

Teoria de Médio Alcance da Síndrome Pós-Trauma em Mulheres Expostas a Violência por Parceiro Íntimo

A Middle-Range Theory of Post-Trauma Syndrome in Women Exposed to Intimate Partner Violence

Teoría de Medio Alcance del Síndrome Postraumático en Mujeres Expuestas a Violencia por Parte de su Pareja Íntima

Yanka Alcântara Cavalcante ¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0152-9216>

Marcos Venícios de Oliveira Lopes ¹

 <https://orcid.org/0000-0001-5867-8023>

Suzana de Oliveira Mangueira ²

 <https://orcid.org/0000-0003-0931-8675>

Ana Ruth Macêdo Monteiro ³

 <https://orcid.org/0000-0002-1130-1293>

Jaqueleine Galdino Albuquerque Perrelli ⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-4934-1335>

Julia S. Seng ⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-7066-6348>

¹ Universidade Federal do Ceará,
Departamento de Enfermagem, Fortaleza,
Ceará, Brasil

² Universidade Federal da Paraíba,
Departamento de Enfermagem, João
Pessoa, Paraíba, Brasil

³ Universidade Estadual do Ceará,
Departamento de Enfermagem, Fortaleza,
Ceará, Brasil

⁴ Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem, Recife,
Pernambuco, Brasil

⁵ University of Michigan, Departamento
de Enfermagem, Ann Arbor, Michigan,
Estados Unidos

Autor de correspondência

Yanka Alcântara Cavalcante

E-mail: yankacavalcante77@gmail.com

Recebido: 04.02.25

Aceite: 24.06.25

Resumo

Enquadramento: A violência contra a mulher é um fenômeno persistente com profundas repercussões físicas, emocionais e sociais. A compreensão dos efeitos da violência na saúde mental é essencial para a prática clínica de enfermagem, nomeadamente no diagnóstico da Síndrome Pós-Trauma.

Objetivo: Desenvolver uma Teoria de Médio Alcance que identifique os elementos e processos clínicos associados ao diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma (00141), da NANDA-Internacional, em mulheres expostas à violência.

Metodologia: Estudo de desenvolvimento teórico baseado em duas revisões sistemáticas da literatura, ancorado na Teoria Feminista de Bell Hooks.

Resultados: Identificaram-se 13 elementos antecedentes, tais como agressão física, sexual e psicológica, traumas na infância, baixa escolaridade e apoio social inadequado. Foram ainda identificados 15 elementos consequentes, incluindo desesperança, ansiedade, insônia, automutilação e compulsão alimentar.

Conclusão: A teoria proposta permite uma compreensão aprofundada da Síndrome Pós-Trauma em mulheres vítimas de violência, oferecendo contributos relevantes para a prática clínica de enfermagem e para intervenções mais direcionadas e eficazes.

Palavras-chave: teoria fundamentada; teoria social; diagnóstico de enfermagem; transtornos traumáticos cumulativos; violência de género

Abstract

Background: Violence against women is a persistent phenomenon with profound physical, emotional, and social consequences. Understanding its impact on mental health is essential for nursing practice, particularly in the diagnosis of Post-Trauma Syndrome.

Objective: To develop a Middle-Range Theory identifying the clinical elements and processes related to the NANDA-International nursing diagnosis Post-Trauma Syndrome (00141) in women exposed to violence.

Methodology: Theoretical study based on the development of two systematic literature reviews, supported by Bell Hooks' Feminist Theory.

Results: Thirteen antecedent elements were identified, such as physical, sexual, and psychological abuse, childhood trauma, low educational level, and inadequate social support. Fifteen consequent elements were also identified, including hopelessness, anxiety, insomnia, self-harm, and binge eating.

Conclusion: The proposed theory enables a deeper understanding of Post-Trauma Syndrome in women victims of violence, providing relevant contributions to clinical nursing practice and more targeted, effective interventions.

Keywords: grounded theory; social theory; nursing diagnosis; cumulative trauma disorders; gender-based violence

Resumen

Marco contextual: La violencia contra la mujer es un fenómeno persistente con profundas repercusiones físicas, emocionales y sociales. Comprender los efectos de la violencia en la salud mental es esencial para la práctica clínica de la enfermería, especialmente en el diagnóstico del síndrome postraumático.

Objetivo: Desarrollar una teoría de rango medio que identifique los elementos y procesos clínicos asociados al diagnóstico de enfermería del síndrome postraumático (00141), de la NANDA-Internacional, en mujeres expuestas a violencia.

Metodología: Estudio de desarrollo teórico basado en la elaboración de dos revisiones sistemáticas de la literatura, basado en la teoría feminista de Bell Hooks.

Resultados: Se identificaron 13 elementos antecedentes, como agresión física, sexual y psicológica, traumas en la infancia, bajo nivel educativo y apoyo social inadecuado. También se identificaron 15 elementos consecuentes, entre ellos desesperanza, ansiedad, insomnio, automutilación y compulsión alimentaria.

Conclusión: La teoría propuesta permite una comprensión profunda del síndrome postraumático en mujeres víctimas de violencia y ofrece información relevante para la práctica clínica del personal de enfermería y para intervenciones más dirigidas y eficaces.

Palabras clave: teoría fundamentada; teoría social; diagnóstico de enfermería; trastornos traumáticos acumulativos; violencia de género

Como citar este artigo: Cavalcante, Y. A., Lopes, M. V., Mangueira, S. O., Monteiro, A. R., Perrelli, J. G., & Seng, J. S. (2025). Teoria de Médio Alcance da Síndrome Pós-Trauma em Mulheres Expostas a Violência por Parceiro Íntimo. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(4), e40171. <https://doi.org/10.12707/RVI25.15.40171>



Introdução

Segundo as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência contra as mulheres (VCM) é definida como uma violação dos direitos humanos, afetando uma em cada três mulheres em algum momento da vida, o que corresponde a 30% das mulheres que já foram vítimas de algum tipo de violência física e/ou sexual, normalmente a mais prevalente: a violência por parceiro íntimo (VPI) ou a violência sexual por parceiro não íntimo (Organização Pan-Americana da Saúde; 2017, World Health Organization, 2021).

Desta forma, os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, têm a responsabilidade de quebrar o ciclo da violência, reduzindo as lesões através da avaliação precoce das vítimas e do planeamento de ações de prevenção ou de reversão dos efeitos nocivos causados pelo trauma. Estes efeitos são descritos em diversos estudos e incluem danos físicos decorrentes de traumas e hemorragias, questões ginecológicas, como o diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis e distúrbios psicológicos, tais como sintomas depressivos, ansiedade patológica, humor depressivo, abuso de substâncias psicoativas e pensamentos suicidas (Aksan & Aksu, 2007; Bonomi et al., 2006; Özvaris et al., 2008; Poreddi et al., 2020).

Deste modo, é necessário adotar diagnósticos de enfermagem que estejam intimamente relacionados com a raiz do problema, de modo a questionar o impacto do trauma causado às mulheres sobreviventes de violência e a formular um plano de cuidados eficaz pelo profissional enfermeiro. Neste sentido, a NANDA-International (NANDA-I) inclui na sua classificação de diagnósticos de enfermagem a Síndrome Pós-Trauma (SPT, Post-Trauma Syndrome; 00141), que se encontra listada no Domínio 9 (*Coping e Tolerância ao Stress*) e na Classe 1 (Respostas Pós-Trauma; Herdman et al., 2021). Esta síndrome enquadra-se no contexto das mulheres expostas à violência. Por se tratar de um diagnóstico de síndrome, a SPT incorpora a necessidade de um julgamento clínico que inclua a confluência de um conjunto de outros diagnósticos que caracterizariam uma resposta comum. No entanto, a estrutura atual desta síndrome inclui apenas três diagnósticos na sua composição: Desesperança (00124), Ansiedade (00146) e Medo (00148), e os respetivos fatores etiológicos podem ser interpretados de forma imprecisa no contexto da VCM (Herdman et al., 2021).

Uma revisão teórica deste diagnóstico, tendo em conta as suas particularidades sindrómicas e contextuais, pode contribuir para uma melhor avaliação das mulheres vítimas de algum tipo de violência. Neste sentido, o desenvolvimento de uma Teoria de Médio Alcance (TMA) pode ajudar a identificar os elementos constituintes e as relações clínicas relevantes para a avaliação da SPT (Lopes et al., 2015). Diante do exposto, foram observadas lacunas na estrutura do diagnóstico da SPT relacionada com a VCM. São necessários elementos associados aos desfechos danosos para a saúde mental, física e sexual das mulheres que sofrem com o fenômeno da VCM, na composição estrutural do diagnóstico, uma vez que tais elementos não estão presentes na sua totalidade e tendem a abordar com veemência

a sintomatologia identificada em mulheres sobreviventes de violência, para uma melhor formulação dos cuidados prestados pelos enfermeiros à população-alvo. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi desenvolver uma TMA que identifique os elementos e os processos clínicos associados ao diagnóstico de enfermagem “Síndrome Pós-Trauma” (SPT; 00141[AF4.1]) da NANDA-International em mulheres expostas à violência.

Desenvolvimento

Materiais e Métodos

A TMA foi desenvolvida com base nas seguintes etapas: 1) Definição da abordagem para o seu desenvolvimento; 2) Definição dos modelos teórico-conceituais adotados; 3) Definição dos conceitos-chave; 4) Criação de um pictograma; 5) Definição de proposições; e 6) Estabelecimento de relações causais e evidências baseadas na prática (Lopes et al., 2015). O estudo baseou-se também em duas revisões sistemáticas (Revisão da Precisão Diagnóstica e Revisão da Etiologia e Risco) realizadas durante o desenvolvimento da própria teoria (Deeks, 2001; Leeflang et al., 2013; Moola et al., 2020).

Definição da abordagem de construção teórica

Para a primeira etapa, Lopes et al. (2015) recomendam que a teoria seja derivada do raciocínio clínico, antes de se avançar para as etapas que incluirão os elementos relevantes que serão interligados de forma a representar o fenômeno de interesse, bem como as relações de causa e efeito e os principais conceitos a abordar. Esta abordagem é apontada como alternativa ao desenvolvimento de teorias para diagnósticos de enfermagem; a elaboração de revisões; a criação de diferentes modelos conceituais; e a criação de uma teoria específica, da qual são retirados os elementos relevantes para o diagnóstico.

A Teoria Feminista de Bell Hooks foi adotada e serviu de base a duas revisões sistemáticas com o objetivo de identificar e definir os elementos que devem ser incluídos no diagnóstico de enfermagem SPT na perspectiva de mulheres vítimas de violência. A teoria aborda as mulheres que estão à margem e que fazem parte do todo como luta social. No entanto, estas não são o foco principal, sendo o olhar crítico direcionado para os lugares do feminismo - o centro, atribuído às mulheres brancas privilegiadas e letradas; e a margem, ocupada pelas mulheres negras, excluídas dos debates, e pertencentes à periferia da sociedade - bem como para o conhecimento dos contextos da margem e do centro e o contexto dos opressores. Desta forma, a autora consegue analisar o contexto de opressão das mulheres, estruturado em torno do sexism, do racismo, das lutas e das subversões (Hooks, 1984).

O presente estudo baseou-se no desenvolvimento de duas revisões sistemáticas da literatura: Revisão da Precisão Diagnóstica e Revisão da Etiologia e Risco. O objetivo foi desenvolver a Teoria da Síndrome Pós-Trauma aplicada à mulher vítima de violência, com base na Teoria Feminista de Bell Hooks e nos pressupostos teóricos correspondentes à VCM num contexto globalizado. As revisões seguiram o



modelo de protocolo do Manual do Joanna Briggs Institute (JBI; Aromataris & Munn, 2020) para identificar os elementos antecedentes, através da revisão sistemática de Etiologia e Risco no Capítulo 7 do manual registada no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) – Código CRD42020222427; Moola et al., 2020), e os elementos consequentes, através da revisão sistemática da Precisão Diagnóstica mencionada no Capítulo 9 do mesmo manual e também registada (CRD42020222474; Deeks, 2001; Leeflang et al., 2013).

Definição do Modelo Teórico-Conceitual Adotado

A segunda etapa consistiu na definição do modelo conceitual utilizado para a análise propriamente dita dos elementos antecedentes e consequentes e dos respetivos conceitos, que possibilitarão o processo de racionalização da estrutura básica da TMA desenvolvida (Lopes et al., 2015). De acordo com a teoria, os tipos de agressões e os fatores identificados como relevantes para uma maior suscetibilidade de manifestação da SPT nessas mulheres foram identificados na TMA, a fim de estabelecer uma relação de causa e efeito (Hooks, 1984).

Definição dos Principais Conceitos

A terceira etapa é vista como esclarecedora do raciocínio clínico do diagnóstico através da formulação de definições de conceitos e da sua operacionalização. Em suma, esta etapa demonstra como os elementos clínicos antecedentes (fatores etiológicos causadores da situação) e os elementos clínicos consequentes (indicadores clínicos que represen-

tam os efeitos dos primeiros elementos citados) devem ser avaliados com base na análise crítica do enfermeiro, de modo a investigar a presença de sinais e sintomas de uma síndrome por trauma em mulheres no âmbito do presente estudo (Lopes et al., 2015).

Os elementos antecedentes são os fatores causais que interagem com um grupo, pessoa ou comunidade, produzindo respostas psicossociais e fisiológicas. Os antecedentes foram classificados da seguinte forma: 1) Fatores precipitantes, que visam iniciar a cadeia causal (Agressão física, Agressão sexual, Agressão psicológica e Traumas na infância); 2) Fatores predisponentes, que tendem a aumentar as probabilidades de ser diagnosticado com SPT (Idade inferior a 40 anos, Baixa escolaridade, Desemprego, Nível socioeconómico baixo e Apoio social inadequado); 3) Fatores incapacitantes, que podem interferir e/ou prejudicar a recuperação das mulheres vitimizadas em termos de promoção da saúde (Distúrbio na imagem corporal e Comportamentos de evitamento); e 4) Fatores de reforço, que amplificam o efeito já consistente (Gravidade dos sintomas depressivos e História familiar de depressão; Lopes et al., 2015). Os elementos consequentes representam os efeitos encontrados na interação dos indivíduos com os elementos antecedentes, através da sua exposição/interação (Lopes et al., 2015). Os elementos foram classificados com base nos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, dado que o diagnóstico em estudo é do tipo síndrome, tendo também sido considerados os indicadores clínicos apresentados na literatura para a população-alvo (Tabela 1).

Tabela 1

Elementos consequentes da Síndrome Pós-Trauma

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (NANDA-I) *	INDICADOR CLÍNICO
Desesperança (00124) **	Ideação paranoíde
Baixa autoestima situacional (00120)	Hostilidade
Automutilação (00151)	Compulsão alimentar
Ansiedade (00146) **	
Sobrecarga de stress (00177)	
<i>Coping</i> ineficaz (00069)	
Fadiga (00093)	
Regulação do humor comprometida (00241)	
Distúrbio na imagem corporal (00118)	
Insónia (00095)	
Obesidade (00232)	
Medo (00148) **	

Nota. *Os diagnósticos listados estão agrupados como elementos consequentes do diagnóstico de SPT, sendo também considerados como indicadores clínicos. O termo diagnóstico foi utilizado apenas para os termos da nomenclatura NANDA-I (2021-2023) e para a composição do diagnóstico da SPT; **Elementos pertencentes à NANDA-I (2021-2023).

Criação de um pictograma

A quarta etapa consiste na criação de um pictograma que represente graficamente as relações conceituais apresentadas. O diagrama permite estabelecer relações causais entre

os elementos de cada conjunto (Lopes et al., 2015). O Diagrama de Ishikawa, também designado por Diagrama Espinha de Peixe, é utilizado nas análises organizacionais para identificar as principais causas de um problema.



Este método foi utilizado para representar graficamente as relações de causa e efeito.

Definição de proposições

Segundo Lopes et al. (2015), os elementos encontrados devem ser implementados na prática de enfermagem. As proposições devem estabelecer claramente a relação clínica com os elementos antecedentes e consequentes do diagnóstico em estudo (neste caso, a SPT) e a forma como os indicadores clínicos são vistos como consequências da resposta humana ao diagnóstico atual (Lopes et al., 2015).

Estabelecimento de relações causais e evidência

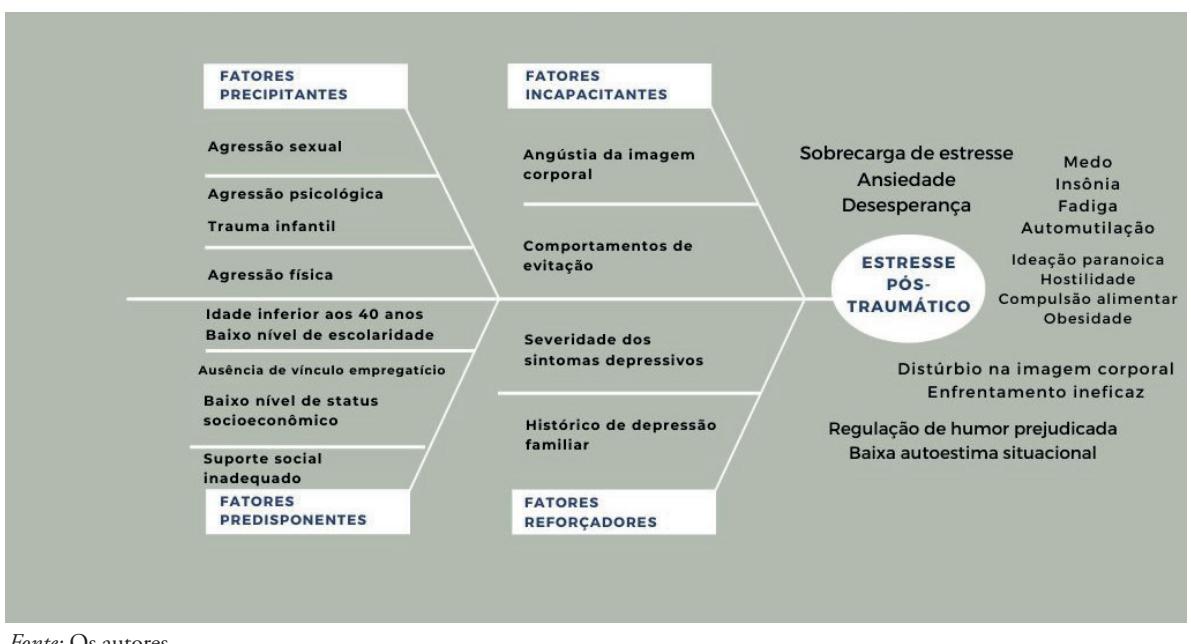
A sexta e última fase do desenvolvimento da teoria consiste na descrição do modelo teórico causal utilizado para os diagnósticos de enfermagem do SPT. Neste modelo é necessário indicar as relações de causalidade clínica que possibilitam a realização de um raciocínio/julgamento clínico lógico e verificável no âmbito da investigação. Para uma melhor compreensão desta fase, foram apresentados vários exemplos que ilustram as relações de causa e efeito (Lopes et al., 2015).

Pictograma da Síndrome Pós-Trauma

Foi construído o Diagrama de Ishikawa de causa e efeito (Figura 1) referente aos elementos antecedentes e consequentes pertencentes à construção da teoria e, consequentemente, da TMA para o diagnóstico de SPT em mulheres vítimas de violência. O pictograma inicia-se com a representação dos fatores precipitantes (Agressão física, sexual e psicológica e Traumas na infância) e predisponentes (Idade inferior a 40 anos, Baixa escolaridade, Desemprego, Nível socioeconómico baixo e Apoio social inadequado), seguidos dos fatores incapacitantes (Angústia da imagem corporal e Comportamentos de evitação) e dos fatores de reforço (Gravidade dos sintomas depressivos e História familiar de depressão), num total de 13 fatores etiológicos identificados para a composição da SPT. Em torno deste diagnóstico/fenômeno, existem 12 diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (Desesperança, Baixa autoestima situacional, Automutilação, Ansiedade, Sobrecarga de stress, *Coping* ineficaz, Fadiga, Regulação do humor comprometida, Distúrbio na imagem corporal, Insônia, Obesidade e Medo) e três indicadores clínicos (Ideação paranoíde, Hostilidade e Compulsão alimentar).

Figura 1

Elementos antecedentes e consequentes da Síndrome Pós-Trauma



Fonte: Os autores.

Proposições definitivas da Síndrome Pós-Trauma

Foram formuladas treze proposições para estabelecer a causalidade dos elementos da SPT: As mulheres que foram vítimas de agressões físicas apresentam sintomas de Sobrecarga de stress, Ansiedade, *Coping* ineficaz, Medo, sintomas depressivos como Desesperança, Automutilação, Baixa autoestima situacional, ideação paranoíde e sintomas somáticos (Regulação do humor comprometida, Fadiga e Insônia); As agressões sexuais perpetradas contra mulheres influenciam tudo, desde os sintomas depressivos (Desesperança, Automutilação, Baixa autoestima situacional)

até ao *Coping* ineficaz, Sobrecarga de stress, Ansiedade e sintomas somáticos (Regulação do humor comprometida, Fadiga e Insônia); As mulheres que foram vítimas de agressão psicológica podem apresentar sintomas depressivos (Automutilação, Desesperança e Baixa autoestima situacional), Sobrecarga de stress, Medo, *Coping* ineficaz e sintomas somáticos (Regulação do humor comprometida, Insônia e Fadiga); A agressão física e psicológica tende a influenciar os comportamentos de Desesperança, Baixa Autoestima Situacional, Ansiedade e Regulação do humor comprometida: O trauma sofrido na infância pode resultar

no diagnóstico de *Coping Ineficaz*, bem como em sintomas depressivos (Desesperança, Automutilação e Baixa Autoestima Situacional) e Ansiedade; O *Coping Ineficaz*, a Ansiedade, os sintomas depressivos (Desesperança e Baixa autoestima Situacional) e a Sobrecarga de stress são influenciados por determinantes sociais (idade inferior a 40 anos, baixa escolaridade, baixo nível socioeconómico e desemprego); Um apoio social inadequado aumenta a suscetibilidade a Sobrecarga de stress, *Coping ineficaz*, Ansiedade, sintomas depressivos (Desesperança e Baixa autoestima situacional), hostilidade, ideação paranóide e agressão física e psicológica; Os comportamentos de evitamento, que contribuem para a agressão psicológica e sexual, influenciam a apresentação de *Coping Ineficaz*, Sobrecarga de stress e sintomas depressivos (Baixa autoestima Situacional, Automutilação e Desesperança); O *Coping ineficaz* pode ocorrer devido ao aparecimento do fator incapacitante dos comportamentos de evitamento face ao trauma sofrido; Os sintomas depressivos (Desesperança, Automutilação e Baixa autoestima situacional), a Sobrecarga de stress e o Distúrbio na imagem corporal estão associados à perturbação da imagem corporal em mulheres que sofreram lesões graves (agressão física) e violação (agressão sexual); As mulheres que já apresentam sintomas depressivos graves, influenciados por agressões físicas, psicológicas e sexuais, apresentam uma maior Sobrecarga de stress; A Compulsão alimentar e a Sobrecarga de stress em mulheres adultas podem ser causadas por um trauma sofrido na infância, associado a uma história familiar de depressão; O diagnóstico de Obesidade é influenciado por traumas de infância e stress traumático, associados ao diagnóstico de Sobrecarga de stress já na idade adulta.

Identificação e Causalidade dos Elementos Propostos para a Síndrome Pós-Trauma

Foram selecionados 13 elementos antecedentes (fatores etiológicos) e 15 elementos consequentes, nomeadamente 12 diagnósticos de enfermagem pertencentes à NANDA-I (2021-2023) e três indicadores clínicos identificados em revisões da literatura. Das 33 características definidoras (indicadores clínicos) pertencentes ao diagnóstico atual da SPT, apenas três (Desesperança, Medo e Ansiedade) ainda estavam presentes, e dos sete fatores relacionados (fatores etiológicos), apenas um (Apoio social inadequado) estava presente na TMA.

A agressão física está intimamente associada à gravidade da Sobrecarga de stress e ao *Coping ineficaz*, que alguns autores definem como o consumo excessivo de álcool e outras drogas ilícitas como forma de lidar com a experiência vivida através da agressão física perpetrada. As mulheres que sofreram VPI têm um risco até 5% maior de apresentarem SPT, nomeadamente sintomatologia de Sobrecarga de stress (Flanagan et al., 2014).

O diagnóstico de Medo decorre da exposição à agressão física, que é sentida como uma ameaça e um perigo de novas lesões físicas, principalmente em casos que envolvem parceiros íntimos. O medo torna-se uma reação involuntária aos sintomas de SPT, uma vez que a mulher se encontra num estado de alerta e manifesta uma preocu-

pação excessiva com acontecimentos futuros possíveis. A convivência diária com lesões físicas está altamente associada à convivência com o medo e à decisão de denunciar a violência vivenciada (Oliveira et al., 2015).

A Regulação do humor comprometida tende a estar associada a casos de mulheres que sofrem violência doméstica em contexto de agressão física. Estas mulheres apresentam sintomas semelhantes, tais como: incapacidade de controlar comportamentos impulsivos, dificuldade em agir de acordo com os comportamentos desejados em momentos que envolvem emoções negativas, falta de consciência emocional e falta de clareza emocional (Zancan & Habigzang, 2018).

A agressão física também foi associada a sintomas depressivos, nomeadamente Automutilação, Baixa Autoestima Situacional e Desesperança. As mulheres que sofreram violência física apresentaram uma maior probabilidade de estarem deprimidas e terem pensamentos suicidas. A experiência de agressão física nos últimos 12 meses foi um aspecto relevante para o número de sintomas físicos e mentais de depressão, sendo este um período necessário para a manifestação desses sintomas. As mulheres vítimas de agressão física têm até 62% mais probabilidades de apresentarem sintomas depressivos. Através da automutilação, a mulher idealiza a transferência do sofrimento psíquico para a dor física causada pela violência autodirigida (Moreira et al., 2019).

O indicador Ideação paranóide, caracterizado pela desconfiança e suspeita de determinadas ações de pessoas em geral e/ou dos seus parceiros íntimos, que podem ser interpretadas pelas mulheres como maliciosas e prejudiciais, foi associado à exposição ao medo de agressão física, com uma probabilidade 29% superior em comparação com as mulheres que não foram expostas a esse fator (Moreira et al., 2019).

O fator Agressão sexual foi associado à presença de Sobrecarga de stress, sendo que as mulheres vítimas de agressão têm uma probabilidade estimada 72% superior de apresentar esse diagnóstico (Rodriguez et al., 2010). Outros estudos abordaram também a significância estatística da apresentação de Sobrecarga de stress em mulheres vítimas de agressão sexual (Manyema et al., 2018). O diagnóstico Ansiedade é indicado como desfecho, pois há estudos que estimam que a sua prevalência é até quatro vezes superior em mulheres expostas à violência sexual (Choi et al., 2021).

Os sintomas depressivos (Desesperança, Baixa autoestima situacional e Automutilação) estão correlacionados com a agressão sexual perpetrada. Alguns estudos abordaram a associação entre este fator e o aumento dos sintomas depressivos nas mulheres. Além disso, abordaram a regulação do humor comprometida, os episódios somáticos de insónia e distúrbios do sono e o aumento da fadiga como sintomas somáticos que representam a sintomatologia da SPT (Mitchell et al., 2010).

A agressão psicológica está associada ao aparecimento de sintomas depressivos, desesperança, baixa autoestima e práticas de automutilação. Esta situação ocorre devido ao sofrimento mental causado por ameaças, humilhações e ofensas, que podem levar à automutilação sem intenção



de suicídio, como forma de escapar à dor mental através da dor física. Além disso, podem também surgir sintomas de baixa autoestima relacionados com as humilhações e a desesperança (Flanagan et al., 2014). O diagnóstico de medo da exposição à agressão psicológica é explicado pela manipulação perversa do agressor, que tende a consumir a integridade da vítima através da intimidação e humilhação. Esse diagnóstico também está relacionado com o conjunto de normas e regras impostas a essa mulher, de acordo com os sentidos por ela apreendidos e internalizados desde a infância (Labronici et al., 2010).

O diagnóstico de Insónia relacionado com a exposição à agressão psicológica foi apontado como tendo 18% mais probabilidades de ocorrer devido às ameaças de novos tipos de agressão, tais como a física e a sexual, apoiadas em ameaças de possíveis tentativas de feminicídio por parte dos parceiros íntimos. Isso prejudica o estado de vigília e o sono das mulheres, ao mesmo tempo que se enquadra nas características recorrentes da insónia, tais como a alteração do padrão de sono e a sensação de cansaço (Adeodato et al., 2005).

O diagnóstico de Fadiga foi associado à agressão psicológica como sintoma somático e sintoma físico, indicativo do tempo de exposição à violência e da frustração apresentada pela mulher devido a este tipo de agressão, sendo mais comum em mulheres com determinados tipos de personalidade: resistentes ao stress, dependentes do parceiro, perfeccionistas e/ou sentimentais (Moreira et al., 2019). Os níveis de Desesperança e Baixa Autoestima Situacional foram positivamente associados à não aceitação de emoções negativas, à dificuldade em controlar comportamentos impulsivos ao vivenciar emoções negativas relacionadas com o trauma sofrido e ao acesso limitado a estratégias de regulação emocional que pudessem ser consideradas como parâmetros confiáveis e eficazes para o controlo emocional, tendo sido assim diagnosticada a perturbação de regulação do humor (Zancan & Habigzang, 2018).

O fator Traumas na infância está associado à presença de Ansiedade, bem como de sintomas depressivos como Desesperança, Automutilação, Baixa Autoestima Situacional e *Coping Ineficaz*. O consumo excessivo de álcool e outras drogas também está associado ao trauma na infância, sendo interpretado como uma estratégia de *Coping ineficaz* na idade adulta (Miller & Resick, 2007). Os fatores sociodemográficos, referidos como fatores predisponentes que tornam as mulheres mais suscetíveis ao aparecimento de sintomas de SPT, tais como idade inferior a 40 anos, baixa escolaridade, baixo nível de rendimento socioeconómico e ausência de emprego, foram associados em vários estudos a elementos consequentes, nomeadamente: *Coping ineficaz*, Ansiedade, Desesperança, Baixa autoestima situacional e Sobrecarga de stress (Manyema et al., 2018; Lotzin et al., 2019; Choi et al., 2021; Moreira et al., 2019).

Entre as limitações do estudo, destaca-se o reduzido número de artigos incluídos nas amostras das duas revisões, o que indica a escassez de estudos realizados na área da SPT em mulheres sobreviventes de violência. Verifica-se também a ausência de estudos sobre os diagnósticos de

enfermagem da NANDA-I, sendo apenas apresentado o diagnóstico médico, o que evidencia a necessidade de mais estudos sobre esta temática na área da enfermagem

Conclusão

A TMA permitiu identificar elementos associados ao fenómeno da SPT e à prática clínica do enfermeiro. Nesse sentido, a teoria da SPT será útil para os investigadores de enfermagem que se dedicam ao fenómeno da VCM, bem como para a prática clínica dos profissionais de enfermagem, uma vez que lhes proporcionará conhecimentos para detetarem precocemente os sintomas da SPT através da identificação dos fatores etiológicos apresentados pelas mulheres sobreviventes de violência. Como resultado, a qualidade dos cuidados prestados por estes profissionais a este público será melhorada, uma vez que utilizarão elementos mais consistentes e precisos para planejar possíveis resultados e intervenções de enfermagem para a população estudada.

Contribuição dos autores

Conceptualização: Cavalcante, Y. A., Lopes, M. V.

Tratamento de dados: Cavalcante, Y. A., Lopes, M. V.

Análise formal: Cavalcante, Y. A., Lopes, M. V.

Aquisição de financiamento: Cavalcante, Y. A.

Investigação: Cavalcante, Y. A.

Metodologia: Cavalcante, Y. A., Lopes, M. V.

Administração do projeto: Cavalcante, Y. A., Lopes, M. V.

Software: Lopes, M. V.

Supervisão: Lopes, M. V.

Visualização: Lopes, M. V., Mangueira, S. O., Monteiro, A. R. M., Perrelli, J. G. Seng, J.S.

Redação – rascunho original: Cavalcante, Y. A.

Redação – análise e edição: Lopes, M. V., Mangueira, S. O., Monteiro, A. R. M., Perrelli, J. G.

Referências bibliográficas

- Adeodato, V. G., Carvalho, R. R., Siqueira, V. R., & Souza, F. G. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública*, 39(1), 108-113. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100014>
- Aksan, H. A., & Aksu, F. (2007). The training needs of turkish emergency department personnel regarding intimate partner violence. *BMC Public Health*, 7(350). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-350>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2024). *JBI manual for evidence synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carrrell, D., Dimer, J. A., & Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 458-466. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.015>
- Choi, A. W., Lo, B. C., Lo, R. T., To, P. Y., & Wong, J. Y. (2021). Intimate partner violence victimization, social support, and resilience: Effects on the anxiety levels of young mothers. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(21-22), NP12299-NP12323. <https://doi.org/10.1177/0886260519888532>



- Deeks, J. J. (2001). Systematic reviews of evaluations of diagnostic and screening tests. *The BMJ*, 323(487), 157-162. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7311.487>
- Flanagan, J. C., Jaquier, V., Overstreet, N., Swan, S. C., & Sullivan, T. P. (2014). The mediating role of avoidance coping between intimate partner violence (IPV) victimization, mental health, and substance abuse among women experiencing bidirectional IPV. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 391-396. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.065>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). *NANDA international nursing diagnoses: Definitions & classification, 2021-2023* (12^a ed.). Thieme.
- Hooks, B. (1984). *Feminist theory: From margin to center*. South End Press.
- Labronici, L. M., Fegadoli, D., & Correa, M. E. (2010). Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: Um estudo fenomenológico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 401-406. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NkQBBmVmkJhsB-Jg3jF3ssvQ/?format=pdf&lang=pt>
- Leeflang, M. M., Deeks, J. J., Takwoingi, Y., & Macaskill, P. (2013). Cochrane diagnostic test accuracy reviews. *Systematic Reviews*, 2(82). <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/2/1/82>
- Lopes, M. V., Silva, V. M., & Herdman, T. H. (2015). Causation and validation of nursing diagnoses: A middle range theory. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(1), 53-59. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12104>
- Lotzin, A., Grundmann, J., Hiller, P., Pawils, S., & Schäfer, I. (2019). Profiles of childhood trauma in women with substance use disorders and comorbid posttraumatic stress disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10(674). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00674>
- Manyema, M., Norris, S. A., Said-Mohamed, R., Tollman, S. T., Twine, R., Kahn, K., & Richter, L. M. (2018). The associations between interpersonal violence and psychological distress among rural and urban young women in South Africa. *Health & Place*, 51, 97-106. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.03.003>
- Miller, M. W., & Resick, P. A. (2007). Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: Implications for the understanding of complex PTSD. *Behavior Therapy*, 38(1), 58-71. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.04.003>
- Mitchell, S. J., Lewin, A., Horn, I. B., Valentine, D., Sanders-Phillips, K., & Joseph, J. G. (2010). How does violence exposure affect the psychological health and parenting of young african-american mothers? *Social Science & Medicine*, 70(4), 526-533. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.048>
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Lisy, K., Qureshi, R., Mattis, P., & Mu, P. -F. (2020). Systematic reviews of etiology and risk. In E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), *JBI manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-06>
- Moreira, P. A., Pinto, M., Cloninger, C. R., Rodrigues, D., & Silva, C. F. (2019). Understanding the experience of psychopathology after intimate partner violence: The role of personality. *PeerJ*, 7, e6647. <https://doi.org/10.7717/peerj.6647>
- Oliveira, P. P., Viegas, S. M., Santos, W. J., Silveira, E. A., & Elias, S. C. (2015). Mulheres vítimas de violência doméstica: Uma abordagem fenomenológica. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(1), 196-203. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002900013>
- Özvaris, B., Demiroren, M., Şener, S., & Tumay, Ş. (2008). *Health services on combating domestic violence against women*. Prime Ministry General Directorate of the Status of Women Publications.
- Poreddi, V., Gandhi, S., Reddy, S. N., Palaniappan, M., & BadaMath, S. (2020). Violence against women with mental illness and routine screening: Nurses' knowledge, confidence, barriers and learning needs. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(5), 398-404. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.015>
- Rodriguez, M. A., Heilemann, M. V., Fielder, E., Ang, A., Nevarez, F., & Mangione, C. M. (2008). Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant latina women. *Annals of Family Medicine*, 6(1), 44-52. <https://doi.org/10.1370/afm.743>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2017). *Folha informativa: Violência contra as mulheres*.
- World Health Organization. (2021). *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341337/9789240022256-eng.pdf>
- Zancan, N., & Habigzang, L. F. (2018). Regulação emocional, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com histórico de violência conjugal. *Psico USF*, 23(2), 253-265. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230206>