

Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de violência*

Posttraumatic stress disorder in victims of domestic violence

Graziele Vidoto Cervantes¹, Fabiana Schuelter-Trevisol², Luciano Kurtz Jornada³

*Recebido do Curso de Graduação da Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão, SC.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A violência urbana tem crescido exponencialmente no mundo e além do impacto social, há o impacto emocional causado. O objetivo deste estudo foi identificar os sinais e sintomas sugestivos do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em vítimas de violência e sua associação com fatores individuais e relacionados ao crime.

MÉTODO: Estudo transversal. Os dados foram coletados a partir da ficha de notificação de violência doméstica, sexual ou outras violências do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da 20ª Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina, entre janeiro de 2009 a julho de 2011. Foram incluídas vítimas maiores de 18 anos, ambos os sexos, sendo excluídas as que sofreram violência em um período inferior a quatro semanas e as lesões autoprovocadas. As vítimas foram contatadas para aplicação do questionário *Checklist-Civilian Version* para a identificação de sinais e sintomas sugestivos de TEPT.

RESULTADOS: Participaram do estudo 89 vítimas de violência, com predomínio de sinais e sintomas sugestivos do TEPT em 49,4% dos entrevistados. As vítimas eram na maioria mulheres, jovens, sendo que 89,9% sofreram agressões físicas. Os crimes continuados apresentaram maior presença dos critérios C ($p = 0,04$) e D ($p = 0,03$) do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-IV), e o critério D também apresentou tendência de associação com violência sexual ($p = 0,05$).

CONCLUSÃO: A alta prevalência indicativa do TEPT relacionado à violência serve como importante alerta social e de saúde pública.

Descritores: Crimes, Violência, Vítimas, Transtorno de estresse pós-traumático.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Urban violence has grown exponentially in the world and, besides the social impact, there is also emotional impact involved. The objective of this study was to identify the symptoms and signs of posttraumatic stress disorder (PTSD) in victims of violence and their associations with individual and crime-related factors.

METHOD: We conducted a cross-sectional study. Data were collected from the Information System for Notifiable Diseases (SINAN) of the 20th Regional Department of Health of the State of Santa Catarina for domestic, sexual or other violence, between January 2009 and July 2011. Male and female victims of domestic violence, sexual assault and other forms of violence, over 18 years, were included in the survey. Self-inflicted violence and violence experienced less than four weeks before were exclusion criteria. The PTSD Checklist-Civilian Version was administered to a group of victims of violence in order to identify symptoms and signs suggestive of PTSD.

RESULTS: Eighty-nine victims of violence participated in the study, with symptoms and signs suggestive of PTSD in 49.4% of the respondents. Most victims were young women, and 89.9% had suffered physical abuse. The continuing violence was positively associated with the presence of criterion C ($p = 0.04$) and D ($p = 0.03$), of the DSM-IV criteria. Criterion D also showed a tendency of association with sexual violence ($p = 0.05$).

CONCLUSION: The high prevalence of violence-related PTSD serves as an important warning for public health and social welfare.

Keywords: Crimes, Victims, Violence, Posttraumatic stress disorder.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência como qualquer ato de força física ou do poder, real ou em ameaça, de maneira intencional contra outra pessoa, grupo ou comunidade e também a si própria que resulte ou possa resultar em lesão física, psicológica, deficiência de desenvolvimento, privação ou morte¹. Estima-se que no ano de 2000, cerca de 1,6 milhões de pessoas perderam suas vidas devido à violência em todo o mundo¹. O número de homicídios e suicídios aproxima-se de 120.000 e 55.000 casos anuais no mundo, respectivamente, e o Brasil dentre outros países, destaca-se por possuir as maiores taxas de homicídio (proporcional por habitantes)². Relatos científicos afirmam que as agressões possuem forte associação com alguns transtornos psiquiátricos, dentre elas o abuso de substâncias, drogas ilícitas, depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)^{3,4}.

Exposições a eventos traumáticos são muito frequentes ao longo da vida, afetando até 90% da população geral, principalmente os

1. Graduada em Medicina pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Tubarão, SC, Brasil.

2. Doutora em Ciências da Saúde Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Professora do Programa de mestrado em Ciências da Saúde e do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Vice-Coordenadora do Centro de Pesquisas Clínicas do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Tubarão, SC, Brasil.

3. Psiquiatra. Doutor em Ciências da Saúde Universidade do Estado de Santa Catarina (UNESC); Professor do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Tubarão, SC, Brasil.

Apresentado em 30 de outubro de 2012.

Aceito para publicação em 01 de abril de 2013.

Endereço para correspondência:

Profa. Dra. Fabiana Schuelter-Trevisol

Avenida José Acácio Moreira, 787 – Bairro Dehon

88704-900 Tubarão, SC.

Fone (48) 3631-7239

E-mail: fastrevisol@gmail.com

homens⁵. No entanto, o desenvolvimento de TEPT é variável, chegando ao patamar de aproximadamente 7% ao longo da vida nos Estados Unidos, pois depende de fatores sociais, individuais e genéticos tais como: idade, escolaridade, religião, personalidade, a maneira de lidar com os problemas e sentimentos e história prévia de transtornos mentais^{6,7}. O desenvolvimento de TEPT também está associado a repercussões extracerebrais, incluindo aumento periférico de citocinas pró-inflamatórias e suas repercussões cardiovasculares⁸.

Diante da alta prevalência do TEPT, prejuízos sociais, econômicos e à saúde física e mental de pessoas que confrontam situações peculiares como assaltos, tempestades e sequestros⁹, que o presente estudo teve como objetivo rastrear o TEPT em pessoas vítimas de diversos tipos de violência, demonstrando assim sua gravidade e dimensão como causa do desenvolvimento de doenças psiquiátricas.

MÉTODO

Estudo observacional com delineamento transversal. Foram estudados os registros de vítimas de violência processados junto ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), que compreende as notificações compulsórias realizadas na 20ª Regional de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Secretaria de Saúde e as Delegacias e Departamentos Específicos.

Foram incluídas as vítimas de violências notificadas no período entre 1º de janeiro de 2009 e 31 de julho de 2011, residentes na cidade de Tubarão (SC), maiores de 18 anos e que aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas aquelas que sofreram violência no período inferior a quatro semanas da realização da coleta dos dados e as agressões autoprovocadas.

As variáveis do estudo foram extraídas da ficha de notificação de violência física, sexual ou outras violências sendo elas: dados da vítima (sexo, idade, ocupação, escolaridade, raça); características das agressões (local de ocorrência, crime continuado, tipo de agressão, meio de agressão, consequências e parte do corpo lesada); e também do agressor (sexo, parentesco com a vítima e uso abusivo de álcool no momento da agressão). As vítimas foram contatadas pelos pesquisadores, pessoalmente ou por telefone, com a interlocução da enfermeira da 20ª Gerência de Saúde para aplicação do *Checklist-Civilian Version* ou PCL-C¹⁰.

Quando comparada a outras escalas, como a de Mississippi, *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (SCID) e a *Clinician Administered PTSD Scale* (CAPS), a PCL-C demonstrou uma sensibilidade e especificidade altas ou até equivalentes. No entanto, sua escolha também foi favorecida pela capacidade de ser autoaplicativa, de identificar a prevalência e gravidade do TEPT, dependendo do modo de aplicação da escala e do tempo do aparecimento dos sintomas¹¹.

O PCL-C avalia 17 sintomas para o diagnóstico do TEPT, que contemplam os critérios diagnósticos do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-IV)¹² sendo eles: A) Ter um ou mais confrontos, vivências ou testemunhos da vítima com algum evento estressor traumático. B) Aparecimento de uma tríade psicopatológica desencadeada pelo trauma composta por (re)experiência do fator estressor; C) Esquiva dos estímulos asso-

ciados a ele ou entorpecimento afetivo; D) excitabilidade autonômica aumentada; E) Os sintomas devem permanecer por mais de quatro semanas e causar à vítima sofrimento ou prejuízo no âmbito social, ocupacional ou outras áreas importantes de sua vida. O questionário PCL-C possui 17 perguntas com pontuação que varia de 1 a 5 (1- nada, 2- um pouco, 3- médio, 4- bastante, 5- muito) que revela a gravidade em que tais sinais e sintomas se apresentavam no mês anterior ao preenchimento do questionário. Aquelas perguntas que obtenham pontuação maior que três, indicam relevância clínica⁹.

As perguntas 1 a 5 referiam-se a fatos que promovam uma (re) experiência do fator traumático, tais como recordações aflitivas, imagens, sonhos ou *flashbacks* que se manifestam de maneira recorrente e intrusiva promovendo uma resposta de raiva, medo ou culpa da vítima¹⁰. Quando uma ou mais destas perguntas foram relevantes (pontuação igual ou superior a três), constatou-se a presença do critério B⁹.

Aquelas enumeradas de 6 a 12 investigaram a presença do entorpecimento afetivo ou “anestesia emocional”. Compreende a incapacidade de sentir prazer com as atividades cotidianas, que antes lhes proporcionavam satisfação e a esquiva de pensamentos, lugares, conversas ou atividades que possam ativar as recordações do trauma. A presença de três ou mais perguntas com pontuação necessária (maior ou igual a três) relacionam-se ao critério C¹².

As questões 13 a 17 avaliaram a excitabilidade autonômica, como a insônia, irritabilidade ou surtos de raiva, dificuldade de concentração, hipervigilância ou resposta exagerada a estímulos externos frente ao receio de um novo acontecimento traumático. A presença de duas ou mais questões relevantes foram indicativas do critério D¹². A presença da tríade psicopatológica avaliada por este instrumento, e dos critérios A e E sugerem diagnóstico de TEPT.

Os resultados coletados foram inseridos em um banco de dados, criado para este estudo, com auxílio do programa Epidata versão 3.1 (EpiData Association, Odense, Denmark), de domínio público, e a análise estatística foi feita com o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS for Windows v 18; Chicago, IL, USA). Utilizou-se a epidemiologia descritiva para apresentação dos dados e a associação entre as variáveis de interesse foi obtida pelo teste de Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher, quando apropriado, com intervalo de confiança de 95%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina sob registro 10.628.4.01. III/2010.

RESULTADOS

Um total de 24 indivíduos, 27% dos participantes não foi localizado ou se recusaram a participar da pesquisa. Estudou-se 89 pessoas vítimas de violência, sendo 56,9% do sexo feminino. A faixa etária variou entre 17 e 76 anos de idade, com média de 35,2 ± 11,8 anos. O gráfico 1 apresenta a prevalência encontrada dos critérios necessários para o rastreamento do TEPT de acordo com DSM-IV. Os sinais e sintomas compatíveis com os critérios do TEPT foram detectados em 44 (49,4%) vítimas, de acordo com os parâmetros do DSM-IV e os sintomas com importância clínica estiveram presentes em 100% dos entrevistados, variando de 2 a 16 sintomas.

A tabela 1 apresenta os dados das vítimas de violência e sua associação com o TEPT. Não houve associação estatisticamente significativa entre o preenchimento dos critérios para TEPT com sexo, idade, cor da pele, escolaridade, ocupação e presença de deficiência. A análise criminal demonstrou prevalência de agressões físicas em 91,9% das ocorrências, coexistindo com outros tipos de agressões em 19,1%, porém sem significância estatística com o TEPT. Associando-se o tipo de agressão com o sexo da vítima, constatou-se que apenas mulheres sofreram violência sexual (100%) e que 61,3% delas foram vítimas de agressões físicas. A tabela 2 apresenta os dados sobre a violência e sua associação com TEPT.

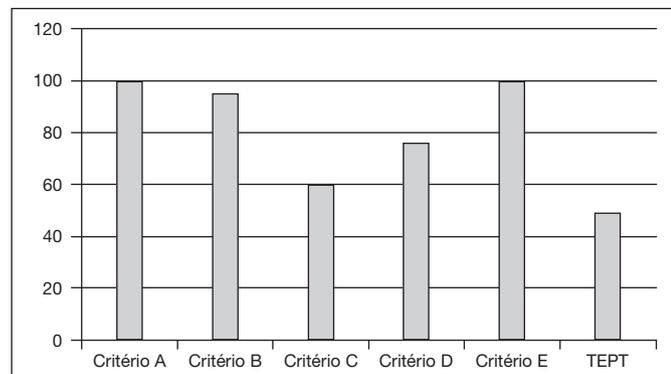


Gráfico 1 – Critérios segundo DSM-IV para definição do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT).

Tabela 1 – Características das vítimas de violência e sua associação com o TEPT (n = 89).

Variáveis	Total n (%)	TEPT n (%)	Valor de p*
Sexo			0,2
Masculino	36 (40,4)	15 (41,7)	
Feminino	53 (59,6)	29 (54,7)	
Idade (anos)			0,9
17-29	38 (42,7)	19 (50,0)	
30-39	21 (23,6)	12 (57,1)	
40-49	21 (23,6)	9 (42,9)	
50-59	6 (6,7)	3 (50,0)	
> 60	3 (3,4)	1 (33,3)	
Cor da pele			0,4
Brancos	74 (83,1)	35 (47,3)	
Não brancos	15 (16,9)	9 (60,0)	
Escolaridade (anos) (n = 80)			0,1
0-8	44 (55,0)	26 (59,1)	
>8	36 (45,0)	15 (41,7)	
Ocupação (n = 54)			0,8
Estudante	1 (1,8)	-	
Desempregado	8 (14,8)	3 (37,5)	
Assalariado	14 (25,9)	6 (42,9)	
Autônomo	26 (48,2)	13 (50,0)	
Aposentado	5 (9,3)	3 (60,0)	
Deficiência (n = 13)			0,5**
Física	2 (15,4)	2 (100,0)	
Mental	11 (84,6)	7 (63,6)	

TEPT = transtorno do estresse pós-traumático.

*teste de Qui-quadrado de Fisher; **Prova Exata de Fisher (IC 95%).

Com relação ao agressor, constatou-se que 77,4% deles eram do sexo masculino e 55,1% eram desconhecidos ou não possuíam vínculos afetivos com a vítima. O número de agressores e o uso de álcool por parte destes também não estiveram associados ao quadro de TEPT, conforme dados apresentados na tabela 3. Entretanto, quando as vítimas reportavam história prévia de violência houve associação com os critérios C e D, $p = 0,04$ e $p = 0,03$, respectivamente. A violência sexual apresentou tendência de associação com o critério D ($p = 0,05$). Com relação ao desfecho do caso, 62,9% das vítimas foram encaminhadas ao acompanhamento ambulatorial e 94,4% delas tiveram alta na evolução.

Tabela 2 – Características da violência e sua associação com TEPT (n = 89)***.

Características	Total n (%)	TEPT n (%)	Valor de p*
Agressões Anteriores			0,8
Sim	33 (42,3)	15 (45,5)	
Não	45 (57,7)	23 (51,1)	
Local das agressões			0,8
Residência	40 (47,6)	19 (47,5)	
Via pública	39 (46,5)	21 (53,8)	
Local de trabalho	5 (5,9)	2 (40,0)	
Tipo de violência			
Física	80 (91,9)	39 (48,8)	0,5
Sexual	7 (8,1)	3 (42,9)	0,7**
Meio de agressão			0,5
Força física	63 (71,6)	33 (54,1)	
Objeto perfurocortante	7 (7,9)	2 (33,3)	
Envenenamento	4 (4,6)	3 (75,0)	
Arma de fogo	9 (10,2)	4 (44,4)	
Outros	5 (5,7)	2 (40,0)	
Consequências			0,8
Não houve	71 (88,8)	35 (49,3)	
Tentativa de suicídio	7 (8,8)	4 (57,1)	
Estresse pós-traumático	2 (2,4)	1 (50,0)	
Partes do corpo atingidas			0,8
Cabeça	35 (47,95)	17 (48,6)	
Tórax	6 (8,2)	3 (50,0)	
Abdômen	3 (4,1)	1 (33,3)	
Membros superiores	8 (10,9)	4 (50,0)	
Membros inferiores	3 (4,1)	1 (33,3)	
Genitálias	4 (5,5)	3 (75,0)	
Múltiplas partes	14 (19,2)	9 (64,3)	

TEPT = transtorno do estresse pós-traumático.

*teste de Qui-quadrado de Fisher; **Prova Exata de Fisher (IC 95%); ***Algumas fichas de notificação tinham dados faltantes.

Tabela 3 – Características do agressor e sua associação com TETP** (n = 89).

Características	Total n (%)	TEPT n (%)	Valor de p*
Número de agressores envolvidos			0,7
Um	60 (72,3)	28 (46,3)	
Dois ou mais	23 (27,7)	13 (56,5)	
Uso associado de álcool			0,9
Sim	24 (38,1)	12 (50,0)	
Não	39 (61,9)	19 (48,7)	

TEPT = transtorno do estresse pós-traumático.

*teste de Qui-quadrado de Fisher; **Algumas fichas de notificação tinham dados faltantes.

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou um alto índice (49,4%) de sintomas indicativos do TEPT, assim como de sintomas com relevância clínica entre os participantes, confirmando que há grande variabilidade do predomínio do transtorno em crimes de violência. Na literatura nacional, foram encontradas somente duas pesquisas com metodologia semelhante a este estudo. O mais próximo, ocorreu no Centro de Atendimento à Vítima do Crime (CEVIC), em Florianópolis (SC), que identificou a presença de TEPT em 63,4% das vítimas de violência⁹. O segundo, em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, a prevalência encontrada foi de 59,3% entre as vítimas¹³. Estas taxas muito superiores ao já mencionados 7% ao longo da vida e ao mesmo tempo também inferiores a 100%, possivelmente tenham relação com os complexos mecanismos de modulação de formação e extinção e memória, descritos por Fiorenza e col.¹⁴.

O TEPT pode ser duas vezes mais comum em mulheres e raramente se desenvolve em homens¹⁵, provavelmente por maior dificuldade das mulheres em lidar com pensamentos e sentimentos, além de maior associação entre o sexo feminino e os transtornos psiquiátricos¹. Apesar da diferença percentual entre os sexos, no presente estudo não houve associação estatisticamente significativa entre sexo e o TEPT. O presente estudo confirma a prevalência expressiva de violência sexual em mulheres e também de sintomas relacionados à raiva e agressividade (critério D). No entanto, contradiz a informação sobre as agressões físicas, pois neste caso, o predomínio do sexo feminino se manteve. Acredita-se que a maior procura de assistência à saúde realizada pelas mulheres e pelo respaldo dado às vítimas de agressões sexuais que a 20^a. Gerência de Saúde e outras instituições promovem possa explicar esse achado.

Breslau e col. concluíram que exposições prévias a agressões podem predispor ao TEPT¹⁶. Este estudo não resultou nesse dado, porém demonstrou relação com o entorpecimento afetivo e excitabilidade autonômica (Critérios C e D), sintomas estes que compõem a tríade psicopatológica do transtorno. O predomínio da hostilidade e raiva foi encontrado no estudo de Orth e Wieland¹⁷ e podem indicar uma forma protetora de reagir ao trauma ou a vulnerabilidade, sugerindo transtornos psicológicos em desenvolvimento¹⁸. Cabe também salientar que por se tratar de estudo transversal e com adultos, não foi avaliado na presente pesquisa, a história de abusos na infância, que sabidamente está associada a repetição de violência e TEPT na vida adulta¹⁹.

Um maior índice de TEPT em adultos jovens por estarem mais expostos a situações de violência, bem como a maior prevalência em pessoas de raça negra (possível viés socioeconômico) também foi relatado por Javidi e Yadollahie²⁰. Os dados deste estudo demonstraram que apesar de a idade não ter associação estatisticamente significativa com o TEPT, as proporções do transtorno são maiores nos jovens e adultos jovens e a raça negra também foi predominantemente relacionada ao TEPT. Entretanto, destacam-se altos indícios de desenvolvimento do TEPT em vítimas da raça branca. Acredita-se que tal constatação é resultante da característica populacional estudada, uma vez que a região foi colonizada por população europeia, e estima-se que mais de 90% da população seja composta por indivíduos de cor da pele branca.

Além disso, talvez o maior nível socioeconômico e educacional possa favorecer na busca por atendimento junto à rede de saúde e segurança pública, organizações que alimentam o banco de dados do SINAN.

Um total de 27% dos participantes não foi localizado ou se recusaram a participar do estudo. Vários fatores podem ter influenciado estas perdas no estudo, incluindo desde receio ou vergonha em compartilhar o evento traumático, até descrença na assistência às vítimas. Por questões metodológicas e éticas estes fatores não puderam ser averiguados.

Objetivou-se com esse estudo a demonstração da estimativa de risco das vítimas de violência a desenvolver os sinais e sintomas relacionados ao TETP e suas associações com fatores predisponentes e socioeconômicos. No entanto, acredita-se que a ausência de dados com significância estatística tenha ocorrido pelo pequeno tamanho amostral e pelo grande número agressões autoprovocadas (critério de exclusão neste estudo), além da dificuldade em localizar as vítimas com os endereços e telefones fornecidos. Vale ressaltar que a notificação compulsória da violência iniciou em 2009, o que também contribui para uma redução de casos que pudessem ser investigados no período em estudo.

Para diagnóstico definitivo do TEPT torna-se necessário a entrevista clínica com profissional capacitado. Por isso, os dados de prevalência de TEPT encontrados no presente estudo são relativos aos sinais e sintomas sugestivos com base no PCL-C utilizado, não sendo possível com este instrumento o diagnóstico definitivo de TEPT.

CONCLUSÃO

Aproximadamente metade das vítimas de violência apresentou o desenvolvimento do TEPT, porém sem significância estatística ao se relacionar o transtorno com dados demográficos e socioeconômicos das vítimas, características criminais e do agressor. Todos os participantes apresentaram ao menos dois sintomas com relevância clínica para o TEPT. Pessoas com histórico positivo para agressões passadas apresentaram significativamente os critérios C e D, e pessoas que sofreram violência sexual apresentaram tendência de associação com o critério D.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C; 2002. Disponível em: www.who.int [17 de julho de 2011].
2. Organização Pan-Americana de Saúde. Impact of violence on the health of the populations in the Americas. CD44/15. Washington, D.C; 2003. Disponível em: www.paho.org. [20 de julho de 2011].
3. Quitete B, Paulino B, Hauck F, et al. Transtorno de estresse pós-traumático e uso de drogas ilícitas em mulheres encarceradas no Rio de Janeiro. *Rev Psiquiatr Clín.* 2012;39(2):43-7.
4. Oram S, Trevillion K, Feder G, et al. Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2013;202:94-9.
5. Astur R, St Germain S, Tolin KD, et al. Hippocampus function predicts severity of post traumatic stress disorder. *Cyberpsychol Behav.* 2006;9(2):234-40.
6. Wofford K, Hertzberg M, Vacchiano C. The perioperative implications of posttraumatic stress disorder. *AANA J.* 2012;80(6):463-70.

7. Johansen VA, Wahl AK, Eilertsen DE, et al. Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured victims of non-domestic violence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(7):583-93.
8. Gola H, Engler H, Sommershof A, et al. Posttraumatic stress disorder is associated with an enhanced spontaneous production of pro-inflammatory cytokines by peripheral blood mononuclear cells. *BMC Psychiatry.* 2013;29(1):13-40.
9. Michels AM. Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de crime atendidas no centro de atendimento à vítima do crime de Florianópolis. [Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina: Pós-Graduação em Saúde Pública; 2008. p. 99.
10. Berger W, Mendlowicz MV, Souza WF, et al. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Psiquiatr.* 2004;26(2):167-75.
11. Passos RBF, Figueira I, Mendlowicz MV, et al. Exploratory factor analysis of the Brazilian version of the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist: civilian version (PCL-C). *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(2):155-61.
12. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM – IV – TR. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. p. 404-12.
13. Stein AT, De Carli E, Casanova F, et al. Transtorno de estresse pós-traumático em uma unidade de saúde de atenção primária. *Rev Psiquiatr RS.* 2004;26(2):158-66.
14. Fiorenza NG, Rosa J, Izquierdo I, et al. Modulation of the extinction of two different fear-motivated tasks in three distinct brain areas. *Behav Brain Res.* 2012;232(1):210-6.
15. Sartor CE, McCutcheon VV, Pommer NE, et al. Common genetic and environmental contributions to post-traumatic stress disorder and alcohol dependence in young women. *Psychol Med.* 2011;41(7):1497-505.
16. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(7):626-32.
17. Orth U, Wieland E. Anger, hostility, and posttraumatic stress disorder in trauma exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74(4):698-706.
18. Panasetis P, Bryant RA. Peritraumatic versus persistent dissociation in acute stress disorder. *J Trauma Stress.* 2003;16(3):563-6.
19. Graham-Bermann SA, Castor LE, Miller LE, et al. The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *J Trauma Stress.* 2012;25(4):393-400.
20. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic stress disorder. *Int J Occup Environ Med.* 2012;3(1):2-9.