

Histórico de violência e Transtornos de Estresse Extremo Não-Especificados (DESNOS) em mulheres

History of violence and Disorders of Extreme Stress not Otherwise Specified (DESNOS) in women

Natália Zancan, Priscila Lawrenz, Beatriz Gross Curia, Luísa Fernanda Habigzang
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Avenida Ipiranga, 6681, Partenon, 9061990. Porto Alegre, RS, Brasil. luisa.habigzang@pucrs.br

Isadora Silveira Ligorio
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Avenida Ramiro Barcelos, 2600,
Santa Cecília, 90035-003. Porto Alegre, RS, Brasil.

Clarissa Pinto Pizarro de Freitas
Universidade Salgado de Oliveira. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Rua Mal. Deodoro, 217 –
Bloco A, Niterói, 24030-060, Rio de Janeiro, RS, Brasil.

Resumo: Ser vítima de diferentes formas de violência durante a vida pode estar associado ao comprometimento da saúde mental. Desta forma, o presente estudo objetiva: a) Verificar a presença e a frequência de maus-tratos na infância em mulheres que sofreram violência perpetrada pelo parceiro íntimo; b) Avaliar a presença de sintomas e diagnóstico de Transtornos de Estresse Extremo Não-Especificado (DESNOS); c) Investigar a relação entre maus-tratos na infância, violência por parceiro íntimo e sintomas de DESNOS; d) Verificar se mulheres que relataram maiores índices de exposição a maus-tratos na infância apresentam níveis mais altos de gravidade sintomatológica de DESNOS em comparação àquelas que afirmaram terem vivenciado menores índices de exposição. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, comparativo e transversal. Participaram 52 mulheres com média de idade de 33,15 anos ($DP = 9,97$). Os instrumentos aplicados foram: a) Ficha de dados sociodemográficos; b) Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ); c) Escala Tática de Conflito Revisada (CTS2); d) Entrevista Estruturada para Transtornos de Estresse Extremo (SIDES-R). Os resultados indicaram que todas as participantes foram vítimas de alguma forma de maus-tratos na infância. Foi possível identificar que 31% da amostra atendeu aos critérios diagnósticos para DESNOS. No entanto, nenhuma das dimensões do histórico de maus-tratos na infância e das agressões perpetradas pelo parceiro íntimo associaram-se à gravidade sintomatológica ou ao diagnóstico de DESNOS. Estudos futuros devem investigar as relações do histórico de violência vivenciadas pelas vítimas e o desenvolvimento de DESNOS.

Palavras-chave: maus-tratos na infância; violência contra a mulher; DESNOS.

Abstract: Being a victim of different forms of violence during life can be associated to the commitment of the victim's mental health. In this way, the present study aims: a) To verify the presence and frequency of child maltreatment in women who have suffered violence perpetrated by the intimate partner; b) To evaluate the presence of symptoms and diagnosis of Disorders of Extreme Stress not Otherwise

Specified (DESNOS; c) To investigate the association between child maltreatment, intimate partner violence and symptoms of DESNOS; d) To verify if women who reported higher rates of child maltreatment exposure have higher levels of symptom severity of DESNOS than those who reported having experienced lower rates. It is a quantitative, descriptive, correlational, comparative and cross-sectional study. Participants were 52 women with a mean age of 33.15 years ($SD = 9.97$). The instruments applied were: a) Sociodemographic data sheet; b) Childhood Trauma Questionnaire (CTQ); c) Revised Conflict Tatic Scale (CTS2); d) Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES-R). The results indicated that all participants were victims of some form of child maltreatment. It was possible to identify that 31% of the sample met the diagnostic criteria for DESNOS. However, none of the dimensions of child maltreatment history and intimate partner violence were associated with symptom severity or the diagnosis of DESNOS. Future studies should investigate the relationships between the history of violence experienced by the victims and the development of DESNOS.

Keywords: child maltreatment; violence against women; DESNOS.

Introdução

A experiência de ser vítima de maus-tratos na infância representa um grave fator de risco para o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e comportamental do indivíduo (Van der Put *et al.*, 2015; World Health Organization [WHO], 2006). O ambiente familiar, idealmente concebido como um local seguro e de proteção, é um dos principais contextos de manifestação da violência (Butchart *et al.*, 2006; Sacramento e Rezende, 2006). As formas mais frequentes de maus-tratos na infância incluem negligência e abusos físicos, psicológicos e sexuais. A negligência pode ser compreendida como toda omissão em termos de cuidados básicos por parte dos pais ou cuidadores. O abuso físico é definido como o uso intencional da força física que resulta, ou tenha possibilidades de resultar, em ameaça para a saúde, a sobrevivência e o desenvolvimento da criança. O abuso psicológico ou emocional envolve agressão verbal, não reconhecimento do valor e das necessidades da criança. O abuso sexual, por sua vez, é definido como o envolvimento da criança em uma atividade sexual que ela não é capaz de compreender completamente, para a qual não está preparada em termos desenvolvimentais e é incapaz de dar consentimento (WHO, 2006).

Crianças vítimas de maus-tratos podem apresentar problemas de comportamento, percepções de falta de valor e desconfiança (Williams e Habigzang, 2014). As experiências traumáticas na infância, como a exposição a maus-tratos, também podem gerar impactos a longo prazo, dentre eles, o comprometimento da saúde mental e dos relacionamentos interpessoais (Viola *et al.*, 2011). Estudos têm demonstrado que ser vítima de maus-tratos na infância é um fator associado ao estabelecimento de relações íntimas violentas na idade adulta (Kennedy *et al.*, 2017; Till-Tentschert, 2017). Indivíduos que sofreram maus-tratos na infância apresentam maior risco de conviver com parceiro violento, perpetrar violência contra esse parceiro, bem como praticar maus-tratos contra os filhos ou deixar de protegê-los nessas situações (WHO, 2007). Além disso, testemunhar agressões entre os pais ou cuidadores está relacionado à repetição desses comportamentos pelos filhos em seus relacionamentos íntimos (Colossi *et al.*, 2015; Marasca *et al.*, 2017; Santos *et al.*, 2013).

A violência nas relações íntimas envolve, na maioria dos casos, agressões que são cometidas pelos homens contra as suas parceiras (Baugher e Gazmararian, 2015; Miranda, *et al.*, 2010; Schraiber *et al.*, 2007; WHO, 2017). Estima-se que uma a cada três mulheres no mundo já foi vítima de violência física ou sexual perpetrada por parceiro íntimo ou violência sexual cometida por outra pessoa (WHO, 2017). A violência por parceiro íntimo está ligada às normas hierárquicas de gênero, evidentes no poder atribuído socialmente ao masculino de controle sobre os bens e os comportamentos femininos (D'Oliveira *et al.*, 2009). Há uma construção social que legitima a violência perpetrada por homens contra mulheres e esta é considerada uma forma de violência de gênero porque visa à manutenção de papéis sociais rígidos. Atribui-se à mulher um papel de submissão e ao homem um papel de autoridade (Saffioti, 1995). De acordo com dados nacionais, oriundos da Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), a maioria das notificações de violência por parceiro íntimo envolve relacionamentos que duram mais de cinco anos (57,3%) e agressões que ocorrem diária ou semanalmente (71,1%), o

que aponta para a gravidade e a alta frequência das situações de violência (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2016).

Em relação às consequências, os transtornos psicológicos comumente associados à violência por parceiro íntimo são depressão, ansiedade, abuso de substâncias e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (Beydoun *et al.*, 2012; Mendonça e Ludermitz, 2017; Miranda *et al.*, 2010; Schraiber *et al.*, 2007). Apesar de ser frequentemente citado na literatura, o TEPT nem sempre abrange todas as consequências resultantes da exposição crônica a situações traumáticas. As reações ao trauma diferem quanto ao tipo de evento traumático. Há indivíduos que sofreram um incidente único (*e.g.*, acidente de automóvel, assalto, entre outros) e aqueles que foram expostos a experiências traumáticas precoces e de ocorrência múltipla (*e.g.*, maus-tratos na infância, violência doméstica, entre outros) (Palic *et al.*, 2016; Viola *et al.*, 2011). Experiências traumáticas prolongadas podem estar relacionadas a reações mais complexas e severas, o que demandaria um diagnóstico e tratamento psicológico diferenciado (Palic *et al.*, 2016; Tractenberg *et al.*, 2016).

Durante as revisões para a publicação da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-IV), foi formado um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar mudanças nos critérios diagnósticos de TEPT e aprofundar o conhecimento a respeito da exposição crônica a traumas (Van der Kolk *et al.*, 2005; Viola *et al.*, 2011). Este grupo propôs a criação de uma nova categoria diagnóstica chamada Transtornos de Estresse Extremo Não-Especificados (*Disorders of extreme stress not otherwise specified* - DESNOS) (Camargo *et al.*, 2013; McDonnell *et al.*, 2013; Palic *et al.*, 2016). O diagnóstico de DESNOS incluiria sintomas relacionados a experiências traumáticas caracterizadas pela presença de um perpetrador que inflige sofrimento e exerce controle sobre a vítima por um longo período de tempo (Herman, 1992; McDonnell *et al.*, 2013). Exemplos seriam crianças abusadas ou negligenciadas e

mulheres em situação de violência por parceiro íntimo (Van der Kolk *et al.*, 2005; Viola *et al.*, 2011).

Em decorrência da falta de evidências empíricas, o diagnóstico de DESNOS não foi incluído na quarta e na quinta edições do DSM. No entanto, ainda que não esteja presente no DSM-5, alguns sintomas foram incorporados aos critérios diagnósticos de TEPT. Os sintomas incluem crenças distorcidas e negativas sobre si mesmo e os outros, comportamentos de risco ou autodestrutivos e estado emocional negativo persistente (Friedman *et al.*, 2011; Resick *et al.*, 2012). Apesar da falta de consenso entre clínicos e pesquisadores em relação à criação de uma categoria diagnóstica específica para DESNOS, trata-se de um tema que continua sendo investigado por pesquisadores em diferentes partes do mundo (Brewin *et al.*, 2017; Cloitre *et al.*, 2013; Powers *et al.*, 2017; Sachser *et al.*, 2016; Viola *et al.*, 2011).

A alta frequência e o impacto negativo das situações de violência para a saúde mental de mulheres (Beydoun *et al.*, 2012; Mendonça e Ludermir, 2017) indicam a necessidade de serem desenvolvidos tratamentos psicológicos específicos para esta população (Palic *et al.*, 2016; Tractenberg *et al.*, 2016). Compreender os fatores relacionados ao DESNOS na população brasileira pode contribuir para o avanço do conhecimento e desenvolvimento de intervenções efetivas de tratamento. Desta forma, o presente estudo possui os seguintes objetivos: a) verificar a presença e a frequência de maus-tratos na infância em mulheres que sofreram violência perpetrada pelo parceiro íntimo; b) avaliar a presença de sintomas e diagnóstico de DESNOS em mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo; c) investigar a relação entre maus-tratos na infância, violência por parceiro íntimo e sintomas de DESNOS; d) verificar se mulheres que relataram maiores índices de exposição a maus-tratos na infância apresentam níveis mais altos de gravidade sintomatológica de DESNOS em comparação àquelas que afirmaram terem vivenciado menores índices de exposição a maus-tratos na infância.

Método

Delineamento

Estudo quantitativo, descritivo, correlacional, comparativo e transversal (Creswell, 2010).

Participantes

Participaram deste estudo 52 mulheres vinculadas a um serviço de acolhimento institucional para mulheres em situação de violência. A idade média das participantes foi de 33,15 anos ($DP = 9,97$; amplitude 19 a 57 anos). Em relação à escolaridade, 9,6% possuía ensino fundamental incompleto, 3,8% ensino fundamental completo, 11,5% ensino médio incompleto, 21,2% ensino médio completo, 21,2% ensino superior incompleto e 32,7% ensino superior completo. Do total da amostra, 26,9% era casada ou estava em uma união estável, 19,2% separada ou divorciada, 21,2% solteira e 32,7% indicou o estado civil como outro. Entre as participantes, 62,5% tinha filhos e 37,5% não tinha filhos. Além disso, 71,4% trabalhava e 28,6% não trabalhava. Todas as participantes deste estudo possuíam histórico de violência perpetrada pelo parceiro íntimo.

Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos: composta por informações sobre idade, estado civil, escolaridade, situação laboral, entre outras.

Questionário sobre Traumas na Infância (*Childhood Trauma Questionnaire - CTQ*): a primeira versão possui 70 itens e foi desenvolvida por Bernstein *et al.* (1994) com o objetivo de avaliar experiências de negligência e abusos na infância em adolescentes e adultos (a partir dos 12 anos). Posteriormente, foi validada uma versão breve composta por 28 itens (Bernstein *et al.*, 1997). A versão breve do questionário foi adaptada e validada para o português por Grassi-Oliveira *et al.* (2006). O questionário avalia cinco dimensões: abuso físico, abuso emocional, negligência física, negligência emocional e abuso sexual. Os itens são avaliados por meio de uma escala *Likert* de cinco pontos,

indicando a frequência em que o incidente aconteceu, com respostas variando de “nunca” a “sempre”. Em estudo realizado por Bernstein e Fink (1998) foram encontrados indicadores satisfatórios de consistência interna das dimensões, que variaram de $\alpha=0,66$ (negligência física) a $\alpha=0,92$ (abuso sexual). Neste estudo os indicadores de consistência interna também foram satisfatórios (abuso emocional, $\alpha = 0,66$; abuso físico, $\alpha = 0,66$; abuso sexual, $\alpha = 0,85$; negligência emocional, $\alpha = 0,83$; e negligência física, $\alpha = 0,51$).

Escala Tática de Conflito Revisada (*Revised Conflict Tatic Scale - CTS2*): desenvolvida por Straus *et al.* (1996) e adaptada transculturalmente para o português por Moraes *et al.* (2002). A CTS2 foi concebida para avaliar a violência entre indivíduos que tenham uma relação íntima. O instrumento contém 78 itens que descrevem possíveis ações do(a) respondente e, reciprocamente, de seu companheiro(a). As respostas variam de acordo com a frequência de ocorrência no último ano. Os itens abarcam táticas de resolução de conflitos por meio de negociação, agressão psicológica e/ou violência física. Também há itens para verificar a existência de coerção sexual no relacionamento e possíveis consequências da violência para a saúde, como machucados ou busca por atendimento médico. De acordo com Moraes *et al.* (2002), o indicador de consistência interna da escala para perpetuação é de $\alpha = 0,79$ e de $\alpha = 0,80$ para vitimização. Tendo em vista que o foco do presente estudo foi investigar as agressões do parceiro íntimo contra as respondentes, não foram analisadas as respostas referentes às condutas de perpetração de violência das participantes, bem como os comportamentos de negociação realizados pela vítima e o perpetrador. Os índices de confiabilidade da CTS2 para avaliar cronicidade foram satisfatórios (agressão psicológica, $\alpha = 0,81$, violência física, $\alpha = 0,81$, coerção sexual, $\alpha = 0,96$, e lesão corporal, $\alpha = 0,79$).

Entrevista Estruturada para Transtornos de Estresse Extremo (*Structured Interview for Disorders of Extreme Stress - SIDES-R*): desenvolvida por Pelcovitz *et al.* (1997) com o objetivo de contemplar sintomas relacionados a experiências traumáticas. A entrevista foi adaptada para a cultura brasileira por Camargo *et al.* (2013) e validada com

resultados positivos de confiabilidade. O coeficiente Kappa foi de 0,85, indicando concordância entre avaliadores, e o escore médio de compreensão da entrevista, após tradução e adaptação cultural, foi de 4,98 sobre cinco. A SIDES objetiva investigar as alterações cognitivas e comportamentais relacionadas aos Transtornos de Estresse Extremo Não-Especificados (DESNOS). A entrevista inclui 38 itens divididos em sete categorias de alterações, a saber: 1) na regulação do afeto e dos impulsos; 2) na atenção ou na consciência; 3) na autopercepção; 4) na percepção do agressor; 5) nas relações interpessoais; 6) somatização; 7) nos sistemas de significado. As respostas são referentes às experiências do último mês e a maioria dos itens apresenta quatro opções de respostas gradativas de múltipla escolha.

Procedimentos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), sob parecer de número 1.000.590. Os procedimentos adotados estão de acordo com a resolução 466/12 do Ministério da Saúde (2012). Após a aprovação do projeto, a coleta de dados foi realizada em uma casa de acolhimento para mulheres em situação de violência doméstica do município de Passo Fundo e no serviço de atendimento e pesquisa em psicologia da PUCRS. No momento em que a pesquisa foi realizada, todas as mulheres estavam afastadas dos autores da violência. Elas foram convidadas a participar do estudo após o atendimento inicial prestado pelos locais. Àquelas que concordaram em fazer parte da pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual continha informações sobre os propósitos do estudo, o caráter voluntário e o sigilo em relação à identidade das participantes. A coleta de dados ocorreu de forma individual, sendo que o questionário de dados sociodemográficos foi aplicado em forma de entrevista e os demais instrumentos em ordem aleatória para evitar efeito de ordem

Procedimento de análise de dados

Foram realizadas análises descritivas (*e.g.*, médias, desvio-padrão e frequências) para investigar o histórico de maus-tratos na infância, frequência de agressões perpetradas pelo parceiro íntimo, a gravidade sintomatológica e a presença de diagnóstico de DESNOS entre as participantes do estudo. A fim de comparar os grupos de acordo com a gravidade do histórico de maus-tratos, os escores de abuso físico, abuso emocional, negligência física, negligência emocional e abuso sexual foram divididos em quatro categorias (*e.g.*, mínimo, moderado, grave e extremo), de acordo com as recomendações apresentadas por Bernstein e Fink (1998). As agressões perpetradas pelo parceiro íntimo foram investigadas em relação à presença ou ausência de agressão psicológica, violência física, coerção sexual e lesão corporal, assim como à cronicidade com que foram perpetradas. A gravidade sintomatológica de DESNOS foi avaliada por meio da frequência dos sintomas apresentados pelas participantes. A presença de diagnóstico de DESNOS foi identificada nos casos em que as participantes preencheram os critérios das sete dimensões da SIDES (Camargo *et al.*, 2013). A fim de investigar as relações da exposição aos maus-tratos na infância, níveis de cronicidade da violência por parceiro íntimo e gravidade sintomatológica de DESNOS foram realizadas análises de correlação de *Spearman's rho*. As associações das variáveis citadas com o diagnóstico de DESNOS foram investigadas por meio de correlações Ponto Bisserialis, pois o diagnóstico é uma variável dicotômica (0 = ausência, 1 = presença). Foi avaliado se as participantes que vivenciaram diferentes níveis de exposição a maus-tratos na infância e adolescência apresentavam diferenças na gravidade sintomatológica de DESNOS. Foram desenvolvidos testes *Kruskall-Wallis (K)*, utilizando os testes exatos de probabilidade (*Monte Carlo*), para comparar os grupos de exposição a maus-tratos.

Resultados

Ao investigar os níveis de maus-tratos na infância, os resultados das respondentes na dimensão de negligência física ($M = 1,5$; $DP = 0,6$) demonstraram que 58% ($n = 30$) das participantes foram classificadas no grupo mínimo, 17% ($n = 9$) moderado,

19% ($n = 10$) grave e 6% ($n = 3$) extremo. Na dimensão negligência emocional ($M = 2,2$; $DP = 1,0$), 42% ($n = 22$) das participantes foram categorizadas no grupo mínimo, 27% ($n = 14$) moderado, 17% ($n = 9$) grave e 13% ($n = 7$) extremo. Em relação ao abuso emocional ($M = 2,4$; $DP = 1,2$), os resultados demonstraram que 35% ($n = 18$) das participantes foram categorizadas no grupo mínimo, 27% ($n = 14$) moderado, 11% ($n = 6$) grave e 27% ($n = 14$) extremo. As respostas das participantes em relação ao abuso físico ($M = 1,6$; $DP = 0,6$) indicaram que 54% ($n = 28$) preenchia critérios para a categoria mínimo, 21% ($n = 11$) moderado, 15% ($n = 8$) grave e 10% ($n = 5$) extremo. Por fim, foi observado que na dimensão de abuso sexual ($M = 1,2$; $DP = 0,6$), 83% ($n = 43$) foram categorizadas no grupo mínimo, 2% ($n = 1$) moderado, 10% ($n = 5$) grave e 6% ($n = 3$) extremo. Os resultados demonstraram que as dimensões de maus-tratos estiveram positivamente associadas entre si (Ver Tabela 1; Ver Figura 1).

Tabela 1. Correlações entre histórico de maus-tratos na infância, violência por parceiro íntimo e gravidade sintomatológica e diagnóstico de DESNOS.

Table 1. Correlations between history of maltreatment in childhood, intimate partner violence and symptom severity and diagnosis of DESNOS.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1) <i>PsVC</i>	-									
2) <i>PhVC</i>	.33* ^a									
3) <i>SAC</i>	.26 ^a	.37* ^a								
4) <i>ENC</i>	.65** ^a	.32* ^a	.37* ^a							
5) <i>PNC</i>	.31* ^a	.38* ^a	.24 ^a	.56** ^a						
6) <i>PsA-IP</i>	.07 ^a	-.01 ^a	-.11 ^a	.11 ^a	-.13 ^a					
7) <i>PhA-IP</i>	.26 ^a	.08 ^a	-.22 ^a	.06 ^a	.04 ^a	.75** ^a				
8) <i>BI-IP</i>	.09 ^a	.04 ^a	-.09 ^a	-.03 ^a	-.13 ^a	.43** ^a	.56** ^a			
9) <i>SC-IP</i>	-.05 ^a	-.10 ^a	-.14 ^a	-.11 ^a	-.17 ^a	.61** ^a	.40** ^a	.15 ^a		
10) <i>DS</i>	.23 ^a	.01 ^a	.10 ^a	.10 ^a	.05 ^a	.06 ^a	.07 ^a	-.01 ^a	.13 ^a	
11) <i>DD</i>	.21 ^b	.08 ^b	.04 ^b	.14 ^b	.19 ^b	-.11 ^b	.12 ^b	-.16 ^b	.03 ^b	.72* ^b

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$; a) Correlações de Spearman's rho; b) Correlações Ponto Bisserial; VPI = violência psicológica durante a infância; VFI = violência física durante a infância; ASI = abuso sexual durante a infância; NEI = negligência emocional durante a infância; NFI = negligência física durante a infância; VP-AP = Agressão Psicológica por Parceiro Íntimo; VP-AF = Agressão Física por Parceiro Íntimo; VP-LC = Lesão Corporal por Parceiro Íntimo; VP-CSP = Coerção Sexual por Parceiro Íntimo; GD = Gravidade de DESNOS; DG = Diagnóstico de DESNOS.

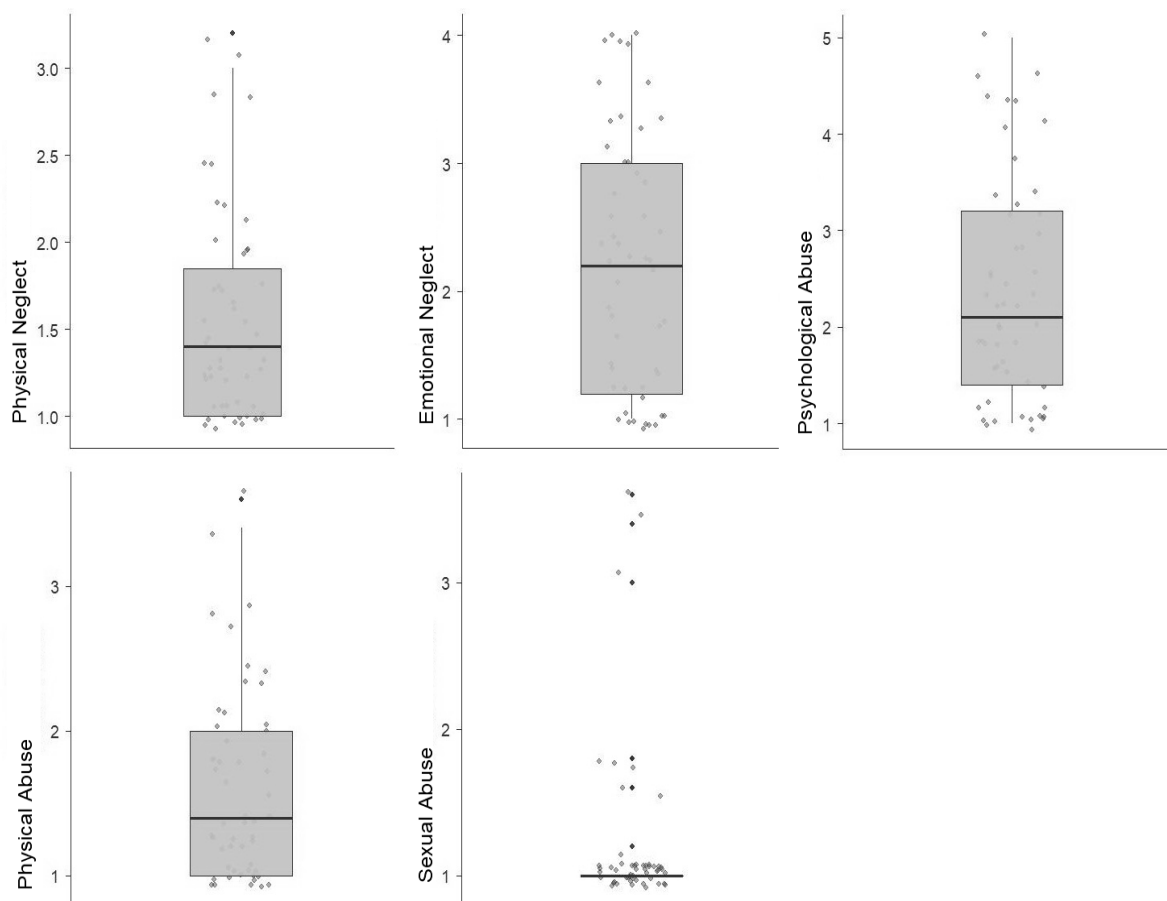


Figura 1. Distribuição dos escores nas dimensões de maus-tratos na infância e adolescência.

Figure 1. Distribution of the scores on the dimensions of history of maltreatment in childhood and adolescence scores.

Referente à presença das diferentes formas de agressões perpetradas pelo parceiro íntimo, foi observado que 92% ($n = 48$) das participantes afirmaram terem sido vítimas de agressão psicológica, 61% ($n = 32$) de agressão física, 48% ($n = 25$) de lesão corporal e 19% ($n = 10$) de coerção sexual. Os índices de vitimização nas dimensões agressão psicológica ($M = 5,2$; $DP = 4,7$; amplitude de 0 a 17,9), agressão física ($M = 2,7$; $DP = 2,9$; amplitude de 0 a 12,2), lesão corporal ($M = 0,5$; $DP = 0,9$; amplitude de 0 a 3,8) e coerção sexual ($M = 1,2$; $DP = 3,9$; amplitude de 0 a 25,0) apresentaram valores baixos a

moderados. A agressão psicológica realizada pelo parceiro íntimo esteve positivamente associada à agressão física, lesão corporal e coerção sexual. Altos índices de cronicidade de agressão física se relacionaram positivamente com lesão corporal e coerção sexual (Ver Tabela 1; Ver Figura 2).

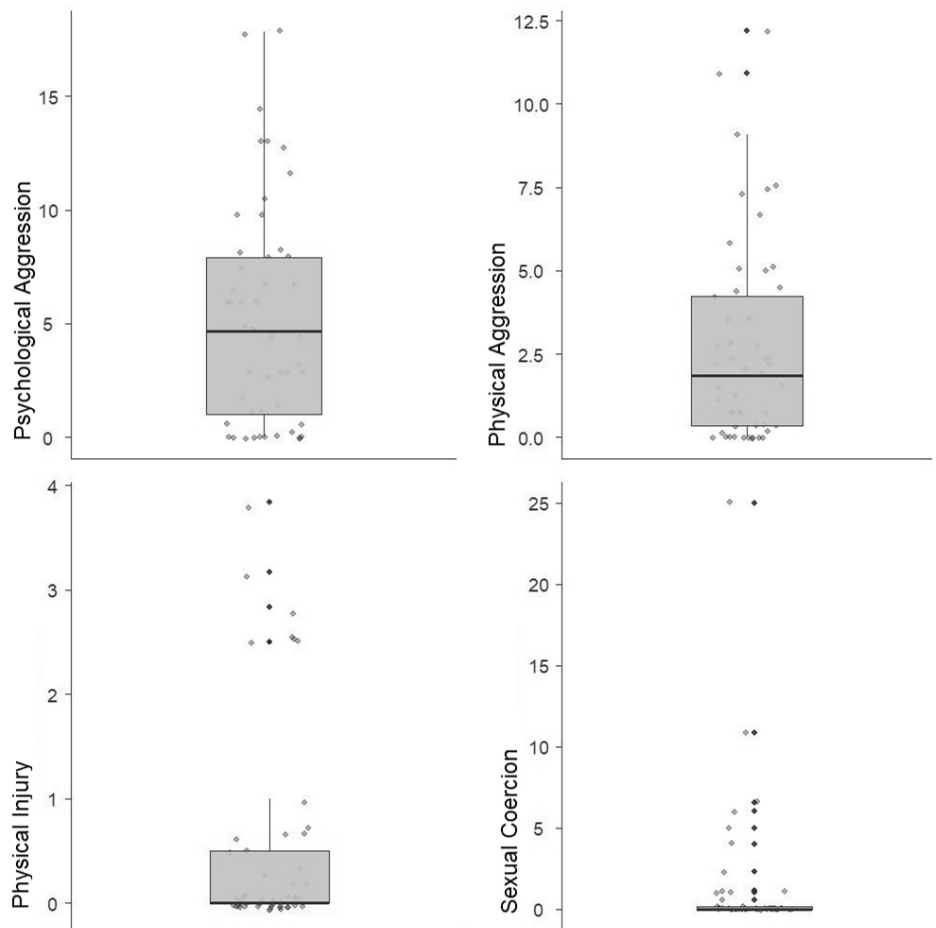


Figura 2. Distribuição dos escores nas dimensões de agressões realizadas pelo parceiro afetivo.

Figure 2. Distribution of the scores on the dimensions of aggressions performed by the affective partner.

Na amostra total, 31% ($n = 16$) das participantes apresentaram critérios que indicam o diagnóstico de DESNOS. A média da gravidade sintomatológica de DESNOS foi 33,5 ($DP = 18,7$), sendo que o escore mais baixo foi zero e o mais alto 75. Foi observado que nenhuma das dimensões do histórico de maus-tratos e das agressões perpetradas pelo parceiro íntimo estiveram associadas à gravidade sintomatológica ou ao diagnóstico de DESNOS (Ver Tabela 1; Ver Figura 3).

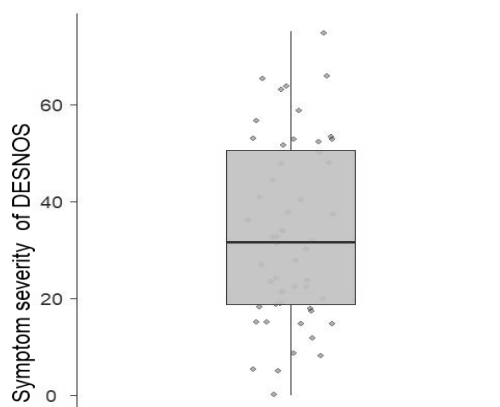


Figura 3. Distribuição dos escores de gravidade sintomatológica de DESNOS.

Figure 3. Distribution of the symptom severity scores of DESNOS.

Os índices de gravidade sintomatológica de DESNOS das participantes categorizadas nos grupos mínimo, moderado, grave e extremo de acordo histórico de maus-tratos na infância para negligência física, negligência emocional, abuso psicológico, abuso físico e abuso sexual foram comparados. Os resultados demonstraram que as participantes com diferentes níveis de maus-tratos não apresentavam diferenças estatisticamente significativas nos índices de gravidade sintomatológica de DESNOS

Discussão

Um dos objetivos deste estudo foi verificar a presença e a frequência de maus-tratos na infância em mulheres que sofreram violência perpetrada pelo parceiro íntimo. Todas as participantes indicaram terem sido vítimas de alguma forma de maus-tratos na infância (*e.g.*, abuso físico, abuso emocional, negligência física, negligência emocional e abuso sexual). De acordo com a literatura, experiências de violência e trauma na infância, sobretudo quando ocorrem no ambiente familiar, geram impactos negativos na autoestima e no estabelecimento de limites saudáveis nos relacionamentos interpessoais (Desai *et al.*, 2002; Odhayani *et al.*, 2013). Indivíduos com histórico de relações abusivas e instáveis na infância tendem a desenvolver percepções negativas sobre o mundo e sobre os outros devido à falta de confiança, segurança e intimidade (Pearlman e Courtois, 2005). Crianças que passaram por situações estressantes severas ou crônicas podem apresentar maior dificuldade para regular as emoções e lidar com os sintomas

psicológicos e fisiológicos do estresse, o que pode acarretar em psicopatologias e problemas de comportamento ao longo da vida (Stirling *et al.*, 2008).

Estudos têm apontado que indivíduos que experienciaram maus-tratos na infância apresentam maior risco de serem vitimizados em outros momentos de suas vidas (Arata, 2000; Blom *et al.*, 2014). Há um interesse crescente no fenômeno da revitimização, já que se trata de um problema de saúde pública que pode gerar consequências físicas e psicológicas negativas (Blom *et al.*, 2014). Para as mulheres, ser vítima de maus-tratos na infância é um fator de risco associado à exposição à violência por parceiro íntimo na idade adulta (Desai *et al.*, 2002; Kennedy *et al.*, 2016; Kong *et al.*, 2016; Widom *et al.*, 2014; Widom *et al.*, 2008; Till-Tentschert, 2017). Quanto às consequências dessas experiências, mulheres que sofreram revitimização apresentam maiores níveis de depressão, ansiedade, TEPT e sintomas somáticos quando comparadas às mulheres vítimas de um único episódio de violência ou que não vivenciaram nenhuma situação semelhante (Messman-Moore *et al.*, 2000). Além disso, o acúmulo de experiências de violência pode gerar prejuízos na capacidade de regulação emocional, sintomas dissociativos e comportamentos agressivos (Cloitre *et al.*, 2009), que são sintomas relacionados ao diagnóstico de DESNOS.

Em relação às formas de violência perpetradas pelo parceiro íntimo, identificou-se que a violência psicológica foi a mais frequente, seguida da agressão física, lesão corporal e coerção sexual. Este resultado está de acordo com o que foi observado no estudo de Schreiber *et al.* (2007), no qual a violência psicológica também foi a mais frequente. Ainda há poucos estudos em nível nacional que abordam especificamente esse tema, o que dificulta o entendimento das consequências da violência psicológica para a vida das mulheres. As análises realizadas neste estudo permitiram identificar que a violência psicológica esteve positivamente associada à agressão física, lesão corporal e coerção sexual. De acordo com Saffioti (2004), o que ocorre no Brasil é que a violência psicológica contra a mulher se tornou tão corriqueira que passou a ser minimizada.

Quando o abuso psicológico ocorre associado a outras formas de violência, os efeitos independentes para a saúde mental das mulheres são mascarados (Follingstad, 2007). Nem sempre as situações de humilhações, agressões verbais e ameaças, que caracterizam a violência psicológica, são reconhecidas como formas de agressão tão graves quanto aquelas que atingem as mulheres física e sexualmente (Silva *et al.*, 2007).

Neste estudo também foi possível identificar que altos índices de cronicidade de agressão física se relacionaram positivamente com lesão corporal e coerção sexual. Este resultado indica que, quanto mais tempo a mulher é exposta às agressões físicas, mais graves as lesões se tornam. Devido a isso, há uma frequente busca por serviços de saúde, os quais podem ser a porta de entrada para a rede de enfrentamento à violência. Portanto, é necessário um atendimento qualificado e uma abordagem profissional adequada que potencializem as chances de a mulher revelar a situação de violência e romper o ciclo de violência (Brasil, 2002). Além disso, observa-se o fenômeno da agressão física ligado à coerção sexual nas relações íntimas. Muitas mulheres são coagidas, por meio de ameaças e do uso da força física, a manterem relações sexuais com seus parceiros e podem não identificar que se trata de uma forma de violência (White e Satyen, 2015). Esta “naturalização” das situações de violência pode estar relacionada ao papel social atribuído às mulheres ainda hoje. Enquanto os homens dominam e controlam, espera-se das mulheres cuidado e submissão. Em muitas culturas, a violência de gênero continua sendo aceita como uma prática normal e mulheres têm que silenciar o seu sofrimento (Kumar *et al.*, 2013; White e Satyen, 2015). Além de serem obrigadas a manter relações sexuais sem consentimento, as situações de abuso sexual envolvem impedir a mulher de usar qualquer método contraceptivo ou forçá-la ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição (Lei Federal nº 11.340, 2006).

Outro objetivo deste estudo foi avaliar a presença de sintomas e diagnóstico de DESNOS em mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo. Foi possível identificar que 31% da amostra atendeu aos critérios diagnósticos. O diagnóstico de

DESNOS inclui sintomas relacionados à exposição prolongada a experiências traumáticas (Herman, 1992), tais como crenças distorcidas sobre si mesmo e os outros, comportamentos de risco ou autodestrutivos e estado emocional negativo persistente (Friedman *et al.*, 2011; Resick *et al.*, 2012). O reconhecimento desses sintomas indica a necessidade de intervenções psicológicas voltadas às demandas específicas dessas mulheres. A Psicologia deve pautar-se na escuta qualificada e acolhimento, objetivando o fortalecimento da mulher que passa pela situação de violência. O fortalecimento da mulher requer ênfase não apenas em aspectos individuais e intrapsíquicos. Identificar fatores sociais e culturais, tais como relações de poder assimétricas, têm papel fundamental para a autonomia feminina. Conhecer políticas públicas e articular o trabalho junto à rede de atendimento à mulher em situação de violência são recursos úteis no que tange à tentativa de erradicação da violência (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2012).

Apesar de ter sido identificado que quase um terço da amostra atendeu aos critérios diagnósticos para DESNOS, nenhuma das dimensões do histórico de maus-tratos na infância e das agressões perpetradas pelo parceiro íntimo associaram-se à gravidade sintomatológica ou ao diagnóstico de DESNOS. A relação positiva entre essas variáveis tem sido identificada em estudos internacionais (Herman, 1992; McDonnell *et al.*, 2013). O fato de não terem sido encontrados resultados significativos nas análises pode ser explicado pelo delineamento transversal e o tamanho da amostra. Além disso, outras variáveis (*e.g.*, idade, nível de escolaridade, rede de apoio, acompanhamento psicológico e psiquiátrico), as quais não foram incluídas nas análises, podem ter relação com o diagnóstico de DESNOS. Novos estudos, especialmente em nível nacional, são necessários para que se possa coletar dados empíricos que sustentem, ou não, essa relação entre histórico de violência e o diagnóstico de DESNOS.

Considerações Finais

Este é um dos primeiros estudos no Brasil que busca avaliar a relação entre histórico de maus-tratos na infância, violência por parceiro íntimo e a presença de sintomas e diagnóstico de Transtornos de Estresse Extremo Não-Especificados (DESNOS) em mulheres. Apesar das controvérsias que permeiam a inclusão de DESNOS como uma nova categoria diagnóstica no DSM, trata-se de um tema que continua sendo estudado por pesquisadores em diferentes partes do mundo. É possível que os estudos realizados no Brasil possam contribuir para a compreensão do fenômeno da exposição prolongada a experiências traumáticas. Neste estudo, quase um terço das participantes atendeu aos critérios para o diagnóstico. Além disso, os resultados encontrados permitiram identificar a gravidade e a alta frequência das situações de violência experienciadas pelas participantes desde a infância até a idade adulta. A investigação das situações de violência é importante porque contribui para diminuir a invisibilidade desta realidade vivida por inúmeras mulheres no Brasil. Apesar de ser considerado um problema de saúde pública, o enfrentamento dessa forma de violência demanda ações mais efetivas e que incluam diferentes setores da sociedade. É fundamental que intervenções para prevenção de violência estejam baseadas na desconstrução de estereótipos de gênero que contribuem para relações desiguais de poder entre homens e mulheres.

As limitações do estudo incluem o delineamento transversal, bem como o fato de a amostra ter sido selecionada por conveniência. Além disso, todas as participantes eram residentes do Rio Grande do Sul e já tinham buscado auxílio em instituições para serem afastadas dos autores da violência, o que as diferencia de outras mulheres que permanecem expostas a essas situações. A Psicologia tem muito a contribuir para a prevenção e o enfrentamento das situações de violência que acometem meninas e mulheres no país por meio de intervenções baseadas em evidências e que levem em conta as demandas específicas dessa população.

Referências

- ARATA, C. M. 2000. From child victim to adult victim: A model for predicting sexual revictimization. *Child Maltreatment*, 5(1):28-38.
- BAUGHER, A.; GAZMARARIAN, J. A. 2015. Masculine gender role stress and violence: A literature review and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, 24:107-112.
- BERNSTEIN, D.P.; AHLUVALIA, T.; POGGE, D.; HANDELSMAN, L. 1997. Validity of the childhood trauma questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(3):340-348.
- BERNSTEIN, D. P.; FINK, L. 1998. *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report*. San Antonio (TX): The Psychological Corporation.
- BERNSTEIN, D. P.; FINK, L.; HANDELSMAN, L.; FOOTE, J.; LOVEJOY, M.; WENZEL, K.; SAPARETO, E.; RUGGIERO, J. 1994. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8):1132-1136.
- BEYDOUN, H. A.; BEYDOUN, M. A.; KAUFMAN, J. S.; ZONDERMAN, A. B. 2012. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 75(6), 959-975.
- BLOM, H.; HOGBERG, U.; OLOFSSON, N.; DANIELSSON, I. 2014. Strong association between earlier abuse and revictimization in youth. *BMC Public Health*, 14(715):1-10.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. 2002. *Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço*. Cadernos de Atenção Básica nº8. Brasília, DF.
- BREWIN, C. R.; CLOITRE, M.; HYLAND, P.; SHEVLIN, M.; MAERCKER, A.; BRYANT, R. A.; HUMAYUN, A.; JONES, L. M.; KAGEE, A.; ROUSSEAU, C.; SOMASUNDARAM, D.; SUZUKI, Y.; WESSELY, S.; van OMMEREN, M.; REED, G. M. 2017. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychological Review*, 58:1-15.
- BUTCHART, A.; HARVEY, A. P.; MIAN, A.; FURNISS, T. 2006. *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
- CAMARGO, J.; KLUWE-SCHIAVON, B.; SANVICENTE-VIEIRA, B.; LEVANDOWSKI, M. L.; GRASSI-OLIVEIRA, R. 2013. Brazilian version of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress - Revised (SIDES-R): Adaptation and validation process. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(4):292-298.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP]. 2012. *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em programas de atenção à mulher em situação de violência*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.
- CLOITRE, M.; GARVET, D. W.; BREXIN, C. R.; BRYANT, R. A.; MAERCKER, A. 2013. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(4).

- COLOSSI, P. M.; MARASCA, A. R.; FALCKE, D. 2015. De geração em geração: A violência conjugal e as experiências na família de origem. *Psico*, **46**(4):493-502.
- CRESWELL, J.W. 2010. *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.
- DESAI, S.; ARIAS, I.; THOMPSON, M. P.; BASILE, K. C. 2002. Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence and Victims*, **17**(6):639-653.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B., FRANÇA-JUNIOR, I.; LUDERMIR, A. B.; PORTELLA, A. P.; DINIZ, C. S.; COUTO, M. T.; VALENÇA, O. 2009. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, **43**(2):299-310.
- FRIEDMAN, M. J.; RESICK, P. P.; BRYANT, R. A.; BREWIN, C. R. 2011. Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, **28**(9):750-769.
- GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. 2006. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, **40**(2):249-255.
- HERMAN, J. L. 1992. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, **5**(3):377-391.
- KENNEDY, A. C., BYBEE, D.; PALMA-RAMIREZ, E.; JACOBS, D. 2017. Cumulative victimization as a predictor of intimate partner violence among young mothers. *Psychology of Violence*, **7**(4):533-542.
- KONG, J.; ROH, S.; EASTON, S. D.; LEE, Y. S.; LAWLER, M. J. 2016. A history of childhood maltreatment and intimate partner violence victimization among native american adults. *Journal of Interpersonal Violence*, **24**.
- KUMAR, A.; NIZAMIE, S. H.; SRIVASTAVA, N. K. 2013. Violence against women and mental health. *Mental Health and Prevention*, **1**:4-10.
- LEI FEDERAL nº 11.340, 07 de agosto de 2006 (2006, 07 de agosto). Dispõe sobre os mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União*, livro 1.
- MARASCA, A. R.; RAZERA, J.; PEREIRA, H. J. R.; FALCKE, D. 2017. Marital physical violence suffered and committed by men: Repeating family patterns? *Psico-USF*, **22**(1):99-108.
- McDONNELL, M.; ROBJANT, K.; KATONA, C. 2013. Complex posttraumatic stress disorder and survivors of human rights violations. *Current Opinion in Psychiatry*, **26**(1), 1-6.
- MENDONÇA, M. F. S.; LUDERMIR, A. B. 2017. Intimate partner violence and incidence of common mental disorders. *Revista de Saúde Pública*, **51**(32):1-8.
- MESSMAN-MOORE, T. L.; LONG, P. J.; SIEGFRIED, N. J. 2000. The revictimization of child sexual abuse survivors: an examination of the adjustment of college women with child sexual abuse, adult sexual assault, and adult physical abuse. *Clinical Psychology Review*, **23**(4):18-27.
- MIRANDA, M. P. M.; PAULA, C. S.; BORDIN, I. A. 2010. Violência conjugal física contra a mulher na vida: Prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. *Revista*

- Panamericana de Salud Pública*, 27(4):300-308.
- MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H.; REICHENHEIM, M. E. (2002). Adaptação transcultural para o português do instrumento “*Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*” utilizado para identificar violência entre casais. *Caderno de Saúde Pública*, 18(1):163-176.
- ODHAYANI, A. A.; WATSON, W. J.; WATSON, L. 2013. Behavioural consequences of child abuse. *Canadian Family Physician*, 59:831-836.
- PALIC, S.; ZERACH, G.; SHEILYN, M.; ZELIGMAN, Z.; ELKLIT, A.; SOLOMON, Z. 2016. Evidence of posttraumatic stress disorder (CPTSD) across population with prolonged trauma of varying interpersonal intensity and ages of exposure. *Psychiatry Research*, 246:692-699.
- PEARLMAN, L.; COURTOIS, C. 2005. Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5):449-445.
- PELCOVITZ, D.; van der KOLK, B.; ROTH, S.; MANDEL, F.; KAPLAN, S.; RESICK, P. 1997. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10(1):3-16.
- POWERS, A., FANI, N.; CARTER, S.; CROSS, D.; CLOITRE, M.; BRADLEY, B. 2017. Differential predictors of DSM-5 PTSD and ICD-11 complex PTSD among african american women. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1).
- RESICK, P. A.; BOVIN, M. J.; CALLOWAY, A. L.; DICK, A.M.; KING, M. W.; MITCHELL, K. S.; SUVAK, M. K.; STIRMAN, S. W.; WOLF, E. J. 2012. A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25:241-251.
- SACHSER, C.; KELLER, F.; GOLDBECK, L. 2016. Complex PTSD as proposed for ICD-11: Validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(2):160-168
- SACRAMENTO, L. T.; REZENDE, M. M. 2006. Violências: Lembrando alguns conceitos. *Aletheia*, 24:95-104.
- SAFFIOTI, H. I. B., Almeida, S. S. 1995. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro, Livraria e Editora Revinter Ltda.
- SAFFIOTI, H. I. B. 2004. *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo, SP: Fundação Perseu Abramo.
- SANTOS, A. R.; MARIN, A. H.; CASTOLDI, L. 2013. Percepção de mães e adolescentes sobre a violência intrafamiliar por meio da construção do genograma. *Contextos Clínicos*, 6(2):174-184.
- SCHREIBER, L. B., D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; DINIZ, S.; PORTELLA, A. P.; LUDERMIR, A. B.; VALENÇA, O.; COUTO, M. T. 2007. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 41(5):797-807.
- SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. 2016. Central de Atendimento à Mulher - Balanço 1º semestre. Disponível em: http://www.spm.gov.br/balanco180_2016-3.pdf
- STIRLING, J.; AMAYA-JACKSON, L. 2008. Understanding the behavioral and emotional consequences of child abuse. *Pediatrics*, 122(3).

- STRAUS, M. A.; HAMBLY, S. L.; BONEY-McCOY, S.; SUGARMAN, D. B. 1996. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, *17*(3):283-316.
- TILL-TENTSCHERT, U. 2017. The relation between violence experienced in childhood and women's exposure to violence in later life: Evidence from Europe. *Journal of Interpersonal Violence*, *32*(12):1874-1894.
- TRACTENBERG, S. G.; MACIEL, L. M.; KLUWE-SCHIAVON, B.; LEVANDOWSKI, M. L.; KRISTENSEN, C. H. 2016. Intervenções em terapia cognitivo-comportamental para trauma complexo: Uma revisão sistemática. *Temas em Psicologia*, *24*(2):533-547.
- VAN DER KOLK, B. A.; ROTH, S.; PELCOVITZ, D.; SUNDAY, S.; SPINAZZOLA, J. 2005. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *18*(5):389-399.
- VAN DER PUT, C. E., LANCTÔT, K.; RUITER, C.; VAN VUGT, E. 2015. Child maltreatment among boy and girl probationers: Does type of maltreatment make a difference in offending behavior and psychosocial problems? *Child Abuse and Neglect*, *46*.
- VIOLA, T. W.; KLUWE-SCHIAVON, B.; RENNER, A. M.; GRASSI-OLIVEIRA, R. 2011. Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *33*(1):55-62.
- WHITE, M. E.; SATYEN, L. 2015. Cross-cultural differences in intimate partner violence and depression: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, *24*:120-130.
- WIDOM, C. S.; CZAJA, S.; DUTTON, M. A. 2014. Child abuse and neglect and intimate partner violence victimization and perpetration: A prospective investigation. *Child Abuse & Neglect*, *38*(4):650-663.
- WIDOM, C. S., CZAJA, S.; DUTTON, M. A. 2008. Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, *32*(8):785-796.
- WILLIAMS, L. C. A.; HABIGZANG, L. F. 2014. Uma breve introdução: Tecnologia social da ciência psicológica para o enfrentamento da violência da criança e do adolescente. In L. C. A. Williams, & L. F. Habigzang (Orgs.), *Crianças e adolescentes vítimas de violência: Prevenção, avaliação e intervenção* (pp. 9-12). Curitiba: Juruá.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. 2006. *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/en/
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. 2007. *The cycles of violence - The relationship between childhood maltreatment and the risk of later becoming a victim or perpetrator of violence: Key facts*. Violence and Injury Prevention Programme. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107841>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. 2017. *Violence against women*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>.

Recebido em: 16.08.18

Aceito em: 12.12.18