

**Helian Nunes de Oliveira**

**VIOLÊNCIA CONTRA INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO MENTAL:  
PROJETO PESSOAS**

**Universidade Federal de Minas Gerais  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
Belo Horizonte – MG  
2012**

Helian Nunes de Oliveira

VIOLÊNCIA CONTRA INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO MENTAL:  
PROJETO PESSOAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública (Área de Concentração em Epidemiologia).

Orientador: Prof. Mark Drew Crosland Guimarães  
Coorientadora: Profa. Carla Jorge Machado

Belo Horizonte  
2012

O48v Oliveira, Helian Nunes de.  
Violência contra indivíduos com transtorno mental  
[manuscrito]: Projeto Pessoas. / Helian Nunes de Oliveira. - - Belo Horizonte: 2012.  
149f.: il.  
Orientador: Mark Drew Crosland Guimarães.  
Co-Orientadora: Carla Jorge Machado.  
Área de concentração: Saúde Pública.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência Sexual. 2. Violência. 3. Transtornos Mentais. 4. Epidemiologia. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Guimarães, Mark Drew Crosland. II. Machado, Carla Jorge. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 900



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



**DECLARAÇÃO**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Mark Drew Crosland Guimarães, Carla Jorge Machado, Ada Ávila Assunção, Francisco de Assis Acurcio, Euclides Ayres de Castilho, Maria Tavares Cavalcanti, aprovou a defesa da tese intitulada "**VIOLÊNCIA CONTRA INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO MENTAL: PROJETO PESSOAS**", apresentada pelo aluno **HELIAN NUNES DE OLIVEIRA**, para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 19 de junho de 2012.

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães  
Orientador

Profa Carla Jorge Machado  
Coorientadora

Profa Ada Ávila Assunção

Prof. Francisco de Assis Acurcio

Prof. Euclides Ayres de Castilho

Profa. Maria Tavares Cavalcanti

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Reitor**

Prof. Clélio Campolina Diniz

### **Vice-Reitor**

Prof<sup>a</sup>. Rocksane de Carvalho Norte

### **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof<sup>a</sup>. Antônia Vitória Soares Aranha

### **Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Renato de Lima Santos

## **FACULDADE DE MEDICINA**

### **Diretor**

Prof. Francisco José Penna

### **Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

## **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

### **Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

Prof<sup>a</sup>. Ada Ávila Assunção

### **Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

Prof<sup>a</sup>. Sandhi Maria Barreto

### **Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

Prof<sup>a</sup>. Carla Jorge Machado

Prof<sup>a</sup>. Cibele Comini César

Prof<sup>a</sup>. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco de Assis Acurcio

Prof<sup>a</sup>. Maria Fernanda Furtado Lima e Costa

Prof<sup>a</sup>. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Prof<sup>a</sup>. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

### **Discentes**

Gustavo Machado Rocha

Larissa Fortunato Araújo

Dedico esta tese de doutorado à minha esposa Carol  
e aos meus filhos Beatriz e Arthur.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador Professor Mark Drew Crosland Guimarães.

À minha coorientadora Professora Carla Jorge Machado.

Aos estagiários e pesquisadores do GPEAS/DMPS/FM/UFMG.

Aos Professores (as), colegas e amigos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Do DMPS/FM/UFMG, em especial Elaine Leandro Machado, Lorenza Nogueira Campos, Ana Paula Souto Melo e Gustavo Machado Rocha.

Aos colegas e amigos do Instituto Raul Soares /Hospital de Ensino da FHEMIG, em especial ao Diretor Maurício Leão de Rezende e Associação Mineira de Psiquiatria.

Aos meus amigos Hélio Lauer de Barros, Maria da Piedade Moreira Bruzzi, Luciana Nogueira de Carvalho, Gilda Maria Paoliello Nicolau, Maria das Graças Uchôa, Regina Capanema de Almeida e Alexandre de Araújo Pereira.

Aos meus novos amigos e pais dos amigos dos meus filhos, Carlos e Kazue, Jorge e Geraldine, Paulo e Luciana.

Aos meus pais, Hélio e Maria, que me incentivaram a gostar de ler e estudar, e familiares, em especial aos meus avós que me deram as primeiras lições de como ensinar.

Aos pacientes, profissionais e instituições governamentais que colaboraram e viabilizaram o Projeto PESSOAS.

"Em suma, proponho pensar o caráter relacional da distinção arendtiana entre poder e violência em termos de uma *relação de proporcionalidade*, em vista da qual quanto mais poder menos violência e quanto mais violência menos poder."

André Duarte  
(in *Poder e violência*  
no pensamento de Hannah Arendt: uma reconsideração)



**RESUMO DA TESE**

---

## RESUMO DA TESE

**Introdução:** Os pacientes com transtorno mental são mais expostos à violência do que a população em geral. A violência aumenta a vulnerabilidade para infecção pelo HIV e por outras DST, está associada com quadros psiquiátricos mais graves e pode se expressar diferentemente entre homens e mulheres com transtornos mentais.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência e os fatores associados com a violência física, sexual ou verbal na vida contra pacientes com transtorno mental, estratificando por sexo, no Brasil. **Métodos:** Esta tese utilizou dados de um estudo multicêntrico de corte transversal (Projeto PESSOAS), realizado em uma amostra representativa de 2.475 pacientes selecionados aleatoriamente em 26 serviços públicos de atenção em saúde mental. Após descrever os fatores associados a cada forma de violência por meio de medidas resumo, os fatores associados com violência física, sexual ou verbal com um intervalo de confiança estimado de 95% foram aferidos por meio de regressão logística binária univariada e multivariada (*odds ratio*). Foi considerado o nível de significância de 0,05. **Resultados:** As prevalências de violência física, sexual e verbal nesta população foram altas em ambos os sexos, 82% das mulheres relataram ter sofrido violência na vida e 77% dos homens. A violência sexual contra mulheres e homens foi relatada por 27% e 13%, respectivamente. A violência verbal por 63% e 59%, respectivamente, e a violência física por 58% em ambos os sexos. É mais frequente a sobreposição das violências, na maioria das vezes a violência sexual veio acompanhada de violência física e/ou verbal. As mulheres relataram principalmente violência nos relacionamentos íntimos ou no ambiente doméstico. Os homens relataram maior exposição à violência na rua ou outros lugares, perpetrada por parentes ou conhecidos. A violência sexual contra as mulheres ocorre em maior proporção na vida adulta ou adolescência e contra os homens ocorre em maior proporção na infância. A maior parte das mulheres e dos homens com transtorno mental não comunicaram a violência sexual sofrida na vida. Embora existam fatores similares associados independentemente com violência física, sexual ou verbal contra homens e mulheres, há diferenças importantes entre mulheres, como na violência física: a idade do início da atividade sexual e drogas durante as relações sexuais. Na violência sexual: viver sozinha atualmente, história de ter morado na rua, história de diagnóstico de DST, idade de início da atividade sexual e o uso irregular de preservativos. Na violência verbal: uso irregular de preservativos na

vida. Entre homens há diferenças na violência física: idade (idade de 18 a 40 anos), história de ter morado na rua e uso de maconha ou cocaína na vida. Na violência sexual: idade da primeira hospitalização psiquiátrica (<18 anos) e o uso na vida de maconha e cocaína. Na violência verbal: ter cinco ou mais anos de estudo, estado civil (não solteiro), morar sozinho atualmente, ter recebido ou oferecido dinheiro em troca de sexo e já ter sido preso. **Conclusões:** É alta a prevalência do relato de ter sofrido violência na vida entre os pacientes com transtorno mental, comparando-se com dados referentes à população em geral. Estas prevalências são semelhantes as encontradas em populações vivendo em situações de extrema pobreza no país. As mulheres com transtorno mental sofrem mais violência, mas é importante assinalar que os homens também sofrem violência, mesmo sexual na vida adulta. Fatores sócio-demográficos e clínicos indicam vulnerabilidade para sofrer violência e associação com comportamentos e situações de risco para HIV/DST, incluindo uso de substâncias psicoativas, com diferenças quanto ao sexo do paciente. É importante agir precocemente na prevenção da violência, devido aos relatos de início da violência contra estas pessoas na infância e no ambiente doméstico. É necessário treinar as equipes assistenciais e realizar uma triagem da história de violência na admissão nos serviços de saúde mental no Brasil, como vistas a realizar intervenções para diminuir a vulnerabilidade dos pacientes com transtorno mental.

**Palavras-chave:** violência sexual, violência física, violência verbal, indivíduos com transtorno mental, epidemiologia, psiquiatria.

**ABSTRACT**

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Patients with severe mental illness are more exposed to violence than the general population. Violence potentially increases vulnerability to HIV/STD and is potentially associated with more severe psychiatric conditions, and these may differ among men and women. **Objectives:** This study assessed prevalence and factors associated with lifetime physical, sexual or verbal violence against these patients stratified by gender in Brazil. **Methods:** National cross-sectional multicenter study with a representative sample of 2475 patients randomly selected among 26 public mental health services. Logistic regression was used to evaluate factors associated with physical, sexual or verbal violence and adjusted odds ratios (aOR) with 95% confidence interval were estimated. Statistical level considered was 0.05. **Results:** The prevalence of physical, sexual or verbal violence in this population was high in both genders, 82% of women and 77% of men reported lifetime violence. Sexual violence against women and men was reported by 27% and 13%, respectively. Verbal violence was reported by 63% and 59%, respectively. Physical violence was reported by 58% in both genders. It is more frequent overlapping of violence, not often sexual violence was accompanied by physical and/or verbal violence. Women reported violence in intimate relationships or domestic violence. Men reported greater exposure to violence on the streets elsewhere, perpetrated by relatives or acquaintances. Sexual violence against women occurs in greater proportion in adolescence or adulthood and among men occurs in greater proportion in childhood. Most women and men with mental disorders did not report the sexual violence suffered. Although there were similar factors independently associated with physical or sexual violence among men and women, there are important differences among women in physical violence: age of sexual debut and lifetime sex under alcohol/drugs use. In sexual violence: living alone, history of homeless, history of lifetime STD diagnosis, age of sexual debut (<16y.o.) and irregular use of condom. In verbal violence: lifetime irregular use of condom. And among men there are differences in physical violence: as younger age (18 to 40), history of homelessness, and lifetime use of marijuana or cocaine. In sexual violence: earlier psychiatric hospitalization (<18y.o.) and lifetime use of marijuana or cocaine. In verbal violence: schooling (five or more years), current marital status (no single), lives alone at present, received or

offered money for sex and lifetime incarceration. **Conclusions:** The proportion of self-reported violence against patients with mental illness is alarming, compared with data for the general population in Brazil. These prevalences are similar to found in areas of extreme poverty in the country. Women with mental disorders suffer more violence, but it is important to note that men also suffer violence, even sexual violence and in the adulthood. Sociodemographic and clinical factors indicate vulnerability to suffer violence and association with behaviors and risk for HIV/STD, including substance use, with differences according to gender of the patient. It is important to act on preventing due to early reports of violence against these people in childhood and in the home environment. It is necessary to train healthcare teams and hold a screening for history of violence upon admission in these mental health public services and early interventions to decrease the vulnerability of patients with mental disorders in Brazil.

**Key words:** sexual violence, physical violence, verbal violence, people with mental illness, epidemiology, psychiatry

## SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO .....	21
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	25
3 OBJETIVOS .....	51
4 MÉTODOS .....	53
5 RESULTADOS .....	63
6 DISCUSSÃO .....	93
7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	120
APÊNDICES .....	129
<b>APENDICE A</b> - Cópia do artigo publicado no periódico <i>Social     Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i>	
ANEXOS .....	143
<b>ANEXO A</b> - Aprovação do Projeto na Câmara Departamental	
<b>ANEXO B</b> - Aprovação do Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa	
<b>ANEXO C</b> - Aprovação do aluno no exame de qualificação	

## LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

### DIAGRAMA

**Diagrama 1:** Sobreposição das violências sexual, física e verbal contra homens e mulheres com transtorno mental (Projeto PESSOAS, 2007)... 94

### GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Prevalências de violência sexual, física e verbal contra homens e mulheres com transtorno mental, Projeto PESSOAS, 2007..... 93
- Gráfico 2** – Comparação de proporções de violência física contra homens e mulheres com transtorno mental no Projeto PESSOAS com outros estudos publicados sobre a população em geral brasileira..... 98
- Gráfico 3** – Comparação das proporções de violência sexual, física e verbal contra homens e mulheres com transtorno mental, segundo o perpetrador da violência, Projeto PESSOAS, 2007..... 102
- Gráfico 4** – Comparação das proporções de violência sexual, física e verbal contra homens e mulheres com transtorno mental, segundo o local de ocorrência da violência, Projeto PESSOAS, 2007..... 103
- Gráfico 5** – Comparação das proporções de violência sexual contra homens e mulheres com transtorno mental, segundo o período da violência, Projeto PESSOAS, 2007..... 104
- Gráfico 6** – Comparação das proporções de violência sexual contra homens e mulheres com transtorno mental, segundo para quem foi comunicado, Projeto PESSOAS, 2007..... 105



## FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fatores associados à violência contra indivíduos com transtorno mental, segundo estudos publicados.....	28
<b>Figura 2</b> - Proporções de autorrelatos de violência em geral contra indivíduos portadores de transtorno mental, segundo estudos publicados.....	32
<b>Figura 3</b> - Proporções de autorrelatos de violência sexual contra pacientes com transtorno mental, segundo estudos publicados.....	36
<b>Figura 4</b> - Principais fatores associados à violência sexual e/ou física contra pacientes com transtorno mental, segundo estudos publicados.....	38
<b>Figura 5</b> - Proporções de autorrelatos de violência física contra pacientes com transtorno mental, segundo estudos publicados.....	44
<b>Figura 6</b> - Principais fatores associados à violência física (sem violência sexual) contra pacientes com transtorno mental, segundo estudos publicados.....	45
<b>Figura 7</b> - Proporções de autorrelatos de violência psicológica (incluindo verbal) contra a população em geral e pacientes com transtorno mental, segundo estudos publicados.....	47
<b>Figura 8</b> - Principais fatores associados à violência psicológica (incluindo verbal) contra a população em geral e pacientes com transtorno mental, segundo estudos publicados.....	48
<b>Figura 9</b> - Variáveis independentes avaliadas para cada violência (sexual, física, verbal), segundo a categorização analítica, Projeto PESSOAS, Brasil, 2007.....	59
<b>Figura 10</b> - Quantidade de tipos de violência (sexual, física e/ou verbal) contra pacientes com transtorno mental segundo os fatores associados, Projeto PESSOAS, Brasil, 2007.....	109

## TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Características descritivas da população estudada, estratificada por sexo. Projeto PESSOAS, Brasil, 2007 (n=2475).....	66
<b>Tabela 2</b> – Análise descritiva da violência sexual contra pacientes com transtorno mental, estratificado por sexo, Projeto PESSOAS, Brasil, 2007 (n=2475).....	69
<b>Tabela 3</b> - Análise univariada para violência sexual contra indivíduos com transtorno mental estratificada por sexo. Projeto PESSOAS, Brasil/2007.....	72
<b>Tabela 4</b> - Modelo multivariado estratificado por sexo para violência sexual sofrida por indivíduos com transtorno mental ( $p < 0,05$ ). Projeto PESSOAS, Brasil, 2007.....	75
<b>Tabela 5</b> – Análise descritiva da violência física contra indivíduos com transtorno mental, estratificada por sexo. Projeto PESSOAS, Brasil, 2007 .....	77
<b>Tabela 6</b> - Análise univariada para violência física contra indivíduos com transtorno mental estratificada por sexo. Projeto PESSOAS-Brasil/2007.....	80
<b>Tabela 7</b> - Modelo multivariado estratificado por sexo para violência física sofrida por indivíduos com transtorno mental, Projeto PESSOAS, Brasil, 2007.....	83
<b>Tabela 8</b> – Análise descritiva da violência verbal contra indivíduos com transtorno mental, estratificada por sexo. Projeto PESSOAS, Brasil, 2007 (n=2475).....	85
<b>Tabela 9</b> - Análise univariada para violência verbal contra indivíduos com transtorno mental estratificada por sexo, Projeto PESSOAS-Brasil/2007.....	88
<b>Tabela 10</b> - Modelo multivariado estratificado por sexo para violência verbal contra indivíduos com transtorno mental, Projeto PESSOAS, Brasil, 2007.....	91
<b>Tabela 11</b> – Proporções de autorrelatos de violência física, sexual ou psicológica (incluindo verbal) contra mulheres e homens da população	

em geral no Brasil, segundo dados de estudos publicados recentemente.....	96
<b>Tabela 12</b> – Proporções de violência sexual, física ou verbal contra pacientes com transtorno mental, segundo dados de estudos selecionados de 1995 a 2010.....	100
<b>Tabela 13</b> - Modelo multivariado final da avaliação dos fatores associados com as violências física, sexual e verbal contra mulheres ou homens com transtorno mental, Projeto PESSOAS, Brasil, 2007.....	102
<b>Tabela 14</b> – Quantidade de tipos de violência (sexual, física e/ou verbal) contra pacientes com transtorno mental segundo os fatores associados, Projeto PESSOAS, Brasil, 2007.....	109
<b>Tabela 15</b> – Número de artigos publicados recentemente segundo os fatores associados independentemente à violência sexual, física ou verbal contra pacientes com transtorno mental, segundo dados de estudos selecionados de 1995 a 2010.....	110

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AIDS – SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CAPS AD – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ÁLCOOL E DROGAS

CID 10 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (10ª EDIÇÃO)

CONEP – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

DST – DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

EUA – ESTADOS UNIDOS DA AMERICA DO NORTE

HIV – VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

IC – INTERVALO DE CONFIANÇA

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

OR – ODDS RATIO

ORaj – ODDS RATIO AJUSTADO

PROJETO PESSOAS – PESQUISA EM SOROPREVALÊNCIA DE AIDS NA SAÚDE MENTAL

TEP – TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

TM – TRANSTORNO MENTAL

UFMG – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION

## 1 INTRODUÇÃO

---

## 1. INTRODUÇÃO

Este volume apresenta tese de doutorado defendida perante Banca de Defesa aprovada pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. A escolha do formato deste volume, i.e., Formato Tese, foi feita de acordo com o regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, disponível em [ftp://ftp.medicina.ufmg.br/cpg/arquivos/2012/Regulamento\\_PPGSP.pdf](ftp://ftp.medicina.ufmg.br/cpg/arquivos/2012/Regulamento_PPGSP.pdf). Desta forma o volume foi dividido em sete capítulos (Introdução, Revisão de Literatura, Objetivos, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões e recomendações), Referências Bibliográficas, Apêndices e Anexos.

O foco principal deste estudo é a descrição da violência sexual, física ou verbal contra os indivíduos portadores de transtorno mental no Brasil e a busca de fatores associados com a violência, com ênfase na comparação entre sexos. A hipótese desta proposta é de que existem diferenças quanto ao sexo na violência contra portadores de sofrimento mental. No capítulo de revisão são descritos e discutidos os principais trabalhos publicados na literatura científica sobre violência contra indivíduos com transtorno mental. A literatura científica produzida no Brasil sobre violência contra indivíduos portadores de transtorno mental é escassa e mesmo nos países desenvolvidos não estão claras as diferenças quanto ao sexo.

Os objetivos compreendem o estudo em separado de cada uma das violências contra os portadores de transtorno mental, i.e., sexual, física e verbal. Os dados para estas análises são oriundos do Projeto PESSOAS (Estudo de soroprevalência

da infecção pelo HIV, Sífilis, hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: estudo multicêntrico nacional - Brasil), um estudo multicêntrico de corte transversal, conduzido no período de junho a setembro de 2006 em 11 hospitais psiquiátricos e 15 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) abrangendo todas as regiões do Brasil. Desta forma a metodologia é apresentada de forma geral com ênfase nas definições específicas de cada violência.

De forma semelhante os resultados são apresentados separadamente para cada uma das violências, incluindo as análises univariada e multivariada estratificadas por sexo. O item discussão procura articular os resultados das violências estudadas (sexual, física e sexual), inclusive com as variáveis de contexto da violência sofrida, à luz da literatura publicada.

Finalmente, são feitas recomendações para serviços de saúde mental, gestores e profissionais da saúde mental, tanto da assistência, como ensino e pesquisa. Uma melhor caracterização da violência contra esta população poderá contribuir para implementação de políticas públicas e para a prevenção e atenção à violência e às infecções sexualmente transmissíveis, especialmente à infecção pelo HIV, nas pessoas portadoras de transtorno mental.

Segundo o Regulamento do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, para defesa o doutorando deve ter um artigo científico publicado ou aceito para publicação ([ftp://ftp.medicina.ufmg.br/cpg/arquivos/2012/Regulamento\\_PPGSP.pdf](ftp://ftp.medicina.ufmg.br/cpg/arquivos/2012/Regulamento_PPGSP.pdf)).

Assim, o primeiro artigo versa sobre a violência sexual contra indivíduos com transtorno mental e foi publicado na Revista Científica *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, correspondendo ao primeiro objetivo da Tese. O mesmo

encontra-se anexo. Os demais resultados, i.e., violência física e verbal, serão individualmente submetidos para publicação após a defesa.



**2 REVISÃO DE LITERATURA**

---

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### A) VIOLÊNCIA

#### a. Aspectos gerais da violência

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem apresentado, em várias publicações, uma grande preocupação com a violência e seu impacto sobre a saúde, em especial sobre a saúde mental [Krug et al., 2002; WHO, 2009; WHO, 2010<sup>a</sup>]. Na 49<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde em 1996 a violência foi definida como o uso intencional de força física ou poder, sob forma de ameaça ou ação efetiva, contra si mesmo ou contra outra pessoa ou grupo, de tal forma a ocasionar ou com grande probabilidade de ocasionar lesão, morte, dano psíquico e alterações de desenvolvimento ou privações [WHO, 1996]. Segundo a OMS, em 2004, diversas causas de acidentes e de violência foram responsáveis por 14% dos anos de vida perdidos por morte prematura no mundo e por 20% nos países com uma média de renda maior, incluindo o Brasil [WHO, 2010<sup>b</sup>]. Estima-se que, no ano de 2000, a violência foi responsável por mais de um milhão seiscentas e cinquenta mil mortes em todo o mundo: cerca de 50% por suicídio, 30% por violência interpessoal e 20% por violência coletiva [Krug et al., 2002].

Apesar da violência ser um tema alarmante e objeto de debates, estudos e projetos, os avanços ainda são insuficientes para enfrentar o problema da violência no

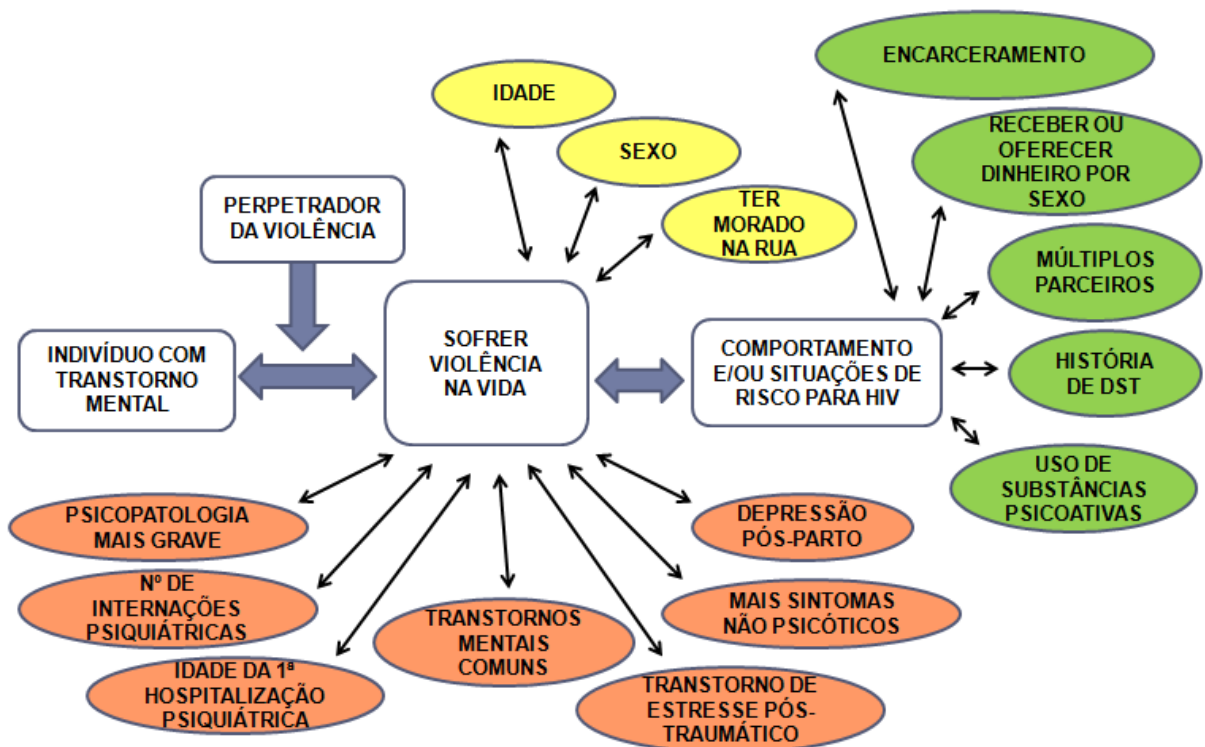
Mundo, inclusive no Brasil [Minayo, 2006; WHO, 2010<sup>b</sup>]. A OMS tem ressaltado a importância da produção de conhecimento para ações mais eficazes na diminuição da violência e seu impacto sobre os indivíduos, tendo em vista que a violência é um problema que poderia ser evitado [Krug et al., 2002].

#### **b. Violência contra pacientes com transtorno mental**

Estimativas recentes indicam que, no Brasil, existam de 32 a 50 milhões de pessoas com algum transtorno mental, sendo que 6% da população brasileira apresenta transtorno mental grave, ou seja, diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia e outras psicoses, transtornos bipolares e depressão maior [Mello et al., 2007]. Há evidências de que os indivíduos com transtorno mental devem ser considerados vítimas de violência em maior medida do que perpetradores, ressaltando a vulnerabilidade desta população à violência [Teasdale et al., 2009; Maniglio et al., 2009; Mericle et al., 2008; Large et al., 2008; McPherson et al., 2007; Heru et al., 2006; Teplin et al., 2005; Bengtsson-Tops et al., 2005; Najavits et al., 2004; Chandra et al., 2003; Hiday et al., 2002; Marley et al., 2001; Brekke et al., 2001; Briere et al., 1997]. Entretanto, há um número menor de publicações científicas sobre a violência contra esta população, predominando artigos sobre a violência perpetrada por indivíduos com transtorno mental. Em artigo de revisão publicado no ano de 2008 foram encontrados, nos EUA desde 1990, trinta e um estudos sobre indivíduos com transtorno mental que causaram violência e dez estudos sobre violência contra os indivíduos com transtorno mental [Choe et al., 2008]. Na figura 1 estão destacados os principais fatores associados a sofrer violência nestes indivíduos, que foram

encontrados nos estudos publicados recentemente [Goodman et al., 2001; Walsh et al., 2003; Chapple et al., 2004; Kim et al., 2006; Chang et al., 2011; Meade et al., 2009; Conus et al., 2010; Brekke et al., 2001].

**Figura 1** – Fatores associados à violência contra indivíduos com transtorno mental, segundo estudos publicados.



### **c. As categorias e a natureza das violências**

Foram propostas algumas tipologias para a classificação da violência [Krug et al., 2002]. As publicações da OMS utilizam mais frequentemente as seguintes categorias para a classificação e estudo da violência: violência autodirigida (que o indivíduo inflige a si mesmo, incluindo comportamento suicida e atos como a automutilação), violência interpessoal (que engloba a violência perpetrada por parceiro íntimo, família e comunidade) e a violência coletiva (infligida por grupos maiores e subdividida em social, política e econômica). Quanto à natureza dos atos violentos, considera-se violência não somente o abuso físico ou sexual, mas também a violência psicológica, que envolve a agressão emocional e a verbal, e a violência relacionada à privação ou ao abandono [Krug et al., 2002]. Estes eventos podem ocorrer separadamente, mas na maior parte das situações, ocorre uma sobreposição de dois tipos ou mais de violências [Krug et al., 2002].

#### **d. As diferenças da violência quanto ao sexo**

Tanto os homens como as mulheres com transtorno mental sofrem maior proporção de violência do que a população em geral [Teplin et al., 2005; Goodman et al., 2001]. Contudo, há diferenças no que se refere ao sexo que merecem destaque. As mulheres com transtorno mental sofrem mais violência doméstica ou perpetrada por parceiro íntimo, em especial a violência sexual, e os homens sofrem mais frequentemente violência fora do contexto doméstico [Bengtsson-Tops et al., 2005; Hiday et al., 1998; Meade et al., 2009]. Indivíduos com transtorno mental relatam proporções de violência doméstica que variam de 30 a 60% na vida, sendo que, entre as mulheres com transtorno mental hospitalizadas, as proporções variam de 34 a 92% e de 15 a 90% entre as não hospitalizadas [Howard et al., 2010]. Porém, são pouco estudadas as diferenças quanto ao sexo da violência contra indivíduos com transtorno mental [Khalifeh et al., 2010]. Diversos autores apontam que há necessidade de investigações que descrevam aspectos relacionados ao sexo, à relação entre a vítima e o agressor, ao local onde ocorre a violência, e aos fatores de risco que podem predizer a violência contra os indivíduos com transtorno mental [Khalifeh et al., 2010; Lovell et al., 2008; Maniglio et al., 2009; Howard et al., 2010]. Por exemplo, as mulheres com quadros psicóticos apresentaram uma chance cinco vezes maior de sofrer estupro e quatro vezes maior de sofrer abuso sexual do que os homens com transtorno mental [Neria et al., 2002]. Além disso, mulheres com transtorno mental e que são moradoras de rua sofrem proporcionalmente mais violência sexual do que os homens com transtorno mental também moradores de rua [Lam et al., 1998]. Estudos recentes sobre violência em geral contra indivíduos com transtorno mental, em diversos países, indicam proporções que variam de 8% a

57% em homens e de 2% a 67% nas mulheres (Figura 2) [Sturup et al., 2011; Conus et al., 2010<sup>aa</sup>; Hsu et al., 2009; McPherson et al., 2007; Dean et al., 2007; Hodgins et al., 2007; White et al., 2006; Fitzgerald et al., 2005; Chapple et al., 2004; Honkonen et al., 2004; Walsh et al., 2003; Coverdale et al., 2000].

**Figura 2** - Proporções de autorrelatos de violência em geral contra indivíduos portadores de transtorno mental, segundo estudos publicados.

<b>Autor (ano)</b>	<b>País</b>	<b>População</b>	<b>Período</b>	<b>Mulheres (%)</b>	<b>Homens (%)</b>
Honkonen et al.(2004)	Finlândia	<i>670 com esquizofrenia após três anos de alta hospitalar</i>	Três anos	2	8
Fitzgerald et al.(2005)	Austrália	<i>348 pacientes com esquizofrenia</i>	Um mês	11	15
Walsh et al.(2003)	Reino Unido	<i>691 pacientes com quadro psicótico</i>	Um ano	12	18
Hsu et al.(2009)	Taiwan	<i>155 com transtorno mental grave</i>	Um ano	13	4
Chapple et al.(2004)	Austrália	<i>962 indivíduos com psicose</i>	Um ano	16	18
McPherson et al. (2007)	EUA	<i>324 mães com transtorno mental</i>	20 meses	19	-
Dean et al.(2007)	Reino Unido	<i>632 com psicose crônica</i>	Dois anos	21	25
Sturup et al.(2011)	Suécia	<i>390 atendidos em hospital psiquiátrico</i>	Um ano	23	19
White et al.(2006)	EUA	<i>308 indivíduos com transtorno mental grave</i>	Seis meses	35	21
Conus et al. (2010) <sup>aa</sup>	Austrália	<i>658 pacientes com transtorno mental</i>	Na vida	48	27
Hodgins et al.(2007)	Reino Unido	<i>205 hospitalizados com transtorno mental grave</i>	Seis meses	48	57
Coverdale et al.(2000)	Nova Zelândia	<i>158 pacientes psiquiátricos</i>	Na vida	67	47

Nota: Ordenado em ordem crescente por proporção dos autorrelatos de violência contra as mulheres.



## B) VIOLÊNCIA SEXUAL

A OMS define violência sexual como todo ato sexual ou tentativa de consumir o ato sexual através de coerção em qualquer lugar, incluindo casa e trabalho [Krug et al., 2002]. Em geral, a violência sexual é acompanhada de violência física, e tem sido descrita como violência por parceiros íntimos quando o foco é nos relacionamentos; como violência doméstica quando a ênfase é no contexto; ou simplesmente como violência sexual quando a proposta é indicar a natureza ou gravidade do ato violento [Krug et al., 2002].

A violência contra a mulher tem sido o principal foco dos estudos sobre violência sexual, com poucos estudos sobre violência cometida contra os homens [Krug et al., 2002; Choudhary et al., 2010]. Isto, provavelmente, é um reflexo de que a maior proporção de casos de violência sexual detectados são os ocorridos contra as mulheres, que provavelmente está também relacionado ao tipo de população que normalmente é estudado (e.g. usuários de serviços de saúde, que mais frequentemente são mulheres) ou pela natureza da violência (e.g. homens são mais identificados como perpetradores da violência sexual do que como vítimas) [Krug et al., 2002; Schraiber et al.; 2010]. A violência sexual perpetrada por um parceiro íntimo pode afetar até uma em cada quatro mulheres, variando de 15% a 25% em alguns países [Krug et al., 2002]. De acordo com os dados da OMS [Krug et al., 2002; Garcia-Moreno et al., 2006], um terço das adolescentes relataram que o primeiro contato sexual foi contra a vontade delas, e a prevalência de violência sexual na vida variou de 6 a 59% no Japão e Etiópia, respectivamente. Na América Latina e Caribe, a proporção de pelo menos um episódio na vida de violência sexual

contra as mulheres variou de 5 a 47% [Contreras et al., 2011]. No Brasil, em um estudo populacional, foram encontrados relatos de violência sexual em 13% das mulheres [Venturi et al., 2004] e em estudos com mulheres, usuárias de serviços de saúde, as proporções de violência sexual variaram de 7 a 26% [Manzoli et al., 2010; Schraiber et al., 2007<sup>a</sup>; Schraiber et al., 2007<sup>b</sup>; Schraiber et al., 2006].

A ocorrência de violência sexual contra grupos específicos da população tem sido foco de várias pesquisas. Tem sido estudado a violência contra moradores de rua (32 a 50% de violência sexual) [Tyler et al., 2010], profissionais do sexo (15% de violência sexual ou física na última semana) [Decker et al., 2010], indivíduos encarcerados (9% dos homens e 21% das mulheres sofreram violência sexual em período de seis meses) [Wolff et al., 2006] e pacientes com transtornos mentais [Choe et al., 2008]. Apesar do estigma que envolve os pacientes com transtorno mental como indivíduos potencialmente violentos, é importante enfatizar que tais indivíduos são mais frequentemente vítimas do que perpetradores de violência [Choe et al., 2008], e que evidências da literatura indicam que sofrem proporcionalmente mais violência do que a população em geral [Sturup et al., 2011; Lovell et al., 2008; Silver et al., 2005; Teplin et al., 2005; Chapple et al., 2004; Silver et al., 2002].

Nos estudos específicos sobre violência sexual na vida contra indivíduos com transtorno mental as proporções variaram de 3 a 76% nas mulheres e de 1 a 40% nos homens, com maiores proporções entre as mulheres (Figura 3) [Chang et al., 2011; Conus et al., 2010<sup>bb</sup>; Meade et al., 2009; Lu et al., 2008; Heru et al., 2006; Kim et al., 2006; Teplin et al., 2005; Bengtsson-Tops et al., 2005; Najavits et al., 2004; Shack et al., 2004; Chandra et al., 2003; Neria et al., 2002; Goodman et al., 2001;

Coverdale et al., 2000; Lam et al., 1998; Goodman et al., 1995]. A violência sexual foi relatada em períodos mais recentes (e.g. no último ano) entre 3 a 20% das mulheres e entre 1 a 29% dos homens [Bengtsson-Tops et al., 2005; Goodman et al., 2001] (Figura 3). Entretanto, estes estudos em sua maioria são transversais e utilizam diferentes critérios de gravidade da violência sofrida, período estudado e frequência dos atos sofridos, limitando a comparação direta entre a maioria dos estudos.

**Figura 3** - Proporções de autorrelatos de violência sexual sofridas por pacientes com transtorno mental, segundo estudos publicados.

<b>Autor (ano)</b>	<b>País</b>	<b>População de pacientes estudada (n)</b>	<b>Período</b>	<b>Mulheres (%)</b>	<b>Homens (%)</b>
Bengtsson et al. (2005)	Suécia	1382	Último ano	3	-
Teplin et al.(2005)	EUA	936	Último ano	4	1
Shack et al.(2004)	EUA	271	Na vida	5	8
Lam et al.(1998)	Austrália	1839 <sup>b</sup>	Dois meses	15	1
Bengtsson et al. (2007)	Suécia	1382	Vida adulta	19	-
Heru et al. (2006)	EUA	110 <sup>c</sup>	Último ano	19	29
Kim et al. (2006)	Coréia do Sul	100	Infância	19	-
Coverdale et al. (2000)	Nova Zelândia	158	Na vida	20	14
Goodman et al. (2001)	EUA	782	Último ano	20	8
Neria et al. (2002)	EUA	426	Na vida	26	8
Conus et al. (2010) <sup>bb</sup>	Austrália	118	Na vida	30	6
Chang et al. (2011)	EUA	524	Último ano	32	4
Chandra et al. (2003)	Índia	146	Na vida	34	-
Bengtsson et al. (2005)	Suécia	1382	Na vida	36	-
Kim et al. (2006)	Coréia do Sul	100	Na vida	37	-
Meade et al. (2009)	EUA	152	Infância	43	24
Shack et al. (2004)	EUA	271 <sup>a</sup>	Na vida	46	18
Goodman et al. (2001)	EUA	782	Infância	49	30
Shack et al. (2004)	EUA	271 <sup>a</sup>	Na vida	51	25
Coverdale et al. (2000)	Nova Zelândia	158 <sup>a</sup>	Na vida	55	26
Najavits et al. (2004)	EUA	58	Na vida	57	-
Goodman et al. (2001)	EUA	782	Vida adulta	57	25
Lu et al. (2008)	EUA	274	Infância	58	28
Meade et al. (2009)	EUA	152	Infância	63	33
Goodman et al. (2001)	EUA	782	Na vida	68	40
Goodman et al. (1995)	EUA	99 <sup>b</sup>	Vida adulta	76	-

Nota: Ordenado em ordem crescente por proporção dos autorrelatos de violência contra as mulheres.

<sup>a</sup> Estudos que avaliaram violência sexual junto com violência física, <sup>b</sup> moradores de rua, <sup>c</sup> internados com ideiação suicida.

A violência sexual contra indivíduos com transtorno mental tem sido associada com sexo feminino, idade mais precoce, história de ter morado na rua, isolamento social, menor satisfação com o ambiente doméstico (no caso das mulheres), história de internação psiquiátrica, primeira internação em idade mais precoce, história de abuso de substâncias psicoativas, transtorno de personalidade (comorbidade), idades mais precoces ao início do transtorno mental, psicopatologia mais grave, funcionamento social e ocupacional mais grave, maior desorganização mental, comportamento de risco para infecção pelo HIV (troca de dinheiro por sexo, história de DST, múltiplos parceiros) e encarceramento (Figura 4) [Chang et al., 2011; Conus et al., 2010<sup>aa</sup>; Hsu et al., 2009; Meade et al., 2009; Schomerus et al., 2007; Dean et al., 2007; McPherson et al., 2007; White et al., 2006; Kim et al., 2006; Shack et al., 2004; Chapple et al., 2004; Honkonen et al., 2004; Sells et al., 2003; Walsh et al., 2003; Neria et al., 2002; Goodman et al., 2001; Hiday et al., 1999; Lehman et al., 1984].

Apesar dos vários trabalhos científicos sobre violência sexual contra indivíduos com transtorno mental, existem importantes limitações [Choe et al., 2008; Lovell et al., 2008; Khalifeh et al., 2010], como o tamanho das amostras no estudos, falta de diferenciação entre violência sexual e violência física, e principalmente avaliações de populações selecionadas que não representam todos os pacientes com transtorno mental (e.g. somente transtorno mental grave) [Khalifeh et al., 2010; Choe et al., 2008; Lovell et al., 2008]. As diferenças quanto ao sexo em relação à violência sexual contra pacientes com transtorno mental têm recebido limitada atenção na literatura científica [Khalifeh et al., 2010], particularmente a violência sexual contra homens com transtorno mental [Shack et al., 2004; Krug et al., 2002].

**Figura 4** - Principais fatores associados à violência sexual e/ou física contra pacientes com transtorno mental, segundo estudos publicados.

<b>Autor (ano)</b>	<b>País</b>	<b>População</b>	<b>Evento</b>	<b>Fatores associados</b>
Goodman et al.(2001)	EUA	782 <i>pacientes ambulatoriais ou hospitalizados</i>	Vítima de violência física e/ou sexual (último ano)	História de ter morado na rua recentemente Abuso de substâncias Número de internações psiquiátricas recentes Idade da 1ª hospitalização psiquiátrica
Neria et al. (2002)	EUA	426 <i>pacientes com psicose</i>	Trauma na vida (inclui sexual)	Sexo feminino Abuso de substâncias psicoativas
Walsh et al. (2003)	Reino Unido	691 <i>pacientes com psicose</i>	Vítima de violência (inclui sexual)	Psicopatologia mais grave História de ter morado na rua Abuso de substâncias Transtorno de personalidade (comorbidade)
Shack et al. (2004)	EUA	271 <i>pacientes</i>	Violência (incluindo sexual)	Menor satisfação com o ambiente doméstico (mulheres)
Lehman et al. (1984)	EUA	278 <i>pacientes</i>	Vítima de violência (inclui sexual)	Mais jovens Mais ativos socialmente Psicopatologia mais grave Envolvimento com crimes
Chapple et al.(2004)	Austrália	962 <i>indivíduos com psicose</i>	Vítima de violência (inclui sexual)	Sexo feminino Moradores de rua História de abuso de substâncias na vida Encarceramento no último ano Funcionamento social e ocupacional comprometido Maior desorganização
White et al. (2006)	EUA	308 <i>pacientes graves</i>	Violência na vida	Sexo feminino Morador de rua
Kim et al. (2006)	Coréia do Sul	100 <i>mulheres com esquizofrenia</i>	Vítima de violência sexual e/ou física	Mais sintomas não psicóticos (e.g. ansiedade e depressão) Ter morado na rua. Múltiplos parceiros, relações casuais com desconhecidos ou por dinheiro/bens.

**Figura 4 (continuação)** - Principais fatores associados à violência sexual e/ou física contra pacientes com transtorno mental, segundo estudos recentes.

<b>Autor (ano)</b>	<b>País</b>	<b>População</b>	<b>Evento</b>	<b>Fatores associados</b>
Hsu et al. (2009)	Taiwan	155 <i>pacientes graves</i>	Vítima de crime (inclui sexual)	Transtornos do humor História de abuso de álcool
Meade et al.(2009)	EUA	152 <i>pacientes vivendo na comunidade</i>	História de ter sofrido violência física e/ou sexual na infância	Maior risco para HIV na vida (Troca de dinheiro por sexo, história de DST e número de parceiros)
Hiday et al.(1999)	EUA	331 <i>com psicose</i>	Vítima de violência	Ter morado na rua Uso de substâncias Maior escolaridade
Honkonen et al.(2004)	Finlândia	666 <i>com esquizofrenia</i>	Vítima de violência	Abuso de álcool Situação financeira ruim Cometer crime
Conus et al.(2010) <sup>aa</sup>	Austrália	118 <i>pacientes</i>	Violência sexual na vida	Sexo feminino Diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático Taxa aumentada de uso de multissubstâncias na admissão no serviço
Schomerus et al.(2007)	Reino Unido, França e Alemanha	1208 <i>pacientes</i>	Vítima de violência (inclui sexual)	Abuso de álcool e drogas História de prisão
McPherson et al. (2007)	EUA	324 <i>mães com TM</i>	Vítima de violência pelo parceiro (inclui sexual)	Abuso de álcool e drogas Número de internações psiquiátricas na vida Número de sintomas psiquiátricos Idade (inversamente proporcional)
Sells et al. (2003)	EUA	109 <i>pacientes</i>	Vítima de violência (inclui sexual)	Transtornos de uso de substâncias
Chang et al. (2011)	EUA	524 <i>pacientes</i>	Violência sexual em relacionamento íntimo	Sexo feminino diagnóstico de TEP Uso de álcool e drogas

Finalmente, ainda que a família e os profissionais da saúde tenham reconhecidamente dificuldade para identificar os pacientes com transtorno mental como vítimas de violência [Khalifeh et al., 2010; Howard et al., 1997], há marcadores claros que podem denunciar a ocorrência de violência sexual. Há evidências de que a violência sexual pode levar a um agravamento do transtorno mental, com intensificação dos sintomas [Friedman et al., 2007; Walsh et al., 2003; Neria et al., 2002; Lam et al., 1998; Goodman et al., 1997;], maior número de hospitalizações psiquiátricas [Goodman et al.; 1997], abuso de substâncias psicoativas [Goodman et al., 1997], estresse pós-traumático [Khalifeh et al., 2010; Glover et al., 2010; Neria et al., 2002;], e tentativas de suicídio [Friedman et al., 2007]. Entre estes sinais também há uma maior frequência de comportamento de risco para infecção por HIV/DST [Goodman et al.; 1997], problemas de saúde em geral [Lu et al., 2008], comprometimento da qualidade de vida [Hodgins et al., 2009; Lam et al., 1998], envolvimento com crimes e piora no funcionamento social com diminuição das chances de emprego [Hodgins et al., 2009; Lam et al., 1998]. Além disto, as pesquisas indicam que há evidência de uma relação entre violência e infecção por HIV [WHO, 2010; Goodman et al., 1997]. Vítimas de violência sexual também apresentam maior cronicidade do transtorno mental, uso dos serviços de saúde em maior frequência e maiores taxas de não adesão aos tratamentos [Goodman et al., 1997]. Indivíduos com transtorno mental e vítimas de violência sexual na infância têm um potencial maior de sofrer violência novamente ao longo da vida [Meade et al., 2009].



### C) VIOLÊNCIA FÍSICA

A violência física é definida pela OMS como o uso intencional da força ou poder físico, em forma de ameaça ou efetivamente contra outro indivíduo, grupo ou comunidade [Krug et al., 2002]. Pode ser acompanhada de violência sexual e/ou psicológica, principalmente, sob a forma de agressões verbais ou emocionais [Krug et al., 2002]. Na população em geral, a violência física é mais frequente entre os homens [Krug et al., 2002]. Eles sofrem violência física mais frequentemente nas ruas, perpetrada por pessoas conhecidas, enquanto as mulheres são agredidas mais frequentemente no ambiente doméstico, por parceiros íntimos e parentes. As proporções de violência física contra as mulheres perpetrada por parceiros íntimos tem variado de 10 a 69% na população em geral [Krug et al., 2002].

Os pacientes com transtornos mentais sofrem proporcionalmente mais violência física do que a população em geral segundo vários estudos [Lovell et al., 2008; Howard et al., 2009; Sturup et al., 2011; Choe et al., 2008]. Os dados publicados indicam que as proporções de violência física contra pacientes com transtorno mental variam entre as mulheres de 7% (no último ano) à 92% (na vida) e entre os homens de 14% a 93% (na vida) (Figura 5) [Chang et al., 2011; Conus et al., 2010<sup>aa</sup>; Khalifeh et al., 2010; Meade et al., 2009; Lovell et al., 2008; Kim et al., 2006; Heru et al., 2006; Teplin et al., 2005; Bengtsson et al., 2005; Shack et al., 2004; Najavits et al., 2004; Goodman et al., 2001; Coverdale et al., 2000; Goodman et al., 1995]. A maior parte dos estudos tem focado somente nas mulheres [Khalifeh et al., 2010; Shack et al., 2004]. A vulnerabilidade dos pacientes com transtornos mentais para

violência física foi confirmada em diferentes populações [Khalifeh et al., 2010; Lovel et al., 2008], incluindo pessoas admitidas em hospital devido a um episódio de violência interpessoal [Meuleners et al., 2008], pessoas com história de ter morado na rua [Larney et al., 2009] ou pessoas com deficiências [Hughes et al., 2012]. Entre as pessoas com deficiências, os que apresentam transtornos mentais são mais vulneráveis e sofrem proporcionalmente mais violência física do que as pessoas que apresentam somente comprometimento intelectual ou outros comprometimentos (21%, 10%, e 3%, respectivamente). A violência física contra indivíduos com transtorno mental foi associada aos aspectos sociodemográficos (e.g., pacientes ambulatoriais, sexo feminino, poucos anos de escolaridade, funcionamento familiar problemático) e clínicos (e.g., uso de substâncias, diagnóstico de esquizofrenia, gravidade dos sintomas, tentativas de auto-extermínio, idade mais jovem de início do transtorno mental, transtorno de personalidade, diagnóstico de TEP – transtorno de estresse pós-traumático) (Figura 5) [Conus et al., 2010<sup>aa</sup>; Dean et al., 2007; Heru et al., 2006; Brekke et al., 2001; Chang et al., 2011]. Em análises da violência física conjuntamente à violência sexual foram observadas associações com outros fatores, como ser morador de rua, menor satisfação com o ambiente doméstico, abuso de substâncias, psicopatologia mais grave, funcionamento social/ocupacional comprometido, maior desorganização mental, número de internações psiquiátricas recentes, idade da primeira hospitalização, encarceramento e comportamentos de risco para HIV [Chang et al., 2011; Conus et al., 2010<sup>aa</sup>; Hsu et al., 2009; Meade et al., 2009; Dean et al., 2007; McPherson et al., 2007; Schomerus et al., 2007; White et al., 2006; Kim et al., 2006; Shack et al., 2004; Chapple et al., 2004; Honkonen et al., 2004; Sells et al., 2003; Walsh et al., 2003; Neria et al., 2002; Goodman et al.,

2001; Hiday et al., 1999; Lehman et al., 1984;]. Entretanto, há limitações nas metodologias dos estudos sobre violência física contra pacientes com transtorno mental, incluindo amostras pequenas, falta de representatividade das populações alvo e pouca distinção entre violência física e sexual conforme citado anteriormente [Howard et al., 2009; Lovell et al., 2008].

**Figura 5** - Proporções de autorrelatos de violência física sofridas por pacientes com transtorno mental, segundo estudos publicados.

<b>Autor (ano)</b>	<b>País</b>	<b>População de pacientes (N)</b>	<b>Período</b>	<b>Mulheres (%)</b>	<b>Homens (%)</b>
Bengtsson et al.(2005)	Suécia	1382	Último ano	7	-
Coverdale et al.(2000)	Nova Zelândia	158	Na vida	12	20
Shack et al.(2004)	EUA	271	Na vida	19	16
Conus et al.(2010) <sup>bb</sup>	Austrália	118	Na vida	19	14
Teplin et al.(2005)	EUA	936	Último ano	21	18
Goodman et al.(2001)	EUA	782	Último ano	26	34
Bengtsson et al.(2005)	Suécia	1382	Vida adulta	28	-
Neria et al.(2002)	EUA	426	Na vida	32	28
Meade et al.(2009)	EUA	152	Vida adulta	43	24
Bengtsson et al.(2005)	Suécia	1382	Na vida	43	-
Shack et al.(2004)	EUA	271 <sup>a</sup>	Na vida	46	18
Coverdale et al.(2000)	Nova Zelândia	158 <sup>a</sup>	Na vida	47	32
Chang et al. (2011)	EUA	524	Último ano	50	18
Goodman et al.(2001)	EUA	782	Infância	55	58
Kim et al. (2006)	Coréia do Sul	100	Infância	59	
Meade et al.(2009)	EUA	152	Infância	61	50
Shack et al.(2004)	EUA	271 <sup>a</sup>	Na vida	65	33
Najavits et al.(2004)	EUA	58	Na vida	66	-
Goodman et al.(2001)	EUA	782	Vida adulta	75	80
Goodman et al.(2001)	EUA	782	Na vida	82	86
Goodman et al.(1995)	EUA	99 <sup>b</sup>	Na infância	87	-
Goodman et al.(1995)	EUA	99 <sup>b</sup>	Vida adulta	87	-
Heru et al.(2006)	EUA	110 <sup>c</sup>	Último ano	92	93

Nota: Ordenado em ordem crescente por proporção dos autorrelatos de violência contra as mulheres.

<sup>a</sup> Estudos que avaliaram violência física junto com violência sexual.

<sup>b</sup> internados com ideação suicida, <sup>c</sup> história de morador de rua.

**Figura 6** - Principais fatores associados à violência física (sem violência sexual) contra pacientes com transtorno mental, segundo estudos publicados.

<b>Autor (ano)</b>	<b>País</b>	<b>População de pacientes (N)</b>	<b>Evento</b>	<b>Fatores associados</b>
Conus et al.(2010) <sup>aa</sup>	Austrália	118	Violência física na vida	Poucos anos de escolaridade História de uso de substâncias Maiores taxas de tentativas de autoextermínio Diagnóstico de esquizofrenia (comparado com transtorno bipolar tipo I) <sup>a</sup>
Dean et al.(2007)	Reino Unido	708 <i>vivendo na comunidade</i>	Vítima de violência física nos últimos dois anos	Idade mais jovem de início do transtorno mental Transtorno de personalidade (comorbidade) Isolamento social
Heru et al.(2006)	EUA	110 <i>internados</i> <sup>b</sup>	Violência física (último ano)	Funcionamento familiar empobrecido
Brekke et al.(2001)	EUA	172	Vítima de violência durante três anos	Gravidade dos sintomas Maior uso de substâncias psicoativas
Chang et al. (2011)	EUA	524	Violência física em relacionamento íntimo	Sexo feminino Pacientes ambulatoriais Diagnóstico de TEP Uso de álcool e drogas Esquizofrenia (proteção) Sem religião (proteção)

Nota: <sup>a</sup> Para a análise dos fatores associados foram excluídos os indivíduos que relataram mais de uma violência.  
<sup>b</sup> internados com ideação suicida.

#### D) VIOLÊNCIA VERBAL

A OMS considera violência não somente o abuso físico ou sexual, mas também a violência psicológica, que envolve a agressão emocional e a verbal [Krug et al., 2002]. A violência verbal é o tipo mais frequente de violência psicológica [Ramiro et al., 2004], e já foi avaliada em diversas populações, como as crianças [Krug et al., 2002], mulheres gestantes [Ludermir et al., 2010], usuárias de serviços de saúde mental [Schraiber et al., 2007], trabalhadores e estudantes [Krug et al., 2002]. A violência verbal pode estar relacionada à violência física ou sexual, e muitas vezes pode ocorrer concomitantemente com estas violências [Krug et al., 2002]. Estima-se que na Suécia em 10 a 15% dos suicídios haja contribuição da associação e acúmulo das diversas violências [Krug et al., 2002] e em estudos com pacientes com ideação suicida atendidos em serviços de saúde mental, foi encontrada uma proporção acima de 90% de história de qualquer tipo de violência no último ano nos relacionamentos [Heru et al., 2006]. Há associação também entre a exposição à violência, incluindo a verbal, e uma parte significativa dos problemas de saúde mental em países em desenvolvimento [Ribeiro et al., 2009].

A sobreposição de violências (sexual, física e verbal) pode levar à violência psicológica [Jordan et al., 2010; Follingstad et al., 2009; Krug et al., 2002]. Contudo, há uma escassez de estudos nacionais e internacionais que avaliem a relação da violência psicológica com transtornos mentais mais graves nos diversos tipos de serviços públicos de saúde mental e uma escassez ainda maior de estudos que avaliem a violência verbal unicamente. A Figura 7 enfoca a violência psicológica, a qual é uma violência que abrange também a verbal.

**Figura 7** - Proporções de autorrelatos de violência psicológica (incluindo verbal) sofridas pela população em geral e pacientes com transtorno mental, segundo estudos publicados.

<b>Autor (ano)</b>	<b>País</b>	<b>População</b>	<b>Período</b>	<b>Mulheres (%)</b>	<b>Homens (%)</b>
Ramiro et al. (2004)	Egito	631 mulheres	Na vida <sup>a</sup>	7	-
Ramiro et al. (2004)	Filipinas	1000 mulheres	Na vida <sup>a</sup>	11	-
Audi et al. (2008)	Brasil	1379 usuárias de serviços de saúde	Durante a gestação	19	-
Bengtsson et al. (2005)	Suécia	1382 usuárias de serviços de saúde	No último ano	22	-
Ramiro et al. (2004)	Chile	422 mulheres	Na vida <sup>a</sup>	39	-
Marinheiro et al. (2006)	Brasil	265 usuárias de serviços de saúde	Na vida	42	-
Ramiro et al. (2004)	Índia	700 mulheres	Na vida <sup>a</sup>	46	-
Bengtsson et al. (2005)	Suécia	1382 usuárias de serviços de saúde	Após os 16 anos	46	-
Schraiber et al. (2007)	Brasil	3193 usuárias de serviços de saúde	Na vida	69	-
Moura et al. (2009)	Brasil	278 mulheres em área vulnerável	Na vida	80	-
Najavits et al. (2004)	EUA	58 mulheres com TEP e abuso de substâncias	Na vida	90	-
Heru et al. (2006)	EUA	110 pacientes internados com ideação suicida	No último ano	92	83

Nota: Ordenado em ordem crescente por proporção dos autorrelatos de violência contra as mulheres.

<sup>a</sup> Violência verbal grave somente.

**Figura 8** - Principais fatores associados à violência psicológica (incluindo verbal) contra a população em geral e pacientes com transtorno mental, segundo estudos publicados.

<b>Autor (ano)</b>	<b>País</b>	<b>População</b>	<b>Evento</b>	<b>Fatores associados</b>
Ramiro et al. (2004)	Chile, Egito, Filipinas e Índia	3975 <i>mulheres</i>	Violência psicológica	Maior comprometimento do estado mental
Silva et al.(2008)	Brasil	273 <i>mulheres</i>	Violência psicológica	Transtornos mentais comuns
Ludermir et al.(2008)	Brasil	2128 <i>mulheres</i>	Violência psicológica	Transtornos mentais comuns
Pico-Alfonso et al.(2006)	Espanha	182 <i>mulheres</i>	Violência psicológica	Sintomas de depressão
Mechanic et al. (2008)	EUA	413 <i>mulheres</i>	Violência psicológica	Transtorno de estresse pós-traumático (independentemente da violência física ou sexual)
Ludermir et al. (2010)	Brasil	1133 <i>gestantes</i>	Violência psicológica	Depressão pós-parto (independentemente da violência física ou sexual)
Audi et al. (2008)	Brasil	1379 <i>gestantes</i>	Violência psicológica	Transtornos mentais comuns



## E) CONSIDERAÇÕES SOBRE AS VIOLÊNCIAS EM INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO MENTAL

A violência contra indivíduos com transtorno mental não é reconhecida na prática clínica [Howard et al. 2010; Rose et al., 2010]. Os sintomas psiquiátricos menos frequentes são mais pesquisados por psiquiatras do que a ocorrência de violência perpetrada pelo parceiro contra a mulher com transtorno mental [Friedman et al., 2007]. Diversos pesquisadores defendem o treinamento dos profissionais de saúde para detectar indivíduos vítimas de violência, criar rotinas de atendimento e proporcionar intervenções terapêuticas para diminuir os danos na saúde física e mental [Chang et al., 2011; Rose et al., 2010; Maniglio et al., 2009; Teplin et al., 2005]. Recomenda-se levar em consideração que diferenças quanto ao sexo podem influenciar a exposição à violência [Khalifeh et La., 2010], como o abuso de substâncias psicoativas e a não adesão aos tratamentos nos homens, e nas mulheres a história de morar de rua e a falta de apoio social.

Um estudo da OMS apresentou a prevalência da violência sexual no decorrer da vida, que variou entre 58,6% na Etiópia e 6,2% no Japão [Ellsberg et al., 2008]. Em outro estudo multicêntrico conduzido pela OMS, a proporção de violência física contra mulheres na vida foi de 27,2%, de violência psicológica, 41,8% e de violência sexual, 10,1% na cidade de São Paulo [Schraiber et al., 2007]. A concomitância de diferentes tipos de violência indica uma maior exposição a traumas ou lesões, com repercussões na vida e piora do prognóstico do indivíduo portador de sofrimento mental [Jordan et al., 2010].

Diante destes dados levantados sobre a frequência, gravidade e a natureza da violência, além da escassez de pesquisas, há uma necessidade de estudos que avaliem individualmente os diferentes tipos de violência que ocorrem contra pacientes com transtorno mental no Brasil, estratificando por sexo.



### **3. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GERAL**

Descrever e avaliar a violência contra indivíduos adultos com transtorno mental acompanhados em hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial - CAPS, observados em estudo multicêntrico nacional no Brasil (Projeto PESSOAS), no ano de 2006.

#### **Objetivos específicos**

1. Descrever e avaliar os fatores associados de forma independente com a violência sexual (i.e., relato de ter sofrido agressão sexual na vida) contra os indivíduos em estudo, estratificando por sexo.
2. Descrever e avaliar os fatores associados de forma independente com a violência física (i.e., relato de ter sofrido agressão física na vida) contra os indivíduos em estudo, estratificando por sexo.
3. Descrever e avaliar os fatores associados de forma independente com a violência verbal (i.e., relato de ter sofrido agressão verbal na vida) contra os indivíduos em estudo, estratificando por sexo.



## 4. MÉTODOS

### a. Desenho

Os dados utilizados nesta tese foram provenientes do Projeto PESSOAS (Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: estudo multicêntrico nacional - Brasil), um estudo multicêntrico de corte transversal, conduzido no período de junho a setembro de 2006 em 11 hospitais psiquiátricos e 15 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) abrangendo todas as regiões do Brasil. Foram entrevistados 2.475 pacientes e realizadas sorologias para as infecções de interesse em 2.238. Resultados gerais e detalhamento metodológico encontram-se em Guimarães e colaboradores [Guimarães et al, 2008; Guimarães et al., 2009]. O estudo teve aprovação dos serviços participantes, do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (UFMG/ETIC: 125/05) e do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP (nº592/2006).

**b. População**

O participante deveria ter 18 anos ou mais, ser portador de qualquer transtorno mental, estar internado ou em atendimento nos CAPS durante o período indicado, ser apto a responder o questionário e ter assinado termo de consentimento livre e esclarecido. A amostra foi estratificada por região do país, proporcionalmente à distribuição dos casos de AIDS notificados até dezembro de 2003, e pelo tipo de atendimento (Hospitais e CAPS).

As unidades de atendimento e os pacientes dentro de cada unidade foram selecionados aleatoriamente. O estudo é representativo para os usuários de serviços de saúde mental em âmbito nacional, abrange um espectro maior de diagnósticos psiquiátricos e leva em consideração o tipo de atenção provida, i.e., hospitalar ou CAPS.

### **c. Coleta de dados**

As características sociodemográficas, clínicas e psiquiátricas, assim como os comportamentos e situações de risco para HIV/DST, foram obtidas através de entrevista semiestruturada aplicada pelo profissional de saúde mental e coleta de informações nos prontuários médicos. Todos os procedimentos, protocolos e questionários foram testados em um estudo piloto e avaliados quanto à confiabilidade [Guimarães et al., 2009; Guimarães et al., 2008; Oliveira et al., 2008]. Para os diagnósticos psiquiátricos os dados foram obtidos dos registros em prontuários dos serviços, segundo a classificação de transtornos mentais e de comportamento da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), pela sua gravidade clínica: psicose, transtorno bipolar, depressão, ansiedade, uso de substâncias e outros diagnósticos. A CID 10 é o sistema padrão no Brasil de codificação para diagnósticos psiquiátricos em serviços públicos e de referência para ações assistenciais, planejamento e pesquisa na atenção em saúde mental no país



**d. Eventos**

Foi considerado como violência sexual o autorrelato de ter sido obrigado (a) a manter relação sexual que não desejava, ou de ter sofrido algum tipo de abuso de conotação sexual, contra a vontade do indivíduo, alguma vez na vida.

Para violência física foi considerado o relato de ter sofrido agressão física (se alguém já bateu/ agrediu) alguma vez na vida.

Para violência verbal foi considerado o relato de ter sofrido agressão verbal (ameaça, humilhação, xingamento, ofensa ou constrangimento) alguma vez na vida.

Destaca-se que na análise de confiabilidade dos dados do estudo piloto e do estudo principal, as variáveis violência verbal, física e sexual apresentaram concordância observada considerada boa (respectivamente 81%, 88% e 95%) e índice Kappa (respectivamente 0,55, 0,75 e 0,86) [Oliveira et al., 2008].

#### **e. Variáveis explicativas**

Foram utilizadas como variáveis explicativas itens selecionados de acordo com os estudos publicados que avaliaram a violência contra pacientes com transtorno mental (Figura 9). O uso irregular de preservativo foi definido no caso de o participante ter relatado que o uso de preservativos não ocorreu em todas as relações sexuais na vida. Para o diagnóstico psiquiátrico, os dados foram obtidos dos prontuários médicos e classificados de acordo com a CID-10. Os diagnósticos psiquiátricos sistematicamente coletados foram categorizados em 1. Esquizofrenia e outras psicoses (psicoses não bipolares), 2. Transtornos bipolares, 3. Transtornos depressivos, 4. Transtornos de ansiedade, 5. Transtornos de uso de substâncias psicoativas e 6. Outros diagnósticos. Os diagnósticos 4,5 e 6 foram agrupados e considerados como categoria de referência nas análises, para atender aos propósitos da análise e tendo como base o fato de que estes serviços públicos de saúde têm o principal objetivo de assistir a clientela mais grave.

**Figura 9** - Variáveis independentes avaliadas para cada violência (sexual, física, verbal), segundo a categorização analítica, Projeto PESSOAS, Brasil, 2007.

GRUPO	VARIÁVEIS	CATEGORIZAÇÃO
<b>Dados sociodemográficos</b>	1. <i>Centro de recrutamento</i>	CAPS Hospital psiquiátrico
	2. <i>Idade (anos)</i>	> 40 18 a 40
	3. <i>Cor</i>	Branca Não branca
	4. <i>Escolaridade</i>	Menos que 5 anos de estudos Cinco ou mais anos de estudos
	5. <i>Renda familiar no último mês</i>	Mais de R\$350,00 <R\$350,00
	6. <i>Estado civil atual (não solteiro)</i>	Não Sim
	7. <i>Morar sozinho no momento</i>	Não Sim
	8. <i>Ter morado na rua alguma vez</i>	Não Sim
	9. <i>Onde mora atualmente</i>	Instituições e Outros Casa/apartamento
<b>Características clínicas</b>	10. <i>Internação psiquiátrica anterior</i>	Não Sim
	11. <i>Idade da primeira internação psiquiátrica</i>	18 ou mais anos <18 anos
	12. <i>História de diagnóstico de DST na vida</i>	Não Sim
	13. <i>Diagnóstico psiquiátrico principal atual</i>	Outros diagnósticos e ignorados Transtorno bipolar Transtorno depressivo Esquizofrenia e outras psicoses

**Figura 9 (continuação)** - Variáveis independentes avaliadas para cada violência (sexual, física, verbal), segundo a categorização analítica, Projeto PESSOAS, Brasil, 2007.

---

<b>Comportamentos e situações de risco</b>	14. <i>Consumo de álcool na vida</i>	Não Sim
	15. <i>Uso de drogas ilícitas na vida</i>	Não Sim
	16. <i>Iniciação precoce de relações sexuais (&lt;16 anos)</i>	Não Sim
	17. <i>Relações sexuais sob o uso de álcool ou drogas</i>	Não Sim
	18. <i>Uso irregular de preservativos na vida.</i>	Não Sim
	19. <i>Recebeu ou ofereceu dinheiro por sexo na vida</i>	Não Sim
	20. <i>Já esteve preso na vida</i>	Não Sim

---

**f. Variáveis descritivas do contexto da violência contra indivíduos com transtorno mental**

Foram avaliadas também as variáveis relacionadas ao contexto da violência contra indivíduos com transtorno mental: quem perpetrou a violência sexual (parceiro íntimo, pais, parentes, conhecidos, desconhecidos, profissionais da saúde ou outros); onde ocorreu a violência sexual (no ambiente doméstico, em instituição, na rua ou em outro local); em qual período da vida, se na infância (até 11 anos de idade), adolescência (de 12 aos 17 anos de idade) ou na idade adulta (a partir de 18 anos de idade); e para quem o indivíduo comunicou a violência sexual sofrida (ninguém, parentes, parceiro íntimo, conhecidos, profissionais da saúde, polícia ou outros). Para violência física e verbal foram avaliados os perpetradores da violência e os locais onde a violência ocorreu segundo autorrelatos dos pacientes.

### **g. Análise**

Foi realizada análise descritiva da população estudada separadamente para cada violência e estratificando por sexo, inclusive variáveis relacionadas ao contexto e a frequência das violências sexual, física e verbal. Diferenças de proporção foram avaliadas utilizando-se o teste de Qui-quadrado de Pearson. A magnitude das associações com violência foi estimada pelo *Odds Ratio*, com intervalo de 95% de confiança para cada tipo de violência e também estratificado por sexo para cada uma das variáveis. O efeito independente das potenciais variáveis preditoras de violência foi avaliado por meio de modelo multivariado logístico de resposta binária [Kahn and Sempos, 1997]. Aquelas variáveis com valor de p inferior a 0,20 na análise univariada foram selecionadas para iniciar os modelos de regressão logística, foi utilizado o método de deleção sequencial de variáveis até a obtenção do modelo final, onde o nível de significância considerado foi de 0,05. Adequação dos modelos finais foi avaliada por meio do teste de Hosmer-Lemeshow [Hosmer and Lemeshow, 1989]. O banco de dados foi gerado no software PARADOX<sup>®</sup> 9 e a análise realizada através do pacote estatístico do software SAS<sup>®</sup> 9.0.

## 5 RESULTADOS

---

## 5.RESULTADOS

### a. DESCRITIVO GERAL

#### ***Recrutamento***

Na seleção inicial foram recrutados 3.225 pacientes, destes 2.763 (84,9%) foram considerados elegíveis, e 492 (15,1%) não estavam capazes para participar do estudo após avaliação preliminar padronizada e avaliação clínica. A maioria destes que não foram considerados capazes apresentaram algum grau de desorientação no tempo ou espaço, desorganização do pensamento ou ideias, ou algum nível de retardo mental. Entre estes elegíveis, 2475 (89,6%) foram entrevistados e 288 (10,4%) não participaram, devido principalmente à recusa, não foram localizados ou não compareceram a entrevista. Os indivíduos hospitalizados tiveram uma maior proporção de participação quando comparados com estes em tratamento no CAPS ( $P < 0,001$ ). Não foram observadas diferenças estatísticas significativas quanto ao sexo, idade, escolaridade ou diagnóstico psiquiátrico.

#### ***Descrição da população***

Entre os 2475 entrevistados, 1277 (51,6%) eram mulheres e 1198 (48,4%) eram homens. As mulheres, em comparação com os homens, apresentaram maiores proporções de procedência de famílias com baixa renda (salário mensal no último mês menor que R\$350,00) (27,1%), tinham o diagnóstico de transtorno bipolar (12,4%) ou depressão (19,4%), e uso irregular de preservativos (85,5%), enquanto



os homens apresentaram uma maior proporção das seguintes características sociodemográficas: 18 a 40 anos de idade (51,9%), cor não branca (51,2%), escolaridade menor que cinco anos (52,1%), solteiros (62,9%), história de ter morado na rua (21,5%), e viver sozinho atualmente (15,7%). Similarmente, eles apresentaram maiores proporções de variáveis clínicas psiquiátricas de severidade (estarem hospitalizados durante o recrutamento da pesquisa, hospitalização psiquiátrica prévia, idade da primeira hospitalização psiquiátrica menor que 18 anos de idade, apresentaram diagnóstico de psicose), e comportamentos/situações de risco (consumo de álcool na vida, idade da primeira relação sexual menor do que 16 anos de idade, uso na vida de maconha e cocaína, relações sexuais sob o uso de álcool ou drogas, receber ou oferecer dinheiro por relações sexuais, e encarceramento na vida) (Tabela 1).

**Tabela 1** – Características descritivas da população estudada, estratificada por sexo. Projeto PESSOAS, Brasil, 2007 (n=2475).

Características	Mulheres (%) n=1277	Homens (%) n=1198	Valor de p
<b>Sociodemográficas</b>			
Centro de recrutamento (hospital)	28,3	44,8	<0.001
Idade (18-40 anos)	44,9	51,9	<0.001
Cor (não branca)	46,0	51,2	0.010
Escolaridade (< 5 anos)	49,1	52,1	0.131
Renda familiar no último mês (<R\$ 350,00)	27,1	17,8	<0.001
Estado civil atual (solteiro)	35,3	62,9	<0.001
Mora sozinho(a) atualmente	10,3	15,7	<0.001
Morou na rua alguma vez na vida	15,0	21,5	<0.001
Onde mora atualmente (instituições ou outros)	8,5	16,8	<0.001
<b>Clínicas</b>			
História de internação psiquiátrica na vida	50,8	66,3	<0.001
Idade na primeira internação psiquiátrica (<18 anos)	7,9	11,3	0.005
História de diagnóstico de DST na vida	20,4	26,4	<0.001
Diagnóstico psiquiátrico principal atual:			
<i>Outros diagnósticos ou ignorados</i>	27,8	33,3	0.003
<i>Transtorno bipolar</i>	12,4	5,3	<0.001
<i>Transtorno depressivo</i>	19,4	5,8	<0.001
<i>Esquizofrenia e outras psicoses</i>	40,4	55,5	<0.001
<b>Comportamentais e situações de risco para IST</b>			
Uso de álcool na vida	52,7	77,5	<0.001
Uso de maconha ou cocaína na vida	11,2	34,4	<0.001
Idade da 1ª relação sexual (< 16 anos)	43,9	52,8	<0.001
Relações sexuais na vida sob uso de álcool/drogas	17,2	37,8	<0.001
Uso irregular de preservativo na vida	83,5	76,8	<0.001
Recebeu ou ofereceu dinheiro por sexo na vida	13,3	40,6	<0.001
Já esteve preso na vida	10,6	41,2	<0.001

## **b. Violência Sexual**

A prevalência global de violência sexual nesta população foi de 19,8% (IC 95%=18,2%; 21,4%), 26,6% entre mulheres e 12,5% entre homens. Os principais perpetradores de violência sexual os parceiros íntimos entre as mulheres (31,3%), e os conhecidos (32,7%) entre os homens, seguido pelos estranhos por ambos os sexos (22,1% e 28,7%, respectivamente). É importante assinalar a alta proporção de violência sexual perpetrada dentro das instituições de saúde por outros pacientes, funcionários e profissionais da saúde, especialmente contra homens (9,3%). O lugar predominante de ocorrência da violência foi no ambiente doméstico para mulheres (48,7%) e nas ruas para os homens (29,3%), com uma inversão para o segundo lugar mais comum – nas ruas para as mulheres (36,6%) e no ambiente doméstico para os homens (26,0%). O período de vida que a violência sexual ocorreu mais frequentemente foi na vida adulta para as mulheres e na infância para os homens (46,0%). Finalmente, uma proporção importante destes que sofreram violência não comunicaram o fato para ninguém, mesmo para parentes, amigos ou profissionais da saúde (47,5% e 64,0% para mulheres e homens, respectivamente) (Tabela 2). É notório também o grau de concomitância dos tipos de agressores e período de ocorrência. Para 10,2% das mulheres que relataram ter sofrido violência sexual, a ocorrência foi em mais do que um período da vida (infância, adolescência e/ou vida adulta), indicando uma tendência de persistência da violência. Similarmente, 14,4% da violência sofrida foi proveniente por mais do que uma fonte de agressão (parceiros íntimos, parentes e/ou outros).

Entre os homens, 8,2% sofreram violência sexual em mais do que um período da vida (infância, adolescência e/ou vida adulta), e 10,0% por mais do que uma fonte de agressão, particularmente parentes e outros agressores.

**Tabela 2** – Análise descritiva da violência sexual contra pacientes com transtorno mental, estratificado por sexo, Projeto PESSOAS, Brasil, 2007 (n=2475).

	Mulheres		Homens	
	Nº	%	Nº	%
Sofreu violência sexual na vida				
<i>Não</i>	938	73.5	1048	87.5
<i>Sim</i>	339	26.6	150	12.5
Perpetrador de violência sexual (1)				
<i>Parceiro</i>	106	31.3	3	2.0
<i>Pais</i>	12	3.5	4	2.7
<i>Parentes</i>	68	20.1	20	13.3
<i>Pessoas em instituição de saúde (2)</i>	4	1.2	14	9.3
<i>Conhecidos</i>	58	17.1	49	32.7
<i>Estranhos</i>	75	22.1	43	28.7
<i>Outros</i>	52	15.3	21	14.0
Onde a violência sexual ocorreu (1)				
<i>No ambiente doméstico</i>	165	48.7	39	26.0
<i>Em instituição de saúde</i>	13	3.8	30	20.0
<i>Na rua</i>	124	36.6	44	29.3
<i>No trabalho</i>	11	3.2	6	4.0
<i>Na região rural</i>	2	0.6	7	4.7
<i>Outras casas</i>	16	4.7	11	7.3
<i>Outros lugares</i>	43	12.7	27	18.0
Quando a violência sexual ocorreu (1)				
<i>Infância</i>	80	23.6	69	46.0
<i>Adolescência</i>	117	34.5	40	26.7
<i>Vida adulta</i>	179	52.8	51	34.0
Para quem eles comunicaram a violência sexual (1)				
<i>Ninguém</i>	161	47.5	96	64.0
<i>Parentes</i>	123	36.3	41	27.3
<i>Parceiros</i>	10	2.9	2	1.3
<i>Conhecidos</i>	32	9.4	12	8.0
<i>Profissionais de saúde</i>	39	11.5	21	14.0
<i>Polícia</i>	30	8.8	9	6.0
<i>Outros</i>	13	3.8	5	3.3

(1) As proporções são em relação ao total daqueles que responderam sim no primeiro item.

(2) Funcionários, profissionais da saúde e outros pacientes.

### ***Análise univariada***

A análise univariada indicou que, entre as mulheres, as seguintes características foram associadas estatisticamente ( $p < 0,05$ ) com violência sexual na vida (Tabela 3): ser recrutada para o estudo nos hospitais, mais jovem (18-40 anos de idade), estado civil atual (solteira), viver sozinha no presente, história de ter morado na rua alguma vez na vida, internação psiquiátrica anterior, idade da primeira hospitalização (menor que 18 anos de idade), história de diagnóstico de DST na vida e diagnóstico de esquizofrenia ou outras psicoses. Além disso, uso na vida de álcool ou drogas ilícitas, idade da primeira relação sexual menor que 16 anos, relações sexuais sob o efeito de álcool/drogas, uso irregular de preservativos, receber ou oferecer dinheiro por sexo, e já ter ficado preso na vida foram associados estatisticamente com violência sexual entre mulheres. Similarmente, a maioria destas características foram associadas estatisticamente com violência sexual entre os homens, exceto para o centro de recrutamento, viver sozinho no momento, relações sexuais sob o efeito de álcool/drogas, e uso irregular de preservativos na vida (Tabela 3).

### ***Análise multivariada***

Nove características foram associadas independentemente e estatisticamente ( $p < 0,05$ ) com os relatos de violência sexual entre as mulheres (Tabela 4): idade mais precoce (18-40 anos de idade), morar sozinha no presente, história de ter morado na rua alguma vez na vida, internação psiquiátrica prévia, história de diagnóstico de DST na vida, diagnóstico de depressão ou esquizofrenia ou outras psicoses, idade da primeira relação sexual menor que 16 anos, uso irregular de preservativos e

receber ou oferecer dinheiro por sexo. Finalmente, entre os homens, seis características apresentaram associação independente e estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) com violência sexual: mais jovem (18-40 anos de idade), hospitalização psiquiátrica prévia, idade da primeira hospitalização (menor que 18 anos de idade), uso na vida de maconha ou cocaína, diagnóstico de depressão ou esquizofrenia ou outras psicoses, receber ou oferecer dinheiro por sexo (Tabela 4).

**Tabela 3** - Análise univariada para violência sexual contra indivíduos com transtorno mental estratificada por sexo. Projeto PESSOAS- Brasil/2007.

Características	Violência sexual sofrida									
	Total	Mulheres (n=1277)				Total	Homens (n=1198)			
		n <sup>a</sup>	(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>		n <sup>a</sup>	(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Sociodemográficas</b>										
Centro de recrutamento do participante										
<i>CAPS</i>	916	206	(22.5)	1.00		661	74	(11.2)	1.00	
<i>Hospital</i>	361	133	(36.8)	2.01	(1.54-2.62)**	537	76	(14.2)	1.31 (0.93-1.84)	
Idade (anos)										
> 40	704	165	(23.4)	1.00		576	52	(9.0)	1.00	
18 a 40	573	174	(30.4)	1.42	(1.11-1.83)**	622	98	(15.8)	1.88 (1.32-2.69)**	
Cor										
<i>Branca</i>	690	171	(24.8)	1.00		585	80	(13.7)	1.00	
<i>Não branca</i>	587	168	(28.6)	1.22	(0.95-1.56)	634	70	(11.4)	0.81 (0.89-1.62)	
Escolaridade										
<i>Menos do que cinco anos de estudo</i>	621	149	(24.0)	1.00		619	60	(9.7)	1.00	
<i>Cinco ou mais anos de estudo</i>	645	186	(23.8)	1.28	(0.99-1.65)	569	90	(15.8)	1.75 (1.24-2.48)**	
Renda familiar no último mês										
<i>Mais de R\$350,00</i>	931	248	(26.6)	1.00		985	125	(12.7)	1.00	
<i>Até R\$350,00</i>	346	91	(26.3)	0.98	(0.74-1.30)	213	25	(11.7)	0.91 (0.57-1.45)	
Estado civil atual (não solteiro)										
<i>Não</i>	826	203	(24.6)	1.00		444	39	(8.8)	1.00	
<i>Sim</i>	451	136	(30.2)	1.33	(1.03-1.71)*	753	111	(14.7)	1.80 (1.22-2.64)**	
Se mora sozinho (a) atualmente										
<i>Não</i>	1142	287	(25.1)	1.00		1009	126	(12.5)	1.00	
<i>Sim</i>	131	50	(38.2)	1.84	(1.26-2.68)**	188	24	(12.8)	1.03 (0.64-1.64)	
Ter morado na rua alguma vez na vida										
<i>Não</i>	1071	238	(22.2)	1.00		943	105	(11.2)	1.00	
<i>Sim</i>	189	95	(50.3)	3.54	(2.57-4.87)**	255	44	(17.3)	1.65 (1.12-2.41)*	
Onde mora atualmente										
<i>Instituições e outros</i>	1168	308	(26.4)	1.00		997	120	(12.0)	1.00	
<i>Casa ou apartamento</i>	109	31	(28.4)	1.11	(0.72-1.72)	201	30	(14.9)	1.28 (0.83-1.98)	



**Tabela 3 (continuação)** - Análise univariada para violência sexual contra indivíduos com transtorno mental, estratificada por sexo. Projeto PESSOAS- Brasil/2007

Características	Violência sexual sofrida									
	Total	Mulheres (n=1277)				Total	Homens (n=1198)			
		n <sup>a</sup>	(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>		n <sup>a</sup>	(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Clínicas</b>										
Internação psiquiátrica anterior										
<i>Não</i>	623	121	(19.4)	1.00		402	25	(6.2)	1.00	
<i>Sim</i>	644	214	(33.2)	2.06	(1.60-2.67)**	790	125	(15.8)	2.83	(1.81-4.43)**
Idade na primeira internação psiquiátrica										
<i>18 anos ou mais</i>	1176	293	(24.9)	1.00		1063	115	(10.8)	1.00	
<i>&lt; 18 anos</i>	101	46	(45.5)	2.52	(1.67-3.81)**	135	35	(25.9)	2.89	(1.87-4.44)**
História de diagnóstico de DST na vida										
<i>Não</i>	1003	235	(23.4)	1.00		869	96	(11.1)	1.00	
<i>Sim</i>	257	101	(39.3)	2.12	(1.58-2.83)**	311	52	(16.7)	1.62	(1.12-2.33)**
Diagnóstico psiquiátrico principal atual										
<i>Outros diagnósticos e ignorados</i>	355	79	(22.3)	1.00		399	37	(9.3)	1.00	
<i>Transtorno bipolar</i>	158	41	(26.0)	1.22	(0.79-1.89)	64	5	(7.8)	0.83	(0.31-2.20)
<i>Transtorno depressivo</i>	248	62	(25.0)	1.17	(0.80-1.71)	70	8	(11.4)	1.26	(0.56-2.84)
<i>Esquizofrenia e outras psicoses</i>	516	157	(30.4)	1.53	(1.12-2.09)**	665	100	(15.4)	1.73	(1.16-2.58)**

**Tabela 3 (continuação)** - Análise univariada para violência sexual contra indivíduos com transtorno mental, estratificada por sexo. Projeto PESSOAS- Brasil/2007.

Características	Violência sexual sofrida									
	Total	Mulheres (n=1277)				Homens (n=1198)				
		n <sup>a</sup>	(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>	Total	n <sup>a</sup>	(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Comportamentos e situações de risco para HIV/IST</b>										
Consumo de álcool na vida										
<i>Não</i>	598	133	(22.2)	1.00		269	22	(8.2)	1.00	
<i>Sim</i>	667	202	(30.3)	1.52	(1.18-1.96)**	924	128	(13.9)	1.81	(1.12-2.90)*
Uso de drogas ilícitas na vida										
<i>Não</i>	1131	276	(24.4)	1.00		783	70	(8.9)	1.00	
<i>Sim</i>	143	63	(44.1)	2.43	(1.71-3.49)**	411	80	(19.5)	2.46	(1.74-3.48)**
Iniciação precoce de relações sexuais (<16 anos)										
<i>Não</i>	1176	293	(24.9)	1.00		1063	115	(10.8)	1.00	
<i>Sim</i>	101	46	(45.5)	2.52	(1.67-3.81)**	135	35	(25.9)	2.89	(1.88-4.44)**
Ter tido relações sexuais sob efeito álcool/drogas										
<i>Não</i>	1051	247	(23.5)	1.00		738	86	(11.7)	1.00	
<i>Sim</i>	219	89	(40.6)	2.23	(1.64-3.02)**	449	62	(13.8)	1.21	(0.86-1.72)
Uso irregular de preservativos na vida										
<i>Não</i>	209	35	(16.8)	1.00		275	28	(10.1)	1.00	
<i>Sim</i>	1055	302	(28.6)	1.99	(1.35-2.94)**	909	121	(13.3)	1.35	(0.88-2.09)
Recebeu ou ofereceu dinheiro por sexo na vida										
<i>Não</i>	1089	251	(22.9)	1.00		701	65	(9.3)	1.00	
<i>Sim</i>	168	85	(50.6)	3.46	(2.48-4.82)**	480	83	(17.3)	2.05	(1.44-2.90)**
Já esteve preso na vida										
<i>Não</i>	1135	272	(24.0)	1.00		701	72	(10.3)	1.00	
<i>Sim</i>	135	65	(48.2)	2.95	(2.05-4.24)**	493	78	(15.8)	1.64	(1.16-2.31)**

(a) Número e proporção de participantes que sofreram violência sexual em cada categoria das variáveis, n total varia devido às informações não conhecidas

(b) Odds Ratio e intervalos de confiança de 95%; \* valor de p < 0,05; \*\* valor de p < 0,01

**Tabela 4** - Modelo multivariado estratificado por sexo para violência sexual sofrida por indivíduos com transtorno mental ( $p < 0,05$ ). Projeto PESSOAS, Brasil, 2007.

	<b>MULHERES</b> ORaj <sup>c</sup> (IC 95%) <sup>c</sup>	<b>HOMENS</b> ORaj <sup>c</sup> (IC 95%) <sup>c</sup>
Idade (18-40 anos)	<b>1.78 (1.32-2.38)**</b>	<b>1.59 (1.07-2.34)*</b>
Morar sozinho atualmente	<b>2.22 (1.44-3.41)**</b>	-
Morou na rua alguma vez na vida	<b>2.33 (1.60-3.38)**</b>	-
História de internação psiquiátrica na vida	<b>1.65 (1.21-2.43)**</b>	<b>2.30 (1.41-3.75)**</b>
Idade da primeira hospitalização psiquiátrica (<18 anos)	-	<b>2.10 (1.30-3.37)**</b>
História de diagnóstico de DST na vida	<b>1.76 (1.27-2.43)**</b>	-
Diagnóstico psiquiátrico principal		
<i>Outros diagnósticos ou ignorados</i>	1.00	1.00
<i>Transtorno bipolar</i>	1.32 (0.81-2.13)	0.77 (0.28-2.09)
<i>Transtorno depressivo</i>	<b>1.86 (1.21-2.86)**</b>	<b>2.77 (1.17-6.58)*</b>
<i>Esquizofrenia e outras psicoses</i>	<b>1.44 (1.00-2.08)*</b>	<b>1.64 (1.08-2.51)*</b>
Uso de maconha ou cocaína na vida	-	<b>1.66 (1.13-2.45)*</b>
Idade da 1ª relação sexual (< 16 anos)	<b>1.73 (1.26-2.37)**</b>	-
Uso irregular de preservativo na vida	<b>1.83 (1.18-2.85)**</b>	-
Recebeu ou ofereceu dinheiro por sexo na vida	<b>1.78 (1.21-2.61)**</b>	<b>1.67 (1.15-2.44)**</b>

(c) Odds Ratio ajustado e intervalo de confiança de 95%; \* valor de  $p < 0.05$ ; \*\* valor de  $p < 0.01$

Teste de Hosmer-Lemeshow:  $p = 0.551$  (mulheres); graus de liberdade=8

Teste de Hosmer-Lemeshow:  $p = 0.801$  (homens); graus de liberdade=8

### ***c. Violência física***

A prevalência global de violência física foi de 57,8% (n=1431) (IC 95%=55,9%; 60,0%), 57,6% (n=736) entre mulheres e 58,0% (n=695) entre homens.

A principal fonte de violência física foram os parceiros íntimos entre mulheres (44,4%), e os conhecidos (34,2%) entre homens, seguido por parentes em ambos os sexos (29,2% e 23,0%, respectivamente). A violência física contra mulheres com transtorno mental foi perpetrada por pessoas do ambiente doméstico, e a violência física contra homens com transtorno mental foi perpetrada por pessoas de outros lugares. Deve-se notar a alta proporção de violência física cometida dentro de instituições de saúde por outros pacientes, funcionários ou profissionais de saúde, em mulheres (12,0%) e homens (16,0%). O lugar predominante de ocorrência da violência física foi o ambiente doméstico para as mulheres (74,6%) e as ruas para os homens (51,8%), com uma inversão do segundo lugar mais comum – nas ruas para as mulheres (26,4%) e no ambiente doméstico para os homens (36,5%) (Tabela 5).

**Tabela 5** – Análise descritiva da violência física contra indivíduos com transtorno mental, estratificada por sexo. Projeto PESSOAS, Brasil, 2007 (n=2475).

	Mulheres		Homens	
	Nº	%	Nº	%
Sofreu violência verbal na vida				
<i>Não</i>	539	42,2	497	41,5
<i>Sim</i>	736	57,6	695	58,0
Perpetrador da violência verbal <sup>1</sup>				
<i>Parceiro (a)</i>	327	44,4	27	3,9
<i>Pais</i>	184	25,0	102	14,7
<i>Parentes</i>	215	29,2	160	23,0
<i>Pessoas em instituição de saúde</i> <sup>2</sup>	88	12,0	111	16,0
<i>Conhecidos</i>	88	12,0	238	34,2
<i>Desconhecidos</i>	29	3,9	147	21,2
<i>Outros</i>	96	13,0	146	21,0
Onde ocorreu a violência verbal <sup>1</sup>				
<i>No ambiente doméstico</i>	549	74,6	254	36,5
<i>Em instituição de saúde</i>	88	12,0	111	16,0
<i>Na rua</i>	194	26,4	360	51,8
<i>No trabalho</i>	16	2,2	39	5,6
<i>Outros locais</i>	33	4,5	87	12,5

(1) As proporções são em relação ao total daqueles que responderam sim no primeiro item

(2) Funcionários, profissionais da saúde e outros pacientes

### ***Análise univariada***

Entre as mulheres a análise univariada mostrou os seguintes fatores associados estatisticamente ( $p < 0,05$ ) com sofrer violência física (Tabela 6): fatores sociodemográficos, tais como: ser recrutado para o estudo em hospitais, mais jovem (18-40 anos de idade), renda familiar (último mês) e história na vida de ter morado na rua; fatores clínicos como hospitalização psiquiátrica prévia, idade da primeira hospitalização (antes dos 18 anos), história de diagnóstico de DST na vida e diagnóstico de esquizofrenia ou outra psicose; fatores comportamentais ou situacionais de risco para infecção por HIV/aids como uso de álcool ou drogas ilícitas na vida, idade da primeira relação sexual ( $< 16$  anos), ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas, ter recebido ou oferecido dinheiro por sexo, e história de prisão na vida.

Similarmente, a maioria destas características foram associadas estatisticamente com violência física entre os homens, exceto renda familiar e diagnóstico de esquizofrenia ou outras psicoses. Além disto, entre os homens a análise univariada mostrou os seguintes fatores associados estatisticamente ( $p < 0,05$ ) com violência física na vida: escolaridade, estado civil e uso irregular de preservativos na vida (Tabela 6).

***Análise multivariada***

Na análise multivariada (Tabela 7), a violência física contra mulheres foi independentemente associada com: hospitalização psiquiátrica prévia (ORa=2,09), diagnóstico de DST na vida (ORa=1,75), consumo de álcool na vida (ORa=1,59), idade da primeira relação sexual (<16 anos) (ORa=1,40), ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool/drogas (ORa=2,08), ter recebido ou oferecido dinheiro por sexo (ORa=1,73) e história de prisão na vida (ORa=1,69). Entre homens, os resultados foram os seguintes: mais jovem (18-40 anos de idade) (ORa=1,90), história na vida de ter morado na rua (ORa=1,71), internação psiquiátrica prévia (ORa=1,39), história de diagnóstico de DST na vida (ORa=1,52), consumo de álcool na vida (ORa=1,41), uso na vida de maconha e cocaína (ORa=1,54), recebeu ou ofereceu dinheiro por sexo (ORa=1,47) e história de prisão na vida (ORa=2,07).

**Tabela 6** - Análise univariada para violência física contra indivíduos com transtorno mental estratificada por sexo. Projeto PESSOAS- Brasil/2007.

Características	Violência física sofrida								
	Total	Mulheres (n=1277)				Total	Homens (n=1198)		
	n <sup>a</sup>	(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>	n <sup>a</sup>	(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>	
<b>Sociodemográficas</b>									
Centro de recrutamento do participante									
<i>CAPS</i>	916	492 (53.7)	1.00		661	356 (53.9)	1.00		
<i>Hospital</i>	361	244 (67.6)	1.80	(1.39-2.32)**	537	339 (63.1)	1.47	(1.16-1.85)**	
Idade (anos)									
> 40	704	384 (54.5)	1.00		576	291 (50.5)	1.00		
18 a 40	573	352 (61.4)	1.32	(1.06-1.66)*	622	404 (65.0)	1.82	(1.44-2.29)**	
Cor									
<i>Branca</i>	690	391 (56.7)	1.00		585	330 (56.4)	1.00		
<i>Não branca</i>	587	345 (58.8)	1.09	(0.87-1.36)	634	365 (59.5)	1.14	(0.90-1.43)	
Escolaridade									
<i>Menos do que cinco anos de estudo</i>	621	356 (57.3)	1.00		619	331 (53.5)	1.00		
<i>Cinco ou mais anos de estudo</i>	645	373 (57.8)	1.02	(0.82-1.28)	569	359 (63.1)	1.49	(1.18-1.88)**	
Renda familiar no último mês									
<i>Mais de R\$350,00</i>	931	521 (56.0)	1.00		985	568 (57.7)	1.00		
<i>Até R\$350,00</i>	346	215 (62.1)	1.29	(1.00-1.66)*	213	127 (59.6)	1.08	(0.80-1.47)	
Estado civil atual (não solteiro)									
<i>Não</i>	826	476 (57.6)	1.00		444	237 (53.4)	1.00		
<i>Sim</i>	451	260 (57.7)	1.00	(0.79-1.26)	753	458 (60.8)	1.36	(1.07-1.72)**	
Se mora sozinho (a) atualmente									
<i>Não</i>	1142	654 (57.3)	1.00		1009	579 (57.4)	1.00		
<i>Sim</i>	131	81 (61.8)	1.21	(0.83-1.75)	188	115 (61.2)	1.17	(0.85-1.61)	
Ter morado na rua alguma vez na vida									
<i>Não</i>	1071	580 (54.2)	1.00		943	500 (53.5)	1.00		
<i>Sim</i>	189	145 (76.7)	2.79	(1.95-3.99)**	255	191 (74.9)	2.59	(1.90-3.54)**	
Onde mora atualmente									
<i>Instituições e outros</i>	1168	667 (57.1)	1.00		997	573 (57.5)	1.00		
<i>Casa ou apartamento</i>	109	69 (63.3)	1.29	(0.86-1.95)	201	122 (60.7)	1.14	(0.83-1.56)	



**Tabela 6 (continuação)** - Análise univariada para violência física contra indivíduos com transtorno mental, estratificada por sexo. Projeto PESSOAS- Brasil/2007.

Características	Violência física sofrida									
	Total	Mulheres (n=1277)				Total	Homens (n=1198)			
n <sup>a</sup>		(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>	n <sup>a</sup>		(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>	
<b>Clínicas</b>										
Internação psiquiátrica anterior										
<i>Não</i>	623	292	(46.9)	1.00	402	202	(50.3)	1.00		
<i>Sim</i>	644	439	(68.2)	2.43	(1.93-3.05)**	790	488	(61.8)	1.60	(1.26-2.04)**
Idade na primeira internação psiquiátrica										
<i>18 anos ou mais</i>	1176	661	(56.2)	1.00		1063	603	(56.7)	1.00	
<i>&lt; 18 anos</i>	101	75	(74.3)	2.25	(1.42-3.56)**	135	92	(68.2)	1.63	(1.11-2.39)*
História de diagnóstico de DST na vida										
<i>Não</i>	1003	543	(54.1)	1.00		869	469	(11.1)	1.00	
<i>Sim</i>	257	186	(72.4)	2.22	(1.64-3.00)**	311	215	(16.7)	1.91	(1.45-2.51)**
Diagnóstico psiquiátrico principal atual										
<i>Outros diagnósticos e ignorados</i>	355	193	(54.4)	1.00		399	239	(59.9)	1.00	
<i>Transtorno bipolar</i>	158	90	(57.0)	1.11	(0.76-1.62)	64	37	(57.8)	0.92	(0.54-1.57)
<i>Transtorno depressivo</i>	248	116	(46.8)	0.74	(0.53-1.02)	70	35	(50.0)	0.67	(0.40-1.11)
<i>Esquizofrenia e outras psicoses</i>	516	337	(65.3)	1.58	(1.20-2.08)**	665	384	(57.7)	0.92	(0.71-1.18)

**Tabela 6 (continuação) - Análise univariada para violência física contra indivíduos com transtorno mental, estratificada por sexo.**

Características	Violência física sofrida									
	Total	Mulheres (n=1277)				Total	Homens (n=1198)			
n <sup>a</sup>		(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>	n <sup>a</sup>		(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>	
<b>Comportamentos e situações de risco para HIV/IST</b>										
Consumo de álcool na vida										
<i>Não</i>	598	288	(48.2)	1.00	269	118	(43.9)	1.00		
<i>Sim</i>	667	446	(66.9)	2.17	(1.73-2.73)**	924	575	(62.2)	2.11	(1.60-2.78)**
Uso de drogas ilícitas na vida										
<i>Não</i>	1131	620	(54.8)	1.00	783	383	(48.9)	1.00		
<i>Sim</i>	143	115	(80.4)	3.39	(2.20-5.20)**	411	310	(75.4)	3.21	(2.46-4.18)**
Iniciação precoce de relações sexuais (<16 anos)										
<i>Não</i>	1176	509	(53.3)	1.00	784	423	(54.0)	1.00		
<i>Sim</i>	101	227	(70.5)	2.09	(1.59-2.75)**	414	272	(65.7)	1.63	(1.28-2.09)**
Ter tido relações sexuais sob efeito álcool/drogas										
<i>Não</i>	1051	559	(53.2)	1.00	738	376	(51.0)	1.00		
<i>Sim</i>	219	174	(79.5)	3.40	(2.40-4.83)**	449	314	(69.9)	2.24	(1.75-2.87)**
Uso irregular de preservativos na vida										
<i>Não</i>	209	112	(53.6)	1.00	275	133	(48.4)	1.00		
<i>Sim</i>	1055	618	(58.6)	1.23	(0.91-1.65)	909	556	(61.2)	1.68	(1.28-2.21)**
Recebeu ou ofereceu dinheiro por sexo na vida										
<i>Não</i>	1089	596	(54.3)	1.00	701	357	(50.9)	1.00		
<i>Sim</i>	168	136	(81.0)	3.58	(2.39-5.36)**	480	330	(68.8)	2.12	(1.66-2.70)**
Já esteve preso na vida										
<i>Não</i>	1135	628	(55.3)	1.00	701	335	(47.8)	1.00		
<i>Sim</i>	135	107	(79.3)	3.09	(2.00-4.75)**	493	78	(72.6)	2.90	(2.26-3.71)**

(a) N<sup>o</sup> e proporção de participantes que sofreram violência física em cada categoria das variáveis, n total varia devido às informações não conhecidas

(b) Odds Ratio e intervalos de confiança de 95%; \* valor de p < 0,05; \*\* valor de p < 0,01

**Tabela 7** - Modelo multivariado estratificado por sexo para violência física sofrida por indivíduos com transtorno mental (p<0,05). Projeto PESSOAS, Brasil, 2007.

	<b>MULHERES</b> ORaj <sup>c</sup> (IC 95%) <sup>c</sup>	<b>HOMENS</b> ORaj <sup>c</sup> (IC 95%) <sup>c</sup>
Idade (18-40 anos)	-	<b>1.90 (1.44-2.50)**</b>
História de ter morado na rua alguma vez na vida	-	<b>1.71 (1.20-2.44)**</b>
Hospitalização Psiquiátrica prévia	<b>2.09 (1.63-2.68)**</b>	<b>1.39 (1.06-1.82)*</b>
História de diagnóstico de DST na vida	<b>1.75 (1.26-2.42)**</b>	<b>1.52 (1.11-2.09)**</b>
Consumo de álcool na vida	<b>1.59 (1.23-2.06)**</b>	<b>1.41 (1.03-1.94)*</b>
Uso de maconha ou cocaína na vida	-	<b>1.54 (1.12-2.12)**</b>
Idade da primeira relação sexual (< 16 anos)	<b>1.40 (1.03-1.90)*</b>	-
Relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas	<b>2.08 (1.40-3.10)*</b>	-
Ter recebido ou oferecido dinheiro em troca de sexo	<b>1.73 (1.09-2.75)*</b>	<b>1.47 (1.11-1.95)**</b>
Já esteve preso na vida	<b>1.69 (1.04-2.74)*</b>	<b>2.07 (1.56-2.75)**</b>

(c) Odds Ratio ajustado; e intervalo de confiança de 95%; \* valor de p < 0,05. \*\* valor de p < 0,01  
 Teste de Hosmer-Lemeshow: p= 0,850; graus de liberdade=8;  
 Teste de Hosmer-Lemeshow: p= 0,348; graus de liberdade=8.

#### **d. Verbal**

##### ***Violência verbal***

A prevalência global de violência verbal contra esta população foi de 68,4% (n=1693) (IC 95%=66,6; 70,2), 72,5% (n=926) entre mulheres e 64,0% (n=767) entre homens.

As principais fontes de violência verbal contra as mulheres com transtorno mental foram os pais (21,1%), parentes (45,5%), parceiros (38,6%), pessoas em instituições de saúde (funcionários, profissionais de saúde e outros pacientes) (10,0%), conhecidos (20,4%), desconhecidos (5,6%) e outros (17,4%). A violência verbal ocorreu em casa (73,4%), na rua (32,0%), no trabalho (7,2%), em instituições de saúde (10,0%) e em outros locais (8,5%) (Tabela 8).

As principais fontes de violência verbal contra os homens com transtorno mental foram os pais (16,9%), parentes (36,8%), parceiros (14,3%), pessoas em instituições de saúde (13,2%), conhecidos (33,6%), desconhecidos (13,2%) e outros (24,0%). A violência verbal ocorreu em casa (48,2%), na rua (29,3%), no trabalho (14,3%), em instituições de saúde (13,2%) e em outros locais (11,8%) (Tabela 8).

**Tabela 8** – Análise descritiva da violência verbal contra indivíduos com transtorno mental, estratificada por sexo. Projeto PESSOAS, Brasil, 2007 (n=2475).

	Mulheres		Homens	
	Nº	%	Nº	%
Sofreu violência verbal na vida				
<i>Não</i>	351	27,5	431	36,0
<i>Sim</i>	926	72,5	767	64,0
Perpetrador da violência verbal <sup>1</sup>				
<i>Parceiro (a)</i>	357	38,6	110	14,3
<i>Pais</i>	195	21,1	130	16,9
<i>Parentes</i>	421	45,5	282	36,8
<i>Pessoas em instituição de saúde</i> <sup>2</sup>	93	10,0	101	13,2
<i>Conhecidos</i>	189	20,4	258	33,6
<i>Desconhecidos</i>	52	5,6	101	13,2
<i>Outros</i>	161	17,4	184	24,0
Onde ocorreu a violência verbal <sup>1</sup>				
<i>No ambiente doméstico</i>	680	73,4	370	48,2
<i>Em instituição de saúde</i>	93	10,0	101	13,2
<i>Na rua</i>	297	32,0	369	29,3
<i>No trabalho</i>	67	7,2	110	14,3
<i>Outros locais</i>	79	8,5	91	11,8

(1) As proporções são em relação ao total daqueles que responderam sim no primeiro item

(2) Funcionários, profissionais da saúde e outros pacientes

### ***Análise univariada***

Entre as mulheres a análise univariada indicou que os seguintes fatores foram associados estatisticamente ( $p < 0,05$ ) com violência verbal na vida (Tabela 9). Fatores sociodemográficos: estado civil atual (não solteiro) (OR=2,36), ter morado na rua alguma vez na vida (OR=1,87) e onde mora atualmente (casa ou apartamento) (OR=2,34). Fatores clínicos e psiquiátricos: história de DST na vida (OR=2,49). Comportamentos/situações de risco para infecção pelo HIV/aids: uso de álcool na vida (OR=2,24), uso de drogas ilícitas na vida (OR=1,63), iniciação precoce de relações sexuais (<16 anos de idade) (OR=1,43), ter tido relações sexuais sob efeito álcool/drogas (OR=2,23), uso irregular de preservativos na vida (OR=1,79), receber ou oferecer dinheiro por sexo na vida (OR=1,95) e história de prisão na vida (OR=2,07).

Entre os homens a análise univariada mostrou que os seguintes fatores foram associados estatisticamente ( $p < 0,05$ ) com violência verbal na vida (Tabela 9). Fatores sociodemográficos: cinco ou mais anos de escolaridade (OR=1,63), estado civil atual (não solteiro) (OR=1,80), morar sozinho atualmente (OR=1,62), ter morado na rua alguma vez na vida (OR=2,64) e onde mora atualmente (casa ou apartamento) (OR=1,52). Fatores clínicos e psiquiátricos: história de DST na vida (OR=2,02). Comportamentos/situações de risco para infecção pelo HIV/aids: uso de álcool na vida (OR=2,07), uso de drogas ilícitas na vida (OR=2,08), iniciação precoce de relações sexuais (<16 anos de idade) (OR=1,48), ter tido relações sexuais sob efeito álcool/drogas (OR=2,07), uso irregular de preservativos na vida

(OR=1,86), receber ou oferecer dinheiro por sexo na vida (OR=1,75) e história de prisão na vida (OR=1,73).

### ***Análise multivariada***

Na análise multivariada, as mulheres tiveram cinco fatores associados independentemente e estatisticamente ( $p > 0,05$ ) com violência verbal (Tabela 10): ter morado na rua alguma vez na vida, morar atualmente em casa ou apartamento, história de DST na vida, consumo de álcool na vida e uso irregular de preservativos na vida. Os homens tiveram nove fatores associados: cinco ou mais anos de escolaridade, estado civil atual (não solteiro), morar sozinho atualmente, ter morado na rua alguma vez na vida, morar atualmente em casa ou apartamento, história de diagnóstico de DST na vida, uso de álcool na vida, uso de drogas ilícitas na vida, iniciação precoce de relações sexuais (<16 anos de idade), ter tido relações sexuais sob efeito álcool/drogas, receber ou oferecer dinheiro por sexo na vida e história de prisão na vida.

**Tabela 9** - Análise univariada para violência verbal contra indivíduos com transtorno mental estratificada por sexo. Projeto PESSOAS- Brasil/2007.

Características	Violência verbal sofrida									
	Total	Mulheres (n=1277)				Total	Homens (n=1198)			
		n <sup>a</sup>	(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>		n <sup>a</sup>	(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Sociodemográficas</b>										
Centro de recrutamento do participante										
<i>CAPS</i>	916	672	(73,4)	1,00		661	408	(61,7)	1,00	
<i>Hospital</i>	361	254	(70,4)	0,86	(0,66-1,13)	537	359	(66,9)	1,25 (0,99-1,59)	
Idade (anos)										
<i>&gt; 40</i>	704	506	(71,9)	1,00		576	360	(62,5)	1,00	
<i>18 a 40</i>	573	420	(73,3)	1,07	(0,84-1,39)	622	407	(65,4)	1,14 (0,90-1,44)	
Cor										
<i>Branca</i>	690	494	(71,6)	1,00		585	363	(62,0)	1,00	
<i>Não branca</i>	587	432	(73,6)	1,11	(0,86-1,42)	634	404	(65,9)	1,18 (0,93-1,50)	
Escolaridade										
<i>Menos do que cinco anos de estudo</i>	621	442	(71,2)	1,00		619	365	(59,0)	1,00	
<i>Cinco ou mais anos de estudo</i>	645	474	(73,5)	1,12	(0,88-1,44)	569	399	(70,1)	1,63 (1,28-2,08)**	
Renda familiar no último mês										
<i>Mais de R\$350,00</i>	931	664	(71,3)	1,00		985	629	(63,9)	1,00	
<i>Até R\$350,00</i>	346	262	(75,7)	1,25	(0,94-1,67)	213	138	(64,8)	1,04 (0,76-1,42)	
Estado civil atual (não solteiro)										
<i>Não</i>	451	309	(68,5)	1,00		753	454	(60,3)	1,00	
<i>Sim</i>	826	617	(74,7)	1,36	(1,05-1,75)*	444	312	(70,3)	1,80 (1,56-2,00)**	
Se mora sozinho (a) atualmente										
<i>Não</i>	1142	829	(72,6)	1,00		1009	619	(62,3)	1,00	
<i>Sim</i>	131	94	(71,8)	0,96	(0,64-1,43)	188	137	(72,9)	1,62 (1,15-2,29)**	
Ter morado na rua alguma vez na vida										
<i>Não</i>	1071	760	(71,0)	1,00		934	557	(59,6)	1,00	
<i>Sim</i>	189	155	(82,0)	1,87	(1,26-2,77)**	255	203	(79,6)	2,64 (1,90-3,68)**	
Onde mora atualmente										
<i>Instituições e outros</i>	109	60	(55,5)	1,00		201	112	(55,7)	1,00	
<i>Casa ou apartamento</i>	1168	866	(74,1)	2,34	(1,57-3,49)**	997	655	(65,7)	1,52 (1,12-2,07)**	



**Tabela 9 (continuação)** - Análise univariada para violência verbal contra indivíduos com transtorno mental, estratificada por sexo. Projeto PESSOAS- Brasil/2007

Características	Violência verbal sofrida									
	Total	Mulheres (n=1277)				Total	Homens (n=1198)			
		n <sup>a</sup>	(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>		n <sup>a</sup>	(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Clínicas</b>										
Internação psiquiátrica anterior										
<i>Não</i>	623	443	(71,1)	1,00		402	252	(62,7)	1,00	
<i>Sim</i>	644	476	(73,9)	1,15	(0,90-1,47)	790	510	(64,7)	1,08	(0,85-1,39)
Idade na primeira internação psiquiátrica										
<i>18 anos ou mais</i>	1176	849	(72,2)	1,00		1063	675	(63,5)	1,00	
<i>&lt; 18 anos</i>	101	77	(76,2)	1,24	(0,77-1,99)	135	92	(68,2)	1,23	(0,84-1,80)
História de diagnóstico de DST na vida										
<i>Não</i>	1003	700	(69,8)	1,00		869	522	(60,1)	1,00	
<i>Sim</i>	257	219	(85,2)	2,49	(1,72-3,61)**	311	234	(75,2)	2,02	(1,51-2,70)**
Diagnóstico psiquiátrico principal atual										
<i>Outros diagnósticos e ignorados</i>	355	258	(72,7)	1,00		399	258	(64,7)	1,00	
<i>Transtorno bipolar</i>	158	119	(72,1)	1,15	(0,75-1,76)	64	46	(71,9)	1,40	(0,78-2,50)
<i>Transtorno depressivo</i>	248	189	(76,1)	1,20	(0,83-1,75)	70	53	(75,7)	1,70	(0,95-3,05)
<i>Esquizofrenia e outras psicoses</i>	516	360	(69,8)	0,87	(0,64-1,17)	665	410	(61,7)	0,88	(0,68-1,14)

**Tabela 9 (continuação):** Análise univariada para violência verbal contra indivíduos com transtorno mental, estratificada por sexo. Projeto PESSOAS- Brasil/2007

Características	Violência verbal sofrida									
	Total	Mulheres (n=1277)				Total	Homens (n=1198)			
n <sup>a</sup>		(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>	n <sup>a</sup>		(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>	
<b>Comportamentos e situações de risco para HIV/IST</b>										
Consumo de álcool na vida										
<i>Não</i>	598	384	(64,2)	1,00	269	136	(50,7)	1,00		
<i>Sim</i>	667	534	(80,1)	2,24	(1,74-2,88)**	924	628	(68,0)	2,07	(1,57-2,73)**
Uso de drogas ilícitas na vida										
<i>Não</i>	1131	810	(71,6)	1,00	783	459	(58,6)	1,00		
<i>Sim</i>	143	115	(80,4)	1,63	(1,06-2,51)*	411	307	(74,7)	2,08	(1,60-2,71)**
Iniciação precoce de relações sexuais (<16 anos)										
<i>Não</i>	955	676	(70,8)	1,00	784	478	(61,8)	1,00		
<i>Sim</i>	322	250	(77,6)	1,43	(1,06-1,93)*	414	289	(69,8)	1,48	(1,15-1,91)**
Ter tido relações sexuais sob efeito álcool/drogas										
<i>Não</i>	1051	740	(70,4)	1,00	738	429	(58,1)	1,00		
<i>Sim</i>	219	182	(83,1)	2,23	(1,64-3,02)**	449	333	(74,2)	2,07	(1,60-2,67)**
Uso irregular de preservativos na vida										
<i>Não</i>	209	130	(62,2)	1,00	275	146	(53,1)	1,00		
<i>Sim</i>	1055	788	(74,7)	1,79	(1,31-2,45)**	909	616	(67,8)	1,86	(1,41-2,44)**
Recebeu ou ofereceu dinheiro por sexo na vida										
<i>Não</i>	1089	781	(71,1)	1,00	701	416	(59,3)	1,00		
<i>Sim</i>	168	139	(82,7)	1,95	(1,28-2,96)**	480	345	(71,9)	1,75	(1,36-2,25)**
Já esteve preso na vida										
<i>Não</i>	1135	809	(71,3)	1,00	701	414	(59,1)	1,00		
<i>Sim</i>	135	135	(83,7)	2,07	(1,29-3,32)**	493	352	(71,4)	1,73	(1,35-2,21)**

(a) Número e proporção de participantes que sofreram violência sexual em cada categoria das variáveis, n total varia devido às informações não conhecidas

(b) Odds Ratio e intervalos de confiança de 95%; \* valor de p < 0,05; \*\* valor de p < 0,01

**Tabela 10** - Modelo multivariado estratificado por sexo para violência verbal contra indivíduos com transtorno mental, Projeto PESSOAS, Brasil, 2007.

	<b>MULHERES</b>		<b>HOMENS</b>	
	<b>ORaj<sup>c</sup></b>	<b>(IC 95%)<sup>c</sup></b>	<b>ORaj<sup>c</sup></b>	<b>(IC 95%)<sup>c</sup></b>
Escolaridade (cinco ou mais anos de estudo)	-		<b>1.55</b>	<b>(1.19-2.01)**</b>
Estado civil atual (não solteiro)	-		<b>1.44</b>	<b>(1.09-1.88)**</b>
Mora sozinho (a) atualmente	-		<b>1.53</b>	<b>(1.05-2.25)*</b>
Ter morado na rua alguma vez na vida	<b>1.84</b>	<b>(1.18-2.86)**</b>	<b>2.47</b>	<b>(1.69-3.60)**</b>
Onde mora atualmente (casa ou apartamento)	<b>2.38</b>	<b>(1.48-3.83)**</b>	<b>1.63</b>	<b>(1.13-2.35)**</b>
História de diagnóstico de DST na vida	<b>2.07</b>	<b>(1.40-3.06)**</b>	<b>1.49</b>	<b>(1.08-2.06)*</b>
Consumo de álcool na vida	<b>1.82</b>	<b>(1.39-2.38)**</b>	<b>1.42</b>	<b>(1.04-1.94)*</b>
Uso irregular de preservativos na vida	<b>1.59</b>	<b>(1.14-2.21)**</b>	-	
Ter recebido ou oferecido dinheiro em troca de sexo	-		<b>1.33</b>	<b>(1.01-1.76)*</b>
Já esteve preso na vida	-		<b>1.34</b>	<b>(1.01-1.78)*</b>

<sup>c</sup>= Odds Ratio ajustados e intervalos de confiança de 95%; \* valor de p < 0,05. \*\* valor de p < 0,01

Teste de Hosmer-Lemeshow (mulheres): p= 0,722; graus de liberdade=5

Teste de Hosmer-Lemeshow (homens): p = 0,341; graus de liberdade=8

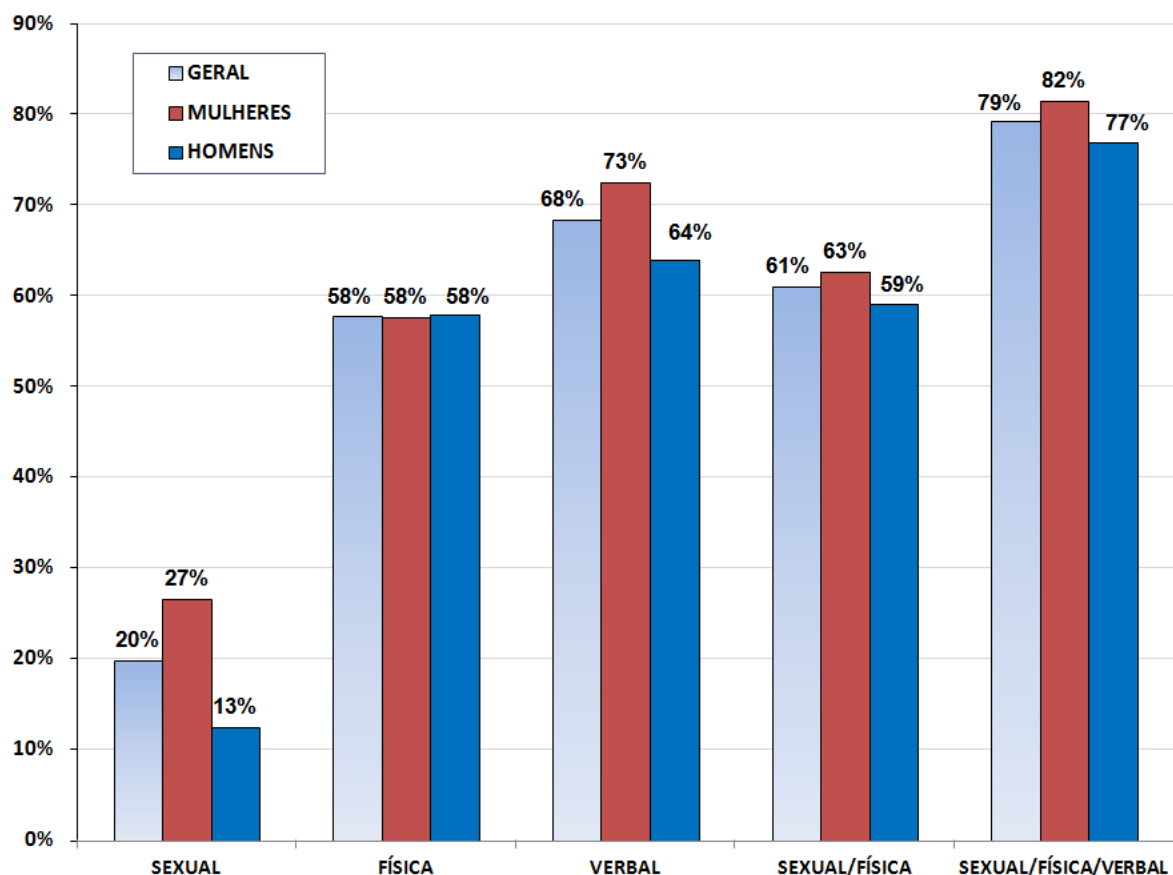
## 6 DISCUSSÃO

---

## 6. DISCUSSÃO

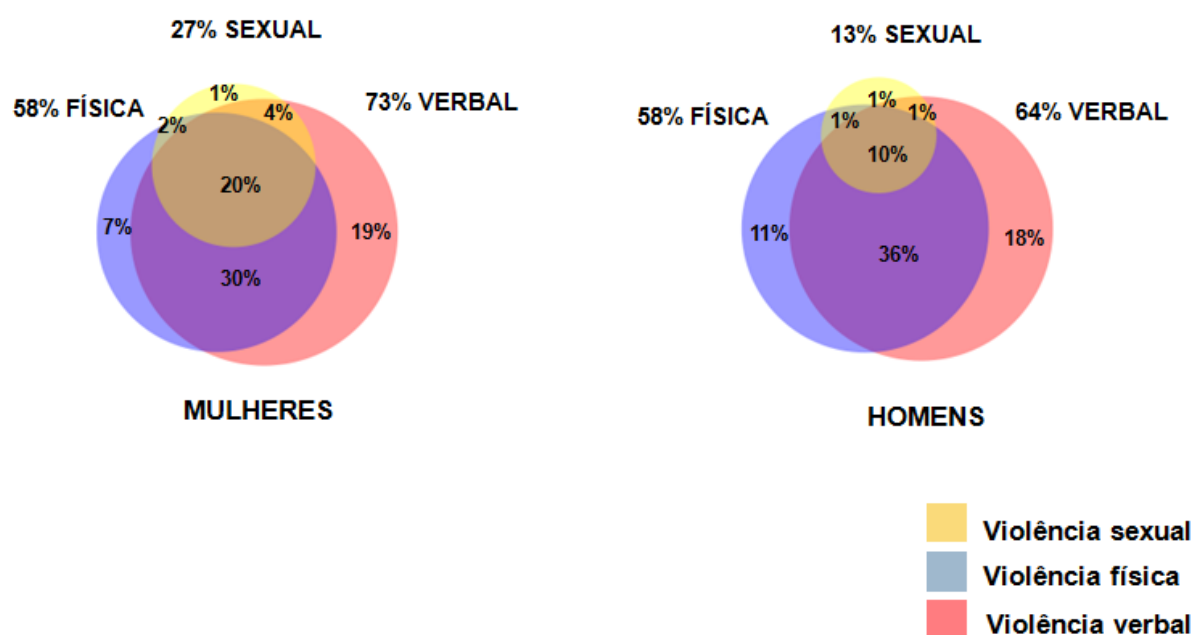
Este estudo indicou uma alta frequência de relatos de violência na vida contra mulheres e homens com transtorno mental, atingindo 79% dos indivíduos entrevistados (82% das mulheres e 77% dos homens) (Gráfico 1). Entre mulheres e homens, respectivamente, 27% e 13% relataram terem sofrido violência sexual, 58% para ambos violência física, 73% e 64% violência verbal. Para violência sexual e/ou física ou para todas as três violências, as mulheres apresentaram maiores prevalências do que os homens, indicando uma maior exposição das mulheres com transtorno mental as violências quando comparadas aos homens.

**Gráfico 1** – Prevalências de violência sexual, física e verbal contra homens e mulheres com transtorno mental, Projeto PESSOAS, 2007.



Destaca-se uma grande sobreposição dos três tipos de violência na vida (Diagrama 1). Uma proporção de 96% dos homens e mulheres que relataram ter sofrido violência sexual na vida, também sofreram violência física e/ou verbal. Houveram diferenças quanto ao sexo, observadas na maior proporção de violência sexual sofrida pelas mulheres (27%), mais do que o dobro da relatada pelos homens (13%), e na maior proporção de violência sexual sobreposta com violência verbal (4% em mulheres e 1% em homens). A violência física sofrida pelos homens sem sobreposição com outras violências (11%) representou quase o dobro da relatada pelas mulheres (7%), e observou-se sobreposição maior de violência física e verbal entre os homens (36% nos homens e 30% em mulheres). As violências verbal, física e sexual sobrepostas foram relatadas mais frequentemente em mulheres (20%, mais que o dobro do relatado pelos homens, 10%).

**Diagrama 1:** Sobreposição das violências sexual, física e verbal contra homens e mulheres com transtorno mental (Projeto PESSOAS, 2007).



Dados semelhantes com altas prevalências e sobreposições das violências são encontrados em estudos recentes com outros grupos da população brasileira. Uma pesquisa realizada com 275 mulheres com a idade entre 15 e 49 anos, em um distrito marcado pela pobreza e desigualdade social na região metropolitana da cidade de Brasília [Moura et al, 2009], encontrou uma proporção de 80% de relatos de violência psicológica sofrida, 58,6% de violência física e 28,6% de violência sexual na vida. Em outros estudos nacionais recentes as proporções foram de 3 a 37% de violência sexual, 4 a 81% de violência física e 19 a 80% de violência psicológica (incluindo verbal) contra as mulheres (Tabela 11), no entanto a maioria destes estudos não avaliaram a violência contra os homens [Vieira et al., 2011; Miranda et al., 2010; Oliveira et al., 2009; Moura et al., 2009; d'Oliveira et al., 2009; Silva et al., 2008; Palazzo et al., 2008; Ludermir et al., 2008; Audi et al., 2008; Schraiber et al., 2007; Marinheiro et al., 2006; Kronbauer et al., 2005; Schraiber et al., 2005].

**Tabela 11** – Proporções de autorrelatos de violência física, sexual ou psicológica (incluindo verbal) contra mulheres e homens da população em geral no Brasil, segundo dados de estudos publicados recentemente.

Autor (ano)	População	Período	Proporção de violência relatada (%)						PRINCIPAIS FATORES ASSOCIADOS
			SEXUAL		FÍSICA		VERBAL <sup>a</sup>		
			Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	
Palazzo et al. (2008)	1954 pessoas	Na vida	-	-	11	8	-	-	Sexo feminino, maior escolaridade, vivência de eventos estressantes, consulta por problemas emocionais
Miranda et al. (2010) <sup>d</sup>	784 mulheres	Na vida	-	-	26	-	-	-	-
Vieira et al. (2011) <sup>d</sup>	504 mulheres <sup>c</sup>	Na vida	-	-	35	-	-	-	Casa alugada, uso de substâncias
Silva et al. (2008)	273 mulheres vitimizadas <sup>c</sup>	Na vida	-	-	81	-	-	-	Distúrbios psiquiátricos menores
Oliveira et al.(2009) <sup>d</sup>	1631 pessoas	24 meses	-	-	6	4	-	-	Mais jovem e parceiro com abuso de álcool (mulheres) e baixa renda (homens)
Ludermir et al. (2008) <sup>d</sup>	2128 mulheres	12 meses	3	-	4	-	19	-	Transtornos mentais comuns
Audi et al. (2008) <sup>d</sup>	1379 gestantes	Gestação	7	-	-	-	19	-	Presença de transtorno mental comum Baixa escolaridade
Kronbauer et al.(2005) <sup>d</sup>	251 mulheres	Na vida	8	-	38	-	55	-	Idade (na psicológica); escolaridade, classe social, anos de união, nº gestações e distúrbios psiquiátricos menores (avaliados em violência psicológica e física)
Marinheiro et al.(2006)	265 mulheres <sup>c</sup>	Na vida	10	-	26	-	42	-	Uso de drogas pelo companheiro, condição socioeconômica, violência na família, escolaridade

Nota: <sup>a</sup> Psicológica, <sup>b</sup> violência física e/ou sexual, <sup>c</sup> Usuárias de serviços de saúde, <sup>d</sup> Violência por parceiros íntimos.

Ordenado em ordem crescente segundo as proporções dos autorrelatos de violência contra as mulheres e foram incluídos somente os fatores associados do indivíduo que relatou ter sofrido a violência.



**Tabela 11 (continuação)** – Proporções de autorrelatos de violência física, sexual ou psicológica (incluindo verbal) contra mulheres e homens da população em geral no Brasil, segundo dados de estudos publicados recentemente.

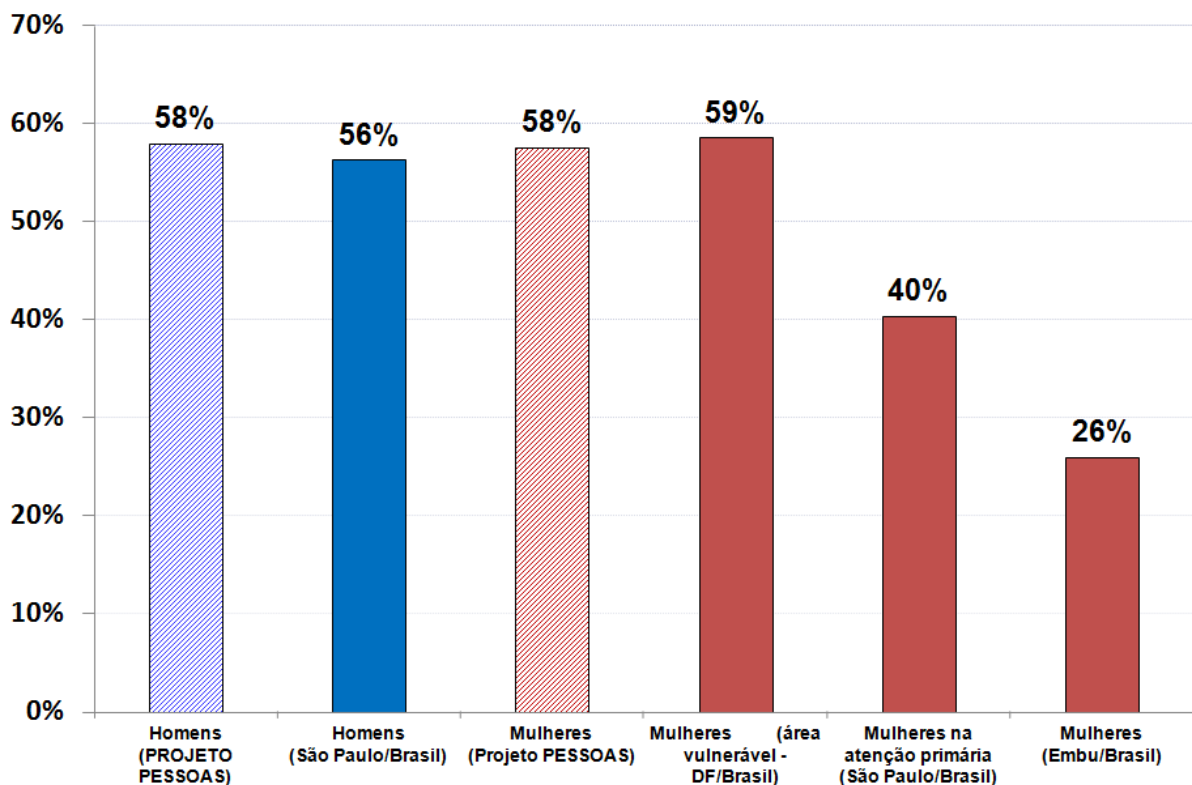
Autor (ano)	População	Período	Proporção de violência relatada (%)						PRINCIPAIS FATORES ASSOCIADOS
			SEXUAL		FÍSICA		VERBAL <sup>a</sup>		
			Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	
Schraiber et al. (2008) <sup>d</sup>	5040 pessoas	Na vida	12	5	-	-	-	-	Cor negra, menor renda, menor escolaridade.
Schraiber et al. (2007)	3193 mulheres <sup>c</sup>	Na vida	26	-	50	-	69	-	-
Moura et al. (2009) <sup>d</sup>	278 mulheres	Na vida	29	-	59	-	80	-	-
D'Oliveira et al. (2009) <sup>d</sup>	1188 mulheres <sup>b</sup>	Na vida	37	-	-	-	-	-	Menor escolaridade, abuso de álcool

Nota: <sup>a</sup> Psicológica, <sup>b</sup> violência física e/ou sexual, <sup>c</sup> Usuárias de serviços de saúde, <sup>d</sup> Violência por parceiros íntimos.

Ordenado em ordem crescente segundo as proporções dos autorrelatos de violência contra as mulheres e foram incluídos somente os fatores associados do indivíduo que relatou ter sofrido a violência.

Os dados do Projeto PESSOAS apontam uma frequência maior da violência física contra as mulheres com transtorno mental (58%) ao comparar com outros estudos com população em geral no Brasil, porém uma frequência próxima a observada em área vulnerável no Brasil (59%) (Gráfico 2) [Miranda et al., 2010; Moura et al., 2009; Schraiber et al., 2007; Schraiber et al., 2005].

**Gráfico 2** – Comparação de proporções de violência física contra homens e mulheres com transtorno mental no Projeto PESSOAS com outros estudos publicados sobre a população em geral brasileira.



Em estudos internacionais (Tabela 12), entre pacientes com transtornos mentais, são observadas também variações quanto à magnitude dos três tipos de violências (de 1 a 92%). As proporções variaram segundo o período estudado e amostras de participantes, sendo maior em pacientes com história de ter morado na rua [Goodman et al., 1995]. Nestes estudos internacionais as proporções de violência contra pacientes com transtorno mental variaram de 3 a 76% nas mulheres e 1 a 40% nos homens (para violência sexual). Quanto à violência física variaram de 7 a 87% nas mulheres e de 13 a 93% nos homens. Observa-se um predomínio da violência sexual e física contra as mulheres, comparadas com os homens na maior parte dos artigos publicados, e existem poucos os estudos sobre violência verbal.

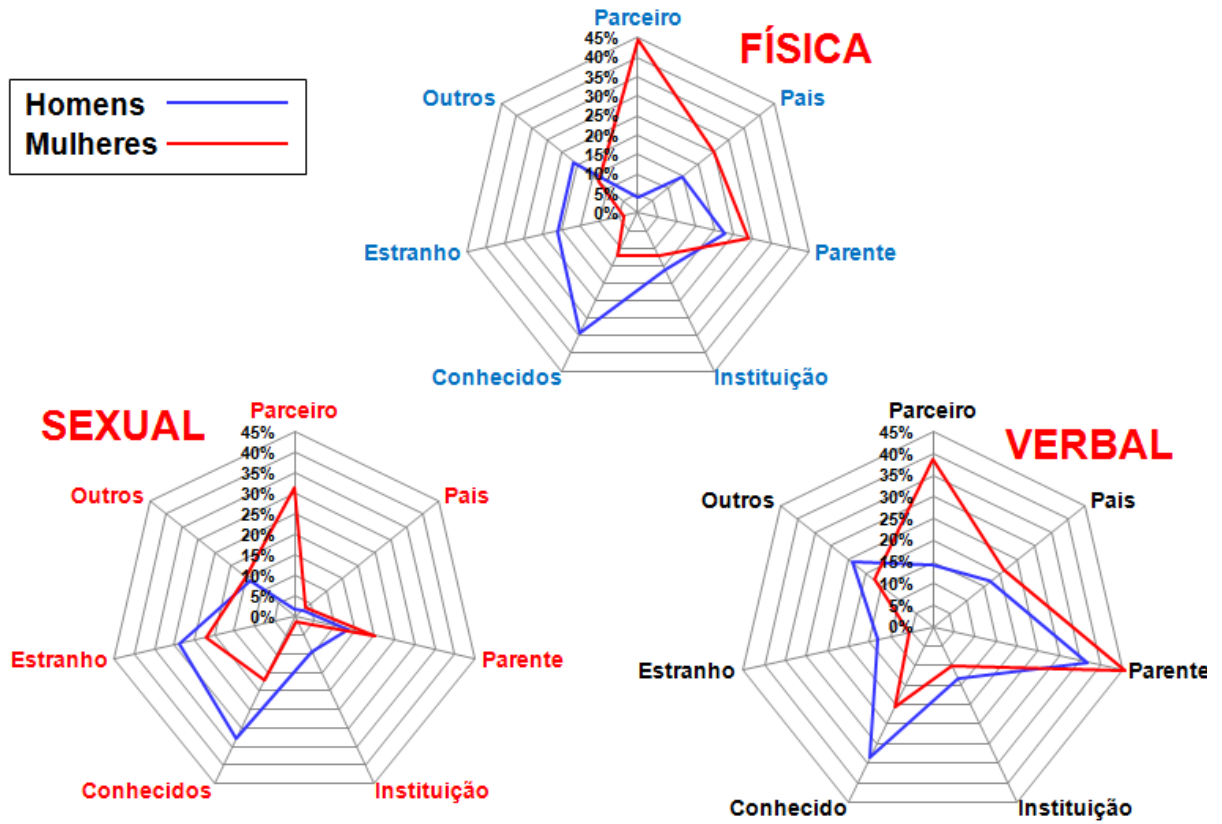
**Tabela 12** – Proporções de violência sexual, física ou verbal contra pacientes com transtorno mental, segundo dados de estudos selecionados de 1995 a 2010.

Autor (ano)	Período	Proporção de violência relatada (%)					
		SEXUAL		FÍSICA		VERBAL <sup>a</sup>	
		Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Bengtsson et al. (2005)	Último ano	3	-	7	-	22	-
Teplin et al.(2005)	Último ano	4	1	-	-	-	-
Shack et al.(2004)	Na vida <sup>b</sup>	5	8	19	16	-	-
Lam et al.(1998)	Dois meses	15	1	-	-	-	-
Bengtsson et al. (2007)	Vida adulta	19	-	28	-	-	-
Heru et al. (2006)	Último ano	19	29	92	93	92	83
Kim et al. (2006)	Infância	19	-	59	-	-	-
Coverdale et al. (2000)	Na vida <sup>b</sup>	20	14	12	20	-	-
Goodman et al. (2001)	Último ano	20	8	26	34	-	-
Neria et al. (2002)	Na vida	26	8	32	28	-	-
Conus et al. (2010) <sup>aa</sup>	Na vida	30	6	19	14	-	-
Chang et al., (2011)	Vida adulta	32	4	50	18	39	27 <sup>d</sup>
Chandra et al. (2003)	Na vida	34	-	-	-	-	-
Bengtsson et al. (2005)	Na vida	36	-	32	28	46	-
Kim et al. (2006)	Na vida	37	-	59	-	-	-
Meade et al. (2009)	Infância	43	24	43	24	-	-
Shack et al. (2004)	Na vida <sup>c</sup>	46	18	19	16	-	-
Goodman et al. (2001)	Infância	49	30	55	58	-	-
Shack et al. (2004)	Na vida	51	25	65	13	-	-
Coverdale et al. (2000)	Na vida <sup>c</sup>	55	26	47	32	-	-
Najavits et al. (2004)	Na vida	57	-	66	-	90	-
Goodman et al. (2001)	Vida adulta	57	25	75	80	-	-
Lu et al. (2008)	Infância	58	28	-	-	-	-
Meade et al. (2009)	Infância	63	33	61	50	-	-
Goodman et al. (2001)	Na vida	68	40	82	86	-	-
Goodman et al. (1995)	Vida adulta	76	-	87	-	-	-

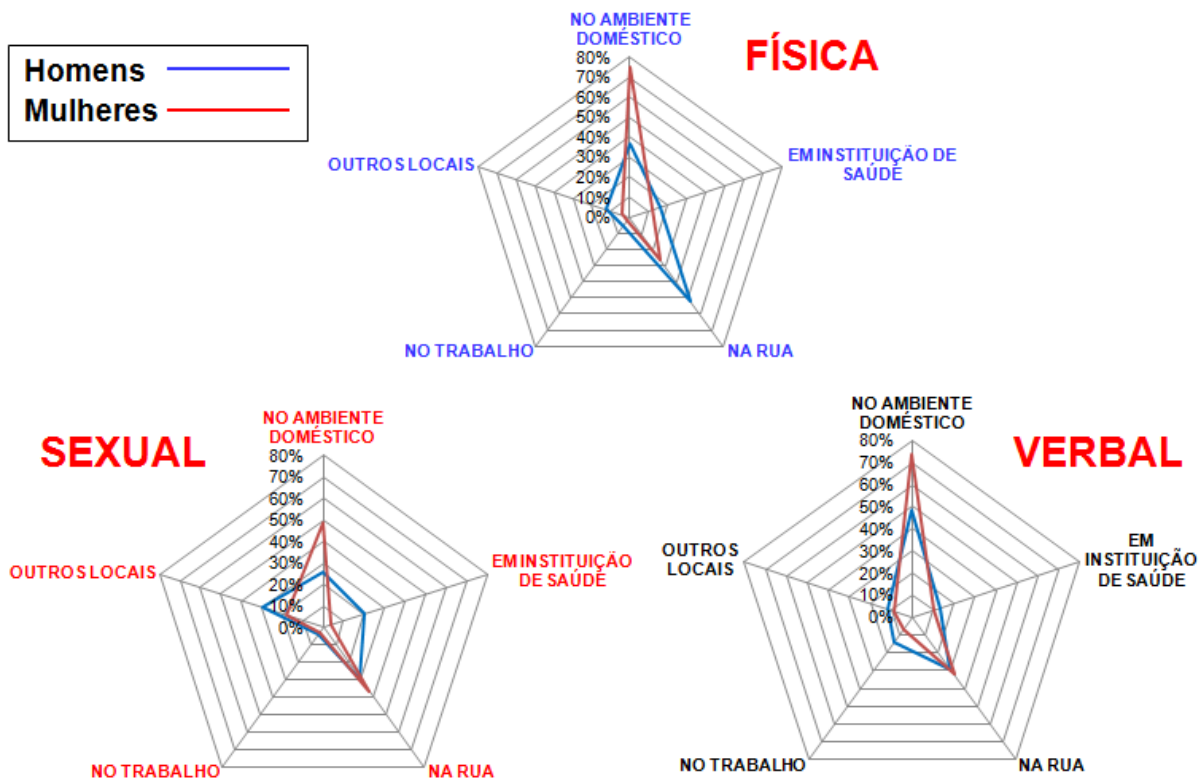
Nota: <sup>a</sup> Psicológica, <sup>b</sup> somente um tipo de violência, sem outras violências concomitantes (“puro”), <sup>c</sup> o tipo “puro” e não “puros” (e.g. sexual ou sexual+física), <sup>d</sup> violência emocional.

Os dados sobre o contexto das violências ressaltam a maior exposição das mulheres a violência, perpetrada por pessoas do relacionamento íntimo ou familiar no ambiente doméstico (Gráficos 3 ao 6). Os homens estão mais expostos à violência na rua e outros lugares, perpetrada por parentes ou pessoas conhecidas em sua maioria (Gráficos 3 ao 6). Somente a violência verbal entre os homens no ambiente doméstico apresenta maior proporção. Quanto à violência sexual, os homens apresentaram uma maior proporção de relatos na infância. Há um grande silêncio entre a maioria dos homens e mulheres quanto a violência sexual sofrida. Os dados sobre perpetradores e locais onde ocorreram as violências são semelhantes aos estudos sobre violência contra indivíduos com transtornos mentais publicados internacionalmente (Bengtsson-Tops et al., 2005; Meade et al., 2009; Kim et al., 2006; Chandra et al., 2003; Hiday et al., 1998). As mulheres com transtorno mental que relataram ter morado na rua diferem das outras mulheres quanto ao local e aos perpetradores de violência sexual. Nesta situação a maior parte dos relatos é de perpetração da violência por estranhos (Goodman et al., 1995). Outro dado importante são os relatos de violência contra pacientes com transtorno mental dentro de serviços de saúde ou perpetrados por profissionais da saúde, que também são apontados por outros autores [Frueh et al., 2005], merecendo maior atenção nos serviços de saúde mental.

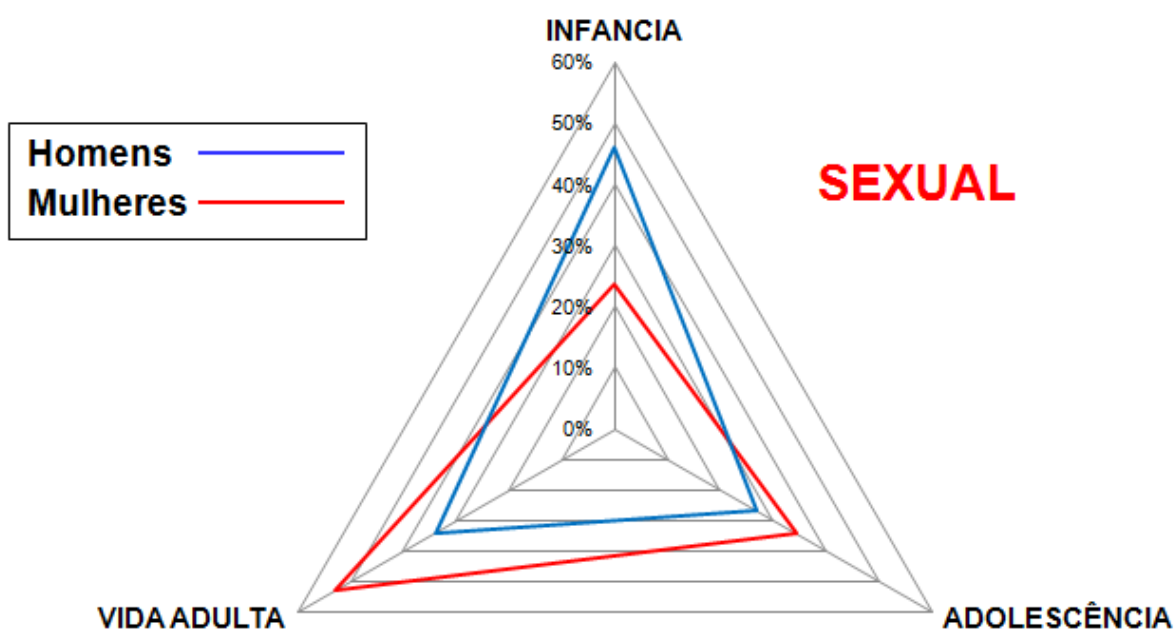
**Gráfico 3** – Comparação das proporções de violência sexual, física e verbal contra homens e mulheres com transtorno mental, segundo o perpetrador da violência, Projeto PESSOAS, 2007.



**Gráfico 4** – Comparação das proporções de violência sexual, física e verbal contra homens e mulheres com transtorno mental, segundo o local de ocorrência da violência, Projeto PESSOAS, 2007.

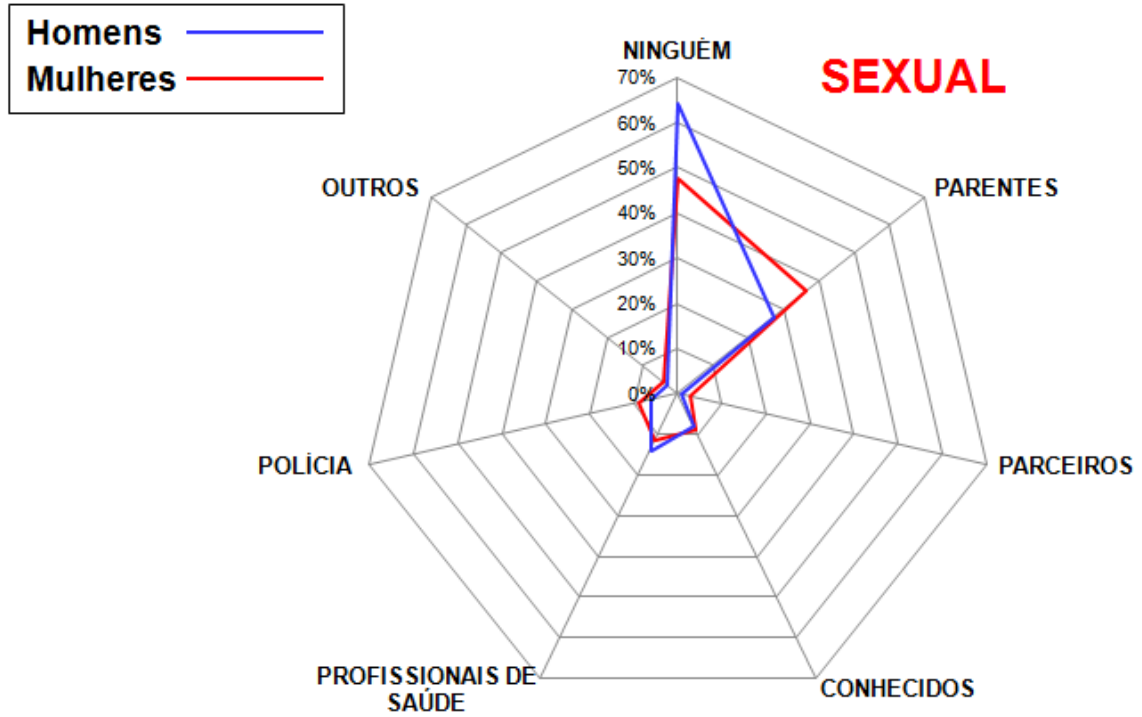


**Gráfico 5** – Comparação das proporções de violência sexual contra homens e mulheres com transtorno mental, segundo o período que ocorreu da violência, Projeto PESSOAS, 2007.





**Gráfico 6** – Comparação das proporções de violência sexual contra homens e mulheres com transtorno mental, segundo para quem foi comunicado, Projeto PESSOAS, 2007.



Ao avaliar cada violência separadamente neste estudo, observa-se que os relatos de violência sexual em homens e mulheres com transtorno mental são mais frequentes em indivíduos mais jovens, com histórico prévio de internação psiquiátrica ou encarceramento, com diagnóstico de transtornos depressivos, esquizofrenias e outras psicoses. Especificamente entre as mulheres ressaltam-se aspectos sociais, como morar sozinha e história de ter morado na rua, observado também em outros estudos [Goodman et al., 1995; Dean et al., 2007]. Além destes, são fatores associados o diagnóstico de DST na vida, o início precoce de relações sexuais (antes dos 16 anos) e ter comportamento de risco para infecção pelo HIV, como o uso irregular de preservativos. Os fatores associados à violência sexual contra os homens, além dos itens comuns com as mulheres citados acima, são história da primeira internação psiquiátrica em idade mais jovem (antes dos 18 anos de idade) e com história de uso de maconha e cocaína na vida. A associação da primeira internação psiquiátrica em idade mais jovem com maior risco de vitimização foi observado em outro estudo, mas não identificaram o sexo ou diagnósticos psiquiátricos como preditores [Goodman et al., 2001].

Quanto à violência física contra homens e mulheres com transtorno mental, são mais frequentes os relatos de violência física naqueles indivíduos com história prévia de internação psiquiátrica, com história de DST na vida, consumo de álcool na vida, ter recebido ou oferecido dinheiro por sexo e ter história de encarceramento na vida. Ao estratificar por sexo, observa-se que nas mulheres o relato de violência física na vida é mais frequente quando há um histórico de início mais precoce das relações sexuais (menos que 16 anos de idade) e uso de álcool e drogas durante as relações sexuais. É importante ressaltar, que não há associação com a idade, história de ter morado na rua e diagnóstico psiquiátrico, que foi observado na violência sexual.

Isto pode estar relacionado à alta frequência da violência física contra as mulheres em qualquer idade, não tendo relação com outras variáveis sociodemográficas ou clínicas neste grupo de indivíduos com transtorno mental. Isto ressalta ainda mais a vulnerabilidade à violência física deste grupo e é apontado também por outros autores que estudaram populações semelhantes [Khalifeh et al., 2010]. Nos homens, a violência física foi relatada entre os mais jovens (18-40 anos de idade), com história de ter morado na rua e com história de uso na vida de maconha ou cocaína.

Em relação à violência verbal contra indivíduos com transtorno mental, são fatores associados comuns entre homens e mulheres: o relato de ter morado na rua, morar em casa ou apartamento atualmente (diferenciando dos ambientes institucionais) e história de diagnóstico de DST na vida. As mulheres que sofrem violência verbal tem como fator associado o uso irregular de preservativos na vida. Diferentemente das mulheres, entre os homens sofrer violência verbal foi associado aos seguintes fatores: maior escolaridade (cinco ou mais anos de estudo), estado civil (em união, viúvos, separados, desquitados, divorciados), morar sozinho atualmente, ter recebido ou oferecido dinheiro em troca de sexo e história de encarceramento.

Na análise multivariada ao comparar os três tipos de violência, houve diferenças em cada violência, quanto ao sexo, mas alguns fatores associados são comuns a todos os tipos de violência. Para mulheres a história de diagnóstico de DST e para homens ter recebido ou oferecido dinheiro em troca de relações sexuais, foram relatados em todos os tipos de violência (Tabela 13). A maior parte dos fatores associados as violências em ambos os sexos, foi associado a mais de um tipo de violência (e.g. sexual+física ou sexual+verbal ou física+verbal) (Tabela 13 e Figura 10).

**Tabela 13** - Modelo multivariado final da avaliação dos fatores associados com as violências física, sexual e verbal contra mulheres ou homens com transtorno mental, Projeto PESSOAS, Brasil, 2007.

CARACTERISTICAS	VIOLENCIAS					
	SEXUAL (ORaj)		FÍSICA (ORaj)		VERBAL (ORaj)	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Idade ( <i>18-40 anos de idade</i> )	1,78	1,59	-	1,90	-	-
Escolaridade ( <i>cinco ou mais anos de estudo</i> )	-	-	-	-	-	1,55
Estado civil atual ( <i>não solteiro</i> )	-	-	-	-	-	1,44
Mora sozinho (a) atualmente	2,22	-	-	-	-	1,53
História de ter morado na rua alguma vez na vida	2,33	-	-	1,71	1,84	2,47
Onde mora atualmente ( <i>casa ou apartamento</i> )	-	-	-	-	2,38	1,63
Hospitalização Psiquiátrica prévia	1,65	2,30	2,09	1,39	-	-
Idade da primeira hospitalização ( <i>&lt;18 anos de idade</i> )	-	2,10	-	-	-	-
História de DST na vida	1,76	-	1,75	1,52	2,07	1,49
Diagnóstico psiquiátrico principal						
<i>Outros diagnósticos ou ignorados</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Transtorno bipolar</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Transtorno depressivo</i>	1,86	2,77	-	-	-	-
<i>Esquizofrenia e outras psicoses</i>	1,44	1,64	-	-	-	-
Consumo de álcool na vida	-	-	1,59	1,41	1,82	1,42
Uso de maconha ou cocaína na vida	-	1,66	-	1,54	-	-
Idade da primeira relação sexual ( <i>&lt; 16 anos de idade</i> )	1,73	-	1,40	-	-	-
Relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas	-	-	2,08	-	-	-
Uso irregular de preservativos na vida	1,83	-	-	-	1,59	-
Ter recebido ou oferecido dinheiro em troca de sexo	1,78	1,67	1,73	1,47	-	1,33
Já esteve preso na vida	-	-	1,69	2,08	-	1,34

**Figura 10** – Quantidade de tipos de violência (sexual, física e/ou verbal) contra pacientes com transtorno mental segundo os fatores associados, Projeto PESSOAS, Brasil, 2007.

	MULHERES	HOMENS
Um tipo de violência	Idade (mais jovem) Mora sozinho (a) atualmente Relações sexuais sob o efeito de álcool/drogas Já esteve preso na vida	Escolaridade (5 ou mais anos de estudo) Estado civil atual (não solteiro) Mora sozinho (a) atualmente Onde mora atualmente (casa/apartamento) Idade da primeira hospitalização
Dois tipos de violência	Ter morado na rua alguma vez na vida Onde mora atualmente (casa/apartamento) Hospitalização psiquiátrica prévia Transtorno depressivo Esquizofrenia e outras psicoses Consumo de álcool na vida Idade da 1ª relação sexual Uso irregular de preservativos na vida Recebeu/ofereceu dinheiro em troca de sexo	Idade (mais jovem) Ter morado na rua alguma vez na vida Hospitalização psiquiátrica prévia História de DST na vida Hospitalização psiquiátrica prévia Transtorno depressivo Consumo de álcool na vida Uso de maconha ou cocaína na vida Já esteve preso na vida
Três tipos de violência	História de DST na vida	Recebeu/ofereceu dinheiro em troca de sexo

Nem todos os trabalhos fazem distinções no estudo da violência, tanto para cada tipo de violência, como estratificado por sexo, dificultando a análise e comparabilidade da violência sofrida quanto ao sexo nos diferentes estudos [Krug et al., 2002; Khalifeh et al., 2010]. No entanto observa-se um número maior de artigos que apontam a violência como associada aos seguintes fatores: uso de substâncias psicoativas – álcool e/ou drogas, transtornos mentais comuns, transtornos mentais graves, história de ter morado na rua, sexo feminino, idade mais jovem, crime/encarceramento, transtorno de personalidade, além de comportamentos de risco para HIV, suporte social/econômico, idade mais jovem de início do transtorno mental e tentativas de autoextermínio/suicídio (Tabela 15).

**Tabela 15** – Número de artigos publicados recentemente segundo os fatores associados independentemente à violência sexual, física ou verbal contra pacientes com transtorno mental, segundo dados de estudos selecionados de 1995 a 2010.

	Sexual/ Física	Sexual somente	Física somente	Verbal (psicológica)
Uso de substâncias	12	2	3	-
Transtornos mentais comuns <sup>1</sup>	4	1	1	7
Transtornos mentais graves <sup>2</sup>	6	-	1	2
História de morador de rua	7	-	-	-
Sexo feminino	3	2	1	-
Idade mais jovem	3	-	-	1
Crime/Encarceramento	3	-	-	-
Transtorno de personalidade	2	-	1	-
Comportamentos de risco para HIV	2	-	-	-
Suporte social/econômico	1	-	1	-
Idade mais jovem de início do TM	1	-	1	-
Tentativas de autoextermínio/ suicídio	1	-	1	-

Nota: <sup>1</sup> Estudos recentes com a população em geral (mulheres e/ou homens) no Brasil.

<sup>2</sup> Transtornos mentais graves ou sintomatologia/psicopatologia mais grave.

Ao avaliar conjuntamente as análises multivariadas das violências sexual, física e verbal, nas mulheres e nos homens do Projeto PESSOAS (Tabela 13), observa-se um conjunto de variáveis que caracterizam as violências contra os pacientes com transtorno mental e que também são assinaladas pela literatura científica sobre violência. No grupo de variáveis sociodemográficas, o sexo feminino foi associado à violência contra pacientes com transtorno mental, indicando uma maior vulnerabilidade desta população à violência, dado confirmado por vários estudos [Neria et al., 2002; Chapple et al., 2004; Conus et al., 2010<sup>aa</sup>; White et al., 2006; Goodman et al., 2001]. Quanto à faixa etária, a violência sexual na vida contra mulheres foi associada à idade mais jovem (de 18 a 40 anos de idade). Nos homens a violência física e a sexual foram associadas à idade mais jovem também. Ressalta-se a vulnerabilidade da juventude à violência no Brasil (Waiselfisz et al., 2011; Abramsky et al., 2011; Waiselfisz et al., 2010; Brasil, 2010). Estudos com indivíduos com transtorno mental também apontam maior exposição à violência nos mais jovens [Lehman et al, 1984].

Os autorrelatos de violência verbal foram associados à maior escolaridade entre os homens. Indivíduos do sexo masculino com maior escolaridade podem ter um conhecimento maior, e assim identificar e informar sobre a violência sofrida [Hiday et al., 1999; Newman et al., 2010]. A violência verbal foi associada a não ser solteiro nos pacientes do sexo masculino. Pacientes com transtorno mental tem maior desorganização psíquica, além de comprometimento social e ocupacional que podem dificultar as relações íntimas e ter mais conflitos ou menor capacidade para resolvê-los [Chapple et al., 2004].

Entre as mulheres a violência sexual foi associada com morar sozinho atualmente e entre os homens a violência verbal. Pode ser resultado de um histórico de violência [Silver et al., 2002; Cascardi et al., 1996], ou enfatizar que a falta de suporte social contribui para maior vulnerabilidade em relação à violência [Dean et al., 2007]. Entre as mulheres ter morado na rua alguma vez na vida foi associado à violência verbal e entre os homens a violência verbal e a física. A violência doméstica pode contribuir para o indivíduo sair de casa e morar na rua, mas a rua também é considerada um local de maior exposição à violência [Hiday et al., 1999; Walsh et al., 2003, Krug et al., 2002]. A violência verbal foi associada a morar atualmente em casa ou apartamento em ambos os sexos, ressaltando mais uma vez a violência doméstica existente contra estes indivíduos com transtorno mental conforme observado em outros estudos [Howard et al., 2010].

No grupo de variáveis clínicas, a violência física e a sexual foram associadas à hospitalização prévia em ambos os sexos. Pode indicar um agravamento ou surgimento dos transtornos mentais devido à violência sofrida, mas também uma exposição maior ou vulnerabilidade dos pacientes mais graves ou desinstitucionalizados à violência [Honkonen et al., 2004; Goodman et al., 2001]. A violência sexual foi associada nas mulheres à idade menor que 18 anos na primeira hospitalização. Pode indicar também um agravamento ou surgimento dos transtornos mentais em idade mais precoce devido à violência [Dean et al., 2007; Goodman et al., 2001], mas também uma exposição maior dos pacientes mais jovens e/ou mais graves à violência [Lehman et al, 1984].

Os três tipos de violência foram associados à história de DST na vida, entre as mulheres. Entre os homens somente a violência verbal e a física foram associadas à



história de DST na vida. Pode indicar maior vulnerabilidade as DST ao serem expostos à violência [Meade et al., 2009; Kim et al., 2006; Brunette et al., 2003]. A violência sexual foi associada ao diagnóstico de transtorno depressivo e esquizofrenia (e outras psicoses) em ambos os sexos. Pode indicar o agravamento ou desencadeamento de transtornos mentais devido à violência, até mesmo nos quadros psicóticos [Varese et al., 2012; Schafer et al., 2012; Bebbington et al., 2011; Bebbington et al., 2009; Read et al., 2005]. Há relatos de maior exposição à violência dos pacientes com transtornos mentais como a depressão ou esquizofrenia/psicoses [Hsu et al., 2009; Kim et al., 2006]. Por outro lado, uma sintomatologia grave é mais frequente nos indivíduos com transtorno mental que sofreram violência [Newman et al., 2010; McPherson et al., 2007; Walsh et al., 2003; Leverich et al., 2002; Hiday et al., 2002; Lysaker et al., 2001; Brekke et al., 2001]. Além disto, a comorbidade com transtorno de personalidade é mais frequente em indivíduos com transtorno mental que sofreram violência [Dean et al., 2007; Walsh et al., 2003]. Há associação também entre sofrer violência na vida e comportamentos violentos nesta população, que pode indicar maior gravidade clínica [Hiday et al., 2001].

Finalmente, no grupo de variáveis de comportamentos ou situações de risco para infecção por HIV, a violência verbal e a física foram associadas ao consumo de álcool na vida em ambos os sexos. O consumo de álcool tem sido indicado frequentemente como uma causa ou consequência da violência [Newman et al., 2010; Hodgins et al., 2008; McPherson et al., 2007; Honkonen et al., 2004; Brekke et al., 2001]. A violência física e a sexual foram associadas ao uso de maconha ou cocaína entre os homens. O consumo de drogas ilícitas também poderiam ter uma dupla direção na associação com a violência sofrida [Newman et al., 2010; Hodgins

et al., 2008; McPherson et al., 2007; Mueser et al., 2004]. A violência física foi associada a ter tido relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas entre as mulheres, que é mais um item que indica vulnerabilidade para DST e reafirma como outros autores sobre a importância da violência contra os pacientes com transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas [Meade et al., 2009; Teasdale et al., 2009; Hsu et al., 2009; Chapple et al., 2004; Honkonen et al., 2004; Walsh et al., 2003; Walsh et al., 2003; Goodman et al., 2001; Brekke et al., 2001; Hiday et al., 1999].

A violência verbal e a sexual foram associadas nas mulheres ao uso irregular de preservativos na vida. O uso irregular de preservativos poderia ser uma consequência da violência sofrida e indicar um maior risco desta população para infecção pelo HIV [Meade et al., 2009; Rosenberg et al., 2007; Kim et al., 2006]. Entre as mulheres a violência física e a sexual foram associadas a ter recebido ou oferecido dinheiro em troca de sexo. Os três tipos de violência foram associados a ter recebido ou oferecido dinheiro em troca de sexo entre os homens. Estes contatos sexuais são relações que podem ser acompanhadas de violência [Kim et al., 2006; Krug et al., 2002]. Podem indicar também que vítimas de violência tenham dificuldade em estabelecer relacionamentos, em especial os indivíduos com transtorno mental [Dean et al., 2007; Chapple et al., 2004].

A violência física foi associada entre as mulheres a já ter sido presa na vida. Já entre os homens a violência verbal e a física foram associadas a ter sido preso. Pode indicar que o encarceramento expõe à violência e/ou que vítimas de violência tenham maior chance de se envolverem em situações que possam ser incriminados e presos [Schomerus et al., 2008; White et al., 2006]. Esta população é exposta aos procedimentos da segurança pública ou ao sistema judiciário mais frequentemente

do que a população em geral (principalmente como vítimas), porém é mais difícil o acesso desta população à atenção adequada no sistema judiciário, inclusive pelos custos do envolvimento com o sistema [Maniglio et al., 2009; Dean et al., 2007; White et al, 2006]. Isto deve ser considerado no planejamento em saúde, pois pode representar um percentual significativo de gastos com estes pacientes. Foi observado num estudo entre 709 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, que os gastos com a justiça nos EUA representaram o equivalente a 6% dos custos diretos em saúde nos cuidados com esta população, excluindo indivíduos que já estavam encarcerados [Honkonen et al., 2004]. Os procedimentos de desinstitucionalização de pacientes, principalmente os pacientes com esquizofrenia, devem ser acompanhados de programas de prevenção da violência, pois estes indivíduos são mais vulneráveis para sofrer violência na interação com a comunidade [Honkonen et al., 2004; Brekke et al., 2001] e tem um risco maior de sofrer homicídio [Hiroeh et al., 2001].

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser lembradas. Não foram incluídos pacientes mais graves, instáveis, com deficiência mental grave ou em tratamento em serviços específicos de atenção em dependência química, devido ao desenho do estudo. Isto pode ter subestimado a prevalência das violências sexuais, físicas e verbais contra esta população. Os serviços de residência terapêutica e os centros de convivência não foram incluídos neste estudo, mas estes serviços, na verdade, acompanham usuários que fazem tratamento nos serviços de saúde mental como os que foram incluídos neste estudo e as unidades psiquiátricas nos hospitais gerais representam uma minoria dos serviços públicos de saúde mental no país, onde o maior incentivo e aceitação têm sido para a abertura de centros de atenção psicossocial (CAPS), (Brasil, 2011). Além disto, deve-se lembrar que a

violência pode estar contribuindo como causa ou consequência dos fatores identificados como associados. Apesar disto, as informações produzidas são de extrema importância tendo em vista a falta de estudos nesta área [BRASIL, 2011; WHO, 2010<sup>c</sup>; Khalifeh et al., 2010; Teasdale 2010; WHO, 2009; Maniglio et al., 2009;].

É importante ressaltar que ao pesquisar os diferentes tipos de violência nos indivíduos com transtorno mental em tratamento nos serviços de saúde mental, há uma produção de conhecimento inédito para área. Foi identificada uma maior prevalência dos diferentes tipos de violência contra esta população e importantes fatores associados. As violências isoladas ou concomitantes contribuem para a caracterização de um ambiente desfavorável para estes indivíduos e de impacto negativo na saúde. A violência pode propiciar o surgimento ou agravamento de transtornos mentais, mas também pode indicar uma vulnerabilidade à violência destes indivíduos com transtorno mental. A violência contra indivíduos com transtorno mental é mais frequente do que na população em geral (Figura 3), menos identificada pelos profissionais de saúde e ainda pouco explorada pelos pesquisadores [Dean et al., 2007], sendo necessárias mais pesquisas que forneçam informações para ações preventivas [Khalifeh et al., 2010; Maniglio et al., 2009].

## **7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

---

## 7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A violência contra indivíduos com transtorno mental é maior que na população em geral. Deve-se aproveitar as oportunidades nos serviços de saúde mental para sensibilizar os profissionais de saúde e a sociedade, a respeito da violência física, sexual ou verbal perpetrada contra indivíduos com transtorno mental [Rose et al., 2011; Chang et al., 2011; Hodgins et al., 2008; Choe et al., 2008; Cusack et al., 2004]. Tanto as mulheres como os homens com transtorno mental sofrem mais violência do que a população em geral no Brasil, ações preventivas e de cuidados em saúde podem produzir impactos importantes no padrão de uso dos serviços (Schraiber et al., 2010). O Ministério da Saúde do Brasil publicou a Portaria nº104 na data de 25 de janeiro de 2011, que propõe a notificação dos eventos de violência sofrida pelos usuários de serviços de saúde. Faz-se necessário implementar ações que abordem o problema da violência no contexto da saúde mental, não basta somente notificar [Howard et al., 2010]. As informações sobre a violência contra esta população devem ser disseminadas para todos os serviços de saúde e setores da sociedade [Choe et al., 2008]. Recomendamos que as equipes de saúde, em especial dos serviços de saúde mental, sejam treinadas para atuar na prevenção e atenção as vítimas de violência, possibilitando a redução das barreiras de acesso aos cuidados, em especial aos indivíduos com sofrimento mental em tratamento nestes serviços [Choe et al., 2008]. As informações produzidas neste estudo apontam para a importância de ações nos serviços de saúde mental, tanto nos CAPS como nos hospitais psiquiátricos.

Deve-se considerar as diferenças quanto ao tipo de violência sofrida. A violência sexual contra as mulheres com transtorno mental ocorre no ambiente doméstico e muitas vezes não é comunicada a ninguém. Os homens relatam também ter sofrido violência sexual na vida, principalmente na infância. A violência física é muito frequente em ambos os sexos, com um predomínio no ambiente doméstico entre as mulheres e na rua entre os homens. Lembrar que é mais fácil obter o relato da violência verbal, e que ela muitas vezes vai ocorrer concomitante à violência física ou à sexual (Diagrama 1), que podem ser menos relatadas por vergonha, principalmente entre os homens. Nestes a escolaridade pode ajudar na identificação e no relato da violência verbal. Deve-se sempre pesquisar e considerar as diferenças quanto ao sexo nas diferentes violências contra os indivíduos com transtorno mental [Khalifeh et al., 2010].

O uso de substâncias psicoativas (álcool ou drogas) tem uma relação importante com a violência contra o indivíduo com transtorno mental, e necessita de maior atenção da saúde pública com programas inovadores para atenuar a influência destas comorbidades psiquiátricas [Choe et al., 2008]. Como a violência tem um contexto doméstico e precoce na vida dos indivíduos, fazem-se necessárias intervenções preventivas mais precocemente na vida dos indivíduos com transtorno mental [Howard et al., 2010; Khalifeh et al., 2010]. Estas informações devem ser consideradas pelos serviços públicos de atenção em saúde mental, gestores e pela sociedade brasileira como um todo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen HA, Heise L. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health* 2011; Feb 16; 11:109.
2. Audi CA, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MG, Pèrez-Escamila R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2008 Oct;42(5):877-85.
3. Bebbington P, Jonas S, Kuipers E, King M, Cooper C, Brugha T, Meltzer H, McManus S, Jenkins R. Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *Br J Psychiatry*. 2011 Jul;199(1):29-37.
4. Bebbington P. Childhood sexual abuse and psychosis: etiology and mechanism. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2009 Oct-Dec;18(4):284-93.
5. Bengtsson-Tops A, Markstrom U, Lewin, B. The prevalence of abuse in Swedish female psychiatric users, the perpetrators and places where abuse occurred. *International Journal of Psychiatry* 2005 59:504–510.
6. BRASIL (2010) Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Department de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde.
7. BRASIL (2011). Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010 Ministério da Saúde: Brasília.
8. Brekke JS, Prindle C, Bae SW, Long JD. Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatr Serv*. 2001;52:1358–1366.
9. Briere J, Woo R, McRae B, Foltz J, Sitzman R. Lifetime victimization history, demographics, and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *J Nerv Ment Dis*. 1997 Feb;185(2):95-101.
10. Brunette MF, Drake RE. Gender differences in patients with schizophrenia and substance abuse. *Compr Psychiatry*. 1997 Mar-Apr;38(2):109-16.
11. Cascardi M, Mueser KT, DeGiralomo J, Murrin M. Physical aggression against psychiatric inpatients by family members and partners. *Psychiatr Serv*. 1996 May;47(5):531-3.
12. Chandra PS, Deepthivarma S, Carey MP, Carey KB, Shalinianant MP. A cry from the darkness: women with severe mental illness in India reveal their experiences with sexual coercion. *Psychiatry*. 2003 Winter;66(4):323-34.
13. Chang JC, Cluss PA, Burke JG, Hawker L, Dado D, Goldstrohm S, Scholle SH. Partner violence screening in mental health. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011 Jan-Feb;33(1):58-65.
14. Chapple B, Chant D, Nolan P, Cardy S, Whiteford H, McGrath J. Correlates of victimisation amongst people with psychosis (2004) *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004 Oct;39(10):836-40.
15. Choe JY, Teplin LA, Abram KM. Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatr Serv* 2008; 59(2):153–164.
16. Choudhary E, Coben J, Bossarte RM. Adverse health outcomes, perpetrator characteristics, and sexual violence victimization among U.S. adult males. *J Interpers Violence* Aug 2010; 25(8):1523-41.
17. Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall E (2010) Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: Análisis de datos secundários. Iniciativa de Investigación sobre La Violencia Sexual <http://www.svri.org/ViolenciaSexualnaALenoCaribe.pdf> [in Spanish] Accessed 03 April 2011.

18. Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, McGorry PD, Lambert M. Pretreatment and outcome correlates of sexual and physical trauma in an epidemiological cohort of first-episode psychosis patients. *Schizophr Bull.* 2010<sup>aa</sup> Nov;36(6):1105-14.
19. Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, Berk M, Daglas R, McGorry PD, Lambert M. Pretreatment and outcome correlates of past sexual and physical trauma in 118 bipolar I disorder patients with a first episode of psychotic mania. *Bipolar Disord.* 2010<sup>bb</sup> May;12(3):244-52.
20. Coverdale JH, Turbott SH. Sexual and physical abuse of chronically ill psychiatric outpatients compared with a matched sample of medical outpatients. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188(7):440-5.
21. Cusack KJ, Frueh BC, Brady KT. Trauma history screening in a community mental health center. *Psychiatr Serv.* 2004 Feb;55(2):157-62.
22. D'Oliveira, AFPL et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev. Saúde Pública* 2009, vol.43, n.2, pp. 299-311.
23. Dean K, Moran P, Fahy T, Tyrer P, Leese M, Creed F, Burns T, Murray R, Walsh E. Predictors of violent victimization amongst those with psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116(5):345-53.
24. Decker MR, McCauley HL, Phuengsamran D, Janyam S, Seage GR 3rd, Silverman JG. Violence victimisation, sexual risk and sexually transmitted infection symptoms among female sex workers in Thailand. *Sex Transm Infect* 2010; 86(3):236-40.
25. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet.* 2008 Apr 5;371(9619):1165-72.
26. Fitzgerald PB, de Castella AR, Filia KM, Filia SL, Benitez J, Kulkarni J. Victimization of patients with schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 2005 Mar;39(3):169-74.
27. Follingstad DR. A measure of severe psychological abuse normed on a nationally representative sample of adults. *J Interpers Violence.* 2011 Apr;26(6):1194-214.
28. Friedman SH, Loue S. Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. *J Womens Health* 2007; 16(4):471-80.
29. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, Yim E, Robins CS, Monnier J, Hiers TG. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv* 2005;56(9):1123-33.
30. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 7;368(9543):1260-9.
31. Glover K, Olfson M, Gameroff MJ, Neria Y. Assault and mental disorders: a cross-sectional study of urban adult primary care patients. *Psychiatr Serv* 2010; 61(10):1018-23.
32. Goodman LA, Dutton MA, Harris M. Episodically homeless women with serious mental illness: prevalence of physical and sexual assault. *Am J Orthopsychiatry* 1995; 65(4):468-78.
33. Goodman LA, Rosenberg SD, Mueser KT, Drake RE. Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophr Bull* 1997; 23(4):685-96.
34. Goodman LA, Salyers MP, Mueser KT, Rosenberg SD, Swartz M, Essock SM, Osher FC, Butterfield MI, Swanson J. 5 Site Health and Risk Study Research Committee. Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates. *J Trauma Stress* 2001; 14(4):615-32.
35. Guimarães MDC, Campos LN, Melo AP, Carmo RA, Machado CJ, Acúrcio FA. PESSOAS Project Network Group (2009) Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 31(1):43-7.
36. Guimarães MDC, Oliveira HN, Campos LN, Santos CA, Gomes CER, Oliveira SB et al. Reliability and Validity of a questionnaire on vulnerability to sexuality transmitted infections among adults with chronic mental illness – PESSOAS Project (2008) *Rev Bras Psiq* 2008;30(1):55-9.

37. Heru AM, Stuart GL, Rainey S, Eyre J, Recupero PR. Prevalence and severity of intimate partner violence and associations with family functioning and alcohol abuse in psychiatric inpatients with suicidal intent. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006 67, 23–29.
38. Hiday VA, Swartz M, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1403–1411.
39. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Male-female differences in the setting and construction of violence among people with severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998 Dec;33 Suppl 1:S68-74.
40. Hiday VA, Swanson JW, Swartz MS, Borum R, Wagner HR. Victimization: a link between mental illness and violence? *Int J Law Psychiatry*. 2001 Nov-Dec;24(6):559-72.
41. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 1999 Jan;50(1):62-8.
42. Hiroeh U, Appleby L, Mortensen PB, Dunn G. Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *Lancet*. 2001 Dec 22-29; 358(9299):2110-2.
43. Hodgins S, Lincoln T, Mak T. Experiences of victimisation and depression are associated with community functioning among men with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44(6):448-57.
44. Honkonen T, Henriksson M, Koivisto AM, Stengård E, Salokangas RK. Violent victimization in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004 Aug;39(8):606-12.
45. Hosmer DW, Lemeshow S (1989) *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & Sons.
46. Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R, Feder G. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychol Med* 2010; 40(6):881-93.
47. Hsu C, Sheu C, Liu S, Sun Y, Wu W, Lin Y. Crime victimization of persons with severe mental illness in Taiwan. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2009; 43:460-466.
48. Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, McCoy E, Mikton C, Shakespeare T, Officer A. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*. 2012 Feb 27. [Epub ahead of print]
49. Jordan CE, Campbell R, Follingstad D. Violence and women's mental health: the impact of physical, sexual, and psychological aggression. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010 Apr 27;6:607-28.
50. Kahn HA, Sempos CT (1997) *Statistical methods in epidemiology*. 2nd edition. New York: Oxford University Press.
51. Khalifeh H, Dean K Gender and violence against people with severe mental illness. *Int Rev Psychiatry* 2010 22(5):535-46.
52. Kronbauer JF, Meneghel SN. Profile of gender violence by intimate partners. *Rev Saude Publica*. 2005 Oct;39(5):695-701.
53. Kim D, Kaspar V, Noh S, Nam JH Sexual and physical abuse among korean female inpatients with schizophrenia. *J Traumatic Stress* 2006 19(2):279-289.
54. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (2002) *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
55. Lam JA, Rosenheck R. The effect of victimization on clinical outcomes of homeless persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 1998 May;49(5):678-83.
56. Larney S, Conroy E, Mills KL, Burns L, Teesson M. Factors associated with violent victimisation among homeless adults in Sydney, Australia. *Aust N Z J Public Health*. 2009 Aug;33(4):347-51.
57. Large M, Smith G, Swinson N, Shaw J, Nielssen O. Homicide due to mental disorder in England and Wales over 50 years. *Br J Psychiatry*. 2008;193(2):130-3.
58. Lehman AF, Linn LS. Crimes against discharged mental patients in board-and-care homes. *Am J Psychiatry*. 1984 Feb;141(2):271-4.

59. Leserman J. Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosom Med* 2005; 67(6):906-15
60. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiatry* 2002; 51: 288–297.
61. Lovell AM, Cook J, Velpry L. Violence towards people with severe mental disorders: a review of the literature and of related concepts. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008; Jun;56(3):197-207.
62. Lu W, Mueser KT, Rosenberg SD, Jankowski MK. Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. *Psychiatr Serv* 2008; 59(9):1018-26.
63. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*. 2010 Sep 11;376(9744):903-10.
64. Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med*. 2008 Feb;66(4):1008-18.
65. Lysaker PH, Meyer P, Evans JD, Marks KA. Neurocognitive and symptom correlates of self-reported childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2001 Jun;13(2):89-92.
66. Maniglio R (2009) Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 119(3):180-91.
67. Manzolli P, Nunes MA, Schmidt MI, Pinheiro AP, Soares RM, Giacomello A, Drehmer M, Buss C, Hoffmann JF, Ozcariz S, Melere C, Manenti CN, Camey S, Ferri CP. Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; Oct; 45(10):983-8.
68. Marinheiro AL, Vieira EM, de Souza L. Prevalence of violence against women users of health services. *Rev Saude Publica* 2006; Aug;40(4):604-10.
69. Marley JA, Buila S. Crimes against people with mental illness: types, perpetrators, and influencing factors. *Soc Work*. 2001;46:115–124.
70. McPherson DM, Delva J, Cranford AJ. A longitudinal investigation of intimate partner violence among mothers with mental illness. *Psychiatric Services* 2007 58: 675–80.
71. Meade CS, Kershaw TS, Hansen NB, Sikkema KJ. Long-term correlates of childhood abuse among adults with severe mental illness: adult victimization, substance abuse, and HIV sexual risk behavior. *AIDS Behav* 2009;13(2):207-16.
72. Mechanic MB, Weaver TL, Resick PA. Mental health consequences of intimate partner abuse: a multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women*. 2008 Jun;14(6):634-54.
73. Meuleners L, Lee AH, Hendrie D. Effects of demographic variables on mental illness admission for victims of interpersonal violence. *J Public Health (Oxf)*. 2009 Mar;31(1):162-7.
74. Mello MF, Mello AAF, Kohn R. (Organizadores). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
75. Mericle AA, Havassy BE. Characteristics of recent violence among entrants to acute mental health and substance abuse services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008 May;43(5):392-402.
76. Minayo MCS. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
77. Miranda MP, de Paula CS, Bordin IA. [Life-long domestic violence against women: prevalence and immediate impact on health, work, and family]. *Rev Panam Salud Publica*. 2010 Apr;27(4):300-8.
78. Moura LBA et al. *Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF*. [in Portuguese] *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(6):944-53.

79. Mueser KT, Salyers MP, Rosenberg SD, Goodman LA, Essock SM, Osher FC, Swartz MS, Butterfield MI; 5 Site Health and Risk Study Research Committee. Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: demographic, clinical, and health correlates. *Schizophr Bull.* 2004;30(1):45-57.
80. Najavits LM, Sonn J, Walsh M, Weiss RD. Domestic violence in women with PTSD and substance abuse. *Addict Behav* 2004; 29(4):707-15.
81. Neria Y, Bromet EJ, Sievers S, Lavelle J, Fochtmann LJ. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(1):246-51.
82. Newman JM, Turnbull A, Berman BA, Rodrigues S, Serper MR. Impact of traumatic and violent victimization experiences in individuals with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2010 Oct;198(10):708-14.
83. Oliveira HN, Machado CJ, Campos LN, Acúrcio FA, Guimarães MDC. Avaliação da Confiabilidade de Entrevista Aplicada a Indivíduos com Transtornos Mentais: Projeto PESSOAS. *Revista Médica de Minas Gerais/ Suplemento de Saúde Coletiva* 2008; 18(4):S40-S45
84. Oliveira JB, Lima MC, Simão MO, Cavariani MB, Tucci AM, Kerr-Corrêa F. Violence between intimate partners and alcohol use: prevalence and associated factors. *Rev Panam Salud Publica.* 2009 Dec;26(6):494-501.
85. Palazzo L dos S, Kelling A, Béria JU, Figueiredo AC, Gigante LP, Raymann B, Bassani DG. [Physical violence and associated factors: a population-based study in Southern Brazil]. *Rev Saude Publica.* 2008 Aug;42(4):622-9.
86. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburúa E, Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Womens Health (Larchmt).* 2006 Jun;15(5):599-611.
87. Ramiro LS, Hassan F, Peedicayil A. Risk markers of severe psychological violence against women: a WorldSAFE multi-country study. *Inj Control Saf Promot.* 2004 Jun;11(2):131-7.
88. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand.* 2005 Nov;112(5):330-50.
89. Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31 Suppl 2:S49-57.
90. Rose D, Trevillion K, Woodall A, Morgan C, Feder G, Howard L. Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *Br J Psychiatry* 2011; 198:189-94.
91. Rosenberg SD, Lu W, Mueser KT, Jankowski MK, Cournos F. Correlates of adverse childhood events among adults with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 2007 58(2):245-53.
92. Schäfer I, Fisher HL, Aderhold V, Huber B, Hoffmann-Langer L, Golks D, Karow A, Ross C, Read J, Harfst T. Dissociative symptoms in patients with schizophrenia: relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. *Compr Psychiatry.* 2012 May;53(4):364-71.
93. Schomerus G, Heider D, Angermeyer MC, Bebbington PE, Azorin JM, Brugha T, Toumi M. Urban residence, victimhood and the appraisal of personal safety in people with schizophrenia: results from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *Psychol Med* 2008 38(4):591-7.
94. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT. Violence and health: recent scientific studies. *Rev Saude Publica* 2006 40 Spec no.:112-20.
95. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, Puccia MI, Andrade MC. Violence against women attending public health services in the metropolitan area of São Paulo, Brazil. *Rev Saude Publica* 2007<sup>a</sup>; 41(3):359-67.
96. Schraiber LB, D'Oliveira AF, França Junior I. Intimate partner sexual violence among men and women in urban Brazil, 2005. *Rev Saude Publica* 2008 42 Suppl 1:127-37.

97. Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, Valença O, Couto MT. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Rev Saude Publica* 2007<sup>b</sup>; 41(5):797-807.
98. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. [in Portuguese] *Ciênc Saúde Coletiva*, 2005; 10(2): 7-17.
99. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev bras epidemiol*, 2010; 13(2): 237-45.
100. Sells DJ, Rowe M, Fisk D, Davidson L. Violent victimization of persons with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatr Serv*. 2003 Sep;54(9):1253-7.
101. Shack AV, Averill PM, Kopecky C, Krajewski K, Gummattira P. Prior history of physical and sexual abuse among the psychiatric inpatient population: a comparison of males and females. *Psychiatr Q* 2004; 75: 343–59.
102. Silva IV, Aquino EM. Patterns of minor psychiatric disorders among battered women treated at an emergency care unit. *Cad Saude Publica*. 2008 Sep;24(9):2103-14.
103. Silver E. Mental illness and violent victimization: the mediating role of involvement in conflicted social relationship. *Criminology* 2002 40:191–212.
104. Silver E, Arseneault L, Langley J, Caspi A, Moffitt TE. Mental illness and violent victimization in a total birth cohort. *Am J Public Health* 2005; 95(11):2015-21.
105. Sturup J, Sorman K, Lindqvist P, Kristiansson M. Violent victimization of psychiatric patients: a Swedish case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 46(1):29-34.
106. Teasdale, B. Mental disorder and violent victimization. *Criminal Justice and Behavior* 2009; 36(5): 513-35.
107. Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA. Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the national crime victimization survey. *Arch Gen Psychiatry* 2005 62:911–21.
108. Tyler KA, Beal MR. The high-risk environment of homeless young adults: consequences for physical and sexual victimization. *Violence Vict* 2010 25(1):101-15.
109. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, Read J, van Os J, Bentall RP. Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophr Bull*. 2012 Mar 29.
110. Venturi G, Recaman G, Oliveira S (2004) *A mulher brasileira nos espaços público e privado* 1a. ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.
111. Vieira EM, Perdoná Gda S, Santos MA. Factors associated with intimate partner physical violence among health service users. *Rev Saude Publica*. 2011 Aug;45(4):730-7.
112. Waiselfisz JJ (2010) *Mapa da violência 2010: Anatomia dos homicídios no Brasil* [in Portuguese] Instituto Sangari, São Paulo-SP-Brasil.
113. Waiselfisz JJ. *Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil*. Instituto Sangari, São Paulo-SP-Brasil, DF: Ministério da Justiça, 2011.
114. Walsh E, Moran P, Scott C, McKenzie K, Burns T, Creed F, Tyrer P, Murray RM, Fahy T; UK700 Group. Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2003 183:233-8.
115. White MC, Chafetz L, Collins-Bride G, Nickens J. History of arrest, incarceration and victimization in community-based severely mentally ill. *J Community Health*. 2006 Apr;31(2):123-35.
116. WHO Addressing violence against women and HIV/AIDS: What works? Geneva: World Health Organization, (2010)<sup>a</sup>
117. WHO. Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Geneva: World Health Organization; 1996.
118. WHO. *World health statistics 2010*. WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, 2010<sup>b</sup>

119. WHO. Improving health systems and services for mental health. Geneva: World Health Organization, 2009.
120. WHO. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organization, 2010.<sup>c</sup>
121. Wolff N, Blitz CL, Shi J, Bachman R, Siegel JA. Sexual violence inside prisons: rates of victimization. *J Urban Health* 2006 83(5):835-48.







## Factors associated with self-report of sexual violence against men and women with mental disorders in Brazil

Helian Nunes de Oliveira · Carla Jorge Machado ·  
Mark Drew Crosland Guimarães

Received: 8 May 2011 / Accepted: 1 December 2011 / Published online: 18 December 2011  
© Springer-Verlag 2011

### Abstract

**Objectives** Patients with mental illness (PMI) are more vulnerable to sexual violence (SV). This study aimed at assessing factors associated with SV against PMI, stratified by gender in Brazil.

**Methods** Cross-sectional multicenter study with a national sample of 2,475 PMI randomly selected from 26 psychiatric services. Odds ratios were estimated with 95% confidence interval using logistic regression.

**Results** A high prevalence of lifetime SV against PMI was observed (19.8%) and it was higher among women (26.6%) than men (12.5%). Among women, episodes of SV were more often caused by intimate partners and in the domestic environment, and among men, by strangers and in the streets. Among women, the following variables were independently associated ( $p < 0.01$ ) with SV: younger age, living alone, history of homelessness, previous psychiatric hospitalization, lifetime STD diagnosis, early debut of sexual intercourse, irregular condom use, receiving/

offering money for sex, and psychiatric diagnosis. Among men, younger age, previous and earlier psychiatric hospitalization, lifetime illegal drug use, receiving/offering money for sex, and psychiatric diagnosis were independently associated with SV.

**Conclusions** The prevalence of SV in the studied population was high, especially among women. Women have more behavior factors associated with SV and they need protection, especially those in isolation and socially deprived. However, men also suffer SV, usually more often during childhood than adulthood and special attention should be given to lifetime illegal drug use and earlier psychiatric hospitalization. Preventive actions beyond mental health are important, such as social and economic actions to improve the living conditions of PMI.

**Keywords** Sexual violence · Gender · Mental illness · Multicenter study · Vulnerability · Brazil

---

H. N. de Oliveira · C. J. Machado · M. D. C. Guimarães  
Research Group in Epidemiology and Health Evaluation,  
Department of Preventive and Social Medicine,  
School of Medicine, Federal University of Minas Gerais,  
Belo Horizonte, Brazil

H. N. de Oliveira (✉)  
Raul Soares Institute Teaching Hospital/HE-IRS-Hospital  
Foundation of the State of Minas Gerais–FHEMIG,  
Av. Contorno, 3017, Hospital de Ensino Instituto Raul Soares,  
Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte,  
Minas Gerais CEP 30110-080, Brazil  
e-mail: heliannunes@gmail.com

C. J. Machado  
Department of Demography, CEDEPLAR,  
Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil

### Introduction

The occurrence of sexual violence is considered a serious public health problem worldwide [1]. Such concern is mostly due to its high prevalence and long-lasting and severe impact on the reproductive, sexual, and physical or psychosocial health of the individuals affected [1–3], especially in developing countries [1, 4]. The World Health Organization (WHO) defines sexual violence as every sexual act or attempt to consummate the sexual act by means of coercion in any setting, including home and work [1]. In general, sexual violence is accompanied by physical violence, and it has been described as violence by intimate partners when the focus is on emotional relationships; as domestic violence when the emphasis is the context; or

simply as sexual violence when the purpose is to indicate the nature or severity of the violent act [1].

The victimization of women has been the main focus of studies on sexual violence, with few published studies on violence committed against men [1]. This probably reflects a higher proportion of sexual violence cases detected against women, a potential prejudice related to the type of population that is usually studied (e.g., users of health services) or the nature of the violence (e.g., men are more identified as perpetrators than as victims) [1]. Sexual violence perpetrated by an intimate partner may affect up to one in every four women, varying from 15.0 to 25.0% in some countries [1]. According to data from the WHO [1, 5], one-third of teenage women reported that their first sexual intercourse was against their will, and the prevalence of lifetime sexual violence varied from 6.0 to 59.0% in Japan and Ethiopia, respectively, while in Latin America and the Caribbean, the proportion of at least one episode of lifetime sexual violence against women varied from 5.0 to 47.0% [4]. In Brazil, in a population-based study, Venturi et al. [6] found reports of sexual victimization in 13.0% of the women, and studies among women, users of health services, indicated proportions of sexual violence varying between 6.7 and 26.0% [7–10]. According to Schraiber et al. [11], in a 2005 study with a representative sample of the Brazilian urban population, one in every ten women suffered at least one episode of lifetime sexual violence perpetrated by an intimate partner (11.8%), 2.2 times more frequent than among men (5.1%). Among men, there are more studies focused on sexual abuse during childhood, as shown in a WHO report, and there is indication of a high prevalence of lifetime sexual aggression against men and youngsters, with values varying between 5.0 and 10.0% in developed countries [1] and between 3.6 and 20.0% in developing countries. It is noteworthy that the scarcity of studies on sexual violence against men produced a likely underestimation of its proportions [1]. However, there are indications that the prevalence of sexual violence against men is indeed lower than among women, and that sexual violence is higher during childhood than adulthood among men [12]. Also, previous research on the consequences of abuse has primarily focused on female victims, and available knowledge about the sequels of abuse is mostly based on female subjects [12–14]. Nevertheless, short-term and long-term consequences for men's mental health have been described such as guilt, anger, depression, anxiety, suicide attempts, association with psychoactive substance abuse and behavioral alterations in teenagers including theft, violence and effects on school attendance [1]. The occurrence of sexual violence at different time periods may lead to distinct problems in adulthood, and therefore victims may seek health professionals for care at different stages of their lives with varying degrees of potential consequences

[12]. However, the scientific literature about sexual violence against adult men is limited and it is mainly focused on lifetime sexual violence experience rather than on specific time periods. Additional researches are needed to allow proper understanding of the consequences of sexual violence [12, 13]. For example, one study with veterans seeking psychiatric treatment [15] found that recent sexual violence, recent physical violence and lifetime sexual violence were significantly associated with a higher likelihood of a recent suicide attempt among males.

The occurrence of sexual violence among specific population groups, such as homeless people (from 32.0 to 50.0% of sexual victimization) [16], sex workers (15.0% of physical or sexual victimization in the past week) [17], incarcerated individuals (9.0% of the men and 21.0% of the women suffered sexual violence in a 6 month period) [18] and people with mental illness have been the focus of several investigations [19]. Despite the stigma involving individuals with mental illness and potentially biased media information, which often associates mental illness with violent acts, it is important to emphasize that such individuals are more often victims rather than perpetrators of violence [19] and they suffer violence to a greater extent than the general population [20–25]. As shown, the proportions of lifetime sexual violence against individuals with mental illness varied from 5.0 to 68.0% among women [26–31] and from 8.0 to 51.0% among men [28, 30, 31]. As for the report of sexual violence in more recent periods (e.g., past year), the proportions varied from 3.0 to 20.0% among women and 8.0 to 18.0% among men [26, 28, 32]. However, methodological differences (i.e., design, populations selected, sample size) among the studies make the comparisons difficult.

Family and health professionals have some difficulty in recognizing these individuals as victims of violence [33, 34]. However, there is evidence that sexual violence may lead to worsening of mental illness, with intensification of symptoms [30, 35–38], higher number of psychiatric hospitalizations [35], abuse of psychoactive substances [35, 37, 39], post-traumatic stress [30, 33, 40] and suicide attempts [38]. There is also a higher frequency of high risk behaviors for HIV infection [35], health problems in general [41], impairment in the quality of life [36, 42], involvement in crimes and worse social functioning with decreased chances of employment [36, 42]. In addition, researches indicate that there is empirical evidence of a positive relationship between violence and HIV infection [35, 43]. Victims of sexual violence have also a higher risk of chronicity of their mental illness, using health services more often and presenting higher rates of non-adherence to treatments [35]. In addition, the potential for re-occurrence of sexual violence among victims of violence in the past should be noted [44].

Despite the extensive scientific literature on sexual violence against individuals with mental illness, important limitations are still observed [19, 20, 33], including small sample sizes, not distinguishing sexual violence from physical violence and mainly the assessment of selected populations which are not representative of all patients with mental illness (e.g., severe mental illnesses) [19, 20, 33]. In particular, gender differences of sexual victimization among patients with mental illness have received limited attention in the literature [33], particularly the sexual victimization against men with mental illness [1, 31]. Thus, the aim of the present study was to assess the magnitude and factors associated with sexual violence against patients with mental illness, stratified by gender, in a national representative sample in Brazil. Understanding the context of sexual violence and potential differences related to gender will contribute to implementing care and preventing public health policies in mental health services in Brazil.

## Methods

### Design and population

This is a national cross-sectional multicenter study (PES-SOAS Project) among users of mental health services in Brazil. Detailed methodological aspects have been previously published [45, 46]. Briefly, in 2006, 2,475 users of Brazilian public mental health services registered at the Ministry of Health were randomly selected from 11 psychiatric hospitals and 15 psychosocial care outpatient centers (CAPS) by means of stratified sampling proportional to the distribution of AIDS cases reported by Brazilian geographical regions and place of treatment (hospitals or CAPS). The study participants had to be 18 years of age or older and be capable of having an interview with a semi-structured questionnaire [45], and understanding and signing an informed consent. The study was approved by the participating services, the UFMG Ethical Research Committee (UFMG/ETIC: 125/05) and the National Ethical Research Council—CONEP 592/2006.

### Sexual violence

Sexual violence was self-reported, and it was defined as ever having been forced to have unwanted sexual relation or having suffered any kind of abuse of sexual nature against their will. We chose this definition because it has greater sensitivity toward a sensitive issue (sexual violence) usually surrounded by prejudice, and it was shown to have good reliability and construct validity [46]. The interviewers were mental health professionals trained to

apply the instrument, especially questions related to sexuality and violence. For those who reported having suffered sexual violence, the following context characteristics were assessed: (1) who perpetrated the sexual violence, i.e., intimate partner, parents, relatives, acquaintances, strangers, health professionals or others; (2) where the sexual violence took place, i.e., in the domestic environment, at an institution, in the streets or somewhere else; (3) during which period of life it occurred, i.e., whether in childhood (<12 years old), adolescence (12–17 years old) or in adult life (18+ years old); and (4) to whom the individual communicated about the sexual violence, i.e., no one, relatives, intimate partner, acquaintances, health professionals, the police or others. These were 'yes' or 'no' questions with multiple answers, if applicable.

### Explanatory variables

Socio-demographic, clinical and psychiatric characteristics, as well as HIV/AIDS risk behaviors/situations were obtained by means of a semi-structured interview applied by previously trained mental health professional. All procedures, protocols and questionnaires were tested in a pilot study and the reliability assessed [45, 46]. For this analysis, the following explanatory variables were considered: (1) *Socio-demographic*: recruitment center (psychiatric hospital or CAPS); age in years (18–40 and 40+ years old); skin color (white or non-white); schooling in years of study (<5 or 5+ years); family income in the previous month in dollars (<US\$175,00 and >US\$175,00); current marital status; living alone at the present time; history of homelessness; current place of residence (house/apartment or others—hospital, support center, hostel, boarding house, homeless). (2) *Medical/and psychiatric characteristics*: history of previous psychiatric hospitalizations; age of first psychiatric hospitalization (<18 or 18+ years old); history of lifetime sexually transmitted diseases (STD) diagnosis; main present psychiatric diagnosis. (3) *HIV/AIDS risk behaviors/situations*: lifetime alcohol consumption; lifetime use of marijuana or cocaine; age of sexual debut (<16 or 16+ years old); lifetime sex under use of alcohol or drugs; lifetime irregular use of condoms in any sexual intercourse; having ever received or offered money for sex; lifetime incarceration.

Irregular use of condom was defined when the participant reported that the use of condoms did not occur in all sexual intercourses during lifetime. For the psychiatric diagnosis, data were obtained from the medical charts and classified according to the International Classification of Diseases (ICD-10), the standard system used in the Brazilian for coding psychiatric diagnosis in public services. The main psychiatric diagnoses were categorized as follows: (1) psychosis (schizophrenia and other non-bipolar

psychosis); (2) bipolar disorders; (3) depressive disorders; (4) anxiety disorders; (5) substance abuse disorders; and, (6) others. For analysis purposes, diagnoses (4), (5) and (6) were grouped and considered as reference.

### Data analysis

A descriptive analysis was carried out, including the frequency of sexual violence reported and a description of source, place and period of its occurrence. VENN diagrams were used to verify the intersection of these context characteristics. Differences in proportion were assessed using Pearson's Chi-square test. The magnitude of the associations between the explanatory variables and the self-report of sexual violence was estimated by the odds ratio (OR), with 95% confidence interval, stratified by gender. The independent effect of potential predictor variables of sexual violence was assessed by means of a multivariate logistic model, also stratified by gender [47]. The significance level considered was 0.05. Logistic regression was used for multivariate modeling using sequential deletion strategy. Variables with  $p$  value less than 0.20 in the univariate analysis were selected to start modeling and only those variables with  $p$  value equal or less than 0.05 remained in the final model. Fitness of the final model was assessed by means of the Hosmer–Lemeshow test [48]. The data were stored in PARADOX<sup>®</sup> 9 and the analysis was performed with SAS<sup>®</sup> 9.0 software.

## Results

### Recruitment

Of the 3,255 patients recruited, 2,763 (84.9%) were eligible and 492 (15.1%) were not capable of participating after the preliminary evaluation. Most of those not considered capable presented some degree of time or spatial disorientation, disorganized thoughts or ideas, or some level of mental retardation. Among those eligible, 2,475 (89.6%) were interviewed and 288 (10.4%) did not participate, mainly because of refusal, not being located or failure to show up at the clinic for the interview. While hospitalized individuals had a higher proportion of participation as compared to those under treatment at the CAPS ( $p < 0.001$ ), no statistically significant differences were observed concerning sex, age, schooling or psychiatric diagnosis.

### Description of the population

Among those 2,475 interviewed, 1,277 (51.6%) were women and 1,198 (48.4%) were men. While there

were higher proportions of women with low income (<US\$175,00) (27.1%), with bipolar disorder (12.4%) and depression (19.4%), and lifetime irregular use of condoms (83.5%) (Table 1), men presented a higher proportion of the following socio-demographic characteristics: age 18–40 years old (51.9%), non-white (51.2%), schooling <5 years (52.1%), single (62.9%), who had history of homelessness (21.5%) and were currently living alone (15.7%). Similarly, they presented higher proportions of markers of psychiatric severity (being hospitalized during recruitment, previous psychiatric hospitalization, age of first psychiatric hospitalization under 18 years of age and presenting psychosis diagnosis) and of behavior/risk situations (lifetime alcohol consumption, age of sexual debut under 16 years old, lifetime use of marijuana or cocaine, lifetime sex under use of alcohol/drugs, received or offered money for sex and lifetime incarceration) (Table 1).

### Sexual violence

The overall prevalence of sexual violence in this population was 19.8% (95% CI = 18.2, 21.4%), 26.6% among women and 12.5% among men (Table 2). The main sources of sexual violence aggression were the intimate partners among women (31.3%) and acquaintances (32.7%) among men, followed by strangers for both genders (22.1 and 28.7%, respectively). The high proportion of sexual violence committed within health institutions by other patients, employees or health professionals, especially against men (9.3%), should be noted. The place of occurrence was predominantly in the domestic environment for women (48.7%) and in the streets for men (29.3%), with an inversion for the second most common place—in the streets for women (36.6%) and in the domestic environment for men (26.0%). The period of life during which sexual violence occurred more frequently was adulthood for women (52.8%) and childhood for men (46.0%). Finally, an important proportion of those who suffered violence never communicated the fact to anyone, whether relatives, friends or health professionals, especially among men (47.5% and 64.0 for women and men, respectively). The degree of concomitance of type of aggressors and period of occurrence is also noteworthy (Figs. 1, 2). For 10.2% of the women who reported having suffered sexual violence, it occurred in more than one period of life (childhood, adolescence and/or adult life), indicating a tendency of persistent violence. Similarly, 14.4% suffered violence by more than one source of aggression (intimate partners, relatives and/or others). Among men, 8.2% suffered sexual violence in more than one period of time (childhood, adolescence and/or adult life), and 10.0% by more than one source of aggression, particularly relatives or other aggressors.

**Table 1** Descriptive characteristics of the study population, stratified by gender, Brazil, 2007 ( $n = 2,475$ )

Characteristics	Women (%) $n = 1,277$	Men (%) $n = 1,198$	<i>P</i> -value
<b>Socio-demographic</b>			
Recruitment center (hospital)	28.3	44.8	<0.001
Age (18–40 y.o.)	44.9	51.9	<0.001
Skin color (non-white)	46.0	51.2	0.010
Schooling (<5 years)	49.1	52.1	0.131
Family income in the previous month (<\$ 175,00)	27.1	17.8	<0.001
Current marital status (single)	35.3	62.9	<0.001
Living alone at the present time	10.3	15.7	<0.001
History of homelessness	15.0	21.5	<0.001
Current place of residence (institution or others)	8.5	16.8	<0.001
<b>Medical/psychiatric</b>			
Previous psychiatric hospitalization	50.8	66.3	<0.001
Age of first psychiatric hospitalization (<18 y.o.)	7.9	11.3	0.005
History of lifetime STD diagnosis	20.4	26.4	<0.001
<b>Main present psychiatric diagnosis<sup>a</sup></b>			
Other diagnosis or ignored	27.8	33.3	0.003
Bipolar disorder	12.4	5.3	<0.001
Depressive disorder	19.4	5.8	<0.001
Schizophrenia and other psychosis	40.4	55.5	<0.001
<b>HIV/AIDS risk behaviors/situations</b>			
Lifetime alcohol consumption	52.7	77.5	<0.001
Lifetime use of marijuana or cocaine	11.2	34.4	<0.001
Age of sexual debut (<16 y.o.)	43.9	52.8	<0.001
Lifetime sex under use of alcohol/drugs	17.2	37.8	<0.001
Lifetime irregular use of condoms	83.5	76.8	<0.001
Received or offered money for sex	13.3	40.6	<0.001
Lifetime incarceration	10.6	41.2	<0.001

<sup>a</sup> *p* values for each proportion obtained in relation to all other diagnoses

### Univariate analysis

Univariate analysis indicated that, among the women, the following characteristics were statistically associated ( $p < 0.05$ ) with lifetime sexual violence (Table 3): being recruited at the hospitals, younger age (18–40 years old), current marital status (single), living alone at the present time, history of homelessness, previous psychiatric hospitalization, age of first hospitalization under 18 years of age, history of lifetime STD diagnosis and diagnosis of schizophrenia or other psychosis. In addition, lifetime use of alcohol or illegal drugs, age of sexual debut <16 years old, lifetime sex under use of alcohol/drugs, lifetime irregular use of condoms, receiving or offering money for sex and lifetime incarceration were also statistically associated with sexual violence among women. Similarly, most of these characteristics were statistically associated with sexual violence among men, except for recruitment center, living alone at present, lifetime sex under use of

alcohol/drugs and lifetime irregular use of condoms (Table 3).

### Multivariate analysis

Nine characteristics were independently and statistically associated ( $p < 0.05$ ) with the report of lifetime sexual violence among women (Table 4): younger age (18–40 years old), living alone at the present, history of homelessness, previous psychiatric hospitalization, history of lifetime STD diagnosis, diagnosis of depression or schizophrenia or other psychosis, age of sexual debut <16 years old, lifetime irregular use of condoms and received or offered money for sex. Finally, among men, six characteristics presented independent and statistically significant association ( $p < 0.05$ ) with sexual violence: younger age (18–40 years old), previous psychiatric hospitalization, age of first hospitalization under 18 years of age, lifetime use of marijuana or cocaine, diagnosis of

**Table 2** Descriptive analysis of sexual violence against individuals with mental illness, stratified by gender, Brazil, 2007 (*n* = 2,475)

	Women		Men		P-value
	no.	%	no.	%	
<b>Suffered sexual violence in life</b>					
No	938	73.5	1,048	87.5	
Yes	339	26.6	150	12.5	<0.001
<b>Perpetrator of sexual violence<sup>a</sup></b>					
Partner	106	31.3	3	2.0	<0.001
Parents	12	3.5	4	2.7	0.646
Relatives	68	20.1	20	13.3	0.091
People in health institution <sup>b</sup>	4	1.2	14	9.3	<0.001
Acquaintances	58	17.1	49	32.7	<0.001
Strangers	75	22.1	43	28.7	0.088
Others	52	15.3	21	14.0	0.774
<b>Where the sexual violence occurred<sup>a</sup></b>					
In the domestic environment	165	48.7	39	26.0	<0.001
In health institution	13	3.8	30	20.0	<0.001
In the streets	124	36.6	44	29.3	0.151
At work	11	3.2	6	4.0	0.649
In the rural region	2	0.6	7	4.7	0.002
Other houses	16	4.7	11	7.3	0.225
Other places	43	12.7	27	18.0	0.104
<b>When the sexual violence occurred<sup>a</sup></b>					
Childhood	80	23.6	69	46.0	<0.001
Adolescence	117	34.5	40	26.7	0.100
Adulthood	179	52.8	51	34.0	<0.001
<b>Whom they communicated the sexual violence to<sup>a</sup></b>					
No one	161	47.5	96	64.0	0.005
Relatives	123	36.3	41	27.3	0.028
Partner	10	2.9	2	1.3	0.260
Acquaintances	32	9.4	12	8.0	0.519
Health professionals	39	11.5	21	14.0	0.547
Police	30	8.8	9	6.0	0.234
Others	13	3.8	5	3.3	0.723

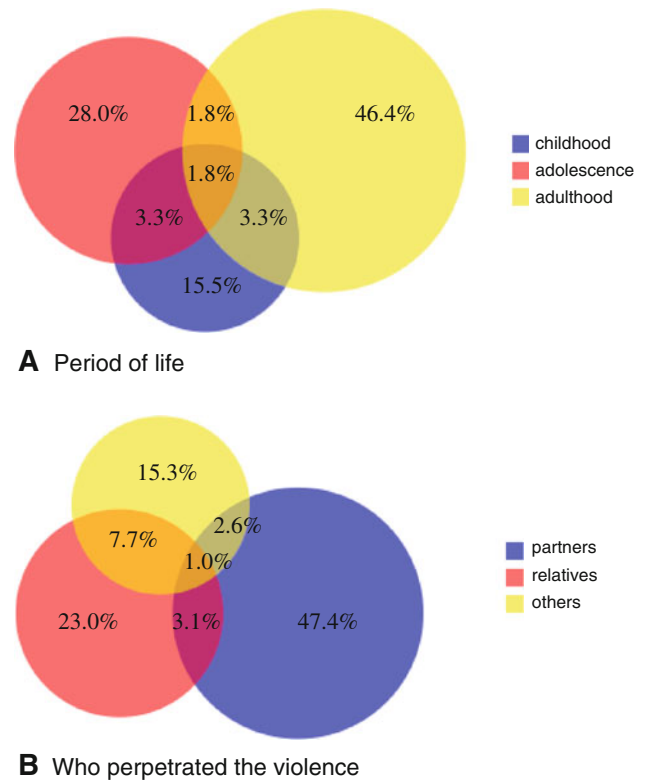
<sup>a</sup> Proportions in relation to the total of those who answered yes to the first item

<sup>b</sup> Employees, health professionals and other patients

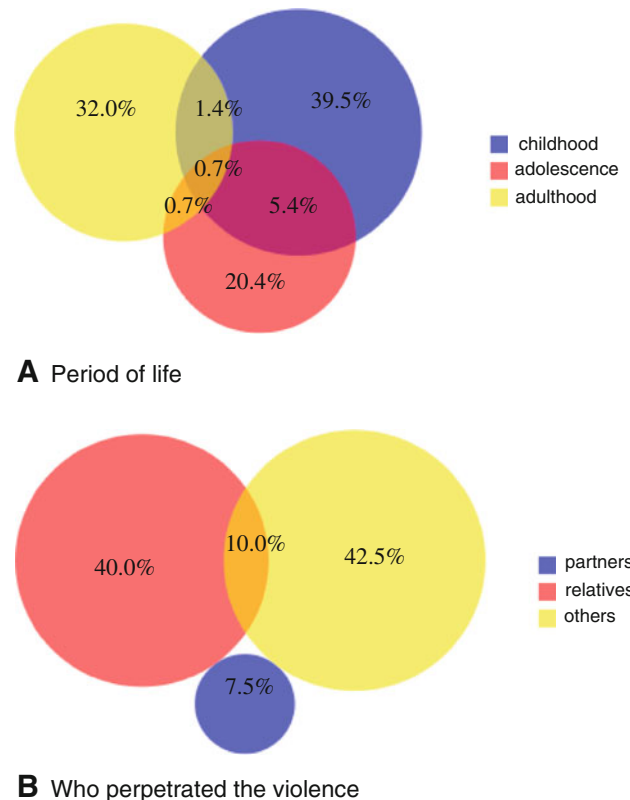
depression or schizophrenia or other psychosis, and received or offered money for sex (Table 4).

**Discussion**

This is the first study in Brazil to investigate sexual violence against individuals with mental illness in a national representative sample with a diversity of hospital and outpatient services, including a large sample of women and men. The proportion of self-reported sexual violence against individuals with mental illness is alarming (12.5



**Fig. 1** Descriptive analysis of the context of sexual violence against women with mental illness (%)



**Fig. 2** Descriptive analysis of the context of sexual violence against men with mental illness (%)

**Table 3** Univariate analysis of sexual violence stratified by gender, Brazil, 2007

Characteristics	Sexual violence suffered					
	Total			Men (n = 1,198)		
	Total	Women (n = 1,277)	Men (n = 1,198)	n <sup>a</sup>	(%) <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup> (IC 95%) <sup>b</sup>
<b>Socio-demographic</b>						
<b>Recruitment center</b>						
CAPS	916	206 (22.5)	661	74 (11.2)		1.00
Hospital	361	133 (36.8)	537	76 (14.2)		1.31 (0.93–1.84)
<b>Age (years)</b>						
>40	704	165 (23.4)	576	52 (9.0)		1.00
18–40	573	174 (30.4)	622	98 (15.8)		1.88 (1.32–2.69)**
<b>Skin color</b>						
White	690	171 (24.8)	585	80 (13.7)		1.00
Non-white	587	168 (28.6)	634	70 (11.4)		0.81 (0.89–1.62)
<b>Schooling</b>						
Less than 5 years of schooling	621	149 (24.0)	619	60 (9.7)		1.00
Five or more years of schooling	645	186 (23.8)	569	90 (15.8)		1.75 (1.24–2.48)**
<b>Family income in the previous month</b>						
Over \$175.00	931	248 (26.6)	985	125 (12.7)		1.00
Up to \$175.00	346	91 (26.3)	213	25 (11.7)		0.91 (0.57–1.45)
<b>Current marital status (single)</b>						
No	826	203 (24.6)	444	39 (8.8)		1.00
Yes	451	136 (30.2)	753	111 (14.7)		1.80 (1.22–2.64)**
<b>Living alone at the present time</b>						
No	1,142	287 (25.1)	1,009	126 (12.5)		1.00
Yes	131	50 (38.2)	188	24 (12.8)		1.03 (0.64–1.64)
<b>History of homelessness</b>						
No	1,071	238 (22.2)	943	105 (11.2)		1.00
Yes	189	95 (50.3)	255	44 (17.3)		1.65 (1.12–2.41)*
<b>Current place of residence</b>						
House or apartment	1,168	308 (26.4)	997	120 (12.0)		1.00
Institutions or others	109	31 (28.4)	201	30 (14.9)		1.28 (0.83–1.98)
<b>Clinical</b>						
<b>Previous psychiatric hospitalization</b>						
No	633	121 (19.4)	402	25 (6.2)		1.00
Yes	644	214 (33.2)	790	125 (15.8)		2.83 (1.81–4.43)**
<b>Age of first psychiatric hospitalization</b>						
18 years old or more	1,176	293 (24.9)	1,063	115 (10.8)		1.00
<18 years old	101	46 (45.5)	135	35 (25.9)		2.89 (1.87–4.44)**



**Table 3** continued

Characteristics	Sexual violence suffered					
	Total			Women ( <i>n</i> = 1,277)		
	Total	Men ( <i>n</i> = 1,198)	OR <sup>b</sup>	(IC 95%) <sup>b</sup>	<i>n</i> <sup>a</sup>	(%) <sup>a</sup>
History of lifetime STD diagnosis						
No	1,003	869	1.00		96	(11.1)
Yes	257	311	2.12	(1.58–2.83)**	52	(16.7)
Main present psychiatric diagnosis						
Other diagnosis or ignored	355	399	1.00		37	(9.3)
Bipolar disorder	158	64	1.22	(0.79–1.89)	5	(7.8)
Depressive disorder	248	70	1.17	(0.80–1.71)	8	(11.4)
Schizophrenia and other psychosis	516	665	1.53	(1.12–2.09)**	100	(15.4)
HIV/AIDS risk behaviors/situations						
Lifetime alcohol consumption						
No	598	269	1.00		22	(8.2)
Yes	667	924	1.52	(1.18–1.96)**	128	(13.9)
Lifetime use of marijuana or cocaine						
No	1,131	783	1.00		70	(8.9)
Yes	143	411	2.43	(1.71–3.49)**	80	(19.5)
Age of sexual debut (<16 y.o.)						
No	1,176	1,063	1.00		115	(10.8)
Yes	101	135	2.52	(1.67–3.81)**	35	(25.9)
Lifetime sex under use of alcohol/drugs						
No	1,051	738	1.00		86	(11.7)
Yes	219	449	2.23	(1.64–3.02)**	62	(13.8)
Lifetime irregular use of condoms						
No	209	275	1.00		28	(10.1)
Yes	1,055	909	1.99	(1.35–2.94)**	121	(13.3)
Received or offered money for sex						
No	1,089	701	1.00		65	(9.3)
Yes	168	480	3.46	(2.48–4.82)**	83	(17.3)
Lifetime incarceration						
No	1,135	701	1.00		72	(10.3)
Yes	135	493	2.95	(2.05–4.24)**	78	(15.8)

\* *p* value < 0.05; \*\* *p* value < 0.01

<sup>a</sup> Number and proportion of participants who suffered sexual violence in each variable category; total *n* varies due to unknown information

<sup>b</sup> Odds ratio and 95% confidence intervals

**Table 4** Final multivariate model of sexual violence stratified by gender, Brazil, 2007

	Women		Men	
	OR <sub>adj</sub> <sup>a</sup>	(IC 95%) <sup>a</sup>	OR <sub>adj</sub> <sup>a</sup>	(IC 95%) <sup>a</sup>
Age (18–40 y.o.)	1.78	(1.32–2.38)**	1.59	(1.07–2.34)*
Living alone at the present time	2.22	(1.44–3.41)**	–	
History of homelessness	2.33	(1.60–3.38)**	–	
Previous psychiatric hospitalization	1.65	(1.21–2.43)**	2.30	(1.41–3.75)**
Age of first psychiatric hospitalization (<18 y.o.)	–		2.10	(1.30–3.37)**
History of lifetime STD diagnosis	1.76	(1.27–2.43)**	–	
Main present psychiatric diagnosis				
Other diagnosis and ignored	1.00		1.00	
Bipolar disorder	1.32	(0.81–2.13)	0.77	(0.28–2.09)
Depressive disorder	1.86	(1.21–2.86)**	2.77	(1.17–6.58)*
Schizophrenia and other psychosis	1.44	(1.00–2.08)*	1.64	(1.08–2.51)*
Lifetime use of marijuana or cocaine	–		1.66	(1.13–2.45)*
Age of sexual debut (<16 y.o.)	1.73	(1.26–2.37)**	–	
Lifetime irregular use of condoms	1.83	(1.18–2.85)**	–	
Received or offered money for sex	1.78	(1.21–2.61)**	1.67	(1.15–2.44)**

\*  $p$  value < 0.05;\*\*  $p$  value < 0.01<sup>a</sup> Odds ratio adjusted and 95% confidence intervalsHosmer–Lemeshow's test:  $p = 0.551$  (women), degrees of freedom = 8Hosmer–Lemeshow's test (men):  $p = 0.801$ , degrees of freedom = 8

and 26.6% for men and women, respectively), and it is similar to other international studies [26, 27, 29, 31]. This result is in agreement with published data, which indicates that women with mental illness are more exposed to sexual violence than men, especially when perpetrated by intimate partner and/or domestic violence [29, 49]. Our data also indicate that women with mental disorders suffer more sexual violence as adults, while this occurs more frequently during childhood among men with mental disorders. This could partially be understood as a consequence of young boys and women being seen as more vulnerable individuals [12]. We should note the overlapping of violence perpetrated by different aggressors and in different periods of lifetime, indicating lasting and repeated victimization of this population. This aspect is frequently neglected in studies of individuals with mental illness, but often mentioned in studies of the general population [9].

A complete understanding of the social and environmental context of violence against individuals with mental illness is still lacking in published literature [20, 33, 38]. It is critical to distinguish the interconnection between victim and aggressor, differentiate psychiatry-related from more generalized community-related violence, describe the settings where the violence occurs and more clearly understand predictors of victimization of men and women with mental illness. Context variables in this study reinforce the importance of sexual violence against women with mental illness perpetrated by intimate partner and domestic violence (parents and relatives), also indicated by the settings where the violence occurred more frequently (domestic environment). However, sexual violence against women with mental illness does not occur only in the domestic environment, as 36.6% of the reported sexual violence

occurred in streets, in addition to other settings such as health-care centers, a fact that is corroborated by previous studies [25, 50]. On the other hand, men with mental illness are more exposed to sexual violence perpetrated by acquaintances or strangers, usually away from the domestic environment. In addition, our finding that sexual violence occurred more frequently during adolescence and in adulthood among women and during childhood among men may indicate a smaller *window of vulnerability* among men with mental illness when compared with women, as also observed by other authors [31]. It is likely that men with mental illness would benefit from earlier interventions during childhood, mostly related to the non-domestic environment, while the focus of prevention among women should occur during adolescence and adulthood, with emphasis on the domestic environment, as pointed out by Shack et al. [31]. It is noteworthy that men with mental illness have more difficulty than women in reporting sexual victimization (64% of the men did not communicate the victimization). These data probably confirm the WHO observation that official statistics may underestimate male vulnerability [1].

The occurrence of sexual violence perpetrated by health professionals and in institutional environments among men with mental illness was a worrisome finding of the present study, and it is corroborated by the literature. In a study with 142 individuals with mental illness recruited in an outpatient institution in the USA, 8% reported having suffered sexual violence by another patient and 3% by health-care professionals [50]. In our study, an even greater proportion of sexual violence perpetrated by other patients was found, especially among men (9.3%). This is a complex issue often overlooked by health professionals and

administrators, and it should be the focus of further investigations.

Women with mental illness in this study presented a higher proportion of self-report of sexual victimization and a larger number of factors associated with sexual violence. The proportion of sexual violence against women (26.6%) with mental illness is higher than for the general population (13.0%) [6] and closer to that of the more socially vulnerable populations, such as women who live in areas of extreme poverty in the country (28.8%) [51]. It is also higher than women without mental disorders and users of health-care services in a municipality of southeastern Brazil (9.8%) [52]. In studies in which violence was reported by individuals who did not present with mental disease, there were different associated factors compared to the results of the present study. For example, in one study with women as users of health-care services in a municipality of southeastern Brazil, the socioeconomic status was one associated factor [52]. The WHO multi-country study found similar factors to be associated, such as young age. However, formal marriage and higher socioeconomic status offered protection, while alcohol abuse and cohabitation increased the risk of violence, among other factors [53].

There was a higher chance of suffering sexual violence among younger women (18–40 years old), who had their sexual debut early, lived alone or had been homeless. In other studies, homeless women with mental illness were considered to be more vulnerable to violence by the society when compared with men [54]. According to Dean et al. [55], individuals with more severe mental illnesses and social isolation were potentially more exposed to sexual violence, particularly psychotic individuals who had less frequent contact with their families. Risk behaviors for STD, such as lifetime irregular use of condoms and having received or offered money for sex, and a history of lifetime STD diagnosis were factors statistically associated with sexual violence among women and corroborated by other authors. Meade et al. [44] found an increased risk of HIV infection (history of exchanging money, drugs, alcohol or goods for sex, and history of STD) among people with severe mental illness and with a history of abuse in childhood. In a study with 569 people with schizophrenia, Rosenberg et al. [56] reported that adverse events in childhood (including physical and sexual abuse) were independently associated with HIV infection.

In this study, men who suffered sexual violence were younger and presented clear indicators of more severe mental illnesses (history of previous psychiatric hospitalization, age of first hospitalization under 18 years of age, diagnosis of depression, schizophrenia or other psychosis). In a study with 782 individuals with severe mental illness, Goodman et al. [28] found that a history of previous

psychiatric hospitalization and first psychiatric hospitalization at an early age were also associated with higher risk of victimization, but did not identify psychiatric diagnosis or gender as such predictors. However in their study, recent (past year) physical and sexual violence were analyzed as one group and among individuals with severe mental illness. We studied lifetime sexual violence only, reflecting long-term exposure, which was more specific, and among a wider variety of psychiatric patients.

Although there are similar factors associated with sexual violence for both genders, the magnitude of such associations differs (e.g., for men, the association with history of lifetime psychiatric hospitalization and selected psychiatric diagnosis such as schizophrenia and other psychosis and depressive disorder is stronger). The number of factors associated is greater among women than among men. These similarities presented among women and men are consistent with the youth's vulnerability to violence reported in Brazil, as indicated in national [57, 58] and international surveys [1]. In 2007, 36.6% of the murders in Brazil occurred among youngsters, although they represented only 18.6% of the population [57]. In 2008, about 50% of the notifications of violence victims in Brazil involved youths under 20 years of age [58]. However, some differences should be pointed out: history of homelessness is a factor associated with sexual violence for women and not for men; age of first hospitalization under 18 years of age and lifetime use of marijuana or cocaine are associated with sexual violence for men, but not against women.

It is of concern that a high proportion of patients with mental illness, men and women, did not communicate the occurrence of sexual violence episodes to anyone and a very low proportion communicated to health professionals. However, more victims communicated to health professionals than to public safety authorities. This may clearly indicate a lack of opportunity for early and proper intervention within the mental health institutions to prevent further episodes and to provide adequate care for those in need. In addition, underreporting victimization and non-access to the judicial and social support systems are pointed out as a reality of the mental illness population [20, 33, 59].

This study presents limitations such as the non-inclusion of patients who were not capable of participating or with difficulties to be interviewed, most likely more severe patients, which may underestimate the sexual violence suffered by this population. The study also did not include referral and treatment centers specific for individuals with psychoactive substance abuse disorders, which may also underestimate sexual violence in this population. Nevertheless, this potential underestimation only emphasizes the public health relevance of our finding, which already

indicated a high magnitude of sexual violence among this population. Finally, one must be careful in interpreting the associations and avoid casual inferences from cross-sectional designs. However, the study covered a wider range of psychiatric diagnoses from hospitals and CAPS from various regions of the country, and also included severe patients who have access to the public mental health system [60]. In addition, a semi-structured interview was carried out with a previously tested questionnaire [46, 47], showing reasonable reliability for the study of lifetime sexual violence against this population ( $Kappa = 0.86$ ). The percentage of non-participation in the study was small and similar to other published research [28].

It is noticeable that the variables included in the analyses were considered thoroughly, given the effect that they are likely to exert on the event (violence). For instance, the use of alcohol and illicit drugs (lifetime use of marijuana or cocaine) could affect institutionalization among men, which could, in turn, explain the relationship between institutionalization and violence. In the case of women, as another example, the role of conjugality in the irregular use of condoms could lead to an indirect relationship between irregular use of condoms and violence, since for women the violence suffered is especially perpetrated by an intimate partner. However, our selection model strategy does not allow observing the full spectrum of the mediating factors, but only to state which variables are indeed associated with violence for men and women.

In conclusion, our results emphasize the need for mental health services to implement intervention actions for the care and prevention of sexual violence against this population of patients with mental illness in Brazil, including the training of health-care teams to identify individuals who may have suffered or are at risk of suffering sexual violence in order to provide therapeutic interventions to minimize the consequences to their physical and mental health [23, 38, 60, 61]. Women have more behavior factors associated with sexual violence and need protection, especially those with social problems. However, men also suffer sexual violence and report more childhood than adulthood sexual violence. Men also need attention, especially those whose age of first psychiatric hospitalization was under 18 years of age or those with lifetime use of marijuana or cocaine. These results indicate the public health relevance of sexual violence against patients with mental illness in Brazil. Intervention policies are urgently needed for both sexes, including screening mechanisms of vulnerability profile or potential exposure to violence during routine and regular care provided by these public mental health services. Preventive actions beyond the mental health clinic are important, such as social and economic actions to improve the living conditions of people with mental illness. In addition, the occurrence of sexual violence within the health

institutions cannot be overlooked. Immediate and long-term integrated programmatic actions within the public health system may contribute to the prevention of sexual violence, thus improving the quality of life and clinical prognosis of patients with mental illness under treatment in Brazil.

**Acknowledgments** This work was carried out by the Federal University of Minas Gerais with technical and financial support of the Ministry of Health/Secretary of Health Surveillance/Department of STD, Aids and Viral Hepatitis through the Project of International Technical Cooperation 914/BRA/1101 between the Brazilian Government and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization—UNESCO.

**Conflict of interest** None of the authors has any financial involvement or affiliation with any organization whose financial interests may be affected by material in the manuscript.

## References

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (2002) World report on violence and health. World Health Organization, Geneva
2. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, Elamin MB, Seime RJ, Shinozaki G, Prokop LJ, Ziraqzadeh A (2010) Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc* 85(7):618–629
3. Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ (2009) Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review. *Rev Bras Psiquiatr* 31(Suppl 2):S49–S57
4. Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall E (2010) Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: Análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre La Violencia Sexual <http://www.svri.org/ViolenciaSexualnaALenoCaribe.pdf>. Accessed 03 April 2011 (in Spanish)
5. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, WHO Multi-country Study on Women's Health, Domestic Violence against Women Study Team (2006) Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 368(9543):1260–1269
6. Venturi G, Recaman G, Oliveira S (2004) A mulher brasileira nos espaços público e privado [in Portuguese] 1a. ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo
7. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, Puccia MI, Andrade MC (2007) Violence against women attending public health services in the metropolitan area of São Paulo, Brazil. *Rev Saude Publica* 41(3):359–367
8. Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermitz AB, Valença O, Couto MT (2007) Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Rev Saude Publica* 41(5):797–807
9. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT (2006) Violence and health: recent scientific studies. *Rev Saude Publica* 40 Spec no:112–20
10. Manzolli P, Nunes MA, Schmidt MI, Pinheiro AP, Soares RM, Giacomello A, Drehmer M, Buss C, Hoffmann JF, Ozcariz S, Melere C, Manenti CN, Camey S, Ferri CP (2010) Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* Oct 45(10):983–988

11. Schraiber LB, D'Oliveira AF, França Junior I (2008) Intimate partner sexual violence among men and women in urban Brazil, 2005. *Rev Saude Publica* 42(Suppl 1):127–137
12. Sundaram V, Laursen B, Helweg-Larsen K (2008) Is sexual victimization gender specific? The prevalence of forced sexual activity among men and women in Denmark, and self-reported well-being among survivors. *J Interpers Violence* Oct 23(10):1414–1440
13. Choudhary E, Coben J, Bossarte RM (2010) Adverse health outcomes, perpetrator characteristics, and sexual violence victimization among US adult males. *J Interpers Violence* Aug 25(8):1523–1541
14. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT (2005) Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. [in Portuguese]. *Ciênc Saúde Coletiva* 10(2):7–17
15. Tiet QQ, Finney JW, Moos RH (2006) Recent sexual abuse, physical abuse, and suicide attempts among male veterans seeking psychiatric treatment. *Psychiatr Serv* Jan 57(1):107–113
16. Tyler KA, Beal MR (2010) The high-risk environment of homeless young adults: consequences for physical and sexual victimization. *Violence Vict* 25(1):101–115
17. Decker MR, McCauley HL, Phuengsamran D, Janyam S, Seage GR 3rd, Silverman JG (2010) Violence victimisation, sexual risk and sexually transmitted infection symptoms among female sex workers in Thailand. *Sex Transm Infect* 86(3):236–240
18. Wolff N, Blitz CL, Shi J, Bachman R, Siegel JA (2006) Sexual violence inside prisons: rates of victimization. *J Urban Health* 83(5):835–848
19. Choe JY, Teplin LA, Abram KM (2008) Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatr Serv* 59(2):153–164
20. Lovell AM, Cook J, Velpy L (2008) Violence towards people with severe mental disorders: a review of the literature and of related concepts. *Rev Epidemiol Sante Publique* Jun 56(3):197–207
21. Silver E (2002) Mental illness and violent victimization: the mediating role of involvement in conflicted social relationship. *Criminology* 40:191–212
22. Silver E, Arseneault L, Langley J, Caspi A, Moffitt TE (2005) Mental illness and violent victimization in a total birth cohort. *Am J Public Health* 95(11):2015–2021
23. Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA (2005) Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the national crime victimization survey. *Arch Gen Psychiatry* 62:911–921
24. Sturup J, Sorman K, Lindqvist P, Kristiansson M (2011) Violent victimization of psychiatric patients: a Swedish case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 46(1):29–34
25. Chapple B, Chant D, Nolan P, Cardy S, Whiteford H, McGrath J (2004) Correlates of victimisation amongst people with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39(10):836–840
26. Bengtsson-Tops A, Markstrom U, Lewin B (2005) The prevalence of abuse in Swedish female psychiatric users, the perpetrators and places where abuse occurred. *Int J Psychiatry* 59:504–510
27. Kim D, Kaspar V, Noh S, Nam JH (2006) Sexual and physical abuse among Korean female inpatients with schizophrenia. *J Traumatic Stress* 19(2):279–289
28. Goodman LA, Salyers MP, Mueser KT, Rosenberg SD, Swartz M, Essock SM, Osher FC, Butterfield MI, Swanson J (2001) 5 Site Health and Risk Study Research Committee. Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates. *J Trauma Stress* 14(4):615–632
29. Najavits LM, Sonn J, Walsh M, Weiss RD (2004) Domestic violence in women with PTSD and substance abuse. *Addict Behav* 29(4):707–715
30. Neria Y, Bromet EJ, Sievers S, Lavelle J, Fochtmann LJ (2002) Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort. *J Consult Clin Psychol* 70(1):246–251
31. Shack AV, Averill PM, Kopecky C, Krajewski K, Gummatira P (2004) Prior history of physical and sexual abuse among the psychiatric inpatient population: a comparison of males and females. *Psychiatr Q* 75:343–359
32. McPherson DM, Delva J, Cranford AJ (2007) A longitudinal investigation of intimate partner violence among mothers with mental illness. *Psychiatr Serv* 58:675–680
33. Khalifeh H, Dean K (2010) Gender and violence against people with severe mental illness. *Int Rev Psychiatry* 22(5):535–546
34. Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R, Feder G (2010) Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychol Med* 40(6):881–893
35. Goodman LA, Rosenberg SD, Mueser KT, Drake RE (1997) Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophr Bull* 23(4):685–696
36. Lam JA, Rosenheck R (1998) The effect of victimization on clinical outcomes of homeless persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 49(5):678–683
37. Walsh E, Moran P, Scott C, McKenzie K, Burns T, Creed F, Tyrer P, Murray RM, Fahy T, UK700 Group (2003) Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. *Br J Psychiatry* 183:233–238
38. Friedman SH, Loue S (2007) Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. *J Womens Health* 16(4):471–480
39. Schomerus G, Heider D, Angermeyer MC, Bebbington PE, Azorin JM, Brugha T, Toumi M (2008) Urban residence, victimhood and the appraisal of personal safety in people with schizophrenia: results from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *Psychol Med* 38(4):591–597
40. Glover K, Olfson M, Gameroff MJ, Neria Y (2010) Assault and mental disorders: a cross-sectional study of urban adult primary care patients. *Psychiatr Serv* 61(10):1018–1023
41. Lu W, Mueser KT, Rosenberg SD, Jankowski MK (2008) Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. *Psychiatr Serv* 59(9):1018–1026
42. Hodgins S, Lincoln T, Mak T (2009) Experiences of victimisation and depression are associated with community functioning among men with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44(6):448–457
43. WHO (2010) Addressing violence against women and HIV/AIDS: What works? Geneva: World Health Organization
44. Meade CS, Kershaw TS, Hansen NB, Sikkema KJ (2009) Long-term correlates of childhood abuse among adults with severe mental illness: adult victimization, substance abuse, and HIV sexual risk behavior. *AIDS Behav* 13(2):207–216
45. Guimarães MDC, Campos LN, Melo AP, Carmo RA, Machado CJ, Acurcio FA PESSOAS, Project Network Group (2009) Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 31(1):43–47
46. Guimarães MDC, Oliveira HN, Campos LN, Santos CA, Gomes CER, Oliveira SB et al (2008) Reliability and validity of a questionnaire on vulnerability to sexuality transmitted infections among adults with chronic mental illness—PESSOAS Project. *Rev Bras Psiquiatr* 30(1):55–59
47. Kahn HA, Sempos CT (1997) Statistical methods in epidemiology. 2nd edn, Oxford University Press, New York
48. Hosmer DW, Lemeshow S (1989) Applied logistic regression. Wiley, New York

49. Coverdale JH, Turbott SH (2000) Sexual and physical abuse of chronically ill psychiatric outpatients compared with a matched sample of medical outpatients. *J Nerv Ment Dis* 188(7):440–445
50. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, Yim E, Robins CS, Monnier J, Hiers TG (2005) Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv* 56(9):1123–1133
51. Moura LBA et al. (2009) Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev. Saúde Pública* 43(6):944–53 (in Portuguese)
52. Marinheiro AL, Vieira EM, de Souza L (2006) Prevalence of violence against women users of health services. *Rev Saude Publica* Aug 40(4):604–610
53. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen HA, Heise L (2011) What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health* 11:109
54. Goodman LA, Dutton MA, Harris M (1995) Episodically homeless women with serious mental illness: prevalence of physical and sexual assault. *Am J Orthopsychiatry* 65(4):468–478
55. Dean K, Moran P, Fahy T, Tyrer P, Leese M, Creed F, Burns T, Murray R, Walsh E (2007) Predictors of violent victimization amongst those with psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 116(5):345–353
56. Rosenberg SD, Lu W, Mueser KT, Jankowski MK, Courmos F (2007) Correlates of adverse childhood events among adults with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 58(2):245–253
57. Waiselfisz JJ (2010) Mapa da violência 2010: Anatomia dos homicídios no Brasil [in Portuguese] Instituto Sangari, São Paulo-SP-Brasil
58. BRASIL (2010) Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Department de Análise de Situação de Saúde [in Portuguese] Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Department de Análise de Situação de Saúde.–Brasília: Ministério da Saúde
59. Maniglio R (2009) Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 119(3):180–191
60. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica [in Portuguese] Relatório de Gestão 2007-2010 (2011) Ministério da Saúde: Brasília
61. Rose D, Trevillion K, Woodall A, Morgan C, Feder G, Howard L (2011) Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *Br J Psychiatry* 198:189–194







DMS  
1960-2000Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, 16 de Dezembro de 2002

Ao  
Prof. Mark Drew C. Guimarães

Prezado Professor

Informo-lhe que Câmara Departamental reunida no dia 16/12/2002 aprovou o Projeto "Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, sífilis, hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional."

Profª Elza Machado de Melo

Chefe do  
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Profª Elza Machado de Melo

Chefe do

Departamento de Medicina Preventiva e Social





MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**PARECER Nº 592/2006**

**Registro CONEP: 12637 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)**

**Registro CEP: 125/03** **Processo nº 25006.002950/2006-01**  
**Projeto de Pesquisa:** "Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, sífilis, hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional".  
**Projeto PESSOAS (Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental): Termo de Consentimento (etapa quantitativa e etapa qualitativa)**  
**Pesquisador Responsável:** Dr. Mark Drew Crosland Gumerães  
**Instituição:** Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG  
**Área Temática Especial:** (Trata-se de Projeto enviado pelo Ministério da Saúde)  
**Patrocinador:** Coordenação Nacional DST/Aids, Ministério da Saúde, UNESCO-DST - AIDS 914/BRA/3014.


Após proceder à análise das respostas ao parecer CONEP nº 246/2006, relativo ao projeto em questão, considerou-se que:

- a) foram atendidas as solicitações do referido parecer apresentação de nove folhas de rosto, cronograma atualizado, cópia do parecer ETIC 195/04 do CEP, substituição das cópias legíveis das declarações de participação das instituições selecionadas, relação atualizada dos participantes da equipe e informações quanto à reunião de capacitação e treinamento entre outros;
- b) A versão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apresentada contempla as adequações solicitadas, inclusive quanto a inclusão de assinatura de representante legal do paciente, além da informação de que os materiais utilizados serão descartáveis;
- c) O projeto preenche os requisitos fundamentais das Resoluções CNS 196/96 e suas complementares, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos;
- d) O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição supracitada.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta - se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Projeto aprovado

Brasília, 22 de maio de 2006.

  
WILLIAM SAAD HOSSNE  
Coordenador da CONEP/CNS/MS





FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30 130-100  
Fone: (031) 3409 9641 FAX: (31) 3409 9640  
cpg@medicina.ufmg.br



UFMG

**Ata de reavaliação do exame de qualificação a que se submeteu o doutorando HELIAN NUNES DE OLIVEIRA**

Aos onze dias do mês de abril de dois mil e onze, o doutorando submeteu para os membros da Comissão Examinadora, indicada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia, o volume do projeto de tese intitulado: "VIOLÊNCIA SOFRIDA POR INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO MENTAL: PROJETO PESSOAS", modificado segundo recomendações feitas pela Comissão Examinadora quando da realização do exame de qualificação, em 22 de fevereiro de 2011. Após a leitura do volume modificado, a Comissão Examinadora considerou que o aluno, Helian Nunes de Oliveira, atendeu às recomendações sugeridas e encontra-se apto a prosseguir a sua investigação. Para constar, lavrou-se a presente ATA, que segue assinada pela Comissão Examinadora, Belo Horizonte, 15 de abril de 2011.

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães/ Orientador – ouvinte

Profa. Carla Jorge Machado/ Coorientadora – ouvinte

Profa. Sandhi Maria Barreto

Profa. Maria Tavares Cavalcanti

Dra. Lorenza Nogueira Campos

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia/Coordenadora

Mariângela Leal Cherchiglia  
Coordenadora do Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Pública  
Faculdade de Medicina - UFMG

  
CONFERE COM ORIGINAL  
Centro de Pós-Graduação  
Faculdade de Medicina - UFMG



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



UFMG

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO de **HELIAN NUNES DE OLIVEIRA** número de registro 2009655740. Às quatorze horas do dia **dezenove de junho de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de tese indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"VIOLÊNCIA CONTRA INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO MENTAL: PROJETO PESSOAS"** requisito final para a obtenção do Grau de Doutor em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Mark Drew Crosland Guimarães, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães / orientador	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profa. Carla Jorge Machado/coorientadora	Instit: UFMG	Indicação: <u>aprovado</u>
Profa. Ada Ávila Assunção	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Prof. Francisco de Assis Acurcio	Instit: UFMG	Indicação: <u>APROVADO</u>
Prof. Euclides Ayres de Castilho	Instit: USP	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profa. Maria Tavares Cavalcanti	Instit: UFRJ	Indicação: <u>Aprovado</u>

Pelas indicações o candidato foi considerado APROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 19 de junho de 2012.

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães [assinatura]  
 Profa. Carla Jorge Machado [assinatura]  
 Profa. Ada Ávila Assunção [assinatura]  
 Prof. Francisco de Assis Acurcio [assinatura]  
 Prof. Euclides Ayres de Castilho [assinatura]  
 Profa. Maria Tavares Cavalcanti [assinatura]  
 Profa. Ada Ávila Assunção/Coordenadora [assinatura]

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Profa. Ada Ávila Assunção  
Coord. do PG em Saúde Pública  
Faculdade de Medicina / UFMG