

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM VÍTIMAS DE CRIME
ATENDIDAS NO CENTRO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DO CRIME DE
FLORIANÓPOLIS**

ANA MARIA MAYKOT PRATES MICHELS

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM VÍTIMAS DE CRIME
ATENDIDAS NO CENTRO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DO CRIME DE
FLORIANÓPOLIS**

ANA MARIA MAYKOT PRATES MICHELS

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Saúde Pública, área de concentração em Ciências Humanas e Políticas Públicas de Saúde.

Orientador: Dr. Walter Ferreira de Oliveira

FLORIANÓPOLIS, SETEMBRO DE 2008

ANA MARIA MAYKOT PRATES MICHELS

**TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM VÍTIMAS DE CRIME
ATENDIDAS NO CENTRO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DO CRIME DE
FLORIANÓPOLIS**

Essa dissertação foi julgada aprovada para a obtenção do grau de **Mestre em Saúde Pública** no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 26 de setembro de 2008.

Marco Aurélio de Anselmo Peres
Coordenador do PPGSP/UFSC

BANCA EXAMINADORA:

Walter Ferreira de Oliveira
Presidente (orientador)

Mário Aurélio Teixeira
Membro Externo

Carmen Moré
Membro Externo

Fátima Büchele
Membro Interno (suplente)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo carinho, apoio incondicional e incentivo na trajetória profissional e acadêmica.

Ao meu marido, pela compreensão, estímulo e exemplo intelectual.

Aos meus filhos, por serem minha principal razão de existir e por terem suportado a minha irritabilidade durante alguns momentos da trajetória deste trabalho.

Ao meu irmão, pelo exemplo de dedicação acadêmica.

Ao meu orientador, pela paciência em me ensinar a olhar os fatos sob um outro ângulo.

À toda a equipe do CEVIC, pela disponibilidade e prontidão com que me receberam.

Aos sujeitos da pesquisa, que se dispuseram a relatar fatos íntimos de suas histórias, para que este trabalho pudesse acontecer.

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

Esse documento foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

As normas do curso estabelecem que o documento final inclua um artigo, formatado e encaminhado para uma revista especializada da área.

Atendendo a essa determinação, essa dissertação está apresentada em três partes:

▪ PROJETO DE PESQUISA

Apresentado para a banca examinadora de qualificação, incluindo introdução, fundamentação teórica, objetivos, metodologia, referências bibliográficas, apêndice e anexos da pesquisa. Foram efetuadas as alterações sugeridas pela banca examinadora na época de sua apresentação, em 09 de julho de 2007.

▪ ARTIGO CIENTÍFICO

Estão inseridos no apêndice dois artigos com o formato conforme as normas da revista Cadernos de Saúde Pública, com os resultados da pesquisa.

▪ ANEXOS

Estão incluídas as normas de publicação no periódico: Cadernos de Saúde Pública, a escala utilizada para o diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, o questionário e o roteiro das entrevistas realizadas.

SUMÁRIO

	Lista de siglas	08
	RESUMO	09
1	INTRODUÇÃO	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1	O EVENTO TRAUMÁTICO	16
2.2	ALGUNS DADOS SOBRE A VIOLÊNCIA NO BRASIL, EM SANTA CATARINA E EM FLORIANÓPOLIS	18
2.3	A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	20
2.4	O TEPT	21
2.4.1	Características gerais	21
2.4.2	Dados epidemiológicos	23
2.4.3	Etiologia	25
2.4.4	Características clínicas e prognóstico	26
3	OBJETIVOS	28
3.1	OBJETIVOS GERAIS	28
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4	METODOLOGIA	29
4.1	O ESTUDO	29
4.2	O CAMPO DE ESTUDO	30
4.3	OS SUJEITOS DA AMOSTRA	31
4.4	OS PROCEDIMENTOS	33
4.4.1	Etapa quantitativa (1ª etapa)	33
4.4.2	Etapa qualitativa (2ª etapa)	34
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	35
4.6	DIFICULDADES ENCONTRADAS	36
5	RESULTADOS	38
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
7	APÊNDICE.....	43
	Artigo 1: Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de crime atendidas no Centro de Atendimento à Vítima do Crime de Florianópolis	43
	Artigo 2: O pesadelo antes e depois: transtorno de estresse pós- traumático em vítimas de violência doméstica	65

ANEXOS	89
Anexo 1 - Escala Davidson de Trauma	90
Anexo 2 – Questionário	91
Anexo 3 - Roteiro para entrevista semi-estruturada	92
Anexo 4 - Cadernos de Saúde Pública – Instruções aos autores	93

LISTA DE SIGLAS

TEPT - Transtorno de Estresse Pós Traumático

RAE - Reação Aguda ao Estresse

TEA - Transtorno de Estresse Agudo

CEVIC - Centro de Atendimento à Vítima do Crime

CID – 10 - Classificação Internacional de Doenças -10ª Edição

DSM-IV TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª edição, texto revisado

SESPDC - Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa do Cidadão

SEDH - Secretaria Especial de Direitos Humanos

SERTE - Sociedade Espírita de Recuperação, Trabalho e Educação

SNSP - Secretaria Nacional de Segurança Pública

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPS - Organização Pan-Americana de Saúde

IML - Instituto Médico Legal

RESUMO

MICHELS, Ana Maria Maykot Prates. **Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de crime atendidas no Centro de Atendimento à Vítima do Crime de Florianópolis.** 2008, 97 pgs. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública - Área de concentração em Ciências Humanas e Políticas Públicas de Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma condição que pode ocorrer após uma situação estressante traumática. Esta situação deve ser uma vivência excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica como combate, agressão pessoal violenta, estupro ou outro crime. Estudos têm relacionado o TEPT com situações de crime e violência, colocando-as como de risco para o seu desenvolvimento. A violência, por suas perdas econômicas e de saúde é tema de extrema importância na saúde pública. A cada ano mais de um milhão de pessoas morrem pela violência e um número maior sofre suas consequências não fatais. Segundo a Secretaria Nacional de Segurança Pública, entre 2001 e 2005 houve aumento de crimes de lesões corporais, roubos, trânsito e contra o patrimônio no Brasil. Santa Catarina foi destaque para crimes de seqüestro e atentado violento ao pudor. A dissertação teve como objetivo estudar a relação entre o TEPT e as vítimas de crime, em um centro de referência para atendimento destas, na área metropolitana de Florianópolis. A metodologia é de um estudo transversal descritivo com abordagem quanti-qualitativa, em duas etapas. Na primeira foram aplicados, durante cinco meses, dois instrumentos de pesquisa: a escala Davidson de Trauma para diagnóstico de TEPT e um questionário sócio-demográfico, dirigido às vítimas de crime atendidas no Centro. Na segunda foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com sete dos 71 sujeitos da primeira etapa. Estas foram examinadas de acordo com a análise de conteúdo, gerando sete categorias. Os resultados foram: 95,8% de sexo feminino e 84,5% de violência doméstica. A prevalência de TEPT foi de 63,4% e, destes, 91,7% relatou abuso sexual na infância. Não se encontrou associações estatisticamente significativas, o que pode ser consequência da amostra reduzida. Nos itens relacionando história psiquiátrica pessoal e história psiquiátrica familiar com TEPT os valores mostraram tendência a associação. A alta prevalência na amostra foi relacionada ao alto percentual (57,7%) de crimes continuados. A 2ª etapa foi de 100% de vítimas de violência doméstica, quatro com TEPT e três sem TEPT. Observou-se que aquelas com TEPT possuíam nível de instrução menor e contaram menos com o apoio da família do que as sem TEPT. A presença da TEPT também foi relacionada à manutenção do contato com o criminoso. Chamou a atenção o alto percentual de crimes domésticos e a baixa presença do sexo masculino. A importância do estudo esteve em alertar para possíveis consequências da violência, particularmente a violência doméstica do ponto de vista da saúde mental.

Palavras-chave: TEPT e Violência; TEPT e Violência Doméstica; TEPT e Crime

ABSTRACT

MICHELS, Ana Maria Maykot Prates. **Post-traumatic stress disorder and crime victims in a reference support centre in Florianópolis**. 2008, 97 pgs. Dissertation (Master's degree in Public Health – Concentration's area in Humans Sciences and Public Health Politics) – Program of Postgraduation in Public Health, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis.

Post-traumatic stress disorder (PTSD) can occur after a traumatic stress situation. Such situation must be an exceptionally threatening or catastrophic experience such as a fight, violent personal aggression, rape or other crime. Studies have linked PTSD to crime and violent situations, placing it as a risk for its development. Violence, for its economic and health losses is of utmost importance for public health. Each year over a million people die due to violence and an even greater number of people bear its non fatal consequences. According to the National Public Security Secretariat, between 2001 and 2005 there was an increase of crime resulting in body injuries, thefts, traffic and against Brazil's patrimony. Santa Catarina was noted for kidnapping and indecent assault in the past years. The dissertation aimed at studying the relationship between PTSD and crime victims, in a reference support centre in the greater Florianópolis area. Methodology applied was a crossed descriptive study with a quantitative-qualitative approach, which took place in two stages. In the first one, for five months two research tools were applied: the Davidson Trauma scale for the diagnosis for PTSD and a socio-demographic questionnaire with the victims of crime who attended this Centre. For the second one, semi-structured interviews took place with seven of the 71 people from the first stage. They were examined according to content analysis, generating seven categories. Results were as follows: 95.8% were females and 84.5% victims of domestic violence. The predominance 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. In the items relating personal psychiatric history and family psychiatric history with PTSD figures show a tendency to association. The high predominance in the samples was related to the high percentage (57.7%) of continued crimes. The second stage had 100% of domestic violence victims, four with PTSD and three without it. It was noted that the ones having PTSD had a lower level of education and had less support from their families when compared to the ones without PTSD. The presence of PTSD was also related to keeping contact with the offender. The 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 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma condição clínica que pode ocorrer após a vivência de uma situação estressante traumática externa. Para que seja caracterizado o Transtorno, seus sintomas devem estar presentes depois de um mês do acontecimento do evento traumático e afetar de modo significativo a vida da pessoa acometida.¹ A situação traumática, ou estressante, nesses casos é descrita pela 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID – 10) como devendo ser de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, como por exemplo, um desastre natural, participar de combate, ser vítima de terrorismo, acidente sério, agressão pessoal violenta, estupro ou de outro crime.²

Vários estudos têm relacionado o desenvolvimento do TEPT com episódios de crime e violência, colocando estas situações como sendo de risco para o desenvolvimento do Transtorno.³⁻⁷

Com o objetivo de contextualizar o tema criminalidade, pretende-se inicialmente fazer algumas reflexões a respeito desta situação e da violência associada a ela (considerada evento potencialmente traumático) em nosso país, no Estado de Santa Catarina, e no município de Florianópolis.

As várias culturas e sociedades têm definido de maneira diferente o significado da violência, ao longo do tempo; entretanto, alguns aspectos são vistos de uma forma muito semelhante em vários tipos de culturas, formando o que Chaui (2000) chamou de “fundo comum contra o qual valores éticos são erguidos” (p. 336). Para ela, “a violência é percebida como exercício da força física e da coação psíquica para obrigar alguém a fazer alguma coisa contrária a si, contrária a seus interesses e desejos, contrária a seu corpo e à sua consciência, causando-lhes danos profundos e irreparáveis como a morte, a loucura, a auto-agressão, ou a agressão a outros” (p. 336). A autora inclui também, nesta definição, aquelas situações que uma cultura e sociedade definem como sendo crime. Segue dizendo que dentro de nossa cultura a violência é considerada uma violação da integridade física e psíquica. Por esta razão, situações de violência como o assassinato, a tortura, o estupro, o roubo, a calúnia e a injustiça são considerados imoralidade e crimes, por reduzirem um indivíduo, que é por sua natureza, dotado de vontade livre, a uma condição de objeto.⁸

A questão da violência, por suas conseqüências de perda, tanto no campo econômico como no da saúde física e psíquica, é tema de extrema importância dentro do âmbito da saúde pública.⁹

De acordo com o Relatório Mundial de Violência e Saúde (2002), a cada ano mais de um milhão de pessoas morrem vítimas de algum tipo de violência no mundo e um número muito maior sofre conseqüências não fatais, como resultado de atos de violência. Estudos realizados em diversos países do mundo mostram percentuais relevantes de mulheres que referem ter sofrido algum tipo de agressão por parte do cônjuge (22% nos Estados Unidos, 29% no Canadá e 34% no Egito).⁹

Segundo Minayo (1994), a violência representa um problema de saúde pública, por colocar em risco todo o processo vital do ser humano, alterando a saúde, causando enfermidades físicas, psíquicas e morais, além de gerar no indivíduo uma sensação de vulnerabilidade com a possibilidade da morte ou mesmo com a ameaça desta. Todas estas conseqüências geram prejuízos na qualidade de vida dos sujeitos, além de necessidades adicionais, como o uso aumentado de serviços de atenção à saúde.¹⁰

Um exemplo disto aconteceu em 2006, na cidade de São Paulo, onde em poucos dias, acontecimentos ligados à violência e à criminalidade, tiveram como conseqüência um levante em 80 presídios, culminando na morte de 162 pessoas. Esta situação, além das conseqüências ligadas diretamente à morte, deixou no restante da população, sentimentos de desespero, medo e insegurança quanto ao futuro, além de prejuízos sociais, ligados à falta de liberdade individual e de outros econômicos diversos, com o fechamento temporário de estabelecimentos comerciais e de ensino.¹¹

De acordo com dados do Departamento de Pesquisa da Secretaria Nacional de Segurança Pública (SNSP), entre os anos de 2001 e 2005 houve uma tendência a aumento no registro das ocorrências criminais para com o patrimônio, de lesões corporais, roubos e delitos de trânsito, de uma forma geral no Brasil.¹²

Segundo o último relatório da SNSP, a análise dos anos de 2004 e 2005 mostra que os crimes de furtos foram os mais frequentes, dentre os registrados no Brasil, com aproximadamente dois milhões de ocorrências por ano, apresentando, entretanto, uma tendência a manter estabilização neste período. Em segundo lugar ficaram os crimes contra o patrimônio e de roubo, com mais de 900 mil ocorrências registradas por ano, seguidos pelos crimes de lesão corporal, com aproximadamente 700 mil ocorrências registradas por ano.

Estes três últimos tipos de crimes mantiveram a tendência à ascensão verificada nos relatórios dos últimos anos da SNSP.¹²

Sobre a distribuição da criminalidade registrada pela polícia civil, os dados da mesma Secretaria mostram que existe uma concentração desta, principalmente nas capitais dos Estados e nos municípios com mais de 100 mil habitantes, particularmente naqueles que se localizam nas proximidades das regiões metropolitanas.¹²

Especificamente em relação à Santa Catarina, o último relatório da SNSP mostra que apesar do Estado apresentar baixas taxas nacionais para os crimes letais contra o patrimônio, homicídios dolosos e crimes violentos letais, o mesmo não acontece para outros tipos de crime. Santa Catarina foi destaque nacional para as ocorrências dos crimes de seqüestro e atentado violento ao pudor nos anos de 2004 e 2005. A cidade de Florianópolis, juntamente com outras três também do Estado de Santa Catarina - Palhoça, Itajaí e Jaraguá do Sul -, estão entre os oito municípios brasileiros (daqueles com mais de 100 mil habitantes) que apresentam os maiores registros de ocorrência para este último tipo de crime.¹²

Com relação aos homicídios na região metropolitana de Florianópolis, tem sido observado registro de queda nos anos de 2006 e 2007, entretanto, especificamente nos municípios de Florianópolis e Palhoça, houve aumento do registro pela polícia civil para este tipo de crime.¹³

Estes dados relacionados a acontecimentos criminosos e violentos nos levam a pensar em suas conseqüências a nível de saúde pública, tanto do ponto de vista da integridade pessoal física, como também mental, remetendo-nos aos transtornos psiquiátricos mais especificamente ligados a eventos de ordem traumática. Estes são, principalmente, de acordo com a CID-10, a Reação Aguda ao Estresse (RAE) e o Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT).²

O primeiro deles, por ser de resolução mais rápida, durando geralmente algumas horas ou no máximo trinta dias,² teria menos implicações limitantes na vida dos pacientes, sendo assim de menor interesse em termos de saúde pública. Já o TEPT, além de apresentar uma alta prevalência e morbidade na população geral, o que já o torna importante tanto do ponto de vista científico como social,^{14,15} pode gerar também inúmeras conseqüências, entre elas ansiedade, depressão, ideação suicida e uso abusivo de álcool ou outras drogas, além do sofrimento psíquico diretamente relacionado aos sintomas da doença^{2,16} e do prejuízo a nível de direitos humanos e liberdade decorrentes diretamente do evento traumático.¹⁷ É citado que

os portadores de TEPT apresentam um maior número de detenções e problemas legais, e utilizam, mais do que a população em geral, os serviços de atendimento à saúde.¹⁵

Assim, os portadores de TEPT sofrem duplamente, ou sofrem um duplo pesadelo no sentido literal e metafórico da palavra, uma vez que os pesadelos de repetição são também sintomas de TEPT. O trauma ocorrido com todas as suas conseqüências já é um importante motivo de sofrimento. Entretanto, este sofrimento pode ainda ser ampliado quando o indivíduo que o sofre passa a ter que lidar também com um Transtorno adicional gerado pelo evento anteriormente vivido, Transtorno este que pode assumir proporções limitantes na vida de quem o desenvolve.

Segundo Mello, Kohn & colaboradores, apesar de ainda não se ter trabalhos com dados disponíveis referentes à prevalência deste Transtorno na população brasileira, sabe-se que estudos realizados nos Estados Unidos apontam para uma prevalência de 7,1% de TEPT na população geral. Segundo estes autores, torna-se difícil fazer uma estimativa de prevalência de TEPT para o Brasil considerando estes dados, porque em nosso país existe um índice de violência elevado, quando comparado aos Estados Unidos.¹⁸

Assim, partindo-se da hipótese de ser o TEPT considerado um problema diretamente relacionado a eventos traumáticos, que afeta não só as pessoas que manifestam o Transtorno, mas também a toda a sociedade, gerando gastos e prejuízos em vários setores;¹⁵ por serem os acontecimentos criminosos considerados violentos e potencialmente geradores de trauma;² e por estar a violência no Brasil, no Estado de Santa Catarina e no Município de Florianópolis apresentando taxas consideradas elevadas para alguns tipos de crimes;¹² pergunta-se: qual seria a associação existente (e que tipo de características esta associação apresentaria) entre o TEPT e as vítimas de crime atendidas no nosso município?

Optou-se por estudar a relação entre o TEPT e as vítimas de crime, avaliando a magnitude desta associação em um serviço de referência para atendimento destas vítimas na área metropolitana de Florianópolis, que é o Centro de Atendimento a Vítimas de Crime – CEVIC, correlacionando-a com algumas variáveis consideradas de relevância tanto do ponto de vista sócio-demográfico (como idade, gênero, escolaridade, ocupação, fé religiosa, suporte social e familiar), quanto da história pessoal individual, como o tipo de crime do qual foi vítima e suas características.

O corpo teórico da Saúde Mental servirá como referência para este trabalho.

A dissertação obedece às regras de formato propostas pelo Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, que inclui

inicialmente uma fundamentação teórica, seguida por objetivos, e material e método. A parte referente a resultados, discussão e considerações finais é apresentada sob forma de dois artigos científicos (no apêndice da dissertação) com os títulos: “Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de crime atendidas no Centro de Atendimento à Vítima do Crime de Florianópolis” e “O pesadelo antes e depois: Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de violência doméstica”. Estes artigos deverão ser submetidos ao periódico: *Cadernos de Saúde Pública*, cujas normas para publicação estão apresentadas no anexo IV. No anexo I está o questionário utilizado como parte dos instrumentos de pesquisa e no Anexo II a escala Davidson de Trauma, utilizados para o diagnóstico de TEPT neste trabalho. No anexo III está o roteiro utilizado para as entrevistas semi-estruturas das realizadas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Será apresentada, inicialmente, uma breve revisão teórica sobre o evento traumático e seu significado para o presente estudo; em seguida, serão apresentados dados sobre a situação da violência no Brasil, em Santa Catarina e em Florianópolis. Optou-se por incluir também, na fundamentação teórica, um item específico sobre a violência contra a mulher. Isto foi feito por ter-se observado que a população freqüentadora do CEVIC era predominantemente feminina. Em seguida será apresentado um resumo geral sobre o TEPT envolvendo as principais características, epidemiologia, etiologia, apresentação clínica e prognóstico do Transtorno.

2.1 O EVENTO TRAUMÁTICO

O Novo Dicionário da Língua Portuguesa (1996) define traumatismo como uma “lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos, de forma acidental ou intencional ... e em que o poder do agente agressor supera a resistência encontrada” (p.1707). Uma outra definição também apresentada no mesmo dicionário descreve o termo como um choque violento capaz de desencadear perturbações somáticas e psíquicas num indivíduo.¹⁹

Segundo Laplanche & Pontalis (1988), do ponto de vista psicanalítico, um trauma (psíquico) é um “acontecimento da vida do indivíduo que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se acha o indivíduo de lhe responder de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica” (p.678).²⁰

Seria então uma vivência que, em um curto espaço de tempo, provoca uma sobrecarga na vida psíquica, que não consegue ser elaborada ou liquidada pelos meios normais, causando perturbações duradouras no funcionamento do aparelho psíquico, ou na mente do indivíduo que sofreu o evento.²⁰

A tentativa de se estabelecer uma conexão entre os efeitos do trauma e quadros patológicos, como a histeria, já é bastante antiga dentro da história da psiquiatria e psicanálise. Freud iniciou seus estudos, tentando relacionar a etiologia das neuroses a eventos traumáticos (principalmente aqueles de ordem sexual) vividos pelo paciente no passado. Estes

eventos gerariam defesas patológicas, que por sua vez impediriam a mente de lidar com um acontecimento penoso, de forma a gerar na idade adulta um funcionamento neurótico. Esta concepção, chamada “teoria da sedução”, foi posteriormente abandonada pelo autor, permanecendo a idéia de que o traumatismo vivido na infância estaria relacionado à vida de fantasia e não necessariamente a um evento traumático vivido na realidade. Ficou a noção de que um acontecimento traumático vivido na idade adulta poderia, juntamente com uma predisposição individual e determinadas vivências infantis perturbadoras do desenvolvimento, contribuir com o estabelecimento da gênese da neurose.²¹

O tema começou a ganhar maior interesse quando, após a Primeira Guerra Mundial, alguns soldados passaram a apresentar um quadro clínico com sintomatologia psiquiátrica, deixando evidente a presença de seqüelas psíquicas como consequência de um trauma vivenciado. Na época esta situação acabou ficando conhecida como “neurose de guerra”.²²

Freud, em 1931, referiu-se a este tipo de neurose afirmando que a associação entre estressores traumáticos, ausência de descargas apropriadas e dificuldade individual para lidar com tais estímulos, provocaria uma inundação destes no ego do sujeito acometido, impossibilitando-o de lidar com emoções de tal intensidade e gerando conseqüentemente um quadro sintomatológico característico.²³

A 10ª Edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), ao se referir a eventos relacionados a traumas que podem levar ao TEPT, descreve-os como situações de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, as quais provavelmente causariam uma invasão de angústia em todas as pessoas que as vivenciassem. Exemplifica estas situações como: um desastre natural ou feito pelo homem, combate de guerra, acidente sério, testemunhar a morte violenta de outros, ser vítima de tortura, terrorismo, estupro ou outro crime.²

Para efeito do presente estudo, os termos “evento traumático” ou “trauma” serão utilizados como referência a um trauma psíquico ou situação potencialmente traumática, ou mesmo ameaça desta, que tenha ocorrido na realidade, ou seja, uma situação referida pelo sujeito como sendo de natureza real e não fantasiada.

2.2 ALGUNS DADOS SOBRE A VIOLÊNCIA NO BRASIL, EM SANTA CATARINA E EM FLORIANÓPOLIS

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), houve um crescimento geral da violência no Brasil, entre os anos de 1980 e 2000. Particularmente em relação à taxa de mortalidade por homicídios, observou-se um aumento geral de 130%, com a passagem de 11,7 homicídios por 100 mil habitantes em 1980, para 27 homicídios por 100 mil habitantes no ano 2000.²⁴

De acordo com o Ministério da Saúde, no nosso País a violência, assim como os acidentes automobilísticos representam, pela sua magnitude e conseqüências, importante problema de saúde pública.¹⁷ Além disso, o Brasil possui a terceira maior taxa mundial de mortalidade por arma de fogo em jovens de 15 a 24 anos.¹⁵

A Secretaria Nacional de Segurança Pública (SNSP) divide as ocorrências criminais registradas pelas polícias civis em: crimes violentos letais intencionais; crimes violentos não letais contra a pessoa; crimes violentos contra o patrimônio; delitos de trânsito; delitos envolvendo drogas; homicídios dolosos; tentativa de homicídio; lesão corporal; estupro; atentado violento ao pudor; extorsão mediante seqüestro; roubos e furtos.¹²

Dados de uma pesquisa realizada pelo Ministério da Justiça em 2008, sobre os homicídios ocorridos nas diversas cidades brasileiras entre os anos de 1996 e 2006, mostram que houve um aumento de 20% para estes crimes, sendo que neste mesmo período o crescimento populacional observado foi de 16,3%. Assim, pode-se afirmar que houve um aumento no registro deste tipo de evento criminoso nos municípios brasileiros de um modo geral na década acima, apesar de os últimos três anos do período mostrarem uma pequena tendência a queda no registro de homicídios.¹²

Um estudo de 2004, sobre o panorama da violência no Brasil, observou que o crescimento da criminalidade em nosso país continuou ocorrendo nos primeiros anos do século XXI, entretanto, cabe ressaltar que este crescimento não ocorreu de maneira uniforme em todos os estados do Brasil.²⁵

Dados do último relatório publicado do departamento de pesquisa da SNSP, sobre eventos criminosos de 2004 e 2005, mostram que, apesar de alguns crimes, como os violentos letais e não letais contra a pessoa passarem por período de certa estabilidade, outros como os violentos contra o patrimônio ou aqueles envolvendo drogas e roubos passam por um período de incremento.¹²

De acordo com o mesmo relatório, para os crimes violentos letais, violentos contra o patrimônio, os de roubos e os de homicídios dolosos, o Estado de Santa Catarina ficou bem abaixo da média nacional, estando entre os estados brasileiros com as menores taxas nacionais durante o período 2004 e 2005. Entretanto, o mesmo não ocorreu com outros tipos de crime. Para os chamados crimes violentos não letais a taxa média nacional foi de 34,6 ocorrências por 100 mil habitantes, sendo que no Estado de Santa Catarina verificou-se uma taxa um pouco acima da média nacional (38,3 por 100 mil habitantes). Quanto aos dados referentes aos crimes de atentados violentos ao pudor e extorsões mediante seqüestro, percebe-se pelo relatório, que Santa Catarina não só apresenta as maiores taxas da Região Sul, como também é considerado destaque entre os estados brasileiros no registro de ocorrência destes crimes. Além disso, no período de 2004 e 2005, o Estado Catarinense foi, junto com o do Mato Grosso, campeão nacional em registros de crimes de extorsões mediante seqüestro.¹²

Quanto ao município de Florianópolis, se comparado aos dados estaduais e nacionais no relatório de 2004 e 2005 da SNSP, pode-se observar taxas altas de ocorrências registradas para crimes violentos não letais contra a pessoa, ficando entre as trinta cidades (das com mais de 100 mil habitantes) com maiores taxas nacionais para esta ocorrência criminal. Para os crimes de atentado violento ao pudor, a cidade de Florianópolis, junto com a de Palhoça (que também compõe a Grande Florianópolis), esteve, nos anos de 2004 e 2005, entre os dez municípios com maior número de ocorrências.¹²

Com relação aos últimos anos (2006 e 2007), não foram encontrados relatórios com dados disponíveis nos sites da SNSP.¹² Entretanto, informação da polícia civil de Santa Catarina refere que nos três últimos anos a região da Grande Florianópolis vem apresentando queda no registro de homicídios dolosos, sendo que em apenas sete dos 14 municípios houve registro deste tipo de crime no ano passado. No entanto, nos municípios de Florianópolis e Palhoça houve aumento de 10,26% e 12,50%, respectivamente. As vítimas têm sido principalmente homens na faixa etária de 15 a 25 anos, tendo o tráfico de drogas como principal motivo.¹³

2.3 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A partir de 1993, a Assembléia das Nações Unidas, na Conferência de Direitos Humanos de Viena, passou oficialmente a reconhecer a violência contra a mulher,

caracterizando-a como um ato de violência que seja baseado no gênero e possa causar dano ou sofrimento de ordem física, psicológica ou sexual à mulher. Incluiu aí as situações de ameaça, coerção, privação de liberdade, exploração, tráfico de mulheres e prostituição forçada. Entretanto, somente três anos depois a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a considerar a situação de violência feminina prioridade de saúde pública, entendendo-a como ameaça ao desenvolvimento dos povos e prejuízo à qualidade de vida e da sociedade.²⁶

Uma das formas mais comuns de violência contra a mulher é aquela que é provocada pelo parceiro, ou companheiro íntimo; o que contrasta com a violência contra o homem que é, principalmente, cometida por estranhos ou conhecidos. O fato, que envolve muitas vezes aspectos emocionais e dependência econômica, traz implicações adicionais para esta situação de violência em particular.⁹

Segundo a OMS (2000), estudos realizados em diversos países do mundo, indicam que entre 10% e 50% das mulheres já foram agredidas fisicamente por um companheiro durante sua vida, e entre 12% e 25% já foram forçadas a ter uma relação sexual com um parceiro ou ex-parceiro. Existem também informações de que as mulheres e meninas são as vítimas mais frequentes de violência dentro da família e de que a violência física é, com muita frequência, acompanhada de severa violência verbal e psicológica.²⁶

No Brasil, a Lei n.º 11.340, de 2006, criou mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, através, entre outras coisas, da instituição dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. A lei considera este tipo de violência uma maneira de violação dos direitos humanos e define suas principais formas de manifestação como sendo as seguintes: violência física (ofensa da integridade ou saúde corporal), violência psicológica (dano emocional, da auto-estima, tentativa de perturbação do desenvolvimento, ou de controle dos atos, crenças e decisões), violência sexual (situações sexuais forçadas, incluindo gravidez, aborto e prostituição), violência patrimonial (retenção, subtração ou destruição de bens, documentos, valores e direitos) e violência moral (calúnia, difamação ou injúria).²⁷

Foi a partir desta lei que foram estabelecidas também as medidas de assistência, atendimento multidisciplinar e proteção às mulheres vítimas deste tipo de agressão no Brasil.²⁷

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), estudos indicam que uma em cada três mulheres é vítima de violência na América, sendo que em 1998, a violência interpessoal foi considerada a décima causa de morte entre mulheres em idade reprodutiva.

Na cidade de São Paulo, segundo a OPS, 13% das mortes de mulheres em idade fértil são causadas por homicídios, sendo que destes, 60% são cometidos por companheiros ou cônjuges.²⁸

Um estudo realizado com mulheres em idade reprodutiva na cidade do Recife, em 2002, mostrou que o risco destas perderem anos potenciais de vida por homicídio é o dobro do que o risco de morrerem por câncer de mama ou por infarto agudo do miocárdio.²⁹

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, os principais eventos que causam morbimortalidade por acidentes e violência nas mulheres são a violência física e sexual, sendo que os agressores são principalmente os maridos, companheiros e parentes próximos.³⁰

As conseqüências da violência doméstica contra as mulheres, do ponto de vista da saúde mental, têm sido amplamente apontadas pela literatura, em estudos realizados em diversos países.^{6,31-34} O Relatório Mundial de Violência e Saúde de 2002 refere um risco aumentado para o surgimento de depressão, tentativas de suicídio, desordens psicossomáticas, transtornos alimentares, fobias, transtornos do sono, TEPT e alcoolismo ou dependência de outras drogas, para aquelas mulheres que foram agredidas por seus companheiros.⁹

Este mesmo relatório afirma que mulheres vítimas de violência têm maior probabilidade de serem usuárias de longo tempo de serviços de saúde, do que aquelas que não são agredidas. Este fato, associado ao absenteísmo ao trabalho, amplia os gastos e prejuízos financeiros trazidos pela violência.⁹

2.4 O TEPT

2.4.1 Características gerais

O TEPT, como é conceituado pela CID-10, é um conjunto de sintomas característicos que surge como resposta tardia, após a vivência de um estressor traumático que seja caracterizado como ameaçador ou catastrófico, como, por exemplo, ser vítima de um crime.² Seus sintomas que incluem revivência persistente do evento, evitação persistente dos estímulos associados ao trauma, embotamento da responsividade e excitação aumentada, precisam, para que seja caracterizado o Transtorno, causar sofrimento e prejuízo no funcionamento de áreas importantes da vida. Assim, para que se desenvolva um quadro de TEPT é necessário, antes de mais nada, que a pessoa tenha sido exposta a um ou mais eventos

traumáticos que envolveram morte ou graves ferimentos, reais ou ameaçadores, ou ameaça à integridade física, para si próprio ou outros. Nesses casos, também, para caracterização do quadro, torna-se necessária a presença de medo intenso como resposta ao evento, impotência ou horror.²²

A idéia de que vivências traumáticas trazem conseqüências danosas para a mente humana é bastante antiga, sendo que o termo “Neurose Traumática” aparece já em 1889, na Alemanha, relacionando alterações orgânicas como decorrentes de eventos traumáticos. Entretanto, originalmente a idéia de TEPT, ou de um transtorno psíquico decorrente de traumas, está ligada a eventos vividos em guerras.²¹

Freud (1916) aborda em vários de seus trabalhos a questão dos quadros neuróticos desencadeados por situações de trauma, particularmente a Primeira Guerra Mundial, que acompanhou proximamente, pois teve dois filhos que combateram nela. Posteriormente, Abram Kardiner, um de seus seguidores e ex-analisando, também trabalhou com o tema do trauma estudando pacientes oriundos da Segunda Guerra Mundial e relacionando quadros de hipervigilância e sensibilidade aumentada à vivência desta situação traumática.²¹

A primeira referência da Classificação Internacional de Doenças (CID) a transtornos relacionados a eventos traumáticos ocorreu em 1948, na sua sexta edição, com o nome de “Desajuste Situacional Agudo”, passando, na oitava edição, para “Transtornos Transitórios de Inadaptação a Situações Especiais”. Na nona edição aparece a Reação Aguda ao Estresse, que foi mantida na 10ª edição, onde também aparece o “Transtorno de Estresse Pós-Traumático”.²¹

No entanto, é no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que o termo TEPT aparece pela primeira vez na literatura médica, em sua terceira edição, em 1978, como referência ao tipo de mal estar psíquico e às dificuldades de adaptação decorrentes da vivência de um evento traumático. Já em sua primeira edição, em 1952, o DSM apresenta uma categoria nosológica chamada de “Reação Maciça ao Estresse”, entretanto, esta não foi mantida na edição seguinte (DSM –II). A descrição de TEPT presente na terceira edição do DSM aparece também na sua quarta edição. Nesta última, além do TEPT, aparece também uma outra categoria de transtornos relacionada a traumas, mas de início precoce e de curta duração (menos de um mês), que é o Transtorno de Estresse Agudo (TEA).²¹

No texto revisado (TR) da quarta edição do DSM, a descrição do TEPT é mantida como sendo um transtorno, cujos sintomas psíquicos desenvolvem-se após a exposição a um

extremo estressor traumático real ou ameaçador envolvendo morte, sério ferimento, ou outra ameaça a integridade física do sujeito ou de outra pessoa próxima. Os sintomas, de acordo com este manual, envolvem um quadro de resposta tardia ou prolongada de intenso medo impotência ou horror, após a exposição a um evento traumático extremo.³⁵

O quadro apresentado e descrito no DSM IV-TR caracteriza-se por uma revivência persistente do evento traumático (incluindo aí pesadelos e *flashbacks*), e conseqüentemente uma esquiva também persistente de estímulos associados ao trauma, além de um alheamento geral e de excitabilidade aumentada. De acordo com o Manual, para ser diagnosticado o Transtorno o quadro todo precisa ser importante a ponto de causar um sofrimento clinicamente significativo, ou um prejuízo no funcionamento social e/ou ocupacional.³⁵

2.4.2 Dados epidemiológicos

Alguns dados apontam para uma prevalência geral do TEPT ao longo da vida em torno de 3%, podendo aumentar para 5 a 15% se considerarmos formas subclínicas da doença.¹ Outros estudos com dados americanos referem uma prevalência que varia entre 7% e 8%.^{1,18,35} Em relação especificamente àqueles que estiveram expostos a eventos traumáticos, este percentual aumenta para 15 a 24%, podendo chegar a muito mais em determinadas populações específicas de risco,²² sendo que o sexo feminino tem o dobro de chance de ter a doença do que o masculino.^{1,14}

Quanto à distribuição por gênero, a prevalência de TEPT fica em torno de 5 a 6% entre os homens e 10 a 12% entre as mulheres, sendo que nestas o estupro e a molestação sexual são os traumas mais associados ao Transtorno, enquanto nos homens exposições a combates e testemunho de violência são os eventos desencadeantes mais freqüentes.^{1,36} Entre aquelas pessoas que experimentaram um acontecimento traumático, a prevalência de TEPT durante a vida pode chegar a 75% em alguns estudos. Dentre os veteranos da guerra do Vietnã, 30% apresentaram TEPT.¹ Dentre os moradores de Manhattan, que vivenciaram a queda das torres em 11 de setembro de 2001, 9,8% desenvolveram TEPT ou depressão após um mês do evento, enquanto 3,7% da população preenchia critérios nesta mesma época para ambos os transtornos.¹

Com relação ao TEPT em pessoas que vivenciaram crimes de modo geral, não se encontrou estudos na base de dados pesquisada: Scielo e Medline. Entretanto, em se tratando

de um determinado tipo de crime especificamente, alguns dados foram encontrados. Um estudo realizado no Chile, em pacientes com diagnóstico de TEPT, mostrou que 31,0% destes tinham como evento traumático um assalto, sendo preferencialmente mulheres (62,9%) jovens e com bom nível de escolaridade.³ Outro estudo encontrou um percentual de 22,6% de TEPT em vítimas de assalto urbano.³⁷ Pesquisas com vítimas de violência física e sexual apresentam prevalências de TEPT bastante variáveis, sendo que um estudo espanhol de 2007 encontrou prevalência de 67,5% de TEPT em uma amostra de mulheres agredidas,⁴ enquanto outro realizado nos EUA encontrou 16% de prevalência de TEPT entre mulheres grávidas vítimas de violência conjugal.³⁸

Em Porto Alegre, em 2004, numa pesquisa realizada em uma unidade de saúde de atenção primária, foi encontrada uma prevalência de 59,3% de TEPT nas vítimas de trauma, sendo maior em mulheres do que em homens. Segundo os autores, este número, que é considerado alto, aponta a possibilidade de maior frequência de TEPT em comunidades pobres. Já a predominância de mulheres seria, segundo os mesmos autores, condizente com estudos realizados em populações americanas.¹⁴

São considerados fatores de risco para o TEPT: sexo feminino,^{1,22,36} ser adulto jovem, solteiro, viúvo ou separado, com privações econômicas e socialmente isolados;¹ ter história pessoal de outros transtornos mentais, história familiar de doença psiquiátrica, separações precoces e eventos traumáticos na infância;^{1,22} sistema de apoio inadequado da família ou colegas, mudanças estressantes recentes na vida, ingestão excessiva recente de álcool.¹ Segundo Sadock & Sadock (2007), os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de TEPT são a gravidade, a duração e a proximidade da situação traumática vivida. Estes mesmos autores, apontam alguns fatores como fé religiosa, instrução, engajamento político, apoio social forte e preparação para a possibilidade do evento, como fatores protetores de TEPT em vítimas de tortura.¹

2.4.3 Etiologia

O principal fator etiológico envolvido e necessário para o desenvolvimento do TEPT é o evento estressor. No entanto, devem haver também outros fatores envolvidos, já que se sabe que nem todas as pessoas que vivenciam um evento traumático desenvolvem TEPT. Outro fator que tem sido considerado importante na etiologia do TEPT é o significado subjetivo do

evento estressor para quem o viveu. A presença de trauma na infância, traços de personalidade do tipo borderline, paranóide, dependente ou anti-social; a falta de um sistema de apoio adequado; uma vulnerabilidade constitucional biológica; mudança de vida recente e consumo excessivo de álcool têm sido apontados na literatura como fatores que também contribuem para o desenvolvimento da doença.^{1,22,35}

Dentre os fatores biológicos, o sistema noradrenérgico, o de opiáceo endógeno e o eixo-hipotálamo-pituitário-adrenal hiperativos têm sido estudados e relacionados como possíveis fatores implicados na etiologia do TEPT. Também foram encontrados níveis de cortisol mais baixo em pacientes com TEPT do que em situações de normalidade, o que poderia ser consequência de uma maior retroalimentação negativa do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal.^{1,36}

Em relação aos aspectos psicodinâmicos, uma das explicações para o desenvolvimento do TEPT, pode ser a reativação de um conflito psicológico previamente vivido (na infância, por exemplo) não resolvido, reprimido e evocado pela vivência do novo trauma atual.¹ Freud não abordou diretamente o TEPT (pois na época em que viveu ainda não existia a descrição do Transtorno). Entretanto, falou do assunto, que ele chamou de neuroses traumáticas e de guerra, quando referiu-se a eventos ocorridos com combatentes na Primeira Guerra Mundial. Disse que este tipo de neurose distinguia-se das neuroses comuns, por apresentar algumas características particulares. Segundo ele, nas neuroses comuns o ego se defendia de um perigo interno, enquanto que nas neuroses de guerra o ego era invadido e se defendia de uma ameaça externa, tendo por base a repressão como uma reação ao trauma em ambas as situações.²³

Dentro desta perspectiva, o quadro clínico do TEPT poderia ser atribuído a uma cascata de respostas biológicas e psicológicas que manteriam hiperativo o sistema simpático, elevando o nível de catecolaminas periféricas, o que levaria a um estado de medo sustentado.¹

Outra característica que vale a pena ser destacada em relação aos pacientes que apresentam TEPT, são as altas taxas de co-morbidade com outros transtornos, já que aproximadamente dois terços dos pacientes apresentam pelo menos dois outros transtornos psiquiátricos, tais como: Transtorno Depressivo, Transtorno Relacionado ao uso de Substâncias, Transtornos de Ansiedade e Transtorno Bipolar.^{1,36}

2.4.4 Características clínicas e prognóstico

A quarta edição com Texto Revisado do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV TR) apresenta seis itens, cada um deles com vários critérios, para se fazer o diagnóstico de TEPT.³⁵ Estes itens incluem:

a) exposição a um evento traumático com morte, grave ferimento, ou real ameaça e resposta de medo intenso, impotência ou horror;

b) revivência do evento traumático com: recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento; sonhos aflitivos e recorrentes com o evento; agir como se o evento estivesse ocorrendo novamente; sofrimento psicológico intenso ou reatividade fisiológica quando exposto a alguma lembrança do evento;

c) esquiva persistente de estímulos associados ao trauma;

d) sintomas persistentes de excitabilidade aumentada.

O exame do estado mental dos pacientes portadores de TEPT pode ainda mostrar sentimentos de culpa, rejeição e humilhação, além de sintomas dissociativos. É necessário também, para o desenvolvimento do Transtorno, que toda a situação cause sofrimento clinicamente significativo, ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional do indivíduo. De acordo com este Manual, o quadro clínico completo do TEPT deve estar presente por um período mínimo de um mês (antes do qual cabe o diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo), mas o início deste pode não se desenvolver até meses, ou mesmo anos após o evento ter sido vivenciado, cabendo aí a designação de “com início tardio”.³⁵

Diferente do DSM-IV TR, a CID-10 exige também que o TEPT seja uma resposta tardia a um evento ou situação estressante, mas não especifica o tempo mínimo necessário para início do quadro, dizendo que o período de latência entre o evento traumático e o TEPT pode variar de poucas semanas a meses. Entretanto, quando trata de Reação Aguda ao Estresse, a CID-10 diz que deve durar de algumas horas a no máximo três dias,² não deixando claro o que fazer naqueles casos em que o quadro clínico inicia-se entre os três dias e as “poucas semanas”. A CID-10 firma também que o quadro clínico não deve ser diagnosticado a menos que o evento traumático tenha ocorrido dentro dos últimos seis meses após o evento. Se o evento for anterior a este período, mas houver forte sintomatologia e indícios do Transtorno, deve-se usar o termo “provável” acompanhando e indicando a probabilidade do diagnóstico de TEPT.²

As diretrizes diagnósticas apresentadas pela CID-10 para TEPT não são tão específicas quanto as do DSM-IV TR, que exige um determinado número de critérios para se fazer diagnóstico. A CID-10 lista sintomas clinicamente observados nos pacientes de uma forma geral, que são: episódios de repetidas vivências do trauma como memórias intrusas, ou sonhos; sensação de entorpecimento emocional; afastamento de outras pessoas; falta de responsividade ao ambiente; anedonia e evitação de atividades que recordam o trauma; hiperexcitação com hipervigilância e insônia. Também lista alguns sintomas mais raros como surtos dramáticos de medo, pânico, ou agressão, desencadeados por recordações súbitas do trauma e situações co-mórbidas frequentes como ansiedade e depressão, além de ideação suicida, mas sem listar critérios mínimos para o diagnóstico.²

De acordo com Sadock & Sadock (2007), o exame dos pacientes com TEPT pode ainda mostrar, em alguns casos, sentimentos de culpa, rejeição e humilhação, além de ataques de pânico, ilusões, alucinações, agressão, violência, descontrole de impulsos, depressão e problemas relacionados ao uso de drogas; pode haver também comprometimento da memória e da atenção.¹ Segundo os mesmos autores, dos indivíduos que apresentam o Transtorno e não recebem tratamento adequado, estima-se que 30% se recuperem completamente, enquanto que os restante 70% vão permanecer com sintomas que podem variar de leves a intensos. Destes, 50% tendem a se recuperar ainda depois de um ano do acontecimento traumático. Um início rápido do quadro, apoio social forte, bom desempenho anterior ao trauma e ausência de outras doenças (psiquiátricas, ou não) e de envolvimento com drogas, são considerados fatores de bom prognóstico. Os casos que apresentam co-morbidade com outros transtornos psiquiátricos, geralmente têm tendência a cronificarem-se mais, além de costumarem ser mais graves na sua apresentação.¹

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

Tentar identificar diferentes características de ordem demográfica, sócio-econômicas e outras (como história traumática, psiquiátrica e familiar), no desenvolvimento do TEPT em adultos, vítimas de crime; além de tentar entender o significado do crime e sua relação com o TEPT a partir do discurso de algumas destas vítimas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apresentar um perfil da população estudada.
- b) Diagnosticar a presença de TEPT em pacientes atendidos no CEVIC de Florianópolis.
- c) Avaliar a importância de suporte social no desenvolvimento do TEPT.
- d) Relacionar a frequência de TEPT com a existência de experiências traumáticas na infância e história pessoal psiquiátrica.
- f) Investigar a presença de abuso sexual na história de vida dos sujeitos pesquisados.
- g) Investigar outros possíveis fatores envolvidos no desenvolvimento do TEPT.
- h) Contribuir para a discussão pública sobre o aumento da violência e suas consequências para a saúde mental.

4 METODOLOGIA

4.1 O ESTUDO

De acordo com Tobar e Yalour (2001), ao se lançar mão de um método qualitativo para pesquisa, busca-se mais o significado do que a frequência dos fatos, considerando-se os fenômenos sociais mais como particulares e ambíguos que como repetíveis. Entretanto, quando se requer a descrição de dados numéricos e entende-se que a possibilidade de repetição é importante para a amostra, deve-se buscar um método quantitativo. Segundo estes autores, pretende-se numa pesquisa quantitativa buscar a expressão da realidade em pesquisas livres de valores e crenças, mas de forma controlada, visando a codificação numérica; enquanto nas pesquisas qualitativas objetiva-se, através da busca do específico e local, encontrar padrões e assim chegar a hipóteses que possam surgir a partir de interpretações.³⁹

Este estudo tem como objetivo examinar tanto dados demográficos sócio-econômicos da amostra (de forma quantitativa) como tentar compreender o significado do fenômeno do crime para as pessoas vítimas deste (de forma qualitativa), relacionando-os com o TEPT. Assim, foi realizado um estudo prospectivo, transversal, do tipo descritivo, com abordagem tanto quantitativa como qualitativa, com objetivo de ampliar a compreensão do fenômeno do em estudo (TEPT em vítimas de crime). Os sujeitos são as vítimas de crime (há pelo menos trinta dias), maiores de 16 anos, que foram atendidos no CEVIC, durante o período definido para a coleta de dados que foi de cinco meses (de 15 agosto a 15 dezembro de 2007 e de 15 de março a 15 de abril de 2008). Houve um intervalo de três meses na coleta de dados referente a férias escolares e recesso da Instituição.

A pesquisa foi realizada em duas etapas que se complementam. Para tal, foi utilizada primeiramente uma escala específica para o diagnóstico de TEPT (escala Davidson de Trauma) e um questionário para análise de dados sócio-econômicos demográficos, além de outros dados mais objetivos ligados ao crime. Posteriormente, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas que foram processadas através da análise de conteúdo.

Para a seleção da amostra levou-se em conta, entre outras coisas, a necessidade de se ter acesso à população em estudo, após um mês de um episódio traumático (crime), pois este é o tempo mínimo exigido para se fazer o diagnóstico de TEPT de acordo com o DSM-IV TR.¹ De acordo com a CID-10,² para se fazer o mesmo diagnóstico, este tempo pode variar de

algumas semanas a muitos meses, o que fica mais ou menos dentro dos critérios exigido pelo DSM IV- TR.³⁵ Optou-se por usar o critérios do DSM-IV TR, porque a escala de Davidson, utilizada para o diagnóstico nesta pesquisa, tem como base os critérios do manual.

4.2 O CAMPO DE ESTUDO

A opção pela realização da pesquisa no Centro de Atendimento à Vítima do Crime (CEVIC) foi feita em razão de esta Instituição ser referência no protocolo da rede de atendimento às vítimas de violência sexual em Florianópolis, além de estar em parceria com os governos Estadual e Federal através da Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa do Cidadão (SESPDC) em Santa Catarina, e a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) a nível nacional, sendo assim uma instituição referência para encaminhamentos.⁴⁰

O CEVIC é uma instituição, sem fins lucrativos, gerida até o momento da realização da pesquisa, pela Sociedade Espírita de Recuperação, Trabalho e Educação (SERTE), localizada à Rua Trajano, número 168, 5º andar, no centro de Florianópolis, que atua no município desde 1997. Presta atendimento social, psicológico e jurídico a vítimas de crime na região metropolitana de Florianópolis. Segue a Resolução n.º 40/34 da Organização das Nações Unidas (ONU), que estabelece a Declaração dos Princípios Básicos de Justiça para Vítimas de Delitos e Abuso de Poder*.⁴⁰

Recebe vítimas de crime, adultos e crianças, encaminhados principalmente de unidades de saúde, delegacias de polícia, Programa de Atenção à Criança e ao Adolescente, Instituto Médico Legal ou outros (institucionais ou pessoais) de uma região de 14 municípios da Grande Florianópolis. Durante o ano de 2006, fez 261 atendimentos iniciais, sendo 85,44% do sexo feminino e 14, 56% do sexo masculino. No ano de 2007 o número de novos atendimentos foi de 234 (87,61% do sexo feminino e 12,39% do sexo masculino), sendo 44% por violência doméstica. Destes, quase 95% foi de maiores de 16 anos.⁴⁰

O processo de atendimento na Instituição inclui inicialmente uma triagem que é realizada pelo setor social e/ou psicológico, que em seguida faz os encaminhamentos e/ou

* Em seu art. 1º define vítima como: “qualquer pessoa que individual ou coletivamente, tenha sofrido danos, inclusive lesões físicas ou mentais, sofrimento emocional, perda financeira ou diminuição substancial de seus direitos fundamentais, como consequência de ações ou omissões que violem a legislação penal vigente nos Estados membros, incluídas as que prescrevem o abuso criminal de poder. (In relatório de atividades do CEVIC, 2004, p. 2).

fornece orientações necessárias, para atendimento no setor jurídico e/ou acompanhamento psicoterápico, dependendo da demanda.⁴⁰

Dentro deste atendimento de triagem, os sujeitos (considerados vítimas de crimes) passam por uma entrevista com coleta de dados que inclui a classificação da situação problema. Esta última é subdividida e classificada da seguinte forma: crimes contra a pessoa; crimes contra os costumes; violência doméstica; crimes contra o patrimônio; crimes contra a liberdade individual; crimes contra a família; abuso de poder; acidentes de trânsito e erro ou negligência médica. Existe ainda uma classificação para aqueles indivíduos que apenas buscam informações.⁴⁰

4.3 OS SUJEITOS DA AMOSTRA

Nem todas as pessoas que procuram o CEVIC desejam atendimento continuado. Algumas apenas buscam orientações, não retornando para um segundo atendimento; outras realizam o processo de avaliação, mas não ficam em acompanhamento; e, ainda, outras interrompem-no em algum momento. Por esta razão, com algumas destas pessoas (possíveis sujeitos da amostra), tornou-se difícil conseguir contato após o tempo mínimo necessário de um mês do acontecimento traumático, o que inviabilizou sua participação na pesquisa. Assim, apesar de todos os indivíduos que procuraram o CEVIC durante o período da pesquisa terem sido contatados pela pesquisadora de campo, nem todos foram convidados a participar da pesquisa. Foram selecionadas apenas pessoas de ambos os sexos, maiores de 16 anos, que haviam sido vítimas de crime e estiveram no CEVIC durante o período da pesquisa (seja para atendimento inicial, ou continuação), com um intervalo de pelo menos um mês após o acontecimento que motivou sua procura à Instituição, e que aceitaram participar do presente estudo.

Aqueles que só buscavam informações (não tendo sido vítimas de crime), não foram incluídos na pesquisa. Cada sujeito só respondeu à pesquisa uma única vez, mesmo que estivesse comparecendo à instituição em mais de um momento, por diferente motivo (mais de um acontecimento criminoso). As pessoas maiores de 16 e menores de 18 anos, foram incluídas na amostra com consentimento de um dos pais, ou responsável, que leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, junto com o sujeito da pesquisa.

O número de sujeitos da amostra ficou condicionado ao número de atendimentos feitos no CEVIC durante o período definido para a pesquisa de campo, considerando os critérios de inclusão e o aceite do sujeito em participar da pesquisa.

Apenas três dos sujeitos selecionados não se dispuseram a responder os instrumentos da pesquisa (um homem e duas mulheres). A amostra desta primeira etapa ficou formada por 71 sujeitos, sendo três do sexo masculino e 68 do sexo feminino.

Para a segunda etapa do estudo, que envolveu a realização de entrevistas semi-estruturadas, os sujeitos foram selecionados entre aqueles que participaram da primeira etapa e que se dispuseram a realizar a segunda, que consistia em uma entrevista semi-estruturada gravada. Todos os sujeitos que participaram da primeira etapa foram convidados a participar da segunda etapa, deixando o número de telefone para posterior contato. Vinte e três sujeitos aceitaram previamente participar desta segunda etapa, no entanto, com apenas três se conseguiu agendar a entrevista via contato telefônico. Os motivos que impediram a realização com os demais foram: telefone desligado ou inexistente, 13 sujeitos (pelo menos 3 tentativas); falta de tempo ou motivação para comparecer, 7 sujeitos (apesar de ter sido oferecido vale-transporte). Outros quatro participantes da primeira etapa foram contatados no CEVIC pela entrevistadora, durante um período de dois meses. Para efeito comparativo, procurou-se selecionar, na segunda etapa, número semelhante de sujeitos com e sem o diagnóstico de TEPT. Tanto a aplicação dos instrumentos da primeira etapa como as entrevistas (semi-estruturadas) foram realizadas no CEVIC, em lugar reservado, garantindo-se privacidade e sigilo.

Quando se iniciou a coleta de dados da primeira etapa, percebeu-se que muitos dos sujeitos eram vítimas do que se convencionou chamar de crime continuado, já que estavam continuamente expostos ao agressor (na maioria das vezes o companheiro). Nestes casos, nem sempre se conseguiu chegar a um período mínimo de um mês de distância do acontecimento traumático. Assim, considerou-se como o tempo mínimo de um mês necessário para o diagnóstico de TEPT (e resposta aos instrumentos da primeira etapa), o tempo do acontecimento que havia motivado a procura do CEVIC, mesmo que depois disso houvesse a repetição de algum evento criminoso. Optou-se por esta decisão por observar-se, já no início da pesquisa, que o número de sujeitos vítimas de crimes continuados era bastante expressivo na amostra. Resolveu-se incluir no questionário, também, um item a mais sobre o crime ser ou não continuado (dado este que pôde ser resgatado, via serviço social, mesmo para aqueles sujeitos que já haviam respondido a pesquisa).

4.4 OS PROCEDIMENTOS

4.4.1 Etapa quantitativa (1ª etapa)

Num primeiro momento, foi aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas, sobre dados sócio-demográficos, história passada do sujeito e o crime, contendo itens como: faixa etária, município de procedência, sexo, etnia, escolaridade, fé religiosa, ocupação profissional e estado civil, além de outros relacionados com o crime, a história psiquiátrica, o encaminhamento à instituição e o atendimento por rede de apoio (anexo II). A escolha dos itens para o questionário foi feita baseada na pesquisa bibliográfica e nos fatores de risco para o TEPT. Também neste momento foi investigado o diagnóstico de TEPT na amostra, aplicando-se a escala Davidson de Trauma (anexo I). Esta foi escolhida por utilizar os critérios diagnósticos listados no DSM IV TR, bibliografia 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 diversos protocolos de pesquisa realizadas 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 várias publicações.^{14,41} Tanto a aplicação dos questionários como da escala, nesta etapa foi feita por uma pesquisadora de campo, de nível universitário, treinada pela pesquisadora principal especificamente para este fim. A pesquisadora principal supervisionou a aplicação dos questionários e da Escala durante todo o processo de coleta de dados, comparecendo periodicamente ao CEVIC e discutindo todas as situações em que havia dúvidas. Aquelas respostas aos itens do questionário em que houve dúvidas e estas não puderam ser resolvidas, foram eliminadas. Por esta razão para alguns itens o total de frequência é inferior ao número total de sujeitos da amostra. Todos os itens do questionário ou da escala foram explicados aos sujeitos no momento da aplicação. Esta etapa foi realizada em cinco meses.

Responderam a esta etapa, 71 sujeitos que ao final foram questionados quanto a aceitar ou não serem entrevistados num segundo momento (entrevista gravada). Vinte e três aceitaram e deixaram telefone para um posterior contato.

Os dados dos sujeitos desta primeira etapa foram tabulados no Microsoft Excel e as análises estatísticas realizadas no software SAS, versão 8.02.

Foi feita uma análise descritiva das informações obtidas no questionário 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, utilizando 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 como associação estatística o nível de 5% de significância ($p \leq 0,05$).

4.4.2 Etapa qualitativa (2ª etapa)

De acordo com Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada é entendida como aquela que parte de questionamentos básicos, teorias e hipóteses que geram perguntas, vai acontecendo através das respostas do informante, gerando novas perguntas e hipóteses. Assim, existe uma participação do entrevistado na elaboração do conteúdo da pesquisa. Segundo o autor, este tipo de entrevista é uma ferramenta importante na pesquisa qualitativa, pois além de valorizar a presença do investigador, permite ao informante liberdade e espontaneidade, o que torna a pesquisa mais rica.⁴²

Na entrevista semi-estruturada, segundo Laville e Dionne (1999), o contato mais íntimo entre entrevistador e entrevistado leva a um maior aprofundamento a respeito da investigação. Assim, a flexibilidade decorrente deste tipo de entrevista permite a obtenção de dados mais ricos e uma imagem que se aproxima mais da complexidade de acontecimentos e fatos.⁴³ Desta forma, entende-se que com este tipo de instrumento se possa ter um acesso mais amplo a dados profundos e subjetivos na história de vida dos entrevistados.

A segunda etapa deste estudo teve como objetivo alcançar esta flexibilidade permitida pela entrevista semi-estruturada buscando uma maior aproximação com dados mais profundos e subjetivos da história dos sujeitos. Esta etapa foi realizada inteiramente pela pesquisadora principal.

Para as entrevistas semi-estruturadas foi utilizado um roteiro (anexo III), que orientou o entrevistador, com questões relativas a aspectos da história de vida passada (incluindo outros traumas) e circunstâncias que envolveram o evento atual (como lidou com o fato, como sentiu-se, suporte pessoal encontrado ou não). O roteiro procurou investigar sintomas, ouvir sobre o relato do trauma e a percepção deste na vida das pessoas envolvidas, além de

investigar situações presentes e passadas que poderiam estar relacionadas ao evento traumático e ao desenvolvimento do TEPT.

Por questões operacionais (a pesquisadora não poderia estar presente durante toda a coleta de dados da primeira etapa), optou-se por realizar a segunda etapa em um momento diferente da primeira, com entrevistas previamente agendadas. Assim, os sujeitos que aceitaram participar desta etapa, foram contatados via telefone, pela pesquisadora com o objetivo de marcar um horário para a realização da entrevista (foi oferecido vale-transporte para aqueles que precisavam dele para o deslocamento). Dos 23 sujeitos que haviam deixado o número do telefone (16 com TEPT e sete sem TEPT), apenas três aceitaram realizar a entrevista (os demais estavam com o telefone desligado ou inexistente ou não se dispuseram a realizar a entrevista). Desta forma, optou-se por fazer um plantão de uma tarde por semana no CEVIC, durante os meses de março e abril, com o objetivo de tentar contato direto com algum dos participantes da primeira etapa, que concordasse em participar desta segunda etapa.

Procurou-se buscar para esta entrevista sujeitos com e sem TEPT em proporção semelhante, com o objetivo de tentar comparar os dados obtidos das pessoas de ambas as situações. Considerando a dificuldade em se encontrar indivíduos disponíveis para a participação desta etapa, que envolvia uma maior disponibilidade de tempo, optou-se por encerrar as entrevistas quando se alcançou o número de sete sujeitos, correspondente a 10% da amostra da etapa quantitativa. Todos os entrevistados haviam participado da primeira etapa.

As entrevistas, que duraram em média 40 minutos, foram realizadas em local reservado, garantindo-se sigilo e com uso de pseudônimos para os entrevistados. Todas foram gravadas, com autorização dos entrevistados, posteriormente transcritas e examinadas usando-se a técnica da análise de conteúdo descrita por Triviños⁴² e Bardin.⁴⁴ Esta análise desenvolveu-se em três etapas que foram: a) pré-análise (organização do material através da leitura flutuante e preparação para a análise); b) descrição analítica (exploração do material, classificação e escolha de categorias); e c) interpretação inferencial (reflexão, estabelecimento de relações, análise, inferências e interpretações do material examinado). Este processo gerou sete categorias que foram analisadas uma a uma. Os resultados foram discutidos e relacionados com os dados da literatura estudada sobre o assunto, buscando-se um enfoque predominantemente fenomenológico. A comparação não pretendeu, entretanto, ser definitiva quanto à sua significância, mas fornecer subsídios para posteriores explorações.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente, foi realizada uma visita prévia ao CEVIC, com o objetivo de apresentar o ante-projeto da pesquisa e consultá-los sobre a disponibilidade de realização dos procedimentos necessários. Antes do início da coleta de dados foi realizado um novo contato com exposição do projeto definitivo para os profissionais que trabalham no local. Todos se dispuseram a colaborar com o Estudo e concordaram com a divulgação do nome da Instituição na dissertação e publicações.

Foram também tomados os procedimentos éticos necessários para a execução da pesquisa com apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer n.º 225/07, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em conformidade com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que está inscrito no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.⁴⁵

No contato inicial, cada participante foi informado de forma detalhada sobre a pesquisa e os objetivos desta, e também apresentado ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para aqueles que não apresentavam condições de leitura do termo, este foi lido e explicado detalhadamente quando necessário. Todos os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi ressaltada a importância de participação na pesquisa, o direito de desistência do participante em qualquer momento desta, assim como garantia de anonimato e confidencialidade das informações, com uso de codinomes. Os sujeitos responderam os instrumentos de pesquisa e foram entrevistados em local reservado, garantindo-se sigilo de todas as informações fornecidas.

Foram utilizados nomes fictícios para todos os entrevistados, com o objetivo de preservar o anonimato e garantir o sigilo.

O pesquisador procurou isentar-se de qualquer julgamento moral que pudesse inibir o relato dos entrevistados.

4.6 DIFICULDADES ENCONTRADAS

Passar de uma leitura quantitativa para uma qualitativa não foi tarefa muito fácil, particularmente para um pesquisador pouco experiente neste tipo de abordagem metodológica. Da descrição de dados numéricos visando a repetição, até a busca de interpretações através do significado dos fatos específicos,³⁹ foi necessário um processo delicado e às vezes confuso, pois envolveu o trânsito entre uma via positivista, que valoriza o lógico e os fatos de forma objetiva, para outra fenomenológica que ressalta a idéia de ser o mundo criado pela consciência.³⁹ Isto tornou-se particularmente difícil por ter o pesquisador além de formação médica psiquiátrica, também psicanalítica, o que sem dúvida trouxe alguns vieses à interpretação (particularmente a subjetiva) do material analisado.

A tendência a fazer uma leitura psicanalítica do material, pôde já ser observada no primeiro contato com o material transcrito e talvez até, já antes disso, na realização das entrevistas. A releitura das primeiras anotações feitas junto ao material transcrito mostrou uma tendência a buscar já neste momento explicações de cunho psicanalítico, relacionando fatos da vida adulta com experiências infantis e padrões de repetição de situações traumáticas vividas anteriormente pelos sujeitos entrevistados. É possível que este viés tenha influenciado o pesquisador na própria elaboração do roteiro para a entrevista semi-estruturada (anexo III). Da mesma forma, o viés da formação médica psiquiátrica e psicanalítica possivelmente tenha influenciado a elaboração do questionário (anexo II).

A partir da observação desta tendência na pré-análise dos resultados da etapa qualitativa, optou-se por retornar à revisão teórica do método fenomenológico e então realizar uma nova leitura, procurando desta vez uma maior valorização na importância dos fatos, levando em conta a maneira como os interpretamos⁴⁶ e buscando uma descrição direta da experiência como ela é.⁴²

Entretanto, é pouco provável que neste percurso se tenha conseguido eliminar a vertente psicanalítica e psiquiátrica que acompanha a pesquisadora em sua atividade profissional e acadêmica já há quase duas décadas (nem se buscou esta isenção idealizada). Assim, torna-se importante ressaltar que por mais que se tenha buscado nesta pesquisa a realização de uma leitura com ênfase no método fenomenológico, é pouco provável que na descrição e interpretação do material da pesquisa uma tendência de interpretação dos fatos à luz da psicanálise não esteja também presente.

5. RESULTADOS

Os resultados e discussão desta pesquisa estão apresentados no corpo dos dois artigos científicos que aparecem no Apêndice deste trabalho. Os títulos são: **Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de crime atendidas no Centro de Atendimento à Vítima de crime de Florianópolis** e **O pesadelo antes e depois: Transtorno de Estresse Pós-traumático em vítimas de violência doméstica**. Estes artigos deverão ser submetidos ao periódico: Cadernos de Saúde Pública. A forma de apresentação do trabalho é determinada pelo Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

6. REFERÊNCIAS

1. Sadock B J, Sadock V A. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007. p 665 – 673.
2. World Health Organization. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
3. Carbonel M, Carvajal A. El trastorno por estrés postraumático: una consecuencia de los asaltos. *Revista Méd. Chile* 2004; 132:839-844.
4. Calvete E, Estevez A, Corral S. Posttraumatic stress disorder and its relationship with negative cognitive schemas in battered women. *Psicothema* 2007; 19:446-51.
5. Avdibegovic E, Sinanovic O. Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 2006; 47:730-41.
6. Marais A, de Villiers PJ, Möller AT. Domestic violence in patients visiting general practitioners-prevalence, phenomenology, and association with psychopathology. *S Afr Med* 1999; 89:635-40.
7. Marty M, Carvajal C. Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático em la adultez. *Rev Chil Neurops* 2005; 43:180-87.
8. Chaui M. Convite à filosofia. São Paulo: Editora Ática, 2000.p.336.
9. Krug E, Dahlber LL, Mercy JA. World report on violence and health. Genebra: World Health Organization; 2002.
10. Minayo M C S. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (supl. 01): 07-18, 1994.
11. Lobo F, Athayde P. A tragédia e a farsa. *Revista Carta Capital* 2006; 394: 8-14.
12. Brasil. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Mapa comparativo das taxas de registros por 100 mil hab. de crimes violentos não letais contra pessoa nos estados (2004-2005). Site <http://www.mj.gov.br/senasp/pesquisas/aplicadas/mapa/rel/cvnlcp.htm>. acesso em 21/05/2006.
13. Estado de Santa Catarina. Polícia civil. Homicídios na região da Grande Florianópolis registram queda de 7,65%. Disponível em: <http://policiacivil.sc.gov.br/beta/default.asp?ver=vernoticia&cod=705>. Acesso em 23/08/08.
14. Stein A T et alli. Transtorno de estresse pós-traumático em uma unidade de saúde de atenção primária. *Rev de Psiquiatria do RS* 2004; 26(2): 158-166.

15. Berger W, Mendlovicz M V, Figueira I. Equivalência semântica da versão em português da post traumatic stress disorder checklist – civilian version (pcl-c) para rastreamento de transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2004; 26(2): 167-175.
16. Villafañe A et al. La evaluación del transtorno por estrés postraumático: aproximación a las propiedades psicométricas de la escala de trauma de Davidson. *Evaluar* 2003; (3): 80-93.
17. Ministério da Saúde. Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência. *Rev. Saúde Pública* 2000;34:427-430.
18. Mello M F, Mello A F, Kohn R. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007. p. 132.
19. Ferreira A B H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 22ª impressão da 2ª ed. Revisada e aumentada. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1996.
20. Laplanche J, Pontalis J. *Vocabulário de psicanálise*. 10ª ed. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1988.
21. Schestatski S et al. A evolução histórica do conceito de estresse pós traumático. *Revista Bras. de Psiquiatria* 2003; 25(1): 8-11.
22. Gaurej G, Diefenthaler E C, Ceitlin L H. Transtorno de estresse pós-traumático. In: *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: Edipucrs, 2003. p 438-444.
23. Freud S. Introdução à psicanálise e às neuroses de guerra. In Edição standard brasileira das obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974; vol XVII p.159-63
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 05/08/2008).
25. Peixoto B T, Lima R S, Derante M O. Metodologias e criminalidade violenta no Brasil. *São Paulo Perspectiva* 2004; 18(1): 13-21.
26. World Health ASSMBLY (WHA). Prevention of violence: a public health priority. 1996. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/> (acessado em 10/08/08)
27. Lei n. 11340. Cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra mulher. *Diário Oficial da União* 2006; 8 ago.
28. Organización Panamericana de la Salud. Uma de cada três mujeres es víctima de la violencia. Disponível em: <HTTP://www.paho.org/spanish/dd/pin/ps031124.htm>. [acessado em 11/08/2008].
29. Arnold MW, silva MA, Falbo Neto GH. Anos potenciais de vida perdidos por mulheres em idade fértil, na cidade de Recife, Pernambuco, vítimas de morte por homicídio nos anos de 2001 e 2002. *Rev Bras Saúde Mater Inf* 2007; 7:23-27.

30. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. *Rev Saúde Pública* 2000; 4:427-430.
31. Gerlock AA. Domestic violence and post-traumatic stress disorder severity for participants of a domestic violence rehabilitation program. *Mil Med* 2004; 169:470-4.
32. Krause ED, Kaltman S, Goodman LA. Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: a longitudinal study. *J Trauma Stress* 2008; 21:83-90.
33. Kaysen D, Dilworth TM, Simpson T. Domestic violence and alcohol use: trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addict Behav* 2007; 32:1272-83.
34. Johnson LE, Benight CC. Effects of trauma-focused research on recent domestic violence survivors. *J Trauma Stress* 2003; 16(6):567-71.
35. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM – IV – TR. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
36. Gillette G, Fielstain E M. Transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de estresse agudo. In: *Psiquiatria Diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. p 338-344.
37. Breslau N, et alli. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatric* 1991; 48: 216-222.
38. Rodriguez MA, Heilmann UM, Fielder E. Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. *Ann Fam Med* 2008; 6:44-52.
39. Tobar F, Yalour M R. Como fazer teses em saúde pública. 1ª ed. 4ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004
40. Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão. Centro de Atendimento a Vítima do Crime – CEVIC. Relatório de Atividades 2006.
41. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Serviço de Psiquiatria. Núcleo de estudos e Tratamento do Trauma - NET TRAUMA. Protocolo de Pesquisa.
42. Trivinho A N S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 1ª ed. 14 reimpressão. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006. p 145-62.
43. Laville e Dionne. A construção do Saber. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
44. Bardin L. A análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.
45. Universidade Federal de Santa Catarina. Comitê de ética em pesquisa com seres humanos. Site:<http://www.cep.ufsc.br/index2.php?=®imento.php>. [acessado em 19/05/2007].
46. Walter Ferreira de Oliveira. Pesquisa fenomenológica em salud. Trabalho apresentado no III Congresso Ibero Americano de Investigación Cualitativa, 2008.

APÊNDICE

Artigo 1

Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de crime atendidas no Centro de Atendimento à Vítima do Crime de Florianópolis

**TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM VÍTIMAS DE CRIME
ATENDIDAS NO CENTRO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DO CRIME EM
FLORIANÓPOLIS**

*Post-traumatic stress disorder and crime victims in a reference support centre in the greater
Florianópolis area*

Ana Maria Maykot Prates Michels¹

Walter Ferreira de Oliveira¹

1 - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Universidade Federal de Santa Catarina

Correspondência

Ana Maria Maykot Prates Michels – anamichels@uol.com.br

Rua Bocaiúva, 2033/802

Centro

Florianópolis/SC – 8815-530

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo estudar a relação entre o TEPT e as vítimas de crime, em um centro de referência para atendimento destas na área metropolitana de Florianópolis. A metodologia é de um estudo transversal do tipo descritivo. Foram aplicados, durante cinco meses, dois instrumentos de pesquisa: a escala Davidson de Trauma para diagnóstico de TEPT e um questionário sócio-demográfico, às vítimas de crime atendidas neste Centro. Os resultados da amostra de 71 sujeitos foram: 95,8% de sexo feminino e 84,5% de violência doméstica. A prevalência de TEPT foi de 63,4% e destes 91,7% relatou abuso sexual na infância. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas, o que pode ser consequência da amostra reduzida. 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. Chamou a atenção o alto percentual de crimes domésticos e a baixa presença do sexo masculino. A importância do estudo está em alertar para possíveis consequências da violência, particularmente a violência doméstica do ponto de vista da saúde mental.

Palavras-chave: TEPT e Violência; TEPT e Violência Doméstica; TEPT e Crime

ABSTRACT

This article aimed at studying the relationship of Post-traumatic stress disorder (PTSD) and crime victims in a reference support centre in the greater Florianópolis area. Methodology applied was a crossed descriptive study with a quantitative-qualitative approach, which took place in two stages. For five months two research tools were applied: the Davidson Trauma scale for the diagnosis for PTSD and a socio-demographic questionnaire with the victims of crime who attended this Centre. Results of the samples of 71 people were: 95.8% were females and 84.5% victims of domestic violence. The predominance 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. In the items relating personal psychiatric history and family psychiatric history with PTSD figures show a tendency to association. The high predominance in the samples was related to the high percentage (57.7%) of continued crimes. The 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 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) é conceituado pela 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como um conjunto de sintomas característicos, que surge em resposta tardia à vivência de um estressor traumático que seja caracterizado como ameaçador ou catastrófico, como por exemplo: guerras, desastres naturais, ser vítima de agressão pessoal violenta ou de outro crime. Para o diagnóstico do TEPT, os sintomas, que incluem revivência persistente do evento, evitação persistente dos estímulos associados ao trauma, embotamento da responsividade e excitação aumentada, devem causar sofrimento e prejuízo no funcionamento de áreas importantes da vida.¹ De acordo com a quarta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), para que seja caracterizado o Transtorno, também é necessário que seus sintomas estejam presentes após um mês do evento traumático.²

A questão da violência e suas conseqüentes perdas econômicas e de saúde é tema de extrema importância dentro da saúde pública, por colocar em risco o processo vital humano, causando enfermidades físicas, psíquicas e morais e prejuízo à qualidade de vida dos sujeitos.³

Segundo Marilena Chaui (2000), violência, dentro de nossa cultura, é o exercício da força física e psíquica para obrigar alguém a fazer algo contrário a seu corpo, interesses, desejos, ou consciência. É uma violação da integridade física e psíquica. Por esta razão, os crimes como assassinato, tortura, estupro, roubo, calúnia e injustiça são considerados violência, por reduzirem um indivíduo, que é por sua natureza dotado de vontade livre, a uma condição de objeto.⁴

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

consequências 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.⁵

No Brasil, de acordo com o Departamento de Pesquisa da Secretaria Nacional de Segurança Pública (SNSP), entre 2001 e 2005 houve tendência a aumento no registro das ocorrências criminais para com o patrimônio, lesões corporais, roubos e delitos de trânsito. O Estado de Santa Catarina, apesar de apresentar baixas taxas nacionais para os crimes letais contra o patrimônio, de homicídios dolosos e crimes violentos letais, foi destaque entre os estados brasileiros, para os crimes de seqüestro e atentado violento ao pudor, registrados entre 2004 e 2005. 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.⁶

Estes dados relacionados a acontecimentos criminosos e violentos, e suas consequências a nível de integridade pessoal física e mental, remetem-nos aos principais Transtornos Psiquiátricos ligados a eventos traumáticos que são, de acordo com a CID-10, a Reação Aguda ao Estresse (RAE) e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). O primeiro deles, por ser de resolução mais rápida, durando de algumas horas a no máximo trinta dias,¹ teria menos implicações limitantes na vida das pessoas, sendo de menor interesse em termos de saúde pública. O TEPT, que apresenta prevalência em torno de 8% na população geral pode, em populações de alto risco, chegar a mais de 75% de prevalência.^{7,8}

São considerados fatores de risco para o TEPT: sexo feminino;^{7,9,10} ser adulto jovem, solteiro, viúvo ou separado, com privações econômicas e isolamento social;⁷ história pessoal ou familiar de outros transtornos mentais, separações precoces e eventos traumáticos na infância;^{7,9} sistema de apoio familiar ou social inadequado, mudanças estressantes recentes e ingestão excessiva recente de álcool.⁷ Os fatores de proteção apontados pela literatura são: fé

religiosa, instrução, engajamento político, apoio social forte e preparação para possibilidade do evento.⁷

A alta prevalência do TEPT, o sofrimento psíquico conseqüente de seus sintomas e suas conseqüências co-mórbidas como ansiedade, depressão, ideação suicida e uso abusivo de álcool, também contribuem para que o Transtorno seja considerado importante do ponto de vista da saúde pública, gerando gastos e prejuízos em vários setores.^{1,7,8,11} 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.¹²

Considerando as taxas elevadas de acontecimentos criminosos no Brasil e em Santa Catarina e ser o TEPT problema diretamente relacionado a eventos traumáticos e à saúde pública, o presente artigo pretende examinar a associação entre o TEPT e a situação de vítimas em eventos criminosos.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Esta 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 é uma instituição, sem fins lucrativos, que atua em Florianópolis desde 1997, 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 outras instituições.¹³

Nesta primeira etapa, os sujeitos responderam um questionário com dados sócio-demográficos e um instrumento diagnóstico para o TEPT, a escala Davidson. Esta escala foi escolhida por utilizar os critérios diagnósticos da quarta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV- TR),² 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.^{8,14} Os critérios de inclusão desta etapa foram: ser maior de 16 anos, estar em atendimento no CEVIC de Florianópolis e ter sido vítima 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 em 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. Os itens perguntados foram: 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 história do sujeito (doença psiquiátrica pessoal e familiar, outros crimes sofridos e abuso sexual). A escolha dos itens para o questionário foi feita baseada na pesquisa bibliográfica e nos fatores de risco para o TEPT.

Tanto a aplicação dos questionários como da escala de Davidson foram feitas por uma pesquisadora de campo, de nível universitário, especificamente treinada para este fim. A pesquisadora principal supervisionou a aplicação dos questionários e da Escala durante todo o processo de coleta de dados. As respostas do questionário em que houve dúvida com relação à informação fornecida e estas não puderam ser resolvidas, foram eliminadas da amostra (por esta razão, para alguns itens, a soma da frequência não é igual ao número total de sujeitos da amostra). Todos os itens do questionário e da escala foram explicados aos sujeitos no momento da aplicação. A coleta de dados foi realizada durante cinco meses, (de agosto a dezembro de 2007 e de março a abril de 2008). Houve uma interrupção de três meses em função de férias escolares e recesso da instituição. O número de sujeitos da amostra desta pesquisa ficou condicionado ao número de atendimentos feitos no CEVIC durante o tempo proposto para a pesquisa de campo, considerando os critérios de inclusão. Três sujeitos recusaram-se a responder o instrumento da pesquisa.

Responderam, nesta etapa, 71 sujeitos que ao final foram questionados quanto a aceitar ou não serem entrevistados num segundo momento (entrevista gravada para a 2ª etapa - qualitativa). Os dados dos sujeitos desta primeira etapa foram tabulados no programa Microsoft Excel e a análise estatística realizada no software SAS, versão 8.02.

Foi feita uma análise descritiva das informações obtidas no questionário 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

A amostra ficou constituída de 71 participantes, sendo 67 (95,8%) do sexo feminino. A idade ficou entre 16 e 62 anos, com média de 36 anos. A prevalência de TEPT neste estudo foi de 45 sujeitos (63,4%), de acordo com os critérios diagnósticos da escala de Davidson.

Os dados sócio-demográficos mostraram uma renda média familiar de 2,55 salários mínimos, predomínio de etnia branca (78,3%) e presença de fé religiosa (91%) na amostra. Dos sujeitos entrevistados, 45,1% afirmaram ter nível educacional médio e 16,9% nível superior; os restantes 38%, afirmaram possuir nível de escolaridade fundamental completo ou incompleto. Com relação à situação profissional, 80,3% disseram-se empregados, sendo que a profissão mais freqüente foi 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%) dos 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 (todas 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 também que 26,8% dos participantes relataram ter sofrido maus-tratos com a rede de apoio. Ainda com relação a apoio recebido, 78,9% referiram ter contado com suporte familiar depois do crime.

A tabela 1 mostra as frequências e porcentagens das respostas dos participantes relacionadas à caracterização do crime ocorrido.

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

Características	Frequência	Porcentagens válidas
Tipo de 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

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% relatou história pessoal de transtorno mental e 17,4% disse ter sido abusado sexualmente na infância. A tabela 2 apresenta os percentuais dos itens relacionados à história pessoal e familiar.

Tabela 2. Frequências e porcentagens das informações associadas ao histórico do crime.

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

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.

As prevalências de TEPT foram bastante elevadas para as categorias de todos os itens pesquisados. Entretanto, considerando-se o nível de 5% de significância, não foi possível observar associação estatística de nenhum dos itens sócio-demográficos com o TEPT neste trabalho. Para os itens idade e renda não foram utilizadas categorias, por esse motivo não foi estimada a porcentagem de TEPT.

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 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	

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).

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			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	

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

No estudo da associação dos itens do questionário com o TEPT, neste trabalho, não foi possível observar nenhuma associação significativa. Entretanto, em razão do escasso espaço de tempo, o tamanho da amostra ficou bastante reduzido, provavelmente reduzindo a chance de verificar associações estatísticas. Em estudos desta natureza é necessário um número maior de pessoas para que se consiga observar relações entre as variáveis.

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 não foi possível aplicar o teste de *Wald* pelo número muito pequeno.

4 DISCUSSÃO

O primeiro dado a ser considerado neste trabalho foi o reduzido tamanho da amostra, que pode ter prejudicado a verificação de associações estatisticamente significativas, já que não se conseguiu encontrar nenhuma. Entretanto, alguns resultados podem ser considerados relevantes.

O presente estudo encontrou uma alta prevalência de TEPT (próxima aos percentuais de maior prevalência da literatura). Este dado pode estar relacionado ao fato de mais da metade da população estudada ter sido vítima de violência doméstica continuada, criando um possível viés, uma vez que em muitos casos não se conseguiu o tempo mínimo de um mês de distância do evento traumático.

Cabe lembrar que o presente estudo foi realizado em um local que recebe vítimas de crime, que procuraram ajuda por sentirem-se necessitadas desta, o que poderia ter contribuído também como viés de seleção da amostra. Pessoas que sofreram algum crime e não procuraram o CEVIC, poderiam também ter mais estrutura pessoal para lidar psicologicamente com o evento, tendo conseqüentemente menos chance de desenvolver transtornos mentais. Estes fatores podem ter colaborado, em parte, com a alta prevalência de TEPT nesta amostra que foi de 63,4%.

A epidemiologia do TEPT tem se mostrado bastante variável em vários trabalhos apresentados pela literatura, tanto entre vítimas de eventos traumáticos, como entre grupos não envolvidos diretamente com traumas. Um estudo realizado em Porto Alegre, em 2004, mostrou uma prevalência de 59,3% de TEPT em usuários de um serviço de atenção primária.⁸ Outro realizado no México, em 2007, por Orozco et al, encontrou 1,8% de prevalência de TEPT entre adolescentes.²¹ Mesmo em populações vítimas de eventos traumáticos específicos, os resultados podem variar bastante. Uma pesquisa de 1990 com imigrantes refugiados de guerra, nos Estados Unidos, encontrou 52% preenchendo critérios para TEPT,²² enquanto outra realizada com sobreviventes de desastres naturais no México em 1987, encontrou 32%.²³

Em relação especificamente a vítimas de violência doméstica, um trabalho realizado nos Estados Unidos, em 2008, encontrou 16% de TEPT em mulheres expostas a este crime,²⁴ enquanto outro na Espanha, em 2007, encontrou prevalência de 67,54%²⁵ e outro realizado na África do Sul, em 1999, encontrou 35,3%.¹⁷ No presente trabalho, a prevalência ficou próxima dos dados mais altos encontrados na literatura para populações semelhantes. Uma das possíveis razões para isto é que a população aqui estudada foi predominantemente feminina (95,8%) e vítima de violência doméstica (84,5%). Estes dois fatores são considerados de risco para o desenvolvimento de TEPT. Mulheres têm o dobro de chance do

que homens para ter o Transtorno.^{7,8} Além disso, vários estudos mostram risco mais elevado para o desenvolvimento de TEPT em vítimas de agressão doméstica quando comparado a outras pessoas,^{15,16,17,18,19,20} indicando este tipo de violência como trauma suficientemente forte, para provocar o TEPT. Um estudo realizado com mulheres na região da Bósnia e Herzegovina, em 2006, mostrou prevalência mais alta de TEPT em mulheres vítimas de violência doméstica do que naquelas vítimas de traumas de guerra.²²

Além disto, sabe-se que o TEPT pode ser mais grave e prevalente em populações vítimas de traumas crônicos ou múltiplos estressores,^{21,25,26,27} que foi o caso de mais da metade da amostra (57,7%) deste trabalho, que era vítima de violência doméstica continuada. Entre estes, no estudo, a prevalência do TEPT (70,7%) foi maior do que entre os que se disseram vítimas de episódio isolado (53,3%). O dado pode ter contribuído também, como viés, na alta prevalência, já que neste trabalho a maioria das vítimas de violência continuada teve o tempo mínimo de 30 dias do evento traumático prejudicado pela manutenção da convivência com o companheiro agressor.

No presente trabalho, a prevalência de TEPT não foi mais alta entre as vítimas de violência doméstica do que nas de outros crimes, sendo alta em ambos os casos. Porém, do ponto de vista estatístico é difícil fazer-se 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.

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 um local que oferece ajuda psicológica. No presente estudo, entretanto, foi encontrado um percentual muito elevado de mulheres, assim como de TEPT. Uma possível razão para o fato poderia estar relacionada com o tipo de crime e o

encaminhamento recebido. Apesar do CEVIC ser uma instituição própria para atendimento de vítimas de qualquer crime, a Instituição 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 trabalho, se a população que é vítima de outros crimes não necessita da ajuda oferecida pelo CEVIC, ou se não está sendo devidamente encaminhada, pois o percentual destas encontrado nesta amostra foi muito pequeno.

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 pela literatura como fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT.^{9,7} 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 primeiro grau, como fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT.²⁸ Outro estudo de 2007, nos Estados Unidos, encontrou problemas com drogas na família e depressão pessoal ao longo da vida, relacionados positivamente com TEPT.²⁹ Estes dados estão de acordo com o alto percentual de relação ente TEPT e história de doença psiquiátrica (89,5%) e TEPT e doença psiquiátrica na família (74%), encontrados neste trabalho.

Outro dado que nos parece relevante comentar é o que relaciona abuso sexual na infância com 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. Apesar da alta prevalência, não foi encontrada associação estatisticamente significativa para o dado; é provável que isto tenha ocorrido por causa da amostra restrita, pois apenas 12 sujeitos se disseram vítimas de violência sexual na infância. Entretanto, o alto percentual de TEPT encontrado nesta pequena amostra aponta uma possível tendência e está de acordo com vários estudos que relacionam TEPT com história de violência sexual na infância.^{21,29,30,31,32,33} 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.²¹ Outro estudo realizado nos Estados Unidos, em 1999, encontrou o abuso sexual na infância e a violência na idade adulta como os mais frequentes traumas relacionados com TEPT.³¹ 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.⁸ Os resultados encontrados no presente trabalho, mesmo não apresentando relevância significativa 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 e os dois grupos, já que em ambos o diagnóstico de TEPT foi bastante mais elevado (63,8% e 62,5%, respectivamente). Mesmo não havendo diferença entre os dois grupos quanto ao desenvolvimento de TEPT, e considerando a pequena amostra ser insuficiente para comparações, o dado está de acordo com os vários trabalhos encontrados na literatura, que relacionam violência doméstica com alto risco para o desenvolvimento de TEPT.^{19,20,24,25,31,33} 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, que são o nível de instrução e apoio familiar, neste trabalho também estiveram associados com menor percentual de TEPT, entretanto sem relevância significativa. A fé religiosa que também é considerado pela literatura fator de proteção, no presente trabalho apareceu mais presente entre os que desenvolveram TEPT, mas também sem significância estatística.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados encontrados neste trabalho, percebeu-se 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, chamou a atenção e deve servir de alerta às autoridades e profissionais que lidam com o assunto tanto na atenção primária e secundária, 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 já 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 de TEPT em sujeitos com nível de instrução superior, observados neste estudo, pode também ajudar a justificar a necessidade de se investir mais em cuidados e

educação infantil, 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 crimes também freqüentes no Estado de Santa Catarina, como os 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 a desenvolver novas estratégias e programas para lidar com o tema.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed; 1993.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM – IV – TR. Porto Alegre: Artmed; 2000.
3. Minayo MC. A Violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cadernos de Saúde Pública 1994; 10: 07-18.
4. Chaui M. Convite à filosofia. São Paulo: Editora Ática; 2000.
5. Krug E, Dahlber LL, Mercy JA. World report on violence and health. Genebra: World Health Organization; 2002.
6. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Mapa comparativo das taxas de registros por 100 mil hab. Crimes violentos não letais contra pessoa nos estados. <http://www.mj.gov.br> (acessado em 21/05/2008).
7. 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.

8. Stein AT, Carli E, Casanova F. Transtorno de estresse pós-traumático em uma unidade de saúde de atenção primária. *Rev Psiquiatria do RS* 2004; 26:158-166.
9. Gaurej G, Diefenthaler EC, Ceitlin LH. Transtorno de estresse pós-traumático. In: Cataldo Neto A, organizador. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: Edipucrs; 2003. p 438-444.
10. Gillette G, Fielstain EM. Transtorno de estresse pós traumático e transtorno de estresse agudo. In: Michael HE, organizador. *Psiquiatria diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed; 2002. p 338-344.
11. Villafañe A. La evaluación del transtorno por estrés postraumático: aproximación a las propiedades psicométricas de la escala de trauma Davidson. *Evaluar* 2003; 3:80-93.
12. 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 Rio Grande do Sul* 2004; 26: 167-175.
13. Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Segurança Pública Defesa do Cidadão. Centro de Atendimento a Vítima do Crime – CEVIC. *Relatório de Atividades*; 2006.
14. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Serviço de Psiquiatria. Núcleo de estudos e Tratamento do Trauma - NET TRAUMA. *Protocolo de Pesquisa*.
15. Orozco R, Borges G, Benjet C. Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents. *Salud Pública México* 2008; 50:529-36.
16. 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* 1990; 36:137-45.
17. Tapia CR, Sepúlveda AJ, Medina MM. Prevalencia del síndrome de estrés postraumatico em la población sobreviviente de um desastre natural. *Salud Pública Méx* 1987; 29:406-11.
18. Rodriguez MA, Heilemann MV, Fielder E. Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant latina women. *Ann Fam Med* 2008; 6:44-52.
19. Calvete E, Estevez A, Corral S. Posttraumatic stress disorder and its relationship with negative cognitive schemas in battered women. *Psicothema* 2007; 19:446-51.
20. Marais A, de Villiers PJ, Möller AT. Domestic violence in patients visiting general practitioners-prevalence, phenomenology, and association with psychopathology. *S Afr Med* 1999; 89:635-40.
21. Mezey G, Bacchus L, Bawley S. Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *BJOG* 2005; 112:197-204.
22. Avdibegovic E, Sinanovic O. Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 2006; 47:730-41.

23. 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* 2003; 11:10-8.
24. Johnson LE, Benight CC. Effects of trauma-focused research on recent domestic violence survivors. *J Trauma Stress* 2003; 16(6):567-71.
25. Gerlock AA. Domestic violence and post-traumatic stress disorder severity for participants of a domestic violence rehabilitation program. *Mil Med* 2004; 169:470-4.
26. Scott ST. Multiple traumatic experiences and development of posttraumatic stress disorder. *J Interpers Violence* 2007; 22:932-8.
27. Kaysen D, Resick PA, Wise D. Living in danger the impact of chronic traumatization and the traumatic context on posttraumatic stress disorder. *Trauma Violence Abuse* 2003; 4:247-64.
28. Jong JT, Komproe IH, Ommeren M. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA* 2001; 286:584-8.
29. Waldrop AE, hanson RF, Resnick HS. Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents. *J Trauma Stress* 2007; 20:869-79.
30. Oliveira RG. História de abuso e negligência na infância em um modelo de predição para o transtorno de estresse pós-traumático e distúrbios psiquiátricos menores no adulto [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do RS; 2004.
31. Samson AY, Bensen S, Beck A. Posttraumatic stress disorder in primary care. *J Fam Pract* 1999; 48:222-7.
32. Griffing S, Lewis CS, Chu M. Exposure to interpersonal violence as a predictor of PTSD symptomatology in domestic violence survivors. *J Interpers Violence* 2006; 21:936-54.
33. Krause ED, Kaltman S, Goodman LA. Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: a longitudinal study. *J Trauma Stress* 2008; 21:83-90.

APÊNDICE

Artigo 2

O pesadelo antes e depois: transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de violência doméstica

O PESADELO ANTES E DEPOIS: TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Before and after the nightmare: post-traumatic stress disorder and victims of domestic violence

Ana Maria Maykot Prates Michels¹

Walter Ferreira de Oliveira¹

1 - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Universidade Federal de Santa Catarina

Correspondência

Ana Maria Maykot Prates Michels – anamichels@uol.com.br

Rua Bocaiúva, 2033/802

Centro

Florianópolis/SC – 8815-530

RESUMO

O presente artigo estuda a relação entre o Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e as vítimas de crime em um centro de referência para atendimento destas na área metropolitana de Florianópolis. A pesquisa é a segunda etapa de um estudo transversal descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. Na primeira foram aplicados instrumentos para diagnóstico de TEPT e perfil sócio-demográfico da população estudada. Nesta segunda etapa realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com sete dos participantes da primeira etapa. As entrevistas foram examinadas de acordo com a análise de conteúdo, gerando sete categorias. Os sujeitos foram mulheres, vítimas de violência doméstica (VD), quatro com TEPT e três sem TEPT. A condição de vítima de VD relacionou-se com conseqüências negativas e desestruturantes na vida de todas entrevistadas. Observou-se que aquelas com TEPT possuíam nível de instrução menor e contaram menos com o apoio da família do que as sem TEPT. A presença da TEPT também foi relacionada à manutenção do contato com o criminoso. A importância do estudo esteve em alertar para possíveis conseqüências da violência, particularmente a violência doméstica, do ponto de vista da saúde mental.

Palavras-chave: TEPT e Violência; TEPT e Violência Doméstica; TEPT e Crime

ABSTRACT

This article studies the relationship of Post-traumatic stress disorder (PTSD) and crime victims in a reference support centre in the greater Florianópolis area. The research is the second stage of a crossed descriptive study, with a quantitative-qualitative approach. In the first stage, diagnosis tools for PTSD and the social-demographic profile of studied population were applied. In this second stage, semi-structured interviews took place with seven participants of the first stage. Interviews were examined according to analysis of content, generating seven categories. Individuals were women, victims of domestic violence (DV), four with PTSD and three without PTSD. The status of DV victim was related to negative and de-structuring consequences in their lives. It was observed that victims with PTSD had a lower level of education and relied less on family support comparing to the victims without PTSD. The presence of PTSD was also related to keeping contact with the offender. The importance of the study alerts to the 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 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) é uma condição clínica que pode ocorrer após a vivência de uma situação estressante traumática externa. Para caracterização do TEPT, seus sintomas devem estar presentes após um mês do evento e afetar significativamente a vida da pessoa acometida.¹ A situação traumática, segundo a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), deve ser excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, como terrorismo, combate, ser vítima de agressão violenta, estupro ou outro crime.²

Atitudes violentas são aquelas em que força física e/ou coação psíquica obriga alguém a fazer algo contrário a seu corpo, interesses, desejos ou consciência, causando conseqüências danosas. Por isso, para Chaui (2000), assassinato, tortura, estupro, roubo, calúnia, são considerados crimes, por reduzirem um indivíduo, por natureza dotado de vontade livre, à condição de objeto.³

Segundo Minayo (1994), a violência representa problema de saúde pública, por colocar em risco o processo vital humano, causando enfermidades físicas, psíquicas, morais, e prejuízos na qualidade de vida das pessoas.⁴

A violência, por suas perdas econômicas e de saúde, é tema de extrema importância na saúde pública. Segundo o Relatório Mundial de Violência e Saúde, vítimas de violência doméstica têm mais problemas de saúde e visitam mais serviços de emergências ao longo da vida do que outras pessoas.⁵

No Brasil, dados da Secretaria Nacional de Segurança Pública (SNSP) mostram tendência a aumento no registro de crimes contra o patrimônio, lesões corporais, roubos e delitos de trânsito entre 2001 e 2005. Santa Catarina, apesar de apresentar taxas de homicídio abaixo da média nacional, é destaque por apresentar as maiores taxas da região sul para crimes de seqüestro e atentado violento ao pudor, registrados entre 2004 e 2005. Florianópolis

e Palhoça, estão entre os municípios (com mais de 100 mil habitantes) com maiores registros nacionais para atentado violento ao pudor.⁶

O TEPT, uma possível consequência de eventos violentos, apresenta prevalência em torno de 8% na população geral, podendo chegar a 75% em grupos de risco, o que o torna importante do ponto de vista científico e social.^{1,7} São considerados fatores de risco para TEPT: sexo feminino;^{1,8,9} ser adulto jovem; solteiro, viúvo ou separado; privações econômicas; isolamento social;¹ história pessoal ou familiar de transtornos mentais; eventos traumáticos na infância;^{1,8} sistema de apoio familiar ou social inadequado; mudanças estressantes recentes e ingestão excessiva recente de álcool¹. Fatores de proteção apontados pela literatura são: fé religiosa, instrução, engajamento político, apoio social forte e preparação para possibilidade do evento.¹

Os principais sintomas do TEPT incluem revivência persistente do evento, evitação persistente dos estímulos associados ao trauma, embotamento da responsividade e excitação aumentada.⁸ O Transtorno pode também gerar ansiedade, depressão, ideação suicida, uso abusivo de álcool^{2,10} e prejuízo dos direitos humanos e liberdade decorrentes do trauma.¹¹

Considerando as taxas elevadas de crimes no Brasil e em Santa Catarina e estar o TEPT diretamente relacionado a eventos traumáticos e à saúde pública, o presente artigo pretende estudar a associação entre o TEPT e a situação de vítimas em eventos criminosos.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa é a segunda etapa de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quanti-qualitativa, realizado no Centro de Atendimento à Vítima do Crime (CEVIC), entre agosto de 2007 e abril de 2008.

O CEVIC é uma instituição sem fins lucrativos, atuante em Florianópolis desde 1997. Presta atendimento social, psicológico e jurídico a vítimas de crime na região metropolitana de Florianópolis.¹²

Na primeira etapa da pesquisa, os sujeitos responderam questionário com dados sócio-demográficos e instrumento diagnóstico para o TEPT, a Escala Davidson. Os critérios de inclusão da primeira etapa foram: ser maior de 16 anos e estar em atendimento no CEVIC por evento criminoso ocorrido há, pelo menos, 30 dias.

Os 71 sujeitos que participaram desta primeira etapa (94,4% mulheres) foram convidados a participar da segunda (etapa qualitativa), que consistia em uma entrevista semi-estruturada. Vinte e três sujeitos aceitaram inicialmente, deixando número telefônico para contato. Destes, três foram encontrados e concordaram agendar entrevista (os outros não aceitaram, ou o telefone estava desligado ou inexistente). Outros quatro participantes da primeira etapa foram contatados no CEVIC pela entrevistadora, durante um período de dois meses. Para efeito comparativo, procurou-se selecionar, para esta segunda etapa, número semelhante de sujeitos com e sem o diagnóstico de TEPT. As entrevistas foram realizadas no CEVIC, em lugar reservado, garantindo-se privacidade e sigilo. As questões contemplaram dados do acontecimento criminoso, vivências infantis e situação de vida atual da vítima. Foram todas gravadas, posteriormente transcritas e analisadas de acordo com as etapas da análise de conteúdo descrita por Bardin¹³ e Trivinõs,¹⁴ gerando sete categorias temáticas.

Para preservar anonimato foram utilizados pseudônimos em todos os sujeitos entrevistados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer nº 225/07.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Considerações Gerais

O artigo 5º da Lei nº 11.340/06, dispõe sobre assistência e proteção às mulheres em condição de violência doméstica (VD) e familiar, ali definidas como as compreendidas no espaço de convívio permanente de pessoas com ou sem vínculo familiar, unidas por laços naturais, afinidade, ou vontade. Considera também VD, qualquer agressão envolvendo relação íntima de afeto ou convívio, independente de coabitação. O artigo 6º desta Lei afirma que este tipo de violência constitui forma de violação dos direitos humanos.¹⁵

Nesta pesquisa foram entrevistados sete sujeitos do sexo feminino, todos vítimas de algum tipo de VD de acordo com a legislação, pois o agressor tinha relação íntima de afeto e convívio com a agredida, e a agressão aconteceu na casa da vítima.

Quatro entrevistas preencheram critérios para TEPT e três não, formando dois grupos denominados “A” (com TEPT) e “B” (sem TEPT).

3.2 Os Sujeitos

Para fins de caracterização sócio-demográfica e situacional, será apresentado resumo das principais características das pessoas e do acontecimento que as trouxe ao CEVIC.

3.2.1 Grupo A (com TEPT)

Das quatro do grupo A, uma possuía escolaridade secundária e as outras três fundamental incompleta, sendo uma analfabeta. Todas referiram situações de abuso sexual, duas na infância e três pelo marido, na idade adulta. O intervalo de tempo do acontecimento criminoso (que as trouxe ao CEVIC), até o momento da entrevista, variou neste grupo, de cinco meses a 14 anos. Três trabalhavam fora na época das agressões e uma não. Duas referiram uso abusivo de álcool pelo agressor.

Tatiana, 28 anos, dois filhos. Vítima de VF e violência sexual (VS) pelo padrasto, dos 12 aos 14 anos. Na época pediu ajuda à mãe, que a levou ao Hospital, Delegacia da Mulher

(DM) e Instituto Médico Legal (IML), mas responsabilizou-a pelo acontecido, agredindo-a física e psicologicamente enquanto esperavam atendimento no IML, dizendo que a filha gostava da situação. O padrasto pediu que a mãe de Tatiana escolhesse entre ele e a filha. Tatiana foi entregue pela mãe à avó que em seguida mandou-a trabalhar como doméstica. Após alguns meses Tatiana fugiu, indo viver com o futuro pai de seus filhos. Desde a época do crime faz tratamento psiquiátrico. Atualmente, cria sozinha dois filhos, com recursos do “Bolsa Família” e de trabalho informal eventual.

Conceição, 53 anos, dois filhos. Vítima de VF e VS pelo marido alcoolista e de tentativa de homicídio, segundo ela, por desconhecidos, a mando da amante do marido. Relata ter sido amarrada e agredida em casa, sendo encontrada pela filha. Pediu ajuda à polícia, mas não contou o acontecido à família de origem, para não incomodá-los. Abandonada pelos pais aos seis anos, que se separaram e entregaram-na para ser criada por uma tia, casou aos 15 anos por sentir-se sozinha. Teve dois filhos e trabalhou como camareira até a agressão. Atualmente, não consegue voltar ao trabalho e sai pouco de casa pelas ameaças do ex-marido (SIC), com quem briga na justiça. Fazia tratamento psiquiátrico antes do crime.

Mariana, 38 anos, uma filha. Vítima de VF e VS pelo marido desde quando resolveu trabalhar fora. Diz-se vítima de violência psicológica (VP) depois da separação, sendo acusada pelo ex-marido de ter um amante e perdendo a guarda da filha. Tentou chamar a polícia num episódio de VF, mas foi desencorajada pela irmã. Fez Boletim de Ocorrência posteriormente, mas só chegou ao CEVIC quando perdeu a guarda da filha. Está em tratamento psiquiátrico desde então. Nega história de abandono ou abuso sexual na infância. Tem, desde criança, deficiência numa perna, sentindo-se inferior por isto. Atualmente, continua trabalhando e voltou a morar com os pais.

Sônia, 29 anos, uma filha. Agredida fisicamente pelo companheiro que, antes de morarem juntos, era seu melhor amigo e padrinho de sua filha. Pediu ajuda à polícia, mas foi

desencorajada pelos policiais a enquadrá-lo na lei “Maria da Penha”, pelas conseqüências que ele teria. Ficou com pena do agressor e desistiu. Saiu de casa quando soube que o companheiro a traiu com a babá da filha. Sente raiva, mas gosta dele. Conta ter sido molestada por volta dos oito anos, mas não lembra bem. O pai, alcoolista, também batia na mãe e abandonou a família quando ela era adolescente. Atualmente, está na casa de amigos e tenta começar um emprego novo; a filha está com a avó paterna.

3.2.2 Grupo B (sem TEPT)

Neste grupo, uma possuía escolaridade secundária, uma superior incompleta e outra superior, caracterizando nível de escolaridade mais elevado e confirmando a instrução como fator de proteção contra TEPT.¹ Todas referiram história de violência física e psicológica (VFP). Uma referiu também VS na infância e no casamento. Duas referiram VP precedendo a VF e uma concomitante as duas. O tempo decorrido da agressão variou de três meses a um ano para este grupo e nenhuma trabalhava fora na época, mas duas estavam estudando. Apenas uma referiu uso abusivo de álcool pelo agressor.

Janete, 30 anos, dois filhos. Vítima de VFP e sexual pelo marido alcoolista, quando voltou a estudar. Refere vaga lembrança de ter sido molestada aos quatro anos. Aos seis foi entregue para ser criada pela irmã. O pai era alcoolista e a mãe prostituta. Foi mãe solteira aos 17 anos, e casou alguns meses após, por achar que ninguém ficaria com ela. Há alguns anos voltou a estudar e começaram as agressões verbais por ciúmes. Separou-se, mas ficou morando com o ex-marido durante sete meses, quando aconteceu a VF e sexual. Pediu ajuda ao filho e saiu de casa, indo morar próxima à mãe. Está em tratamento psiquiátrico. Lamenta o distanciamento entre ex-marido e filhos.

Carina, 33 anos, sem filhos, vítima de VFP, pelo vizinho com quem tinha envolvimento sexual. Conheceu-o quando veio morar na cidade para estudar; saíam juntos sem compromisso. Tentou terminar a relação, contra vontade dele, sendo agredida

fisicamente, ameaçada e sitiada dentro de casa. Parece independente, tendo morado em várias cidades, inclusive no exterior. Refere infância sem problemas, mas adolescência conturbada pela separação dos pais. Depois da agressão foi para a casa da mãe, mas escondeu o acontecido. Procurou a polícia quando retornou para Florianópolis, dez dias depois. Está processando o agressor na justiça, voltou a estudar e mudou-se de casa por segurança.

Clara, 27 anos, sem filhos, vítima de VFP pelo marido. Casou apaixonada, contra vontade da família e trocou a religião pela do ex-marido. Durante o casamento foi proibida de visitar a família de origem e tinha que entregar seu dinheiro do trabalho ao marido que a humilhava. Terminou a faculdade, mas foi proibida de seguir estudando. Na separação, teve ajuda da mãe e principalmente de tios que a trouxeram para Florianópolis. Depois disso, conseguiu fazer denúncia à polícia. Relata infância boa, mas lembra do pai, alcoolista, agredir fisicamente a mãe por ciúmes. Atualmente mora com os tios, voltou estudar e está trabalhando.

3.3 As Categorias

As categorias, definidas de acordo com temas abordados a partir das entrevistas semi estruturadas, foram: natureza da agressão; sentimentos despertados pelo crime; ajuda recebida; fatos marcantes da infância; alcoolismo ou uso de outras drogas; vida antes do crime e conseqüências do crime.

3.3.1 Categoria 1 – Natureza da agressão

Vários estudos relacionando violência com TEPT mostram risco mais alto para o desenvolvimento do Transtorno em vítimas de VD.^{16,17,18,19,20}

A categoria “Natureza da Agressão” corresponde à ênfase dada pelas entrevistadas ao tipo de evento que motivou sua vinda ao CEVIC. Todas as sete entrevistadas, contaram histórias que envolveram episódios de VFP. Nas do Grupo “A” os dois tipos de violência apareceram juntos. No Grupo “B” isto aconteceu com apenas uma; nas outras duas a VP

precedeu a física. VP tem sido apontada como condição deflagradora de VF, entretanto pouco percebida pelos profissionais e vítimas pelo caráter silencioso.²¹ É possível que isto tenha ocorrido com as cinco que só identificaram a VP junto com a física, ou sexual. Aquelas duas que identificaram a VP precedendo a física, talvez tenham conseguido preparar-se para a possibilidade da agressão (fator de proteção contra TEPT)¹, buscando interna e externamente maneiras de enfrentar o problema sem desenvolver TEPT. A passagem da VP para VF, deflagrada por fantasias de ciúmes do agressor, é observada no discurso de Janete, que foi, ao longo de meses, preparando-se para abandonar o marido violento. *“Ele nunca me bateu durante nosso casamento.... depois desses sete meses (de separação morando na mesma casa) começou a me bater todo dia.... na época eu tava bem forte, bem decidida.... eu aluguei uma casa e fui morar perto da minha mãe.”*

Violência sexual e física são consideradas as principais causas de TEPT em mulheres adultas.^{1,8,22} A VS, não tanto pela frequência, inferior à física e à psicológica,²³ mas pela prevalência do TEPT neste grupo (60% a 80% em estupro).²⁴ Isto torna-se particularmente importante quando acontece na infância, gerando fator de risco adicional para o TEPT.^{16,22,25,26,27,28}

Três das quatro do Grupo “A” e uma do Grupo “B”, também descreveram episódios de VS. O dado está de acordo com a literatura, que coloca a VS como fator de risco para o TEPT.^{1,9,22,24}

O relato de Tatiana ilustra o impacto da situação de VF e VS na vida de uma mulher, na época do crime com 14 anos: *“Meu padrasto me molestava direto. Esperava minha mãe sair e me batia....muito, com fios de luz dobrados...eu era novinha....sabe o que é uma pessoa pegar no teu peito assim com força que doía?...tentava tirar minha roupa... Sabe o que é viver dois anos da tua vida sendo molestada, violentada?...apanhar com aqueles cabos de aço....eu tô marcada prô resto da vida, até eu morrer e essa marca ninguém vai tirar”.*

Tatiana foi vítima de VF, VP e VS, durante a passagem da infância para adolescência, tornando-se duplamente vulnerável para o TEPT. Na época, foi levada para atendimento psiquiátrico, persistindo até hoje. Na fala seguinte, aparece a dificuldade de Tatiana em relatar o acontecido aos médicos. Chegou a ser diagnosticada como psicótica e só conseguiu falar sobre o abuso quando o médico aventou a possibilidade de TEPT: *“Não é psicose. Já fui noutra psiquiatra e ele disse que é crise pós traumática, devido a uma violência que eu tive. Aí eu contei qual foi a violência... o meu padrasto me molestava direto.”*

3.3.2 Categoria 2 – Sentimentos despertados

Foram agrupadas respostas referentes a sentimentos que a vivência da agressão despertou nas vítimas, no momento do acontecimento. Buscou-se explorar a forma como as pessoas lidam, internamente, com uma situação traumática desta ordem e possíveis diferenças. No Grupo “A” encontrou-se: tristeza, depressão profunda, “sentir-se lixo”, “desejo de vingança”, decepção, “gostar dele”, medo, vergonha, pena, humilhação, raiva e impotência. No Grupo “B”: “falta de força”, “falta de chão”, impotência, vergonha, depressão, humilhação, medo, amor, ódio, raiva, susto, “sentir-se frágil e forte ao mesmo tempo”.

Solidão, tristeza crônica, desamparo, irritação e descrença são frequentes em vítimas de violência conjugal,²⁹ além de fragilização, insegurança, medo e humilhação.^{21,30} Em todos os sujeitos predominaram sentimentos compatíveis com o impacto negativo e a fragilização decorrentes da violência. Não foram observadas diferenças importantes entre os dois Grupos.

Apenas uma entrevistada referiu algum sentimento de reação contra o agressor: “desejo de vingar-se”. As outras referiram fragilização e passividade, comuns em VD.^{21,30} Isto pode ser entendido, segundo expectativas sociais referentes às desigualdades de gênero, pois tanto fragilidade, subordinação e passividade estão historicamente relacionados ao papel feminino, na família.^{31,32,33}

Duas das entrevistadas referiram raiva, ou ódio do parceiro, (Sônia - Grupo A e Clara - Grupo B). Foram as mesmas que referiram sentimentos “gostar de” e amor pelo agressor, respectivamente, mostrando ambivalência e dificuldade em lidar com sentimento de raiva/ódio isoladamente.

Ambivalência é definida no Vocabulário de Psicanálise como presença simultânea de sentimentos opostos, como amor e ódio, em relação à mesma pessoa. Resulta de conflito defensivo envolvendo motivações incompatíveis, mas simultaneamente presentes e indissolúveis.³⁴ Segundo Laplanche, existência de conflito defensivo ligado à ambivalência remete ao conflito edipiano, na sua dimensão de oposição entre amor e ódio dirigidos originalmente ao pai. O sintoma neurótico seria uma tentativa de dar solução ao conflito pela repetição de situações infantis.³⁵ Sônia e Clara referiram, na infância, VF do pai contra a mãe. Isto poderia ter dificultado a identificação da agressão como crime, retardando sua saída de uma situação que lhes parecia familiar.

No trecho de Sônia, vemos ambivalência afetiva, fragilidade e passividade diante da agressão: *“Eu fiquei com tanta raiva, me senti humilhada, mas não fiz nada, não tinha coragem... fiquei com pena dele ...depois ele me pediu desculpas novamente, disse que me amava... eu gostava muito dele, muito mesmo!”*

Isto permite ao agressor domínio físico, psicológico e social (por diferenças ligadas ao gênero, sua construção social e elementos biológicos), deixando a mulher em tripla desvantagem frente às agressões do parceiro.

3.3.3 Categoria 3 - Ajuda Recebida

Refere-se à ajuda recebida, de familiares ou social. Todas entrevistadas disseram conseguir pedir ajuda a alguém, antes de chegar ao CEVIC. Entretanto, as respostas mostraram diferenças.

Nenhuma do Grupo “A” contou plenamente com ajuda da família. Duas referiram problemas e duas não chegaram a contar à família. No caso de Tatiana, a mãe socorreu-a, levando-a para DM e IML, mas responsabilizou-a e culpou-a pelo acontecido, mandando-a embora de casa. Conceição teve ajuda da filha adolescente, mas não conseguiu contar aos pais nem irmãos sobre a agressão, alegando que eles já tinham seus problemas. Mariana procurou a irmã, após a VF, que a desestimulou a ir à polícia. Depois de alguns meses foi recebida pelos pais em casa, mas um irmão aliou-se ao ex-marido para tirar-lhe a guarda da filha. Sônia preferiu não contar o episódio à família, argumentando que moravam longe.

Desamparo, confusão e decepção decorrentes da dupla mensagem passada pela família pode ser observada no discurso de Tatiana: *“eu ali no desespero, minha mãe avançou nele...minhas tias chamaram a polícia, me levaram prô sexto DP... hospital, IML...lá ela disse assim: tu gostava, né?...me deu dois tapas no lado da cara...eu entrei no IML chorando, aquela tristeza...daí meu padrasto mandou minha mãe escolher, eu ou ele. Aí, eu não gosto de tocar nesses assuntos, é muito difícil prá mim... minha mãe ficou com ele.”*

Das três do Grupo “B”, duas puderam recorrer à família, voltando à casa dos pais após o episódio de VF. A outra não conseguiu recorrer à família de origem, mas foi inicialmente ajudada pelo filho adolescente e depois de sair de casa, foi morar próxima a mãe.

Apoio inadequado familiar, ou social, são considerados fatores de risco para o TEPT.¹¹ Um estudo de São Paulo, sobre TEPT em vítimas de acidente e violência, encontrou relação entre falta de suporte familiar e maior gravidade.³⁶ No presente estudo, nenhuma do Grupo “A” contou, plenamente, com suporte familiar. As duas que foram recebidas pela família logo após o crime são do grupo “B”.

Sobre ajuda institucional, duas do Grupo “A” relataram falta de ajuda da polícia; uma referiu maus-tratos. No grupo “B”, nenhuma referiu problemas com ajuda institucional. Abaixo cito fala de Sônia que não se sentiu ajudada pela polícia: *“ele me disse assim: se você*

quiser a gente prende ele, mas vai acabar com a vida dele, ele nunca mais vai conseguir emprego, vai ficar fichado.... aí, eu fiquei até com pena dele... pedi que só tirassem ele dali”.

Quando precisou chamá-los novamente sentiu-se maltratada: *“eles foram lá em casa...o policial falou: olha moça, ele já bateu em você, né? Eu falei sim, eu tou com o laudo aqui.... Então porque você voltou prá ele? Eu falei: eu fiquei com pena dele. Então quer saber, a senhora tem que se foder...”*

3.3.4 Categoria 4 - Fatos Marcantes da Infância

Contempla referências a situações traumáticas na infância e adolescência. Todas as sete pesquisadas relataram traumas antes da idade adulta. Cinco relataram situações de separação, três de negligência, quatro de VS, quatro de alcoolismo do pai, três de VF, duas de VF entre os pais e uma de doença. O dado faz pensar numa possível relação entre vivências traumáticas na infância e revitimização na idade adulta, independentemente do diagnóstico de TEPT.

Situações traumáticas, segundo a psicanálise, podem provocar efeitos patogênicos duradouros na organização psíquica, podendo permanecer na mente de forma inconsciente.³⁴ É possível que estes efeitos tomem proporções ainda maiores na infância, com o ser em desenvolvimento, podendo contribuir com a construção de um indivíduo desvalorizado. Este fato, associado à condição de passividade e fragilidade conectados culturalmente à condição feminina,^{23,31,32} pode ter permitido às vítimas tornarem-se alvos fáceis para VD adulta e conseqüente revitimização.

A fala de Janete exemplifica a situação: *“eu vejo as conseqüências na minha auto-estima...eu tenho muitas coisas da infância: com quatro anos sofri um abuso sexual....com cinco vim prá cá, morar com minha irmã mais velha...eu me ajoelhava na casa dela e pedia prá Deus trazer minha mãe de volta..... Eu não tinha pulso firme de dizer: não quero, nem de chorar...”*

No Grupo “A”, apenas uma foi criada por ambos os pais durante toda a infância/adolescência. No grupo “B” todas as três referiram situações de separação dos pais antes da idade adulta. Das três que relataram situações de negligência, com abandono pelos pais, duas são do Grupo “A” e uma do Grupo “B”. Das quatro que relataram abuso sexual uma pertence ao Grupo “B” e as outras três ao Grupo “A”. Todas as três que referiram VF na infância pertencem ao Grupo “A”.

Muitos artigos relacionam risco aumentado para desenvolvimento de TEPT com situações traumáticas da infância ou adolescência.^{16,20,22,23,25,27,37,38} Abuso sexual, agressão física e negligência são as mais frequentemente relacionadas com o Transtorno. Um trabalho de 2005, com adolescentes no México, encontrou prevalência de 1,8% de TEPT; entretanto, naqueles que relataram história de abuso sexual, passou para 9,7%.³⁷ Os dados encontrados na literatura parecem estar de acordo com os da presente pesquisa no que concerne à situações traumáticas na infância.

3.3.5 Categoria 5 – Alcoolismo ou Uso de Outras Drogas

Nesta categoria estão respostas referentes ao uso abusivo de álcool ou outras drogas pelos agressores atuais, passados, ou vítima.

Associação entre álcool e agressividade é amplamente relatada pela literatura. Vários trabalhos apontam álcool e outras drogas como importantes desencadeantes de VD.^{30,31,39,40} História de uso abusivo de álcool por familiares próximos também é considerado fator de risco para o TEPT em adultos ou adolescentes.^{40,41,42} Waldrop, em 2007, relacionou ideação suicida, gênero feminino, problemas familiares com álcool e drogas, violência e TEPT.⁴¹

Nenhuma das entrevistadas relatou uso abusivo de álcool ou outras drogas. Três referiram problemas com álcool no parceiro agressor, duas do Grupo “A” e outra do Grupo “B”. Das quatro que relataram pai alcoolista, apenas uma também referiu alcoolismo no agressor (Grupo “B”). Sônia (Grupo “A”), relacionou o alcoolismo do pai e história de

agressão sofrida pela mãe, com sua própria, mas não referiu alcoolismo no companheiro: *“meu pai bebia, chegava em casa e acontecia a mesma coisa... ele batia na minha mãe. Quando eu tinha 16 anos ele saiu de casa prá morar com uma amiga que tinha a mesma idade que eu”*

Apesar da estreita associação entre álcool, violência e TEPT o presente trabalho não encontrou forte relação entre TEPT uso de álcool pelo agressor, ou familiares próximos das vítimas. Heise (1994), aponta o álcool como exacerbador, mas não causador da violência.⁴³

3.3.6 Categoria 6 – Vida Antes do Crime

Engloba falas da vida das entrevistadas, antes dos acontecimentos que motivaram sua vinda ao CEVIC, objetivando compará-las com a categoria seguinte, sobre conseqüências do crime.

As quatro do Grupo “A” referiam problemas com sua vida pessoal antes da violência e tentativa de resolvê-los através do casamento. As falas seguintes exemplificam: *“eu preferi me entregar a um desconhecido, perder minha virgindade com alguém que não conhecia, do que perder com meu padrasto”* (Tatiana). *“Ele me ajudou muito quando eu tava grávida, quando a L era pequena. Ele fez o papel de pai, que o pai dela nunca fez. Achei que ia ser bom a gente ficar junto”* (Sônia). *“Aí eu me casei, com 15 anos, porque eu não tinha pai, não tinha mãe ...”* (Conceição).

Tentativa de resolver problemas colocando-se em outro, presente naquelas que desenvolveram TEPT, faz pensar na relação do Transtorno com história anterior de outros traumas, múltiplos, descrita na literatura.^{23,37} Também remete, sob outro paradigma, ao conceito de Compulsão à Repetição, descrito por Freud (1914), onde o indivíduo coloca-se inconscientemente em situações penosas, repetindo situações antigas, com idéia de estar fazendo algo novo.³⁴ Talvez a suposta tentativa de resolver um problema com o casamento,

que acabou em agressão, tenha sido motivado em parte por este mecanismo. No grupo “B”, apenas uma disse tentar resolver problemas anteriores com o casamento.

Três das sete entrevistadas trabalhavam fora de casa na época da agressão, todas do Grupo “A”. Uma delas, Mariana, relacionou a violência com ciúmes, pelo fato. No Grupo “B”, nenhuma estava trabalhando fora, mas duas estavam estudando. Janete, deste grupo, também relacionou a violência com ciúmes: *“eu resolvi voltar a estudar e ele ficou ciumento...eu tinha que mudar minha fisionomia quando chegava, não podia mascar chiclete. Se eu chegava sorrindo era porque tinha um amante, se chegava triste era porque tinha brigado com o amante...em casa eu me sentia assim, não podia me expressar”*.

Pode-se observar aí o surgimento da violência a partir de fantasias de ciúme, constituídas pelos agressores alcoolistas. Janete nega existência de violência antes deste período e Mariana refere ciúme como motivador da acusação de infidelidade, que a fez perder a guarda da filha.

Ciúme e álcool são relacionados como principais fatores associados à VD.^{30,39} Deeke, num estudo de 2007 sobre mulheres agredidas e seus parceiros, encontrou ciúme como coadjuvante e influenciador do circuito violento.³⁹ O presente estudo não encontrou, entretanto, relação entre comportamento ciumento do companheiro e surgimento de TEPT.

3.3.7 Categoria 7 – Conseqüências do Crime e Situação Atual

Crimes sexuais e VD podem gerar prejuízos com absenteísmo no trabalho, efeitos na auto-imagem e auto-estima, ansiedade, depressão e tentativas de suicídio.^{21,30,31} Suas conseqüências para saúde são compatíveis com certos tipos de câncer e cardiopatias.^{30,31} Um estudo com mulheres agredidas no Ceará, encontrou 78% com ansiedade e insônia; 72% com depressão e 65% com sintomas somáticos.³⁰

Sobre conseqüências do crime, observou-se que três das quatro do Grupo “A”, buscaram tratamento psiquiátrico após o trauma (uma já realizava antes). No grupo B,

nenhuma procurou tratamento psiquiátrico após a agressão, mas uma já fazia antes. Este dado é indicativo de gravidade e ajuda a confirmar a validade do instrumento diagnóstico utilizado nesta pesquisa.

Todas entrevistadas referiram importantes conseqüências negativas para sua vida. Tatiana exemplifica as conseqüências do trauma físico e sexual, 14 anos após: *“ninguém entende a tristeza que eu tenho dentro de mim. Minha vida não é mais como era... eu não tenho alegria... Eu tô marcada prô resto da vida, até morrer....e essa marca ninguém nunca vai tirar.”*

TEPT como conseqüência importante de VD é apontado por vários trabalhos na literatura.^{17,18,19,20,40,44} Sua prevalência varia bastante. Um estudo na África do Sul encontrou 48,2% de depressão e 35,3% de TEPT, em vítimas de VD,¹⁷ outro da Espanha encontrou 67,54% de TEPT em mulheres agredidas.⁴⁴

As três do Grupo “B” referiram não ter mais contato com o agressor. Isto não aconteceu com nenhuma do Grupo “A” - Conceição estava sendo ameaçada pelo ex-marido; Mariana disse que ele queria voltar para ela; Tatiana encontra o padrasto perto da casa da mãe e Sônia, aceitou conversar com o companheiro. É possível que o contato/proximidade entre vítima e agressor atue como cronificador do evento, permitindo novos episódios de agressão. Tanto existência de múltiplos traumas como cronicidade destes são considerados fatores de risco para o TEPT.^{23,37,45}

Sobre atividade profissional, no Grupo “A” uma conseguiu manter-se trabalhando e outra estava tentando um novo emprego após o crime. No Grupo “B”, duas retornaram a suas atividades anteriores e uma não conseguiu. O discurso de Conceição mostra a dificuldade em retomar atividades depois da agressão. *“o médico me deu alta prá trabalhar, eu voltei, mas o patrão me mandou embora, porque sabe que ele anda rodeandoeu tô sem ganho nenhum,*

eu preciso trabalhar, mas não posso, porque eu tenho medo de encontrar este homem no caminho”.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados deste estudo, pode-se levantar algumas considerações e hipóteses objetivando alertar profissionais da área.

A condição de vítima de VD nesta pesquisa relacionou-se com conseqüências negativas e desestruturantes na vida de todas as entrevistadas, independentemente de desenvolverem TEPT. Aquelas com maior nível de escolaridade provavelmente encontraram maneiras mais saudáveis de lidar com o problema, não desenvolvendo TEPT; fato esperado, já que instrução é fator de proteção contra o TEPT.

Ser recebido por um dos pais depois da agressão também parece ter ajudado a prevenir o TEPT neste estudo, mais do que ajuda da polícia, reafirmando apoio familiar como fator de proteção.

Ser vítima de VS na vida adulta ou infância, esteve aqui relacionada ao TEPT. Isto se torna particularmente importante em Florianópolis, cidade com muitos registros de crimes de atentado violento ao pudor. Este fato aponta a necessidade de se buscar medidas adicionais contra a VS, particularmente nesta região.

Todas relataram traumas infantis, indicando possível tendência a revitimização e alertando para a frequência destes episódios na infância e possíveis conseqüências no adulto.

Observou-se tendência do grupo com TEPT a procurar tratamento psiquiátrico após a agressão, o que serve de alerta aos profissionais da saúde. Percebeu-se, também, que todas deste Grupo mantinham, até a entrevista, contato com o agressor, que pode ter funcionado como cronificador da violência.

Este estudo alerta para: o TEPT como possível consequência de VD; valorizar a instrução como proteção contra o TEPT; necessidade de medidas contra VS na Grande Florianópolis; importância de reforçar a rede de apoio social/familiar como proteção contra consequências de VD; importância de se buscar medidas contra maus-tratos na infância, prevenindo consequências na vida adulta.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sadock BJ, Sadock VA. Transtorno de estresse pós-traumático. In: Compêndio de psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2007, p. 665 – 673.
2. World Health Organization. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed; 1993.
3. Chaui M. Convite à filosofia. São Paulo: Editora Ática; 2000.
4. Minayo MC. A Violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cadernos de Saúde Pública 1994; 10: 07-18.
5. Krug E, Dahlber LL, Mercy JA. World report on violence and health. Genebra: World Health Organization; 2002.
6. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Mapa comparativo das taxas de registros por 100 mil hab. Crimes violentos não letais contra pessoa nos estados. <http://www.mj.gov.br> (acessado em 21/05/2008).
7. Stein AT, Carli E, Casanova F. Transtorno de estresse pós-traumático em uma unidade de saúde de atenção primária. Rev Psiq RS 2004; 26:158-166.
8. Gaurej G, Diefenthaler EC, Ceitlin LH. Transtorno de estresse pós-traumático. In: Cataldo Neto A, organizador. Psiquiatria para estudantes de medicina. Porto Alegre: Edipucrs; 2003. p 438-444.
9. Gillette G, Fielstain EM. Transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de estresse agudo. In: Michael HE, organizador. Psiquiatria diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 2002. p 338-344.
10. Villafañe A. La evaluación del transtorno por estrés postraumático: aproximación a las propiedades psicométricas de la escala de trauma Davidson. Evaluar 2003; 3:80-93.
11. Ministério da Saúde. Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência. Rev. Saúde Pública 2000; 34:427-430.

12. Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado Segurança Pública Defesa do Cidadão. Centro de Atendimento a Vítima do Crime – CEVIC. Relatório de Atividades; 2006.
13. Bardin L. A análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.
14. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Editora Atlas; 2007.
15. Lei n.º 11340. Cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra mulher. Diário Oficial da União; 8 ago 2006.
16. Avdibegovic E, Sinanovic O. Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 2006; 47:730-41.
17. Marais A, de Villiers PJ, Möller AT. Domestic violence in patients visiting general practitioners-prevalence, phenomenology, and association with psychopathology. *S Afr Med* 1999; 89:635-40.
18. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Experiences of seeking help from health professionals in a sample of a women who experienced domestic violence. *Health Soc Care Community* 2003; 11:10-8.
19. Johnson LE, Benight CC. Effects of trauma-focused research on recent domestic violence survivors. *J Trauma Stress* 2003; 16(6):567-71.
20. Gerlock AA. Domestic violence and PTSD severity for participants of a domestic violence rehabilitation program. *Mil Med* 2004; 169:470-4.
21. Silva LL, Coelho EBS, Caponi SNC, Violência silenciosa: Violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2007; 11:93-103.
22. Noll JG, Horowitz LA, Bonanno GA. Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse results from a prospective study. *J Interpers Violence* 2003; 18:1452-71.
23. Scott ST. Multiple traumatic experiences and development of posttraumatic stress disorder 2007; 22:932-8.
24. Solomon SD, Davidson JRT. Trauma: prevalence impairment, service use, and cost. *J Clin Psychiatry* 1997; 58:5-11.
25. Born L, Phillips SD, Steiner M. Trauma & reproductive lifecycle in women. *Rev Bras Psiquiatria* 2005; 2:565-72.
26. Renck B. Psychological stress reactions of women in Sweden who have been assaulted: acute response and four-month follow-up. *Nurs Outlook* 2006; 54:312-9.

27. Oliveira RG. História de abuso e negligência na infância em modelo de predição para transtorno de estresse pós-traumático e distúrbios psiquiátricos menores no adulto [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do RS; 2004.
28. Griffing S, Lewis CS, Chu M. Exposure to interpersonal violence as predictor of PTSD symptomatology in domestic violence survivors. *J Interpers Violence* 2006; 21:936-54.
29. Cabral MAP, Brancalhone PC. Representações da violência conjugal de 117 mulheres de Campinas. *J Bras Psiquiatria* 2000; 49:277-85.
30. Adeodato V, Carvalho RR, Siqueira VR. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:108-13.
31. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad. Saúde Pública* 1994; 10:146-55.
32. Mota JC, Vasconcelos AGG, Assis SG. Análise da correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12:799-809.
33. Walter Ferreira de Oliveira. Pesquisa fenomenológica em salud. Trabalho apresentado no III Congresso Ibero Americano de Investigação cualitativa, Porto Rico 2008.
34. Laplanche J, Pontalis J. Vocabulário de psicanálise. São Paulo: Martins Fontes Editora; 1988.
35. Freud S. Inibições sintoma e ansiedade. In: Edição standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.
36. Miréia CR. Características do transtorno de estresse pós-traumático em dez vítimas de acidente e violência em São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
37. Orozco R, Borges G, Benjet C. Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents. *Salud Pública México* 2008; 50:529-36.
38. Campbell R, Greeson MR, Bybee D. The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, sexual harassment: meditational model of posttraumatic health outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76:194-207.
39. Deeke LP. A dinâmica da violência a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
40. Jong JT, Komproe IH, Ommeren M. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA* 2001; 286:584-8.
41. Waldrop AE, hanson RF, Resnick HS. Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents. *J Trauma Stress* 2007; 20:869-79.

42. Thompson SJ, Maccio EM, Desselle SK. Predictors of posttraumatic stress symptoms among runaway youth utilizing two service sectors. *J Trauma Stress* 2007; 20:553-63.
43. Heise, L 1994. Violence against women: hidden health burden. Relatório Preparado para o Banco Mundial. Washington, DC: World Bank; 1994.
44. Calvete E, Estevez A, Corral S. Posttraumatic stress disorder and its relationship with negative cognitive schemas in battered women. *Psicothema* 2007; 19:446-51.
45. Kaysen D, Resick PA, Wise D. Living in danger the impact of chronic traumatization and the traumatic context on PTSD. *Trauma Violence Abuse* 2003; 4:247-64.

ANEXOS

ANEXO 1**ESCALA DAVIDON DE TRAUMA****PRIMEIRA APLICAÇÃO**

(Data: ___/___/___)

Nome: _____

Pesquisador: _____

Nº do protocolo _____

Cada uma das questões abaixo se refere a um sintoma específico. Para cada questão considere com que frequência e com que gravidade, o sintoma o perturbou <u>na última semana</u> . Nos dois quadrados ao lado de cada questão escreva um número de 0 a 4 para indicar a frequência e a gravidade do sintoma.	FREQUÊNCIA	GRAVIDADE
	0 = nenhuma vez	0 = não perturbou
	1 = uma vez	1 = perturbação mínima
	2 = 2 a 3 vezes	2 = perturbação moderada
	3 = 4 a 6 vezes	3 = perturbou muito
4 = Diariamente	4 = perturbou extremamente	

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Você teve imagens, memórias ou pensamentos dolorosos sobre o evento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Você teve sonhos perturbadores sobre o evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Você sentiu como se o evento estivesse ocorrendo de novo? Como se você o estivesse revivendo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Você se incomodou com alguma coisa que lhe lembrou o evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Você experimenta sintomas físicos quando algo lhe lembra o evento? (Isto inclui suadouro, tremores, palpitações, o coração disparar, falta de ar, náusea ou diarreia). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 6. Você tem evitado qualquer pensamento ou sentimento sobre o evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Você tem evitado fazer coisas ou entrar em situações que lhe lembrem o evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Você tem se sentido incapaz de lembrar partes importantes do evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Você vem tendo dificuldades para se sentir satisfeito com as coisas da sua vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Você tem se sentido distante ou desligado das pessoas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Você tem se achado incapaz de se sentir triste ou amoroso com as pessoas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Você vem tendo dificuldade em pensar no seu futuro e em planejar objetivos para a sua vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 13. Você vem tendo dificuldades para pegar no sono ou para continuar dormindo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Você tem estado mais irritado ou com crises de raiva? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Você vem tendo dificuldade para se concentrar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Você tem se sentido como se estivesse "no limite" ou facilmente distraído ou com a sensação de ter que ficar em guarda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Você tem se sentido sobressaltado ou se assustando com facilidade? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fecha Critério DSM IV: SíM(1), Não (2)

OBS: TEPT DSM IV: 1 de 5 (B), 3 de 7 (C) e 2 de 5 (D)

ANEXO 2**QUESTIONÁRIO****1 IDENTIFICAÇÃO**

1.1 Nome: _____ n° _____

1.2 Tempo do crime: _____ 1.3 TEPT: S () N ()

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

2.1 Sexo: M () F () 2.2 Idade: _____ anos

2.3 Cor da pele: branca () parda () negra () amarela ()

2.4 Nível educacional: fundamental incompleto () fundamental completo ()

médio incompleto () médio completo () superior incompleto () superior completo ()

pós-graduação incompleta () pós-graduação completa ()

2.5 Estado civil: Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () Vive c/comp. ()

2.6 Situação profis: empregado () desempregado () aposentado () tempor.afastado ()
outro _____

2.7 Profissão: _____

2.8 Renda média familiar em salários mínimos: _____

2.9 Fé Religiosa: S () N () Qual: _____

3. O CRIME

3.1 Tipo: _____

3.2 Denúncia formal: S () N () Se não por que? medo () vergonha () outros ()

3.3 Criminoso: conhecido () desconhecido () se sim grau relac. _____

3.4 Contou c/rede de apoio (polícia, posto saúde, ag. comunit., vizinhos, amigos)

S () N () qual: _____

3.5 Mau-trato c/a rede de apoio S () N () de quem: _____

3.6 Suporte familiar: S () N () de quem: _____

4. HISTÓRIA PASSADA

4.1 História de doença psiquiátrica: S () N () internação psiquiátrica: S () N ()

4.2 História de crimes sofridos: S () N () quantos: ()

Tipo: _____

4.3 Abuso sexual: S () N () com quantos anos: _____

4.4 Doença psiquiátrica na família: (incluir álcool) S () N ()

Quem: _____

ANEXO 3

Roteiro para entrevista semi-estruturada: vítimas de crime atendidas no CEVIC

1. Nome:

2. História pessoal:

2.1 Traumas anteriores: S () N () Quantos: _____

a) Como foi (quando, tipo, local, quem foi o agressor, abuso sexual, suporte pessoal, denúncia, por que acha que sofreu o trauma anterior, como lidou, como a família lidou).

2.2 Envolvimento c/álcool/drogas:

2.3 Fatos marcantes da infância:

2.4 Estrutura familiar na infância (pai, mãe, irmãos, separações, abandono, alcoolismo, maus tratos, situação econômica da família, transtornos psiquiátricos).

3. Situação atual:

3.1 Como era a vida antes do crime (trabalho, família, lazer, vida social, sexual)

3.2 O evento traumático (crime):

a) Como foi (quando, tipo, local, quem foi o agressor, abuso sexual, suporte pessoal, denúncia, porque acha que sofreu o crime, como lidou, como a família lidou)

3.3 Conseqüências do trauma para sua vida atual (trabalho, lazer, sexo, família, rotina, \$)

3.4 Rede de apoio: (com quem contou, como foi o apoio? fez denúncia? por que?, maus tratos na rede de apoio?)

3.5 Sentimentos despertados pelo crime:

3.6 Estrutura familiar atual:

4. Acha que o crime aconteceu por que?

5. Como sentiu-se com a entrevista?

6. Sentimentos despertados no entrevistador?

ANEXO 4

Cadernos de Saúde Pública – Instruções para os autores

Objetivo e política editorial

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, nutrição, parasitologia, ecologia e controle de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde, ciências sociais aplicadas à saúde, dentre outras.

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções: **(1) Revisão** – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras); **(2) Artigos** – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras); **(3) Notas** – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras); **(4) Resenhas** – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras); **(5) Cartas** – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP ou nota curta, relatando observações de campo ou laboratório (máximo de 1.200 palavras); **(6) Debate** – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras); **(7) Fórum** – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total).

O limite de palavras inclui texto e referências bibliográficas (folha de rosto, resumos e ilustrações serão considerados à parte).

Apresentação do texto

Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês. O original deve ser apresentado em espaço duplo e submetidos em 1 via, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com margens de 2,5cm. Deve ser enviado com uma página de rosto, onde constará título completo (no idioma original e em inglês) e título corrido, nome(s) do(s) autor(es) e da(s) respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo apenas do autor responsável pela correspondência. Todos os artigos deverão ser encaminhados acompanhados de disquete ou CD contendo o arquivo do trabalho e indicação quanto ao programa e à versão

utilizada (somente programas compatíveis com Windows). Notas de rodapé não serão aceitas. É imprescindível o envio de carta informando se o artigo está sendo encaminhado pela primeira vez ou sendo reapresentado à nossa secretaria.

No envio da segunda versão do artigo deverá ser encaminhada uma cópia impressa do mesmo, acompanhadas de disquete.

Colaboradores

Deverão ser especificadas, ao final do texto, quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Ilustrações

As figuras deverão ser enviadas em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. Os custos adicionais para publicação de figuras em cores serão de total responsabilidade dos autores.

É necessário o envio dos gráficos, separadamente, em arquivos no formato WMF (Windows Metafile) e no formato do programa em que foram gerados (SPSS, Excel, Harvard Graphics etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis. Também é necessário o envio de mapas no formato WMF, observando que os custos daqueles em cores serão de responsabilidade dos autores. Os mapas que não forem gerados em meio eletrônico devem ser encaminhados em papel branco (não utilizar papel vegetal). As fotografias serão impressas em preto-e-branco e os originais poderão ser igualmente em preto-e-branco ou coloridos, devendo ser enviados em papel fotográfico no formato 12x18cm.

O número de tabelas e/ou figuras deverá ser mantido ao mínimo (máximo de cinco tabelas e/ou figuras). Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse este limite.

Resumos

Com exceção das contribuições enviadas às seções *Resenha* ou *Cartas*, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português

ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. Os resumos não deverão exceder o limite de 180 palavras e deverão ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave.

Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo). Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

Referências

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

EXEMPLOS

Artigos de periódicos

• Artigo padrão

Até 6 autores:

Barbosa FS, Pinto R, Souza OA. Control of schistosomiasis mansoni in a small north east Brazilian community. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1971; 65:206-13.

Mais de 6 autores:

DeJong RJ, Morgan JA, Paraense WL, Pointier JP, Amarista M, Ayeh-Kumi PF, et al. Evolutionary relationships and biogeography of *Biomphalaria* (Gastropoda: Planorbidae) with implications regarding its role as host of the human bloodfluke, *Schistosoma mansoni*. *Mol Biol Evol* 2001; 18:2225-39.

• Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 116:41-2.

• Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [Editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

• Volume com suplemento

Deane LM. Simian malaria in Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1992; 87 Suppl 3:1-20.

• Fascículo com suplemento

Lebrão ML, Jorge MHPM, Laurenti R. Hospital morbidity by lesions and poisonings. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(4 Suppl):26-37.

• Parte de um volume

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann Clin Biochem* 1995; 32(Pt 3):303-6.

- Parte de um fascículo

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994; 107(986 Pt 1):377-8.

Livros e outras monografias

- Indivíduo como autor

Barata RB. Malária e seu controle. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.

- Editor ou organizador como autor

Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

- Instituição como autor e publicador

Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid programme. Washington DC: Institute of Medicine; 1992.

- Capítulo de livro

Coelho PMZ. Resistência e suscetibilidade à infecção por *Schistosoma mansoni* em caramujos do gênero *Biomphalaria*. In: Barbosa FS, organizador. Tópicos em malacologia médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 208-18.

- Eventos (anais de conferências)

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto; Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- Trabalho apresentado em evento

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92.

Proceedings of the 7th World Coangress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

• Dissertação e tese

Escobar AL. Malária no sudoeste da Amazônia: uma meta-análise [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.

Outros trabalhos publicados

• Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil 2004; 31 jan.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996; 21 jun.

• Documentos legais

Decreto no. 1.205. Aprova a estrutura regimental do Ministério do Meio Ambiente e da Amazônia Legal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1995; 2 ago.

Material eletrônico

• CD-ROM

La salud como derecho ciudadano [CD-ROM]. Memoria del VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.

• Internet

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 05/Fev/2004).

cadernos@ensp.fiocruz.br

© 2007 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.