

FERNANDO PESSOA DE ALBUQUERQUE

**Agravos à saúde mental dos homens envolvidos
em situações de violência**

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências**

**Programa de Medicina Preventiva
Orientadora: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber**

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11 de 1 de novembro de 2011.
A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**São Paulo
2012**

FERNANDO PESSOA DE ALBUQUERQUE

**Agravos à saúde mental dos homens envolvidos
em situações de violência**

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências
Versão Corrigida**

**Programa de Medicina Preventiva
Orientadora: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber**

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11 de 1 de novembro de 2011.
A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**São Paulo
2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Albuquerque, Fernando Pessoa de

Agravos à saúde mental dos homens envolvidos em situações de violência /
Fernando Pessoa de Albuquerque. -- São Paulo, 2012.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Lilia Blima Schraiber.

Descritores: 1.Homens 2.Saúde do homem 3.Saúde mental 4.Violência
5.Atenção primária

USP/FM/DBD-144/12

Dedico esse trabalho a dois homens: Meu pai, Milton, pela serenidade e dedicação, e meu avô, Zeca (in memoriam), pela garra.

AGRADECIMENTOS

À Professora Lilia Blima, pela oportunidade e pela confiança depositada diante do desafio de desenvolver este trabalho, e também por sua atenção e prontidão em responder e acolher minhas dúvidas e anseios.

Ao professor Wagner dos Santos Figueiredo, por me encaminhar aos estudos sobre Masculinidades e Saúde e por ter sido tão boa companhia no caminho que percorri no mundo acadêmico desde o aprimoramento. Obrigado por me apresentar bons rumos.

À Cláudia Barros, por me desafiar a aprender novos olhares e resolver questões de modo tão outro do que estava acostumado. Obrigado pela amizade, também fruto desse trabalho.

Aos professores Paulo Rossi Menezes e Romeu Gomes, pelas contribuições na banca de qualificação e por me inspirarem a produzir conhecimentos para a melhoria da atenção à saúde no Brasil.

À Lilian, pelas seguras orientações diante das questões burocráticas da pós-graduação e também pela companhia nos longos dias de trabalho na sala da pós-graduação.

Ao departamento de Medicina Preventiva da USP, que me acolheu desde o aprimoramento em Saúde Coletiva e me ofereceu espaço para a construção de uma carreira como pesquisador da área de Saúde Coletiva.

Ao CNPq, por subsidiar o desenvolvimento dessa pesquisa através da bolsa de estudos.

Aos amigos da pós-graduação, Camila, Inês, Simone, Janaína e Thiago, que duvidaram das certezas, acolheram as dúvidas e proporcionaram um 'fazer ciência' saboroso e humano.

A minha mãe (*in memoriam*), que me ensinou a olhar e cuidar do sofrimento do outro.

Ao meu pai, que me despertou a curiosidade da ciência e a indignação da política diante das injustiças do mundo.

À Flávia e Vó Rosinha, pela atenção, constância e disponibilidade.

À família que escolhi, Anderson, Aninha, Carnovali, Felipe, Nego, Simone e Thaís, cada um com sua existência me acompanham nessa jornada e dão sentido, poesia e movimento à minha vida. Obrigado também pela paciência e acolhimento nos momentos de dúvida, reflexões e dificuldades durante o desenvolvimento desse trabalho.

À minha namorada Kenia, que acabou de chegar, mas já faz tão parte.

Aos meus clientes, que abriram a porta e me permitiram ser testemunha de seu sofrimento e compartilharam as dores e prazeres em encontros que também me transformaram.

Aos colegas e amigos do Instituto Neo-Reichiano Cochicho das Águas que ensinaram a me emocionar com a dor do outro, fazendo dela demasiado humana, semente motivadora deste trabalho.

O grande homem é, pois, aquele que reconhece quando e em que é pequeno. O homem pequeno é aquele que não reconhece a sua pequenez e teme reconhecê-la.

Wilhelm Reich

SUMÁRIO

Lista de Tabelas

Lista de Figuras

Resumo

Abstract

1	INTRODUÇÃO: saúde mental e violência na população masculina	1
1.1	Homens e sofrimento mental	1
1.2	Violência: formas e prevalências	7
1.3	Vivência de situações de violência e agravos à saúde mental	13
1.4	Gênero, masculinidades e violência.....	15
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo geral.....	20
2.2	Objetivos específicos	20
3	MATERIAL E MÉTODOS	21
3.1	A pesquisa maior com homens usuários de serviços sobre violências.....	21
3.2	O estudo de associação entre sofrimento mental e violência sofrida.....	24
4	RESULTADOS: estudo de associação entre sofrimento mental e violência sofrida.....	28
4.1	Análise Descritiva	28
4.2	Registros de Queixas/diagnósticos psicológicos.....	29
4.3	Uso do Serviço de Saúde Mental	30
4.4	Sufrimento Mental	30
4.5	Exposição à violência sofrida	31
4.6	Outras formas de violência	34
4.7	Estudo das associações.....	35
4.8	Violência por tipo.....	36
4.9	Análise multivariada por tipo de violência	39
4.10	Violência por idade	40

4.11	Análise multivariada de violência por idade.....	41
4.12	Violência sofrida e perpetrada	42
4.13	Análise Multivariada de violência sofrida e perpetrada.....	43
5	DISCUSSÃO	45
5.1	Homens e sofrimento mental	45
5.2	Relação entre sofrimento mental e violência	48
5.2.1	Sufrimento mental, tipos de violência e suas recorrências	48
5.2.2	Sufrimento mental e violência por período de vida.....	51
5.2.3	Sufrimento mental, violências sofridas e perpetradas.....	52
5.3	Limitações do estudo	53
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
6.1	Masculinidade, violência e saúde mental.....	55
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
8	ANEXOS	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos do estudo. São Paulo, 2003.....	29
Tabela 2 -	Frequências das variáveis relacionadas a queixas/diagnósticos psicológicos registradas por prontuário. São Paulo, 2003	30
Tabela 3 -	Frequências das variáveis relacionadas ao uso de atividades assistenciais de saúde mental nos serviços, a partir dos registros de prontuários. São Paulo, 2003	30
Tabela 4 -	Frequência das variáveis relacionadas à presença de sofrimento mental, a partir dos registros de prontuários. São Paulo, 2003	31
Tabela 5 -	Prevalência de violência sofrida. São Paulo, 2003	32
Tabela 6 -	Prevalência de violência sofrida por idade. São Paulo, 2003	32
Tabela 7 -	Prevalência de violências sofrida e/ou perpetrada. São Paulo, 2003.....	33
Tabela 8 -	Frequências das variáveis relacionadas a vivência de episódios de outras formas de violências associadas. São Paulo, 2003	34
Tabela 9 -	Frequência das variáveis relacionadas a sofrimento mental, registrados em prontuário, por variáveis sociodemográficas, violências associadas e uso de substâncias psicoativas. São Paulo, 2003	36
Tabela 10 -	Frequências das variáveis relacionadas a vivência de episódios de outras formas de violências associadas. São Paulo, 2003	38
Tabela 11 -	Modelo estatístico confirmatório de regressão Poisson com cálculo de variância robusta para sofrimento mental, São Paulo, 2003	39
Tabela 12 -	Frequências das variáveis relacionadas a sofrimento mental, registrados em prontuário, por violência por idade. São Paulo, 2003.....	41
Tabela 13 -	Modelo estatístico confirmatório de regressão de Poisson com cálculo de variância robusta para sofrimento mental com exposição à violência sofrida por idade, São Paulo, 2003	42
Tabela 14 -	Frequências das variáveis relacionadas a sofrimento mental, registrados em prontuário, por formas de violência. São Paulo, 2003.....	43
Tabela 15 -	Modelo estatístico confirmatório de regressão de Poisson com cálculo de variância robusta para sofrimento mental com exposição à sobreposição de formas de violência, São Paulo, 2003'	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Categorização dos tipos de violência	26
Figura 2.	Sobreposição de queixas/ diagnósticos psicológicos e uso do serviço de SM (n=140). São Paulo, 2003	31
Figura 3.	Sobreposição de violência sofrida e violência perpetrada contra parceira íntima e/ou contra outros após os 18 anos (n=413). São Paulo, 2003	33

RESUMO

Há poucos estudos sobre saúde mental masculina, em especial quando a temática é a violência. Os trabalhos sobre homens e violência sofrida destacam eventos fatais, oferecendo pouca visibilidade à violência não fatal. No presente estudo, analisou-se a associação entre esses dois eventos, cuja relação é pouco explorada. Metodologicamente, realizou-se um estudo transversal, com 477 usuários masculinos de serviços de atenção primária, de 18 a 60 anos. A seleção amostral foi do tipo consecutivo, por ordem de chegada em dois serviços de atenção primária na cidade de São Paulo. Foram coletadas características sócio-demográficas, de saúde e relatos de experiência de violência sofrida ao longo da vida (adulta, na adolescência e/ou na infância) e de violência testemunhada na infância. Também foram coletadas informações sobre uso do serviço de saúde mental e/ou queixas/diagnósticos psicológicos em consulta da clínica médica, por meio de leitura de prontuários médicos, para categorização da variável dependente “sofrimento mental”. As variáveis foram descritas por frequências e proporções, apresentando 29,4% (140) de homens com sofrimento mental. Dentre esses homens, 45,7% sofreram violência física e/ou sexual mais de uma vez na vida. Em relação à violência sofrida na infância e/ou adolescência, metade dos homens com sofrimento mental havia tido algum episódio de violência psicológica, física e/ou sexual antes dos 18 anos. E 61,4% dos homens haviam perpetrado algum tipo de violência além de sofrê-la durante a vida. Por meio de análise multivariada desenvolveram-se três modelos de Poisson com variância robusta do tipo confirmatório, ajustados pelas variáveis sócio-demográficas, testemunho de violência na infância e uso de substância psicoativa.

No modelo I, sofrimento mental foi significativamente associado apenas com sofrer violência física e/ou sexual recorrente. (RP:1,75; IC95%:1,13-2,72), já que a violência em episódio único perdeu a significância após a inclusão da variável de uso de substância psicoativa. No modelo II, o mesmo desfecho esteve associado a sofrer violência antes dos 18 anos, sendo que sofrer violência na infância e/ou adolescência aumenta o risco de sofrimento mental na vida adulta em 1,93 vezes (IC95% 1,25-3,00), e sofrer qualquer tipo de violência apenas na vida adulta não se mostrou associado a sofrimento mental. No modelo III, a exposição a sofrer e perpetrar violência foi associado a sofrimento mental, enquanto apenas sofrer ou apenas perpetrar não mostraram significância estatística. Em todos os modelos, o uso de substância psicoativa representou uma importante variável de ajuste.

Conclui-se que há importante relação entre sofrimento mental e sofrer violência, e a ocorrência desses episódios nos primeiros anos de vida podem provocar agravos à saúde mental na vida adulta, chegando a ter associação com 61,4% desses agravos.

Tal relação, já salientada nos estudos com mulheres, é relevante também para a saúde dos homens, chamando a atenção para a igual necessidade da identificação nos serviços de saúde de situações de violência experimentadas pela população masculina, bem como maior atenção aos agravos em saúde mental nessa população.

Descritores: Homens; Saúde do Homem; Saúde Mental; Violência; Atenção Primária.

ABSTRACT

There are few studies about men's mental health, particularly when the theme is violence. The studies on men and suffered violence highlight fatal events, providing poor visibility to non-fatal violence. In this study, it was analyzed the association between these two events, which relation is little explored. It was performed methodologically a cross sectional study, with 477 men using primary care services, aged from 18 to 60 years. The screening was consecutive, in order of arrival in two primary care services in the city of São Paulo. Social-demographic, health characteristics and reports of experience of violence suffered over lifetime (adult life, adolescence and/or childhood) and of violence witnessed during childhood were collected. It was also collected information on the usage of mental health service and/or psychological complaints/diagnoses during consultation at medical clinics by reading medical records, for categorization of the dependent variable "mental suffering". The variables were described per frequency and proportions, showing 29.4% (140) of men with mental suffering. Among these men, 45.7% have suffered physical and/or sexual violence more than once in life. Regarding the violence suffered during childhood and/or adolescence, half of the men showing mental suffering had suffered some episode of psychological, physical and/or sexual violence before the 18 years of age. And 61.4% of them had perpetrated some type of violence besides suffering it during lifetime. Using multivariate analysis, three confirmatory Poisson models with robust variance of were developed, adjusted by variables of social-demographic, witness of violence during childhood and usage of psychoactive substance.

In the Model I, mental suffering was significantly associated only to suffering recurrent physical and/or sexual violence. (PR:1.75;95%CI:1.13-2.72), since violence in only episode lost significance after inclusion of the variable of psychoactive substance usage. In the Model II, the same outcome had been associated to suffering violence before the 18 years of age, considering that suffering violence during childhood and/or adolescence increases the risk of mental suffering in adult life by 1.93 times, (95%CI:1.25-3.00), and suffering any type of violence only in the adult life was not observed to be associated to mental suffering. In the Model III, suffering and perpetrating violence was associated to mental suffering, while suffering only or perpetrating only did not show statistical significance. In all the models, psychoactive substance usage represented an important adjustment variable.

This study came to the conclusion that there is an important relation between mental suffering and suffering violence, and the occurrence of these episodes during the early years of life can cause adverse effects to mental health in adult life, being associated to up to 61,4% of these aggravations.

Such relation, already highlighted in studies with women, is also relevant for men's health, drawing attention to the similar need of identification in the health services for situations of violence experimented by the male population, as well as greater attention to the aggravations on mental health in such population.

Keywords: Men; Men's Health; Mental Health; Violence; Primary Care

APRESENTAÇÃO

A elaboração desta dissertação de mestrado sobre saúde mental masculina e violência é o produto de um longo processo de estudos e pesquisas sobre relações de gênero, violência e saúde, que teve início ainda na minha graduação em Psicologia na Universidade Estadual Paulista (UNESP), durante estágio realizado na Delegacia de Defesa da Mulher da cidade de Assis-SP. Nesse período, tive a oportunidade de trabalhar com atendimento psicossocial a homens autores de violência contra mulheres e de conhecer trabalhos científicos sobre homens, masculinidades e violência, despertando meu interesse por essa temática de pesquisa ainda tão nova. A partir da prática e dos estudos, observei evidências de que os homens são os principais agressores e também agredidos na maioria absoluta das vezes. Isso me fez reconhecer o determinante de gênero da violência.

O aprofundamento dessa área de conhecimento ocorreu por meio de uma monografia produzida durante a especialização/aprimoramento na área de Saúde Coletiva, dessa vez na Universidade de São Paulo (USP). A monografia intitulada “Eu quero ovo de codorna para comer: Os homens com dificuldades sexuais e as demandas por intervenções em um serviço de atenção primária” abordou as dificuldades sexuais masculinas e como suas queixas relacionadas ao tema eram ouvidas pelo serviço de atenção primária à saúde. O trabalho relacionava o cuidado de saúde e a construção da subjetividade em homens. Para tanto, focava na esfera da sexualidade.

Essa experiência possibilitou contato com o grupo de trabalho “Violência e Gênero nas Práticas de Saúde” do Departamento de Medicina Preventiva. A participação em reuniões, seminários, capacitações para pesquisadores desenvolvidos por esse grupo de trabalho acentuou meu interesse pelo estudo dos comportamentos e atos de violência, os quais se revelaram relacionados, cada vez mais, à subjetividade masculina.

A emergência da violência como um problema de saúde pública e a constatação de que a saúde dos homens estaria comprometida em decorrência desse fato foi preponderante para o desenvolvimento do presente estudo, o qual me possibilitou também participar de discussões e elaboração de artigos produzidos a partir do banco de dados que me foram oferecido.

Esse banco de dados foi produzido pela pesquisa "Homens, violência e saúde: uma contribuição para o campo de pesquisa e intervenção em violência doméstica e saúde", financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 02/00242-0. Não cheguei a participar da coleta de dados dessa pesquisa, estando presente apenas em reuniões do grupo de trabalho, mas contribuí na coautoria do primeiro artigo epidemiológico-descritivo sobre a referida pesquisa. Do material coletado, utilizei um banco de dados com registros de entrevistas com 789 homens usuários de dois serviços de atenção primária à saúde e de 477 fichas de leitura de prontuários médicos, produzidos durante o ano de 2003. Aquela pesquisa objetivou estimar a violência perpetrada contra parceira íntima, mas produziu outros dados que permitiram a produção de novos conhecimentos científicos sobre a população masculina ainda não abordados em pesquisas anteriores.

O presente estudo examina parte dos dados dessa pesquisa maior. Seu foco é a saúde mental masculina e as relações entre ela e episódios de violência.

1 INTRODUÇÃO: saúde mental e violência na população masculina

O presente estudo examinou a questão da saúde mental entre homens para, em seguida, tematizar a violência como situação de grande magnitude na vida dos homens e grande problemática da saúde mental, sempre se valendo da perspectiva teórica dos estudos sobre desigualdade de gênero, e impactos culturais dessa desigualdade nos comportamentos masculinos cotidianos.

1.1 Homens e sofrimento mental

Adotou-se neste estudo o conceito de sofrimento mental para uma aproximação com a saúde mental e seus agravos na população masculina. Foi estabelecido um diálogo com a abordagem da psicodinâmica do trabalho desenvolvida pelo francês Christophe Dejours, de quem provém o referido conceito, também nomeado de sofrimento psíquico.

Dejours et al. (1994, p.25) definem sofrimento mental como uma “[...] vivência subjetiva intermediária entre a doença mental descompensada e o conforto (ou bem-estar) psíquico [...]”, sendo um mal-estar que se expressa como angústia, preocupação, ansiedade, tensão e/ou desânimo que não necessariamente é caracterizado como doença mental em sentido estrito da nosografia médica, e podendo ser considerado mais como desequilíbrio psíquico.

Essa abordagem se distancia da psiquiatria clássica por não se basear em perfis psicopatológicos, nos quais as alterações mentais já evidenciadas se traduzem em ações diagnósticas (Fernandes et al., 2006). A psicodinâmica do trabalho se fundamenta nas experiências subjetivas e cotidianas do sujeito acerca dos sentimentos de ansiedade, medo, insatisfação e frustração, levando em conta os modos como são elaborados psiquicamente. Conforme Fernandes et al. (2006), o conceito de sofrimento mental desenvolvido por Dejours:

procura avançar sobre o horizonte pré-clínico da doença mental, incorporando, ao campo de investigação, ampla variedade de alterações que, apesar de não serem caracterizadas como doenças típicas, já são sinais inequívocos de sofrimento psíquico ou até formas ativas de luta contra a doença que ameaça se instalar (Fernandes et al, 2006, p. 170).

Dessa maneira, a expressão do sofrimento mental depende das relações intersubjetivas e das mediações simbólicas do ambiente sociocultural do sujeito, o qual poderá evidenciá-lo ou não (Fernandes et al., 2006).

Aplicando-se esse conceito à área da saúde, Oliveira et al. (2004) estudam o sofrimento mental em usuários do Programa Saúde da Família (PSF) e consideram a relação usuário-serviço de saúde um importante fator de reconhecimento desse processo psíquico. Os autores ressaltam que “[...] a visibilidade das manifestações de sofrimento psíquico da clientela no PSF depende da atitude dos profissionais em reconhecer essas manifestações como objetos de seu trabalho” (Oliveira et al., 2004, p. 624). Assim, apesar de esse ser um conceito oriundo dos estudos sobre psicologia do trabalho, ele pode ser aplicado a estudos da área de saúde coletiva.

A escolha desse conceito como categoria de análise para o presente estudo se deu em razão do modo como o banco de dados foi produzido. O sofrimento mental foi tomado por aproximação, considerando-se como seu indicador qualquer situação relacionada a questões psíquicas que instou seus portadores a buscarem os serviços de saúde. Usuários dos serviços estudados com queixas de questões psíquicas anotadas em prontuários e/ou diagnóstico dos profissionais que os atenderam, somados àqueles usuários que se consultavam em serviços de saúde mental, foram considerados portadores de sofrimento mental para fins do presente estudo. Assim, não se partiu necessariamente do diagnóstico clínico firmado, mas sim da demanda de usuários que reconheceram um incômodo e buscaram uma possível intervenção no serviço de saúde. Também do reconhecimento dessa demanda nos serviços e nas práticas de seus profissionais, constituindo uma necessidade de saúde (Schraiber et al., 1996).

Contudo, para compreender melhor a distribuição e prevalência de sofrimento mental na população masculina, realizou-se uma aproximação desse conceito com o de transtorno mental comum (TMC), categoria nosológica que conta com ampla produção científica sobre prevalências e fatores associados, muito utilizada nos estudos de epidemiologia psiquiátrica. É importante ressaltar que sofrimento mental engloba os TMC, isso é, não se limita a eles.

Estudos sobre TMC afirmam que esses transtornos se caracterizam por diversas formas de expressão e de inserção na vida dos sujeitos. Diferentes grupos sociais o compreendem de maneiras diferentes, sempre condizentes com seu processo sócio-histórico. Assim, a determinação social do transtorno mental envolve aspectos

relacionados à formação das classes sociais, às relações entre as etnias e também às relações entre os gêneros (Ludermir et al., 2008).

Dentre as diversas formas de expressão dos transtornos mentais, a depressão é a principal manifestação no século 20, sendo considerada por Roudinesco (2000 apud Ludermir, p.452) a “[...] epidemia psíquica das sociedades democráticas”. Epidemia que aparenta não ter perdido a intensidade, já que a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2000) estima que a depressão se tornará a segunda maior causa de morbidade no mundo em 2020.

Coexistindo com a depressão, há outros quadros, como os distúrbios do sono, os transtornos de ansiedade, as crises de irritabilidade, as confusões mentais e as queixas psicossomáticas, que afetam de maneira bastante prevalente a saúde das populações, principalmente das áreas urbanas.

Há ainda que considerar o fato de os quadros descritos acima não se apresentarem por inteiro em grande parte da população, isso é, os sintomas apontados por seus portadores não são suficientes para caracterizar a patologia, impedindo o diagnóstico clínico da doença como depressão, transtorno de ansiedade generalizada ou doença somatoforme (Fonseca et al., 2008). Assim, têm-se classificado essas manifestações como transtornos mentais comuns (TMC). Afinal, os quadros acima mostram alguns sintomas daquelas doenças, formando também situações entrecruzadas, isto é, que se apresentam na maioria das vezes de maneira pouco diferenciada para cada patologia, e de modo coexistente, podendo-se agrupar as várias manifestações em uma mesma categoria (TMC). Esses transtornos, apesar disso, são sintomas contínuos e acompanhados de outras morbidades, sempre expressando sintomas psíquicos não relacionados a psicoses.

É importante ressaltar que o conceito de TMC é questionado por alguns pesquisadores, que o consideram uma psiquiatrização da vida. A meu ver, porém, ele permite o reconhecimento de situações emocionais que ainda não se caracterizam como patologias plenas, mas já significam na experiência subjetiva sofrimentos mentais frente à vida cotidiana, podendo gerar a busca por serviços de saúde.

A investigação desses transtornos/sofrimentos por estudos epidemiológicos possibilita o planejamento de políticas públicas em promoção da saúde e prevenção de doenças mentais (Fonseca et al., 2008).

Estudos brasileiros e estrangeiros apontam os TMC como o sofrimento mental mais prevalente nas populações urbanas (Maragno et al., 2006; Goldberg e Huxley,

1992). Conforme Ludermir et al.(2008), os TMC apresentam um forte impacto social e econômico por serem causas de faltas ao trabalho e por aumentarem a demanda nos serviços de saúde, principalmente os de atenção primária.

Estas queixas inespecíficas e seus sintomas associados se fazem notar pelo sistema de saúde como primeiramente um sofrimento somático, seja porque aquilo que é físico ou corporal tem mais legitimidade como sofrimento real (Fonseca et al., 2008, p.292).

Fortes et al. (2008) apontam que o não reconhecimento dos TMC por parte dos profissionais de saúde implica em encaminhamentos e exames desnecessários. Fonseca et al. (2008) complementam, afirmando que são necessários investimentos sobre cuidados em saúde mental na rede básica, justamente por esses serviços serem a porta de entrada para essas demandas, as quais se apresentam, na maioria das vezes, de maneira indireta. Maragno et al. (2006) afirmam que os TMC nem sempre levam à procura por tratamento médico, mas diminuem a adesão a tratamentos de comorbidades.

Muitos estudos sobre TMC utilizam o *Self-Reporting Questionnaire* (SQR-20), indicado pela OMS e validado no Brasil, ou o *General Health Questionnaire* (GHQ-12), também validado no Brasil. Essas escalas permitem identificar e mensurar a ocorrência de sintomas mentais, facilitando a produção de estudos sobre epidemiologia da doença mental (Fortes et al., 2008).

Em boletim da OMS, Patel e Kleinman (2003) afirmam que as prevalências de TMC variam entre 20% e 30% em pesquisas populacionais realizadas em diversos países. No Brasil, Lima et al. (1999) indicam prevalência de transtornos psiquiátricos menores em 22,7%, em estudo populacional realizado em Pelotas. Ludermir e Mello Filho (2002) encontram uma prevalência mais alta no Recife, de 35%. Fortes (2004) encontra prevalência maior em estudo com amostras de serviços de saúde, para o qual foram entrevistados 714 usuários do Programa Saúde da Família em Petrópolis - RJ: 56% da amostra com TMC.

Em estudo de Fonseca et al. (2008) a presença de TMC é diretamente relacionada a fatores socioeconômicos. Outros autores encontram uma associação inversa entre anos de estudos e adoecimento mental (Araya et al., 2003; Ludermir et al., 2002). Os autores ainda apontam que a densidade da rede de apoio social é promotora de saúde mental. Também Maragno et al. (2006) indicam que a prevalência de TMC é maior entre os solteiros.

O fator renda salarial é relevante em estudos europeus sobre saúde mental, enquanto que a escolaridade tem maior importância nesse quadro de saúde na América Latina (Araya et al., 2003).

Em relação às diferenças entre homens e mulheres, Ludermir et al. (2005) afirmam que a maioria dos estudos aponta que homens apresentam quadros de ansiedade e depressão duas a três vezes menores do que as mulheres. No estudo de Lima et al. (1999) supracitado, foi identificado algum transtorno psiquiátrico menor em 26,5% das mulheres e em 17,9% dos homens entre 1.278 entrevistados com 15 anos ou mais.

Essas diferenças podem ser explicadas pelas desigualdades de gênero, as quais podem produzir piores condições para a promoção de saúde mental da mulher, sob influência da desvalorização no mercado de trabalho e sobrecarga da dupla jornada, devido aos afazeres domésticos (Ludermir et al., 2008). Entretanto, ainda há outros fatores que podem interferir nessas diferenças, como os padrões dominantes de gênero. Estes, enquanto referenciais dos comportamentos e atuação social de homens e mulheres, levam os homens a silenciar sobre suas questões de saúde, a menos que sejam consideradas graves (Figueiredo, 2008), e levam as mulheres a falar sobre e se queixar de suas emoções, procurando auxílio nos serviços de saúde para lidar com elas (Ludermir et al., 2008). “[...] a sociedade apresenta uma maior tolerância para mulheres depressivas e homens alcoólicos do que o inverso” (Rabasquinho et al., 2007, p.439). Afinal, deprimir é visto pelos homens como um sinal de fraqueza (Figueiredo, 2008).

Talvez devido à maior prevalência de adoecimento mental entre as mulheres, encontra-se um volume maior de estudos nessa área sobre mulheres em geral, ou gestantes, do que os que abordam a saúde mental dos homens. Estes apenas participam de estudos que pesquisam ambos os sexos, não havendo produção científica representativa sobre as especificidades da saúde mental masculina e, muito menos, sobre o impacto de suas concepções de gênero e masculinidade sobre a saúde mental.

Alguns estudos apontam para a dificuldade dos homens em expressar sentimentos e lidar com emoções, causando impacto negativo sobre a saúde mental (Figueiredo, 2008; Nascimento, 2001). Pode-se afirmar que a cultura patriarcal e machista estrutura uma relação complexa e comprometida no modo de os homens manejarem suas emoções. Também se pode dizer que haja um silêncio masculino no trato com as emoções e com a própria subjetividade. Também conforme Figueiredo (2008), corroborado por outros estudos (Schraiber et al, 2010a), quando os homens

apresentam aos serviços demandas nesse sentido, muitas vezes não encontram respostas adequadas por parte dos profissionais, que os veem como pacientes difíceis,.

Rabasquinho et al.(2007) afirmam que homens e mulheres adoecem mentalmente de maneiras diferenciadas. Os homens apresentam mais agravos por causa do uso abusivo de álcool, drogas ilícitas e desordens antissociais, quando comparados às mulheres. Alguns estudos apontam a íntima relação entre agravos à saúde mental masculina e uso de substâncias psicoativas (Rhodes et al. 2009; Centers for Disease Control and Prevention, 2008; Coker et al., 2002; Magdol et al.,1997; Acierno et al., 1997.). Em estudo populacional norte-americano, Kessler et al. (1997) identificam a presença de transtornos mentais em mais da metade dos homens que fazem uso abusivo de álcool.

Independente da forma de expressão, vê-se que os transtornos mentais graves ou leves estão presentes na vida cotidiana dos homens e pouco se conhece sobre seu impacto na qualidade de vida dessa população.

Laurenti et al.(2005, p.40) estuda especificamente a mortalidade ocasionada por transtornos mentais e comportamentais, apontando que essa é extremamente elevada em homens (4,2 vezes maior do que entre mulheres). Tais transtornos “[...] englobam aqueles devidos ao uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, significativamente associadas ao homem”.

É importante observar a associação entre os indicadores de mortalidade e os sexos, e também entre estes e o uso abusivo de álcool. Laurenti et al. (2005) afirma que, tanto em relação à mortalidade quanto em relação à morbidade, o uso de álcool e o envolvimento em atos de violência são os maiores diferenciais entre os sexos, o que é explorado da perspectiva interpretativa de gênero por alguns estudos (Couto et al., 2005; Figueiredo, 2005; Schraiber et al., 2005a).

O uso de substâncias psicoativas não apenas tem impacto negativo sobre a saúde mental dos homens (Kessler et al., 1997) como também é causa da alta prevalência de acidentes de trânsito e atos de violência (agressões e homicídios), tanto sofridos quanto perpetrados. Eles colocam as causas externas como segunda maior causa de morte entre os homens, e também aumenta muito o número de internações hospitalares (Laurenti et al., 2005).

Com isso, percebe-se que há uma tríade de interações entre sofrimento mental, uso de substâncias psicoativas e violência, provocando fortes agravos à saúde da

população masculina, principalmente no caso da violência, com mortes, lesões e sofrimento mental.

1.2 Violência: formas e prevalências

A temática da violência provoca fortes questionamentos nas várias disciplinas que a abordam. Primeiramente, pela dificuldade de definição. Responder à pergunta “o que é violência?” leva a pensar nas suas várias formas de expressão, encontradas tanto nas guerras e conflitos étnicos, na violência urbana dos assaltos e homicídios quanto na violência doméstica contra mulheres, crianças e idosos (Schraiber et al., 2006). A violência é, portanto, um termo polissêmico: refere-se a um conjunto grande de situações diversas, e suas expressões concretas aparecem nos mais variados espaços sociais.

Minayo busca uma definição, afirmando que a violência é um caminho extremado para a resolução de conflitos, “[...] em contraposição, à tolerância e ao diálogo” (Minayo, 1994, p.8). Pode-se afirmar que a violência ocorre em relações nas quais não existem interações: o diálogo e a linguagem estão distantes ou impossibilitados de ser acessados e compartilhados (Schraiber et al., 2005b).

Muitos atos de violência mantêm-se invisíveis aos olhos da sociedade, devido à naturalização de práticas de dominação e opressão que fazem parte da estrutura de organizações e instituições sociais (Minayo, 1994). Essa constatação oferece ainda mais relevância aos estudos sobre violência, uma vez que eles dão visibilidade a certas formas de agressão, abusos ou negligência que vão muito além dos assaltos e homicídios, e também ocorrem no cotidiano das pessoas de maneira despercebida ou banalizada.

Essa característica da violência em se expressar de forma multifacetada exige abordagem e estudo de diversos campos de conhecimento, incluindo a área da saúde, já que essa lida com uma série de consequências desencadeadas por atos de violência. Por meio desse enfoque, a violência pode ser considerada um problema de saúde pública (Krug et al., 2002).

A violência afeta os grupos sociais de maneira diferenciada, assim como são diferentes os modos pelos quais mulheres e homens vivenciam situações de violência. Estudos comprovam que os homens se envolvem muito mais em atos de violência do que mulheres. Para Tjaden e Thoennes (1998), os agressores são do sexo masculino em

mais de 80% das situações, seja em atos de violência contra mulheres (93,4%) ou em atos de violência contra outros homens (85,9%). Ainda a esse respeito, Soares Filho et al. (2007, p.9) afirmam que “[...] o risco de óbito por homicídio no Brasil em 2003 foi de 28 por 100 mil habitantes, sendo 12 vezes maior entre homens (53/100 mil) do que entre mulheres (4/100 mil)”.

É importante ressaltar que os homens se envolvem em várias situações de violência, seja fatal ou não fatal, física, sexual e/ou psicológica. Schraiber et al. (2005a, p. 68) afirmam que os homens se envolvem em práticas de violência que ocorrem tanto entre eles – sendo mais frequente nas ruas, nos espaços públicos – quanto contra mulheres nas relações afetivo-conjugais, ocorridas estas, frequentemente, no espaço privado.

A partir dos anos 1990, começam a surgir pesquisas sobre as relações entre violência e masculinidade, intensificadas pelos crescentes índices de violência e morte entre homens jovens, em episódios ocorridos em várias regiões da América Latina e Caribe (Bercovich et al., 1998; Laurenti et al., 1998). “[...] Como ocorre em muitos países, os homens negros jovens e com grau de instrução mais baixo são as principais vítimas” (Reichenheim et al., 2011, p. 77).

O campo da saúde coletiva tem se debruçado nos estudos sobre os modos diferenciados pelos quais a violência impacta homens e mulheres. Pelos indicadores tradicionais de morbi-mortalidade, segundo os quais homicídios e agressões físicas compõem um cenário quantitativamente definido pelos homens (Mello Jorge e Yunes, 2001; Laurenti et al., 1998), pesquisas norte-americanas (Arias et al., 2005; Coker et al., 2002; Tjaden e Thoennes, 2000; Harwell et al., 2000; Acierno et al., 1997) mostram que eles alternam as posições de agressores e de agredidos.

Estudos sobre interações entre homens e violência dividem-se entre os que abordam a violência urbana ou de determinados contextos sociais e os que abordam a violência doméstica. Os episódios de agressão ocorridos em espaço público são referidos como violência urbana ou, ainda, violência comunitária. Esses estudos apontam a prevalência e incidência desses episódios, assim como dão destaque para a violência fatal, principalmente homicídios, para além da violência urbana não fatal, com internações hospitalares por motivo de lesão (Laurenti et al., 2005).

Agressões ocorridas em ambiente doméstico são denominadas violência intrafamiliar e/ou violência doméstica. Enquanto os estudos de violência intrafamiliar iniciados nos anos 1960, abordam a questão da família violenta sem diferenciar muito

homens e mulheres na família, os estudos posteriores sobre a violência doméstica, abordam agressões de homens contra mulheres, caracterizadas como violência contra a mulher. Tais estudos possuem geralmente vinculação ao movimento feminista. Identificados nos anos 1970 como “estudos de mulheres” (*Women’s studies*), produzem os primeiros conhecimentos científicos sobre a violência sofrida por mulheres.

[...] os homens, embora estivessem presentes como personagens recorrentes nas análises, eram tomados como contraponto nas pesquisas, no geral a partir das falas das mulheres e identificados como representantes da cultura sexista e autoritária de base patriarcal (Couto, 2004, p.6).

Posteriormente, essa violência foi entendida e denominada por violência de gênero (Schraiber et al., 2005b). Alguns estudos, contudo, tratam a violência doméstica como violência por parceiro íntimo (VPI), sendo esta definida como ameaças, tentativas ou o ato de violentar física, sexualmente e/ou por abuso emocional um parceiro íntimo, mulher ou homem, e como parceiro atual ou anterior (Centers for Disease Control and Prevention, 2008). Esses estudos nem sempre trabalham seus dados da perspectiva de gênero, mas mostram que sofrer essa forma de violência é bastante prevalente para ambos os sexos. No entanto, como lembra Schraiber et al. (2005b), essa violência acontece de maneira e gravidade diferenciadas para homens e para mulheres.

A partir dos anos 1990, a perspectiva de gênero foi incluída nos estudos sobre violência doméstica. Com base nisso, e destacando o aspecto relacional entre homens e mulheres, começa-se a investigar também a violência sofrida pelos homens nas relações afetivo-sexuais, e no espaço privado. Esses novos estudos passam a se dedicar também ao modo como os homens vivenciam as situações de violência e, com isso, a incluir seu discurso nas pesquisas desenvolvidas.

A maior parte dos estudos categoriza a violência em três possíveis formas, também denominadas tipos de violência: psicológica (ou emocional), física e sexual. Considera-se como violência psicológica insultos, depreciação, ameaças verbais e/ou formas de cárcere privado. São considerados atos de violência física chacoalhões, tapas, socos, chutes arremessos de objetos que possam machucar e/ou uso de qualquer arma branca ou de fogo. A violência sexual caracteriza-se por obrigar a parceira ou parceiro a ter relações sexuais contra sua vontade ou fazer práticas sexuais que essa ou aquele não aprove (Schraiber et al., 2005b).

Em relação aos espaços onde os homens vivenciam as diversas formas de violência, Harwell et al. (2000) afirmam que apenas 13% das situações de violência física sofridas por homens ocorrem no ambiente doméstico, enquanto 87% ocorrem no espaço público, com inversão em relação à violência sofrida pelas mulheres, as quais vivenciam mais episódios de violência dentro de casa do que na rua. Apesar disso, Reed et al. (2009) afirmam que há inter-relações entre as vivências de episódios de violência na rua e dentro de casa. Em seu estudo sobre 569 homens de zonas periféricas da cidade de Boston, EUA, os autores referem 21,9% de homens que perpetrado violência física e/o sexual contra parceira íntima. Entre esses perpetradores, encontra-se associação significativa com envolvimento em atos de violência na comunidade (OR = 3.0; 95% CI = 1.9–4.6) e percepção de que os homens precisam brigar para sobreviver na comunidade (OR = 2.1; 95% CI = 1.3–3.2). Os autores ainda afirmam que a associação entre violência na comunidade e violência contra parceira íntima é significativa para além da influência de fatores socioeconômicos e uso de substâncias psicoativas, os quais contribuem para o aumento nas taxas dessas formas de violência. Percebe-se, portanto, uma sobreposição das vivências de violência urbana e doméstica por parte dos homens.

O estudo citado é muito relevante, pois há escassez de pesquisas sobre situações de violência urbana que considerem as agressões não-fatais para além das taxas de mortalidade por homicídio, ainda que seja extremamente importante o fato de que, entre os 130.761 homicídios ocorridos na região metropolitana de São Paulo entre 1979 e 1998, 92% dos casos fossem vítimas do sexo masculino, correspondendo a um risco relativo 22,6 vezes maior de um homem ser assassinado do que uma mulher (Cordeiro e Donalisio, 2001). A maior parte dos estudos se limita a mensurar tais taxas de mortalidade, mantendo à sombra as taxas de lesões e injúrias causadas por agressão, e os atos cotidianos de violência não-fatal, como as brigas de bar. Deve-se enfatizar que essas provocam alto índice de internações por lesão, como referido em estudo de Laurenti et al. (2005), principalmente entre jovens e adultos jovens (mais de 20%). Cronholm (2006) reafirma Laurenti et al., quando aponta que 36% dos atendimentos em atenção primária nos Estados Unidos da América (EUA) ocorrem por lesões, e que ¼ dessas lesões é fruto de atos de violência.

Durante a revisão bibliográfica sobre homens e violência, foi encontrado um número bem maior de artigos que abordam a violência por parceiro íntimo em comparação com os que abordam a violência não-fatal sofrida em espaço público. Esse

fato mantém a invisibilidade dessa forma de violência bastante prevalente. Em 1998, Harwell et al. (2000) entrevistaram 787 homens de Montana, EUA, por telefone. Destes, 5% haviam sofrido alguma forma de violência física no ano anterior ao estudo, sendo que, em 90% desses casos, a agressão fora perpetrada por outra pessoa que não a companheira. Ainda nos EUA, tratando-se da violência física, Kessler et al. (2001) entrevistaram 2.812 homens e 3.065 mulheres entre 15 e 54 anos de idade e afirmaram que 6,9% das mulheres e 11,1% dos homens haviam sofrido agressão física durante a vida, sendo que 19% dos homens já tinham sido ameaçados por arma de fogo.

No Brasil, Palazzo et al. (2008) desenvolveram estudo transversal de base populacional realizado em Canoas, RS, com 1.954 sujeitos com 14 anos ou mais, em 2002-2003. Estimaram uma prevalência de violência física sofrida em 7,5% dos homens, tendo sido perguntado aos sujeitos da investigação se alguma vez na vida haviam sofrido maus-tratos físicos.

Diante das estimativas de violência física, percebe-se que os homens sofrem tanto quanto as mulheres, mas, quando se trata de violência sexual, o cenário muda. As mulheres sofrem bem mais violência dessa natureza do que os homens. Segundo Kessler et al. (2001), a prevalência de abuso sexual é de 12,3% e 2,8%, respectivamente, para mulheres e homens.

Os resultados desses estudos apresentam grande variação, o que pode ser atribuído a razões metodológicas como a amostragem, modos de perguntar sobre a experiência de violência, desenhos das pesquisas (se populacionais ou em serviços, como delegacias ou serviços de saúde), ou ainda devido a respostas socialmente aceitas, em conformidade com o contexto sociocultural do estudo, sentimento de vergonha ou banalização das ocorrências.

Percebe-se que a maioria dos estudos sobre violência sofrida em espaço público se fundamenta justamente em dados de atendimento hospitalar por lesão (causas externas) e apenas uma minoria é relacionada a estudos populacionais exclusivamente dedicados ao reconhecimento de situações cotidianas de violência.

Ainda mais escassos são os estudos que levam em conta a violência psicológica, apesar da elevada taxa de prevalência desta. Estudos de Ramos et al. (2005) e Machado et al. (2002) destacam a relevância das situações de insulto, depreciação e desvalorização a que os homens estão submetidos, nos ambientes de trabalho e na rua, merecendo maior consideração a violência no ambiente de trabalho. Barreto (2003) demonstra que muitos homens sentem-se humilhados e referem discriminação, quando

não conseguem produzir o exigido no trabalho ou quando procuram cuidados médicos. Contudo, é relevante destacar a invisibilidade da violência psicológica no trabalho, a qual é exercida de maneira institucionalizada e naturalizada, impedindo o sujeito da percepção de estar sob opressão e humilhação.

Também é importante considerar, no caso dos homens, a vivência da violência doméstica, principalmente nas situações relacionadas à violência por parceiro íntimo (VPI) (Couto e Schraiber, 2005). Em relação à violência por parceiro íntimo, estima-se que entre 7,3% e 34,1% dos homens já tenham sofrido alguma forma de violência de suas parceiras afetivas atuais ou anteriores (Rhodes et al., 2009; Coker et al., 2002; Tjaden e Thoennes, 2000; Magdol et al., 1997), sendo mais prevalente a violência psicológica, assim como encontrado no estudo de Coker et al. (2002). Estes estimam a prevalência de VPI (Violência por parceiro íntimo) em amostra composta por 6.790 mulheres e 7.122 homens, entre 18 e 65 anos, que responderam por telefone a pesquisa sobre violência contra mulher desenvolvida nos EUA. As prevalências de VPI são de 28,9% entre mulheres e 22,9% entre homens. Do total de homens, 5,9% referiram ter sofrido violência física e/ou sexual e 17,3% violência psicológica exclusivamente. As mulheres foram significativamente mais propensas a relatar VPI física e/ou sexual durante a vida, enquanto os homens foram mais propensos a relatar abuso verbal. Em relação às formas de violência física, os abusos mais comuns foram: atirar objetos e agressão física sem armas (Mechem et al., 1999).

Outros estudos corroboram a constatação de que os homens sofrem VPI tanto quanto as mulheres, mas de forma e gravidade diferenciadas, embora essa situação provoque mais danos ao sexo feminino (Tjaden e Thoennes, 2000; Mechem et al., 1999; Magdol et al., 1997). Referindo-se à magnitude da violência sofrida pelos homens, a que mais se destaca é a psicológica, seguida da física e, depois, da sexual.

Percebem-se semelhanças entre os perfis de homens que perpetram e entre os que sofrem VPI, visto que homens solteiros, desempregados, com baixa escolaridade e afro-descendentes estão mais propensos a se envolver nessa forma de violência (Mechem et al., 1999; Magdol et al., 1997).

Além do perfil sociodemográfico ser semelhante entre homens que perpetram e que sofrem VPI, ainda se encontra uma considerável sobreposição deles. Rhodes et al. (2009) expõem essa sobreposição em estudo transversal com 712 homens entre 18 e 55 anos, os quais tiveram relacionamento afetivo nos 12 meses anteriores à pesquisa, e que foram entrevistados em um serviço de emergência de hospital público de uma grande

cidade do sudeste dos EUA. Trinta e sete por cento (261) revelaram pelo menos uma forma de envolvimento em situações de VPI (emocional, físico ou sexual): 20% (144) revelaram apenas vitimização, 5% (40) disseram ter perpetrado e 11% (77) revelaram ter sofrido e perpetrado.

O problema da violência é fecundo para o entendimento das relações entre masculinidades e saúde, afinal esse interfere no modo como os homens cuidam de sua saúde, de seus corpos e de si mesmos.

1.3 Vivência de situações de violência e agravos à saúde mental

É possível perceber que a violência, até por sua magnitude, é um problema estreitamente relacionado às necessidades de saúde da população masculina. Contudo, tem sido um problema negligenciado, mantendo-se como uma questão latente, ainda que pertinente à saúde dos homens.

Diversos estudos têm abordado a tríade Homens, Violência e Saúde, discutindo a necessidade de reconhecer os agravos à saúde associados ao envolvimento dos homens em situações de violência. Faz-se aqui a mesma ressalva relativamente aos agravos à saúde mental em particular. Cronholm (2006) explora a questão do trato das emoções em estudo com homens envolvidos em algum episódio de VPI, atendidos em serviços de atenção primária nos EUA. Afirma que tais homens têm taxas mais altas de problemas psiquiátricos, como depressão, ansiedade, distúrbio pós-traumático e distúrbios de personalidade.

Os indicadores de agravos à saúde mental provocados pelas situações de violência também foram encontrados no estudo de Rhodes et al. (2009), já referido no item anterior. Entrevistados 712 homens, de 18 e 55 anos, na emergência de um hospital nos EUA, os quais haviam tido um relacionamento afetivo no ano anterior, 261 (37%) revelaram pelo menos uma forma de VPI (emocional, física ou sexual): apenas vitimados, 20% (144); apenas perpetradores, 5% (40), e vitimados e perpetradores, 11% (77). Em relação às comorbidades, 18,4% (48) dos envolvidos em alguma forma de violência tinham sintomas de depressão grave ou moderada, enquanto apenas 3,3% (15) dos não-envolvidos apresentavam os mesmos sintomas ($p=0,001$). Resultado semelhante foi verificado em relação a transtorno pós-traumático: 10,3% (27) entre os envolvidos e 1,1% (5) entre os não envolvidos ($p<0,001$).

Pode-se afirmar que haja consenso sobre a magnitude do impacto de episódios de violência sofrida sobre o comprometimento da saúde mental masculina. Achados de Coker et al. (2002) corroboram a teoria de que sofrer VPI provoca acréscimo de risco para consequências negativas à saúde física e mental. Homens que sofreram VPI (22,9% de 7.122 homens) são significativamente mais propensos a ter sintomas de depressão, a ter usado medicação psiquiátrica, a desenvolver alguma doença mental crônica, além de perceber sua saúde como frágil. O risco relativo para sintomas de depressão é de 1,9 (95% CI=1.4, 2.6) entre os homens que sofreram VPI física e/ou sexual e de 1,6 (95% CI=1.2, 2.0) para VPI psicológica dentro da categoria ‘verbal’, já que os autores levaram em conta também a categoria de controle exercido pela parceira. Nesse caso, o risco relativo para sintomas de depressão sobe para 2,2 (95% CI=1.7, 2.9).

Em estudo de coorte desenvolvido por Magdol et al. (1997) na Nova Zelândia, os mesmos sintomas psiquiátricos são encontrados entre jovens de 21 anos que se envolveram em VPI, além de ser encontrada associação também com transtorno antissocial e atos de violência contra pessoas desconhecidas. Acierno et al. (1997) fazem uma revisão dos estudos sobre os agravos à saúde provocados pelas várias formas de violência, e afirmam que problemas psiquiátricos têm sido identificados como fator de risco para agressão física, sendo que essa associação é forte.

A maior parte da literatura estudada aborda a exposição à VPI. No entanto, surgiram recentemente estudos como o de Kaminer et al. (2008), os quais demonstram que a associação referida também é significativa em relação à exposição a episódios de violência urbana. Esses autores afirmam que 42,9% dos homens participantes de um estudo populacional na África do Sul, afirmaram ter sofrido pelo menos uma forma de violência entre doméstica, criminal e política, podendo ser moral, física ou sexual. A mais prevalente entre elas foi a violência criminal, afetando 25,9% dos sujeitos do sexo masculino, seguida por outras formas de agressão física (18,7%). Para os homens que sofreram alguma das formas de violências discriminadas, o estudo encontrou uma razão de prevalência de 2,2 (IC95% 1,1-4,57) maior para o diagnóstico de transtorno pós-traumático durante a vida.

Dois estudos transversais de autores norte-americanos, de Cronholm (2006) e Stringham (2006), afirmam que o abuso de álcool é um traço do perfil de homens que se envolvem em situações de violência. Além disso, estudo de Freitas et al. (2008) salienta que 57,1% das vítimas de agressão física atendidas em um pronto-socorro da região

metropolitana de São Paulo haviam ingerido álcool, sendo que 93,3% dessas eram do sexo masculino.

Freitas et al. (2008) citam a associação entre homens, violência e alcoolismo:

[Tal] Estudo multicêntrico, envolvendo sete cidades da América Latina (Salvador e Rio de Janeiro no Brasil) e Madri, na Espanha, mostrou que indivíduos mais frequentemente vítimas da violência urbana são do sexo masculino, mais jovens e que consomem álcool (Cruz, 1999 apud Freitas et al.,2008, p.819).

Na maioria dos estudos pesquisados sobre o impacto da violência sofrida nos padrões de morbidade da população masculina encontra-se que a exposição aos episódios de agressão tem associação, principalmente, com sintomas de sofrimento mental de várias intensidades e formas. Os estudos consideram tanto os transtornos mentais comuns quanto transtornos mentais mais graves, como distúrbios antissociais. Em todos esses estudos, a presença de sofrimento mental está em interação com o uso de substâncias psicoativas, destacando-se, dentre elas, o álcool.

Tais indicadores reafirmam a ideia de que os homens assumem muitos hábitos e comportamentos danosos à saúde em seu modo de se comportar e conduzir a vida, expondo-se mais a fatores de risco que geram adoecimentos. Couto (2004, p. 32) destaca “[...] que a exacerbação dos comportamentos de risco pelo homem guarda ligação com o modo como ele se sente – mais próximo ou distante – do referente hegemônico de masculinidade”. Com isso, é possível afirmar que os referenciais identitários masculinos podem levar a agravos à saúde dos homens, em especial à saúde mental.

1.4 Gênero, masculinidades e violência

Gênero constituiu uma ferramenta muito importante para a análise da tríade Homens, Violência e Saúde. Afinal, é visto “[...] como um fator de grande importância na caracterização dos padrões de morbi-mortalidade masculina” (Figueiredo, 2005, p.107).

O referencial de gênero é apontado como uma categoria útil para a análise das interações nas relações dos homens com as mulheres, assim como entre si. Afinal, o referencial de gênero possibilita uma compreensão sócio-histórica dessas relações, em termos dos desempenhos sociais simbolicamente estabelecidos e, assim, efetivamente esperados no cotidiano das relações. A frustração em torno dessas atuações gera

conflitos nas relações interpessoais e em contexto cultural de aceitação da violência como forma de resolver conflitos. Isso pode resultar em agressões de variados tipos e gravidade entre homens e mulheres, e de homens entre si. Gênero remete à organização social das relações entre os sexos, construída historicamente. Foi definido como “[...] a criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres” (Scott, 1995, p.73). O gênero informa sobre atributos e comportamentos que homens e mulheres devem atualizar em seus modos de perceber e usar seus corpos. É “[...] também uma forma primeira de significar relações de poder” (Figueiredo, 2005, p.107), a partir da qual é possível compreender as desigualdades existentes entre homens e mulheres. Nesse último sentido, o conceito ainda aponta para o caráter relacional, segundo o qual, “[...] não se pode compreender qualquer um dos sexos por meio de um estudo inteiramente separado” (Scott, 1995, p.72), o que evidencia que transformações no campo do feminino afetam diretamente o masculino, produzindo novos sentidos em ambos.

Autores como Connell (1997) enriquecem esses estudos com conceitos como o de ‘masculinidade hegemônica’, um dos alicerces dessa perspectiva. Connell afirma que tal masculinidade é a idealização de um estereótipo de homem que não é encontrado em um único sujeito. Dessa forma, “[...] a masculinidade não é algo dado, mas algo que constantemente se procura conquistar” (Gomes, 2003, p.827). Na construção desse conceito, Connell compreende que haja “[...] uma divisão entre o padrão de masculinidade hegemônica e as masculinidades marginalizadas” (Couto e Schraiber, 2005, p.690), visto que essa masculinidade se mantém hegemônica devido à opressão das “[...] feminilidades subordinadas e das masculinidades marginalizadas” (Couto e Schraiber, 2005, p.690). Com isso, a ‘masculinidade hegemônica’ se alicerça na virilidade, na agressividade e na autoafirmação masculina como símbolos de sua dominação sobre os outros gêneros. Cabe lembrar que essa dominação se dá, em última análise, por meio da violência, e é aqui que este estudo alcança seu sentido explicativo mais global, permitindo a compreensão dos comportamentos violentos em termos socioculturais. Deve ficar claro, pois, que não se está aceitando uma base estritamente biológica que torne a violência uma essência ou natureza do sexo masculino, como se a violência decorresse dessa condição biológica. Ao contrário, como apontam os vários estudos já citados, os elementos mais importantes da explicação causal devem ser buscados no contexto sociocultural como, por exemplo, na cultura de aceitação da violência como padrão social global ou nas experiências individuais de presenciar ou

sofrer violência, tidas como ocorrências normais ou banais da vida familiar ou social. Isso ocorre, por exemplo, com as crianças que testemunham violência entre seus pais ou são educadas em padrões violentos de socialização.

Nascimento (2001, p.9) mostra essa questão para o ideal de masculinidade construído, afirmando que a masculinidade hegemônica seria:

[...] um modelo de homem forte, provedor, chefe de família, conectado ao mundo público, da 'rua' e do trabalho, competitivo, muitas vezes opressor, com pouca conexão com a esfera da vida privada, que não chora, não expressa sentimentos, que não possui intimidade com o terreno dos afetos e que se comporta, às vezes, de forma agressiva e violenta.

Nessa linha de pensamento, os homens procuram constantemente apresentar algumas características desse modelo. Como se trata de um modelo ideal, que nunca pode ser atingido, há sempre uma negociação entre certos padrões de comportamento, em que alguns deles se acentuam para compensar a ausência de uma característica exigida pelo padrão hegemônico.

Constata-se que homens se envolvem mais em situações de violência do que mulheres, perpetrando ou sofrendo agressões. Muitos estudos desenvolvem essa relação como parte da aculturação dos homens na identificação do que seja masculinidade. Em outros termos, o comportamento violento é considerado parte da masculinidade hegemônica, sendo os meninos socializados nessa prática como parte da formação de suas próprias masculinidades. Tais estudos apontam que a violência é uma questão de gênero (Schraiber et al.,2005b; Nascimento, 2001).

A violência medeia a relação dos homens com sua própria saúde em dois grandes contextos situacionais: de um lado, nas relações de sociabilidade entre homens, que adquirem conformações extremamente perversas e nas quais o recurso à violência se justifica e se banaliza; de outro lado, na esfera doméstica, espaço das relações afetivo-sexuais, em que a assimetria de poder e a dominação do polo masculino se expressam em atos violentos contra as(os) parceiras(as). Para ambas as situações mencionadas, a abordagem de gênero deve ser buscada. Assim, seja no contexto mais doméstico ou não, a compreensão explicativa da violência deve ser situada no fato de que ela tem um enraizamento profundo na construção de sua identidade social para os homens, considerando-se o referente de masculinidade hegemônica socialmente construído. A prática da violência é, então, reforçada no processo de socialização dos

homens, podendo ser considerada como um elemento fundante dessa formação identitária (Schraiber et al., 2005a), requerendo ao longo da vida uma reafirmação cotidiana, em termos da reiteração de masculinidade. Percebe-se que as brigas de rua, assim como as várias formas de dominação sobre as parceiras íntimas dão legitimidade à masculinidade, tanto no plano das práticas – enquanto ocorrências – quanto no plano simbólico – enquanto narrativas. Pode-se dizer que há uma naturalização dos padrões de comportamento agressivo dos homens, sendo, muitas vezes, justificados por razões biológicas e fisiológicas. Assim, baseados na revisão de diversos estudos socioantropológicos, Schraiber et al. (2005a, p. 13) afirmam que há “[...] um ‘ethos’ masculino que associa violência à própria construção da masculinidade”.

Autores como Couto e Schraiber (2005, p.700) afirmam que a violência é utilizada muitas vezes como ferramenta para “[...] recolocar elementos associados à honra, autoridade e poder na relação, quando esta é questionada ou está em crise”. Em breves palavras, a violência é uma maneira de se reaproximar da masculinidade hegemônica e pode representar, diante de desvantagens sociais ou econômicas, outra forma de reiterar essa masculinidade. Por exemplo, homens das chamadas classes populares compensariam a sua marginalização socioeconômica por meio da exacerbação da virilidade e da agressividade.

Pela perspectiva de gênero é possível, então, compreender não apenas socioeconomicamente, mas socioculturalmente e, então, de modo mais global, as interações entre homens e violência. Os estudos de gênero servem como uma lente por meio da qual são enxergadas as narrativas de homens envolvidos nessas situações.

Em contrapartida, como também têm apontado diversos autores brasileiros já citados, torna-se importante aprofundar o conhecimento acerca do modo como os referenciais identitários de gênero ditam hábitos e comportamentos diferenciados para homens e mulheres, sobre o cuidado da saúde e de seus próprios corpos. Levando-se em conta as exigências da masculinidade hegemônica e as interações entre homens e violência, pode-se considerar tais exigências socioculturais como geradoras de “[...] comportamentos danosos à saúde, fazendo emergir fatores de risco importantes para o adoecimento” (Schraiber et al., 2005a, p.12), o que aumenta a vulnerabilidade na saúde dos homens. Uma das questões de maior importância, nesse sentido, é exatamente a dos agravos à saúde mental. O estudo destes, em associação com experimentar violências, tem sido bem apontado para as mulheres em pesquisas nacionais e internacionais

(Ellsberg et al., 2008; Ludermir et al., 2008; Devries et al., 2011). Mas são escassos os estudos sobre homens no Brasil.

No presente estudo, pretendeu-se realizar uma primeira abordagem da relação entre envolver-se em situações de violência e apresentar sofrimento mental, no caso da população masculina. Trata-se apenas de uma primeira abordagem da questão, pelo fato de o presente estudo apoiar-se em banco de dados secundários, produzido por uma pesquisa maior, o estudo transversal "Homens, violência e saúde: uma contribuição para o campo de pesquisa e intervenção em violência doméstica e saúde", que investigou homens de baixa renda, na faixa etária de 18 a 60 anos e na condição de usuários de dois serviços de atenção primária da região centro-oeste da cidade de São Paulo. O estudo contou com financiamento da FAPESP, processo nº 02/00242-0. Seu desenho privilegiou um determinado segmento da população masculina e permitiu a tomada dos agravos à saúde mental por alguns indicadores de aproximação.

O banco de dados possui registros de 789 usuários, somados os dois serviços. Dados gerais dessa pesquisa maior se encontram em Couto e Schraiber (2005) e Schraiber et al.(2005a). Além disso, encontra-se em fase de publicação estudo descritivo das prevalências das violências sofridas e perpetradas, analisando-se suas superposições, bem como as superposições entre os tipos psicológico, físico e sexual dessas violências (Schraiber et al., aguardando publicação). Nesse estudo encontra-se a taxa de 79% violências sofridas na vida pelos homens, para qualquer tipo de ato de agressão e por qualquer agressor. Já para as violências psicológica, física e sexual encontram-se as prevalências respectivas de 63,9%, 52,8% e 6,1%. Isso aponta para as já esperadas altas taxas de violência sofrida pelos homens. O estudo chama a atenção para o fato de que esses três tipos de violência são superpostos, sendo raras as formas exclusivas, o que também é demonstrado para a relação entre sofrer e perpetrar violência. Isso é importante, pois se não há separação prévia entre essas duas condições nos estudos com homens, é muito provável que se esteja, mesmo para estudos voltados para violências sofridas, diante de amostra em grande parte composta por situações combinadas de homens que sofreram e que perpetraram violências na condição de agressores.

Como o presente estudo usa o mesmo banco de dados em razão de haver sido identificados homens nessas duas condições (vítimas e agressores), pôde-se levar em conta essa importante distinção.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Verificar a existência de relação entre sofrer alguma forma de violência e apresentar sofrimento mental.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Estimar a prevalência de sofrimento mental entre homens em serviços de atenção primária à saúde.
- ✓ Analisar estatisticamente as associações entre sofrer violência e sofrimento mental na população masculina em estudo.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Do total de 789 registros produzidos no banco de dados da pesquisa maior, utilizou-se para o presente estudo 477. Para a compreensão das condições de produção primária desses registros, são considerados a seguir o desenho e os recortes metodológicos da pesquisa maior.

3.1 A pesquisa maior com homens usuários de serviços sobre violências

Foram selecionados serviços ambulatoriais, porta de entrada para atendimento geral no sistema público de saúde, unidades de atenção primária ou unidades básicas de saúde situadas nos bairros do Butantã e da Barra Funda. Tal seleção baseou-se em quatro critérios: serem unidades com significativa demanda de usuários masculinos; a percepção do problema da violência como necessidade de saúde por parte da chefia e das equipes; o suporte assistencial oferecido aos homens que relataram situações de violência vividas no presente ou passado, quando estes mostravam interesse, e qualidade dos registros médicos em prontuários que possibilitasse a obtenção de dados sobre o uso dos serviços e sobre as morbidades daqueles sujeitos. Além disso, ambos os serviços são centros de saúde-escola que oferecem uma série de ações programáticas, as quais permitem a adesão a um cuidado em saúde de modo longitudinal e também uma maior captação de usuários acessando os serviços, o que também se reflete no caso dos homens. Assim, são unidades de saúde diferenciadas na rede de atenção primária, até mesmo por ter serviços de saúde mental bem estruturados e de referência. Constituíram, portanto, situações de conveniência, adequadas ao estudo originalmente conduzido.

Nesse estudo, o objetivo foi estimar, da perspectiva masculina, as prevalências das violências perpetradas contra parceira íntima relatadas pelos usuários investigados, para comparar com relatos produzidos em estudos com mulheres. O cálculo da amostra foi baseado em duas pesquisas realizadas no município de São Paulo com mulheres, uma em unidades básicas de saúde (Schraiber et al., 2007) e outra populacional (Schraiber et al., 2002) para obter: 1. estimativas de prevalência das diferentes formas de violência conjugal atual e, conseqüentemente, identificação da porcentagem de potenciais “agressores” e suas características sócio-demográficas, sob uma precisão de 5% entre a prevalência estimada e o verdadeiro valor populacional, e com intervalo de

confiança de 95%, com base nos dados do estudo em unidades de saúde; 2. estimativas de razão de prevalência mínimas, as quais seriam alcançadas com um poder do teste de 80%, ou seja, com uma chance de 80% de detectar diferenças entre usuários ‘agressores’ e ‘não-agressores’ a um nível de significância de 5%, quanto aos potenciais fatores de risco que estariam sujeitos, como desemprego, alcoolismo, história de violência na família e história de violência física sofrida na infância, com base nos dados do estudo populacional.

A amostra foi dividida entre os serviços de modo proporcional ao volume de homens atendidos em cada qual.

A coleta dos dados ocorreu entre outubro de 2002 e julho de 2003.

A captação dos entrevistados foi consecutiva, por ordem de chegada, com repartição proporcional da amostra aos volumes de atendimento por dia da semana e período de atendimento. Os sujeitos foram entrevistados durante a ida ao serviço de saúde, que se deu de maneira espontânea ou por consulta marcada.

A entrevista foi realizada com os sujeitos que apresentassem condições físicas e mentais para participar da pesquisa. A duração foi de 30 minutos e realizada durante a espera por atendimento nos serviços. Para cada recusa, outro usuário foi abordado, até se completar o tamanho da amostra desejada.

A todos os participantes do estudo foram aplicados questionários por pesquisadores do sexo masculino, em entrevistas realizadas em locais privativos dos serviços, mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este e outros procedimentos de natureza ética em relação aos participantes da pesquisa foram adotados com base em recomendações para estudos de temas sensíveis, tais como previsão de suporte assistencial e cuidados especiais na escolha, treinamento e supervisão dos pesquisadores de campo (Schraiber et al., 2007).

Os dados foram coletados por meio de três instrumentos da pesquisa original: um questionário aplicado por entrevistadores e duas fichas de leitura padronizadas para os registros em prontuários médicos.

O questionário (Anexo I) coletou dados relacionados a: questões sociodemográficas, seguindo a Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME) para a classificação por estrato socioeconômico; questões de saúde em geral e saúde reprodutiva e sexual; acesso a serviços de saúde; uso de álcool e/ou drogas ilícitas; problemas com bebida alcoólica; frequência de ocorrência, recorrência e gravidade dos episódios referente a situações de violência psicológica, física e/ou sexual contra suas parceiras; frequência de ocorrência e recorrência dos

episódios de violência psicológica, física e/ou sexual sofrida pelos homens com discriminação dos agressores, levando em conta a idade em que os episódios ocorreram.

Para coletar dados sobre episódios de violência sofrida, foram utilizadas perguntas adaptadas do questionário validado (Schraiber et al., 2010) utilizado com mulheres, no relato de violência sofrida, como segue: para a violência psicológica - “Alguma vez, alguém (na rua, no bar, no trabalho ou em sua casa) já o insultou, depreciou ou fez com que você se sentisse desvalorizado?”; para a violência física – “Alguma vez, alguém (na rua, no bar, no trabalho ou em sua casa) já o agrediu fisicamente (com tapas, empurrões, socos, chutes etc)? Se sim, quantas vezes? (Uma, poucas vezes, muitas vezes)”;

para a violência sexual - “Alguma vez, alguém já o forçou a ter relação sexual contra sua vontade? Se sim, quantas vezes? (Uma, poucas vezes, muitas vezes)”.

Como dito, foram pesquisadas as violências perpetradas pelos entrevistados contra suas parceiras, nos tipos psicológica, física e sexual, mas também foi investigada a violência contra outros que não a parceira, apenas no tipo físico. Além disso, foi perguntado se os homens haviam testemunhado violência na família durante a infância (presenciar brigas na família e/ou ver a mãe ser agredida por pai ou companheiro).

Perguntas sobre as várias formas de violência, sofrida ou perpetrada, não continham o termo violência, mas discriminavam atos de agressão, justamente para não induzir a resposta do entrevistado. Para a estimativa da percepção dos homens quanto a considerarem o sofrido como violência, foi indagado, no final do questionário: “Você considera que sofreu violência por alguma pessoa na vida?”

Com as fichas padronizadas, fez-se a leitura dos prontuários dos entrevistados que tinham matrícula de usuário a mais de um mês, a partir da data da entrevista.

Com a ficha de leitura I (Anexo II) buscou-se caracterizar a frequência de comparecimentos ao serviço e a de uso das seguintes atividades assistenciais: consulta de pronto-atendimento; atendimento de enfermagem; participação em atividades preventivas em grupo; consultas no serviço de saúde mental; consultas agendadas em termos de comparecimento e faltas. Foram encontrados e lidos 461 prontuários médicos de homens que tinham matrícula no serviço há pelo menos um mês. É importante ressaltar que as atividades mais utilizadas encontradas na amostra em geral foram, pela ordem, pronto-atendimento, consultas em saúde mental e atendimento de enfermagem.

Com a ficha de leitura II (Anexo III), fez-se uma análise das demandas registradas nos prontuários de homens que haviam utilizado o serviço durante os doze

meses anteriores à entrevista, contabilizando-se 410 prontuários do total de 477. Nestes, foram coletados queixas/diagnósticos segundo a atividade de atendimento ocorrida nos 12 meses anteriores ao levantamento dos dados, independentemente do profissional de saúde que a realizou.

Portanto, buscou-se identificar as queixas e/ou os diagnósticos e as resoluções dadas em cada atendimento, possibilitando o estudo do acolhimento/resposta às demandas apresentadas pelos usuários. Foram coletadas informações agrupadas por sistemas, tais como: osteomuscular (dor nas costas, dor nos pés, lesão); cardiocirculatório (angina, varizes, hipertensão); digestório (dor e estômago, náusea/azia, dispepsia/indigestão); respiratório (dispneia, estado ofegante, asma); neurológico (convulsão epilepsia, nevralgia); psicológicos (depressão, ansiedade, tentativa de suicídio), e queixas gerais (febre, sudorese, fraqueza). Deve-se enfatizar que foram priorizadas até cinco queixas por consulta ou qualquer outro tipo de atendimento. Nessa perspectiva, nos casos dos pacientes que tinham muita sintomatologia, foram abordadas as cinco primeiras e principais queixas/solicitações.

É importante ressaltar que, nos serviços de atenção primária à saúde, muitas vezes não são registrados a queixa do usuário e o diagnóstico definido pelo profissional de saúde separadamente. Portanto, os dados foram coletados na forma de queixas e/ou diagnósticos.

A pesquisa maior recebeu aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da (CAPPesq) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Os primeiros resultados, com análise descritiva das informações constituíram artigo submetido e aprovado pela Revista Brasileira de Epidemiologia, cujo texto final (aguardando publicação).

3.2 O estudo de associação entre sofrimento mental e violência sofrida

Para a análise das possíveis associações entre os eventos relacionados a sofrimento mental e violência sofrida, a amostra do atual estudo foi restrita aos registros que continham informações sobre possíveis agravos à saúde mental dos homens. Levando-se em conta uso do serviço de saúde mental e/ou alguma queixa/diagnóstico psicológico, contabiliza-se um total de 477 sujeitos.

O desfecho pesquisado nesse estudo foi o sofrimento mental. Essa variável foi

positiva nos casos em que havia registro de queixas/diagnósticos psicológico nos doze meses anteriores à produção dos dados, a saber: depressão, ansiedade/nervosismo, insônia, raiva/irritabilidade, tentativa de suicídio e/ou confusão mental/problemas de memória e/ou registro de uso de qualquer consulta no serviço de saúde mental na vida (psicoterapia individual, psicoterapia em grupo e/ou entrevista/consulta com psiquiatra).

Foram consideradas como variáveis independentes as características sócio-demográficas, faixa etária, situação conjugal e escolaridade; uso de substância psicoativa (uso de álcool e/ou uso de droga ilícita ao longo da vida); testemunho de violência na família durante a infância; relatos de violência perpetrada contra parceira íntima e/ou violência física contra outros após os 18 anos, e relatos de violência sofrida na vida.

A exposição a episódios de violência foi categorizada de três diferentes formas. Primeiramente, consideraram-se os tipos de violência sofrida, categorizando-as por: “não relatou violência”; “relatou exclusivamente psicológica”; “relatou violência física e/ou sexual em episódio único” (ocorreu apenas uma vez); “relatou violência física e/ou sexual recorrente” (ocorreram poucas ou muitas vezes). Sofrer violência sexual foi analisado de forma agrupada à violência física porque não foi encontrado nenhum caso de violência sexual exclusiva, sendo esta muito pequena na amostra geral do estudo descritivo.

Violência sofrida por idade foi a segunda forma de categorização, sendo que a amostra foi classificada da seguinte maneira: “não sofreu nenhum tipo de violência na vida (psicológica, física e/ou sexual)”; “sofreu violência psicológica, física e/ou sexual até os 18 anos”; “sofreu violência psicológica, física e/ou sexual somente após os 18 anos”.

Por último, os sujeitos foram categorizados por: “não se envolveu em nenhuma situação de violência”; “apenas se envolveu em episódios de violência sofrida”; “apenas se envolveu em episódio de violência perpetrada”; “envolveu-se em episódios de violências perpetrada e sofrida”. O estudo descritivo apontou para a importância dessa sobreposição ao revelar a baixa proporção de casos exclusivos. Isso levou à análise da influência de perpetrar violência na relação entre sofrimento mental e violência sofrida.



Figura 1. Categorização dos tipos de violência

A variável “uso de substância psicoativa” foi categorizada por “nenhuma substância psicoativa”, “apenas álcool” e “uso de álcool e droga ilícita” (uso de droga ilícita alguma vez na vida), sendo que os que fizeram uso apenas de drogas ilícitas foram incluídos na categoria ‘uso de álcool e drogas ilícitas’, porque representaram apenas 0,7% da amostra.

Para a análise descritiva dos dados, algumas das variáveis foram, primeiramente, agrupadas em categorias apresentadas por meio de frequências, proporções; as variáveis contínuas foram apresentadas como médias, apresentando-se os respectivos intervalos de confiança.

Foram ainda descritos os agressores das violências relatadas, categorizados como segue: “parceira íntima”; “outro familiar que não a parceira”; “conhecidos (amigos, vizinhos)”; “colegas de trabalho”; “estranhos”.

A seguir, foi feita uma primeira análise a partir de diferenças entre proporções, intervalos de confiança e valores de p , calculados com o Qui-quadrado de Pearson nas relações entre o sofrimento mental e os distintos tipos de violência sofrida. Além disso, ainda foram estudadas as relações entre sofrimento mental e características socioeconômicas (faixa etária, escolaridade e situação conjugal), experiências de testemunho de violência doméstica durante a infância (presença de brigas na família e/ou ter presenciado a mãe ser agredida durante a infância) e uso de alguma substância psicoativa (drogas e/o álcool). Com base nessa análise univariada, escolheram-se as variáveis que seriam objeto de análise multivariada no estudo do sofrimento mental

($p < 0,20$), mantendo-se, nessas análises finais, também as variáveis que detinham sentido teórico para a existência de associação com sofrimento mental.

Foram desenvolvidos três modelos de Poisson com variância robusta do tipo confirmatórios (Hair et al., 2009, p.215), escolhidos em razão de o desfecho estudado apresentar prevalência acima de 10%. Os modelos foram os seguintes:

- 1º modelo: presença de sofrimento mental e episódios de violência sofrida por tipo.
- 2º modelo: presença de sofrimento mental e episódios de violência sofrida por idade.
- 3º modelo: presença de sofrimento mental e episódios de violência por sobreposição com violência perpetrada.

Os três modelos desenvolvidos foram ajustados pelas mesmas variáveis, como possíveis fatores de confusão ou de interação. Essas variáveis foram: situação conjugal, faixa etária, escolaridade, testemunho de violência doméstica durante a infância. Tendo em vista a literatura (Almeida et al., 2008), utilizou-se também como variável de ajuste o uso de substância psicoativa.

As análises dos dados foram realizadas com programa STATA 10.0.

Essa pesquisa recebeu aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da (CAPPesq) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, conforme o protocolo de pesquisa nº 348/10 (Anexo IV).

O pesquisador foi bolsista pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A partir deste estudo foi produzido um artigo sobre sofrimento mental e tipos de violência sofrida, submetido para publicação na Revista de Saúde Pública.

4 RESULTADOS: estudo de associação entre sofrimento mental e violência sofrida

4.1 Análise Descritiva

A amostra final foi composta por 477 homens com idade média de 37 anos (DP=11,5), sendo que metade deles tinha entre 25 e 44 anos. Com relação à escolaridade, a média geral foi de 8 (DP=3,9) anos de estudo, correspondendo ao nível fundamental completo, com a maior concentração na faixa de 5 a 8 anos de estudo (Tabela 1). A maior parte dos usuários entrevistados era trabalhador formalmente vinculado a empresas, seguido daqueles que eram autônomos. Constatou-se, ainda, proporções relevantes de usuários desempregados e a maior parte pertencia ao estrato econômico C. Quanto à situação conjugal, observou-se que a maioria (75,8%) tinha parceira afetivo-sexual no momento da entrevista. Destes, a maior parte se definiu como casado ou vivendo com companheira, e 15,7% declararam ter parceira sexual sem coabitar. Mesmo assim, os solteiros representaram $\frac{1}{4}$ da amostra.

Em relação ao uso de alguma substância psicoativa encontrou-se que quase $\frac{1}{3}$ dos sujeitos haviam consumido álcool e alguma droga ilícita na vida e 67,7% consumiram apenas bebida alcoólica.

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos do estudo. São Paulo, 2003

Variáveis	%	n
Idade (anos)		
De 18 a 24	19,2%	92
De 25 a 34	26,4%	126
De 35 a 44	24,3%	116
De 45 a 54	23,2%	111
De 55 a 60	6,7%	32
Grau de escolaridade (anos de estudo)		
De 0 a 4	27,8%	133
De 5 a 8	33,1%	158
De 9 a 11	31,2%	149
De 12 ou mais	7,7%	37
Situação empregatória		
Estudante	1,4%	7
Trabalho em empresa	45,4%	217
Autônomo	27,4%	131
Trabalho esporádico	4,1%	20
Desempregado	14,4%	69
Aposentado/pensionista	4,1%	20
Outros	2,7%	13
Estrato social (Abipeme)		
B	13,0%	62
C	48,9%	233
D	29,4%	140
E	8,6%	41
Situação conjugal		
Coabita com parceira sexual	60,1%	287
Tem parceira sexual s/ coabitar	15,7%	75
Solteiro	24,1%	115
Uso de substância psicoativa (Droga ilícita e/ou uso de álcool)		
Nenhuma substância psicoativa	1,68%	8
Apenas álcool	67,7%	323
Uso de álcool e drogas ilícitas	30,6%	248
Total	100,0%	477

4.2 Registros de queixas/diagnósticos psicológicos

Nos prontuários médicos, nervosismo/ansiedade (18,7%) foi o tipo de queixa/diagnóstico psicológico mais prevalente. Ainda foram encontrados registros relacionados à insônia (10%), seguidos por depressão (8,2%), irritabilidade/raiva (6,3%), confusão mental/problemas de memória (5,1%) e tentativa de suicídio (1,9%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Frequências das variáveis relacionadas a queixas/diagnósticos psicológicos registradas por prontuário. São Paulo, 2003

Queixas/Diagnósticos	%	n
Depressão	8,2%	34
Nervosismo/ansiedade	18,7%	77
Irritabilidade/raiva	6,3%	26
Insônia	10,0%	41
Confusão mental/ problema de memória	5,1%	21
Tentativa de suicídio	1,9%	8
Total	100,0%	410

NOTA: Queixa/diagnósticos registrados nos prontuários dos homens entrevistados (n=410).

4.3 Uso do serviço de saúde mental

Foram encontrados registros de entrevista ou consulta com psiquiatra em 18,6% dos prontuários médicos lidos, sendo a atividade assistencial mais utilizada pelos homens nestes serviços de saúde mental. Encontraram-se ainda registros de participação em atividade de grupo de saúde mental (8,4%) e de psicoterapia individual (7,1%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequências das variáveis relacionadas ao uso de atividades assistenciais de saúde mental nos serviços, a partir dos registros de prontuários. São Paulo, 2003

Consultas	%	n
Psicoterapia individual	7,1%	33
Psicoterapia em grupo	8,4%	39
Entrevista ou consulta com psiquiatra	18,6%	86
Total	100,0%	461

NOTA: Atividades assistenciais registradas nos prontuários dos homens entrevistados (n=461).

4.4 Sofrimento Mental

Dos 477 sujeitos, 29,4% (140) apresentaram algum sinal de sofrimento mental durante a utilização do serviço de atenção primária, por utilizar o serviço de saúde mental; por demanda espontânea ou encaminhamento, ou por registro de queixa/diagnóstico em outras atividades da clínica médica. Percebeu-se alta prevalência de qualquer um dos tipos de queixas/diagnósticos psicológicos registrados nos atendimentos de clínica médica, sendo que foi encontrado pelo menos um desses registros em 28,1% dos prontuários. Quanto ao uso do serviço de saúde mental, mais de 1/5 da amostra apresentou esse uso pelo menos uma vez, conforme a Tabela 4.

Deve-se salientar que, entre os homens que apresentaram queixa/diagnóstico psicológico, 1/3 (32,1%) deles não procurou o serviço de saúde mental (Figura 1). Além disso, 17,8% dos homens com sofrimento mental não possuíam registros de queixas/diagnósticos psicológicos no prontuário (Figura 2). Nesses casos, desconhece-se o que motivou a busca do serviço. Apesar disso, a variável sofrimento mental mostrou-se adequada, justamente por representar forte associação existente entre queixas/diagnósticos psicológicos e uso do serviço de SM ($p < 0,001$).

Tabela 4 – Frequência das variáveis relacionadas à presença de sofrimento mental, a partir dos registros de prontuários. São Paulo, 2003

Variáveis	%	n
Queixas/diagnósticos psicológicos		
Sim	28,1%	115
Não	71,9%	295
Total	100,0%	410
Alguma consulta na SM		
Sim	22,3%	103
Não	77,6%	358
Total	100,0%	461
Presença de sofrimento mental		
Sim	29,4%	140
Não	70,6%	337
Total	100,0%	477

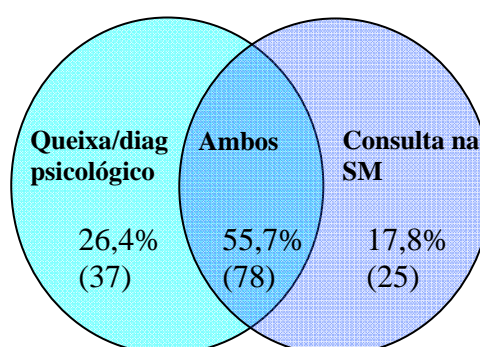


Figura 2. Sobreposição de queixas/diagnósticos psicológicos e uso do serviço de SM (n=140). São Paulo, 2003

4.5 Exposição à violência sofrida

Apenas um quinto da amostra não sofreu qualquer forma de violência (Tabela 5), o que demonstra alta prevalência de situações de violência sofrida entre os homens

(80,1%). Quando consideradas as formas psicológica, física e sexual, independente de sobreposições, têm-se respectivamente as taxas de 65,6% (n=313), 53,6% (n=221) e 7,1% (n=34) (esses dados não foram apresentados na referida tabela 5).

Quanto à recorrência, observou-se que a violência psicológica e a física caracterizaram-se pela repetição dos episódios. Já na violência sexual, observou-se maior prevalência em episódio único.

Apesar de a mais prevalente ser a violência psicológica, mais da metade dos sujeitos do estudo também vivenciaram violência física e/ou sexual (56,5%). A violência sexual foi pouco prevalente, e foi encontrada combinada com violência física na maioria das vezes. Em relação à recorrência, sofrer violência física e/ou sexual recorrente foi mais frequente do que sofrê-la em episódio único (Tabela 5).

Tabela 5 - Prevalência de violência sofrida. São Paulo, 2003

Tipo de Violência	%	n
Não sofreu	19,9%	95
Exclusivamente psicológica	23,4%	112
Física e/ou sexual em episódio único	22,4%	107
Física e/ou sexual recorrente	34,1%	163
Total	100,0%	477

Ao se categorizar as experiências de violência sofrida (psicológica, física e/ou sexual) pela idade em que ocorreram, percebeu-se que quase a metade dos homens as sofreu apenas após os 18 anos (44,0%) (Tabela 6). Apesar disso, praticamente um terço da amostra sofreu algum tipo de agressão durante a infância e/ou adolescência, antes dos 18 anos. Dois terços dos que sofreram violência na infância e/ou adolescência, também sofreram episódios na vida adulta (após os 18 anos), o que chama atenção para a magnitude da sobreposição de violência na infância e/ou adolescência e também na vida adulta.

Tabela 6 - Prevalência de violência sofrida por idade. São Paulo, 2003

Violência por idade	%	n
Não sofreu	20,1%	96
Sofreu violência antes dos 18 anos	35,8%	171
Sofreu violência somente após os 18 anos	44,0%	210
Total	100,0%	477

Foram analisadas as experiências de violência perpetrada, fossem elas psicológica, física ou sexual contra parceira íntima alguma vez na vida e/ou violência

física contra outros que não a parceira íntima, após os 18 anos. Percebeu-se que a maioria dos homens, além de sofrer, também perpetrou algum tipo de violência (Tabela 7), representando 64,8% (268) dos homens envolvidos em alguma forma de violência. Ainda entre eles, 27,6% (114) apenas sofreram e 7,5% (31) apenas perpetraram algum dos tipos de violências pesquisadas (Figura 3).

Tabela 7 – Prevalência de violências sofrida e/ou perpetrada. São Paulo, 2003

Formas de violência	%	n
Não se envolveu	13,4%	64
Apenas sofreu	23,9%	114
Apenas perpetrou	6,5%	31
Sofreu e perpetrou	56,1%	268
Total	100,0%	477

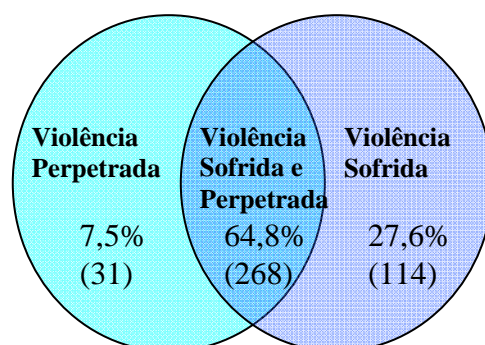


Figura 3. Sobreposição de violência sofrida e violência perpetrada contra parceira íntima e/ou contra outros após os 18 anos (n=413). São Paulo, 2003

Ao se analisar quem foram os agressores dos episódios de violência sofrida, observou-se que na violência psicológica, colegas de trabalho, conhecidos e estranhos apresentaram proporções bastante próximas, destacando-se 26,0% (80) para colegas de trabalho, entre os que sofreram esse tipo de agressão.

Surgiu outro padrão para violência física, com a maior proporção de violência sofrida por estranhos: 33,7% (85) agredidos por estranhos, seguidos por familiares (28,5% n=72) e por conhecidos e vizinhos (28,1% n=71).

A violência sexual tem em conhecidos e vizinhos os principais agressores, representando por 35,2% dos casos, mas tendo a parceira íntima como a segunda categoria mais importante, com 32,3% (11) das ocorrências. Em contrapartida, nas violências física e psicológica, a parceira íntima é agressora de menor proporção, bem menos importante.

4.6 Outras formas de violência

Neste tópico foram consideradas as violências perpetradas contra a(o) parceira(o); as violências apenas do tipo físico perpetradas contra outros que não a parceira após os 18 anos, e as violências testemunhadas na infância

Considerando-se as violências perpetradas contra parceiras, encontrou-se que pouco mais da metade dos homens a perpetraram, em qualquer dos tipos de atos (psicológico, físico e/ou sexual), considerando-se apenas os homens com alguma parceria afetivo-sexual na vida (n=469) (Tabela 8). As maiores taxas encontradas foram a da violência psicológica e física conjuntamente, seguida da exclusivamente psicológica.

No caso da violência física perpetrada, após os 18 anos, contra outros que não a parceira, registrou-se uma taxa de 32,9% (Tabela 8). Quando categorizadas as pessoas agredidas, observou-se que as principais vítimas das agressões foram estranhos, seguidos de conhecidos não familiares.

Mais da metade dos homens testemunharam alguma situação de violência na família durante a infância. Uma considerável parcela deles (22,2%) presenciou a mãe ser agredida fisicamente pelo pai ou companheiro dela (Tabela 8). Os demais testemunharam conflitos verbais em suas famílias, sendo que 35,4% deles poucas vezes e 22,8% muitas vezes.

Tabela 8 - Frequências das variáveis relacionadas a vivência de episódios de outras formas de violências associadas. São Paulo, 2003

Outras formas de violência	%	n
Violência perpetrada contra parceira íntima*		
Sim	51,1%	240
Não	48,8%	229
Violência física perpetrada contra outros após os 18 anos		
Sim	32,9%	157
Não	67,0%	320
Violência Perpetrada (VPI e/ou contra outros)		
Sim	62,6%	299
Não	37,3%	178

Outras formas de violência	%	n
Presenciou brigas na família de origem		
Poucas Vezes	35,4%	169
Muitas Vezes	22,8%	109
Nunca	41,7%	199
Presenciou a mãe ser agredida durante a infância		
Sim	22,2%	106
Não	72,3%	345
Não se aplica (não morava com os pais)	5,4%	26
Testemunho de violência na infância		
Sim	60,1%	287
Não	39,9%	190
Total	100,0%	477

* A violência contra parceira íntima inclui apenas os homens que já tiveram alguma parceria afetivo-sexual na vida (n=469).

4.7 Estudo das associações

Considerando primeiramente as principais características dos homens que apresentaram algum sinal de sofrimento mental, observou-se que há uma prevalência maior entre homens do que nos casados e nos que mantêm relação de parceria afetivo-sexual estável sem coabitar. Em relação à escolaridade, não se encontrou diferenças significativas, sendo que o mesmo ocorreu para estratificação socioeconômica e faixa etária.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas relacionadas ao testemunho de violência durante a infância entre os sujeitos com sofrimento mental, fossem elas ter presenciado brigas entre os pais e/ou ter presenciado a mãe ser agredida pelo pai ou companheiro (Tabela 9). Apesar disso, essa variável foi importante por representar fator de risco para violência sofrida na vida adulta, como aponta a literatura.

Analisando-se o uso de substância psicoativa (álcool e/ou drogas ilícitas) entre os homens com sofrimento mental, observou-se que a proporção de homens que utilizam álcool e drogas ilícitas é maior do que na amostra geral, e possui uma forte associação estatística. Compôs-se essa variável dessa maneira para enfatizar o impacto do uso concomitante de tais drogas.

Tabela 9 - Frequência das variáveis relacionadas a sofrimento mental, registrados em prontuário, por variáveis sociodemográficas, violências associadas e uso de substâncias psicoativas. São Paulo, 2003

Ajustes	Sofrimento mental		Valor de p
	Não	Sim	
Idade (anos)			0,085
De 18 a 24	80,4% (74)	19,6% (18)	
De 25 a 34	72,2% (91)	27,8% (35)	
De 35 a 44	69,8% (81)	30,2% (35)	
De 45 a 54	64,9% (72)	35,1% (39)	
De 55 a 60	59,4% (19)	46,4% (13)	
Situação conjugal			0,000
Coabita com parceira sexual	77,3% (222)	22,7% (65)	
Tem parceira sexual s/ coabitar	70,7% (53)	29,3% (22)	
Solteiro	53,9% (62)	46,1% (53)	
Estrato socioeconômico (Abipeme)*			0,21
B	61,2% (38)	38,7% (24)	
C	74,7% (174)	25,3% (59)	
D	69,3% (97)	30,7% (43)	
E	65,8% (27)	34,1% (14)	
Grau de escolaridade (anos de estudo)			0,442
De 0 a 4	70,7% (94)	29,3% (39)	
De 5 a 8	70,9% (112)	29,1% (46)	
De 9 a 11	73,1% (109)	26,9% (40)	
De 12 a mais	59,5% (22)	40,5% (15)	
Testemunho de violência na infância			0,236
Não	73,7% (140)	26,3% (50)	
Sim	68,6% (197)	31,4% (90)	
Uso de substância psicoativa (Droga ilícita e/ou uso de álcool)			0,04
Nenhuma substância psicoativa	62,4% (5)	37,5% (3)	
Apenas álcool	74,3% (240)	25,7% (83)	
Uso de álcool e drogas ilícitas	63,0% (92)	37,0% (54)	
Total	70,6% (337)	29,4% (140)	

* 01 missing por não resposta e não houve casos no estrato A.

4.8 Violência por tipo

Ao se analisar o cruzamento das queixas/diagnósticos psicológicos com violência sofrida, constatou-se que depressão, nervosismo/ansiedade, raiva/irritabilidade alta e insônia/distúrbio de sono tiveram forte associação com violência. Já para

“problemas de memória/ confusão mental” e “tentativa de suicídio” não se encontrou associação.

A maior parte dos prontuários médicos com registros de queixas/diagnóstico relacionados ao tema foi de homens que referiram sofrer alguma forma de violência. Dentre os homens com registros relacionados à depressão e irritabilidade/raiva, chama atenção a pequena parcela que sofreu apenas violência psicológica, sendo que a maior parte sofreu pelo menos dois dos três tipos de violência pesquisados, principalmente de maneira recorrente.

Ainda dentre os registros de raiva/irritabilidade, apenas um homem não sofreu episódios de violência. Percebeu-se também que quase a metade dos homens com registros dessa queixa/diagnóstico sofreu violência física e/ou sexual recorrente.

Em relação ao registro mais prevalente, ansiedade/nervosismo, 89,6% dos homens com registros desses sintomas em seus prontuários referiram, durante as entrevistas, ter sofrido situações de violência, sendo que mais da metade destes sofreram violência física e/ou sexual mais de uma vez na vida.

Ao se considerar a presença de qualquer queixa/diagnóstico psicológico, constatou-se forte associação com sofrer violência ($p < 0,001$), já que 87,9% dos prontuários com essa queixa eram de homens que referiram ter sofrido alguma forma de violência, principalmente violência física e/ou sexual recorrente (45,2%; $n=52$).

Chama atenção também a presença dos três tipos de violência entre os que referiram esse tipo de queixa/diagnóstico, já que 15,6% (18) desses eram de homens que sofreram apenas violência psicológica.

Em relação ao uso dos serviços de saúde mental, foram encontradas associações entre violência e as diversas consultas em saúde mental. Entre os 103 prontuários com algum registro de atividade assistencial de saúde mental, apenas 13,5% eram de homens que referiram não ter sofrido episódio de violência na vida. Assim, constatou-se que os homens que frequentaram os serviços de saúde mental tinham maior prevalência de violência sofrida, sendo que quase a metade deles chegou a sofrer violência física e/ou sexual recorrente.

Dentre as atividades assistenciais examinadas no modo de uso dos serviços, a entrevista ou consulta com médico foi a mais utilizada, e também a que mostrou maior associação com sofrer violência ($p=0,001$). Dentre os 33 homens que frequentaram psicoterapia individual, apenas 6% ($n=2$) não referiram sofrer qualquer forma de violência.

Analisando-se os homens que apresentaram alguma forma de sofrimento mental em geral (queixa/diagnóstico psicológico e/ou uso do serviço de SM), observou-se que quase a metade deles (45,7%) havia sofrido situações de violência física e/ou sexual mais de uma vez na vida, seguidos dos 25,7% que sofreram apenas uma vez na vida (Tabela 10). É importante ressaltar que a prevalência de violência sofrida nesse grupo é maior do que na amostra como um todo, sendo de 85,8% e 80,1%, respectivamente. Além de se encontrar, mais uma vez, associação estatística entre esses dois eventos ($p < 0,001$).

Tabela 10 - Frequências das variáveis relacionadas a sofrimento mental, registrados em prontuário, por tipo de violência sofrida. São Paulo, 2003

	<i>Não Sofreu</i>	<i>Exclusivamente Psicológica</i>	<i>Física e/ou Sexual em episódio único</i>	<i>Física e/ou Sexual Recorrente</i>	<i>Total</i>	<i>Valor de p</i>
Tipos de queixa/diagnóstico psicológico (n=410)						
Depressão	14,7% (5)	3,0% (1)	29,4% (10)	53,0% (18)	100,0% (34)	0,009
Ansiedade	10,4% (8)	15,6% (12)	28,6% (22)	45,5% (35)	100,0% (77)	0,009
Irritabilidade/raiva	3,9% (1)	7,7% (2)	19,2% (5)	69,2% (18)	100,0% (26)	0,001
Insônia	7,3% (3)	17,0% (7)	19,5% (8)	56,1% (23)	100,0% (41)	0,017
Tentativa de suicídio	25,0% (2)	0,0% (0)	25,0% (2)	50,0% (4)	100,0% (8)	0,443
Confusão mental	19,0% (4)	4,7% (1)	23,8% (5)	52,3% (11)	100,0% (21)	0,145
Qualquer queixa/diagnóstico psicológico	12,1% (14)	15,6% (18)	26,9% (31)	45,2% (52)	100,0% (115)	0,001
Uso do Serviço de SM (n=461)						
Psicoterapia individual	6,0% (2)	21,2% (7)	33,3% (11)	39,3% (13)	100,0% (33)	0,13
Psicoterapia em grupo	12,8% (5)	17,9% (7)	25,6% (10)	43,5% (17)	100,0% (39)	0,407
Entrevista ou consulta com médico	15,1% (13)	9,3% (8)	27,9% (24)	47,6% (41)	100,0% (86)	0,001
Qualquer consulta de SM	13,5% (14)	11,6% (12)	26,2% (27)	48,5% (50)	100,0% (103)	<0,001
Sofrimento Mental (n=477)	14,2% (20)	14,2% (20)	25,7% (36)	45,7% (64)	100,0% (140)	<0,001

4.9 Análise multivariada por tipo de violência

Na análise univariada foi observado que apenas a violência sofrida do tipo exclusivamente psicológico não mostrou associação com presença de sofrimento mental. (Tabela 11).

No Modelo Múltiplo 1, após ajuste com as características sócio-demográficas (faixa etária, situação conjugal e escolaridade), percebeu-se que houve uma interação do tipo sinérgica, ou seja, aumento na força da associação para todos os tipos de violência, exceto a exclusivamente psicológica que continuou sem associação. (Tabela 11).

No Modelo Múltiplo 2, com a inclusão da variável “violência testemunhada na infância”, foi observada associação dos mesmos tipos de violência como no modelo anterior, além do ajuste da magnitude da razão de prevalência.

Após o ajuste por uso de substância psicoativa (Modelo Final - Tabela 11), observou-se que apenas a violência física e/ou sexual recorrente foi associada ao sofrimento mental, com ajuste da magnitude da razão de prevalência. No caso desse tipo de violência sofrida em um único episódio, o uso de substâncias psicoativas fez com que a associação com sofrimento mental se tornasse limítrofe. Nesse modelo, a fração atribuível à violência física e/ou sexual recorrente no sofrimento mental dos homens foi de 30,4%.

Tabela 11 - Modelo estatístico confirmatório de regressão Poisson com cálculo de variância robusta para sofrimento mental, São Paulo, 2003

Sofrimento Mental (n=477)	RP bruta	IC	Mod. 1	IC	Mod. 2	IC	Modelo Final	IC
Não sofreu	1		1		1		1	
Violência exclusivamente psicológica	0,84	0,48-1,48	0,95	0,55-1,66	0,94	0,54-1,64	0,92	0,53-1,62
Violência física e/ou sexual em episódio único	1,59	1,00-2,56	1,62	1,02-2,58	1,59	1,00-2,54	1,53	0,96-2,44
Violência física e/ou sexual recorrente	1,86	1,20-2,87	1,94	1,26-2,98	1,87	1,21-2,90	1,75	1,13-2,72

NOTA: Modelo ajustado por faixa etária, situação conjugal, escolaridade, testemunho de violência durante a infância, uso de substância psicoativa.

4.10 Violência por idade

Em relação ao período de vida em que ocorreram as situações de violência, constatou-se que mais da metade dos homens com registros de queixas/diagnósticos psicológicos haviam sofrido violência durante a infância e/ou adolescência, seguidos por um terço que sofreu somente na vida adulta.

Percebeu-se que a proporção de sujeitos que sofreram violência antes dos 18 anos foi maior para todos os tipos de queixas/diagnóstico consideradas, destacando-se, nesse caso, os sujeitos com depressão (70,5%), irritabilidade/raiva (69,2%) e insônia (58,5%). Apenas tentativa de suicídio e confusão mental/ dificuldades de memória não tiveram associação estatística com sofrer violência por idade (Tabela 12).

Assim como em queixas/diagnósticos psicológicos, mais da metade dos homens que utilizaram alguma atividade assistencial do serviço de saúde mental sofreram violência antes dos 18 anos, sendo que essa afirmação é válida para todos os tipos de atividades assistenciais de saúde mental. Mais da metade dos homens que haviam passado por consulta com médico no serviço de SM chegou a sofrer alguma agressão durante a infância e/ou adolescência. Enquanto, apenas um terço desses pacientes sofreu violência apenas na vida adulta. É claro que não se pode deixar de apontar a alta prevalência de violência em todas as fases da vida dos homens, principalmente entre aqueles que buscam os serviços de saúde mental, tanto que apenas psicoterapia em grupo, entre as atividades assistenciais, não foi associada à sofrer violência em algum período da vida.

Ao se agregarem queixas/diagnósticos psicológicos a uso do serviço de SM, constatou-se novamente que exatamente a metade dos homens com algum sofrimento mental referiu ter sofrido violência na infância e/ou adolescência, e outro terço da amostra referiu ter sofrido apenas na vida adulta. Com isso, percebeu-se a alta prevalência de sobreposição de violência na infância e/ou adolescência com sofrer violência na vida adulta. Pode-se afirmar que a maioria dos sujeitos com sofrimento mental foi exposta a vivência de algum tipo de agressão em mais de um período da vida.

Tabela 12 - Frequências das variáveis relacionadas a sofrimento mental, registrados em prontuário, por violência por idade. São Paulo, 2003

	Não Sofreu	Sofreu violência antes dos 18 anos	Sofreu violência somente após os 18 anos	Total	Valor de p
Tipos de queixa/diagnóstico psicológico (n=410)					
Depressão	14,7% (5)	70,5% (24)	14,7% (5)	100,0% (34)	<0,001
Ansiedade	10,3% (8)	55,8% (43)	33,7% (26)	100,0% (77)	<0,001
Irritabilidade/raiva	3,8% (1)	69,2% (18)	26,9% (7)	100,0% (26)	0,001
Insônia	7,3% (3)	58,5% (24)	34,1% (14)	100,0% (41)	0,003
Tentativa de suicídio	25,0% (2)	37,5% (3)	37,5% (3)	100,0% (8)	0,882
Confusão mental	19,0% (4)	57,1% (12)	23,8% (5)	100,0% (21)	0,07
Qualquer queixa/diagnóstico psicológico	12,1% (14)	54,7% (63)	33,0% (38)	100,0% (115)	<0,001
Uso do serviço de SM (n=461)					
Psicoterapia Individual	6,0% (2)	54,5% (18)	39,4% (13)	100,0% (33)	0,033
Psicoterapia em grupo	12,8% (5)	51,2% (20)	35,9% (14)	100,0% (39)	0,114
Entrevista ou consulta com médico	15,1% (13)	51,1% (44)	33,7% (29)	100,0% (86)	0,006
Qualquer consulta de SM	13,6% (14)	51,4% (53)	34,9% (36)	100,0% (103)	0,001
Sofrimento mental (n=477)	14,3% (20)	50,0% (70)	35,7% (50)	100,0% (140)	<0,001

4.11 Análise multivariada de violência por idade

No segundo modelo confirmatório desenvolvido nesse estudo, analisou-se a presença de sofrimento mental em relação ao período de vida em que ocorreram situações de violência. Na análise univariada, constatou-se que a presença de sofrimento mental esteve associada a sofrer violência antes dos 18 anos, sendo esta uma associação bastante significativa (Tabela 13). No Modelo 1 (Tabela 13), a inclusão das variáveis sócio-demográficas fez com que o ajuste por faixa etária destacasse a associação entre sofrimento mental na vida adulta e sofrer violência na infância e/ou adolescência, aumentando sua força de associação. A inclusão da variável sobre testemunho de violência durante a infância, no modelo 2 (Tabela 13), interferiu pouco na relação estudada, diferentemente, do efeito causado pela inclusão da variável uso de substância psicoativa no modelo final (Tabela 13), que corrigiu as razões de prevalência, diminuindo a força de associação que, mesmo assim, manteve-se significativa.

Portanto, pode-se dizer que desenvolver sofrimento mental na vida adulta tem relação estatisticamente significativa com sofrer violência na infância e/ou adolescência, independentemente das características sócio-demográficas, testemunho de violência na infância e uso de alguma substância psicoativa. Fazendo-se o cálculo do risco atribuível a ter sofrido violência na infância e/ou adolescência para o sofrimento mental dos homens, a fração atribuível foi de 61,4%.

Tabela 13 - Modelo estatístico confirmatório de regressão de Poisson com cálculo de variância robusta para sofrimento mental com exposição à violência sofrida por idade, São Paulo, 2003

Sofrimento Mental (n=477)*	RP bruta	IC	Mod. 1	IC	Mod. 2	IC	Modelo Final	IC
Não Sofreu	1		1		1		1	
Sofreu violência na antes dos 18 anos	1,96	1,27-3,02	2,13	1,39-3,27	2,07	1,34-3,19	1,93	1,25-3,00
Sofreu violência apenas após os 18 anos	1,14	0,72-1,80	1,18	0,75-1,87	1,17	0,74-1,85	1,12	0,71-1,77

NOTA: Modelo ajustado por faixa etária, situação conjugal, escolaridade, testemunho de violência durante a infância, uso de substância psicoativa.

4.12 Violência sofrida e perpetrada

Para compreender melhor o impacto da violência perpetrada sobre a relação entre presença de sofrimento mental e sofrer algum tipo de violência, foram analisadas as variáveis relacionadas à saúde mental em exposição à violência sofrida e perpetrada.

Constatou-se que mais da metade dos homens com registros de queixas/diagnósticos psicológicos havia também perpetrado algum tipo de violência (VPI psicológica, física e/ou sexual na vida e/ou violência física contra outros após os 18 anos) além de sofrê-la. Apenas 6,9% dos que tinham registro de desse tipo de queixa/diagnóstico não se envolveram em qualquer tipo de violência e, ainda, um quarto deles apenas sofreu violência, sem perpetrá-la. Apesar disso, percebeu-se que ao incluir a violência perpetrada na análise dos dados, apenas a queixa/diagnóstico de ansiedade/nervosismo se manteve significativamente associada, sendo que todos os outros tipos perderam a significância, incluindo a variável “qualquer queixa/diagnóstico psicológico”. Pensa-se que isso é devido à alta prevalência da sobreposição de violência sofrida e perpetrada entre os que apresentaram esse tipo de queixa/diagnóstico.

O mesmo ocorreu com as atividades assistências do serviço de SM. A maioria dos homens que utilizou esse setor do serviço de saúde sofreu e perpetrou violência, principalmente, entre os que participaram de psicoterapia em grupo, mas essas associações não foram significantes, o que nos leva a supor que a violência perpetrada influencia na relação entre sofrimento mental e violência sofrida (Tabela 14).

Tabela 14 - Frequências das variáveis relacionadas a sofrimento mental, registrados em prontuário, por formas de violência. São Paulo, 2003

	Não Sofreu	Apenas sofreu violência	Apenas perpetrou violência	Sofreu e perpetrou violência	Total	Valor de p
Tipos de Queixa/diagnóstico psicológico (n=410)						
Depressão	8,8% (3)	17,6% (6)	5,8% (2)	67,6% (23)	100,0% (34)	0,57
Ansiedade	3,9% (3)	24,7% (19)	6,5% (5)	64,9% (50)	100,0% (77)	0,049
Irritabilidade/raiva	3,8% (1)	19,2% (5)	0,0% (0)	76,9% (20)	100,0% (26)	0,125
Insônia	4,9% (2)	24,4% (10)	2,4% (1)	68,2% (28)	100,0% (41)	0,217
Tentativa de suicídio	25,0% (2)	37,5% (3)	0,0% (0)	37,5% (3)	100,0% (8)	0,495
Confusão mental	19,0% (4)	33,3% (7)	0,0% (0)	47,6% (10)	100,0% (21)	0,413
Qualquer queixa/diagnóstico psicológico	6,9% (6)	25,2% (29)	5,2% (6)	62,6% (72)	100,0% (115)	0,096
Uso do Serviço de SM (n=461)						
Psicoterapia Individual	3,0% (1)	24,2% (8)	3,0% (1)	68,7% (23)	100,0% (33)	0,193
Psicoterapia em Grupo	2,5% (1)	20,5% (8)	10,2% (4)	66,7% (26)	100,0% (39)	0,1
Entrevista ou consulta com médico	9,3% (8)	25,6% (22)	5,8% (5)	59,3% (51)	100,0% (86)	0,621
Qualquer consulta de SM	7,8% (8)	22,3% (23)	5,8% (6)	64,0% (66)	100,0% (103)	0,151
Sofrimento Mental (n=477)	7,9% (11)	24,3% (34)	6,4% (9)	61,4% (86)	100,0% (140)	0,136

4.13 Análise Multivariada de violência sofrida e perpetrada

No terceiro modelo confirmatório desenvolvido, analisou-se a relação entre presença de algum sofrimento mental e o envolvimento em episódios de violência de diferentes formas: só perpetrada; só sofrida, e as duas formas conjuntamente, perpetrada e sofrida. Na análise univariada, encontrou-se que apenas quando havia as duas formas conjuntas de violência foi verificada associação com sofrimento mental (Tabela 15), a qual se manteve após a inclusão das variáveis sociodemográficas (Modelo1). Em contrapartida, com a inclusão dos ajustes relacionados a testemunho de violência na infância, todos os tipos de violência sofrida diminuíram sua força de associação. Apenas sofrer e perpetrar violência conjuntamente se manteve associada. (Tabela 15 – Modelo 2).

No modelo final (Tabela 15), após o ajuste por uso de substância psicoativa, observou-se “só perpetrar violência” foi a forma estudada com menor relação com sofrimento mental, o que pode ser devido ao número de casos muito pequeno. Enquanto “só sofrer violência” nem se mostrou associada (RP: 1,68; IC95% 0,92-3,09). Portanto,

percebeu-se que as duas formas conjuntas de violência sofrida e também perpetrada é a que tem relação com os agravos à saúde mental representando como fração atribuível de 33,3%.

Tabela 15 - Modelo estatístico confirmatório de regressão de Poisson com cálculo de variância robusta para sofrimento mental com exposição à sobreposição de formas de violência, São Paulo, 2003

Sofrimento Mental (n=477)*	OR bruto	IC	Mod.1	IC	Mod.2	IC	Modelo Final	IC
Não se envolveu	1		1		1		1	
Apenas sofreu violência	1,73	0,94-3,18	1,76	0,96- 3,23	1,7	0,93- 3,14	1,68	0,91-3,08
Apenas perpetrou violência	1,68	0,78-3,64	1,75	0,81-3,78	1,66	0,77-3,59	1,66	0,75-3,65
Perpetrou e sofreu violência	1,86	1,06- 3,28	2,05	1,16-3,62	1,94	1,10-3,43	1,8	1,02-3,19

NOTA: Modelo ajustado por faixa etária, situação conjugal, escolaridade, testemunho de violência durante a infância, uso de substância psicoativa.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo é pioneiro no Brasil por apresentar dados sobre a saúde mental masculina, tema pouco pesquisado, em especial quando se trata de transtornos mentais não-psicóticos, e também por buscar compreender suas interações com diferentes formas de violências: doméstica e não doméstica; sofrida e perpetrada.

5.1 Homens e sofrimento mental

A categoria sofrimento mental é mais utilizada em estudos qualitativos da temática de saúde mental, e também em alguns estudos sobre saúde do trabalhador (Brant et al., 2004). Trata-se de uma concepção de enfermidade que não se caracteriza como um adoecimento no sentido médico do termo, ou seja, não é passível de enquadramento em um diagnóstico do CID-10, mas representa um incômodo reconhecido pelo sujeito, que espera uma intervenção do serviço de saúde.

A criação dessa variável para o presente estudo se deu em razão da pesquisa maior não ter dados sobre transtorno mental comum (TMC), categoria muito utilizada nos estudos de epidemiologia psiquiátrica e com ampla produção sobre prevalências e fatores associados. Por isso, o sofrimento mental aqui considerado, e que engloba o TMC, será discutido com a literatura que em geral usa o TMC como referência.

A prevalência de sofrimento mental entre homens neste estudo (29,4%), pelo modo como se compôs essa variável, poderia representar uma taxa maior do que a encontrada em outros estudos sobre saúde mental de homens usuários de serviços, geralmente baseados em TMC. Também considerando ser estudo com usuários, a presente prevalência poderia ser maior que a taxa de estudos populacionais. No entanto, constitui uma taxa menor do que a apresentada em estudo de Fortes (2004), que entrevistou 714 pacientes de 18 a 65 anos em unidades de Saúde da Família de Petrópolis-RJ e encontrou uma prevalência de 39,2% de TMC entre os homens. Esses resultados são muito importantes como efeito comparativo aos obtidos no presente estudo, por ser uma população bastante semelhante, tratando-se de mesma faixa etária e tipo de estudo e por ser uma amostra também de serviço de saúde. A diferença encontrada pode residir no fato de que, no presente caso, os dados resultam de registro

em prontuário e não da aplicação de questionário entre os pesquisados. Com isso, pode ter ocorrido desqualificação de registro frente a uma queixa espontânea do usuário ou não preocupação diagnóstica com agravos em saúde mental, por parte dos profissionais (Figueiredo, 2005). Outra possibilidade, ainda, é o fato de que os usuários podem ter menor apresentação desse tipo de agravo de modo espontâneo, como aponta a literatura de gênero (Couto et al., 2010; Figueiredo, 2005). De fato, como se considerará mais adiante, no uso dos serviços os homens podem não achar importante trazer essa demanda, enquanto que a entrevista, mesmo com usuários, constitui uma busca ativa de casos.

Em contrapartida, e levando em conta que estudos com homens usuários e agravos à saúde mental são escassos, os estudos populacionais mostram uma ampla faixa de variação de prevalências, tanto em pesquisas no exterior quanto no Brasil, estando a taxa aqui observada dentro do leque de variação apontado na literatura. Deverill e King (2009) mostram, por exemplo, que um em cada oito homens no Reino Unido tem transtorno mental comum, o que representaria 12,5% da população masculina. Enquanto isso, Kessler et al. (1994) identificaram algum distúrbio psiquiátrico durante a vida em 48,7% dos homens de sua amostra em um estudo populacional nos EUA.

No Brasil, Ludermir (2000) encontrou que 20,7% dos 266 homens pesquisados foram identificados com sintomas de TMC em estudo transversal populacional conduzido em Olinda, PE, com 621 pessoas com mais de 15 anos que responderam ao SQR-20. Esse dado é bastante parecido com os resultados do estudo de Lima et al. (1999) em Pelotas, que identificou transtorno psiquiátricos menores (nomenclatura dada anteriormente aos TMC) em 17,9% dos homens entrevistados. Esses dois trabalhos apresentam prevalências menores que as do presente estudo, mas isso é esperado em razão de serem estudos populacionais.

Ainda em comparação com a literatura, no presente estudo a maior parte dos homens com sofrimento mental era solteiro, o que corrobora a constatação de Ludermir et al. (2008) de que ser solteiro aumenta o risco para agravos à saúde mental.

Analisando-se pormenorizadamente os componentes dos agravos à saúde mental em diferentes estudos em relação ao presente caso, viu-se que 8,2% dos homens tinham registro de depressão nos prontuários, taxa similar em comparação com a encontrada por Jewkes et al. (2010) em um estudo populacional na África do Sul com jovens de 15 a 26 anos, em que 7,2% dos 1367 homens entrevistados apresentaram diagnóstico de

depressão. No entanto, a taxa encontrada no presente estudo é bem menor do que o apontado por Fleck et al. (2002), que encontrou sintomas depressivos em 16,2% dos homens usuários de um serviço de atenção primária à saúde em Porto Alegre. Isso pode ser explicado pelo mencionado sub-registro dos profissionais, produzindo taxas menores na coleta de dados por meio de prontuários. Mas é interessante notar que no estudo de Fortes (2004), de desenho bastante similar ao presente caso, sintomas de ansiedade foram os mais encontrados nos resultados do presente estudo. Já sintomas depressivos, a segunda causa maior encontrada entre os pesquisados por Fortes (2004), constituíram apenas a terceira causa de sofrimento mental no presente estudo, sendo, nesse caso, sintomas de insônia a segunda causa. No entanto, é possível dizer que há grande convergência entre esses resultados, considerando-se as três principais causas de agravos à saúde mental.

Considerando agora a própria invisibilidade de agravos à saúde mental na população masculina, em razão do modo como os homens usam os serviços de saúde, estudos internacionais (Peate, 2010) corroboram a subnotificação de demanda espontânea, tal como usada no presente estudo. Apontam que os homens, muitas vezes, não são conscientes de seus problemas mentais, tendo dificuldades para reconhecer distúrbios emocionais e buscar ajuda especializada para essas questões. Ainda apontam que muitos homens desconhecem serviços de saúde que ofereçam atenção a essas queixas.

Embora a taxa aqui encontrada possa estar subestimada, ainda assim um quinto dos homens buscou atendimento no serviço de saúde mental e havia queixas relacionadas às questões psicológicas registradas em quase um terço dos prontuários médicos, o que demonstra que os homens chegam a demandar atenção à saúde mental. Assim, pode-se questionar se são os homens que não demandam intervenções em saúde mental ou se são os próprios serviços de saúde que não consideram essas queixas como passíveis de intervenção, mantendo-as como necessidades de saúde masculina negligenciadas pelos profissionais e excluídas da organização de ações programáticas dos serviços.

É nesse sentido que o presente estudo busca colaborar, ao apontar para uma primeira estimativa quanto à demanda por serviços de saúde mental pela população masculina, e ao indicar quanto isso está relacionado a sofrer e perpetrar violências, dimensões ainda menos exploradas nos serviços como necessidades de saúde.

É claro que não se pode deixar de ressaltar as maiores dificuldades que os homens enfrentam em expressar fragilidade emocional. Afinal, há um estereótipo de gênero que a associa à fraqueza (Anselmi et al., 2008) e também à “frescura”, o que colocaria a concepção de masculinidade em questionamento (Nascimento, 2001). No entanto, mesmo com tamanha dificuldade de expressar a queixa e acessar os serviços de atenção primária, ainda sim uma grande parcela dos homens buscou ativamente cuidados dirigidos a seus sofrimentos mentais.

5.2 Relação entre sofrimento mental e violência

Neste estudo, apresentar sofrimento mental foi associado a sofrer algum episódio de violência entre homens usuários de serviços de atenção primária à saúde, embora dado o tipo de estudo realizado (transversal), nada se possa afirmar relativamente à sequência temporal desses eventos. Contudo, a constatação anterior cabe mais à vida adulta, pois a violência sofrida na infância e/ou adolescência relativamente ao sofrimento mental expresso por esses homens de mais de 18 anos, pode indicar que essa violência antecedeu o quadro de sofrimento mental.

5.2.1 Sofrimento mental, tipos de violência e suas recorrências

Nossos resultados mostram que sofrer violência física e/ou sexual de modo recorrente está associado a sofrimento mental, o que não acontece com sofrer violência exclusivamente psicológica. A ausência de associação com a agressão psicológica de maneira exclusiva pode ser explicada pela baixa prevalência da ocorrência da forma pura de qualquer dos tipos de violência estudados (psicológico, físico e/ou sexual). Schraiber et al. (aprovado, aguardando publicação) apontam que, entre homens, os tipos de violência ocorrem concomitantemente, sendo altas as prevalências de sobreposição, principalmente dos tipos psicológico e físico.

Uma série de estudos internacionais tem encontrado associações consistentes entre sofrer algum tipo de violência e agravos à saúde mental (Rhodes et al, 2009; Kaminer et al., 2008; Magdol et al.,1997; Acierno et al., 1997). Ainda sim, a maioria deles tem focado em um tipo de violência em particular: VPI (violência por parceira íntima), havendo ainda pouca produção científica sobre violência urbana e comunitária. Por isso, o atual estudo contemplou tanto as violências sofridas por parceira íntima; por

familiares no ambiente doméstico, e por amigos, conhecidos e estranhos no espaço público.

Em estudo populacional na África do Sul, Kaminer et al. (2008) abordam episódios de violência urbana e também doméstica como neste estudo, e encontram uma razão de prevalência de 2,2 (IC95% 1,1-4,57) maior para o diagnóstico de transtorno pós-traumático durante a vida entre homens que haviam sofrido pelo menos uma forma de violência (doméstica, criminal e política), sendo que sofrer múltiplos tipos de violência é mais patogênico.

Esse estudo sul-africano converge com os resultados deste estudo, tanto em relação à magnitude da RP encontrada, visto que a RP de violência física e/ou sexual recorrente entre os sujeitos com sofrimento mental foi de 1,75 (IC95% 1,13-2,72), quanto pelo fato de comprovar a força do impacto do maior número de episódios de violência de qualquer tipo sobre a associação com agravos à saúde mental.

Estudos brasileiros que pesquisam a relação entre sofrimento mental e violência não oferecem uma categorização por sexo, dificultando a discussão sobre como a violência interfere diretamente sobre a saúde mental de homens, em especial quando se trata de TMC, que tem uma prevalência menor no sexo masculino. Mesmo assim, é relevante apresentar estudo de Lopes et al. (2008), o qual, em uma amostra de 3.253 funcionários de uma universidade do estado do Rio de Janeiro, afirma que experimentar violência física mais de uma vez na vida está associado com um maior risco relativo (RR: 1,19) de desenvolver algum TMC, sendo que 26,5% dos sujeitos com TMC foram expostos a violência física em pelo menos uma das duas fases da pesquisa. Os autores ainda apontam que há um efeito cumulativo: quanto mais episódios de violência física, maior é a probabilidade de desenvolver TMC.

O fator de efeito cumulativo dos episódios de violência sobre a saúde mental também é apontado por Lima et al. (1999) que afirmam existir maior prevalência de transtornos psiquiátricos menores (antiga nomenclatura dada a TMC), cerca de 60%, em pessoas que vivenciaram eventos de vida estressantes, sendo que a ocorrência de mais de um desses eventos aumenta proporcionalmente a probabilidade de transtornos psiquiátricos menores. Conforme Onocko Campos e Gama (2008, p.210), “[...] a acumulação de muitos fatores negativos ocorrendo simultaneamente contribui mais para o aparecimento de problemas mentais que a presença de fatores de estresse isolados, independente de sua magnitude”. Apesar de não terem sido encontrados estudos apenas com homens, pode-se utilizar como contraponto a vasta produção sobre as repercussões

da violência sobre a saúde da mulher. Esses estudos também apontam que sofrer VPI repetidas vezes tem associação com diagnósticos e/ou queixas psico-emocionais, sendo este um efeito cumulativo (Schraiber et al., 2010c).

O presente estudo reiterou que, assim como nas mulheres, sofrer violência física e/ou sexual uma vez na vida tem menor relação com sofrimento mental do que sofrer violência física e/ou sexual poucas ou muitas vezes.

O uso de substância psicoativa mostrou ser uma importante variável de ajuste. Os resultados do presente estudo comprovam achados da bibliografia consultada, a qual aponta interação entre sofrimento mental e uso de alguma substância psicoativa. O abuso de álcool ou outras drogas seria uma comorbidade associada a algum transtorno psiquiátrico na vida em pelo menos 56,8% dos homens de um estudo populacional nos EUA (Kessler et al., 1997), o que explicaria a diminuição da força de associação no modelo estatístico desenvolvido.

Contudo, a repetição de episódios de violência sobrepõe o efeito causado pelo uso de substância psicoativa sobre a saúde mental e se mantém associada a agravos à saúde mental dos homens, seja como causa desses ou como consequência, visto que, neste estudo, não se teve informações relacionadas à temporalidade dos eventos. Mesmo assim, pode-se afirmar que, considerando 30,4% de risco atribuível à violência física e/ou sexual recorrente, os casos de sofrimento mental diminuiriam nessa proporção, caso não existissem as ocorrências daquela violência. Essas afirmações ganham ainda mais importância ao se refletir sobre os significados simbólicos dos atos de violência na constituição social da masculinidade. As situações de violência são naturalizadas como partes integrantes do processo de tornar-se homem, sendo legitimadas e, muitas vezes, justificadas por razões biológicas (Schraiber et al, 2005a). A naturalização desses atos dificulta que suas repercussões sejam encaradas como necessidades de saúde, ainda mais por serem valorizadas pelas exigências socioculturais da masculinidade, o que as torna também geradoras de comportamentos que expõem os homens a fatores de risco prejudiciais à saúde (Schraiber et al., 2005a). É interessante apontar também que o mesmo processo acontece com o uso de substâncias psicoativas, considerado uma variável de ajuste nesse estudo e também promotor de sofrimento mental na população masculina e ainda, valorizado como elemento de afirmação e engrandecimento da masculinidade.

5.2.2 Sofrimento mental e violência por período de vida

Poucas associações na literatura de saúde mental são tão bem estabelecidas como a relação entre sofrer violência psicológica, física e/ou sexual na infância e consequências psicológicas adversas na vida adulta (Horwitz et al., 2001). Este estudo reitera essa proposição ao revelar que os homens com sofrimento mental na vida adulta têm 1,93 vezes mais chance de ter sofrido algum episódio de violência psicológica, física e/ou sexual durante a infância e/ou adolescência. Além disso, esses episódios representaram 61,4% dos casos de sofrimento mental, conforme visto no cálculo de fração atribuível. Em contraponto, sofrer violência apenas na vida adulta não tem qualquer relação com a presença de algum sofrimento mental.

Em estudo caso-controle desenvolvido em uma cidade do meio-oeste norte-americano a partir de registros de ocorrências criminais relacionadas a abuso sexual, agressão física e/ou negligência durante a infância com sujeitos entrevistados aos 28 anos de idade em média (641 casos e 510 controles), Horwitz et al. (2001) encontram sintomas de transtorno antissocial em 27% dos homens que haviam sofrido alguma violência durante a infância, enquanto apenas 17% dos controles tiveram o mesmo agravo. Além desse sofrimento mental, o estudo ainda relata que os casos apresentaram também taxas consideravelmente mais elevadas de praticamente todos os tipos de psicopatologias pesquisados, incluindo depressão, abuso de álcool e uso de drogas ilícitas, transtornos de personalidade, e transtorno de ansiedade generalizada.

Estudo de Kaminer et al. (2008) discutido anteriormente também identificou o abuso físico na infância como uma das formas de violência mais patogênicas, tendo associação com transtorno pós-traumático na vida adulta.

Lima et al. (1999) afirmam que há uma maior prevalência de transtornos psiquiátricos menores (antiga nomenclatura dada a TMC), cerca de 60%, entre as pessoas que vivenciaram eventos de vida estressantes, sendo que a ocorrência de mais de um desses eventos faz aumentar proporcionalmente a probabilidade de transtornos psiquiátricos menores, o que explica o fato de a associação entre sofrimento mental na vida adulta e sofrer violência antes dos 18 anos perder força ao se incluir no modelo a variável relacionada a testemunho de violência durante a infância, considerada também um evento de vida estressante como propõe Lima et al. (1999).

É importante aprofundar conhecimentos acerca da etiologia dos transtornos mentais. Há grande produção psicanalítica que atribui os sofrimentos mentais na vida adulta aos traumas emocionais ocorridos na infância ou na relação mãe-bebê (Anselmi et al., 2008). Winnicott (1993), por exemplo, afirma que vivenciar situações desagradáveis, promotoras de ansiedade, angústia e desprazer durante a infância – período em que o *self*, ou noção de si, está se constituindo – pode ocasionar uma desintegração parcial ou grave sobre o ego, levando o indivíduo adulto a ter maiores dificuldades em vivenciar estados emocionais de constância e integração e, com isso, ter mais sofrimento mental.

Para Winnicott (1993), a inconstância e fragilidade das funções psíquicas de nomear, conter e expressar as emoções são as principais causas de sofrimento mental, sendo que essas funções são desenvolvidas durante os primeiros anos de vida e dependem muito da qualidade das relações familiares. Essa constatação é reafirmada neste estudo pelo seu contraponto, visto que o sujeito que sofre violência apenas na vida adulta pode vir a ter mais recursos emocionais para lidar com a situação, devido à maior integridade de seu *self*, com diminuição do impacto das situações de violência sobre a saúde mental como um todo.

5.2.3 Sofrimento mental, violências sofridas e perpetradas

É importante ressaltar a magnitude da sobreposição de sofrer e perpetrar violência entre os homens desta amostra (56,1%), ainda maior entre os que apresentaram algum sofrimento mental (61,4%). Esse dado chama atenção para a alta prevalência de violências e também para a forte relação que essas experiências mantêm com os agravos à saúde mental masculina. Mesmo sendo tão comum nessa população, ainda assim a ocorrência de ambas as formas de violência tiveram associação com sofrimento mental. Além disso, um terço dos casos de sofrimento mental foi a fração atribuível a esse tipo de violência. Esse resultado comprova a afirmação de Magdol et al. (1997) de que há associação entre agravos à saúde mental e atos de violência contra pessoas desconhecidas, sendo que, naquele estudo, 80% dos perpetradores também haviam sofrido algum tipo de violência. A autora obteve esses dados a partir de jovens de 21 anos participantes de um estudo coorte na Nova Zelândia.

Em estudo norte-americano sobre VPI, Rhodes et al. (2009) afirmam também que homens envolvidos em qualquer situação de violência, perpetrada ou sofrida,

tinham muito mais sintomas de depressão grave ou moderada, estando eles presentes em 18,4% dos envolvidos e em 3,3% dos não envolvidos. O mesmo ocorria com os sintomas de transtorno pós-traumático, estando presentes em 10,3% dos envolvidos e em 1,1% dos não envolvidos. Estudo de Reed et al. (2009) com afro-descendentes nos EUA, citado na Introdução, encontra forte associação entre sofrer violência no espaço público e perpetrar violência contra parceira íntima, sendo que esses homens tinham uma percepção de que deveriam brigar para sobreviver. Essa percepção pode representar um possível sofrimento mental, visto que há grande exigência para alcançar os padrões de masculinidade hegemônica: ter de brigar e ser forte para ser homem.

Assim, é possível, nesse caso, que a violência seja uma ferramenta de alívio diante das tensões provocadas pelo sofrimento mental, já que, como afirma Nascimento (2001), os homens devem manter as emoções em silêncio para se manter próximos do ideal de Homem, valorizado sócio-historicamente.

5.3 Limitações do estudo

O presente estudo é bastante relevante para a compreensão da relação entre agravos à saúde mental masculina e episódios de violência sofrida porque, embora seja uma primeira aproximação dessa questão, há raros estudos sobre a relação entre esses dois eventos, no caso dos homens. Foi desenhado prioritariamente para mensurar violência perpetrada contra parceira íntima, sendo que as informações sobre sofrimento mental e violência sofrida eram dados complementares do estudo original.

Uma de suas limitações é o fato de se ter trabalhado com a abordagem dos agravos à saúde mental apenas por registros em prontuários. Com isso, a categoria sofrimento mental considerou qualquer sinal e/ou sintoma relacionado à saúde mental como positivo, não dispondo de uma escala diagnóstica, como o SQR-20, por exemplo. Ao considerar como positiva a procura pelo serviço de saúde mental, são agregadas até mesmo queixas diversas, como as relacionadas à saúde sexual (disfunção erétil e/ou ejaculação precoce), bastante prevalente na população masculina (Abdo et al., 2006). Dessa forma, considera-se a categoria sofrimento mental como mais sensível do que específica, estando sujeita a falsos positivos.

Estudos a partir de prontuários médicos estão sujeitos a perda de informação por depender da organização do serviço no registro das informações das atividades assistenciais e, ainda, a bibliografia consultada aponta maior probabilidade de falsos

negativos na identificação de agravos à saúde mental entre os homens (Anselmi et al., 2008). Diante disso, buscou-se comparar os resultados do presente estudo com outros, populacionais ou com usuários de serviços, e foi constatado que o desfecho pesquisado mostrou taxas bastante compatíveis com a literatura. Já em relação às variáveis de exposição, foi possível coletar diretamente os dados por aplicação de questionário aos homens entrevistados, produzindo-se taxas de violência relatada para as diversas situações, seja sofrida, perpetrada e testemunho de violência durante a infância.

Outra questão do estudo é o fato de que as associações obtidas na análise dos dados podem representar associações reversas, já que o desenho do estudo (transversal) dificulta inferir causalidade, devido à ausência de um dado referente à cronologia dessas exposições e desfechos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 Masculinidade, violência e saúde mental

Frente às altas magnitudes de violência encontradas na população masculina, assim como de sofrimento mental, com importante associação entre esses dois eventos, e discordando de uma explicação que, até pela alta ocorrência, tenderia a naturalizar tais comportamentos, dando-lhes justificativas de cunho biológico, neste estudo buscou-se interpretar os resultados obtidos por meio dos estudos de gênero e saúde que apontam para a genealogia sociocultural das diferentes formas como homens e mulheres desenvolvem suas relações sociais e lidam com o processo saúde-doença, cuidando de seus corpos.

Com isso, pôde-se analisar a relação dos homens com as situações de violência, tomando-a como um hábito sociocultural inerente à masculinidade hegemônica e que interfere na saúde da população masculina, em especial na saúde mental. Portanto, esse estudo aprofundou a compreensão acerca dos efeitos psíquicos provocados por situações sociais e culturais típicas da população masculina, abordando o sofrimento mental como um problema de gênese social que se expressa no plano psicológico (Onocko Campos e Gama, 2008).

Considerou-se que a saúde mental masculina carece de maiores estudos, já que pouco se conhece sobre os fatores associados a seus agravos, principalmente quando se trata de transtornos mentais menos graves. Onocko Campos e Gama (2008) afirmam ainda que esse tipo de agravo à saúde mental não recebe atenção de uma política pública competente e efetiva, já que as políticas de saúde mental dão maior assistência aos transtornos mentais graves. Por isso, aponta-se a necessidade de uma política de saúde mental para os transtornos menos graves, já que o Ministério da Saúde estima que 9% da população demandariam eventualmente cuidados à saúde mental durante a vida (Onocko Campos e Gama, 2008). Onocko Campos e Gama apontam que o principal dispositivo dessa política seria a integração dos equipamentos de saúde mental (CAPS) aos serviços de atenção primária à saúde.

Percebe-se que atenção primária à saúde é também a principal porta de entrada para as queixas relacionadas ao sofrimento mental ainda não apresentadas como

doenças mentais, sendo que o desenvolvimento de tecnologia para reconhecer e intervir sobre essas queixas é necessário para que esses quadros não se agravem e não cheguem a ser encaminhados aos serviços especializados. A necessidade de resolução dessas queixas na própria APS é ainda mais relevante no caso da população masculina, que já frequenta menos esse nível de atenção à saúde, adentrando tipicamente ao sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar (Figueiredo, 2005).

Analisando-se as queixas referidas espontaneamente pela população masculina que frequentou os serviços, foi possível estudar o fator subjetivo da demanda da população masculina, sem partir previamente de um quadro sindrômico ou de alguma doença psíquica. Esses resultados podem proporcionar aos serviços de saúde acesso a estimativas sobre as demandas dos homens em relação à saúde mental e a forma como procuram os serviços, já que se constatou que os homens chegam a procurar os serviços de atenção primária também para problemas relacionados à saúde mental, apesar do mito ainda existente no setor da saúde de que os homens não buscam assistência especializada para essas questões (Figueiredo, 2005).

O aprimoramento da atenção à saúde do homem na APS é um dos principais objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), implantada pelo Ministério da Saúde em 2008. Nesse sentido, o presente estudo pode contribuir para a implantação dessa política, bem como acrescentar questões a respeito dos impactos da violência sobre a saúde, sendo que o reconhecimento e a diminuição desses também fazem parte do plano de ação da PNAISH.

Este estudo também possibilita ampliar o debate já desenvolvido relativamente às mulheres sobre o impacto da violência na saúde mental, o que, no caso da população masculina, mostrou-se relacionado tanto às situações de violência doméstica quanto às que ocorrem no espaço público.

Deve-se ressaltar o forte impacto sobre a saúde mental causado pela violência sofrida durante a infância e/ou adolescência, mostrando também a necessidade de combate à violência contra criança e/ou adolescentes, já que esse tipo de violência representa um agravo ainda maior à saúde.

Estes achados mostraram a importância de os serviços de saúde reconhecerem a violência como uma necessidade de saúde negligenciada, principalmente na atenção a saúde do homem, o que solicita o desenvolvimento de tecnologias leves para a intervenção sobre essas situações complexas, visando à diminuição do impacto dessas sobre a saúde mental.

Cabe, por fim, um alertar para o fato de que é de extrema importância a qualidade das anotações feitas em prontuário, tanto no que diz respeito à maior atenção diagnóstica por parte dos profissionais que registram as demandas e os diagnósticos firmados nos prontuários quanto no que diz respeito à qualidade do registro em si, que deve melhor circunstanciar tais diagnósticos. Isso porque o presente estudo foi baseado nos registros de prontuários, e encontrar serviços com bons registros é uma tarefa delicada na escolha dos locais de pesquisa. Deve-se reter que a boa qualidade dos registros e das informações em prontuários fortalece muito as políticas públicas e sua avaliação.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdo CHN, Oliveira Junior WM, Scanavino MT, Martins FG. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2006;52(6):424-9.
- Abrahams N, Jewkes R, Hoffman M, Laubsher R. Sexual violence against intimate partners in Cape Town: prevalence and risk factors reported by men. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82(5):330-7.
- Acierno R, Resnick HS, Kilpatrick DG. Health impact of interpersonal violence 1: Prevalence rates, case identification, and risk factors for sexual assault, physical assault, and domestic violence in men and women. *Behavioral Medicine*. 1997;23(2):53-64.
- Agudelo SF. La Violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. *Boletín Epidemiológico de la OPS*. 1990;11:1-7.
- Almeida RMM, Pasa GG, Scheffer M. Álcool e violência em homens e mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2009;22(2):252-60.
- Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42: 26-33
- Araya R, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. Education and income: which is more important for mental health? *Journal Epidemiology Community Health*. 2003;57(7):501-5.
- Arias I, Corso P. Average cost per person victimized by an intimate partner of the opposite gender: a comparison of men and women. *Violence and Victims*. 2005; 20(4):379-91.
- Barreto M. Violência, saúde e trabalho, uma jornada de humilhações. São Paulo: EDUC, 2003.
- Bercovich A, Dellasoppa E, Arriaga E. Jádjunte, mais je ne corrige pas: jovens, violência e demografia no Brasil. Algumas reflexões a partir dos indicadores de violência. In: *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. Brasília: CNPD, 1998. p.293-363.
- Brant LC, Minayo-Gomez C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(1):213-23.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Adverse Health Conditions and Health Risk Behaviors Associated with Intimate Partner Violence — United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2008;57:113-17.
- Coker AL, Derrick C, Lumpkin JL, Aldrich TE, Oldendick R. Help-seeking for Intimate Partner Violence and Forced sex in South Carolina. *American Journal of Preventive Medicine*. 2000;19(4):316-20.
- Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, Smith PH. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*. 2002;23(4):260-8.

- Connell RW. La organización social de la masculinidad. Ediciones de las Mujeres. 1997;24:31-48.
- Cordeiro R, Donalizio MRC. Homicídios masculinos na Região Metropolitana de São Paulo entre 1979 e 1998: uma abordagem pictórica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001;17(3):669-77.
- Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo VS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2010;14(33):257-70.
- Couto MT, Schraiber LB. Homens, Saúde e Violência: Novas questões de gênero no campo da Saúde Coletiva. In: Minayo MCS, Coimbra Junior CEA (Org.). *Críticas e atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.687-706.
- Couto MT. Homens, violência e saúde: uma contribuição para o campo de pesquisa e intervenção em violência doméstica e saúde – Relatório de pesquisa. São Paulo: FAPESP, processo nº 02/00242-0, 2004.
- Cronholm PF. Intimate partner violence and Men's Health. *Primary Care: Clinics In Office Practice*. 2006;33(1):199-209, x.
- Deverill C, King, M. Common mental disorders. In: McManus S, Meltzer H, Brugha T, Bebbington P, Jenkins R. (eds.). *Adult Psychiatric Morbidity in England: Results of a household survey*. The NHS Information Centre. 2009. Disponível em: www.ic.nhs.uk/pubs/psychiatricmorbidity07 Acesso em: 20 jan 2012.
- Devries K, Watts CH, Yoshihama M, Kiss LB, Schraiber LB, Deyessa N, Heise L, Durand JG, Mbwapo J, Jansen HAFM, Berhane Y, Ellsberg M, Garcia-Moreno C. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*. 2011;73(1):79-86.
- Dejours C, Abdouchelli E, Jayet C. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C, (On behalf of: Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz CSG, Portella AP, Ludermir AB). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 2008; 371:1165-72.
- Fernandes JD, Melo CMM, Gusmão MC, Fernandes J, Guimarães A. Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2006;14(5). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 21 jan 2012.
- Figueiredo WS. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):105-9.
- _____. *Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária [Doutorado]*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2008.
- Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, Camey S, Grupo LIDO. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 2002;36(4):431-8.

Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista Atenção Primária a Saúde*. 2008;11(3):285-94.

Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) Em Petrópolis, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008;30(1):.

Fortes S. Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil. 2004. [Doutorado] Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004.

Freitas, EAM, Mendes ID, Oliveira LCM. Ingestão alcoólica em vítimas de causas externas atendidas em um hospital geral universitário. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42(5):813-21.

Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a biosocial model*. London: Tavistock, 1992.

Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(3):825-9.

Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise multivariada de dados*. 6. ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2009.

Harwell, TS, Spence MR. Population Surveillance for Physical Violence Among Adult Men and Women, Montana, 1998. *American Journal of Preventive Medicine*. 2000;19(4):321-4.

Horwitz AV, Widom CS, McLaughlin J, White HR. The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. *Journal of Health and Social Behavior*. 2001;42(2):184-201.

Indicadores de Mortalidade – DATASUS disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2009/c09.def> acessado em 25/03/2011.
Acesso em: 10 jan 2012.

Jewkes R, Dunkle K, Nduna M et al. Associations between childhood adversity and depression, substance abuse & HIV & HSV2 in rural South African youth. *Child Abuse and Neglect*. 2010;34 (11):833-41.

Kaminer D, Grimsrud A, Myer L, Stein D.J, Williams D.R. Risk for post-traumatic stress disorder associated with different forms of interpersonal violence in South Africa. *Social Science & Medicine*. 2008;67(10):1589–95.

Kessler RC, Molnar BE, Buka SL. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*. 2001;91:753–60.

Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. The Lifetime Co-Occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence with Other Psychiatric Disorders in The National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1997.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1994;51:8-19.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization, 2002.

- Laurenti R, Jorge Mello HPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):35-46.
- Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1999;26(5). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>. Acesso em: 15 jan 2012.
- Lopes CS, Faerstein E, Chor D, Werneck GL. “Higher risk of common mental disorders after experiencing physical violence in Rio de Janeiro, Brazil: the Pro-Saude Study”. *International Journal of Social Psychiatry*. 2008;54(2):112-7.
- Lopes, CS. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: Resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19 (6):1713-20 .
- Ludermir AB. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2008;18(3):451-67.
- _____. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.647-659, jul./set. 2000.
- Ludermir AB, Lewis G. Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005;40(8):622-7.
- Ludermir AB, Melo DA Filho. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional. *Revista de Saúde Pública*. 2002;36(2): 213–31.
- Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Jansen HAFM. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders? *Social Science & Medicine*. 2008;66(4):1008-18.
- Luizaga CTM. Mortalidade masculina no tempo e no espaço [Mestrado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2010.
- Machado E, Noronha C. A polícia dos pobres: violência policial em classes populares urbanas. *Sociologias*. 2002;4(7):188-221.
- Magdol L, Moffitt, TE, Caspi A, Newman DL, Fagan J, Silva PA. Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21-year-olds: Bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997;65:68–78.
- Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLC. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. @006;22(8):1639-48.
- Mechem CC, Shofer FS, Reinhard SS, Hornig S, Datner E. History of domestic violence among male patients presenting to an urban emergency department. *Academic Emergency Medicine*. 1999;6(8):786-91.
- Mello Jorge MH, Yunes J. Violência e saúde no Brasil. *Revista USP*. 2001;51:114-27.
- Mello Jorge MH. Como morrem nossos jovens. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. Brasília, DF, CNPD, 1998. p.209-92.
- Mendes-Gonçalves RB, Schraiber LB. *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec, 1991.

- Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*. 1994;10:07-18.
- Nascimento MAF. *Desaprendendo o Silêncio: Uma Experiência de Trabalho Com Grupos de Homens Autores de Violência Contra a Mulher*. [Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.
- Oliveira AGB, Ataíde IFC, Silva MA A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2004;13(4):618-24.
- Onocko Campos R, Gama CA. Saúde mental na Atenção básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP (org.). *Manual de Práticas em Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008. p.209-235.
- Organização Mundial de Saúde. *Women's mental health: an evidence based review*. Geneva: WHO, 2000.
- Palazzo LS, Kelling A, Béria JU, Figueiredo AC, Gigante LP, Raymann B, Bassani DG. Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42(4):622-9.
- Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003;81:609-15.
- Peate I. The mental health of men and boys: an overview. *British Journal of nursing*. 2010;19(19):1231-35.
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):687-707.
- Rabasquinho C, Pereira H. (2007). Gênero e saúde mental: uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*. 2007; 3(XXV):439-54.
- Ramos S, Musumeci L. *Elemento suspeito: abordagem policial e discriminação na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- Reed E, Silverman JG, Welles SL, Santana MC, Missner SA, Raj A. Associations between Perceptions and Involvement in Neighborhood Violence and Intimate Partner Violence Perpetration among Urban, African American Men. *Journal of Community Health*. 2009; 34:328-335.
- Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *The Lancet*. 2011;7(1):5-89.
- Rhodes, KV, Houry D, Cerulli C, Strauss H, Kaslow NJ, McNutt LA. Intimate partner violence and comorbid Mental Health condition among urban male patients. *Annals Family Medicine*. 2009;7(1):47-55.
- Roudinesco E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do Adulto: Programas e Ações em Unidades Básicas*. São Paulo: Hucitec, 1996.

Schraiber, LB, D'Oliveira, AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. Interface - comunicação, saúde e educação. 1999;3(5). Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista5/ensaio1.pdf>. Acesso em: 10 jan 2012.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz C S G, Portella A P, Ludermir A B, Valença O, Couto M T. WHO: Multi Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women, Brazil. [Relatório Científico]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2002. Projeto WHO reference: W6/181/13.

Schraiber LB, Gomes R, Couto, MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. Ciência & Saúde Coletiva. 2005a;10(1):7-17.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo W. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP, 2005b.

Schraiber, LB, D'Oliveira, AFPL, Falcão MTC. Violência e saúde: estudos científicos recentes. Revista de Saúde Pública. 2006;40(n esp):112-20.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, Puccia MIR, Andrade MC. Violência contra a mulher entre usuárias de serviços básicos de saúde da rede pública da Grande São Paulo. Revista de Saúde Pública. 2007; 41(3):359-67.

Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Barbosa RM, Silva GSN, Valença OAA. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cadernos de Saúde Pública, 2010a; 26(5):961-70.

Schraiber LB, Latorre MRDO, França-Junior I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. Revista de Saúde Pública. 2010b;44:658-66.

Schraiber, LB, Barros, CRS, Castilho, EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos se serviços de saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2010c;13(1):237-45.

Schraiber, LB, Barros, CRS, Falcão MTC, Figueiredo, WS, Albuquerque, FP Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia. Artigo aprovado em 16 de fevereiro de 2012, aguardando publicação.

Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Revista Educação e Realidade. 1995;20(2):71-99.

Soares Filho AM, Souza MFM, Gazal-Azal-Carvalho C. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2007;16,(1):p.7-18.

Stringhan P. Violence and Men's health - Primary Care: Clinics In Office Practice. 2006;33(1):187-97.

Tjaden P, Thoennes N. Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the national violence against women survey. Violence Against Women. 2000;6(2):142-61.

_____. Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women: Findings From the National Violence Against Women Survey. National Institute of Justice and Center for diseases Control and Prevention: Atlanta, USA, 1998.

Winnicott DW. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. 4.ed. Tradução de Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

ANEXO I

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Departamento de Medicina Preventiva

Projeto FAPESP Pós-Doutorado

HOMENS, RELACÕES FAMILIARES E SAÚDE

PESQUISADORA RESPONSÁVEL
MÁRCIA THEREZA COUTO

COORDENAÇÃO
LILIA BLIMA SCHRAIBER

QUESTIONÁRIO

02 de Outubro 2002

1. SERVIÇO _____ Nº _____ 1. _____

2. DATA DA APLICAÇÃO: _____/_____/_____ 2. ____/____/____

3. HORA DE INÍCIO: _____ 3. ____:____

4. NÚMERO DE MATRÍCULA NO SERVIÇO: _____ 4. _____

4a INICIAIS DA ENTREVISTADO: _____

4b. USUÁRIO: 1. EM USO 2. ACOMPANHANTE 4 b. ____

5. DATA DO NASCIMENTO: _____/_____/_____ 5. ____/____/____

6. Escolaridade:

6a. SABE LER E ESCREVER? 1. sim 2. não 6 a. ____

6b. VOCÊ JÁ FREQUENTOU A ESCOLA? 1. sim 2. não [ir para Q. 7] 6 b. ____

6c. ATÉ QUE SÉRIE/ ANO VOCÊ ESTUDOU? 6 c. ____

Primeiro Grau _____ ano

Segundo Grau/Técnico _____ ano

Universitário _____ ano

7a. QUAL A SUA COR DE SUA PELE? 7 a. ____

1. branco 4. mulato/pardo

2. negro 5. outras mestiços

3. amarelo 6. outras _____

7b. Entrevistador: 7 b. ____

1. branco 4. mulato/pardo

2. negro 5. outras mestiços

3. amarelo 6. outras _____

8. QUAL É A SUA PRÁTICA RELIGIOSA? (resposta múltipla) **8 a.** ____

- | | | |
|---------------------------|---|------------------|
| 1. Católica | 6. Espírita kardecista | 8 b. ____ |
| 2. Judaica | 7. Umbanda | |
| 3. Muçulmana | 8. Candomblé | |
| 4. Evangélica Histórica | 9. Outras _____ | |
| 5. Evangélica Pentecostal | 10. sem prática religiosa [Ir para Q. 10] | |

9. QUAL A FREQUÊNCIA DE SUA PRINCIPAL PRÁTICA RELIGIOSA? **9 a.** ____

1. DIÁRIA
2. SEMANAL
3. QUINZENAL
4. MENSAL
5. ESPORÁDICA

10. ONDE VOCÊ NASCEU? 10a. Estado: _____ **10 a.** ____

Se o entrevistado nasceu no Estado de São Paulo, pergunte: **10 b.** ____

10b. 1. Capital **10 c.** ____

2. Grande São Paulo

3. Outras localidades

10c. 1. RURAL 2. URBANA

11. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ ESTÁ EM SÃO PAULO? _____ anos **11.** ____

Nunca saiu da Grande São Paulo: 95

12. VOCÊ DIRIA QUE MORA EM: **12.** ____

1. CASA/APARTAMENTO
2. QUINTAL COMUM/CORTIÇO
3. PENSÃO/QUARTO
4. BARRACO
5. MORADOR DE RUA
6. OUTROS: _____

13. COM QUEM VOCÊ MORA EM SEU LOCAL DE MORADIA (**Explore**)?

- | | |
|---|----------------------|
| 1. casal sem filhos com parentes | 13. ____ ____ |
| 2. casal sem filhos | |
| 3. casal com filhos com parentes | |
| 4. casal com filhos | |
| 5. chefe com filhos com parentes | |
| 6. chefe com filhos | |
| 7. chefe e parentes | |
| 8. pessoa sozinha | |
| 9. pessoa morando com amigo(s)/conhecido(s) | |
| 10. outros _____ | |

ATENÇÃO – Para os moradores de rua, ou quem mora em pensão/quarto a **próxima questão** se refere a quantos dos itens ele possui. Para os outros a questão se refere a quantos destes itens a casa da entrevistado possui.

14. VOCÊ POSSUI QUANTOS DESTES ÍTENS/SERVIÇOS?

- | | |
|---|-------------------|
| a [] TELEVISÃO COLORIDA | 14 a. ____ |
| b [] VÍDEO CASSETE/DVD | 14 b. ____ |
| c [] RÁDIO | 14 c. ____ |
| d [] BANHEIRO | 14 d. ____ |
| e [] AUTOMÓVEL DE PASSEIO | 14 e. ____ |
| f [] EMPREGADA MENSALISTA | 14 f. ____ |
| g [] ASPIRADOR DE PÓ | 14 g. ____ |
| h [] MÁQUINA DE LAVAR ROUPA | 14 h. ____ |
| i [] GELADEIRA | 14 i. ____ |
| j [] FREEZER (isolado ou geladeira duplex) | 14 j. ____ |

15. QUAL A SUA OCUPAÇÃO? (**resposta múltipla**): _____

- | | |
|---------------------------|-------------------|
| 1. estudante | 15 a. ____ |
| 2. trabalhador de empresa | 15 b. ____ |
| 3. trabalhador autônomo | |
| 4. trabalhador esporádico | |
| 5. desempregado | |
| 6. aposentado/pensionista | |
| 7. outros _____ | |

16. VOCÊ ESTÁ CASADO OU TEM UM RELACIONAMENTO ÍNTIMO, ATUALMENTE?

1. casado/ vivendo com uma companheira/ amigado
2. casado/ vivendo com um companheiro/ amigado
3. tem uma parceira/ namorada (mantendo relação sexual), mas não vive junto
4. tem parceiro/ namorado (mantendo relação sexual), mas não vive junto
5. tem uma parceira/ namorada, sem relação sexual.
6. tem um parceiro/ namorado, sem relação sexual.
7. não está casado, nem vivendo com alguém, nem namorando [ir para Q 23]

16. ____

17. HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ COM A(O) ATUAL COMPANHEIRA(O)?

____ anos ____ meses

17. ____

18. QUAL A IDADE DA(O) COMPANHEIRA(O): ____ anos

Não sabe : 99

18. ____

19. Escolaridade do companheiro(a):

19 a. ELA(E) SABE LER E ESCREVER?

1. sim 2. não

19 a. ____

19 b. ELA(E) JÁ FREQUENTOU A ESCOLA?

1. sim 2. não [ir para Q. 20] 9. não sabe

19 b. ____

19 c. ATÉ QUE SÉRIE/ ANO ELA(E) ESTUDOU?

- Primeiro Grau ____ano
Segundo Grau/Técnico ____ano
Universitário ____ano
Não sabe : 99 ____

19 c. ____

20. QUAL É A PRÁTICA RELIGIOSA DE SUA COMPANHEIRA? (resposta múltipla)

1. Católica
2. Judaica
3. Muçulmana
4. Evangélica Histórica
5. Evangélica Pentecostal
6. Espírita kardecista
7. Umbanda
8. Candomblé
9. Outras _____
10. sem prática religiosa
99. Não sabe

20 a. ____

20 b. ____

21. QUAL A OCUPAÇÃO DA(O) COMPANHEIRA(O)? _____

(resposta múltipla)

- | | |
|---|------------|
| 1. Do lar | 21 a. ____ |
| 2. Doméstica(o) [cozinheira(o), copeira(o), faxineira(o), jardineira(o), etc] | 21 b. ____ |
| 3. Estudante | |
| 4. Trabalhadora(or) de empresa | |
| 5. Trabalhadora(or) autônoma(o) | |
| 6. Trabalhadora(or) esporádica(o) | |
| 7. Desempregada(o) | |
| 8. Aposentada(o) | |
| 9. Outros _____ | |
| 99. Não sabe | |

22. VOCÊ MANTEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM MAIS ALGUÉM, ALÉM DE SUA ATUAL OU MAIS RECENTE COMPANHEIRA(O) NO ÚLTIMO ANO? 22. ____

1. sim 2. não [ir para Q. 23]

22a. COM QUE FREQUÊNCIA? 22 a. ____

1. MUITAS VEZES
2. POUCAS VEZES
3. RARAS VEZES

23. COM QUE IDADE FOI SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?: _____ anos 23. ____

[Se virgem=00, ir para Q.29]

Não lembra/não sabe: 99

23a. COM QUEM FOI SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL? 23 a. ____

1. namorada	4. familiar _____
2. amiga/ conhecida	5. outros _____
3. garota de programa/ prostituta	8. não quis responder
	9. não sabe/não lembra

24. VOCÊ TEM FILHOS? 1. sim 2. não [ir para Q.25] 24. ____

24a. QUANTOS FILHOS? ____ 24 a. ____

27. VOCÊ ALGUMA VEZ USOU CAMISINHA COM SUA(SEU) PARCEIRA(O) MAIS RECENTE/ ATUAL PARA SE PROTEGER DE ALGUMA DOENÇA? 27 . ____

1. Sim 2. Não

27a. ALGUMA VEZ VOCÊ JÁ SE RECUSOU A USAR CAMISINHA EMBORA SUA PARCEIRA(O) ATUAL/RECENTE TIVESSE SOLICITADO? 27 a. ____

1. Sim 2. Não 3. Ela não solicitou

28. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, VOCÊ TEVE SIM NÃO
a . DOR NA RELAÇÃO SEXUAL 1 2 28 a. ____

b. ARDOR AO URINAR 1 2 28 b. ____

c. SECREÇÃO NO PÊNIS 1 2 28 c. ____

d. FERIDA E OU VERRUGA NO PÊNIS/REGIÃO GENITAL 1 2 28 d. ____

29. VOCÊ, ALGUMA VEZ, JÁ FEZ O TESTE PARA O HIV OU AIDS? NÃO QUEREMOS SABER O RESULTADO, APENAS SABER SE VOCÊ JÁ FEZ O TESTE. 29. ____

1. Sim 2. Não 9. Não sabe

30. QUANDO VOCÊ TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE, GERALMENTE, O QUE VOCÊ FAZ (**Múltipla resposta**)? 30 a. ____

1 Não faz nada 30 b. ____

2 Procura o centro/posto de saúde próximo

3 Procura o Pronto-socorro/hospital público

4 Procura médico ou hospital conveniado

5 Vai à farmácia

6 Toma remédios caseiros (chá, ervas, etc.)

7 Outros _____ 30 c. _____

31. NA ÚLTIMA VEZ QUE VOCÊ PRECISOU OU QUIS PROCURAR UM SERVIÇO DE SAÚDE, VOCÊ TEVE ALGUMA DIFICULDADE? (**múltipla resposta**). Explore:

- | | |
|--|--------------------|
| 1. não precisei ou não quis | 31 a. ____ |
| 2. não tive dificuldade | 31 b. ____ |
| 3. distância do serviço de saúde | 31 c. ____ |
| 4. falta de dinheiro | 31 d. ____ |
| 5. longo período de espera para ser atendido | |
| 6. não tinha vaga/longo período para conseguir uma vaga | |
| 7. não tenho tempo para ir pois trabalho o dia todo | |
| 8. não tem horário de consulta fora do período do meu trabalho | |
| 9. não tem ninguém para marcar uma consulta para mim | |
| 10. não sabia aonde ir | |
| 11. Outros _____ | 31 e. _____ |

32. COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FAZ ATIVIDADE FÍSICA? **32.** ____

1. TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS
2. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA
3. 1 – 3 VEZES POR MÊS
4. RARAMENTE
5. NUNCA

33. ATUALMENTE VOCÊ FUMA.... **33.** ____

1. DIARIAMENTE [ir para Q. 34]
2. OCASIONALMENTE [ir para Q. 34]
3. DE MODO ALGUM

33 a. VOCÊ JÁ FUMOU ALGUMA VEZ EM SUA VIDA? VOCÊ FUMAVA... **33 a.** ____

1. DIARIAMENTE
2. OCASIONALMENTE
3. DE MODO ALGUM

34. COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ INGERE BEBIDA ALCOÓLICA? **34.** ____

1. TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS
2. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA
3. 1 – 3 VEZES POR MÊS
4. RARAMENTE
5. PAROU DE BEBER HÁ UM ANO OU MENOS
6. NUNCA (ir para Q.36)

35. NOS <u>ÚLTIMOS 12 MESES</u> VOCÊ TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS RELACIONADOS COM A BEBIDA?	SIM	NÃO	
35a. PROBLEMAS COM DINHEIRO	1	2	35 a. ____
35b. PROBLEMAS DE SAÚDE	1	2	35 b. ____
35c. CONFLITOS FAMILIARES OU COM AMIGOS	1	2	35 c. ____
35d. PROBLEMAS NO BAR	1	2	35 d. ____
35e. PROBLEMAS COM AUTORIDADES	1	2	35 e. ____
35f. PROBLEMAS NO TRABALHO	1	2	35 f. ____
35g. OUTROS _____	1	2	35 g. ____

36. ATUALMENTE VOCÊ USA DROGAS (ILÍCITAS)? COM QUE FREQUÊNCIA? **36.** ____

1. TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS [ir para Q. 37]
2. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA [ir para Q. 37]
3. 1 – 3 VEZES POR MÊS [ir para Q.37]
4. RARAMENTE [ir para Q.37]
5. NÃO USA

36 a. VOCÊ JÁ USOU DROGAS (ILÍCITAS) ALGUMA VEZ NA VIDA? COM QUE FREQUÊNCIA? **36 a.** ____

1. TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS
2. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA
3. 1 – 3 VEZES POR MÊS
4. APENAS EXPERIMENTOU
5. NÃO USOU

37. NA CASA EM QUE VOCÊ FOI CRIADO VOCÊ PRESENCIOU BRIGAS E/OU DISCUSSÕES ENTRE SEUS PAIS E/OU OUTROS FAMILIARES? **37.** ____

1. POUCAS VEZES
2. MUITAS VEZES
3. NUNCA

38. QUANDO VOCÊ ERA CRIANÇA, SUA MÃE ERA AGREDIDA FISICAMENTE **38.** ____
PELO SEU PAI OU MARIDO/COMPANHEIRO DELA?

1. Sim 2. Não 3. Não se aplica (não morava com os pais)

“Os assuntos que se seguem acontecem com muitas pessoas em relações pessoais, familiares e profissionais. Fique à vontade para responder, ou não, as perguntas que seguem.”

39. ALGUMAVEZ, ALGUÉM (NA RUA, NO BAR, NO TRABALHO OU EM SUA **39.** ____
CASA) JÁ LHE INSULTOU, DEPRECIOU OU FEZ COM QUE VOCÊ SE
SENTISSE DESVALORIZADO?

1. sim
2. não [ir para Q. 40]
8. não quis responder [ir para Q. 40]

39 a. QUEM? (explore)	39 b. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA? (explore)				39 c. QUANTAS VEZES ISSO ACONTECEU?		
	Antes dos 12	12-18	19-39	40 ou mais	Uma	Poucas	Muitas
a) esposa/namorada	1	2	3	4	1	2	3
b) filhos	1	2	3	4	1	2	3
c) mãe/mãe adotiva	1	2	3	4	1	2	3
d) pai/pai adotivo	1	2	3	4	1	2	3
e) irmão(ã)(s)	1	2	3	4	1	2	3
f) outros familiares	1	2	3	4	1	2	3
g) vizinhos	1	2	3	4	1	2	3
h) colega/amigo(a)(s)	1	2	3	4	1	2	3
i) colegas/pessoas do trabalho	1	2	3	4	1	2	3
j) Patrão/chefe	1	2	3	4	1	2	3
k) Polícia	1	2	3	4	1	2	3
l) Estranhos	1	2	3	4	1	2	3
m) ex-esposa/ex-namorada	1	2	3	4	1	2	3
n) outros _____	1	2	3	4	1	2	3

40. ALGUMA VEZ, ALGUÉM (NA RUA, NO BAR, NO TRABALHO OU EM SUA CASA) JÁ LHE AGREDIU FISICAMENTE (COM TAPAS, EMPURRÕES, SOCOS, CHUTES, ETC)?

40. _____

1. sim
2. não [ir para Q.41]
8. não quis responder [ir para Q. 41]

40 a. QUEM? (explore)	40 b. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA? (explore)				40 c. QUANTAS VEZES ISSO ACONTECEU?		
	Antes dos 12	12-18	19-39	40 ou mais	Uma	Poucas	Muitas
a) esposa/namorada	1	2	3	4	1	2	3
b) filhos	1	2	3	4	1	2	3
c) mãe/mãe adotiva	1	2	3	4	1	2	3
d) pai/pai adotivo	1	2	3	4	1	2	3
e) irmão(ã)(s)	1	2	3	4	1	2	3
f) outros familiares	1	2	3	4	1	2	3
g) vizinhos	1	2	3	4	1	2	3
h) colega/amigo(a)(s)	1	2	3	4	1	2	3
i) colegas/pessoas do trabalho	1	2	3	4	1	2	3
j) Patrão/chefe	1	2	3	4	1	2	3
k) Polícia	1	2	3	4	1	2	3
l) Estranhos	1	2	3	4	1	2	3
m) ex-esposa/ex-namorada	1	2	3	4	1	2	3
n) outros _____	1	2	3	4	1	2	3

**41. ALGUMA VEZ, ALGUÉM JÁ LHE FORÇOU A TER RELAÇÃO SEXUAL CONTRA 41. ____
SUA VONTADE ?**

1. Sim
2. Não [ir para Q. 42]
8. não quis responder [ir para Q. 42]

41 a. QUEM? (explore)	41 b. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA? (explore)				41 c. QUANTAS VEZES ISSO ACONTECEU?		
	Antes dos 12	12-18	19-39	40 ou mais	Uma	Poucas	Muitas
a) esposa/namorada	1	2	3	4	1	2	3
b) filhos	1	2	3	4	1	2	3
c) mãe/mãe adotiva	1	2	3	4	1	2	3
d) pai/pai adotivo	1	2	3	4	1	2	3
e) irmão(ã)(s)	1	2	3	4	1	2	3
f) outros familiares	1	2	3	4	1	2	3
g) vizinhos	1	2	3	4	1	2	3
h) colega/amigo(a)(s)	1	2	3	4	1	2	3
i) colegas/pessoas do trabalho	1	2	3	4	1	2	3
j) Patrão/chefe	1	2	3	4	1	2	3
k) Polícia	1	2	3	4	1	2	3
l) Estranhos	1	2	3	4	1	2	3
m) ex-esposa/ex-namorada	1	2	3	4	1	2	3
n) outros _____	1	2	3	4	1	2	3

ATENÇÃO ENTREVISTADOR

As questões que seguem referem-se a homens que estão casados, moram com a (o) companheira (o) ou têm namorada (o), ou que alguma vez na vida tiveram relacionamentos deste tipo.

Se VIRGEM, VÁ PARA A **QUESTÃO 47**

42. NO SEU RELACIONAMENTO ATUAL OU MAIS RECENTE COM SUA COMPANHEIRA OU NAMORADA, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ DIRIA QUE VOCÊS BRIGAM OU DISCUTEM?

42. ____

1. NUNCA (ir para Q.43)
2. RARAMENTE
3. ALGUMAS VEZES
4. FREQUENTEMENTE

42a. E QUANDO ISSO OCORRE, NA MAIORIA DAS VEZES, QUEM INICIA A DISCUSSÃO OU A BRIGA?

42 a. ____

1. O ENTREVISTADO
2. ESPOSA/COMPANHEIRA
3. OS DOIS

42b. EXISTEM SITUAÇÕES PARTICULARES QUE LEVAM VOCÊS DOIS A BRIGAREM OU DISCUTIREM? (Explore) (**múltipla resposta**)

1. sem motivos

42 b 1. ____

2. problemas com a bebida

42 b 2. ____

3. problemas com dinheiro

42 b 3. ____

4. problemas com os filhos

42 b 4. ____

5. problemas com outros familiares

6. dificuldades no meu trabalho

7. quando estou desempregado

8. quando saio para beber com os amigos

9. durante a gravidez de minha esposa/companheira

10. ciúmes em relação a mim

11. ciúmes em relação à ela

12. quando minha esposa/companheira se recusa a ter relações sexuais

13. quando ela me desobedece ou não me escuta

14. quando ela não pára de falar

15. outras _____

42 b 5. _____

43. O senhor poderia me dizer se alguma vez tratou a sua atual esposa/companheira(o), ou qualquer outra companheira ou namorada (o) seguinte forma:	A) (Se sim, continue em B. Se não, vá para o próximo item)		B) Isto aconteceu nos últimos 12 meses? (Se sim, pergunte somente a C. Se não, somente a D)		C) Nos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes? (depois de responder a C, pule o D)			D) Antes dos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?		
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Uma	Poucas	Muitas	Uma	Poucas	Muitas
a) Insultou, depreciou, humilhou ou fez com que ela (e) se sentisse mal	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
44.										
a) Deu-lhe um tapa ou jogou algo que poderia machucá-la?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
b) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/ chacoalhão?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
c) Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
d) Deu-lhe um chute, arrastou-a ou surrou-a?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
e) Estrangulou-a ou queimou-a de propósito?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
f) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra ela?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
45.										
a) Obrigou sua parceira a ter relações sexuais quando ela não queria?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
b) Obrigou sua parceira a fazer certas práticas sexuais de que ela não gostasse?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3

**ANEXO II - PESQUISA
HOMENS, RELAÇÕES FAMILIARES E SAÚDE – FAPESP PÓS DOUTORADO**

Pesquisadora responsável: **Márcia Thereza Couto**

Coordenação: **Lilia Blima Schraiber**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA - FMUSP

Ficha de Leitura de Prontuários Médicos – 04/12/2002

1. Serviço _____ nº questionário _____ 1. _____
2. Nº do Prontuário _____ 2. _____
Iniciais do usuário _____
3. Modalidade: 1. Em uso 2. Acompanhante 3. _____
4. Data de nascimento: ___/___/___ 4. ___/___/___
5. Data da aplicação questionário: ___/___/___ 5. ___/___/___
6. Data de inscrição no serviço: ___/___/___ (a partir de 12 anos) 6. ___/___/___
7. Uso de serviço no último ano (referência: data da entrevista p/ em uso e data da última consulta p/ acompanhante):

Atividade de Atendimento	Nº de vezes que passou por cada atividade	
7.a Caso Novo, P A, Encaixe		
7.b Segmento, Retorno		
7.c Atendimento enfermagem		
7.d Grupos		
7. e Entrev. Dinâmica/Triagem, Consulta S M (Médico)		
7.f Terapia Individual (Psicólogo)		
7.g Grupos Saúde Mental		
7.h Assistente Social		
7. i Visita Domiciliar		
7.j Outras Atividades		
7. k nº comparecimento		
7. l Faltas em atividades agendadas		

8. Uso de serviço na vida: (desde entrada na Saúde do Adulto)

Atividade de Atendimento	Registro de Violência			Nº de vezes que passou por cada atividade	
	Fís.	Sex.	Psic.		
8.a Caso Novo, Pronto Atendimento					
8.b Segmento, retorno					
8.c Atendimento enfermagem					
8.d Grupos					
8. e Entrevista Dinâmica/Triagem e Consulta Saúde Mental (Médico)					
8.f Terapia Individual (Psi.)					
8.g Grupos Saúde Mental					
8.h Assistente Social					
8.i Visita Domiciliar					
8.j nº comparecimento					
8.k Faltas em atividades agendadas					

9. Relato espontâneo de violência sofrida na Vida (se pelo menos 1 relato, assinalar SIM):

0. não () 1. sim ()

9.

10. Relato espontâneo de violência praticada na Vida (se pelo menos 1 relato, assinalar SIM):

0. não () 1. Contra Mulheres () 2. Contra Outros ()

10.

11. Relato de violência Sofrida (**questionário**) (a ser preenchido na codificação):

0. não () 1. sim ()

11.

12. Relato de violência Perpetrada (**questionário**) (a ser preenchido na codificação):

0. não () 1. Contra Mulheres () 2. Contra Outros ()

12.

13. Data da avaliação do prontuário: ____ / ____ / ____

13. / /

14. Avaliador do prontuário _____

14.

ANEXO III - FICHA DE LEITURA II

1. **Serviço** _____ **questionário** _____ 1. _____
2. **Nº do Prontuário** _____ 2. _____
3. **Data do Atendimento** ____/____/____ 3. ____/____/____
4. **Tipo de Atendimento** 4. _____
- | | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Caso Novo/Pronto Atendimento | 1. <input type="checkbox"/> | Terapia Individual (Psicólogo) | 6. <input type="checkbox"/> |
| Retorno, segmento | 2. <input type="checkbox"/> | Grupo Saúde Mental | 7. <input type="checkbox"/> |
| Atendimento enfermagem | 3. <input type="checkbox"/> | Assistência Social | 8. <input type="checkbox"/> |
| Grupos | 4. <input type="checkbox"/> | Visita domiciliar | 9. <input type="checkbox"/> |
| Entrev. Dinâmica/Triagem e Consulta SM (Médica) | 5. <input type="checkbox"/> | Outras Atividades | 10. <input type="checkbox"/> |

5. Queixas/ Diagnóstico

queixas gerais

- Dor geral ou inespecífica
- Calafrios
- Sudorese
- Febre
- Fraqueza/Cansaço
- Dor no peito
- Queixas genéricas/vagas
- Dor de cabeça/cefaléia
- Vertigem/tontura/desmaio/síncope
- Inchaço/edema
- Perda de apetite/perda de peso

Osteo-muscular

- Queixas (dor) nas costas/lombar/ombros
- Queixas (dor) em MMSS
- Queixas (dor) em MMII
- Queixas (dor) nos pés
- Dor muscular
- Hematoma/fratura/lesão
- Outras queixas osteo-musculares

Aparelho digestivo

- Dor abdominal/cólicas gerais
- Dor epigástrica/dor de estômago
- Dispepsia/indigestão
- Náusea/azia
- Vômito
- Diarréia
- Constipação
- Sangramento retal
- Dificuldade para engolir

- Massas abdominais
- Vermes
- Distensão abdominal
- Outros sintomas/queixas digestivas

Cárdio-circulatório

- Dor no coração/angina
- Hipertensão e/ou aumento de PA
- Varizes
- Outros sintomas/queixas cardio-circulatório

Olhos e Ouvidos

- Dor de Ouvido/otalgia
- Queixas de audição
- Queixas de visão

Respiratório

- Dispnéia/estado ofegante
- Tosse
- Gripe/resfriado/sinusite/coriza
- Queixas e sintomas na garganta
- Asma/bronquite
- Pneumonia
- Tuberculose
- Outros sintomas/ queixas respiratórias

Dermato

- Prurido/ coceira
- Abrasão/arranhões/bolhas na pele
- Manchas e erupção cutânea
- Dermatofitose/frieira
- Urticária
- Outras queixas de pele

Neurológico

- Convulsão

54. Epilepsia
 55. Nevralgia
 56. Outras queixas/sintomas neurológicos

Metabólico

57. Obesidade ou sobrepeso
 58. Dislipidemias
 59. Colesterol aumentado
 60. Diabetes
 61. Distúrbios metabólicos

Genito-urinário

62. Disúria/ardor ao urinar
 63. Frequência/Urgência urinária
 64. Incontinência urinária
 65. Uretrite
 66. Impotência
 67. Ejaculação Precoce
 68. Ferida, verruga, coceira no pênis e região genital
 69. Dor na relação sexual
 70. Sexo desprotegido, parceria múltipla
 71. Outras queixas genito-urinárias

Psicológico

72. Depressão
 73. Raiva/irritabilidade alta
 74. Nervosismo/ansiedade
 75. Insônia/Distúrbio de sono
 76. Tentativa de suicídio
 77. problemas de memória/confusão mental

Social

78. Problemas no trabalho

79. Desemprego
 80. Problemas relacionamento c/ família
 81. Problemas relacionamento c/ conhecidos/vizinhos
 82. Viol. física contra o Usuário na casa
 83. Viol. física contra o Usuário por outros
 84. Viol. sexual contra o usuário
 85. Violência contra o usuário não especificada
 86. Viol. física do usuário contra a mulher
 87. Viol. sexual do usuário contra a mulher
 88. Violência do usuário contra mulher não especificada
 89. Violência física do Usuário contra outros
 90. Uso abusivo de álcool
 91. Uso abusivo drogas ilícitas
 92. Tabagismo

Solicitações

93. Exames de DST's
 94. Teste HIV
 95. Retorno agendados, segmento
 96. Educação e orientação preventiva e/ou outros exames
 97. outros _____

98. sem registro
 99. ilegível

5.A
 5.B
 5.C
 5.D
 5.E

6. **Conduta:** 1. sim 2. não

6.

7. Encaminhamento:

Interno ao serviço	1. <input type="checkbox"/> Saúde Mental	2. <input type="checkbox"/> Outros _____	7.A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Externo	3. <input type="checkbox"/> Saúde Mental	4. <input type="checkbox"/> Outros _____	7.B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Não houve	5. <input type="checkbox"/>		7.C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ilegível	6. <input type="checkbox"/>		7.D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



ANEXO IV

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **15.12.2010**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **348/10** intitulado: "**Agravos à saúde dos homens envolvidos em situações de violência**" e seus anexos, apresentado pelo Departamento de **Medicina Preventiva**.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa .

Pesquisador (a) Responsável: Lilia Blima Schraiber

Pesquisador (a) Executante: Fernando Pessoa de Albuquerque

CEP-FMUSP, 15 de dezembro de 2010.

Prof. Dr. Eduardo Massad
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa