
QUALIDADE DE VIDA E TRAUMA PSÍQUICO EM VÍTIMAS DA VIOLÊNCIA POR ARMA DE FOGO

Ana Cláudia Carvalho Mello-Silva¹, Virginia Visconde Brasil², Ruth Minamisava³, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira⁴, Jacqueline Andrea Bernardes Leão Cordeiro⁵, Maria Alves Barbosa⁶

¹ Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria da Saúde do Estado de Goiás. Goiás, Brasil. Email: anaclmello@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiás, Brasil. Email: virginia@fen.ufg.br

³ Doutora em Epidemiologia. Docente da Faculdade de Enfermagem da UFG. Goiás, Brasil. E-mail: minamisava@gmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da UFG. Goiás, Brasil. Email: lizete@fen.ufg.br

⁵ Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da UFG. Goiás, Brasil. E-mail: jackbl@uol.com.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da UFG. Goiás, Brasil. Email: maria.malves@gmail.com

RESUMO: A violência por arma de fogo pode induzir estresse pós-traumático e redução da qualidade de vida. Estudo descritivo analisou a qualidade de vida e sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático de adultos jovens vítimas de violência interpessoal por arma de fogo. Os instrumentos WHOQOL-Bref e PCL-C foram aplicados em 95 vítimas no ano 2007, no principal hospital de referência em urgência de Goiânia, Brasil. Os Domínios Meio Ambiente e Físico da qualidade de vida apresentaram os menores escores (44,71 e 48,26, respectivamente). Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático foram identificados em 60% dos casos, mas não foi detectada diferença das médias dos escores dos Domínios entre os indivíduos com e sem sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático. O trauma decorrente da violência entre vítimas de violência por arma de fogo pode resultar em escores relativamente baixos de qualidade de vida e alta prevalência de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

DESCRIPTORES: Qualidade de vida. Violência. Armas de fogo. Serviço hospitalar de emergência.

QUALITY OF LIFE AND PSYCHOLOGICAL TRAUMA IN FIREARM VIOLENCE VICTIMS

ABSTRACT: Firearms violence can induce post-traumatic stress and reduce quality of life. This descriptive study aimed to analyze quality of life and Posttraumatic Stress Disorder symptoms of young adult inpatients, victims of interpersonal firearm violence. WHOQOL-Bref and PCL-C instruments were used to interview 95 victims during 2007 in the main hospital of Goiânia, Brazil. The Environment and Physical Health domains presented the lower mean scores of quality of life (44.71 and 48.26, respectively). Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder were identified in 60% of victims, but no difference was detected in the quality of life domain scores between those with and without Posttraumatic Stress Disorder symptoms. The traumas due to interpersonal firearm violence may result in low quality of life scores and high prevalence of Posttraumatic Stress Disorder symptoms.

DESCRIPTORS: Quality of life. Violence. Firearms. Emergency service, hospital.

CALIDAD DE VIDA Y TRAUMA PSÍQUICO EN LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA POR ARMAS DE FUEGO

RESUMEN: La violencia con armas de fuego pueden provocar estrés post-traumático y reduce la calidad de vida. Este estudio descriptivo tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida y Trastorno de Estrés Postraumático en adultos jóvenes víctimas de la violencia interpersonal con armas de fuego. El WHOQOL-Bref y PCL-C fueron aplicados en 95 víctimas durante el año 2007 en el principal hospital de referencia en el departamento de emergencia de Goiania, Brasil. Los dominios Ambiente y Físico tenían la puntuación más baja de calidad de vida (44,71 y 48,26, respectivamente). Los síntomas de trastorno de estrés postraumático se identificó en el 60% de los casos, pero no se detectaron diferencias entre las puntuaciones medias en los dominios entre aquellos con y sin síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático. Los traumas por violencia interpersonal con armas de fuego pueden resultar en menor puntuación de la calidad de vida y alta prevalencia de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático.

DESCRIPTORES: Calidad de vida. Violencia. Armas de fuego. Servicio de urgencia en hospital.

INTRODUÇÃO

A violência tem se tornado alvo das atenções como problema social em todo o mundo, pois ameaça o direito fundamental de viver, afeta a saúde e diminui a qualidade da vida. A violência armada apresenta alta morbimortalidade em países menos desenvolvidos e atinge principalmente jovens, do sexo masculino, tanto como vítimas quanto como agressores.¹⁻³

Diante da magnitude do problema da violência no Brasil, o Ministério da Saúde propôs, na última década, intervenções que objetivam melhorar o sistema de vigilância, o acolhimento, o atendimento às vítimas, a promoção da saúde e a qualidade de vida.⁴

Vítimas de violência vivenciam ameaça à integridade física de si própria e de outros, medo intenso, impotência ou horror.⁵ Em regiões com alta taxa de violência, a ocorrência de repetidos eventos pode predizer o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, bem como pode reduzir a qualidade de vida das vítimas.⁶

No Brasil, a carência de informações em serviços de emergência sobre morbidade física, psicológica e impacto na qualidade de vida das vítimas de violência dificulta a compreensão das repercussões da violência interpessoal. Estudos sobre a percepção das vítimas a respeito de sua qualidade de vida e estresse pós-traumático podem direcionar a prevenção destes eventos e indicar áreas que necessitam de intervenção profissional, que incluam o acompanhamento dos desdobramentos posteriores ao momento da urgência do agravo.

Este estudo teve como objetivos avaliar a Qualidade de Vida (QV) de adultos jovens, vítimas de violência por arma de fogo, internados em um hospital público de Goiânia-GO, identificar a presença de sintomas sugestivos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e analisar se há diferença da QV das vítimas com e sem sintomas de TEPT.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, realizado no Hospital de Urgências de Goiânia-GO (HUGO), único serviço público de referência em urgências e emergências, de porte médio. Foram atendidas 717 vítimas de violência por arma de fogo, entre novembro de 2007 e setembro de 2008. Foram elegíveis 136 sobreviventes internados no HUGO, por no mínimo 24 horas, com idade entre 18 e 39 anos, com

capacidade cognitiva e/ou nível de compreensão, sobreviventes após a hospitalização. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUGO, protocolo nº 046/07.

Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados. O primeiro continha dados socio-demográficos e circunstâncias da agressão. O segundo constituiu-se do WHOQOL-Bref, para avaliação da QV,⁷ traduzido e validado no Brasil.⁸ O WHOQOL-Bref é composto por facetas agrupadas em quatro Domínios: Relações Sociais (atividade sexual, suporte social e relações pessoais), Físico (dor e desconforto, dependência de medicação ou de tratamento, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, capacidade para o trabalho e atividade de vida cotidiana), Psicológico (sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade/religião/crenças pessoais) e, Meio Ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidade de recreação/lazer, ambiente físico, transporte). O terceiro instrumento, o *Post Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version* (PCL-C),⁹ versão em português,¹⁰ foi aplicado para rastrear sintomas sugestivos de TEPT.

As vítimas foram entrevistadas no hospital, 60 dias após a alta hospitalar, sendo que os questionários de avaliação da QV e o PCL-C foram respondidos de próprio punho pelos entrevistados em ambiente privativo. Para aqueles que solicitaram ajuda, as perguntas foram lidas pausadamente, sem explicações, interpretações ou uso de sinônimos.

Os dados foram digitados e analisados no programa SPSS, versão 15.0. O valor do salário mínimo vigente à época da coleta de dados era R\$ 415,00. Para o cálculo dos escores do WHOQOL-Bref foram seguidas as recomendações de sintaxe padronizada, usando escores com valores de zero a 100.⁷

As respostas foram codificadas para apresentarem o mesmo significado (quanto menor o número, pior a situação). Como as questões Q3, Q4 e Q26 apresentam valores na direção oposta (quanto maior o escore, pior a situação), fez-se inversão desses valores para composição do escore (1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1). A consistência interna do WHOQOL-Bref foi analisada pelo coeficiente de fidedignidade de *Cronbach* para todos os Domínios. Para permitir comparação com estudos que utilizaram o instrumento WHOQOL-100,

os escores foram transformados numa escala de zero a 100. Não se calculou escore total de QV por ser um constructo multidimensional, tendo, cada Domínio, um escore independente. Os escores dos Domínios foram tratados como variáveis contínuas e todas as variáveis de exposição foram dicotomizadas. Procedeu-se análise descritiva dos dados e utilizou-se o teste *t* de Student para amostras independentes na análise das diferenças das médias dos Domínios da QV. O nível de significância estatística foi estabelecido em 5%.

Para rastreamento do TEPT os sintomas foram agrupados em B, C e D.⁹

- Sintomas do grupo B: memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado; sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado; de repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo); sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado; sentir sintomas físicos (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado.

- Sintomas do grupo C: evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência; evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado; dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado; perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar; sentir-se distante ou afastado das outras pessoas; sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas; sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro.

- Sintomas do grupo D: ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo; sentir-se irritável ou ter explosões de raiva; ter dificuldades para se concentrar; estar "superalerta", vigilante ou "em guarda"; sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado.

As questões do grupo B são relacionadas às revivências (*flashbacks*). O grupo de sintomas C inclui comportamento evitativo/entorpecimento emocional (evitar pessoas, pensamentos, atividades ou lugares que lembrem o evento traumático, lapsos de memória). O grupo D abrange hipervigi-

lância, insônia e resposta de sobressalto. A vítima mensura o quanto foi perturbada no último mês por cada sintoma, atribuindo um valor na escala de gravidade que varia de 1 a 5 (nada até muito). Um sintoma é considerado clinicamente significativo quando alcança escore maior ou igual a 3.⁹ Considerou-se TEPT positivo quando o indivíduo apresentava, além dos sintomas A (evento violento em si), um sintoma clinicamente significativo do grupo B, três do C e dois do D.

RESULTADOS

As entrevistas com 95 vítimas de violência por arma de fogo ocorreram entre 60 e 194 dias (média 133,60 ± 37,62 dias) após a alta hospitalar e tiveram duração média de 30 minutos. Quarenta e um indivíduos dos 136 elegíveis recusaram participar do estudo. As características sociodemográficas das vítimas estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de 95 vítimas de violência por arma de fogo internadas no HUGO. Goiânia-GO, 2007-2008

Características sociodemográficas	n	%
Sexo masculino	90	94,7
Idade entre 18 e 24 anos	55	57,9
Cor branca	39	41,1
Tem filho(s)	37	38,9
Tem companheiro fixo	37	33,7
Escolaridade fundamental incompleto	57	60,0
Renda familiar mensal ≤ 2 salários mínimos	70	73,7
Prática religiosa	47	49,5

A maioria das vítimas era do sexo masculino, com idade média de 24,6 ± 5,5 anos, de baixa renda. A maior parte das ocorrências aconteceu no horário noturno, na presença de pessoas conhecidas (Tabela 2).

Quando questionadas sobre a QV em geral, mais da metade dos entrevistados não considerou sua QV boa (21,1% nem ruim nem boa e 35,8% ruim e muito ruim). Em relação à satisfação com sua saúde, 44,2% dos entrevistados afirmaram estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos, 28,4% afirmaram estar nem satisfeitos nem insatisfeitos e 27,4% satisfeitos e muito satisfeitos.

Tabela 2 - Circunstâncias da violência por arma de fogo de 95 vítimas com idade entre 18 a 39 anos, internadas no HUGO. Goiânia-GO, 2007-2008

Circunstâncias da agressão	n	%
Ocorrência da violência das 20 às 7h	85	89,5
Final de semana/feriado	50	52,6
Local da ocorrência		
Bar	34	35,8
Rua/calçada	28	29,5
Área de comércio	10	10,5
Outros	23	24,2
Pessoas presentes no momento da agressão		
Pessoas conhecidas	70	73,7
Sozinho(a)	18	18,9
Pessoas desconhecidas	7	7,4
Atividade no momento da ocorrência		
Lazer	55	57,9
Trabalho	23	24,2
Trânsito	15	15,8
Estudo	2	2,1
Uso de álcool ou drogas 6 h antes da violência	49	48,4
Motivo da agressão		
Drogas	29	30,5
Assalto	16	16,8
Envolvimento afetivo anterior	14	14,7
Discussão sem motivo prévio	13	13,7
Disputa no trânsito	11	11,6
Outros	12	12,7

As médias dos Domínios do WHOQOL-Bref foram baixas e variaram entre 44,71 e 52,84 (Figura 1). O escore médio do Domínio Meio Ambiente

foi menor que a dos Domínios Relações Sociais e Psicológico.

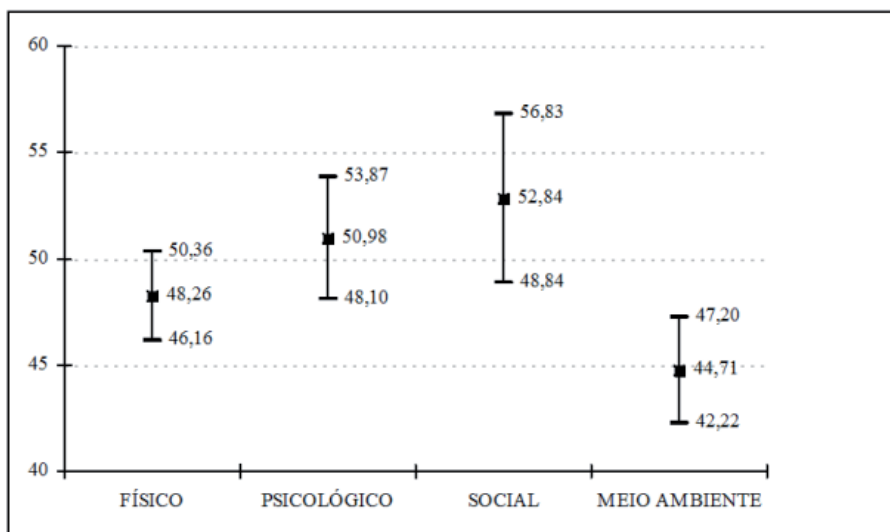


Figura 1 - Médias e IC95% dos Domínios do WHOQOL-Bref, de 95 vítimas de violência por arma de fogo internadas no HUGO. Goiânia-GO, 2007-2008

A tabela 3 mostra que a média do Domínio Psicológico foi maior para os que relataram prática religiosa comparados com os que não referiram prática religiosa. Para os que descreveram a droga

como motivo da agressão, a média do Domínio Meio Ambiente foi significativamente menor. O *Alpha* de Cronbach das 26 questões foi 0,675.

Tabela 3 - Comparação entre médias dos Domínios do WHOQOL-Bref em relação às variáveis de exposição, de 95 vítimas de violência armada internadas no HUGO, com idade de 18 a 39 anos. Goiânia-GO, 2007-2008

Variáveis de exposição	Escores domínios							
	Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio ambiente	
	Média	IC 95%	Média	IC 95%	Média	IC 95%	Média	IC 95%
Tempo de internação								
>5 dias	50,67*	44,76-56,57	53,91*	47,05-60,76	61,46*	51,61-71,30	43,36*	57,40-49,31
2 a 5 dias	47,84	45,49-50,04	50,38	47,15-53,61	51,05	46,71-55,43	44,87	42,20-47,79
Escolaridade								
< 8 anos	49,13*	46,55-51,54	50,15*	46,46-53,83	53,65*	48,39-59,05	42,79*	39,77-46,06
≥ 8 anos	47,10	43,31-50,89	52,21	47,40-57,03	51,53	45,27-57,80	47,37	43,28-51,45
Prática religiosa								
Sim	47,64*	44,72-50,56	53,99*	49,57-58,40	51,59*	45,72-57,47	46,61*	43,01-50,20
Não	48,98	45,91-52,04	47,98	44,29-51,65	53,99	48,50-59,48	42,67	39,24-46,09
Motivo da agressão: droga								
Sim	48,40*	45,08-51,72	49,57*	43,42-55,71	47,99*	41,12-54,85	40,09 †	35,60-44,57
Não	48,20	45,48-50,91	51,61	48,36-54,87	55,00	50,08-59,92	46,78	43,85-49,71

* p > 0,05; † p < 0,05.

Dentre todas as vítimas estudadas, 57 (60%; IC95% 49,9-69,5) apresentaram sintomas de vulnerabilidade ao desenvolvimento do TEPT. A tabela

4 mostra que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos Domínios do WHOQOL-Bref dos grupos TEPT positivo e TEPT negativo.

Tabela 4 - Comparação de médias dos Domínios do WHOQOL-Bref, segundo sintomas para rastreamento do TEPT em 95 vítimas de violência por arma de fogo internadas no HUGO. Goiânia-GO, 2007-2008

Domínios e avaliação de sintomas de TEPT	Média (dp)	IC95%	p
Físico			
TEPT positivo	47,96 (10,19)	45,23-50,69	0,983
TEPT negativo	48,02 (10,00)	44,53-51,51	
Psicológico			
TEPT positivo	48,51 (14,27)	44,69-52,33	0,073
TEPT negativo	53,95 (12,89)	49,45-58,44	
Relações sociais			
TEPT positivo	52,83 (19,35)	47,64-58,01	0,848
TEPT negativo	51,96 (20,21)	44,91-59,01	
Meio ambiente			
TEPT positivo	43,41 (10,95)	40,48-46,35	0,580
TEPT negativo	44,67 (12,58)	40,28-49,06	

DISCUSSÃO

Neste estudo foi possível verificar que a QV das vítimas de violência por arma de fogo, de modo geral, está comprometida. Quase 2/3 das vítimas apresentou sintomas sugestivos de TEPT, mas não se identificou diferença significativa de médias da QV entre os que apresentaram ou não esses sintomas.

Os menores escores obtidos foram para os Domínios Físico e Meio Ambiente, similarmente aos resultados de um estudo realizado em Brasília-DF com vítimas de lesão medular traumática, incluindo vítimas de violência por arma de fogo.¹¹

Menor escore médio do Domínio Meio Ambiente entre os que relataram a droga como motivo da agressão sugere pior qualidade de vida entre usuários ou traficantes de drogas. Indivíduos que são usuários e traficantes de drogas, frequentemente estão envolvidos em crimes violentos (homicídio, agressões, roubo e furto)¹²⁻¹³ e há estudos que sugerem que eles vivem em áreas com baixa coesão social,¹⁴ alta desigualdade social e com forte cultura de masculinidade.¹⁵ Por outro lado, a percepção da violência no ambiente que se vive pode desencadear medo e isolamento social.⁵ Na Tailândia, outros prejuízos sociais foram relatados por usuários de drogas, tais como perturbações nas relações pessoais e no emprego.¹⁶ Embora não tenha sido observada diferença estatística das médias do Domínio Meio Ambiente entre os indivíduos TEPT positivos e negativos é possível que as vítimas apresentem comportamento evitativo para lugares, pessoas, amigos e familiares.

Uma razão que poderia explicar os menores escores do Domínio Psicológico da qualidade de vida para os que não praticam qualquer religião, seria que, pelo menos para os sujeitos do estudo, as religiões não influenciaram nos códigos de conduta,¹⁷ na regulação da organização social, regras e atitudes.

Ainda chama a atenção o elevado percentual de baixa escolaridade entre os indivíduos estudados. Um ambiente físico e socioeconômico desfavorável pode ter maior impacto em indivíduos com baixa escolaridade, favorecendo a associação da violência à pobreza e exclusão social.^{18,19}

A alta prevalência de provável TEPT do presente estudo foi superior ao de outros estudos em países desenvolvidos com vítimas de violência não-doméstica,²⁰ de crimes variados,²¹ de agressão em serviços de emergência²² e em vítimas de crime que apresentaram queixa em delegacias de

polícia.²³ Todavia, um estudo realizado em São Paulo, Brasil, identificou TEPT em quase 100% das vítimas de sequestro.²⁴ É provável que o suporte oferecido à vítimas de violência em regiões mais desenvolvidas possa ter subestimado a prevalência de provável TEPT. Em Goiânia, Brasil, onde foi conduzido este estudo, os programas de acompanhamento de vítimas de violência concentram seus esforços no atendimento de grupos vulneráveis (mulheres e crianças).

Apesar do diagnóstico de TEPT ser basicamente clínico e da existência de controvérsia sobre critérios confiáveis de diagnósticos,²⁵ o PCL-C é um instrumento satisfatório para triagem de TEPT que foi adaptado para uso na população brasileira.¹⁰ No presente estudo, a maioria das vítimas entrevistadas apresentou sintomas para rastreamento de TEPT, que podem desencadear problemas familiares, alterações frequentes do humor, problemas relacionais, além de influenciar a qualidade de vida das pessoas.²⁶⁻²⁸ A experiência de violência pode diminuir a responsividade da vítima ao mundo, com perda de interesse em atividades, desânimo, apatia. A associação entre violência e transtornos mentais, tais como TEPT, ainda não está clara, pois a maioria dos estudos é do tipo transversal,²⁹ o que não permite realizar inferências causais.

Dentre as limitações do estudo, consideramos que é possível que os indivíduos que recusaram participar do estudo tenham atividades ilegais ou envolvimento com polícia, dada a alta dificuldade de localização e contato encontrada. Todavia, acreditamos que esses fatores podem ter contribuído para melhores escores de QV e menor quantidade de sintomas TEPT, tornando mais conservadores os resultados aqui apresentados. O ponto de corte para avaliação da consistência interna das questões do WHOQOL-Bref é variável, desde que não há um ponto de corte ideal que se possa arbitrar, dependendo do quanto o fenômeno é complexo de se medir.³⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência urbana é um dos grandes problemas em países em desenvolvimento, como o Brasil. Pesquisas adicionais, particularmente longitudinais e com maior tamanho amostral, são desejáveis para esclarecer o efeito causal entre violência por arma de fogo e QV/TEPT. De igual maneira novos estudos prospectivos brasileiros poderiam investigar fatores protetores de violência por arma de fogo para qualidade de vida e TEPT. Os resultados do presente estudo reforçam a idéia

que a violência pode resultar em pior qualidade de vida e mais sintomas TEPT. Intervenções multiprofissionais e intersetoriais para redução da violência e do uso de drogas dirigida à população mais jovem e carente podem ter efeito positivo na saúde mental e na qualidade de vida, favorecendo relações e ambiente saudáveis.

REFERÊNCIAS

1. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Matos e Souza FG. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saude Publica*. 2005 Apr; 39(1):108-13.
2. Peden M, McGee K, Sharma G, editors. *The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries*. Geneva (SZ): World Health Organization; 2002.
3. Sanches S, Duarte SJH, Pontes ERJC. Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS. *Saúde Soc São Paulo*. 2009 Jan-Mar;18(1):95-102.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria No. 737 de 16 de maio de 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília (DF): MS; 2001.
5. Roman CG, Knight CR, Chalfin A, Popkin SJ. The relation of the perceived environment to fear, physical activity, and health in public housing developments: evidence from Chicago. *J Public Health Policy*. 2009;30(Suppl 1):S286-308.
6. Breslau N, Peterson EL. Assaultive violence and the risk of posttraumatic stress disorder following a subsequent trauma. *Behav Res Ther*. 2010 Oct;48(10):1063-6.
7. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL – BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. 1998 May;28:551-8.
8. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica*. 2000 Apr;34(2):178-83.
9. Weathers FW, Litz BT, Herman D, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. In: *Anais at the Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies*. San Antonio (US): 1993 Oct.
10. Berger W, Mendlowicz MV, Souza WF, Figueira I. 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 Rio Gd. Sul*. 2004 Jul; 26(2):167-75.
11. Bampi LNS. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. *Rev Bras Epidemiol*. 2008 Sept; 11(1):67-77.
12. Beato Filho CC, Assunção RM, Silva BFA, Marinho FC, Reis IA, Almeida MCM. Conglomerados de homicídios e o tráfico de drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. *Cad Saude Publica*. 2001 Set-Out; 17(5):1163-71.
13. Carinhanha JI, Penna LHG. Violência vivenciada pelas adolescentes acolhidas em instituição de abrigo. *Texto Contexto Enferm*. 2012 Jan-Mar; 21(1):68-76.
14. Kawachi I, Kennedy BP, Wilkinson RG. Crime: social disorganization and relative deprivation. *Soc Sci Med*. 1999 Mar; 48(6):719-31.
15. Nasir S, Rosenthal D. The social context of initiation into injecting drugs in the slums of Makassar, Indonesia. *Int J Drug Policy*. 2009 May; 20(3):237-43.
16. Pitisuttithum P, Choopanya K, Bussaratid V, et al. Social harms in injecting drug users participating in the first phase III HIV vaccine trial in Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2007 Nov; 90(11):2442-8.
17. Delumeau J, editor. *As grandes religiões do mundo*. Lisboa (PT): Presença; 1997.
18. Minamisava R, Nouer SS, Neto OL, Melo LK, Andrade AL. Spatial clusters of violent deaths in a newly urbanized region of Brazil: highlighting the social disparities. *Int J Health Geogr*. 2009 Nov;8:66.
19. Santos SM, Barcellos C, Carvalho MS, Flores R. Detecção de aglomerados espaciais de óbitos por causas violentas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1996. *Cad Saude Publica*. 2001 Sep-Oct; 17(5):1141-51.
20. Johansen VA, Wahl AK, Eilertsen DE, Weisaeth L, Hanestad BR. The predictive value of post-traumatic stress disorder symptoms for quality of life: a longitudinal study of physically injured victims of non-domestic violence. *Health Qual Life Outcomes*. 2007 May; 5(26):1-11.
21. Brewin CR, Andrews B, Rose S, Kirk M. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *Am J Psychiatry*. 1999 Mar;156(3):360-6.
22. Birmes P, Brunet A, Carreras D, Ducassé JL, Charlet JP, Lauque D, et al. The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *Am J Psychiatry*. 2003 Jul;160(7):1337-9.
23. Wohlfarth T, Winkel FW, Van Den Brink W. Identifying crime victims who are at high risk for post traumatic stress disorder: developing a practical referral instrument. *Acta Psychiatr Scand*. 2002 Jun;105(6):451-60.
24. Santos EF. Avaliação da magnitude do transtorno de estresse pós-traumático na qualidade de vida [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina; 2006.

25. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Marshall RD, Nemeroff CB, et al. Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 Suppl 1:55-62.
26. Regehr C, Goldberg G, Glancy GD, Knott T. Post-traumatic symptoms and disability in paramedics. *Can J Psychiatry*. 2002 Dec; 47(10):953-958.
27. Machado SS. Qualidade de vida e stress de adultos jovens na sociedade contemporânea [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia; 2003.
28. Schnurr PP, Hayes AF, Lunney CA, McFall M. Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for Posttraumatic Stress Disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2006 Aug; 74(4):707-13.
29. Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009 Oct; 31(Suppl 2):S49-57.
30. Bowling A. *Measuring health - a review of quality of life measurement scales*. 2nd edition. Philadelphia (US): Open University Press; 2001.

Correspondência: Virginia Visconde Brasil
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
Rua 227 s/n Quadra 68
74.605-080 - Setor Leste Universitário, Goiânia, GO, Brasil
E-mail: viscondebrasil@gmail.com

Recebido: 31 de janeiro de 2011
Aprovação: 20 de abril de 2012