



**EXPOSIÇÃO DA CRIANÇA A VIOLÊNCIA INTERPARENTAL:
PERTURBAÇÃO DE *STRESS* PÓS-TRAUMÁTICO**

**EXPOSITION OF THE CHILD INTERPARENTAL VIOLENCE:
POST-TRAUMATIC *STRESS* DISORDER**

Pós-Graduação em Proteção de Crianças em Perigo e Intervenção Local

UC: Violência na Família – Sinalização e Intervenção

Professora Doutora Dália Costa

Margarida Santos

Resumo: nesta pesquisa será abordado o tema do desenvolvimento de Perturbação de Stress Pós-Traumático (adiante, PSPT) como causa da experienciação de situações de violência interpARENTAL. Esta revisão explora a caracterização da sintomatologia típica associada e dificuldades de diagnóstico inerentes, bem como apresenta, de acordo com as pesquisas disponíveis, algumas das variáveis mediadoras que podem afetar, de forma determinante, a PSPT na sua atenuação e/ou intensificação. Pretende-se também demonstrar que algumas crianças inseridas num ambiente de violência entre os pais, não obstante o contato direto com o evento traumático, apresentam estratégias de adaptação resiliente.

Palavras-chave: exposição na infância; violência interpARENTAL; *stress* pós-traumático.

Abstract: in this research will be treat the development of Post-Traumatic Stress Disorder (PSPT) as cause of the experience of situations of interparental violence. This review explores the characterization of the typical associated symptomatology and inherent diagnostic difficulties, as well as presenting, according to available research, some of the mediating variables that can affect PSPT, in its attenuation and/or intensification. It is also intended to demonstrate that some children inserted in an environment of violence between parents, despite the direct contact with the traumatic event, present strategies of resilient adaptation.

Key Words: childhood exposure; interparental violence; post-traumatic stress disorder.



I. Apresentação da questão

A criança que cresce num ambiente desestabilizador de violência interpaparental é, de forma inevitável, afetada e considerada também ela vítima, tendo em conta as variadas formas pelas quais é possível a criança estar exposta a este contexto.

A esta situação, de exposição à violência interpaparental, está associado o desenvolvimento de certo tipo de problemas, com consequências graves para a criança. No entanto, a exposição a este tipo de situação traumática não é necessariamente um sinónimo de que a criança venha a desenvolver a patologia normalmente associada de PSPT. Procuramos neste trabalho explorar a sintomatologia típica associada a este tipo de patologia e conhecer as dificuldades que se colocam habitualmente com o diagnóstico bem como os fatores capazes de atenuar e/ou intensificar o impacto que a exposição à violência interpaparental representa para a criança, tornando-a mais ou menos vulnerável ao evento traumático e que fazem com que as suas respostas e reações variem.

Este é um tema que se mostra de grande interesse académico e prático. Uma melhor compreensão da PSPT bem como o conhecimento exaustivo dos fatores de proteção e/ou risco podem auxiliar na avaliação, prevenção e otimização da intervenção e influenciar determinadamente os resultados e respostas que as crianças terão perante a exposição a eventos potencialmente traumáticos.

II. Exposição da Criança a Violência Interpaparental: Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

1. A criança como vítima da violência interpaparental

Viver num relacionamento familiar *stressante* tem um enorme impacto na vida da criança. É no contexto do espaço familiar, enquanto primeiro espaço de socialização, no seio da qual se fazem as primeiras aquisições e aprendizagens, que a criança pode vivenciar experiências com consequências negativas, comprometedoras do seu desenvolvimento infantil saudável e pleno de equilíbrio, as quais podem até revelar-se determinantes na sua trajetória de vida futura.



É preciso sublinhar que quando há violência conjugal há sempre violência contra crianças, seja ela exercida de forma direta e/ou “indiretamente”. As crianças que crescem em convívio permanente com contextos de violência na conjugalidade são consideradas, por excelência, vítimas silenciosas da dinâmica parental disruptiva.

Segundo Rossman & Ho (2000) estas crianças vivem num ambiente caracterizado por guerra, no qual experimentam o perigo dos ataques e em que, outras vezes, sempre que não conseguem prever a ocorrência das agressões, sentem o peso desestabilizador causado pela incerteza/insegurança/medo.

De acordo com o que se encontra documentado por diversas investigações a exposição de crianças a contextos familiares caracterizados por violência interparental representa um risco acrescido de desenvolver problemas comportamentais e emocionais com consequências para o seu desenvolvimento (Kitzmann et al. 2003; McDonald et al. 2006; Wolfe et al. 2003 cit. por Telman et al. 2016). Designadamente, a exposição à violência interparental, enquanto evento traumático na vida da criança, está diretamente ligada à possibilidade de a criança desenvolver uma sintomatologia de PSPT como forma de resposta/reação à violência experienciada (Graham-Bermann et al., 2012).

2. Compreendendo a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

(i) Caracterização do problema

A perturbação de *stress* pós-traumático ocorre como resultado da exposição a um acontecimento traumático caracterizado por uma experiência de ameaça de morte, de lesão ou perda da integridade física para si próprio ou para uma pessoa próxima (Schub & Heering 2017).

Procurando compreender a PSPT pode-se dizer que diante de uma ameaça física ou psicológica, o organismo desenvolve uma resposta pós-traumática, semelhante à que se despoleta como resultado de uma reação do organismo a *stressores* consequentes de um estado de doença (designado por *Síndrome de Adaptação Geral*). Por exemplo, em resposta a um vírus o corpo eleva a temperatura, o que é também uma desregulação temporária ou, se quisermos, uma re-regulação natural, com o propósito de combater a doença. Rossman & Ho (2000) explica que, enquanto processos naturais desenvolvidos pelo sistema cerebral, da mesma forma que o corpo responde a uma doença, ocorrem



também respostas pós traumáticas a outros acontecimentos da vida igualmente *stressantes*, como é o caso da violência interpaparental.

Estas são consideradas reações normais, embora desreguladoras, que surgem com o propósito de facilitar o reajustamento a circunstâncias ameaçadoras e que se prevê que possam ser re-regulamentadas, a menos que se revelem demasiado intensas ou prolongadas.

(ii) Sintomatologia típica associada a PSPT

De acordo com Schub & Heering (2017) a sintomatologia associada à perturbação de *stress* pós-traumático é dominada pela reexperiência persistente do acontecimento traumático através de memórias/pensamentos indesejáveis intrusivos e recorrentes (*flashbacks*), pesadelos e/ou episódios de insónia, constante estado de alerta e distanciamento afetivo e isolamento social.

A reexperiência ocorre de forma repetitiva, isto é, as crianças estão sistematicamente a recordar o acontecimento traumático e enquanto isso sucede manifestam uma atividade cerebral elétrica muito intensa incontrolável, que se reflete, posteriormente, em sintomas de cansaço elevado. Durante esses períodos, é frequente identificarmos na criança um olhar vazio, uma atitude ausente, como se tivessem catatónicas. Por detrás de um olhar parado existe uma atividade cerebral elevadíssima durante a qual são reconstituídos os episódios ocorridos. Estes episódios são designados de *flashbacks* e ocorrem, normalmente, quando a criança é exposta a situações que fazem lembrar ou estimulam um aspeto característico do acontecimento traumático. Por essa razão, os estímulos que recordam o trauma tendem a ser evitados, há um esforço em evitar certos pensamentos, conversas ou atividades, situações e pessoas que lembrem o acontecimento. Há uma diminuição da resposta aos estímulos do mundo externo que se manifesta pela significativa perda de interesse de participação em atividades e pela intenção de se manterem distantes de algumas pessoas. Estas crianças não são, normalmente, sociáveis, evitam contacto social para se protegerem de nova situação traumática e, por isso, estabelecer uma relação de confiança com estas crianças é muito difícil.

É ainda comum a ocorrência de sintomas que podem incluir perturbações do sono e/ou insónias devido aos pesadelos recorrentes, durante os quais o evento traumático é



revivido, ao estado de hipervigilância, à resposta de alarme exagerada/medo profundo e reações de susto exagerado. Existe uma grande dificuldade em adormecer e acalmar estas crianças.

Algumas evidenciam irascibilidade e raiva (podem até parecer provocativas e rebeldes, e.g. colocando a língua de fora), manifestam dificuldades de concentração e podem até experimentar um estado de hiperativação, que embora semelhante diverge da hiperatividade e não pode ser confundido com esta.

3. Dificuldades de diagnóstico

Um adequado diagnóstico mostra-se fundamental já que a PSPT apresenta sintomas característicos de outros tipos de transtornos psicológicos dos quais é preciso que seja diferenciado por uma questão de eficácia do tratamento (Schub & Heering, 2017) ou, no limite, por falha de diagnóstico, a pouca expressão dos sintomas percecionados podem não permitir sequer níveis diagnosticáveis de PSPT.

Apesar da importância de um correto diagnóstico, existem algumas dificuldades muitas vezes relacionadas com a medicação que, frequentemente, é administrada às crianças pelos próprios pais, e que impede a verificação deste tipo de situações, fazendo com que os problemas estejam “camuflados”.

As dificuldades de diagnóstico são significativas em crianças pequenas pela incapacidade destas em relatar sintomas psicológicos (Schub & Heering, 2017), sendo que nestes casos os sintomas são avaliados através do relatório que é feito pelos pais. Em crianças com idade inferior a 1 ano os sintomas de reexperiênciação, sob a forma de *flashbacks*, não são facilmente percecionados por um observador assim como não é possível para estas crianças descreverem o conteúdo dos pesadelos (Levendosky et al., 2013). A excitação enquanto sintoma, mais facilmente percecionado pelo observador, é significativamente associado ao diagnóstico em idades mais novas. Enquanto, os sintomas de reexperiênciação da situação traumática são mais comumente identificáveis em idade superior (Levendosky et al., 2013).

Muitas vezes as baixas taxas de diagnóstico de PSPT podem estar associadas à forma pouco confiável com que as mães relatam os sintomas. Com frequência as mães subestimam os sintomas que resultam da exposição à violência interp parental, por considerarem que no momento em que ocorrem os episódios de violência os filhos não



ouviram nem viram (o que é discutível tendo em conta que as formas de exposição vão muito para além das situações em que a criança viu ou ouviu segundo escreve Holden, 2003) ou por considerarem que nesses momentos conseguiram defensivamente protegê-los da exposição, distraíndo-os por exemplo (Levendosky et al., 2013). Se tivermos em conta que a exposição das crianças à violência interpaparental, pode, no limite, envolver a mudança da mãe e da criança para uma casa abrigo dificilmente uma mãe consegue livrar a criança dos efeitos da sua exposição, pelo que, se deve considerar, em todo o caso, que estas são situações em que as mães não conseguem proteger os filhos.

4. Variáveis mediadoras do impacto da exposição à violência interpaparental

Como vimos, as crianças que experienciam sucessivos episódios de violência interpaparental, estão em risco substancial de vir a manifestar uma incidência significativa de PSPT (Kilpatrick & Williams, 1998). Mas apesar das consequências negativas para a saúde mental das crianças que se encontram documentadas resultantes da exposição à violência interpaparental, surpreendentemente, é preciso notar que nem todas as crianças que experienciam acontecimentos da vida caracterizados por um elevado nível de *stress* desenvolvem a sintomatologia típica de PSPT (Telman et al., 2016). E mesmo quando a desenvolvem, muito embora a resposta de *stress* pós-traumático seja considerada uma reação natural a um medo e/ou ameaça esmagadores, ocorrem variações ao nível da intensidade bem como duração dos sintomas inerentes (Rossman & Ho, 2000). Pela ação de determinados fatores as crianças podem tornar-se mais propensas ou menos propensas aos sintomas de PSPT (Telman et al., 2016).

Estes fatores assumem um papel de mediação das respostas de *stress* pós-traumático das crianças expostas a situações de violência interpaparental, fazendo que com que os resultados variem de criança para criança (Howell et al., 2011). Estas variáveis são capazes de promover na criança um certo grau de resistência ou de minimizar o seu estado de vulnerabilidade, diminuindo o risco de desenvolver manifestações típicas desta psicopatologia (Fantuzzo & Lindquist, 1989; Osato, Houskamp & Neumann, 1992 cit. por Kilpatrick & Williams, 1998).

Tendo em conta que nem todas alcançam a mesma relevância, de seguida, são apresentadas apenas algumas das variáveis determinantes na mediação do impacto de PSPT e que tornam a criança mais ou menos vulnerável à influência negativa exercida



pela sua sujeição a um ambiente familiar caracterizado por episódios de violência interparental.

(i) Idade

As crianças em idades mais precoces apresentam um risco mais elevado de manifestar sintomatologia de PSPT por comparação com crianças mais velhas (Levendosky et al., 2013). Para Lehmann (1997) cit. por Howell et al. (2011) a maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de PSPT em crianças mais pequenas, por comparação com crianças mais velhas, deve-se a dois tipos de razões (i) as crianças mais jovens estão mais dependentes dos seus pais e/ou cuidadores e (ii) as suas capacidades emocionais estão menos desenvolvidas.

As reações das crianças mudam com a idade, sendo próprias do seu estágio de desenvolvimento (Sani, 2003). Pelo fato de possuírem menores recursos cognitivos e menos capacidade para regular as suas emoções no confronto com experiências *stressantes* considera-se que as crianças mais novas são mais afetadas (Sani, 2003). De forma consensual, Holt et al. (2008) a capacidade da criança para entender e processar a experiência traumática, influencia a maneira como a angústia se manifesta.

Além de uma criança mais nova ter menos recursos/competências ao nível emocional para lidar/enfrentar o evento traumático, o que dificulta, naturalmente, o processamento de experiências desta natureza, as crianças mais jovens são, normalmente, mais dependentes dos seus cuidadores. Passam uma proporção significativa de tempo com os pais, pelo que vivem de perto e diariamente todas as situações de abuso (Howell et al., 2011) e esta proximidade física poderá, certamente, influenciar a capacidade de resposta das crianças. Nesse sentido, Levendosky et al. (2013) afirma que as crianças pequenas podem ser particularmente vulneráveis à PSPT já que, devido ao seu estreito relacionamento físico e emocional com os pais, são mais susceptíveis de presenciar (ver/ouvir) os episódios de violência.

Assim, concluímos que, durante os primeiros anos de vida das crianças, sendo incapazes de controlar as suas emoções e sendo o sentimento de apego aos pais mais forte, são esperados efeitos negativos decididamente mais graves e duradouros (Levendosky et al., 2002 cit. por Howell et al., 2011).



Além disso, segundo Margolin & Gordis, 2000 cit. por Howell et al., 2011, as crianças em idade pré-escolar dependem das figuras parentais para protegê-los dos perigos e tornarem o seu ambiente seguro e previsível, funções que podem ser severamente comprometidas em famílias com histórias de violência.

(ii) Suporte familiar/parental e proximidade afetiva do agressor

De acordo com algumas pesquisas a família desempenha um papel moderador no ajuste da criança à experiência traumática (neste sentido, Trickey et al., 2012) e poderá representar um importante papel na minimização das suas consequências, designadamente ao nível da sintomatologia de PSPT.

Verifica-se que quando os pais proporcionam à criança maior apoio e suporte as respostas ao trauma são minimizadas. Por exemplo, no seu estudo Gomes-Schwartz, Horowitz, Cardarelli e Sauzier (1990) cit. por Rossman & Ho (2000) decorrido um ano sobre a ocorrência de uma situação de abuso sexual verificaram que os sintomas de PSPT em algumas crianças diminuíram particularmente devido ao apoio de um adulto na sua vida. Uma boa rede familiar e de amigos pode ajudar as crianças no processo de recuperação de PSPT e a sua falta pode gerar risco acrescido ao desenvolvimento de PSPT (Schub & Heering, 2017). Num artigo intitulado “Food for thought”, Schub & Heering (2017) afirma que as respostas dos pais aos eventos traumáticos podem influenciar a capacidade da criança de recuperação da criança.

A reação da criança é também, de forma determinante, muito afetada pelo tipo de reação dos pais e pela resolução que é dada ao acontecimento traumático (aspeto salientado por Holden, 2003). Em termos de variáveis específicas para as mães, a investigação sobre a violência doméstica mostra que a capacidade da mãe em lidar eficazmente com situações adversas afeta a capacidade de resistência da criança (Howell et al., 2011). E nesta variável, mostra-se de especial relevância chamar a atenção para o fato de a proximidade física e emocional das crianças pequenas às mães ser suscetível de influenciar, de forma séria, a resposta à situação traumática de violência interparental (Levendosky et al., 2013; Holt et al., 2008).

Telman et al. (2016) afirma no estudo que se as crianças forem capazes de reconstruir ou manter a confiança nos pais, após as situações de violência interparental, potencialmente a família poderá funcionar como travão para o desenvolvimento de



problemas ao nível da saúde mental. No entanto, em oposição, Kitzmann et al., 2003 cit. por Telman et al., 2016 afirma que no seu estudo não foi possível confirmar o papel da família como moderador dos efeitos da exposição à situação traumática.

Acresce que, neste contexto, sendo o elemento causador de *stress* alguém com quem a criança partilha e estabelece uma relação de proximidade afetiva ocorre necessariamente um aumento severo da incidência de PSPT (Kilpatrick & Williams, 1998). O que facilmente se entende se tivermos em conta que, de acordo com Telman et al. (2016), a experiência traumática ocorre entre os pais ou cuidadores da criança, pessoas que normalmente representam para a criança fontes de suporte e segurança.

(iii) A múltipla vitimização/coexistência de maltrato direto

De acordo com Graham-Bermann et al. (2012) as crianças expostas a violência interpaparental são, frequentemente, expostas a eventos traumáticos adicionais. Segundo este autor a exposição a um tipo de vitimização coloca as crianças em risco de exposição a outros tipos de vitimização.

Há situações em que as crianças têm histórias de traumas anteriores ou foram expostas, cumulativamente, a violência cometida diretamente (física e/ou sexual). Esta coexistência funciona como promotor do desenvolvimento desta psicopatologia e dificulta o ajustamento necessário ao trauma por parte da criança. A dupla exposição a eventos violentos, quer seja diretamente ou “indiretamente” aumenta particularmente o risco de desenvolver PSPT, havendo registo de taxas mais elevadas de diagnóstico (Schub & Heering, 2017; Graham-Bermann et al., 2012). Além disso, no caso de coexistência de violência interpaparental e eventos traumáticos adicionais, os sintomas de PSPT tornam-se mais intensos (Graham-Bermann et al., 2012).

Existem também estudos nos quais se conclui que as crianças expostas a situações de violência interpaparental estão mais suscetíveis a sofrer de abusos físicos ou sexuais (Zolotor, Theodore, Coyne-Beasley, & Runyan, 2007 cit. por Graham-Bermann et al., 2012; Holden, 2003), problemas emocionais e comportamentais e de uma maior exposição à presença de outras adversidades nas suas vidas (Holt et al., 2008).

(iv) Características da violência



Existem algumas características próprias dos atos de violência interparental que podem mediar o impacto que esta tem na criança. A gravidade e a natureza dos atos são características fortemente associadas ao risco de desenvolver PSPT (Trickey et al., 2012; esta relação é também evidente no estudo que é feito por Holt et al., 2008 e por Holden, 2003).

Também as variáveis de tempo, como a frequência, intensidade e o tempo decorrido desde o último episódio podem mediar o impacto da violência interparental na criança (Holden, 2003). A frequência com que a criança é exposta a violência aumenta a vulnerabilidade para o desenvolvimento de mais problemas (Kilpatrick e Williams, 1998; Levendosky et al., 2013). Também a exposição ao longo do tempo a episódios de natureza traumática implica maior nível de *stress* por comparação com crianças que não registam antecedentes de eventos desta natureza. Igualmente, Cunningham and Baker (2004) cit. por Holt et al. (2008) argumentam que uma exposição precoce e prolongada pode potencialmente criar problemas mais graves. A duração da exposição é também um dos aspetos fatores salientados por Rossman & Ho (2000) com efeitos significativos na acumulação de PSPT. Neste mesmo sentido, Schub & Heering (2017).

5. Crianças resilientes

É especialmente relevante salientar quão bem, curiosamente, as crianças, expostas a situações potencialmente traumatizantes, podem conseguir lidar com este trauma e superar, de forma positiva, a adversidade a que são sujeitas.

De fato, surpreendentemente, existem algumas crianças que, apesar dos desafios gerados pela vivência em ambientes familiares *stressantes*, permanecem resistentes e emergem destas experiências com estratégias de sobrevivência desenvolvidas (Daniel & Wassell, 2002 cit. por Holt et al., 2008). Esta reação positiva está relacionada com os fatores de proteção, alguns acima identificados, considerados como qualidades de uma pessoa ou de um contexto que influenciam os resultados de uma experiência (Wright & Masten, 2006 cit. por Howell et al., 2011). Ou seja, são variáveis capazes de modificar, para melhor, a reação de uma pessoa perante uma adversidade na vida, em oposição a outros fatores que representam um risco acrescido ou aumentam a vulnerabilidade da pessoa. Assim, os indivíduos que não desenvolvem resultados negativos e/ou que revelam capacidade de adaptação com sucesso quando expostos a circunstâncias



desafiadoras e *stressantes* são considerados resilientes. A resiliência é um processo dinâmico, de adaptação positiva dentro do contexto de adversidade significativa (Rutter, 2007 cit. por Howell et al., 2011).

As crianças consideradas resilientes são aquelas que, estando expostas a contextos de adversidade, são capazes de evidenciar sucesso nos domínios de desenvolvimento da regulação emocional e de habilidades pró-sociais (Hughes et al., 2001 cit. por Howell et al., 2011). Por um lado, a regulação da emoção, envolve a forma como a criança é capaz de influenciar as suas emoções (Gross, 1998 cit. por Howell et al., 2011). Esta capacidade de gerir emoções baseia-se no desenvolvimento de capacidades de auto-regulação. Por exemplo, um suporte familiar e parental seguro são capazes de ajudar as crianças a desenvolver uma capacidade de gerir emoções e regular sentimentos em diferentes contextos.

Por outro lado, as habilidades pró-sociais podem ser definidas como o sucesso de uma pessoa em atender as expectativas da sociedade, a capacidade de atender às sugestões sociais relevantes e de resolver problemas interpessoais (Hines & Saudino, 2002 cit. por Howell et al., 2011). Estas competências são importantes na atenuação do impacto das experiências negativas por funcionarem como suporte no estabelecimento de relações de confiança e positivas com os outros, habilidade que, aliás, se revela crucial para crianças que testemunham a violência interparental já que, deste modo, são capazes de socorrer-se do apoio e proteção de pessoas fora da família.



Conclusão

A experiência de crianças em contato com contextos de violência interparental é mais ampla do que aquilo que se entende por exposição “direta”. Estando em convívio permanente com um ambiente familiar violento, são, por excelência, vítimas silenciosas da dinâmica parental marcada por histórias de violência.

A investigação mostra e a literatura documenta, que as crianças expostas a situações de natureza traumática, como é o caso da violência interparental, podem sofrer sintomas e reacções típicas de PSPT, havendo, por isso, uma associação entre situações de exposição continuada a violência interparental e o desenvolvimento de patologia típica de PSPT. Existem, no entanto, algumas dificuldades que se prendem com o diagnóstico desta patologia, especialmente em crianças pequenas pela sua incapacidade em expressar os sintomas, o que se mostra preocupante, pelo risco de não serem percecionados sintomas que permitam um diagnóstico conclusivo e, conseqüente falha ao nível da necessária intervenção.

Apesar das inevitáveis conseqüências para as crianças da condição de conviver diariamente em contextos de violência nem todas as crianças são afetadas pela PSPT.

A pesquisa realizada identificou com sucesso potenciais fatores protetores e/ou de risco que podem estar associados a respostas positivas em crianças expostas à violência interparental, entre os quais merece destaque o suporte familiar e o papel parental. Os estudos mostram que o apoio da família está associado a uma adaptação positiva por parte da criança, havendo crianças que utilizam as experiências traumáticas para promoverem em si competências emocionais e pró-sociais que as tornarão mais resistentes e que lhes permitem lidar de forma adequada em situações de adversidade.

Ainda assim existe pouca investigação na área dos resultados positivos para as crianças expostas à violência interparental, aspeto que se revela interessante como objeto de estudo em futuras pesquisas.



III. Referências Bibliográficas

Graham-Bermann, S. A., Castor, L. E., Miller, L. E., & Howell, K. H. (2012). The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *Journal of Traumatic Stress, 25*(4), pp. 393–400.

Holden, G. W. (2003). Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse: Terminology and Taxonomy. *Clinical child and family psychology review, 6, 3*, pp. 151-160.

Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect, 32*(8), pp. 797-810.

Howell, K. H. (2011). Resilience and psychopathology in children exposed to family violence. *Aggression and Violent Behavior, 16*, pp. 562–569.

Kilpatrick, K. L. & Williams, L. M. (1998). Potencial mediators of post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *Child Abuse & Neglect, 22* (4), pp. 310-220.

Levendosky, A., Bogat, G., & Martinez-Torteya, C. (2013). PTSD Symptoms in Young Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Violence Against Women, 19*(2), pp. 187-201.

Rossmann, B. R., & Ho, J. (2000). Posttraumatic Response and Children Exposed to Parental Violence. *Journal Of Aggression, Maltreatment & Trauma, 3*(1), 85.

Sani, A. I. (2003). As crenças, o discurso e a ação: As construções de crianças expostas à violência interparental. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho, Braga, Portugal.



Schub, T., & Heering, H. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder in Children. *CINAHL Nursing Guide*.

Telman, M., Overbeek, M., Schipper, J., Lamers-Winkelmann, F., Finkenauer, C., & Schuengel, C. (2016). Family Functioning and Children's Post-Traumatic Stress Symptoms in a Referred Sample Exposed to Interparental Violence. *Journal Of Family Violence*, 31 (1), pp. 127-136.

Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32, pp. 122-138.