

Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura

Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review

Wagner S. Ribeiro^{1,2}, Sérgio B. Andreoli^{1,3}, Cleusa P. Ferri^{1,2},
Martin Prince², Jair Jesus Mari^{1,2}

Resumo

Objetivo: Estudar os achados epidemiológicos sobre a prevalência de exposição à violência e a associação entre exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento. **Método:** A revisão foi baseada em estudos de corte transversal e de coorte encontrados em bases de dados eletrônicas (Medline, Psycinfo, Embase, SciELO e Lilacs) até o mês de julho de 2009. As palavras-chave utilizadas foram: "violência" e "transtornos mentais". **Resultados:** Exposição à violência em países em desenvolvimento é bastante frequente e está significativamente associada a problemas de saúde mental. Em crianças, a maior associação encontrada foi entre violência doméstica e problemas de externalização (OR = 9,5; IC 95% = 3,4-26,2), e entre ideação suicida e abuso sexual (OR = 8,3; $p < 0,05$); entre as mulheres, sintomas de depressão e ansiedade estão correlacionados com violência conjugal psicológica (OR = 3,2; IC 95% = 1,8-5,8) e violência sexual (OR = 9,7; 95% IC = 1,9-51,2). Na população geral, as maiores taxas de prevalência de transtorno de estresse pós-traumático estão associadas com violência sexual e doméstica, sequestro, e exposição a múltiplos eventos traumáticos. Violência também está associada com transtornos mentais comuns na população geral. **Conclusão:** uma parte importante dos problemas de saúde mental em países em desenvolvimento pode ser atribuída à violência. Portanto, intervenções voltadas para a redução da violência poderiam ter um impacto significativo na redução de problemas de saúde mental nesses países.

Descritores: Violência; Transtornos mentais; Estudos transversais; Estudos de coortes; Revisão

Abstract

Objective: To study the epidemiological evidence on the prevalence of exposure to violence and its relationship with mental health problems in low and middle-income countries. **Method:** The search was based on cross-sectional and cohort studies available in electronic databases (Medline, Psycinfo, Embase, SciELO and Lilacs), through July 2009, using the key words: "violence" and "mental disorders". **Results:** The frequency of exposure to violence was shown to be very high and was significantly associated with mental health problems. Among children, the highest correlation was found to be of domestic violence with externalizing problems (OR = 9.5; 95% CI = 3.4-26.2), and suicidal ideation with sexual abuse (OR = 8.3; $p < 0.05$); among women, depression/anxiety symptoms correlated with intimate-partner psychological (OR = 3.2; 95% CI = 1.8-5.8) and sexual (OR = 9.7; 95% CI = 1.9-51.2) violence. In the general population, the highest prevalence rates of post-traumatic stress disorder were associated with sexual and domestic violence, kidnapping, and cumulative trauma exposure. Violence also correlated with common mental disorders. **Conclusion:** A substantial part of the mental health problems in low and middle-income countries can be attributed to violence. Thus, interventions directed to decrease violence in low and middle-income countries might have a major positive impact on the mental health of those living in these settings.

Descriptors: Violence; Mental disorders; Cross-sectional studies; Cohort studies; Review

¹ Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil

² King's College London, Institute of Psychiatry, Health Service and Population Research department, Londres, Reino Unido

³ Universidade Católica de Santos, Santos (SP), Brasil

Os autores contribuíram de forma igual para este artigo.

Correspondência

Wagner S. Ribeiro
Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo
Rua Borges Lagoa, 570, 1° andar, Vila Clementino
04038-000 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: wagner.ribeiro@kcl.ac.uk

Introdução

A violência é um fenômeno complexo que envolve indivíduos, relações interpessoais, comunidades e a sociedade¹. Durante as últimas décadas, a violência tem se tornado um dos principais problemas de saúde pública, já que há consistentes evidências de que é uma das principais causas de mortalidade e morbidade em todas as partes do mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde², mais de 1,6 milhão de pessoas morreram no ano 2000 como resultado de violência. Mais de 90% dessas mortes ocorreram em países em desenvolvimento (PED). Os índices de violência são particularmente altos nas Américas, onde a taxa média de homicídios para os anos 2000-2004, estimada em 17,8 homicídios por 100.000 habitantes³, foi a mais alta no mundo. Nesta região, em 2001, três países (Brasil, Colômbia e México) respondiam por 82% de todos os homicídios⁴.

Os índices de homicídio representam somente uma pequena parte do custo da violência para a sociedade. Na região das Américas, estima-se que 14% do produto nacional bruto (PNB) são perdidos ou transferidos por causa da violência, e que cerca de 30% a 60% de todos os atendimentos de emergência em hospitais são devidos à mesma razão⁵. Além disso, estudos têm demonstrado que a violência está associada a pior saúde física, suicídio, problemas de saúde mental, problemas de saúde reprodutiva, sintomas somáticos e vários estados clínicos graves, tais como câncer e doença cardíaca isquêmica, seja como disparador ou como fator de risco^{1,6}. Dessa forma, a violência representa um impacto dramático na carga global da doença tanto direta quanto indiretamente – por exemplo, em 2000, a violência interpessoal ficou no 31º lugar em países desenvolvidos, e 21º nos PED, como uma das muitas causas de anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI). Durante o mesmo período, o transtorno depressivo unipolar ficou em primeiro lugar nos países desenvolvidos e em sexto entre os PED – nas Américas, o transtorno depressivo esteve em primeiro lugar e a violência interpessoal ficou em quinto lugar^{2,7}.

Apesar do fato de que a carga de doenças atribuíveis à violência é maior nos PED em comparação aos países desenvolvidos, a maioria dos estudos sobre os efeitos da violência na saúde mental foram realizados nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos. Este artigo tem por objeto revisar as evidências epidemiológicas sobre a prevalência da exposição à violência e sua relação com os problemas de saúde mental em PED. Focaremos a revisão nos tipos de violência mais comumente estudados e suas consequências para a saúde mental pública e individual.

Método

Avaliamos a literatura científica sobre a relação entre a violência e os problemas de saúde mental por meio de bancos de dados on-line. Inicialmente, realizamos uma busca no Medline, utilizando o *Medical Subject Headings* – MeSH (www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?itool=sidebar). Os termos do MeSH inseridos na busca foram “violência” e “transtornos mentais”. A busca foi limitada aos estudos “transversais” ou de “coorte” publicados até 9/7/2009, em inglês, espanhol ou português. A seguir, a mesma busca foi realizada nos bancos de dados Embase e Psycinfo através do banco de dados Ovid SP (<http://ovidsp.ovid.com>) e depois no *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature* (Lilacs) – utilizando-se a *Virtual Health Library* (www.bireme.br), e o *Scientific Electronic Library* – SciELO do Brasil (www.scielo.br). Adicionalmente, os autores buscaram artigos publicados em outros idiomas além do inglês, espanhol e português, utilizando as mesmas estratégias. Encontramos um total de 2.156 artigos como resultado dessa estratégia de busca.

A seleção de artigos a serem incluídos nesta revisão baseou-se nos seguintes critérios: primeiro, os artigos deveriam avaliar tanto as exposições à violência como quaisquer problemas de saúde mental, quer como uma variável dependente quer como variável independente. Segundo, eles deveriam ter um desenho transversal ou de coorte. Estudos qualitativos e relatos de caso foram excluídos e estudos de caso-controle seriam incluídos se casos e controles tivessem sido ambos extraídos de uma amostra populacional. As referências de revisões da literatura foram examinadas para identificar artigos que não foram cobertos por nossa busca. Terceiro, os estudos deveriam possuir amostras populacionais representativas. Estudos sobre grupos específicos, tais como veteranos de guerra, pacientes psiquiátricos internados, trabalhadores de resgate e refugiados foram excluídos. Estudos com amostras representativas de crianças em escolas primárias foram incluídos, já que em muitos países as crianças devem obrigatoriamente frequentar a escola.

Todos os artigos incluídos na revisão a partir dos critérios acima foram agrupados em duas categorias de acordo com a classificação do Banco Mundial: estudos de países desenvolvidos ou em desenvolvimento⁸.

Resultados

Um total de 233 artigos preencheu os critérios de inclusão. A maioria dos artigos era de países desenvolvidos, 89 eram dos Estados Unidos. Os 32 artigos de PED eram derivados de 25 estudos transversais realizados em 19 países, como se nota na Tabela 1.

Como se observa na Tabela 1, houve oito estudos cujas amostras eram compostas de mulheres e adolescentes/adultos jovens⁹⁻¹⁶. A violência doméstica foi o tipo de violência mais comumente avaliada, seguida pela violência na comunidade/urbana, violência relacionada à guerra e violência sexual. Em um dos seis estudos que avaliaram a violência na comunidade/urbana, essa categoria se referiu à violência vivida no ambiente escolar¹². Os desfechos de saúde mental examinados nesses estudos foram comportamento suicida, abuso de álcool e drogas, transtornos mentais comuns (TMC)¹³ e depressão e transtorno de estresse pós-traumático¹⁵. Seis dos oito estudos avaliaram problemas de saúde mental^{10,11}, comportamento de internalização e externalização^{9,12,14}, e sintomas psiquiátricos¹⁶.

Em 10 estudos, as amostras foram compostas somente por mulheres¹⁷⁻³¹. Esses estudos avaliaram predominantemente a violência nas relações conjugais^{17-21,25,28-30}, violência sexual^{26,29}, violência doméstica^{27,31}, eventos traumáticos relacionados à guerra²⁶, e violência ocupacional²²⁻²⁴. Os desfechos analisados foram problemas de saúde mental, incluindo sofrimento emocional²⁵ e sintomas psiquiátricos^{26,31}, abuso de álcool e drogas^{23,27}, TMC^{21,28}, depressão e ideação suicida³⁰.

Os restantes sete estudos avaliaram amostras da população geral. Esses estudos enfocaram a violência sexual somente³² ou combinada com violência doméstica, violência na comunidade³³⁻³⁶ e eventos traumáticos relacionados à guerra³⁷⁻⁴⁰. O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e os transtornos mentais comuns foram os principais desfechos da maioria desses estudos populacionais.

1. Violência doméstica e saúde mental das crianças

De acordo com Bordin et al., 20% dos brasileiros que vivem em uma área urbana pobre foram expostos nos 12 meses anteriores à violência doméstica que consistiu de punição física grave por um dos genitores. O mesmo estudo relata que 18,8% das crianças e adolescentes presenciaram conflitos conjugais⁹ alguma vez na vida.

Tabela 1 – Estudos sobre violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento

Estudo	País	Sujeitos	Tipo de violência	Problema de saúde mental
Bordin et al. (2009)	Brasil	Crianças de 6 a 17 anos	Violência doméstica	Problemas de internalização Problemas de externalização
Fleitlich et al. (2001)	Brasil	Crianças de 7 a 14 anos	Violência doméstica	Problemas de saúde mental
Paula et al. (2008)	Brasil	Crianças de 11 a 14 anos	Presenciar violência doméstica e urbana	Problemas de saúde mental
Avanci et al. (2009)	Brasil	Crianças de 6 a 13 anos	Violência doméstica Violência na comunidade	Comportamento de internalização
Pillai et al. (2009)	Índia	Jovens de 16 a 24 anos	Violência doméstica Violência na escola Violência sexual	Comportamento suicida Uso de álcool Provavelmente TMC
Barbarin et al. (2001)	África do Sul	Crianças de 5 anos	Violência doméstica Violência na comunidade Violência política	Funcionamento psicológico
Qouta et al. (2003)	Palestina	Crianças de 6 a 16 anos	Violência militar	Sintomas de TEPT
Goodman (2005)	Rússia	Crianças de 7 a 14 anos	Presenciar violência conjugal	Diagnóstico psiquiátrico
Ramiro et al. (2004)	Chile	Mulheres de 15 a 49 anos	Violência por parte de cônjuge	Status de saúde mental
Jeyaseelan et al. (2004)	Egito			
Illanes et al. (2007)	Índia			
Vizcarra et al. (2001)	Filipinas			
Ludimir et al. (2008)	Brasil	Mulheres de 15 a 49 anos	Violência por parte de cônjuge	Transtornos mentais comuns
Alonso et al. (2006)	Brasil	Mulheres de 18 a 60 anos	Violência ocupacional	Consumo de álcool
Musayon et al. (2006)	México			Consumo de drogas ilegais
Alonso et al. (2005)	Peru			
Valladares et al. (2005)	Nicarágua	Mulheres grávidas	Violência por parte de cônjuge	Sofrimento emocional
Bartauer et al. (1999)	El Salvador	Mulheres de 18 a 70 anos	Violência sexual Violência relacionada à guerra	Sintomas psiquiátricos
Ackerson et al. (2007)	Índia	Mulheres que foram alguma vez casadas de 15 a 49 anos	Violência doméstica	Tabagismo
Patel et al. (2006)	Índia	Mulheres de 18 a 45 anos	Violência por parte de cônjuge Violência por parte de outros	Transtornos mentais comuns
Naved et al. (2008)	Bangladesh	Mulheres de 14 a 49 anos	Violência por parte de cônjuge Violência sexual antes dos 15 anos	Ideação suicida
Tadegge et al. (2008)	Etiópia	Mulheres em idade reprodutiva que tiveram parceiros	Violência sexual Violência por parte de cônjuge	Sofrimento mental Ideação suicida Depressão
Simsek et al. (2003)	Turquia	Mulheres de 15 a 49 anos	Violência doméstica	Transtornos mentais segundo o SCID-I
Pederson et al. (2008)	Peru	População geral acima dos 15 anos	Violência por relacionada a conflitos	Transtornos mentais comuns
Norris et al. (2003)	México	População geral entre 18 e 92 anos	Violência doméstica	TEPT
Baker et al. (2005)			Violência sexual Violência na comunidade	
Medina-Mora Icaza et al. (2005)	México	População geral entre 18 e 65 anos	Violência doméstica Violência sexual Violência na comunidade	TEPT
Zlotnick et al. (2006)	Chile	População geral acima dos 15 anos	Violência doméstica Violência sexual Violência na comunidade	TEPT
Roberts et al. (2008)	Uganda	População geral acima dos 18 anos	Eventos traumáticos relacionados a guerra	TEPT e depressão
De Jong et al. (2003)	Argélia	População geral entre os 16 e 65 anos	Violência relacionada a conflitos armados	TEPT e TMC
De Jong et al. (2001)	Camboja Etiópia Palestina			
Luo et al. (2008)	China	População geral entre os 20 e 64 anos	Contato sexual na infância	Problemas sexuais Sofrimento psicológico

Um estudo feito em uma outra área urbana no Brasil¹² encontrou que 63,9% dos meninos de 6 a 13 anos de idade e 53,2% das meninas de 6 a 13 anos de idade foram expostos à violência grave perpetrada pela suas mães; que 42,4% dos meninos e 44% das meninas vivenciaram violência na escola; que 31,5% dos meninos e 21,6% das meninas sofreram violência na comunidade. Os autores apontam que os meninos têm uma probabilidade significativamente maior de sofrer violência tanto em casa como na comunidade. De acordo com Pillai et al., os adolescentes e os adultos jovens (16 a 24 anos de idade) também estão expostos a níveis significativos de violência: entre os jovens vivendo em áreas rurais e urbanas da Índia, 4,2% foram abusados fisicamente por seus pais e 5,2% sofreram abuso físico dos professores e pares na escola durante os três meses anteriores à realização do estudo¹³. A prevalência na vida de abuso sexual nesta mesma população foi de 13%.

A Tabela 2 mostra a associação entre exposição à violência e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes/adultos jovens. De acordo com um estudo brasileiro¹¹, a razão de chance de qualquer problema de saúde mental foi o dobro entre as crianças que haviam vivenciado violência doméstica e/ou na comunidade do que entre as que não haviam vivenciado esse tipo de violência. Bordin et al. examinaram a associação de violência doméstica, que consistia em punição física grave, e problemas de internalização/externalização por meio de regressão logística multivariada⁹. Os autores encontraram que a violência doméstica permaneceu relacionada aos problemas de externalização (OR = 9,5, IC 95% = 3,4-26,2) e aos problemas de externalização combinados com problemas de internalização (OR = 2,7; IC 95% = 1,2-5,7), seja como um fator independente ou em interação com outros correlatos, tais como idade, mãe com depressão/sintomas de ansiedade e falta de uma figura paterna residindo no lar.

Finalmente, a razão de chance de ideação suicida entre jovens indianos foi 5,3 vezes mais alta entre aqueles expostos a abuso físico e 8,3 vezes maior entre aqueles que relataram abuso sexual na vida do que entre os jovens que não foram expostos à violência.

2. Violência contra a mulher e seus efeitos sobre a saúde mental

Como visualizado na Tabela 3, a exposição à violência é uma característica comum de mulheres que vivem em países em desenvolvimento. Um estudo transversal multicêntrico realizado

em vários países^{17,18} encontrou que os índices de prevalência de violência física perpetrada pelo cônjuge foram de 24,9% no Chile, 11,1% no Egito, 21,1% nas Filipinas, e de 31% a 43,1% nas três cidades da Índia estudadas. O mesmo estudo encontrou que a proporção de mulheres que relataram terem sido vítimas de violência psicológica perpetrada por seus cônjuges foi de 50,7% no Chile, 10,5% no Egito, 19,3% nas Filipinas e de 24,7% a 50,1% na Índia. Outro estudo realizado na Índia com uma amostra populacional nacional representativa constatou que 19% das mulheres relataram que vivenciavam violência doméstica desde os 15 anos de idade. Em 85% dos casos, a violência doméstica foi perpetrada pelo cônjuge. Em uma área geográfica delimitada em Goa, Índia, Patel et al. encontraram que 14,8% das mulheres entre 18 e 45 anos de idade relataram terem sido vítimas de abuso verbal, 9,4% relataram abuso físico e 5,4% relataram abuso sexual, todos perpetrados por seus cônjuges²⁸. Além disso, 5,4% relataram violência perpetrada por outras pessoas além de seus maridos.

Os índices de prevalência de violência contra a mulher foram também altos no Brasil, Etiópia e Turquia. Ludemir et al. relataram que metade das brasileiras entre os 15 e 49 anos de idade que haviam tido parceiros sofreram alguma forma de violência por parte do cônjuge durante suas vidas²¹. Na Etiópia, 48% das mulheres em idade reprodutiva relataram pelo menos uma experiência de violência física, sexual e/ou emocional em suas vidas³⁰ e, na Turquia, 35,1% das mulheres entre 15 a 49 anos de idade que não estavam grávidas vivenciaram algum tipo de violência doméstica, 29,2% relataram sofrerem violência verbal e 34,8% violência econômica³¹, ou seja, privar alguém de recursos financeiros e de outros recursos materiais a fim de obter controle sobre ele ou ela.

Mulheres grávidas na Nicarágua também relataram altos índices de violência conjugal: 54% delas relataram ter sido vítimas de algum ato de violência durante o curso de suas vidas, ao passo que 32% relataram algum tipo de vitimização durante a gravidez atual. A prevalência de violência física e sexual durante a vida foi de 31% e 15%, respectivamente entre essas mulheres, e durante a gravidez atual 13% delas relataram ter sofrido abuso físico e 7% relataram vitimização sexual²⁵. Além disso, mulheres de PED podem ser vítimas de violência em seu ambiente de trabalho: um estudo transversal realizado em três países encontrou altos índices de prevalência de violência ocupacional em mulheres trabalhadoras

Tabela 2 – Correlação entre os problemas de saúde mental com a exposição à violência entre crianças e adolescentes/adultos jovens em países em desenvolvimento

Estudo	Local	Idade	Gênero	Desfecho de saúde mental		Tipo de violência	O.R. ajustada (IC 95%)
				Tipo	Prevalência		
Bordin et al. (2009)	Brasil	6 a 17 anos	Ambos os gêneros	Somente problemas de internalização	19,2%	Violência doméstica	0,6 (0,2-1,6)
				Somente problemas de externalização	6,9%		9,5 (3,4-26,2)
				Problemas de internalização e de externalização	10,8%		2,7 (1,2-5,7)
Paula et al. (2008)	Brasil	10 a 14 anos	Ambos os gêneros	Quaisquer problemas de saúde mental	12,5%	Violência doméstica na comunidade	2,2 (1,1-4,2)
Avanci et al. (2009)	Brasil	6 a 13 anos	Mulheres	Problemas de internalização	9,8%	Violência doméstica na comunidade	NF
			Homens		11,1%		
Pillai et al. (2009)	Índia	16 a 24 anos	Ambos os gêneros	Ideação suicida	3,9%	Abuso físico	5,3*
							Abuso sexual abuse

IC = intervalo de confiança; NS = não significativo; NF = não fornecido
* $p < 0,05$

Tabela 3 – Correção entre os problemas mentais e a exposição à violência contra mulheres em países em desenvolvimentos

Estudo	Local	Idade	Desfecho de saúde mental		Tipo de violência	O.R. ajustada (IC 95%)
			Tipo	Prevalência		
Illanes et al. (2007)	Chile	15 a 49 anos	Sintomas de depressão/ansiedade	40,7%	Violência psicológica	3,2 (1,8-5,8)
					Violência sexual	9,7 (1,9-51,2)
					Violência parental na infância	1,6 (0,9-2,8)
Ludemir et al. (2008)	Brasil	15 a 49 anos	Transtornos mentais comuns	34,5%	Violência física por parte de cônjuge	1,9 (1,2-3,0)
					Violência psicológica por parte de cônjuge	2,0 (1,5-2,6)
					Violência sexual por parte de cônjuge	1,8 (0,9-3,6)
Alonso-Castillo et al. (2006)	Brasil	18 a 60 anos	Consumo arriscado de álcool	11%		NF
			Consumo de drogas	0%	Violência ocupacional	
	México	Consumo arriscado de álcool	3,0%		NF	
		Consumo de drogas	5%			
	Peru	Consumo arriscado de álcool	18,4%		NF	
		Consumo de drogas	6%			
Valladares et al. (2005)	Nicarágua	NF	Sofrimento emocional (alto)	40%	Violência física por parte de cônjuge	2,6 (1,7-3,9)
Barthauer et al. (1999)	El Salvador	18 a 70 anos	Sintomas psiquiátricos	45,8%	Violência sexual	NF
Patel et al. (2006)	Índia	18 a 45 anos	Transtornos mentais comuns	6,6%	Abuso emocional por parte de cônjuge	3,3 (2,2-4,9)
					Abuso físico por parte de cônjuge	3,5 (2,2-5,6)
					Abuso sexual por parte de cônjuge	4,4 (2,4-8,1)
					Violência por parte de outras pessoas	2,8 (1,7-4,7)
Naved et al. (2008)	Bangladesh (rural)	15 a 49 anos	Ideação suicida	11%	Violência sexual antes dos 15 anos	5,7 (1,4-22,5)
					Violência física grave por parte de cônjuge	4,1 (2,1-8,0)
					Violência emocional por parte de cônjuge	2,3 (1,2-4,3)
					Violência sexual por parte de cônjuge	1,0 (0,5-1,8)
	Bangladesh (urbana)	15 a 49 anos	Ideação suicida	15%	Violência sexual antes dos 15 anos	1,7 (0,6-4,4)
					Violência física grave por parte de cônjuge	2,2 (1,1-4,5)
					Violência emocional por parte de cônjuge	2,6 (1,4-4,8)
					Violência sexual por parte de cônjuge	1,2 (0,7-2,3)
Tadegge et al. (2008)	Etiópia	Idade reprodutiva	Sofrimento mental	NF	Abuso emocional	2,4 (1,5-3,6)
					Abuso físico	3,5 (2,3-5,4)
					Abuso sexual	3,8 (2,5-5,9)
Simsek et al. (2003)	Turquia	15 a 49 anos	Quaisquer transtornos mentais segundo o SCID-I	25,9%	Violência doméstica	2,0 (1,2-4,3)

IC = intervalo de confiança; NS = não significativo; NF = não fornecido
* $p < 0,05$

no México (16%), Peru (24%) e Brasil (39%)²³.

Como se poder observar na Tabela 3, a violência contra a mulher está relacionada a vários problemas de saúde mental nos diversos países. As razões de chance de sintomas de depressão e ansiedade no Chile foram 3,2 vezes mais altas em mulheres que tinham sido expostas à violência psicológica e 9,7 vezes mais altas em mulheres vítimas de violência sexual, em comparação a mulheres que não tinham sido expostas a violência. No Brasil, a razão de chance de transtornos mentais comuns foi duas vezes mais alta entre vítimas de violência conjugal física e psicológica, em comparação a mulheres que não relataram tal violência. A violência por parte do cônjuge teve relação também com transtornos mentais comuns na Índia – em comparação a

mulheres que não sofreram abusos, as razões de chance foram de 3,3 para vítimas de abuso psicológico por parte do cônjuge e de 4,4 para abuso sexual²⁸. Adicionalmente, a violência conjugal esteve relacionada a índices elevados de sofrimento emocional (OR = 2,6) na Nicarágua²⁵ e ideação suicida em Bangladesh³⁰. Finalmente, Alonso-Castillo et al. encontraram que a violência ocupacional era um dos preditores de abuso de álcool em mulher trabalhadoras no México, Peru e Brasil²³.

3. Associação da violência e transtornos mentais na população geral

A maioria dos estudos na população geral foi desenhada para avaliar a prevalência de transtornos de estresse pós-

Tabela 4 - Prevalência de exposição ao trauma durante a vida na população geral

Evento	México		México		Chile	
	Norris et al. (2003)		Medina-Mora Icaza et al. (2005)		Zlotnick et al. (2006)	
	Mulheres (%)	Homens (%)	Mulheres (%)	Homens (%)	Mulheres (%)	Homens (%)
Luto/morte traumáticos de uma pessoa próxima	36,1	40,5 [*]	28,3	25,3	1,8	3,4
Presenciar alguém ser assassinado/ferido	26,3	45,6 [*]	10,4	22,7 [*]	12,1	15,7 [*]
Presenciar chacina/massacre	-	-	0,1	0,9 [*]	-	-
Acidente com risco de vida	21,9	45,1 [*]	14,7	28,7 [*]	4,7	13,3 [*]
Agressão física	13,5	27,8 [*]	-	-	6,0	9,7
Ser ameaçado com uma arma	8,3	28,3	15,2	34,8 [*]	2,6	3,3
Molestamento sexual	10,5	9,2	9,3	1,2 [*]	-	-
Agressão sexual/estupro	3,9	0,3 [*]	6,3	1,3 [*]	3,8	1,0
Violência doméstica	-	-	21,8	18,5	-	-
Violência física parental	-	-	18,4	18,1	-	-
Violência física por parte de cônjuge	-	-	10,7	0,8 [*]	-	-
Violência física por parte de outras pessoas	-	-	3,2	12,1	-	-
Desastre natural/provocado pelo homem	7,7	9,0	12,8	14,7	5,6	8,0
Fogo	5,9	6,2	-	-	-	-
Combate	1,1	3,2 [*]	0,5	1,5	0,1	0,7 [*]
Tortura ou terrorismo	0,3	1,1 [*]	-	-	-	-
Sequestro	-	-	0,7	3,8 [*]	-	-
Ferir ou matar alguém acidentalmente	-	-	0,4	2,2 [*]	-	-
Ferir ou matar alguém intencionalmente	-	-	0,2	0,6	-	-
Evento com uma pessoa amada	22,0	22,9	3,7	3,2	-	-

* $p < 0,05$

traumático^{33-36,38-40}. Portanto, eles mediram a exposição à violência por meio de instrumentos especificamente desenhados para avaliar a exposição a eventos traumáticos que pudessem ocasionar o desenvolvimento de TEPT de acordo com critérios diagnósticos padronizados. Três desses estudos analisaram os eventos traumáticos relacionados à guerra em populações expostas a conflitos armados e violência política³⁷⁻⁴⁰.

A Tabela 4 mostra a distribuição de eventos traumáticos na população geral. Uma alta proporção da população vivenciou eventos traumáticos estressantes. No México, 68% da população geral relataram ter experimentado pelo menos um evento traumático durante a vida³⁵. A prevalência da exposição à violência nessa população foi de 34%³³. Há notáveis diferenças de gênero nos padrões de exposição a eventos traumáticos: enquanto os índices de prevalência de violência sexual e conjugal foram mais altos em mulheres do que em homens, eventos tais como presenciar alguém ser assassinado ou ferido, presenciar chacina ou massacre, sofrer acidentes que colocam em risco a vida e violência física cujo autor não tivesse laços familiares ou conjugais com a vítima, ser agredido fisicamente com ou sem uma arma, ser sequestrado ou torturado, e ferir ou matar alguém acidentalmente foram mais comuns em homens³⁴⁻³⁶. Nos três estudos realizados em regiões que sofreram conflitos, a proporção de pessoas expostas à violência foi massiva: enquanto virtualmente toda a população tinha sofrido pelo menos uma experiência violenta na vida no Altiplano peruano e em Uganda^{37,40}, a prevalência de vitimização violenta foi de 92% na Argélia, 81% no Camboja, 79% na Etiópia e 59% na Palestina³⁸.

A Tabela 5 mostra a associação da violência com TEPT e transtornos mentais comuns na população geral. Em comparação a outros eventos traumáticos, a violência esteve associada ao mais alto risco condicional de TEPT, i.e. a probabilidade de desenvolver o transtorno entre aqueles que foram expostos a eventos traumáticos⁴¹. Tanto no estudo mexicano como no chileno, os índices mais altos de prevalência de TEPT foram aqueles relacionados a perseguição/assédio, violência sexual, sequestro e violência parental³⁴⁻³⁶. Esses estudos também encontraram uma relação dose-dependente entre o grau de exposição à violência e a gravidade do TEPT. Norris

et al. encontraram que 7% dos adultos com um trauma único preencheram os critérios de TEPT, ao passo que 23% daqueles com quatro ou mais eventos traumáticos desenvolveram o transtorno³⁴. Os autores concluíram que o número de traumas foi altamente preditor tanto de TEPT como de TEPT crônico. Estudos realizados em cenários pós-conflitos corroboram esses achados. Além de encontrarem uma associação linear significativa entre o número de eventos traumáticos e os sintomas de TEPT, esses estudos encontraram que os transtornos mentais comuns também têm correlação com a exposição recorrente à violência^{37,40}.

Discussão

O principal objetivo deste artigo foi revisar a literatura epidemiológica sobre a prevalência de exposição à violência e sua associação com transtornos em PED. Em nossa revisão, encontramos três grupos claramente diferentes de estudos, divididos de acordo com a sua população-alvo: crianças e adolescentes/adultos jovens; mulheres; e a população geral.

As crianças e adolescentes pesquisados foram expostos a altos níveis de violência em casa. Isso pode ser explicado pelo fato de que a punição física é ainda social e legalmente aceita em muitos países, particularmente em PED, permanecendo desta forma muito comum². Nesta revisão, a exposição à violência foi significativamente associada a problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, especialmente quando combinada com outras desvantagens sociais e familiares como pobreza e transtornos mentais maternos comuns. Entre todos os problemas mentais avaliados, os problemas de externalização foram o desfecho mais significativo associado à violência em crianças e adolescentes. Vários estudos demonstraram que os problemas de externalização levam a prejuízo funcional, além de ser um dos mais importantes fatores de risco para vários transtornos mentais durante a infância e em fases posteriores da vida. Além disso, há evidências de que as crianças com problemas de externalização tendem a se tornar adultos violentos.

Encontramos 10 estudos sobre violência contra a mulher. Todos eles analisaram a violência perpetrada contra mulheres por seus cônjuges e/ou membros da família. Os artigos demonstraram que

Tabela 5 – Correlação de problemas de saúde mental com exposição à violência na população geral de países em desenvolvimento

Estudo	Local	Idade	Gênero	Desfecho de saúde mental		Tipo de violência	O.R. ajustada (95% CI)
				Tipo	Prevalência		
Pederson et al. (2008)	Peru	≥ 14 anos	Ambos os gêneros	Depressão/ ansiedade TEPT	38,6% 24,7%	Violência política	NG
Norris et al. (2003) Baker et al. (2005)	México	18 a 92 anos	Ambos os gêneros	TEPT	11,5%	Violência sexual Violência na comunidade Conflito armado	NG
Medina-Mora Incaza et al. (2005)	México	18 a 65 anos	Ambos os gêneros	TEPT	1,45%	Violência doméstica Violência sexual Violência na comunidade Conflito armado	NG
Zlotnick et al. (2006)	Chile	≥ 15 anos	Ambos os gêneros	TEPT	4,4%	Violência sexual Violência na comunidade Conflito armado	NG
Roberts et al. (2008)	Uganda	≥ 18 anos	Ambos os gêneros	TEPT	54%	Insegurança de saúde Violência sexual Insegurança alimentar Morte de amigos/parentes Tortura Presenciar alguém ser assassinado	2.0 (1.5-2.5) 1.7 (1.0-2.8) 1.6 (1.0-2.4) NS 1.4 (1.1-1.8) 1.4 (1.0-1.9)
				Depressão	67%	Insegurança de saúde Violência sexual Insegurança alimentar Morte de amigos/parentes Tortura Presenciar alguém ser assassinado	2.0 (1.5- 2.6) NS 1.6 (1.1-2.6) 1.5 (1.1-2.2) 1.4 (1.0-1.9) NS

IC = intervalo de confiança; NS = não significativo; NF = não fornecido

* Risk Ratio

** $p < 0,05$

mulheres vivendo em PED têm alto risco de vitimização, tanto em casa como no ambiente de trabalho. Uma possível explicação é o fato de que os PED são sociedades conservadoras e patriarcais que reforçam a desigualdade de gênero⁴². As mulheres são sujeitas a todos os tipos de violência por parte de seus cônjuges: psicológica, física, sexual e econômica. Encontrou-se que todas essas formas de violência conjugal estavam associadas a transtornos mentais comuns, abuso de álcool e drogas e ideação suicida. A vitimização das mulheres ocorre em qualquer momento de suas vidas, incluindo durante a gravidez. Além de ter efeitos deletérios na saúde mental das mulheres, a violência durante a gravidez gera uma carga adicional à saúde pública, pois há evidências de que está independentemente associada a desfechos neonatais, tais como baixo peso nos recém-nascidos⁴³. Além disso, como se encontrou que os transtornos mentais comuns (TMC) maternos foram um dos fatores de risco para os problemas de saúde mental das crianças^{9,10}, e que a vitimização se relaciona com transtornos mentais em mulheres, deve-se concluir que a violência contra as mulheres relaciona-se indiretamente com os desfechos de saúde mental em crianças e adolescentes.

Os estudos realizados com a população geral focaram predominantemente o TEPT. Ao contrário dos estudos com crianças e mulheres, que analisaram tipos específicos de vitimização violenta, esses estudos avaliaram a exposição à violência entre outros eventos potencialmente traumáticos. Dessa forma, eles oferecem uma oportunidade para comparar os efeitos da violência aos de outras experiências prejudiciais. Antes de tudo, há notáveis diferenças de gênero na exposição a eventos traumáticos: enquanto as mulheres relataram ter sido vítimas de eventos violentos perpetrados por

pessoas próximas, como familiares e/ou cônjuge, os homens estão mais expostos a eventos traumáticos que normalmente ocorrem na comunidade i.e., acidentes, ser ameaçados com uma arma, presenciar alguém ser assassinado ou ferido etc. Globalmente, os estudos encontraram que os homens vivenciam mais eventos traumáticos que as mulheres. No entanto, ao serem expostas a experiências traumáticas, as mulheres tendem a desenvolver mais problemas de saúde mental como resultado disso. Várias hipóteses têm sido propostas para explicar as diferenças de gênero nos sintomas de depressão e ansiedade, incluindo fatores biológicos⁴⁴, tais como a estrutura e o funcionamento cerebral, a transmissão genética e a função reprodutiva, bem como fatores ambientais, como exclusão social⁴, ambiente familiar e experiências adversas na infância, papéis sociais e normas culturais, e eventos de vida adversos^{45,46}. Alguns autores levantaram a hipótese de que parte das diferenças de gênero no TEPT e TMC pode ser explicada pelo fato de que as mulheres estão mais expostas às experiências mais patogênicas, tais como violência doméstica e sexual^{47,48}. Norris et al., por exemplo, encontraram que 53 de cada 1.000 mexicanas tinham desenvolvido TEPT como resultado de violência sexual³⁴. De acordo com os autores, enquanto 34% dos que sofreram violência sexual tinham TEPT, somente 1% daqueles que presenciaram alguém sendo assassinado ou ferido desenvolveram o transtorno.

É importante observar que a estratégia de busca utilizada nesta revisão, i.e., baseada em artigos indexados no Medline e em outras bases de dados científicos eletrônicas, pode ser considerada como sendo bem restritiva. É possível que, ao buscarmos somente artigos científicos indexados, tenhamos deixado de incluir outras publicações potencialmente existentes, tais como dissertações

e teses sobre este assunto. Os principais bancos de dados internacionais provêm acesso a artigos revisados por pares, o que tende a garantir padrões mínimos de qualidade. Porém, este procedimento pode conduzir a um viés de publicação, já que os estudos que encontram resultados interessantes têm mais chance de serem publicados do que aqueles cujos resultados não confirmem suas hipóteses e as evidências da literatura⁴⁹. Além disso, ao limitar a busca a artigos publicados em inglês, espanhol e português, esta revisão pode ter aumentado a probabilidade de incluir artigos de algumas regiões específicas. Pesquisadores de países desenvolvidos, especialmente dos Estados Unidos, tendem a publicar seus artigos em inglês, ao passo que pode ser difícil para os pesquisadores de PED produzir e publicar seu trabalho nesse idioma. Ao incluirmos espanhol e português na sintaxe de busca, tivemos a intenção de aumentar a chance de encontrar artigos das regiões da América Latina e do Caribe, onde os índices de violência são especialmente altos. Ademais, tentamos minimizar o “viés de idioma” repetindo a mesma busca em outros idiomas além dos três inicialmente incluídos.

Houve uma variação importante na metodologia utilizada nos diferentes estudos, tornando, assim, difíceis as comparações. Por exemplo, houve estudos que relataram desfechos diferentes, mesmo aplicando o mesmo instrumento à mesma população-alvo, como foi o caso de *comportamento depressivo*¹² e *problemas de internalização/externalização*⁹, ambos baseados no *Child Behavior Checklist* (CBCL).

Nossa revisão demonstrou que, independentemente do grupo populacional analisado, a exposição à violência é altamente prevalente em PED e está consistentemente associada a transtornos mentais. Neste artigo, crianças e mulheres emergem como as vítimas mais vulneráveis da violência. Ao mesmo tempo, encontrou-se que os pais e cônjuges foram os principais perpetradores. Ambos achados sugerem que, em PED, há fatores culturais e sociais que legitimam o uso da violência tanto como uma ferramenta disciplinar quanto como um meio para que os homens retenham seu poder. Assim, tanto vítimas quanto autores dessas formas de violência deveriam ser alvos de programas de prevenção específicos. A magnitude e o impacto da exposição à violência na comunidade,

especialmente entre os adultos jovens, ainda não foi suficientemente estudada. Enquanto as crianças e mulheres são expostas a altos índices de violência doméstica, os homens estão expostos a altos níveis de violência na comunidade. O *World Report on Violence and Health*, por exemplo, afirma que o homicídio é uma das principais causas de morte entre as pessoas com idades entre 15 e 44 anos no mundo todo, e sugere que ser homem é um importante fator de risco de se tornar uma vítima de homicídio².

Como os estudos incluídos nesta revisão utilizaram um desenho transversal, não é possível estabelecer uma relação causal entre os dois fenômenos. Alguns autores afirmam que a violência é um preditor de transtornos mentais^{23,31}, enquanto outros dizem que os problemas de saúde mental podem ser um fator de risco para se tornar vítima de violência. Fleitlich et al., por exemplo, levantam a hipótese de que os problemas comportamentais das crianças podem evocar a depressão materna e a punição física grave¹⁰. No *World Studies of Abuse in the Family Environment*, encontrou-se que ter uma saúde mental empobrecida foi tanto um fator de risco como uma consequência da violência doméstica¹⁸.

Futuros estudos sobre a associação entre violência e transtornos mentais em PED devem aplicar desenhos de estudos prospectivos para elucidar a relação temporal entre exposição à violência e o desenvolvimento de problemas de saúde mental, e para testar se há ou não uma relação bidirecional entre esses dois fenômenos. Outras estratégias de pesquisas, tais como estudos genéticos, devem também ser aplicadas a fim de alcançar-se uma melhor compreensão sobre os caminhos por meio dos quais a violência pode afetar a saúde mental. Futuros estudos devem também ter como objetivo identificar os fatores de resiliência que protegem contra o desenvolvimento de problemas de saúde mental após a exposição à violência.

Os resultados obtidos nesta revisão dão suporte à idéia de que a violência é um grande problema de saúde pública e que uma parte significativa dos problemas de saúde mental encontrados em PED pode ser atribuída à violência. Portanto, intervenções que tenham por objetivo diminuir a violência em PED poderiam ter um grande impacto na diminuição de problemas de saúde mental encontrados em populações que vivem nesses países.

Financiamento e conflito de interesse

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa ¹	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ²	Honorários de palestrantes	Consultor/conselho consultivo	Outro ³
Wagner Silva Ribeiro	UNIFESP	-	-	-	-	CNPq [†] CAPES [‡]
Sergio Baxter Andreoli	UNIFESP	FAPESP CNPq	-	-	-	-
Sergio Baxter Andreoli	UNIFESP	FAPESP CNPq	-	-	-	-
Cleusa Pinheiro Ferri	IoP	Wellcome Trust	-	-	-	-
Martin Prince	IoP	Wellcome Trust	-	-	-	-
Jair de Jesus Mari	UNIFESP	FAPESP CNPq	-	AstraZeneca	-	-

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: UNIFESP = Universidade Federal de São Paulo; IoP = Institute of Psychiatry; King's College London; FAPESP = Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; CNPq = Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; CAPES = Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

[†] Bolsa de doutorado (141467/2007-0)

[‡] Um ano no Programa de Doutorado com bolsa parta estágio no exterior (4516/07-9)
Mais informações, consultar as Instruções aos autores.

Referências

1. Mari JJ, de Mello MF, Figueira I. The impact of urban violence on mental health. *Rev Bras de Psiquiatr.* 2008;30(3):183-4.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. PAHO. Health situation in the Americas: basic indicators. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2007.
4. Concha-Eastman A. Violence: a challenge for public health and for all. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55(8):597-9.
5. Guerrero R. Violence is a health issue. *Bull World Health Organ.* 2002;80(10):767.
6. Rutherford A, Zwi AB, Grove NJ, Butchart A. Violence: a priority for public health? (part 2). *J Epidemiol Community Health.* 2007;61(9):764-70.
7. Matzopoulos R, Bowman B, Butchart A, Mercy JA. The impact of violence on health in low- to middle-income countries. *Int J Inj Control Saf Promot.* 2008;15(4):177-87.
8. Data & Statistics: country classification. Washington: The World Bank; 2009; Available from: <http://go.worldbank.org/K2CKM78CCO>.
9. Bordin IA, Duarte CS, Peres CA, Nascimento R, Curto BM, Paula CS. Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bull World Health Organ.* 2009;87(5):336-44.
10. Fleitlich B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *BMJ.* 2001;323(7313):599-600.
11. Paula CS, Vedovato MS, Bordin IA, Barros MG, D'Antino ME, Mercadante MT. Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of Sao Paulo. *Rev Saude Publica.* 2008;42(3):524-8.
12. Avanci J, Assis S, Oliveira R, Pires T. When living with violence brings a child close to depressive behavior. *Cien Saude Colet.* 2009;14(2):383-94.
13. Pillai A, Andrews T, Patel V. Violence, psychological distress and the risk of suicidal behaviour in young people in India. *Int J Epidemiol.* 2009;38(2):459-69.
14. Barbarin OA, Richter L, deWet T. Exposure to violence, coping resources, and psychological adjustment of South African children. *Am J Orthopsychiatry.* 2001;71(1):16-25.
15. Qouta S, Punamaki R-L, El Sarraj E. Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2003;12(6):265-72.
16. Goodman R, Slobodskaya H, Knyazev G. Russian child mental health--a cross-sectional study of prevalence and risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2005;14(1):28-33.
17. Ramiro LS, Hassan F, Peedicayil A. Risk markers of severe psychological violence against women: a WorldSAFE multi-country study. *Int J Inj Control Saf Promot.* 2004;11(2):131-7.
18. Jeyaseelan L, Sadowski LS, Kumar S, Hassan F, Ramiro L, Vizcarra B. World studies of abuse in the family environment--risk factors for physical intimate partner violence. *Int J Inj Control Saf Promot.* 2004;11(2):117-24.
19. Illanes E, Bustos L, Vizcarra MB, Munoz S. Social and familial determinants of anxiety and depressive symptoms in middle to low income women. *Rev Med Chil.* 2007;135(3):326-34.
20. Vizcarra MB, Cortes J, Bustos L, Alarcon M, Munoz S. Conjugal violence in the city Temuco. Prevalence studies and associated factors. *Rev Med Chil.* 2001;129(12):1405-12.
21. Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, FranAa-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med.* 2008;66(4):1008-18.
22. Alonso Castillo MM, Caufield C, Gomez Meza MV. Drug consumption and occupational violence in working women of Monterrey, N. L., Mexico. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005;13 Spec No:1155-63.
23. Alonso Castillo MM, Musayon Oblitas FY, David HM, Gomez Meza MV. Drug consumption and occupational violence in working women, a multicenter study: Mexico, Peru, Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2006;14(2):155-62.
24. Musayon Y, Caufield C. Drug consumption and violence in female work Zapallal--Lima/Peru. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005;13 Spec No:1185-93.
25. Valladares E, Pena R, Persson LA, Hogberg U. Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. *BJOG.* 2005;112(9):1243-8.
26. Barthauer LM, Leventhal JM. Prevalence and effects of child sexual abuse in a poor, rural community in El Salvador: a retrospective study of women after 12 years of civil war. *Child Abuse Negl.* 1999;23(11):1117-26.
27. Ackerson LK, Kawachi I, Barbeau EM, Subramanian SV. Exposure to domestic violence associated with adult smoking in India: a population based study. *Tob Control.* 2007;16(6):378-83.
28. Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S, Pereira B, Barros P, Fernandes J, Datta J, Pai R, Weiss H, Mabey D. Gender disadvantage and reproductive health risk factors for common mental disorders in women: a community survey in India. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(4):404-13.
29. Naved RT, Akhtar N. Spousal violence against women and suicidal ideation in Bangladesh. *Womens Health Issues.* 2008;18(6):442-52.
30. Tadege AD. The mental health consequences of intimate partner violence against women in Agaro Town, southwest Ethiopia. *Trop Doct.* 2008;38(4):228-9.
31. Simsek Z, Ak D, Altindag A, Gunes M. Prevalence and predictors of mental disorders among women in Sanliurfa, Southeastern Turkey. *J Public Health.* 2008;30(4):487-93.
32. Luo Y, Parish WL, Laumann EO. A population-based study of childhood sexual contact in China: prevalence and long-term consequences. *Child Abuse Negl.* 2008;32(7):721-31.
33. Baker CK, Norris FH, Diaz DM, Perilla JL, Murphy AD, Hill EG. Violence and PTSD in Mexico: gender and regional differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(7):519-28.
34. Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL, Rodriguez FG, Rodriguez JJ. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *J Abnorm Psychol.* 2003;112(4):646-56.
35. Medina-Mora Icaza ME, Borges-Guimaraes G, Lara C, Ramos-Lira L, Zambrano J, Fleiz-Bautista C. Prevalence of violent events and post-traumatic stress disorder in the Mexican population. *Salud Publica Mex.* 2005;47(1):8-22.
36. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychol Med.* 2006;36(11):1523-33.
37. Pedersen D, Tremblay J, Errazuriz C, Gamarra J. The sequelae of political violence: assessing trauma, suffering and displacement in the Peruvian highlands. *Soc Sci Med.* 2008;67(2):205-17.
38. de Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M. Common mental disorders in postconflict settings. *Lancet.* 2003;361(9375):2128-30.
39. de Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, El Masri M, Araya M, Khaled N, van De Put W, Somasundaram D. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA.* 2001;286(5):555-62.
40. Roberts B, Ocaña KF, Browne J, Oyok T, Sondorp E. Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression amongst internally displaced persons in northern Uganda. *BMC Psychiatry.* 2008;8:38.
41. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(7):626-32.
42. Ceballos R, Ramirez C, Castillo M, Caballero GA, Lozoff B. Domestic violence and women's mental health in Chile. *Psychol Women Quarterly.* 2004;28(4):298-308.
43. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MC, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, Prince M, Laranjeira R. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health.* 2007;7:209.
44. Kornstein SG. Gender differences in depression: implications for treatment. *J Clin Psychiatry.* 1997;58 (Suppl 15):12-8.
45. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord.* 2003;74(1):5-13.
46. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Critical review. Br J Psychiatry.* 2000;177:486-92.
47. Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Peterson EL, Lucia VC. Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychol Med.* 1999;29(4):813-21.
48. Fergusson DM, Swain-Campbell NR, Horwood LJ. Does sexual violence contribute to elevated rates of anxiety and depression in females? *Psychol Med.* 2002;32(6):991-6.
49. Fowler PJ, Tompsett CJ, Braciszewski JM, Jacques-Tiura AJ, Baltés BB. Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Dev Psychopathol.* 2009;21(1):227-59.