Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32938

EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E O DESENVOLVIMENTO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: UMA ANÁLISE DOS IMPACTOS PSICOLÓGICOS EM MULHERES

EXPOSURE TO DOMESTIC VIOLENCE AND THE DEVELOPMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: AN ANALYSIS OF THE PSYCHOLOGICAL IMPACTS ON WOMEN

EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA Y EL DESARROLLO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: UN ANÁLISIS DE LOS IMPACTOS PSICOLÓGICOS EN LAS MUJERES

Brenda Brito dos Santos[1]
Maria Bárbara Girotto de Souza Pertile[2]

RESUMO: Esse artigo buscou compreender e analisar os aspectos psicológicos na relação do desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático a partir da exposição à violência doméstica contra a mulher. A metodologia empregada consiste em uma revisão bibliográfica narrativa de abordagem qualitativa, com fins exploratório, descritivo e explicativo. Os principais resultados apontam que o risco de adoecimento se constitui antes, durante e após a violência, e que a construção social do feminino gera uma vulnerabilidade estrutural que favorece agressões repetidas e invisibilizadas. A exposição prolongada, crônica e recorrente à violência doméstica, incluindo abusos psicológicos, sexuais, morais e patrimoniais, ultrapassa a capacidade de enfrentamento individual de cada vítima, gerando impactos psicológicos e alterações neurobiológicas persistentes na regulação do estresse. Conclui-se que o padrão cíclico e sistemático de exposição à violência no âmbito familiar atua como um fator central para o desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, embora a resposta ao trauma não seja determinista. Assim, o estudo ressalta a importância de fomentar debates voltados à conscientização social e de oferecer embasamento teórico para um acolhimento psicológico qualificado, capaz de reconhecer os impactos impostos à identidade e à saúde mental das mulheres.

Palavras-chave: Violência Doméstica. Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Violência contra a Mulher.

ABSTRACT: This article sought to understand and analyze the psychological aspects of the relationship between the development of Post-Traumatic Stress Disorder and exposure to domestic violence against women. The methodology employed consists of a narrative literature review with a qualitative approach, of an exploratory, descriptive, and explanatory nature. The main results indicate that the risk of illness is established before, during, and after the violence, and that the social construction of femininity generates a structural vulnerability that favors repeated and invisibilized aggression. Prolonged, chronic, and recurrent exposure to domestic violence, including psychological, sexual, moral, and patrimonial abuse, exceeds the individual coping capacity of each victim, generating psychological impacts and persistent neurobiological alterations in stress regulation. It is concluded that the cyclical and systematic pattern of violence exposure within the family environment acts as a central factor in the development of Post-Traumatic Stress Disorder, although the response to trauma

[1] Bacharelanda em Psicologia no Centro Universitário Univel.
[2] Docente do curso de Psicologia na Universidade Univel. Graduação em Psicologia e especialização em Filosofia e Autoconhecimento pela PUC-RS e especialização em prevenção e posvenção do comportamento autolesivo e ideação suicida pelo Instituto Vita Alere.

is not deterministic. Thus, the study highlights the importance of fostering debates aimed at social awareness and providing a theoretical foundation for qualified psychological support, capable of recognizing the impacts imposed on the identity and mental health of women.

Keywords: Domestic Violence. Post-Traumatic Stress Disorder. Violence against Women.

RESUMEN: Este artículo buscó comprender y analizar los aspectos psicológicos en la relación del desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático desde la exposición a la violencia doméstica contra la mujer. La metodología empleada consiste en una revisión bibliográfica narrativa de enfoque cualitativo, con fines exploratorios, descriptivos y explicativos. Los principales resultados señalan que el riesgo de enfermar se constituye antes, durante y después de la violencia, y que la construcción social de lo femenino genera una vulnerabilidad estructural que favorece agresiones repetidas e invisibilizadas. La exposición prolongada, crónica y recurrente a la violencia doméstica, incluyendo abusos psicológicos, sexuales, morales y patrimoniales, supera la capacidad de afrontamiento individual de cada víctima, generando impactos psicológicos y alteraciones neurobiológicas persistentes en la regulación del estrés. Se concluye que el patrón cíclico y sistemático de exposición a la violencia en el ámbito familiar actúa como un factor central para el desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático, aunque la respuesta al trauma no es determinista. Así, el estudio resalta la importancia de fomentar debates orientados a la concientización social y de ofrecer sustento teórico para una atención psicológica cualificada, capaz de reconocer los impactos impuestos a la identidad y la salud mental de las mujeres.

Palabras clave: Violencia Doméstica. Trastorno de Estrés Postraumático. Violencia contra la Mujer.

INTRODUÇÃO

Historicamente, observa-se que indivíduos que sofriam dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático, em sua maioria veteranos de guerra, sobreviventes do holocausto e vítimas de abuso, eram erroneamente diagnosticados com alcoolismo, abuso de substâncias, depressão, transtorno de humor e esquizofrenia (ROUSSEAU DA, 2024). Nesse cenário, o diagnóstico e a elaboração formal do Transtorno de Estresse Pós-Traumático só foram possíveis através do esforço dos psicanalistas nova-iorquinos Chaim Shatan e Robert J.

Em 1970, os psicanalistas iniciaram grupos de acompanhamento com pacientes veteranos da guerra do Vietnã e, a partir de uma comparação entre os sintomas desses veteranos e os sobreviventes do holocausto, foi possível delimitar uma lista de 27 sintomas mais comuns entre a então denominada “neurose traumática” (SCHESTATSKY S, et al, 2003). A partir da identificação dessa série de sintomas, tornou-se possível a elaboração de critérios diagnósticos mais sistematizados,o que culminou na inclusão do transtorno de estresse pós-traumático na 3ª edição do DSM, em 1980 (SOLOMON SD e CANINO GJ, 1990).

Além da exposição ao evento, a sintomatologia do transtorno é categorizada em mais três grupos principais: a reexperiência traumática, em que o indivíduo revisita o trauma por meio de flashbacks, sonhos e lembranças involuntárias; a esquiva ou distanciamento

emocional, onde ocorre a evitação de estímulos relacionados ao evento, como pensamentos, lembranças e lugares; e a hiperexcitabilidade psíquica, caracterizada por alterações cognitivas e no humor, como a impossibilidade de recordar algum fato do evento, crenças negativas persistentes a respeito de si, comportamentos irritadiços e surtos de raiva (CÂMARA FILHO JS e SOUGEY EB, 2001; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Segundo Van Der Kolk BA (2014, p. 67), "muito tempo depois do fim de uma experiência traumática, a experiência traumática é reativada a partir do menor sinal de perigo." O trauma afeta todo o organismo humano: corpo, mente e cérebro. No transtorno de estresse pós-traumático o corpo continua a defender-se contra uma ameaça que pertence ao passado.

Nesse sentido, ao compreender tal transtorno como um fenômeno que afeta o indivíduo em sua totalidade e cuja manifestação é enviesada por diferentes contextos, se torna necessário considerar também os marcadores sociais que influenciam essa experiência, especialmente o gênero. Assim, ao direcionar o olhar para a mulher, entende-se que a vivência do trauma não ocorre de forma isolada, mas é permeada por construções sociais que definem papéis, expectativas sociais e formas de subjetivação.

Essa perspectiva corrobora a clássica colocação de que "não se nasce mulher, torna-se mulher" (BEAUVOIR SD, 1980), evidenciando que a identidade da mulher é construída por meio da atribuição de distintos papéis que a sociedade espera ver cumpridos, delimitando rigorosamente os campos em que ela pode transitar (SAFFIOTI HI, 1987). Assim, a mulher é, desde a infância, moldada para se encaixar em expectativas de comportamentos preestabelecidos socialmente, fator que restringe suas possibilidades (CHAVES FS e SILVA FA, 2025).

É importante observar que a categoria "mulher" não é homogênea. As identidades sociais do sujeito são multifacetadas e cruzam-se com rupturas de classe e etnia, tornando a experiência de ser mulher diversa conforme o contexto histórico (SAFFIOTI HI e MUÑOZ-VARGAS M, 1994). Como bem pontua Saffioti HI, 1987 p. 10: "Ser mulher ou ser homem não é a mesma coisa numa sociedade católica e numa sociedade muçulmana". Assim, observa-se que não existe uma experiência universal do "ser mulher", visto que cada mulher vivencia essa experiência de maneira singular.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a violência é caracterizada pelo uso proposital da força ou do poder, seja de forma real ou por meio de ameaças, contra si mesmo,

contra outra pessoa ou contra um grupo, resultando em danos psicológicos, lesões ou morte (COELHO EB, et al, 2014).

Entre os tipos de violência, destacam-se a violência patrimonial, que inclui a retenção de documentos, a destruição de instrumentos de trabalho ou o controle total do dinheiro para privar a mulher de sua autonomia econômica; a violência psicológica, definida como "Distorcer e omitir fatos para deixar a mulher em dúvida sobre a sua memória e sanidade (gaslighting)"; a violência moral, que se manifesta através de calúnias e xingamentos que atacam a índole da mulher, incluindo acusações infundadas de traição ou críticas depreciativas sobre seu modo de vestir; e a violência sexual, caracterizada como "Trata-se de qualquer conduta que constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força" (INSTITUTO MARIA DA PENHA, 2023).

Nesse contexto, é importante compreender os impactos subjetivos dessas vivências. Conforme Levine PA (2012), "O trauma não é uma doença, mas uma experiência humana enraizada nos instintos de sobrevivência." Tal compreensão evidencia que as respostas ao trauma são individuais, uma vez que cada vítima possui diferentes níveis de tolerância e capacidade de enfrentamento.

Igualmente, a exposição contínua à violência agrava esses impactos. Estudos indicam que a exposição repetida ao trauma, bem como a sua duração, estão diretamente relacionadas ao desenvolvimento de transtornos como o transtorno de estresse pós-traumático (NAGAMINE M, et al, 2020). Tal aspecto é especialmente relevante no contexto da violência doméstica, que tende a ocorrer de forma recorrente por se desenvolver no âmbito familiar.

No âmbito legal brasileiro, destaca-se a Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para prevenir e coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, conforme o § 8º do art. 226 da Constituição Federal (BRASIL, 2006). A legislação também assegura à todas mulheres em território nacional, os direitos fundamentais necessários para uma vida sem violência, preservando sua integridade física e mental (BRASIL, 2006).

Diante do conteúdo exposto acima, entende-se que a violência doméstica, ao compreender condutas que causam sofrimento físico, psicológico e danos à integridade da mulher, consolida-se como um complexo e grave problema social. As consequências para as vítimas são profundas e persistentes, incluindo o desenvolvimento de quadros patológicos como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Considerando a natureza cíclica e sistemática dessas agressões no ambiente doméstico, faz-se necessário investigar a correlação entre o

padrão contínuo de abusos e o adoecimento psíquico feminino. Nesse sentido, este artigo busca compreender como a exposição à violência doméstica pode influenciar o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático em mulheres.

DESENVOLVIMENTO

Fatores de risco do transtorno de estresse pós-traumático

Para que o transtorno de estresse pós-traumático possa ser compreendido em sua totalidade, faz-se necessário examinar como uma experiência se converte em trauma na psique do indivíduo. Levine (2012) explica que a experiência traumática se estabelece quando o sujeito se depara com um medo avassalador, percebendo-se contido fisicamente ou totalmente encurralado por suas circunstâncias de sobrevivência. É importante citar que, embora seja possível vivenciar uma experiência traumática sem desenvolver o transtorno, não é possível o diagnóstico sem a vivência da experiência traumática (KAUR MANN S, et al, 2024).

A transição da vivência traumática para a consolidação do transtorno é mediada por uma gama de variáveis individuais e contextuais, denominadas fatores de risco. A literatura estratifica esses fatores de risco de acordo com o momento cronológico em relação ao evento traumático, subdividindo-os em pré-traumáticos, peritraumáticos e pós-traumáticos. No âmbito dos aspectos pré-traumáticos, identificam-se variáveis temperamentais e ambientais. Entre as variáveis temperamentais pré-traumáticas, destacam-se dificuldades na regulação emocional e problemas comportamentais manifestados na infância até os seis anos de idade, bem como o diagnóstico prévio de transtornos mentais, tais como transtorno de pânico, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e episódios anteriores de estresse pós-traumático. Já os condicionantes ambientais pré-traumáticos envolvem contextos socioeconômicos desfavorecidos, menor nível de escolaridade formal, histórico de adversidades e privações precoces na infância, além de exposição prévia a situações violentas e disfunções no núcleo familiar (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Essa dinâmica disfuncional no núcleo familiar correlaciona-se de forma direta com a transmissão intergeracional da violência, na qual indivíduos que presenciaram ou foram vítimas de abusos na infância tornam-se mais propensos a reproduzir padrões de agressão ou a sofrer vitimização em suas futuras relações conjugais e parentais (SILVA AC, et al, 2021).

Em um segundo momento, os fatores peritraumáticos dizem respeito à dinâmica do próprio evento estressor e à resposta imediata do sujeito durante a sua ocorrência. Esses

determinantes são predominantemente ambientais e estão atrelados à magnitude, à perduração e à severidade do trauma; à percepção imediata de risco à vida, à ocorrência de lesões corporais graves e, de modo muito expressivo, à presença de violência interpessoal, especialmente quando perpetrada por figuras de cuidado ou pessoas de confiança, como assim ocorre nos casos de violência doméstica, onde a violência é executada por indivíduos presentes no âmbito familiar. A resposta psicológica imediata, caracterizada por reações dissociativas peritraumáticas, atua como um forte indicativo de pior prognóstico e maior probabilidade de cronificação dos sintomas. Por fim, os fatores pós-traumáticos referem-se às circunstâncias que se sucedem após a cessação do evento agressor. No plano temperamental pós-traumático, destacam-se as avaliações cognitivas negativas, a culpa persistente e as estratégias ineficazes de enfrentamento do estresse; no plano ambiental, a ausência de uma rede de apoio social robusta, a ocorrência de novos estressores cotidianos subsequentes e instabilidades financeiras ou familiares crônicas agem como catalisadores para a manutenção do transtorno (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O apoio social integra os fatores psicossociais associados ao risco de TEPT, ao lado do status socioeconômico e do gênero feminino, com efeitos de pequenos a médios (SANTOS LM, et al., 2024). Entre vítimas de ameaça e violência, a falta de apoio emocional, mesmo quando aferida antes do evento, associou-se a mais sintomas do transtorno após o evento do que entre as vítimas que contavam com esse apoio (VAN DER VELDEN PG, et al., 2020). Nessa mesma direção, Herman J (2015) explica que a resposta das pessoas do convívio da vítima pode atenuar o impacto do trauma, quando é de acolhimento, ou agravá-lo, quando é hostil ou negativa. O nível socioeconômico também pode interferir na manutenção do transtorno (GONZÁLEZ-BRACAMONTE Y e ALVARENGA MA, 2022).

O diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático requer atenção às dimensões culturais e de gênero, as quais moldam tanto a expressão dos sintomas quanto a identificação do quadro clínico. Determinados grupos sociais e culturais podem manifestar o sofrimento psíquico por meio de síndromes ou expressões de angústia específicas de seu contexto, como queixas somáticas marcantes ou episódios agudos de descontrole emocional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O estigma cultural e as normas sociais podem ter contribuído para o silêncio histórico em torno do transtorno, sobretudo no que se refere ao sofrimento das mulheres após o trauma (SANTOS LM, et al., 2024). Segundo Herman J (2015), quando a vítima já é socialmente

desvalorizada, como ocorre com as mulheres, suas vivências traumáticas podem ficar fora do que a sociedade reconhece como realidade e tornar-se indizíveis. Estudos indicam ainda que a prevalência do transtorno de estresse pós-traumático varia entre países conforme o processo diagnóstico e o tipo de evento traumático, com maior frequência em mulheres (GONZÁLEZ-BRACAMONTE Y e ALVARENGA MA, 2022).

Impactos psicológicos decorrentes da exposição à violência

A compreensão dos impactos psicológicos decorrentes da exposição à violência doméstica exige a exposição dos mecanismos socioculturais que estruturam as identidades de gênero e as assimetrias relacionais entre homens e mulheres. Desde a infância, o processo de socialização opera de maneira polarizada. Enquanto o menino é incentivado a explorar o espaço público, a desenvolver a autonomia, a retidão e a virilidade física como símbolos de transcendência, a menina é confinada ao espaço privado, sendo orientada a assumir posturas de docilidade, passividade, resignação e submissão (BEAUVOIR SD, 1980; SAFFIOTI HI, 1987).

Saffioti HI (1987) explica que processo de socialização feminina impõe uma "máscara" às mulheres, das quais se espera que sejam dóceis, cordiais e passivas; tal imposição resulta, frequentemente, na repressão de seus próprios desejos para que não entrem em competição com a autoridade masculina. Essa dinâmica é sustentada pela própria estrutura social, uma vez que o patriarcado pode ser compreendido como um conjunto de regras e contingências sociais que atribui aos homens maior domínio sobre os poderes socialmente distribuídos, conferindo-lhes assim dominação masculina, influenciando a forma de viver da sociedade, gerando prejuízos significativos para as mulheres (NICOLODI, GL e HUNZIKER MH, 2021).

Essa dominação e submissão e podem ser explicados para além da socialização e de fatores sociais, pois também pode emergir como resposta de sobrevivência diante da ameaça. Como explica Van der Kolk BA (2014), quando as pessoas são obrigadas a se submeter a um poder hegemônico, como ocorre com mulheres em relações de violência domestica, muitas sobrevivem por meio de uma resignação dócil. Hábitos de submissão tão entranhados só são superados quando a pessoa recupera a capacidade física de se defender, o que evidencia que a passividade observada em muitas vítimas está ligada à imobilização diante do perigo (VAN DER KOLK BA, 2014)

Bourdieu P (1995) propõe o conceito de violência simbólica, caracterizada como uma coerção que se institui por meio do reconhecimento extorquido que o dominado concede ao dominante. Esse processo ocorre porque os sujeitos vítimas da violência, utilizam, para pensar, instrumentos de conhecimento e esquemas práticos de percepção, que compartilham com o dominante, os quais são a própria forma incorporada da relação de dominação, criando assim uma visão enviesada do seu próprio lugar de sofrimento (BOURDIEU P, 1995). As relações de poder estruturam-se de forma descentralizada, manifestando-se tanto na organização física do espaço doméstico quanto nos usos legítimos do corpo e da fala, em que o homem assume o monopólio da palavra pública, restando à mulher o silêncio, o recato e a autolimitação (BOURDIEU P, 1995; BEAUVOIR SD, 1980). Sob a ótica de Foucault M (1979), a violência doméstica se torna um exercício e uma imposição extrema dessas relações de poder, as quais transformam o ambiente doméstico em um campo ativo de controle, subordinação e restrição da agência da mulher.

Ao incidir sobre a subjetividade feminina, a exposição contínua a essas táticas de dominação, atua como uma experiência potencialmente traumática. A vivência de um evento violento grave ou crônico no ambiente familiar não resulta de forma determinista ou linear na consolidação do transtorno de estresse pós-traumático, pois a resposta ao trauma é individual e subjetiva, mediada por fatores de tolerância ao estresse, capacidade de enfrentamento individual e a presença de redes de apoio social significativas (PATIAS ND, et al., 2014). No entanto, quando as defesas subjetivas da vítima são fragilizadas pelo caráter crônico da agressão interpessoal, que em muitos casos provém exatamente de uma figura de proximidade relacional, a violência doméstica torna-se um potente desencadeador do adoecimento psíquico (SILVA AC, et al., 2021; SCHER CD, 2005).

O fato de a agressão partir de uma figura próxima agrava de modo particular o sofrimento psíquico. De acordo com Van der Kolk BA (2014), os traumas mais comuns entre mulheres são acometidos por figuras íntimas na vida da vítima, pessoas que supostamente deveriam representar lugar de amparo. Isso elimina uma das proteções contra o trauma, que é o abrigo proporcionado pelos mais próximos.

Nesse contexto, a própria dinâmica da relação pode contribuir para a permanência da vítima junto ao agressor, sendo sustentada de forma recursiva pela dinâmica interacional explicada pela Teoria do Ciclo da Violência. Essa dinâmica caracteriza-se pela transição sistemática e progressiva entre três fases consecutivas: a fase de construção da tensão, em que

o parceiro agressor manifesta ciúmes excessivos, controle e hostilidades cotidianas; a fase de explosão ou agressão aguda, onde a agressão física, psicológica ou sexual se concretiza; e a fase de reconciliação ou "lua de mel", caracterizada pelo arrependimento aparente do violentador, que pede perdão e renova promessas de mudança (GOMES LV, et al., 2026; INSTITUTO MARIA DA PENHA, 2023).

Para a mulher que se encontra em estado psicológico fragilizado, a fase de reconciliação atua como um fator que a leva a crer nas promessas do agressor e a minimizar a gravidade do ocorrido (SANTOS TO e CAMARGO MR, 2024). Gomes LV, et al. (2026) pontua que o ciclo da violência torna-se vicioso e se retroalimenta, pois as fases tendem a se tornar cada vez mais frequentes e violentas ao longo do tempo, dificultando progressivamente a atitude de ruptura da vítima. A permanência junto ao agressor pode então ser compreendida pela força da necessidade de vinculação, segundo Van der Kolk BA (2014), essa necessidade persiste mesmo quando a fonte de conforto é também a fonte de terror.

Os desdobramentos psíquicos dessa exposição crônica à violência doméstica repercutem diretamente na saúde mental da mulher e na forma como ela compreende o mundo. Scher CD (2005), aponta que a desesperança (*hopelessness*) atua como um fator de risco cognitivo crucial, correlacionando-se de forma direta à gravidade dos sintomas pós-traumáticos Essa desesperança é alimentada pela atribuição de causas estáveis e globais aos eventos violentos, levando a vítima a desenvolver expectativas profundamente negativas sobre o seu futuro e sobre sua própria capacidade individual, onde ocorre o deslocamento da culpa (SCHER CD, 2005).

Diante do abuso repetido, a perda progressiva da identidade individual e a auto anulação de suas vontades em prol da satisfação do parceiro aprisionam a mulher em um estado de profunda vulnerabilidade, no qual ela se percebe incapaz e impotente para agir de forma autônoma (SANTOS TO e CAMARGO MR, 2024).

Mecanismos psicológicos do desenvolvimento e manifestação do transtorno de estresse pós-traumático em casos de violência doméstica

Desde a infância, a mulher é orientada para o cumprimento de papéis que a colocam em posições de submissão e docilidade, limitando o desenvolvimento de sua autonomia e restringindo os campos em que lhe é permitido transitar (SAFFIOTI HI, 1987). Essa vulnerabilidade estrutural e a imposição de uma passividade socialmente construída criam um

terreno fértil para a ocorrência de violações sistemáticas no ambiente privado, onde o lar passa a configurar o cenário de violências repetidas e invisibilizadas.

É nesse contexto de vulnerabilidade estrutural que o sofrimento psíquico causado pela exposição à violência culmina em alterações persistentes na excitação fisiológica, na memória e na integração afetiva, fragmentando de forma duradoura a integridade da personalidade da mulher que vivencia o trauma (HERMAN J, 2015).

A instauração crônica do TEPT no contexto doméstico desorganiza os sistemas biológicos de autodefesa, transformando uma reação biológica temporária de sobrevivência em um traço persistente de exaustão e hipervigilância que compromete a capacidade de agência da vítima (LEVINE PA, 2012). Sob essa constante ameaça, o sistema de alarme do organismo é recalibrado para um estado de alerta permanente, no qual as hormonas do estresse continuam a ser secretadas em níveis elevados mesmo na ausência imediata de agressões, impedindo que a mulher recupere seu equilíbrio fisiológico basal e sinta segurança (VAN DER KOLK BA, 2014).

A manifestação psicopatológica do sofrimento vivido possui uma etiologia multifatorial que extrapola apenas a ocorrência de violência física e envolve uma série de abusos silenciosos. Para viabilizar a identificação precoce dessas dinâmicas opressão no cotidiano conjugal, se destaca o "Violentômetro", uma escala de classificação didática projetada para categorizar as gradações da violência de gênero e alertar as mulheres sobre os sinais e os níveis de perigo ocultos em seus vínculos afetivos (INSTITUTO MARIA DA PENHA, 2025). De acordo com Gomes LV, et al., (2026), o desenvolvimento do transtorno é multideterminado por uma sobrecarga de estressores cumulativos que englobam a humilhação pública, a restrição da liberdade, o abuso de substâncias e o deslocamento sistemático de culpa operado pelo agressor. As variáveis do Violentômetro revelam que condutas de ordem psicológica, como ridicularizar, desqualificar, chantagear e intimidar exercem um peso extraordinário na manifestação do estresse pós-traumático e atuam como o ponto de partida que desestrutura a integridade emocional da agredida (GOMES LV, et al., 2026). Além da violência psicológica cometida contra a vítima, o agressor é frequentemente erguido como a figura primária de vinculação, induzindo a mulher a minimizar os episódios de violência física e moral na esperança de restaurar a harmonia conjugal, especialmente durante a fase de reconciliação do ciclo (GOMES LV, et al., 2026; INSTITUTO MARIA DA PENHA, 2023)

Levine PA (2012), expõe que no plano físico e somático, a manifestação do trauma frequentemente culmina na imobilidade tônica, uma resposta biológica de paralisia involuntária que ocorre quando a mulher se percebe fisicamente contida e sem vias de fuga ou defesa ativa. Esse congelamento do organismo, associado ao pavor extremo, gera uma dissociação profunda em que a vítima se distancia de suas perpetua a permanência no ciclo de violência,sensações viscerais, adormecendo sua capacidade de sentir-se viva como uma estratégia desesperada para bloquear a dor e o terror insuportáveis (VAN DER KOLK BA, 2014).

Quando o medo crônico acopla-se de forma desadaptativa a essa resposta biológica de imobilidade, o menor indício de excitação afetiva ou física passa a evocar o pavor do trauma original, aprisionando a mulher em um ciclo vicioso de feedback que inviabiliza o relaxamento e o estabelecimento de intimidade (LEVINE PA, 2012). Assim, a dinâmica de manutenção do transtorno no contexto doméstico reside no fato de que os esquemas cognitivos e corporais com os quais a mulher percebe a si mesma e suas interações com o mundo são os mesmos instrumentos incorporados da relação de dominação androcêntrica que a oprime (BOURDIEU P, 1995).

Esse distanciamento das próprias necessidades físicas e psicológicas compromete a autorregulação e, com ela, a autonomia. Segundo Van der Kolk BA (2014), o preço de ignorar ou distorcer as mensagens enviadas pelo corpo é a incapacidade de detectar o que é de fato perigoso e também o que é seguro, já que a autorregulação depende de uma relação equilibrada com o próprio corpo.

MÉTODOS

Este estudo configura-se como uma pesquisa bibliográfica de natureza narrativa, voltada à análise da relação entre a exposição à violência doméstica e o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático em mulheres. A base metodológica da revisão bibliográfica narrativa, visa descrever e analisar o tema de forma ampla sob o ponto de vista teórico e contextual; este método permite uma visão panorâmica da produção científica (CAVALCANTE LT e OLIVEIRA AA, 2020).

Inserido nos pressupostos da pesquisa qualitativa, o estudo assume um objetivo exploratório, descritivo e explicativo, visando mapear as características do fenômeno e compreender os motivos de sua ocorrência (BASTOS MC e FERREIRA DV, 2016). O

levantamento bibliográfico utilizou as bases SciELO, PePSIC e PubMed, além arquivos documentais, tais como o DSM-5, documentos institucionais e prontuários de instituições de ensino superior, bem como obras literárias pertinentes ao tema da pesquisa. Os descritores utilizados nas bases de dados serão: "TEPT", "Transtorno de estresse pós-traumático", "Violência doméstica", "Violência contra a mulher", "Trauma" e "Mecanismos psicológicos", juntamente com o uso dos operadores booleanos "AND" e "OR".

A partir da busca realizada nas bases de dados, emergiram as seguintes categorias de pesquisa: fatores de risco do transtorno de estresse pós-traumático; Impactos psicológicos decorrentes da exposição à violência; mecanismos psicológicos do desenvolvimento e manifestação do transtorno de estresse pós-traumático em casos de violência doméstica. O recorte temporal abrange materiais físicos e digitais publicados entre 1975 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

A análise da literatura permitiu identificar que o desenvolvimento do transtorno em mulheres vítimas de violência doméstica não pode ser explicado por um único fator, ele resulta do encontro entre condições sociais, relacionais e psicobiológicas que se reforçam ao longo do tempo. Embora seja possível vivenciar um trauma sem desenvolver o transtorno, o diagnóstico exige essa vivência prévia (KAUR MANN S, et al, 2024). O que distingue a violência doméstica é reunir, em um mesmo contexto, elementos que a literatura associa ao maior risco de adoecimento: ela é repetida, prolongada, cometida por pessoas de confiança e vivida no espaço que deveria oferecer proteção.

A magnitude do problema no país ajuda a dimensionar essa exposição. Em 2025, o Brasil registrou 1.571 feminicídios, aumento de 4% em relação a 2024, o que corresponde a uma taxa de 1,4 vítimas por 100 mil mulheres (DOURADO I e CICCI B, 2026). Apenas 44,4% dos homicídios de mulheres foram classificados pelas polícias como feminicídio (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2026), o que indica que a violência letal é o desfecho mais extremo de uma sequência de ameaças, perseguição e agressões físicas e psicológicas. No Paraná, o cenário é ambíguo: o estado registrou queda de 20,2% nos feminicídios em 2025, de 109 para 87 casos, com taxa de 0,73 por 100 mil habitantes (PARANÁ, 2026), mas apresentou a maior taxa do país de lesão corporal dolosa em contexto de violência doméstica, com 517,2 registros por 100 mil mulheres (TRIBUNA DO PARANÁ, 2026). Esses

números sugerem que a redução das mortes não equivale, necessariamente, à redução da exposição a agressões repetidas, que são justamente as que a literatura associa ao desenvolvimento do TEPT.

A violência não encontra uma mulher isolada de seu meio, mas uma pessoa moldada por expectativas sociais que dificultam o reconhecimento e a denúncia da agressão. Os fatores de risco individuais, como adversidades na infância e transtornos prévios, somam-se a essa vulnerabilidade estrutural, enquanto a falta de apoio social e as instabilidades financeiras ou familiares atuam na manutenção do quadro após a agressão. A permanência junto ao agressor, frequentemente interpretada como escolha, mostra-se, efeito da necessidade de vínculo, que persiste mesmo quando a fonte de conforto é também a fonte da violência.

Mesmo quando a mulher rompe o silêncio e aciona a rede de proteção, a sensação de segurança nem sempre se concretiza. O descumprimento das medidas protetivas de urgência, considerado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública um indicador concreto de risco de morte, atingiu no Paraná, em 2025, a maior taxa do país, com 195,3 casos por 100 mil habitantes, mais de três vezes a média nacional (CNN BRASIL, 2026). No estado, 13 mulheres foram mortas mesmo com medida protetiva ativa, o equivalente a 14,9% dos feminicídios, a maior proporção entre os estados que informaram o dado (TRIBUNA DO PARANÁ, 2026). No país, cerca de uma em cada nove vítimas de feminicídio tinha medida protetiva ativa (CNN BRASIL, 2026). Esses achados mostram que a ameaça persiste mesmo após a denúncia, o que ajuda a compreender por que a vigilância constante deixa de ser uma reação pontual.

A convivência crônica com a ameaça transforma uma reação de sobrevivência temporária em estado permanente de alerta. O corpo permanece em hipervigilância, com hormônios do estresse elevados mesmo sem agressão imediata, o que impede a recuperação do equilíbrio fisiológico e da sensação de segurança. Diante da contenção e da impossibilidade de fuga, a imobilidade e a dissociação aparecem como tentativas de suportar a dor.

Esse processo produz desesperança, perda progressiva da identidade, culpa e sensação de impotência, que são justamente os fatores apontados como agravantes dos sintomas pós-traumáticos. Destaca-se, ainda, que a violência psicológica, como ridicularizar, desqualificar e chantagear, tem peso expressivo, o que indica que o adoecimento não depende da agressão física.

Esses achados sustentam a hipótese de que a frequência e a perduração da violência doméstica estão relacionadas ao TEPT, por ultrapassarem a capacidade de enfrentamento

individual. Ressalta-se, contudo, que a resposta ao trauma não é linear nem determinista, pois depende da tolerância ao estresse, das estratégias de enfrentamento e da rede de apoio. Isso explica por que mulheres expostas a violências semelhantes podem ter desfechos diferentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, buscou-se entender de que forma a violência doméstica pode levar mulheres a desenvolverem o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. A revisão da literatura mostrou que essa relação existe e que ela está ligada, sobretudo, ao modo como a violência acontece. A exposição prolongada, crônica e recorrente, que inclui abusos psicológicos, sexuais, morais e patrimoniais, ultrapassa a capacidade de enfrentamento individual de cada vítima. Isso gera impactos psicológicos e alterações neurobiológicas persistentes na regulação do estresse. Conclui-se, portanto, que o padrão cíclico e sistemático de exposição à violência no âmbito familiar atua como um fator central para o desenvolvimento do transtorno.

Para chegar a essa conclusão, foi preciso primeiro entender o que torna uma mulher mais vulnerável ao adoecimento. Os estudos indicam que o risco se constrói em três momentos. Antes da violência, pesam as adversidades na infância, a exposição prévia a situações violentas e os transtornos mentais anteriores. Durante o evento, atuam como fatores de risco a duração, a gravidade e a frequência das agressões, e o fato de elas serem cometidas por quem deveria oferecer cuidado. Depois, a falta de apoio social e as instabilidades financeiras ou familiares ajudam a manter o quadro. A violência doméstica se constroi a partir da combinação desses fatores, o que explica por que ela representa um contexto de alto risco. Destaca-se também que o sofrimento das mulheres vítimas de violência doméstica não pode ser separado do modo como a sociedade constrói o feminino e do lugar social que tais mulheres ocupam. Desde a infância, a mulher é preparada para a docilidade e a submissão, e o patriarcado reforça essa posição, o que dificulta que ela reconheça e rompa a violência.

O transtorno também tem uma dimensão corporal, pois a vivência contínua de ameaça deixa impressões no funcionamento do organismo e na relação da mulher com as próprias sensações. Reconhece-se, no entanto, que esses achados não permitem tratar o adoecimento como consequência inevitável. A resposta ao trauma varia de uma mulher para outra e depende de condições individuais e do apoio que ela encontra

Espera-se que este trabalho contribua para ampliar o debate social sobre a violência doméstica e para fornecer base teórica a um acolhimento psicológico qualificado, capaz de reconhecer os impactos que a violência contínua impõe à identidade e à saúde mental das mulheres.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BASTOS MC, FERREIRA DV. Metodologia científica. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A, 2016. p. 224

BEAUVOIR SD. O segundo sexo: fatos e mitos. Tradução de Sérgio Milliet. 4. ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1980.

BOURDIEU P. A dominação masculina. Revista Estudos Feministas, v. 3, n. 2, p. 133-184, jul./dez. 1995.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF: Presidência da República.

CÂMARA FILHO JS, SOUGEY EB. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 23, n. 4, 2001.

CAVALCANTE LT, OLIVEIRA AA. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. Psicologia em Revista, v. 26, n. 1, p. 83–102, 13 abr. 2020.

COELHO EB, et al. Violência: definições e tipologias. Florianópolis: UFSC, 2014

CHAVES FS, SILVA FA. Um fardo invisível: a construção social da mulher como a responsável pelo cuidado. *Revista Foco*, [*S. l.*], v. 18, n. 6, e8425, p. 01-17, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco.v18n6-097.

FOUCAULT M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GOMES LV, et al. Prevenção e enfrentamento à violência doméstica contra a mulher: análise das variáveis do Violentômetro. Ciência & Saúde Coletiva, v. 31, n. 2, p. e06912024, 2026.

GONZÁLEZ-BRACAMONTE Y. e ALVARENGA, M. A. Transtorno de estresse pós-traumático e funções executivas em adultos: uma revisão sistemática. Avaliação Psicológica, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 339-349, 2022. DOI: 10.15689/ap.2022.2103.21908.10.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. O Ciclo da Violência. Fortaleza: IMP, 2023.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. O que é violência doméstica. [S. l.]: IMP, 2023.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. Tipos de violência. [S. l.]: IMP, 2023.

KAUR MANN, S.; MARWAHA, R.; TORRICO, T. J. Posttraumatic Stress Disorder.

LEVINE PA. Uma voz sem palavras: como o corpo libera o trauma e restaura o bem-estar. São Paulo: Summus, 2012

NAGAMINE M, et al. Assessment of Factors Associated With Long-term Posttraumatic Stress Symptoms Among 56 388 First Responders After the 2011 Great East Japan Earthquake. JAMA network open, v. 3, n. 9, p. e2018339, 1 set. 2020. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.18339

NICOLODI, GL, HUNZIKER MH. Patriarcado e dominação sob a ótica analítico-comportamental. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, v. 23, n. 1, p. 1-17, 2021.

PATIAS ND, et al. Repercussões da exposição à violência conjugal nas características emocionais dos filhos: revisão sistemática da literatura. Temas em Psicologia, v. 22, n. 4, p. 901-915, 2014.

SAFFIOTI HI. O poder do macho. São Paulo: Moderna, 1987. (Coleção Polêmica).

SAFFIOTI HI, MUÑOZ-VARGAS M. (org.). Mulher brasileira é assim. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: NIPAS; Brasília, DF: UNICEF, 1994.

SANTOS, L. M. et al. Vencendo o trauma: uma visão completa sobre o transtorno de estresse pós-traumático. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, [S. l.], v. 6, n. 11, p. 2071-2081, nov. 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n11p2071-2081.

SANTOS TO, CAMARGO MR. Dependência emocional em relacionamentos conjugais: possíveis fatores e consequências. Psicologia USP, v. 35, p. e220002, 2024

SCHER CD. Hopelessness as a risk factor for post-traumatic stress disorder symptoms among interpersonal violence survivors. Cognitive Behaviour Therapy, v. 34, n. 2, p. 99-107, 2005.

SCHESTATSKY S, et al. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. Revista Brasileira de Psiquiatria, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, p. 8-11, 2003.

SILVA AC, et al. Aspectos intergeracionais de famílias em situação de violência. Pensando Famílias, Porto Alegre, v. 25, n. 2, dez. 2021.

SOLOMON SD, CANINO GJ. Appropriateness of DSM-III-R criteria for posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, v. 31, n. 3, maio/jun. 1990. DOI: 10.1016/0010-440x(90)90006-e

ROUSSEAU DA. brief history of trauma and PTSD. Boston: Boston University Metropolitan College, 2024.

VAN DER KOLK BA. O corpo não esquece: cérebro, mente e corpo na superação do trauma. Tradução: João Carlos Silva. 1. ed. Alfragide: Lua de Papel, 2014