do apoio prestado às vítimas, 8.733 foram os casos acompanhados pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), em que 82.8% destas abarcam pessoas do sexo feminino (APAV, 2014). As constatações do Ministério de Administração Interna (2014) revelaram que a prevalência da VRI variou 15% a 71% em 2014, e no ano anterior entre 4% e 54%. Em 2013, foram notificados às autoridades 27.318 casos de VRI, correspondendo a um aumento de 2,4% em relação ao ano anterior. A maioria dos casos foram de VRI, sendo 85% das vítimas mulheres (Ministério de Administração Interna, 2014).

Alguns modelos têm contribuído para uma visão holística das vítimas, sendo os modelos ecológicos, os modelos do *stress* e os modelos cognitivos, alguns dos exemplos. De acordo com Campbell, Dworkin, e Cabral (2009), o modelo ecológico de Bronfenbrenner tem sido utilizado para a criação de outros modelos (e.g., o modelo de Neville e o modelo de Heppner) para uma melhor compreensão da prevenção da violência. Segundo os autores, o princípio básico é que a saúde mental molda-se a partir de fatores biológicos, psicológicos e sociais nas vítimas de violência. Para o processo de recuperação de uma vítima, de acordo com o modelo ecológico, torna-se importante compreender a interação entre os sistemas individual, microssistema, mesossistema/exossistema e cronossistema, sendo crucial destacar o papel do apoio social, nomeadamente o apoio informal (família e amigos) e o apoio formal (centros de apoio e médicos), frequentemente abordados em estudos como fatores protetores à violência futura e associados a uma maior probabilidade de resiliência (Campbell et al., 2009). Todavia, o estudo da resiliência parece necessitar de uma maior sustentação empírica, porque de acordo com este modelo, os fatores de risco do contexto social têm que ser tidos

em consideração para uma melhor compreensão da investigação e intervenção nas vítimas de VRI (Kuijpers, Knaap, & Lodewijks, 2011). Outros modelos que reportam a influência do apoio social ao nível da saúde são os modelos do *stress* (Modelo Buffering e Modelo Main Effect) (Cohen & Wills, 1985). O Modelo Buffering sugere que as pessoas com maior apoio social apresentam uma melhor adaptação à mudança e menor probabilidade de desenvolverem problemas de saúde. Neste sentido, o apoio social mostra ser um fator de proteção ao longo da trajetória desenvolvimental do ser humano, quando este se depara com *stressores* ambientais (Miranda, 2011). O Modelo Main Effect tem por base que um indivíduo com apoio social apresenta uma melhor adaptação, independentemente de estar ou não exposto ao *stress*. Esse apoio proveniente de uma rede social ao longo do desenvolvimento permite um bem-estar geral e irá diminuir possíveis acontecimentos negativos, prevenindo consequências ao nível psicológico e físico (Cohen & Wills, 1985). Por último, a Teoria do Trauma, um modelo cognitivo, defende que a apesar da exposição ao trauma poder originar sintomas psicológicos negativos, como a depressão e a ansiedade, a recuperação desse trauma está associado ao apoio social que a vítima recebe após o evento traumático, considerando esta variável (apoio social) um fator protetor (Basu, Levendosky, & Lonstein, 2013).

No que se refere às consequências provenientes da VRI, vários estudos têm verificado que estas mulheres apresentam mais doenças crónicas e queixas de saúde, podendo abranger os níveis físico, psicológico e fisiológico. Especificamente, as consequências físicas das mulheres vítimas de abuso sexual consistiam em mais dores de cabeça, dores nas costas e abdominais, sangramento e infeções vaginais, dor pélvica, relações sexuais dolorosas, falta de apetite, problemas ginecológicos e problemas neurológicos, comparativamente às mulheres que sofreram outros tipos de violência (Campbell, 2002). Ao nível psicológico, mulheres vítimas de VRI apresentam mais psicopatologia (Struart, Moore, Gorden, Ramsey, & Kahler, 2006), nomeadamente ansiedade e depressão, e perturbação de *stress* pós-traumático (PTSD) (Bogat, Levendosky, DeJonghe, Davidson, & von Eye, 2004; Campbell, 2002; DeJonghe, Bogat, Levendosky, & von Eye, 2008; Dillon, Hussain, Loxton, & Rahman, 2013; Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, & Watts, 2005; Pico-Alfonso, Garcia-Linares, Celda-Navarro, Herbert, & Martinez, 2004). Num estudo realizado por Khadra, Wehbe, Fiola, Skaff, e Nehmé (2015), 97% das mulheres vítimas apresentavam sintomas de PTSD. Os resultados demonstraram correlações positivas entre a violência física; o baixo nível de escolaridade e o nível de abuso recente, com a alta prevalência dos sintomas de PTSD; o número de comportamentos problemáticos habituais no parceiro abusivo e a psicoterapia. Podendo

existir outras variáveis que com maior sustentação empírica influenciem o estudo das consequências a longo prazo dos sintomas de PTSD nas vítimas de VRI.

Relativamente à psicopatologia e à PTSD, tem sido possível observar que o apoio social é um fator protetor, isto é, quanto maior o apoio social, menor a psicopatologia (Levendosky & Graham-Bermann, 2001) e menor sintomatologia de PTSD (Felippe, 2014; Varela & Leal, 2008). No que concerne às alterações fisiológicas, alguns estudos têm verificado que a VRI tem um impacto negativo no funcionamento do eixo Límbico-Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (LHPA). Este influencia a resposta biológica do indivíduo ao *stress* (Segerstrom & Miller, 2004; Yehuda, 1998). Em resposta a este sistema, o hipotálamo segrega a Hormona Libertadora de Corticotrofina (CRH) e que por sua vez produz a Hormona Adrenocorticotropa (ACTH) pela glândula pituitária. Esta hormona é libertada na corrente sanguínea levando a que as supra-renais produzam cortisol, uma hormona esteroide que produz vários efeitos nos órgãos do corpo e cérebro (Soares & Alves, 2006). Assim se explica como a exposição prolongada ao *stress* origina a saturação e desregulação de vários sistemas, incluindo o eixo LHPA, que por sua vez provoca a desregulação metabólica e imunitária (Graham, Christian, & Kiecolt-Glaser, 2006; Nicolson, 2008), aumentando o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, síndrome de fadiga crónica, fibromialgia, artrite reumatoide, asma, entre outras doenças crónicas (Heim, Ehlert, & Hellhammer, 2000).

Uma meta-análise verificou que, enquanto situações de *stress* limitadas no tempo podem ter um efeito positivo nestes sistemas, *stressores* crónicos, sobretudo relacionados com conflitos interpessoais, têm um efeito perverso no organismo (Segerstrom & Miller, 2004). A resposta de cortisol ao despertar é considerada um fenómeno robusto, na medida em que a libertação de cortisol após o acordar não é afetada por variáveis individuais, como a idade, uso de contraceptivos orais, tabagismo, o tempo de despertar, duração e qualidade do sono e atividade física (Johnson, Delahanty, & Pinna, 2009; Pruessner et al., 1997; Schulz et al., 1998; Schmidt-Reinwald et al., 1999; Wust et al., 2000). De acordo com a literatura, é esperado para os níveis normais de cortisol ao despertar (CAR) um aumento dos níveis de cortisol 30 minutos após o despertar (Wust, Wolf, Hellhammer, Federenko, Schommer, & Kirschbaum, 2000). Num estudo, Wust e colaboradores (2000) relataram que cerca de 75% das pessoas revelaram um aumento de cerca de 50% dos níveis de cortisol nos primeiros 30 minutos após o despertar. Especificamente, é considerada uma resposta normativa nos níveis de cortisol, um aumento de, pelo menos, 2,5 nmol/l em relação à linha basal individual (Weitzman et al., 1971).

Todavia, os estudos que têm usado medidas de cortisol em mulheres vítimas de VRI têm sido contraditórios. Ou seja, sabe-se que mulheres vítimas de VRI apresentam desregulação na sua resposta biológica e fisiológica, nomeadamente nos níveis de cortisol (Pico-Alfonso et al., 2004; Segerstrom & Miller, 2004), embora esta desregulação não esteja ainda bem definida. Por exemplo, um estudo concluiu que as mulheres vítimas de VRI apresentavam níveis mais elevados de cortisol, comparativamente a mulheres não vítimas (Levendosky & Grahm-Bermann, 2001). Mas nem sempre a resposta fisiológica é mais elevada nestas mulheres. Um estudo realizado por Lokhmatkina e colaboradores (2013), que incluiu 128 mulheres vítimas de VRI, que foram alvo de uma avaliação dos níveis de cortisol através da saliva, não encontrou diferenças ao nível do cortisol entre o grupo de controlo e estas mulheres. Por outro lado, outro estudo verificou que mulheres vítimas de VRI apresentaram níveis mais baixos de cortisol em relação ao grupo de controlo (Basu et al., 2013).

Apesar das consequências da violência ter um grande impacto na saúde das mulheres, parece existir pouco conhecimento sobre as alterações fisiológicas resultantes da VRI (Black, 2011), sobretudo devido resultados contraditórios em termos de desregulação do eixo LHPA. Além disso, também parece existir poucos estudos que analisem a comorbilidade entre os níveis de cortisol e fatores psicológicos, nomeadamente os sintomas de PTSD e depressão em mulheres vítimas de VRI (Johnson et al., 2008) que poderão contribuir para a compreensão dos resultados contraditórios. Por exemplo, Johnson e colaboradores (2008) constataram que as mulheres vítimas de VRI, com sintomas graves de PTSD, apresentavam níveis elevados de cortisol aos 30, 45 e 60 minutos após acordar, em comparação com as mulheres sem PTSD. Em oposição, Griffin, Resick, e Yehuda (2005), encontraram resultados em que mulheres vítimas de VRI, com PTSD, apresentavam níveis baixos de cortisol de manhã cedo, comparativamente com mulheres vítimas de VRI sem PTSD e com mulheres do grupo de controlo. Recentemente, o estudo de Pinna, Johnson, e Delahanty (2014), com uma amostra de 104 mulheres em casa-abrigo, avaliaram os níveis de cortisol e variáveis como PTSD, Depressão Major (MDD), e comorbilidade entre estas duas últimas variáveis, e os resultados demonstraram que as participantes sem PTSD e MDD não apresentaram um aumento de cortisol 30 minutos após o despertar, e aos 45 e 60 minutos os níveis de cortisol diminuía.

Para além do pouco conhecimento sobre as alterações fisiológicas resultantes da VRI (Black, 2011), outra limitação existente na área é o facto de não existirem estudos que avaliem empiricamente os potenciais efeitos positivos que as casas-abrigo poderão ter nestas mulheres. A primeira casa-abrigo surgiu oficialmente na Grã-Bretanha, em 1971 (Cotrim,

2014). De acordo com Correia e Sani (2015), foi na década de 70 que surgiram as casa-abrigo no Reino Unido como forma de proteger a mulher da VRI, e assim contribuir para diminuir o impacto negativo que esta exerce sobre a saúde da mesma, bem como evitar que muitas mulheres fossem mortas pelos companheiros. Estas casas-abrigo existem em vários países como Holanda, Alemanha, Suécia, Áustria, Finlândia, Dinamarca, Espanha, Estados Unidos da América, Canadá, Austrália, Japão, África do Sul, México, Índia e Eslovénia. Em Portugal, as casas-abrigo foram implementadas na década de 90 (Correia & Sani, 2015; Cotrim, 2014) e neste momento, Portugal conta com 39 casas-abrigo, tendo sido criadas nos últimos anos estruturas de atendimento, auxílio em situação de emergência e criação de uma rede de casa-abrigo. O objetivo primordial é dar proteção e segurança para que de forma automática os acolhidos encontrem projetos de vida alternativos (Correia & Sani, 2015). Contudo, Magalhães, Morais, e Castro (2011), apontaram para a necessidade de estudos sobre o funcionamento das casas-abrigo, para que se consiga obter a perspetiva e o levantamento das necessidades do trabalho desenvolvido pelos profissionais.

Tendo em conta o exposto, a presente investigação teve como objetivo contornar algumas das limitações referidas anteriormente, tendo como novidade do estudo a comparação entre mulheres sinalizadas por VRI a residirem com o agressor e mulheres a viverem em casa-abrigo, ao nível de variáveis de psicopatologia, PTSD, e cortisol salivar. Do nosso conhecimento, não há nenhum estudo que tenha realizado a comparação entre estes dois *settings*, e que inclua a avaliação de uma medida de cortisol salivar.

Inserindo-se num projeto de investigação mais amplo, com o título “Parentalidade em Contexto de Violência nas Relações de Intimidade: Preditores Fisiológicos e Psicológicos, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia [FCT; EXPL/MHC -PED/1977/2013]. Este estudo teve dois objetivos, dos quais, explorar diferenças intra-individuais ao nível da resposta de cortisol ao acordar; e comparar as mulheres a viver em casa-abrigo, isto é, numa situação de proteção, com mulheres ainda a viver com os agressores, ao nível do funcionamento psicológico e fisiológico. Especificamente, pretendemos explorar: (1) a existência de diferentes perfis de resposta de cortisol e a sua relação com outras medidas de ajustamento, designadamente PTSD, psicopatologia e perceção de apoio social; (2) diferenças entre as mulheres que vivem com o companheiro e mulheres a residirem em casa-abrigo, em termos de indicadores de funcionamento psicológico, fisiológico e social.

De acordo com os objetivos propostos, definimos quatro hipóteses:

(H₁)“Espera-se que mulheres que estão a viver com o companheiro em contexto de VRI apresentem níveis de cortisol mais desregulados, comparativamente com mulheres que estão a viver em casa-abrigo”.

(H₂)“Espera-se que mulheres que estão a viver com o companheiro em contexto de VRI apresentem maiores índices de psicopatologia, comparativamente às mulheres que estão a viver em casa-abrigo”.

(H₃)“Espera-se que mulheres que se encontram acolhidas em casa-abrigo apresentem maior perceção de apoio social, comparativamente às mulheres que estão a viver com o companheiro”.

Considerando os sintomas de PTSD, a última hipótese (H₄)“Espera-se que as mulheres que estão a viver com o companheiro em contexto de VRI apresentem mais sintomas PTSD, comparativamente com mulheres que estão a viver em casa-abrigo”.

Método

Participantes

A amostra foi constituída por 160 participantes do sexo feminino, com idades entre 21 e 54 anos ($M = 36.39$, $DP = 7.64$), maioritariamente de nacionalidade portuguesa ($n = 148$, 92.5%), das quais 81 (50.6%) residiam em casa-abrigo e as restantes 79 (49.4%) estavam a viver com o agressor. Relativamente às habilitações literárias, a maioria das participantes ($n = 63$, 39.4%) tinham o segundo ciclo e no que refere à situação profissional, 72.5% ($n = 116$) encontravam-se desempregadas. Dados mais extensos podem ser consultados na tabela 1. Relativamente à saúde relatada, 35.6% ($n = 57$) afirmaram apresentar doenças psiquiátricas, sendo a depressão a mais auto-reportada ($n = 28$, 47.5%), havendo uma percentagem de 27.8% ($n = 15$) das mulheres que referiam tomar ansiolíticos e antidepressivos. Em termos de comportamentos de risco para a saúde, 51.3% ($n = 82$) das mulheres fumava, 25.0% ($n = 35$) consumia álcool e 0.6% ($n = 1$) consumia outras substâncias, revelando, ainda, a maioria ter problemas de insónia inicial e de manutenção ($n = 55$, 47.4%) (ver tabela 1).

Tabela 1

Análise descritiva da amostra

	n	%
Naturalidade		
Portuguesa	148	92.5
Brasileira	2	1.3

	Romena	2	1.3
	Angolana	3	1.9
	Guineense	3	1.9
	Colombiana	1	0.6
	Ucraniana	1	0.6
Habilitações literárias			
	Sem escolaridade	2	1.3
	1º Ciclo	20	12.5
	2º Ciclo	63	39.4
	3º Ciclo	58	36.3
	Secundário	13	8.1
	Licenciatura	4	2.5
Situação profissional			
	Desempregada	116	72.5
	Empregada	39	24.4
	Nunca trabalhou	5	3.1
Fumar			
	Não	78	48.8
	Sim	82	51.3
Álcool			
	Não	105	75.0
	Sim	35	25.0
Consumo de substâncias			
	Não	158	99.4
	Sim	1	0.6
Tipo de insónia			
	Inicial	27	23.3
	Manutenção	29	25.0
	Final	4	3.4
	Inicial e manutenção	55	0.9

Medidas

Questionário Sociodemográfico: efetuado com a finalidade de obter indicadores sociodemográficos da mulher, nomeadamente informações relativas ao estado civil, habilitações literárias, situação face ao emprego, assim como o contexto em que se encontrava (casa-abrigo ou em coabitação com o agressor). Foram também incluídas outras variáveis da mulher, nomeadamente o seu historial clínico, presença ou ausência de consumo de substâncias, álcool e medicação, bem como historial de violência.

BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI - Brief Symptom Inventory; Derogatis, 1993; Versão: Canavarro, 1999). É um inventário de auto-resposta com 53 itens, onde cada participante classificou o grau em que o problema afetou durante a última semana, numa escala de tipo *Likert* que varia entre “Nunca” (0) a “Muitíssimas vezes” (4). O BSI avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo) e três dimensões globais que consistem em avaliações sumárias de perturbação emocional, representando aspetos diferentes de psicopatologia (Índice Geral de Sintomas - IGS, Total Sintomas Positivos - TSP e o Índice de Sintomas Positivos - ISP).

Escala de Provisões Sociais [Social Provisions Scale] (Cutrona & Russell, 1987; versão portuguesa de Moreira & Canaipa, 2007) é um questionário que se baseia num modelo teórico e apresenta como princípio que o apoio social consiste no fornecimento de um conjunto de recursos de que os indivíduos necessitam quando se deparam com situações de *stress*: Aconselhamento, Aliança Fiável, Vinculação, Integração Social, Reafirmação de Valor e Oportunidade de Prestação de Cuidados. Permite avaliar as provisões em separado, bem como o apoio percebido em termos globais, e ainda as dimensões intermédias de Apoio Íntimo e Apoio Causal. Nesta versão, existem quatro afirmações para cada uma das provisões sociais e a pessoa avalia o seu grau concordância com essas afirmações numa escala com quatro pontos.

PTSD CheckList-Civilian Version (PCL-C; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1994; versão portuguesa: Marcelino & Gonçalves, 2012). É uma escala composta por 17 itens de auto-relato, como uma forma de lista de verificação de sintomas de PTSD estreitamente baseada nos critérios do DSM-VI-TR (critério B - reexperiência; critério C - evitamento; critério D - hiper-ativação). Os itens permitem observar o grau em que o sujeito se sente incomodado por um sintoma específico depois de um certo acontecimento, e são classificados numa escala de 1 a 5 (1 = nada; 5 = extremamente). A versão usada é PLC-C

(uma versão civil geral) que não está limitada a uma única situação específica, apresentando perguntas que estão relacionadas com uma experiência *stressante* do passado.

Procedimentos

As participantes a residir em casa foram contactadas pelos investigadores, em colaboração com a APAV, ou outras Instituições de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica, através de contacto telefónico ou por carta, e foram convidadas a participar no estudo. A participação decorreu, sempre que possível, nas instalações destas instituições, no horário combinado entre os técnicos das instituições e participantes.

No caso de mulheres a residir em casa-abrigo, os investigadores deslocaram-se a estas casas no sentido de solicitar autorização para a recolha de dados. A participação decorreu nas casas-abrigo, em horário que foi combinado entre investigadores, técnicos e participantes.

Os questionários de auto-relato foram preenchidos nas instalações da APAV, nas casas-abrigo, e noutras instituições, numa sala que possibilitou acautelar a privacidade da participante, apenas acompanhada por um membro da equipa de investigação, de modo a fornecer ajuda/assistência em caso de necessidade. Foram realizados esforços, por parte do investigador responsável pela recolha, no sentido de ocupar o menor tempo possível das participantes.

Recolha do cortisol salivar

Há três métodos de recolha de cortisol, sendo um realizado através da recolha de amostras de sangue (cortisol plasmático), um através da urina e outro realizado através da recolha de saliva (cortisol salivar). O método de recolha deste estudo é o salivar, não intrusivo, e o mais simples e fácil de realizar. A participante teve apenas que colocar uma salivete, de algodão, na boca, e absorver alguma saliva, acondicionar e guardar, em recipiente próprio, no frigorífico. As amostras foram recolhidas imediatamente após ao acordar e com a participante ainda deitada, e 30 minutos mais tarde, num único dia. Foi dada a indicação para não escovarem os dentes, nem comerem nem beberem nada para além de água, no período entre a primeira e segunda recolha da saliva. A recolha da amostra foi combinada entre o investigador e os participantes, sempre que possível, para o mesmo dia em que foi realizada a restante participação (isto é, preenchimento de questionários). As participantes foram recordadas na noite anterior, via SMS, para a realização das tarefas na manhã seguinte.

Consentimento Informado

Foi dada informação sobre os objetivos do estudo, método e procedimentos às participantes. As mulheres que aceitaram participar voluntariamente no estudo, foram

adicionalmente informadas dos seus direitos, natureza do estudo e dos dados recolhidos, confidencialidade e carácter voluntário da participação, através de um consentimento informado que foi assinado pelas participantes e investigador, e entregue antes do preenchimento dos questionários. Todos os dados pessoais foram codificados de modo a identificar as participantes na segunda recolha, mas sem que a sua identidade fosse revelada, tornando assim anónimos e confidenciais todos os dados identificativos, de acordo com a Lei da Proteção de Dados Pessoais n. 67/98 de 26 de Outubro e Deliberação N° 227 /2007.

A cada mulher, que concordou participar no estudo, foi-lhe oferecido um voucher, cortesia por parte da equipa da investigação, que poderia utilizar em estabelecimentos comerciais locais à sua escolha, procedimento este a que o painel de avaliação da equipa científica da FCT não se opôs, uma vez que é usual em várias investigações internacionais.

Análises

As análises estatísticas foram efetuadas com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* - (SPSS) - versão 21.0. As análises descritivas foram calculadas para caracterizar as variáveis do estudo. Calculámos o tamanho do efeito ao usar o ficheiro Excel por Lakens (2013) e o poder de análise utilizando GPower 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009). Usámos o *t*-test amostras independente para comparar dois grupos em termos de resposta de cortisol e dois grupos casa-abrigo e com companheiro ao nível de todas as variáveis independentes, como sintomas globais de psicopatologia, total sintomas de PTSD como uma variável contínua, e total perceção de apoio social. Calculámos dois grupos de CAR (crescente e decrescente). O grupo decrescente inclui as mulheres com níveis decrescentes de CAR, e mulheres com níveis iguais de CAR, imediatamente ao acordar e após 30 minutos de acordar. O grupo crescente era composto por todas as mulheres com aumento de cortisol após 30 minutos de acordar, incluindo as mulheres com um aumento dos níveis salivares de cortisol de pelo menos 2.5 nmol/l em relação à linha basal. Utilizou-se a análise ANOVA para calcular mais de dois grupos: mulheres a viver em casa-abrigo com diferentes tempos de residência e mulheres a viver com companheiro, ao nível de psicopatologia global, total sintomas de PTSD, e cortisol variável contínua. A MANOVA foi usada quando foram incluídas nas análises as várias subescalas de psicopatologia e perceção de apoio social. Como a amostra não é proporcional entre os três grupos não utilizamos o *Pillai's Trace*, tivemos que optar pelo *Roys Largest Root* pelo que, de acordo com Field (2009) parece ser a opção mais indicada quando os grupos diferem na sua distribuição.

Considerando a baixa incidência dos valores dos *missings*, não foi realizada nenhuma correção nas análises reportadas, pelo que os casos decresceram ligeiramente em cada análise.

Resultados

Os resultados revelaram que 153 (94.3%) mulheres satisfazem os critérios para valores clínicos de psicopatologia ($PSI > 1.7$) e 116 (72.5%) mulheres satisfazem os critérios para provável PTSD. Em termos de medida de estado dinâmico da produção de cortisol, na resposta do cortisol ao acordar (CAR), verificou-se que 60 (39.7%) mulheres apresentaram uma diminuição dos níveis de cortisol entre a primeira recolha, imediatamente após o despertar e a segunda recolha, 30 minutos mais tarde, com uma diminuição média de cortisol 21.79% (18.08); em 5 (3.3%) mulheres, o cortisol libertado foi o mesmo para os dois momentos; e em 86 (57%) das mulheres, o cortisol aumentou dentro dos primeiros 30 minutos após despertar, com um aumento significativo de cortisol de 39.88% (32.55). Dentro deste último grupo, a resposta de cortisol foi definida como um aumento dos níveis de cortisol salivar de, pelo menos, 2.5 nmol/l em relação à linha basal (Weitzman et al., 1971). De acordo com este critério, a resposta do cortisol ao despertar foi observada em 60 (69.77%) mulheres. Além disso, a média do total de cortisol libertado de manhã (TMCR) ao despertar foi 18.77 (7.06), que varia de 5.66 para 40.28.

Calculamos dois grupos de CAR, crescente e decrescente. O grupo decrescente incluiu as mulheres com níveis decrescentes de CAR, e mulheres com os mesmos níveis de CAR, imediatamente após o despertar e 30 minutos mais tarde ($n = 65$, 43%); e o grupo crescente foi constituído por todas as mulheres com um aumento do cortisol nos primeiros 30 minutos após o despertar, incluindo as mulheres com um aumento dos níveis de cortisol salivar de, pelo menos, 2.5 nmol/l em relação à linha basal ($n = 86$, 57%). Em seguida, relacionámos esses dois grupos de CAR com todas as variáveis dependentes, das quais sintomas psicopatológicos globais, sintomas totais de PTSD e percepção total de apoio social.

Encontramos diferenças marginalmente significativas entre CAR e sintomas de PTSD, $t(147) = 1.871$, $p = .06$, CI [-0.22, 7.99], $d = 0.31$. O grupo decrescente tinha níveis médios mais elevados de sintomas de PTSD ($M = 53.62$, $DP = 13.04$) do que o grupo crescente ($M = 49.73$, $DP = 12.14$). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre CAR e sintomas globais de psicopatologia, $t(148) = 2.833$, $p = .005$, CI [0.10, 0.56], $d = 0.47$. O grupo que decresce tinha níveis médios mais elevados de sintomas psicopatológicos ($M = 1.72$, $DP = 0.73$) do que o grupo crescente ($M = 1.39$, $DP = 0.68$). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre CAR e percepção total de apoio social, $t(149) = -1.999$, $p = .047$, CI [-7.24, -0.04], $d = 0.33$. O grupo que decresce tinha níveis médios de

menos percepção de apoio social ($M = 65.05$, $DP = 11.81$) do que o grupo crescente ($M = 68.69$, $DP = 10.49$). Não foram encontradas associações significativas entre os dois grupos de CAR a residir em casa-abrigo e a residir com o companheiro, $\chi^2(1) = 1.83$, $p = .24$, mesmo quando o grupo casa-abrigo foi dividido em dois subgrupos, considerando-se apenas um mês em casa-abrigo vs. mais de um mês na casa-abrigo, $\chi^2(2) = 2.95$, $p = .23$, apenas dois meses a residir em casa-abrigo, $\chi^2(2) = 3.57$, $p = .17$, e três meses, $\chi^2(2) = 4.15$, $p = .13$. Considerando o TMCR, só encontramos diferenças marginais, por grupo casa-abrigo dividido em dois subgrupos, a residir três meses na casa-abrigo vs. residir mais de três meses, $F(2,150) = 2.38$, $p = .09$, $\text{partial } \eta^2 = 0.03$. O teste post-hoc de Games-Howell revelou que as mulheres que vivem mais do que três meses em casas-abrigo apresentaram maior TMCR ($n = 30$, $M = 21.26$, $DP = 5.68$), quando comparadas às mulheres que vivem três meses ($n = 48$, $M = 18.28$, $DP = 6.69$) e mulheres que vivem com o agressor ($n = 73$, $M = 18.08$, $DP = 7.63$).

Considerando-se a pontuação total dos sintomas psicopatológicos, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres que vivem com o agressor, comparativamente com as mulheres que vivem em casas-abrigo, $t(157) = -.923$, $p = .357$, $CI [-0.34, 0.12]$, $d = 0.15$. Em seguida, dividimos o grupo casa-abrigo em dois subgrupos (que vivem apenas um mês na casa-abrigo vs. viver mais de um mês na casa-abrigo) e foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, $F(2,158) = 6.68$, $p = .002$, $\text{partial } \eta^2 = 0.079$. O teste post-hoc de Games-Howell revelou que as mulheres que vivem há mais de um mês na casa-abrigo ($n = 48$) apresentaram menos sintomas psicopatológicos ($M = 1.25$, $DP = 0.61$), quando comparado com aquelas que vivem apenas um mês ($n = 33$) ($M = 1.82$, $DP = 0.66$) e aquelas mulheres que vivem com o agressor ($n = 78$) ($M = 1.59$, $DP = 0.73$). Além disso, houve uma diferença estatisticamente significativa nas subescalas de BSI com base nos três grupos, Roy's Largest Root = .131, $F(9,149) = 2.16$, $p = .028$, $\text{partial } \eta^2 = .116$. Os testes F univariados mostraram que houve um efeito significativo para obsessivo-compulsivo, $F(2,156) = 5.40$, $p = .005$, $\text{partial } \eta^2 = .065$, sensibilidade interpessoal, $F(2,156) = 3.42$, $p = .035$, $\text{partial } \eta^2 = .042$, depressão, $F(2,156) = 8.72$, $p < .001$, $\text{partial } \eta^2 = .101$, ansiedade, $F(2,156) = 6.11$, $p = .003$, $\text{partial } \eta^2 = .073$, hostilidade, $F(2,156) = 5.60$, $p = .004$, $\text{partial } \eta^2 = .067$, ansiedade fóbica, $F(2,156) = 4.08$, $p = .019$, $\text{partial } \eta^2 = .050$, e psicoticismo, $F(2,156) = 5.21$, $p = .006$, $\text{partial } \eta^2 = .063$.

Em termos de pontuação total de percepção de apoio social, encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres que vivem com o agressor, comparativamente com as mulheres que vivem em casa-abrigo, $t(158) = 3.75$, $p < .001$ $CI [3.06, 9.90]$, $d = 0.59$. As mulheres que vivem em casa-abrigo apresentaram maiores níveis de

percepção de apoio social ($M = 69.98$, $DP = 10.26$) do que as mulheres que vivem com o agressor ($M = 64.50$, $DP = 10.64$). Além disso, houve uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em subescalas de percepção de apoio social, Roy's Largest Root $= .188$, $F(6,153) = 4.786$, $p = .000$, partial $\eta^2 = .158$. Os testes F univariados mostraram um efeito significativo principal para todas as subescalas (ver tabela 2).

Tabela 2

MANOVA na Comparação Casa-Abrigo e Companheiro ao nível das subescalas de apoio social

	CA (n=81)		CC (n=79)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Aconselhamento	11.94 [11.46, 12.42]	2.09	10.18 [9.83, 10.84]	2.46	23.66	.000***	.130
Aliança Fiável	12.00 [11.48, 12.52]	2.28	10.92 [10.55, 11.64]	2.55	7.92	.006**	.048
Reafirmação de Valor	11.17 [10.73, 11.62]	2.07	10.34 [9.99, 10.93]	2.09	6.39	.012*	.039
Oportunidade de Prestação de Apoio	12.43 [11.99, 12.87]	1.81	11.56 [11.30, 12.22]	2.35	7.00	.009**	.042
Vinculação	11.36 [10.96, 11.76]	1.85	10.54 [10.28, 11.12]	1.89	7.58	.007**	.046
Integração Social	11.07 [10.61, 11.54]	2.02	9.95 [9.67, 10.63]	2.36	10.50	.001**	.062
Apoio Íntimo	47.73 [46.13, 49.32]	7.05	43.20 [42.22, 45.56]	8.11	14.22	.000***	.083
Apoio Causal	22.25 [21.41, 23.08]	3.68	20.29 [19.73, 21.48]	4.19	9.84	.002**	.059

Nota. CA - Casa-Abrigo, C - Com Companheiro. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Considerando-se a pontuação total de sintomas de PTSD, os resultados não demonstraram diferenças significativas entre as mulheres que vivem com o agressor

comparativamente com as mulheres que vivem em casas-abrigo, $t(156) = 0.69$, $p = .49$, CI [-2.63, 5.46], $d = 0.11$. Além disso, também não foram encontradas diferenças significativas após ter sido dividido o grupo casa-abrigo em dois subgrupos (que vivem apenas um mês na casa-abrigo vs. viver mais de um mês na casa-abrigo), $F(2,157) = 2.00$, $p = .138$, $\text{partial } \eta^2 = 0.025$. Então, nós mudamos os dois subgrupos de casa-abrigo, separando as mulheres que estavam a viver há dois meses na casa-abrigo, das mulheres que estavam a viver há mais de dois meses. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos sintomas de PTSD entre os três grupos, $F(2,157) = 3.37$, $p = .037$, $\text{partial } \eta^2 = 0.042$. O teste post-hoc de Games-Howell revelaram que as mulheres que estavam a viver há dois meses na casa-abrigo mostraram sintomas de PTSD superiores ($n = 41$, $M = 55.73$, $DP = 9.89$) em comparação com as mulheres que vivem com o agressor ($n = 78$, $M = 50.87$, $DP = 13.29$) e as mulheres que vivem há mais de dois meses em casa-abrigo ($n = 39$, $M = 48.67$, $DP = 13.83$).

Discussão

O presente estudo teve como objetivo examinar as diferenças ao nível de cortisol, psicopatologia, apoio social e PTSD em mulheres vítimas de VRI a viver em casa-abrigo e a residir com o companheiro. De forma a verificar estas diferenças, ao nível do cortisol foi formulada a primeira hipótese (H_1) “Espera-se que mulheres que estão a viver com o companheiro em contexto de VRI apresentem níveis de cortisol mais desregulados, comparativamente com mulheres que estão a viver em casa-abrigo”. Conforme foi apresentado nas análises, o correto funcionamento do eixo LHPA foi definido como um aumento dos níveis de cortisol salivar após o acordar, de acordo com a literatura neste domínio (e.g., Wust, Wolf, Hellhammer, Federenko, Schommer, & Kirschbaum, 2000). A desregulação do eixo LHPA foi definida como uma diminuição do cortisol após o acordar. Assim, foram constituídos dois grupos de mulheres ao nível do CAR, o grupo crescente e o grupo decrescente dos níveis de cortisol 30 minutos após o despertar. A comparação destes dois grupos com outras variáveis dependentes revelou que as mulheres com aumento do CAR tinham melhor funcionamento ao nível de sintomas de PTSD, sintomas psicopatológicos e percepção de apoio social. Através dos resultados obtidos, esta hipótese foi parcialmente confirmada, porque não existiram diferenças de cortisol na comparação entre casa-abrigo e com companheiro. No entanto, quando se dividiu o grupo de casa-abrigo em dois grupos, em termos de tempo, (mulheres a residir há três meses em casa-abrigo e mulheres a residir há mais de três meses em casa-abrigo) verificou-se que as mulheres que viviam em casa-abrigo há mais de três meses apresentavam um CAR significativamente mais elevado. Segundo, Segerstrom e Miller (2004) a exposição prolongada ao *stress* origina consequências no

organismo e nesta linha de raciocínio, a fase de adaptação à casa-abrigo pode influenciar a fisiologia, em particular a regulação do eixo LHPA. No entanto, o facto destas mulheres se encontrarem em contexto protetor, existe uma maior probabilidade de recuperação, tal como defendido pelos modelos ecológicos (Campbell et al., 2009). O nosso estudo ao utilizar uma amostra sinalizada e ao comparar o tempo em que as mulheres se encontram em casa-abrigo, com as mulheres que estão a residir com o companheiro, parece estar a contribuir para uma visão mais ampla das vítimas de VRI. No entanto, havendo a necessidade de uma maior sustentação empírica em estudos posteriores, e que estabeleçam a comparação do tempo em que as mulheres estão em casa-abrigo, de preferência em estudos com *design* longitudinal. Parecendo ser importante destacar que o tempo deverá ser superior a três meses para uma melhor análise dos resultados ao nível fisiológico, psicológico e social.

Relativamente à segunda hipótese (H₂) “Espera-se que mulheres que estão a viver com o companheiro em contexto de VRI apresentem maiores índices de psicopatologia, comparativamente às mulheres que estão a viver em casa-abrigo.”, esta foi somente confirmada quando a amostra foi compartimentada em três grupos: residir em casa-abrigo há mais de um mês, residir em casa-abrigo há um mês e a viver com o companheiro. De acordo com a literatura, parece não existir estudos que façam a diferenciação entre tempo em casa-abrigo. Assim sendo, os resultados obtidos são uma inovação e proposta para novos estudos a realizar. De acordo com a Teoria do Trauma, a exposição ao trauma origina sintomas psicopatológicos, nomeadamente depressão e ansiedade, verificando-se no presente estudo que aponta para mais sintomas de psicopatologia em mulheres que estão em casa-abrigo apenas há um mês e as mulheres que estão com o companheiro. De igual forma, a literatura quando se refere a mulheres a residir em casa-abrigo, mostra que estas apresentam níveis elevados de psicopatologia (e.g., Stuart, Moore, Gordon, Ramsay, & Koehler, 2006), não havendo comparação com outros grupos, não se encontrando de acordo com os dados obtidos neste estudo, que mostra que a casa-abrigo é um contexto protetor, levando à redução dos sintomas de psicopatologia ao longo do tempo. Assim, de acordo com Levendosky e Graham-Bermann (2001), quanto mais protetor for o contexto de uma vítima, menor será a psicopatologia.

No que respeita à hipótese três (H₃) “Espera-se que mulheres que se encontram acolhidas em casa-abrigo apresentem maior perceção de apoio social, comparativamente às mulheres que estão a viver com o companheiro”, esta hipótese foi confirmada. As mulheres que estão a residir em casa-abrigo apresentam maior perceção de apoio social, e mais uma vez, o apoio social parece ser um fator determinante para a adaptação das mulheres em casa-

abrigo. Os nossos dados parecem sugerir que quanto mais tempo as mulheres receberem apoio social, mais regulados estarão os níveis de cortisol, e menores são os sintomas de psicopatologia e de PTSD, dados estes que são explicados pelo Modelo Buffering (Modelo do stress). Assim, as pessoas com maior apoio social apresentam uma melhor adaptação à mudança e menor probabilidade de desenvolver problemas de saúde. Seguindo esta linha de pensamento, o apoio social é um fator protetor aos *stressores* ambientais ao longo da trajetória de desenvolvimento de um indivíduo (Miranda, 2011).

Por fim, a hipótese quatro (H₄) “Espera-se que as mulheres que estão a viver com o companheiro em contexto de VRI apresentem mais sintomas PTSD, comparativamente com mulheres que estão a viver em casa-abrigo.”, esta hipótese foi confirmada quando foram criados três grupos (mulheres em casa-abrigo mais de um mês, mulheres em casa-abrigo há dois meses e mulheres a residir com o companheiro). O que parece explicar este resultado, é talvez a exposição ao acontecimento traumático que levou à saída ou procura de ajuda, seguindo-se da retirada para um local seguro, como a casa-abrigo, comparativamente às mulheres que se mantiveram com os companheiros. De acordo com estudos (e.g., Felipe, 2014; Varela & Leal, 2008) existe uma associação negativa entre PTSD e o apoio social, daí ser plausível que exista uma ligeira remissão da sintomatologia de PTSD após os três meses em casa-abrigo. Deste modo, verifica-se a importância de serem realizados estudos longitudinais para testar esta hipótese. Tendo em conta que, segundo o modelo ecológico de Bronfenbrenner, para se compreender o processo de recuperação de uma vítima é necessário o conhecimento da interação dos vários sistemas que a mesma faz parte (Campbell et al., 2009). Através da realização de estudos longitudinais torna-se mais fácil obter uma visão mais completa dos fatores e dos sistemas que podem influenciar a saúde mental e física das mulheres vítimas de VRI.

Este estudo exploratório é o primeiro conhecido que comparou mulheres a viver em casa-abrigo e mulheres a viver com o agressor. Após os resultados evidenciados surgiram pontos importantes que precisam de ser discutidos. A casa-abrigo parece ter um efeito positivo no funcionamento destas mulheres. Esse efeito fez-se notar após a entrada em casa-abrigo, em que a perceção de apoio social evidenciou-se mais positiva. Para outras variáveis, parece existir um agravamento durante o primeiro e o segundo mês, talvez devido ao acontecimento que despoletou a saída da casa. Seguindo-se o que parece ser a remissão da sintomatologia, ou seja, as mulheres que estavam a residir em casa-abrigo há um mês apresentam menos psicopatologia, quando estão há dois meses menos PTSD e quando estão há três meses mais CAR. Estas mulheres necessitam de tempo, segurança e apoio social para

os sintomas remirem. Além disso, os resultados do CAR parecem confirmar que existem diferenças intra-individuais na forma como estas mulheres experienciam a adversidade ao nível do eixo LHPA. Este estudo permitiu encontrar dois diferentes perfis de CAR: o CAR que diminuiu 30 minutos após o despertar e o CAR que aumentou 30 minutos após o acordar.

Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações que passamos a apresentar. Esta investigação caracteriza-se pelo um estudo transversal, pelo que não acompanhou todo o percurso das mulheres em casa-abrigo. Por outro lado, a recolha da informação foi feita através da medida de auto-relato durante a estadia das participantes em casa-abrigo, à exceção das medidas de cortisol, numa fase em que se encontravam dependentes dos serviços. Assim, o auto-relato poderá ter sido, de algum modo, influenciado pela desejabilidade social, e não terem revelado a informação mais fidedigna ou total a respeito da sua saúde ao nível psicológico e social. Todavia, mesmo que isto se tenha verificado, os elevados índices de psicopatologia e PTSD relatados sugerem que a desejabilidade social não foi substancial. Outro aspeto que achamos uma limitação, é o facto de as mulheres terem sido avaliadas apenas uma vez, sem ser descrita de uma forma longitudinal. Para além destas limitações, o facto deste estudo ser o primeiro a comparar mulheres em casa-abrigo com mulheres a viver com o agressor limitou-nos do ponto de vista teórico na fundamentação de alguns dos resultados encontrados. Finalmente, importa também salientar que a utilização do cortisol como medida também apresenta as suas limitações (Nicolson, 2008).

Conclusão

Entendemos ser relevante fazer algumas considerações a respeito das consequências, dificuldades e responsabilidades com a VRI percebidos ao longo deste estudo. Sabe-se que os efeitos da VRI são devastadores na saúde psicológica e física das mulheres (e.g., Campbell, 2002; Stuart, Moore, Gordon, Ramsay, & Koehler, 2006). Os dados deste estudo parecem apontar para os efeitos positivos que as casas-abrigo têm no funcionamento social, psicológico e fisiológico de mulheres vítimas de VRI. Este é mais um argumento, agora do ponto de vista empírico, a realçar a grande necessidade de se investir em casas-abrigo para mulheres vítimas de VRI. Este investimento pode ser feito, quer pela manutenção e continuidade de financiamento, quer ao nível de criação de mais centros em caso de necessidade. Com este estudo, foi também possível perceber a razão pela qual não há consenso na literatura no que respeita ao eixo LHPA em mulheres vítimas de VRI. Provavelmente, a disparidade de resultados deve-se ao facto de as mulheres vítimas de VRI responderem à adversidade de forma idiossincrática, tal como se verificou no presente estudo.

Todavia, os dados parecem apontar que um aumento do CAR estará associado a melhor funcionamento do eixo LHPA.

Futuros estudos

É necessário perceber quais os grupos de risco com o eixo LHPA desregulado, que é um forte preditor de doença. Desta forma, torna-se fundamental realizar mais estudos longitudinais e com maior sustentação empírica. Para estudos futuros, sugerimos que as participantes sejam avaliadas após saírem da casa-abrigo, para ser possível estabelecer a comparação ao nível das mudanças psicológicas, fisiológicas e sociais que ocorrem na vida das mulheres acolhidas. Apesar das investigações se centrarem fundamentalmente nas consequências psicológicas (e.g., Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, & Watts, 2005), era importante desenvolver mais estudos que reportem as consequências fisiológicas e biológicas, para que os profissionais de saúde adquiriram mais conhecimento e consigam delinear intervenções mais completas. Deste modo, as intervenções na saúde mental devem ter em consideração a heterogeneidade das mulheres acolhidas e devem ter respostas adequadas às suas necessidades.

Referências

- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2014). Estatísticas – totais nacionais 2013, acedido em http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2013.pdf
- Basu, A., Levendosky, A. A., & Lonstein, J. S. (2013). Trauma sequelae and cortisol levels in women exposed to intimate partner violence. *Psychodynamic psychiatry*, 41(2), 247-275.
- Black, M. C. (2011). Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians. *American journal of lifestyle medicine*, 5(5), 428-439.
- Bogat, G. A., Levendosky, A. A., DeJonghe, E., Davidson, W. S., & von Eye, A. (2004). Pathways of suffering: The temporal effects of domestic violence on women's mental health. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 6(2), 97-112.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), 1331-1336.
- Campbell, R., Dworkin, E., & Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 46-225.
- Canavarro, C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - B. S. I [Brief Symptom Inventory]. In M. R. Simões & M. M. Gonçalves (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* [Psychological measures in Portugal] (Vol. 2) (pp. 95-109). Braga: APPOINT/SHO.
- Cardoso, P. C. C. & Quaresma, F. (2012). Violência doméstica: da participação da ocorrência à investigação criminal. Ministério da Administração Interna, acedido em http://www.dgai.mai.gov.pt/files/conteudos/Publicacao%20VRI_dez_2012%20v1.pdf
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 57-310.
- Correia, A. L., & Sani, A. I. (2015). As casas de casa-abrigo em Portugal: Caracterização estrutural e funcional destas respostas sociais. *Análise Psicológica*, 33(1), 89-96.
- Cotrim, D. (2014). Análise qualitativa da experiência em residir numa casa de casa-abrigo para mulheres que sofrem de violência conjugal. Dissertação de Mestrado, ISPA-Instituto Universitário, Portugal.
- DeJonghe, E. S., Bogat, G. A., Levendosky, A. A., & von Eye (2008). Women survivors of intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: Prediction and prevention. *Journal of Postgraduate Medicine*, 54(4), 294-300.

- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *International Journal of Family Medicine* 2013, 1-15.
- Eshelman, L., & Levendosky, A. A. (2012). Dating violence: Mental health consequences based on type of abuse. *Violence and victims*, 27(2), 215-228.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Felippe, M. A. (2014). Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em mulheres vítimas de violência praticada por parceiro íntimo. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora- Instituto de Ciências Humanas, Brasil.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Sage publications.
- García-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. (2005). WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. World Health Organization.
- Graham, J. E., Christian, L. M., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2006). Stress, age, and immune function: Toward a lifespan approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 389-400.
- Griffin, M. G., Resick, P. A., & Yehuda, R. (2005). Incremento de la supresión del cortisol a continuación de la administración de dexametasona en supervivientes a la violencia doméstica. *Terapia Sexual y de Pareja*, 22, 1-94.
- Heim, C., Ehlert, U., & Hellhammer, D. H. (2000). The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 25(1), 1-35.
- Johnson, D. M., Delahanty, D. L., & Pinna, K. (2008). The cortisol awakening response as a function of PTSD severity and abuse chronicity in sheltered battered women. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(5), 793-800.
- Khadra, C., Wehbe, N., Fiola, J. L., Skaff, W., & Nehmé, M. (2015). Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder Among Battered Women in Lebanon An Exploratory Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(2), 295-313.
- Kuijpers, K. F., van der Knaap, L. M., & Lodewijks, I. A. (2011). Victims' influence on intimate partner violence revictimization: A systematic review of prospective evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(4), 198-219.

- Levendosky, A. A., & Graham-Bermann, S. A. (2001). Parenting in battered women: The effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence*, 16(2), 171-192.
- Lokhmatkina, N. V., Feder, G., Blake, S., Morris, R., Powers, V., & Lightman, S. (2013). Longitudinal measurement of cortisol in association with mental health and experience of domestic violence and abuse: Study protocol. *BioMed Central Psychiatry*, 13(1), 1-188.
- Magalhães, M. J., Morais, C., & Castro, Y. R. (2011). Organização e funcionamento duma casa de casa-abrigo de solidariedade social. *Psicologia e Sociedade*, 23, 598-607.
- Marcelino, D., & Gonçalves, S. P. (2012). Perturbação pós-stress traumático: Características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist–Civilian Version (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 71-75.
- Ministério da Administração Interna (2014). Violência doméstica 2013: relatório anual de monitorização, acedido em http://www.dgai.mai.gov.pt/files/conteudos/Rel%20VRI%202013_%20v14ago2014.pdf
- Miranda, S. C. C. (2011). Stress ocupacional, burnout e apoio social nos profissionais de saúde mental. Tese de doutoramento não publicada apresentada à Universidade Católica Portuguesa.
- Moreira, J. M., & Canaipa, R. I. T. A. (2007). A Escala de Provisões Sociais: Desenvolvimento e validação da versão portuguesa da “Social Provisions Scale”. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 24(2), 23-58.
- Nicolson, N. A. (2008). Measurement of cortisol. *Handbook of physiological research methods in health psychology*, 37-74.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Herbert, J., & Martinez, M. (2004). Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, 56(4), 233-240.
- Pinna, K. L., Johnson, D. M., & Delahanty, D. L. (2014). PTSD, comorbid depression, and the cortisol waking response in victims of intimate partner violence: Preliminary evidence. *Anxiety, Stress, & Coping*, 27(3), 253-269.
- Pruessner, J. C., Wolf, O. T., Hellhammer, D. H., Buske-Kirschbaum, A., Von Auer, K., Jobst, S., & Kirschbaum, C. (1997). Free cortisol levels after awakening: A reliable biological marker for the assessment of adrenocortical activity. *Life Sciences*, 61(26), 2539-2549.
- Schmidt-Reinwald, A., Pruessner, J. C., Hellhammer, D. H., Federenko, I., Rohleder, N., Schürmeyer, T. H., & Kirschbaum, C. (1999). The cortisol response to awakening in

- relation to different challenge tests and a 12-hour cortisol rhythm. *Life Sciences*, 64(18), 1653-1660.
- Schulz, R., Sawruk, E., Mülhardt, C., Bertrand, S., Baumann, A., Phannavong, B., & Schmitt, B. (1998). $\alpha 3$, a new functional α subunit of nicotinic acetylcholine receptors from *Drosophila*. *Journal of Neurochemistry*, 71(2), 853-862.
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601-630.
- Soares, A., & Alves, M. (2006). Cortisol como variável em psicologia da saúde. *Psicologia, saúde e doenças*, 7(2), 165-17.
- Stuart, G. L., Moore, T. M., Gordon, K. C., Ramsey, S. E., & Kahler, C. W. (2006). Psychopathology in women arrested for domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(3), 376-389.
- Varela, M., & Leal, I. (2008). Perturbação de pós-stress traumático, estratégias de coping e apoio social. In I. Leal, P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da* (pp. 399-402). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Weitzman, E. D., Fukushima, D., Nogeire, C., Roffwarg, H., Gallagher, T. F., & Hellman, L. (1971). Twenty-four hour pattern of the episodic secretion of cortisol in normal subjects. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 33(1), 14-22.
- World Health Organization. (2013). Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization: Geneva: Switzerland
- Wust, S., Wolf, J., Hellhammer, D. H., Federenko, I., Schommer, N., & Kirschbaum, C. (2000). The cortisol awakening response-normal values and confounds. *Noise and health*, 2(7), 79-88.
- Yehuda, R., McFarlane, A., & Shalev, A. (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological Psychiatry*, 44(12), 1305-1313.