

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM VÍTIMAS DE CRIME EM FLORIANÓPOLIS

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN CRIME VICTIMS IN FLORIANÓPOLIS, BRAZIL

Ana Maria Maykot Prates Michels

Médica psiquiatra, Mestra em Saúde Pública
Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina e em clínica privada
Professora assistente, Departamento de Clínica Médica
Universidade Federal de Santa Catarina
anamichels@uol.com.br

Walter Ferreira de Oliveira

Médico, Ph.D., MPH (Master's in Public Health)
Professor associado, Depto. De Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Catarina
walter@ccs.ufsc.br

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo estudar a ocorrência de transtorno de estresse pós traumático (TEPT) em vítimas de crime, atendidas em um centro de referência para atendimento destas na área metropolitana de Florianópolis. Trata-se de um estudo de abordagem quali-quantitativa, de natureza descritivo-exploratório. Foram aplicados aos sujeitos da pesquisa, durante cinco meses, a escala Davidson de Trauma para diagnóstico de TEPT e um questionário sócio-demográfico. Da amostra de 71 sujeitos, 95,8% eram de sexo feminino e 84,5% vítimas de violência doméstica. A prevalência de TEPT foi de 63,4% e destes 91,7% relatou abuso sexual na infância. À amostra reduzida atribuímos não terem sido encontradas associações estatisticamente significativas. Nos itens relacionando história psiquiátrica pessoal e história psiquiátrica familiar com TEPT os valores mostraram tendência a associação. A alta prevalência de TEPT na amostra foi relacionada ao alto percentual (57,7%) de crimes continuados. O estudo está alerta para possíveis consequências da violência, particularmente a violência doméstica, do ponto de vista da saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: TEPT. Violência. Violência doméstica. Crime.

ABSTRACT: This article presents the results of a descriptive and exploratory study on the occurrence of Post-traumatic stress disorder (PTSD) and crime victims in a reference support centre in the greater Florianópolis, southern Brazil, utilizing a mixed methodology (quali-quantitative) approach. the Davidson Trauma scale for the diagnosis for PTSD and a socio-demographic questionnaire were applied for five months to the 71 study subjects, of which 95.8% were females and 84.5% victims of domestic violence. The prevalence of PTSD was 63.4% of which 91.7% mentioned having undergone sexual abuse at childhood. There were no statistically significant associations, which may be a result of reduced samples. Personal psychiatric history and family psychiatric history with PTSD figures show a tendency to association. The high predominance of PTSD in the sample was related to the high percentage (57.7%) of continued crimes. A high level of domestic crimes and the low presence of males were noted. The importance of the study includes alerting possible consequences of violence, especially domestic violence from the point of view of mental health.

KEY WORDS: PTSD and violence. PTSD and domestic violence. PTSD and crime.

1 Transtorno de estresse pós traumático, crime e saúde coletiva

As diferentes formas de violência e seus consequentes danos à saúde e perdas econômicas são temas de extrema importância dentro da saúde coletiva, ao colocar em risco o processo vital humano, causando enfermidades físicas, psíquicas e morais e prejuízo à qualidade de vida (MINAYO, 1994). Para Marilena Chaui (2000) violência é uma violação da integridade física e psíquica; dentro de nossa cultura é o exercício da força física e psíquica para obrigar alguém a fazer algo danoso a seu corpo e contrário a seus interesses, desejos, ou consciência. Crimes como assassinato, tortura, estupro, roubo e calúnia são considerados violências, por reduzirem indivíduos que são por sua natureza, dotados de vontade livre, à condição de objeto (KRUG. DAHLBER; MERCY, 2002).

Segundo o Relatório Mundial de Violência e Saúde, a cada ano mais de um milhão de pessoas morrem vítimas de algum tipo de violência e um número muito maior sofre conseqüências não fatais, como resultado de atos de violência. Estudos realizados em diversos países mostram percentuais de mulheres que referem ter sofrido violência por parte do cônjuge em torno de 22% nos Estados Unidos, 29% no Canadá e 34% no Egito (SADOCK; SADOCK, 2007).

No Brasil, entre 2001 e 2005, houve tendência a aumento no registro das ocorrências criminais contra o patrimônio, lesões corporais, roubos e delitos de trânsito. O Estado de Santa Catarina, apesar de apresentar taxas abaixo da média nacional para os crimes letais contra o patrimônio, de homicídios dolosos e crimes violentos letais, apresentou entre 2004 e 2005 taxas mais altas, entre os estados brasileiros, de registro de crimes de sequestro e atentado violento ao pudor, As cidades de Florianópolis, Palhoça, Itajaí e Jaraguá do Sul estiveram entre os oito municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes com maiores registros para os crimes de atentado violento ao pudor neste período (SNSP, 2008).

O Anuário 2010 do Forum Brasileiro de Segurança Pública aponta, entre os anos de 2000 e 2008, uma tendência à estabilização para os registros de crimes de morte por agressão (em torno de 26 por mil habitantes). O Estado de Santa Catarina, embora abaixo da média nacional, apresentou no mesmo período aumento considerável no registro destes crimes, de 7,9 para 13,0

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 54-72, jul./dez., 2011.

ocorrências registradas por 100 mil habitantes. O Estado ficou entre as cinco maiores taxas nacionais de crimes de estupro e atentado violento ao pudor em 2008 e 2009 e entre as dez maiores taxas nacionais para os crimes de extorsão mediante sequestro e tráfico de entorpecentes registrados em 2009 (FBSP, 2010).

Na cidade de Florianópolis, segundo o Forum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2010) houve um aumento no registro de homicídios desde 1997 até 2007, de 9,8 para 19,5 registros por 100 mil habitantes. Neste mesmo período, cidades como São Paulo, Recife, Rio de Janeiro e Brasília apresentaram redução desta mesma taxa.

Estes dados relacionados a acontecimentos criminosos e violentos, e suas conseqüências para a integridade pessoal, física e mental remetem-nos aos principais transtornos psiquiátricos ligados a eventos traumáticos listados na CID-10, a Reação Aguda ao Estresse (RAE) e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). A RAE, de resolução mais rápida, durando de algumas horas a no máximo trinta dias, tem supostamente menos implicações limitantes na vida das pessoas.

O TEPT é conceituado pela CID-10 como um conjunto de sintomas que surge em resposta tardia à vivência de um estressor traumático caracterizado como ameaçador ou catastrófico, tais como guerras, desastres naturais, ser vítima de agressão pessoal violenta ou de outro crime. Os sintomas incluem revivência persistente do evento, evitação persistente dos estímulos associados ao trauma, embotamento da responsividade e excitação aumentada. Para fins diagnósticos, devem causar sofrimento e prejuízo no funcionamento de áreas importantes da vida (WHO, 1993). Para caracterizar o Transtorno, de acordo com a quarta edição revisada do DSM, também é necessário que seus sintomas estejam presentes após um mês do evento traumático (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

A prevalência de TEPT é em torno de 8% na população geral e pode chegar a mais de 75% em populações mais sujeitas a fatores de risco (SADOCK, SADOCK, 2007; STEIN, CARLI, CASANOVA, 2004). São considerados fatores de risco para o TEPT ser do sexo feminino, adulto jovem, ser solteiro, viúvo ou separado, com privações econômicas e isolamento social; história pessoal ou familiar de outros transtornos mentais, separações precoces

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 54-72, jul./dez., 2011.

e eventos traumáticos na infância; sistema de apoio familiar ou social inadequado, mudanças estressantes recentes e ingestão excessiva recente de álcool. São apontados como fatores de proteção fé religiosa, nível de instrução, engajamento político, apoio social forte e preparação para possibilidade do evento (SADOCK, SADOCK, 2007; GAUREJ, DIEFENTHAELER, CEITLIN, 2003; GILLETTE, FIELSTAIN, 2002).

É frequente a co-morbidade com ansiedade, depressão, ideação suicida e uso abusivo de álcool, acarretando mais sofrimento psíquico e gerando gastos e prejuízos em vários setores (SADOCK, SADOCK, 2007; STEIN, CARLI, CASANOVA, 2004. VILLALANÉ, 2003; WHO, 1993). Os portadores de TEPT apresentam maior número de detenções e problemas legais, além de utilizarem, mais do que a população em geral, os serviços de atendimento à saúde (BERGER, MENDLOVIC, FIGUEIRA, 2004). Por estes motivos, entre outros, o TEPT se apresenta como um importante problema do ponto de vista da saúde coletiva.

Considerando as taxas elevadas de acontecimentos criminosos no Brasil e em Santa Catarina e estar o TEPT diretamente relacionado a eventos traumáticos e à saúde pública, conduzimos um estudo com vistas a examinar a associação entre o TEPT e a situação de vítimas em eventos criminosos.

2 Material e métodos

A pesquisa é a primeira etapa de um estudo descritivo, transversal, com metodologia quanti-qualitativa, realizado no Centro de Atendimento à Vítima do Crime (CEVIC), de Florianópolis, entre agosto de 2007 e abril de 2008. Nesta primeira etapa o objetivo foi a análise dos dados quantitativos.

O CEVIC era uma instituição, sem fins lucrativos, que atuou em Florianópolis de 1997 a 2010, em parceria com os governos Estadual, através da Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa do Cidadão (SESPDC) e Federal, através da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH). Presta atendimento social, psicológico e jurídico a vítimas de crime na região metropolitana de Florianópolis. Recebe encaminhamentos de delegacias de polícia, hospitais, institutos médico-legais e conselhos tutelares, entre outros (SANTA CATARINA, 2006).

Nesta primeira etapa, os sujeitos responderam dois questionários, um com dados sócio-demográficos e um instrumento diagnóstico para o TEPT, a escala Davidson. Esta escala foi escolhida por utilizar os critérios diagnósticos do DSM IV-TR, referência amplamente utilizada por profissionais da área da saúde mental. Apesar de ainda não estar validada para a língua portuguesa, a tradução da escala Davidson vem sendo aplicada em protocolos de pesquisa utilizados por instituições brasileiras como o Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (NET-Trauma), servindo como base para publicações (STEIN, CARLI, CASANOVA, 2004; HCPA, s.d.). Foram incluídos nesta etapa pessoas maiores de 16 anos, em atendimento no CEVIC e que haviam sido vítimas de evento criminoso há pelo menos 30 dias. A escala de Davidson foi aplicada a cada sujeito uma única vez, somente para fins diagnósticos e não de acompanhamento evolutivo. Como mais da metade dos sujeitos eram vítimas de violência doméstica continuada, o tempo de 30 dias do evento traumático foi considerado a partir do evento que os trouxe para o CEVIC (muitos deles continuavam morando com o agressor e sob constante ameaça no momento da aplicação do instrumento).

O questionário com dados sócio-demográficos incluiu perguntas abertas e fechadas com informações sobre a história passada do sujeito e o crime do qual foi vítima. A escolha dos itens foi feita baseada na pesquisa bibliográfica e nos fatores de risco para o TEPT e incluíram faixa etária, município de procedência, sexo, etnia, escolaridade, fé religiosa, ocupação profissional, estado civil, além de outros relacionados com o crime (tipo, denúncia formal, conhecimento prévio do criminoso, rede de apoio, suporte familiar) e aspectos da história pessoal (afecções psiquiátricas pessoais e familiares, outros crimes sofridos e abuso sexual).

O questionário sócio-demográfico e a escala de Davidson foram aplicados por uma pesquisadora de campo, de nível universitário, especificamente treinada para este fim, com supervisão dos pesquisadores principais. Todos os itens dos instrumentos foram explicados aos sujeitos no momento da aplicação. Respostas que suscitaram dúvidas insolúveis quanto à informação fornecida foram eliminadas da amostra (por esta razão, para alguns itens, a soma da frequência não é igual ao número total de sujeitos).

A coleta de dados foi realizada durante cinco meses, (de agosto a dezembro de 2007 e de março a abril de 2008). A interrupção de três meses ocorreu em função de férias escolares e recesso do CEVIC. Todos os sujeitos atendidos na instituição no período da coleta de dados e que atendessem aos critérios de inclusão foram convidados a participar e três se recusaram. Dado o escasso tempo da pesquisa, condicionado pelo tempo possível para conclusão de uma pesquisa de mestrado, responderam, nesta etapa, 71 sujeitos, uma amostra de tamanho bastante reduzido, diminuindo a chance de verificar associações estatísticas. Em estudos desta natureza é necessário um número maior para que se consiga observar relações entre as variáveis.

Os dados desta primeira etapa foram tabulados no programa Microsoft Excel e a análise estatística realizada no software SAS, versão 8.02.¹ Foi feita uma análise descritiva das informações obtidas no questionário sócio-demográfico, para cada item independentemente, utilizando cálculos de frequência e porcentagem dos dados demográficos. Após esta análise, foram feitos cruzamentos entre o TEPT e os itens associados às informações sócio-demográficas, o crime ocorrido e história passada dos sujeitos, utilizando-se o cálculo do Risco Relativo (RR) como medida de associação. O RR estima diretamente a Razão de Prevalência (RP). Para isto utilizou-se o teste de Wald, considerando-se como associação estatisticamente significativa o nível de 5% ($p \leq 0,05$).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer nº 225/07, atendendo à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3 Resultados

3.1 Dados sócio-demográficos

Dos 71 participantes, 67 (95,8%) eram do sexo feminino, a idade ficou entre 16 e 62 anos, com média de 36 anos, com predomínio de etnia os branca (78,3%). A renda média familiar foi de 2,55 salários mínimos, e

presença de fé religiosa (91%) na amostra. 45,1% dos sujeitos afirmaram ter nível educacional médio, 16,9% nível superior; os restantes 38%, fundamental completo ou incompleto. Com relação à situação profissional, 80,3% disseram-se empregados, sendo a profissão mais freqüente de auxiliar de serviços gerais. O estado civil predominante ficou entre solteiro 28 (40,6%) e casado 33 (47,8%).

Quanto ao tipo de crime ocorrido, 60 (84,5%) participantes foram vítimas de violência doméstica e 11 (15,5%) de outro tipo de crime. Do total, 41 (57,7%) relataram terem sido agredidos mais de uma vez pela mesma pessoa, caracterizando o que se chamou de “crime continuado”, ou crônico (todos vítimas de violência doméstica). Os 30 restantes (42,3%) foram vítimas de atos criminosos isolados. Vários se disseram vítimas de mais de um crime como violência física (53,5%), violência psicológica (69,0%) e violência sexual (11,3%). Constatou-se que 90,1% apresentaram denúncia formal e 93% relataram que o criminoso era uma pessoa conhecida. Cabe destacar que 26,8% dos participantes relataram ter sofrido maus-tratos no contexto da rede de apoio. Ainda com relação a apoio recebido, 78,9% referiram ter contado com suporte familiar após o crime.

A tabela 1 mostra as freqüências e porcentagens das respostas dos participantes relacionadas à caracterização do crime ocorrido. Com referência aos dados da história passada dos sujeitos, antes da ocorrência do crime, 72,5% dos respondentes declarou ter história de doença psiquiátrica na família, mas apenas 27,1% relataram história pessoal de transtorno mental e 17,4% terem sido abusados sexualmente na infância.

¹ Todos os respondentes foram convidados, após responderem aos questionários, a participar em uma segunda etapa, constituída de entrevistas e cujos resultados estão sendo elaborados em outro artigo;

Tabela 1. Frequências e porcentagens das informações associadas ao crime ocorrido.

Características	Frequência	Porcentagens válidas
Violência		
Doméstica	60	84,5
Não doméstica	11	15,5
Física	38	53,5
Psicológica	49	69,0
Sexual	08	11,3
Outros	03	4,2
Denúncia formal		
Sim	64	90,1
Não	07	9,9
Criminoso		
Conhecido	66	93,0
Desconhecido	05	7,0
Contou com rede de apoio		
Sim	56	78,9
Não	15	21,1
Mau-trato com a rede de apoio		
Sim	19	26,8
Não	52	73,2
Suporte familiar		
Sim	56	78,9
Não	15	21,1
Tempo do crime		
Até 1 ano	49	69,0
Mais de 1 ano	22	31,0
Crime continuado		
Sim	41	57,7
Não	30	42,3

A tabela 2 apresenta os percentuais dos itens relacionados à história pessoal e familiar e dos crimes sofridos pelos sujeitos da pesquisa.

Tabela 2. Freqüências e porcentagens das informações associadas ao histórico familiar e dos crimes sofridos.

Características	Freqüência	Porcentagens válidas
História de doença psiquiátrica		
Sim	19	27,1
Não	51	72,9
Doença psiquiátrica na família		
Sim	50	72,5
Não	19	27,5
História de crimes sofridos		
Sim	31	46,3
Não	36	53,7
Vítima de abuso sexual		
Sim	12	17,4
Não	57	82,6

3.2 Ocorrência de TEPT

A prevalência de TEPT foi de 45 sujeitos (63,4%), de acordo com os critérios diagnósticos da escala de Davidson. Consideramos a prevalência bastante elevada para todos os itens pesquisados, entretanto, considerando-se o nível de 5% de significância, não observamos associação estatística de nenhum dos itens sócio-demográficos com o TEPT neste estudo. Para os itens idade e renda não foram utilizadas categorias, por esse motivo não foi estimada a porcentagem de TEPT.

Na tabela 3 são apresentadas as porcentagens de TEPT para cada uma das questões sócio-demográficas pesquisadas, além das razões de prevalência (RP) com seus respectivos intervalos de 95% de confiança e o p-valor do teste de *Wald*, para verificar a associação entre o TEPT e os itens sócio-demográficos.

Tabela 3. Razão de prevalência para o TEPT e teste de *Wald* para verificar a relação entre as informações sócio-demográficas e a presença do TEPT.

Características	% TEPT	RP (IC 95%)	p-valor
Idade	-	0,99 (0,96;1,02)	0,497
Renda familiar	-	1,06 (0,89;1,25)	0,546
Cor da pele			0,665
Branca	63,0	0,86 (0,44;1,69)	
Outras	73,3	1	
Nível educacional			0,548
Fundamental	66,7	1,60 (0,59;4,31)	
Médio	68,8	1,65 (0,62;4,36)	
Superior	41,7	1	
Estado Civil			0,894
Casada	63,6	1	
Demais	61,1	0,96 (0,53;1,75)	
Situação profissional			0,915
Empregado	62,8	0,97 (0,51;1,84)	
Demais	65,0	1	
Profissões			0,703
Serviços gerais	67,9	1,12 (0,62;2,03)	
Demais	60,5	1	
Fé religiosa			0,291
Sim	66,2	1,98 (0,48;8,19)	
Não	33,3	1	

Foram tabulados os dados relativos ao crime ocorrido, entre os 45 sujeitos que apresentaram TEPT (tabela 4). O cálculo das porcentagens de TEPT e das razões de prevalência (RP) com seus respectivos intervalos de 95% de confiança, também não mostrou associação estatística ao nível de significância de 5%, com os vários itens referentes ao crime ocorrido. Os resultados foram bastante parecidos com os itens relacionados aos fatores sócio-demográficos, ou seja, foi observada prevalência elevada de TEPT em todos os dados referentes às características do crime ocorrido.

Tabela 4. Razão de prevalência para o TEPT e teste de *Wald* para verificar a relação entre as informações do crime ocorrido e a presença do TEPT.

Características	% TEPT (n.45)	RP (IC 95%)	p-valor
Violência doméstica			0,947
Sim	63,8	1,02 (0,55;1,90)	
Não	62,5	1	
Violência física			0,566
Sim	68,4	1,19 (0,66;2,15)	
Não	57,6	1	
Violência psicológica			0,525
Sim	67,3	1,23 (0,64;2,39)	
Não	54,5	1	
Denúncia formal			0,430
Sim	66,7	1,56 (0,48;5,02)	
Não	42,9	1	
Criminoso			0,467
Conhecido	65,2	1,63 (0,39;6,72)	
Desconhecido	40,0	1	
Contou com rede de apoio		1	0,457
Sim	67,3	1,35 (0,60;3,02)	
Não	50,0	1	
Maus-tratos com a rede de apoio			0,966
Sim	63,2	1,02 (0,52;2,00)	
Não	62,2	1	
Suporte familiar			0,592
Sim	60,7	0,83 (0,42;1,63)	
Não	73,3	1	
Tempo do crime			0,735
Até 1 ano	61,2	0,90 (0,48;1,67)	
Mais do que 1 ano	68,2	1	

A relação entre as porcentagens de TEPT e as questões referentes à história passada dos sujeitos com o cálculo das razões de prevalência (RP), seus respectivos intervalos de 95% de confiança e o p-valor do teste de *Wald* também não mostrou associação estatística entre o TEPT e os itens relacionados (tabela 5).

Nos itens “história de doença psiquiátrica” e “doença psiquiátrica na família”, observou-se uma tendência à associação. É possível que, com o aumento da amostra, essas associações pudessem se tornar significativas.

Tabela 5. Razão de prevalência para o TEPT e teste de *Wald* para verificar a relação entre as informações da história passada e a presença do TEPT.

Características	% TEPT (n. 45)	RP (IC 95%)	p-valor
História de doença psiquiátrica			0,090
Sim	89,5	1,69 (0,92;3,10)	
Não	52,9	1	
História de crimes sofridos			0,975
Sim	64,5	1,01 (0,55;1,84)	
Não	63,9	1	
Abuso sexual			0,187
Sim	91,7	1,58 (0,80;3,13)	
Não	57,9	1	
Doença psiquiátrica na família			0,091
Sim	74,0	2,01 (0,90;4,51)	
Não	36,8	1	
Crime continuado			0,359
Sim	70,7	1,33 (0,72;2,44)	
Não	53,3	1	

Devido ao tamanho reduzido da amostra, as categorias de alguns itens foram agrupadas para facilitar as comparações, sendo que em alguns deles, devido ao pequeno número, não foi possível aplicar o teste de *Wald*.

4 Discussão

Embora o reduzido tamanho da amostra tenha prejudicado o estabelecimento de associações estatisticamente significantes, alguns resultados deste estudo podem ser considerados relevantes. A prevalência de TEPT encontrada (63,4%) ficou próxima aos percentuais de maior prevalência da literatura, dado que pode estar relacionado ao fato de mais da metade da população estudada ter sido vítima de violência doméstica continuada. Cabe também lembrar que o presente estudo foi realizado em um local que recebe vítimas de crime que sentiram necessidade de procurar ajuda. É possível que vítimas de crime que não procuraram o CEVIC poderiam ter melhores condições para lidar psiquicamente com o evento, tendo conseqüentemente menos chance de desenvolver transtornos mentais.

A epidemiologia do TEPT tem se mostrado variável na literatura. Stein, Carli e Casanova (2004) obtiveram, estudando usuários de um serviço

de atenção primária em Porto Alegre, uma prevalência de 59,3%. Outro estudo realizado no México por Orozco, Borges e Benget (2008) encontrou 1,8% de prevalência entre adolescentes. Mesmo em populações vítimas de eventos traumáticos específicos os resultados podem variar bastante. Uma pesquisa com imigrantes refugiados de guerra, nos Estados Unidos, encontrou 52% preenchendo critérios para TEPT (SNYDER, CERVANTES, PADILLA, 1990) enquanto outra realizada com sobreviventes de desastres naturais no México encontrou 32% (TAPIA, SEPÚLVEDA, MEDINA, 1987)

Com relação a vítimas de violência doméstica, um trabalho realizado nos Estados Unidos encontrou 16% de TEPT em mulheres expostas a este crime (RODRIGUEZ, HEILEMANN, FIELDER, 2008) enquanto outro na Espanha, apontou prevalência de 67,54% (CALVETE, ESTEVEZ, CORRAL, 2007) e outro realizado na África do Sul, encontrou 35,3% (MARAIS A, DE VILLIERS PJ, MÖLLER, 1999).

No presente trabalho, a prevalência ficou próxima dos dados mais altos encontrados na literatura para populações semelhantes. A população aqui estudada foi predominantemente feminina (95,8%) e vítima de violência doméstica (84,5%), fatores considerados de risco para o desenvolvimento de TEPT. Mulheres têm o dobro de chance do que homens para ter o Transtorno (SADOCK, SADOCK, 2007; GAUREJ, DIEFENTHAELER, CEITLIN, 2003). Além disso, vários estudos mostram risco mais elevado para o desenvolvimento de TEPT em vítimas de agressão doméstica quando comparado a outras pessoas, indicando este tipo de violência como trauma suficientemente forte, para provocar o TEPT. Um estudo realizado com mulheres na região da Bósnia e Herzegovina mostrou prevalência mais alta de TEPT em mulheres vítimas de violência doméstica do que naquelas vítimas de traumas de guerra (AVDIBEGOVIĆ, SINANOVIĆ, 2006).

No presente trabalho, a prevalência de TEPT não foi mais alta entre as vítimas de violência doméstica do que nas de outros crimes. Porém, do ponto de vista estatístico é difícil estabelecer esta comparação já que a prevalência de crimes não domésticos neste estudo foi de menos de 20%. Não foram encontrados na literatura pesquisada, entretanto, estudos comparativos entre violência doméstica, TEPT e outros crimes.

Sabe-se que o TEPT pode ser mais grave e prevalente em populações vítimas de traumas crônicos ou múltiplos estressores, caso de mais da metade da amostra (57,7%) deste estudo, que era vítima de violência doméstica continuada. Entre estes a prevalência do TEPT (70,7%) foi maior do que entre os que se disseram vítimas de episódio isolado (53,3%).

Quanto à população ser predominantemente feminina, os dados da literatura apontam para o dobro de chance de mulheres virem a desenvolver TEPT, talvez por esta razão mais mulheres procurem também ajuda psicológica. No presente estudo o percentual mais elevado de mulheres, assim como de TEPT, pode estar relacionado com o tipo de crime e o encaminhamento recebido. Embora o CEVIC seja uma instituição própria para atendimento de vítimas de qualquer crime, recebe principalmente vítimas de violência doméstica, que são predominantemente mulheres. É possível que as vítimas de outros tipos de crime, também prevalentes na região (como seqüestro ou atentado violento ao pudor), por alguma razão não estejam sendo encaminhadas para a Instituição, ou talvez imaginem que esta seja um local para atendimento exclusivo de vítimas de violência doméstica. Não é possível saber, com o resultado deste estudo, se a população que é vítima de outros crimes não necessita da ajuda oferecida pelo CEVIC ou se não está sendo devidamente encaminhada.

Apesar de neste estudo não se ter encontrado associação estatisticamente significativa entre os itens pesquisados, vale a pena comentar alguns resultados, particularmente aqueles que ficaram próximos desta associação como: história de doença psiquiátrica pessoal com TEPT (p-valor 0,090) e história de doença psiquiátrica na família com TEPT (p-valor 0,091). Como as associações ficaram próximas de 5% de significância, é possível que se a amostra for ampliada consiga-se encontrar relações estatisticamente significativas para estes itens, que no presente trabalho apareceram como tendência à associação.

Doença psiquiátrica prévia ou história familiar de doença psiquiátrica são consideradas na literatura como fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT (SADOCK, SADOCK, 2007). Um estudo epidemiológico realizado com sobreviventes de áreas de conflito de guerra, entre 1997 e 1999, encontrou história de doença psiquiátrica pessoal e alcoolismo em parentes de

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 54-72, jul./dez., 2011.

primeiro grau, como fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT (JONG JT, KOMPROE IH, OMMEREN, 2001). Outro estudo, nos Estados Unidos, encontrou problemas com drogas na família e depressão pessoal ao longo da vida, relacionados positivamente com TEPT. (WALDROP, HANSON, RESNICK, 2007). Estes dados estão de acordo com o alto percentual de relação entre TEPT e história de doença psiquiátrica (89,5%) e TEPT e doença psiquiátrica na família (74%), encontrados neste estudo.

Também nos parece relevante a relação entre abuso sexual na infância e TEPT na idade adulta, que neste trabalho foi de 91,7 %. Entre aqueles que não foram vítimas deste crime na infância, apenas 57,9% desenvolveram TEPT. A falta de associação estatisticamente significativa deveu-se provável à amostra restrita, com apenas 12 sujeitos que se disseram vítimas de violência sexual na infância. Entretanto, o percentual de TEPT encontrado nesta amostra aponta uma possível tendência e está de acordo com vários estudos que relacionam TEPT com história de violência sexual na infância. Orozco et al, em seu estudo com adolescentes mexicanos de 2007, encontrou um risco cinco vezes maior para o desenvolvimento de TEPT nas vítimas de algum tipo de violência sexual na infância ou adolescência. Outro estudo realizado nos Estados Unidos encontrou o abuso sexual na infância e a violência na idade adulta como os mais freqüentes traumas relacionados com TEPT (SAMSON, BENSEN, BECK, 1999). Com relação a dados especificamente brasileiros, um trabalho realizado no Rio Grande do Sul encontrou história de abuso e negligência infantil como importantes preditores de TEPT na vida adulta (STEIN,CARLI, CASANOVA, 2004). Os resultados encontrados no presente trabalho estão, em termos percentuais, de acordo com os resultados da literatura.

Com relação ao tipo de crime sofrido ser ou não violência doméstica não foram observadas diferenças relevantes em relação à presença de TEPT nos dois grupos, com diagnóstico de TEPT de 63,8% e 62,5%, respectivamente. Mesmo não havendo diferença entre os dois grupos quanto ao desenvolvimento de TEPT, e considerando a amostra insuficiente para comparações, o dado está de acordo com a literatura, onde se encontram trabalhos relacionando violência doméstica com alto risco para o desenvolvimento de TEPT (MEZEY G, BACCHUS L, BAWLEY, 2005; Cadernos Brasileiros de Saúde Mental ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 54-72, jul./dez., 2011.

GERLOCK, 2004; BACCHUS L, MEZEY G, BEWLEY, 2003; JOHNSON LE, BENIGHT, 2003). Não foram encontrados, na literatura pesquisada, dados comparando a presença de TEPT em vítimas de violência doméstica com a mesma presença em outro tipo de crime.

Outros fatores apontados na literatura como protetores contra o TEPT, incluem o nível de instrução e apoio familiar, neste trabalho também estiveram associados com menor percentual de TEPT. A fé religiosa, também considerado na literatura como fator de proteção, no presente trabalho apareceu mais entre os que desenvolveram TEPT.

5 Considerações finais

A partir dos resultados deste estudo, percebemos que o TEPT pode ter uma elevada prevalência em vítimas de crime, particularmente de violência doméstica, que foram os crimes mais freqüentes atendidos no CEVIC no período pesquisado. A forte presença deste tipo de violência na amostra e as suas possíveis conseqüências, do ponto de vista de saúde mental, chamaram atenção e pode servir de alerta às autoridades e profissionais que lidam com o assunto tanto na atenção primária e secundária, bem como na gestão.

Apesar de não se ter encontrado neste trabalho associações estatisticamente significativas, alguns dos itens relacionados com o TEPT aparecem como tendência para esta associação: história de doença psiquiátrica pessoal e TEPT; e história de doença psiquiátrica familiar e TEPT. O que foi observado nesta pesquisa como tendência, pode servir de alerta aos profissionais que trabalham com saúde mental, ampliando sua atenção no sentido de um possível risco aumentado para desenvolvimento de TEPT nas pessoas com esta história, caso venham a vivenciar uma situação traumática.

A alta prevalência de TEPT em sujeitos com história de abuso sexual na infância e menor prevalência em sujeitos com nível de instrução superior, observados neste estudo, pode justificar a necessidade de se investir mais em cuidados infantis e educação, buscando-se com isso também prevenir suas conseqüências em termos de saúde na idade adulta.

Torna-se, também, importante considerar-se a possibilidade de vítimas de outros tipos de crime, como de seqüestro e atentado violento ao

pudor, estarem sendo negligenciados quanto a encaminhamento para ajuda, uma vez que esta população pouco apareceu na amostra (apesar de ser prevalente em nosso estado). A população masculina vítima de crime também praticamente não apareceu nesta amostra, o que nos leva a questionar a respeito de seu destino e necessidade de ajuda no caso de serem vítimas de situações criminosas.

Continuar nesta linha de pesquisa iniciada aqui pode nos fornecer outras respostas que venham a ajudar gestores, profissionais e cidadãos em geral a desenvolver novas estratégias e programas para lidar com o tema.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM – IV – TR**. Porto Alegre: Artmed; 2000.

AVDIBEGOVIC E, SINANOVIC O. Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. I v. 47, p.:730-41, 2006.

BACCHUS L, MEZEY G, BEWLEY S. Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. **Health Soc Care Community**, v. 11, p. 10-8, 2003.

BERGER, W; MENDLOVICZ, MV; FIGUEIRA, I. Equivalência semântica da versão em português da posttraumatic stress disorder checklist – civilian version para rastreamento de transtorno de estresse pós-traumático. **Revista de Psiquiatria do RS**, v. 26, p. 167-175, 2004.

CALVETE E, ESTEVEZ A, CORRAL S. Posttraumatic stress disorder and its relationship with negative cognitive schemes in battered women. **Psicothema**, v. 19, p. 446-51, 2007.

MARAIS A, DE VILLIERS PJ, MÖLLER AT. Domestic violence in patients visiting general practitioners - prevalence, phenomenology, and association with psychopathology. **S Afr Med** , v. 89, p.635-40, 1999;.

CHAUI, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática; 2000.

FBSP. Anuário 2010 do Forum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: < <http://www2.forumseguranca.org.br>>. acesso em: 17de julho2012.

GAUREJ G, DIFENTHAELER EC, CEITLIN LH. Transtorno de estresse pós-traumático. In: CATALDO NETO A. (Org.). **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: Edipucrs; 2003. p 438-444.

GERLOCK AA. Domestic violence and post-traumatic stress disorder severity for participants of a domestic violence rehabilitation program. **Mil Med**, v. 169, p. 470-4, 2004.

GILLETTE G, FIELSTAIN, EM. Transtorno de estresse pós traumático e transtorno de estresse agudo. In: MICHAEL HE. (Org.). **Psiquiatria diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed; 2002. p 338-344.

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Serviço de Psiquiatria. Núcleo de estudos e Tratamento do Trauma - NET TRAUMA. **Protocolo de Pesquisa**. Porto Alegre: HCPA, s.d.

JONG JT, KOMPROE IH, OMMEREN M. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. **JAMA**, v. 286, p. 584-8, 2001.

JOHNSON LE, BENIGHT CC. Effects of trauma-focused research on recent domestic violence survivors. **J Trauma Stress**, v. 16, n. 6, p. 567-71, 2003..

KRUG E, DAHLBER LL, MERCY, JA. **World report on violence and health**. Genebra: World Health Organization; 2002.

MEZEY G, BACCHUS L, BAWLEY S. Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. **BJOG**, v. 112, p. 197-204, 2005.

MINAYO MC. A Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 07-18, 1994.

OROZCO R, BORGES G, BENJET C. Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents. **Salud Pública México**, v. 50, p. 529-36, 2008.

RODRIGUEZ MA, HEILEMANN MV, FIELDER E. Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant latina women. **Ann Fam Med**, v. 6, p. 44-52, 2008;.

SNRP - SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA. Mapa comparativo das taxas de registros por 100 mil hab. Crimes violentos não letais contra pessoa nos estados. Disponível em <<http://www.mj.gov.br>> acesso em 21 de maio 2008.

SADOCK BJ, SADOCK VA. Transtorno de estresse pós-traumático. In: **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 665 – 673.

SAMSON AY, BENSEN S, BECK A. Posttraumatic stress disorder in primary care. **J Fam Pract**, v. 48, p. 222-7, 1999.

SANTA CATARINA. **Centro de Atendimento a Vítima do Crime – CEVIC. Relatório de Atividades.** Florianópolis: Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão, 2006.

SNYDER SN, CERVANTES RC, PADILLA AM. Migracion y estrés postraumático: El caso de los mexicanos y centroamericanos en los Estados Unidos. **Acta Psiquiatr Psicol Am Lat**, v. 36, p. 137-45, 1990;.

STEIN AT, CARLI E, CASANOVA F. Transtorno de estresse pós-traumático em uma unidade de saúde de atenção primária. **Rev Psiquiatria do RS**, V. 26, P.158-166, 2004.

TAPIA CR, SEPÚLVEDA AJ, MEDINA MM. Prevalencia del síndrome de estrés postraumático em la población sobreviviente de un desastre natural. **Salud Pública Méx**, v. 29, p. 406-11, 1987.

VILLAFANE, A. La evaluación del transtorno por estrés postraumático: aproximación a las propiedades psicométricas de la escala de trauma Davidson. **Evaluar**, v. 3, p. 80-93, 2003.

WALDROP AE, HANSON RF, RESNICK HS. Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents. **J Trauma Stress**, v. 20, p. 869-79, 2007.

WHO - World Health Organization. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Porto Alegre: Artmed; 1993.

Recebido em: 10/03/2011; aceito para publicação em: 29/05/2011