

Vitimização de doentes mentais

Victimization of the mentally ill

ALAN DE FREITAS PASSOS¹, BÁRBARA PERDIGÃO STUMPF¹, FÁBIO LOPES ROCHA¹

¹ Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG).

Instituição onde o trabalho foi elaborado: Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG).

Recebido: 18/1/2013 – Aceito: 25/7/2013

Resumo

Contexto: Os indivíduos portadores de doenças mentais graves constituem um grupo particularmente vulnerável à vitimização. Essa maior suscetibilidade a crimes violentos deve-se ao comprometimento de suas funções cognitivas e às condições de vida desses indivíduos. **Objetivos:** Este trabalho teve como objetivos realizar revisão sistemática sobre a ocorrência e fatores associados à vitimização nessa população, além de avaliar a literatura nacional acerca do tema. **Métodos:** Foram analisadas publicações que avaliaram a prevalência de vitimização em portadores de doença mental grave. Foram consultadas as bases de dados Medline (1966 a fevereiro de 2013) e Lilacs (1982 a fevereiro de 2013). Pesquisas separadas foram realizadas para os termos descritores: “*mental illness*”, “*psychiatric disorder(s)*”, “*mental disorder(s)*”, “*schizophrenia*”, “*psychosis*”, “*psychotic*”, “*depression*”, “*bipolar*”, combinados com os seguintes termos: “*victimization*”, “*victimisation*”, “*sexual abuse*”, “*physical abuse*”. **Resultados:** Foram encontrados 20 estudos. Não houve publicações sobre o assunto na literatura nacional e latino-americana. Apesar de apresentarem diferenças na metodologia, no conceito de vitimização e nas variáveis sociodemográficas e clínicas, os estudos evidenciaram que os pacientes com transtornos mentais graves apresentam maior risco de vitimização se comparados à população em geral. Os principais fatores associados à vitimização foram uso de substâncias, idade jovem, sintomatologia grave, história recente de perpetração de violência, passado criminal, sexo masculino e ausência de moradia fixa. **Conclusão:** Os portadores de transtorno mental grave apresentam elevadas taxas de vitimização. O tema merece ser estudado em nosso meio.

Passos AF, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2013;40(5):191-6

Palavras-chave: Pessoas mentalmente doentes, transtornos mentais, vitimização, vítimas de crimes.

Abstract

Background: Individuals with serious mental illnesses constitute a group particularly vulnerable to victimization. This major susceptibility to violent crimes is due to the impairment of their cognitive functions and to the living conditions of these individuals. **Objectives:** This paper aimed to perform a systematic review of the literature about the occurrence and factors associated with victimization in this population, in addition to evaluate the national literature about the subject. **Methods:** Publications that assessed the prevalence of victimization in individuals with serious mental illness were analyzed. Medline (1966 to February 2013) and Lilacs (1982 to February 2013) databases were searched. Separate searches were conducted for the keywords “*mental illness*”, “*psychiatric disorder(s)*”, “*mental disorder(s)*”, “*schizophrenia*”, “*psychosis*”, “*psychotic*”, “*depression*”, “*bipolar*”, combined with each of the following keywords: “*victimization*”, “*victimisation*”, “*sexual abuse*”, “*physical abuse*”. **Results:** Twenty papers were found. There were no publications on the topic in national and Latin-American literature. Although they present differences in methodology, in the concept of victimization and in sociodemographic and clinic variables, the studies showed that patients with serious mental disorders present higher risk of victimization if compared to the general population. The main factors associated with victimization were substance use, young age, severe symptomatology, recent history of violence perpetration, criminal history, male gender, and homelessness. **Discussion:** Individuals with serious mental illnesses show high rates of victimization. The theme deserves to be studied in our midst.

Passos AF, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2013;40(5):191-6

Keywords: Mentally ill persons, mental disorders, victimization, crime victims.

Introdução

Os indivíduos com doenças mentais graves são particularmente suscetíveis a crimes violentos como agressão, estupro, assalto, roubo e assassinato¹⁻⁴. O termo “doença mental grave” refere-se a um subgrupo de transtornos psiquiátricos – transtornos psicóticos e transtornos afetivos maiores – que são caracterizados por sintomas cognitivos, comportamentais e emocionais graves e persistentes, que causam prejuízos ao funcionamento diário⁵. Contrariamente ao estereótipo de periculosidade associado ao portador de transtorno mental grave, esses indivíduos apresentam maiores taxas de vitimização que de perpetração de atos violentos, isto é, são mais vítimas que algozes^{2,5,6}.

Uma das razões da maior vulnerabilidade dos portadores de doenças mentais graves a crimes violentos é o significativo comprometimento de suas funções cognitivas. Os pacientes apresentam teste de realidade prejudicado, pensamento desorganizado, maior impulsividade e prejuízo na capacidade de planejamento e de resolução de

problemas⁶⁻⁸. Além disso, esse grupo apresenta alta prevalência de fatores sabidamente associados à vitimização, por exemplo, pobreza, isolamento social, desemprego, abuso de substâncias, relacionamentos conflituosos e falta de ambientes protegidos⁶⁻⁸.

Nos pacientes com doença mental, a vitimização pode acarretar graves consequências como o agravamento dos sintomas psiquiátricos preexistentes, aumento do uso de serviços de saúde, incluindo internações psiquiátricas, e comprometimento da qualidade de vida. Adicionalmente, a vitimização pode aumentar as chances de revitimização e de perpetração de violência nessa população⁶.

Entende-se por “vitimização” o ato de ser vítima de qualquer comportamento agressivo⁹. Por se tratar de um termo impreciso, a maioria dos autores faz distinção entre vitimização violenta e não violenta. O conceito de vitimização violenta inclui ser vítima de atos de violência tais como: ser assassinado, agredido gravemente, ferido por alguém com arma de fogo, faca ou outro objeto e ser forçado a

ter relações sexuais contra a vontade. Por vitimização não violenta, infere-se ter sido vítima de qualquer comportamento agressivo como: ser empurrado, agarrado, chutado, esbofeteado, mordido, estrangulado, ameaçado de abuso sexual, ameaçado por alguém armado, entre outros⁹.

A última revisão sistemática sobre a ocorrência de fatores associados à vitimização em portadores de doença mental grave abrangendo publicações até 2007⁸ e não incluiu a literatura latino-americana. Esta revisão tem como objetivo incluir as publicações dos últimos cinco anos e, particularmente, avaliar a pesquisa realizada no Brasil sobre o tema.

Métodos

Trata-se de estudo de revisão sistemática da literatura. Foram analisadas publicações que avaliaram a prevalência de vitimização em portadores de doença mental grave. Foram consultadas as bases de dados Medline (período de janeiro de 1966 a fevereiro de 2013) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs - 1982 a fevereiro de 2013). A estratégia de busca foi análoga à de Maniglio (2009)⁸. Pesquisas separadas foram realizadas para os termos descritores: “*mental illness*”, “*psychiatric disorder(s)*”, “*mental disorder(s)*”, “*schizophrenia*”, “*psychosis*”, “*psychotic*”, “*depression*”, “*bipolar*”, combinados com os seguintes termos: “*victimization*”, “*victimisation*”, “*sexual abuse*”, “*physical abuse*”. Foram avaliadas publicações nas línguas portuguesa e inglesa. As revisões sistemáticas prévias e as referências citadas nos trabalhos selecionados também foram consultadas.

Foram incluídos estudos que preencheram os seguintes critérios: (a) foram publicados em revistas científicas; (b) foram publicados na íntegra; (c) não se tratavam de revisões, perspectivas, dissertações, atas de conferências, editoriais, relatos de casos, séries de casos, cartas, comentários, livros e capítulos de livros; (d) indivíduos com 18 anos ou mais de idade; (e) indivíduos com transtorno mental grave (por exemplo, esquizofrenia, outros transtornos psicóticos, depressão maior ou transtorno bipolar); (f) incluíram indivíduos de ambos os sexos; (g) não limitaram a investigação a populações especiais (por exemplo, moradores de rua, usuários de drogas) e/ou tipos específicos de crimes (por exemplo, violência doméstica); (h) relataram explicitamente as taxas de prevalência e/ou incidência em um período de tempo definido (por exemplo, prevalência em um ano); e (i) investigaram vitimização ocorrida após o início da doença mental.

O resultado inicial das buscas foi avaliado pelos pesquisadores de modo independente por meio da leitura de todos os resumos dos artigos. No caso de resumo com informações incompletas, o artigo foi lido na íntegra. Após a avaliação inicial, os estudos selecionados foram reavaliados. Eventuais divergências acerca da inclusão de artigos ou de dados extraídos foram resolvidas em reunião dos autores. A avaliação do risco de viés foi realizada de acordo com as recomendações do *Cochrane Collaboration Handbook*, seguindo os seguintes critérios: geração da sequência de alocação e ocultação da alocação (viés de seleção); mascaramento dos participantes e pesquisadores (viés de desempenho); mascaramento da avaliação dos resultados (viés de detecção); dados incompletos (viés de atrito); seleção da informação (viés de seleção); e outras fontes de viés¹⁰. Os estudos foram classificados como sendo de baixo, moderado ou alto risco de viés.

Resultados

Dos 162.117 artigos identificados na estratégia de busca eletrônica, 131.315 eram repetidos e 30.754 foram excluídos porque não preencheram os critérios de inclusão. Sessenta artigos foram lidos na íntegra e 20 foram incluídos (Figura 1).

Descrição dos estudos

Foram incluídos 20 estudos nessa revisão (Tabela 1): Lehman e Linn, 1984; Brunette e Drake, 1997; Hiday et al., 1999; Brekke et al., 2001;

Goodman et al., 2001; Silver, 2002; Walsh et al., 2003; Chapple et al., 2004; Honkonen et al., 2004; Fitzgerald et al., 2005; Teplin et al., 2005; Silver et al., 2005; White et al., 2006; Pandiani et al., 2007; Hodgins et al., 2007; Schomerus et al., 2008; Ascher-Svanum et al., 2010; Sturup et al., 2011; Katsikidou et al., 2012 e Bengtsson-Tops e Ehliasson, 2012^{6,7,9,11-27}.

Todos os estudos incluídos foram publicados no período de 1984 a 2012. Desses, 10 foram conduzidos nos Estados Unidos^{6,7,11-15,21,22,24}, dois na Inglaterra^{9,16}, dois na Austrália^{17,19}, dois na Suécia^{25,27}, um na Finlândia¹⁸, um na Nova Zelândia²⁰, um na Grécia²⁶ e um estudo foi multicêntrico²³. A amostra total foi de 13.997 indivíduos, e 53,5% (7.490/13.997) eram homens. O número de participantes em cada estudo variou de 172 a 2.610. Não foram encontrados estudos envolvendo populações no Brasil.

Os indivíduos incluídos nos trabalhos eram portadores de doença mental grave. Somente seis estudos excluíram moradores de rua^{6,11,18,19,23,26}. Em todos os trabalhos foram incluídos usuários de álcool e/ou drogas ilícitas. Apenas em um trabalho a prevalência de vitimização foi investigada por meio de análise de bancos de dados²². Nos demais, a vitimização foi pesquisada mediante entrevista direta com o participante. A incidência de vitimização foi investigada em dois trabalhos^{6,13}. Dez estudos avaliaram se os pacientes tinham passado criminal^{9,11-13,15,16,18-20,22} e nove avaliaram se os indivíduos tinham histórico de detenção^{11-13,15,17,19,21,23,24}. Em onze estudos, as taxas de prevalência e/ou incidência foram comparadas com as estatísticas oficiais de cada país^{6,7,9,13,14,16-18,21,22,25}.

Com relação à qualidade metodológica dos estudos incluídos, todos apresentaram alto risco de viés.

Prevalência e incidência de vitimização

As taxas de prevalência de vitimização em pacientes psiquiátricos variaram de 4,3% a 59%. Essa variação prende-se a fatores metodológicos, entre eles o tipo de população estudada (por exemplo, pacientes internados, na comunidade, tipo de diagnóstico, entre outros), o tipo de vitimização (violenta ou não violenta), o período considerado (prevalência de 12 meses, 36 meses, entre outros) e a

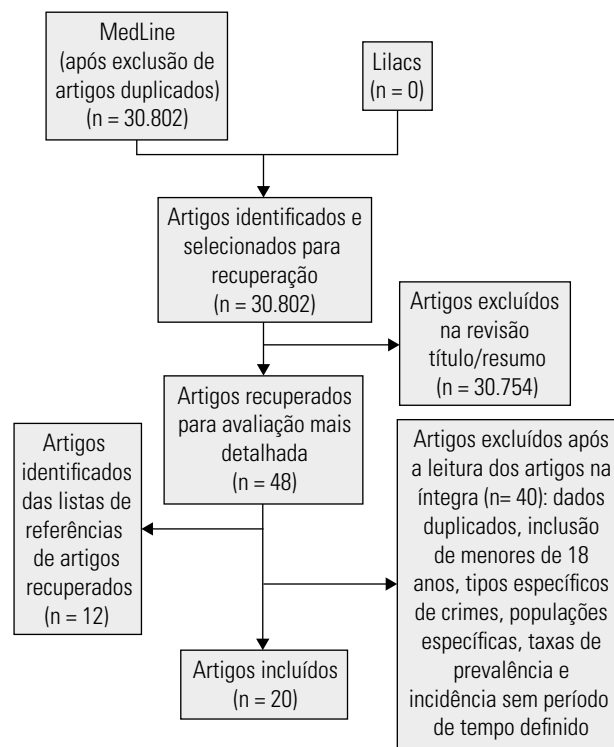


Figura 1. Sumário do processo de seleção dos estudos.

forma de obtenção de dados (por entrevista ou por meio de bancos de dados). Nos estudos de comunidade, em zona urbana, as taxas de prevalência variaram de 4,3% a 42,6%^{11-13,15,16,19-21,27}. Os resultados foram semelhantes quando considerada apenas a zona rural^{7,18,22-24,26}.

Em alguns grupos específicos, a prevalência foi mais elevada, por exemplo, em pacientes esquizofrênicos com comorbidade de dependência química (40,1%, sendo 19,8% de crimes violentos e 20,3% de crimes não violentos)¹².

Tabela 1. Estudos sobre a prevalência de vitimização em doentes mentais

Estudo	Local	n	Instrumento diagnóstico padronizado	Diagnósticos	Período (meses)	Taxa de prevalência de vitimização ^a	Fatores de risco OR (95%CI)
1. Lehman e Linn (1984)	EUA	278	Não	Esquizofrenia (63%) Alcoolismo (11%) Transtorno mental orgânico (10%) Transtornos afetivos (9%) Transtorno de personalidade (9%) Transtorno de substâncias (4%)	12	33% geral 8% violenta 15% não violenta 10% ambos	ND ^b
2. Brunette e Drake (1997)	EUA	172	SCID ^c	Esquizofrenia (69%) Esquizoafetivo (31%) Transtorno de personalidade antissocial (20%) Transtorno de substâncias (100%)	12	19,8% violenta 20,3% não violenta	ND ^b
3. Hiday et al. (1999)	EUA	331	Não	Esquizofrenia/esquizoafetivo (55,9%) Psicoses afetivas (31,1%) Outros transtornos psicóticos (13%) Transtorno de personalidade (12,4%) Transtorno de substâncias (21,1%)	4	8,2% violenta 22,4% não violenta	Educação: 1,15 (1,0-1,3) Uso de substâncias: 1,93 (1,12-3,39) População de rua: 3,37 (1,78-6,43)
4. Brekke et al. (2001)	EUA	172	SADS ^d	Esquizofrenia/esquizoafetivo	36	34% violenta 38% geral	Sintomas graves: 1,04 (1,02-1,07) Uso de substâncias: 1,28 (1,02-1,60)
5. Goodman et al. (2001)	EUA	782	SCID ^c	Esquizofrenia (67,9%) TAB ^e (18,1%) Depressão maior (9,9%) Transtorno de substâncias (35,9%) Outros (3,3%)	12	Violenta: 33,4% mulheres 36,7% homens	População de rua: 1,74 Alcoolismo: 1,63 Abuso de substâncias: 2,05 Hospitalizações: 2,25 Idade da 1ª internação: 0,96 Abuso sexual na infância: 1,50 Abuso físico na infância: 2,10
6. Silver (2002)	EUA	270 pacientes 477 controles ^f	Não	Esquizofrenia Depressão Mania Psicose Delírios Transtorno de abuso de substâncias Transtorno de personalidade	2,5	Violenta: 15,2% pacientes 6,9% controles ^f	Perpetração de violência: 4,04 Vizinhança perigosa: 1,37 Relações sociais conflituosas: 1,51
7. Walsh et al. (2003)	Inglaterra	691	RDC ^g	Esquizoafetivo (48,7%) Esquizofrenia (38,3%) Psicoses afetivas (6,9%) Outras psicoses (5,9%) Transtorno de personalidade (32,7%)	12	16% violenta	População de rua: 2,67 (1,23-5,77) Abuso de substâncias: 3,81 (1,87-7,77) Perpetrador de violência: 2,08 (1,18-3,43) Sintomas graves: 1,02 (1,00-1,04) Transtorno de personalidade: 1,93 (1,20-3,10)
8. Chapple et al. (2004)	Austrália	962	DIP ^h	Esquizofrenia (58,9%) TAB (19,1%) Depressão psicótica (10,9%)	12	17,9% violenta	Sexo feminino: 1,55 (1,05-2,29) População de rua: 2,51 (1,57-4,02) Histórico de abuso de substâncias: 1,49 (1,03-2,17) Histórico de prisão: 2,74 (1,69-4,45) Funcionamento social e ocupacional pobre: 1,90 (1,24-2,90) Desorganização psíquica: 2,36 (1,06-5,25)
9. Honkonen et al. (2004)	Finlândia	670	Não	Esquizofrenia (100%)	36	5,6% violenta	Pobreza: 3,58 (1,70-7,54) Abuso de etílicos: 4,12 (1,84-9,25) Perpetração de crime violento: 13,71 (4,58-41,05) Perpetração de crime não violento: 8,51 (1,51-47,96)
10. Fitzgerald et al. (2005)	Austrália	348	Não	Esquizofrenia (76,3%) Esquizoafetivo (11,3%) Esquizofreniforme (12,4%)	1	13,2% geral 4,3% violenta 11,2% não violenta	Ociosidade: 1,4 (1,01-1,86)
11. Teplin et al. (2005)	EUA	936	CIDI ⁱ	Transtornos psicóticos Transtorno afetivo maior	12	25,3% violenta 21,2% não violenta	ND ^b

continuação

Estudo	Local	n	Instrumento diagnóstico padronizado	Diagnósticos	Período (meses)	Taxa de prevalência de vitimização ^a	Fatores de risco OR (95%CI)
12. Silver <i>et al.</i> (2005)	Nova Zelândia	382 pacientes 562 controles ^f	DIS ⁱ	Transtornos depressivos (43,9%) Transtorno de ansiedade (50,5%) Esquizofreniforme (9,9%) Alcoolismo (24,1%) Dependência de maconha (23,8%)	12	Violenta: 42,6% casos 21,3% controles ^f Não violenta: 34,0% casos 15,6% controles ^f	ND ^b
13. White <i>et al.</i> (2006)	EUA	308	Não	Depressão (50%) Transtornos psicóticos (33,4%) TAB ^e (11,4%) Outros (5,2%)	6	25,6% violenta	Sexo feminino: 2,02 (1,2-3,5) População de rua: 2,10 (1,2-3,8)
14. Hodgins <i>et al.</i> (2007)	Inglaterra	205	SCID ^c	Esquizofrenia (64,9%) Esquizoafetivo (8,8%) TAB ^e (19,5%) Depressão (4,4%) Outros (3,9%)	6	Geral: 57% homens 48% mulheres	Comportamento agressivo recente: 6,57 (3,51-12,28)
15. Pandiani <i>et al.</i> (2007)	EUA	2.610	Não	Doença mental grave	12	7,1% geral	ND ^b
16. Schomerus <i>et al.</i> (2008)	Inglaterra França Alemanha	1.208	SCAN ^k	Esquizofrenia (100%)	30	10% violenta 19% não violenta	ND ^b
17. Ascher-Svanum <i>et al.</i> (2010)	EUA	609	BPRS ^l	Esquizofrenia Esquizoafetivo Esquizofreniforme Transtorno de substâncias (52%)	24	30,7% geral	ND ^b
18. Sturup <i>et al.</i> (2011)	Suécia	390 pacientes 1.170 controles ^f	Não	Transtorno de humor (32%) Transtorno psicótico (20%) Transtorno de personalidade (14%) Transtorno de substâncias (6%) Outros (28%)	12	Violenta: 10,2% pacientes 1,3% controles ^f Não violenta: 14,5% pacientes 2,9% controles ^f	ND ^b
19. Katsikidou <i>et al.</i> (2012)	Grécia	150 pacientes 150 controles ^f	Não	Esquizofrenia Esquizoafetivo TAB ^e	12	Geral: 59,3% pacientes 46,0% controles ^f	Servidores civis/profissionais: 3,09 (1,12-8,50)
20. Bengtsson-Tops e Ehliasson (2012)	Suécia	174 pacientes	Não	Transtorno psicótico	12	33% geral	ND ^b

^a Taxa de prevalência de vitimização: o cálculo é feito dividindo-se o número de pessoas vitimizadas pelo número total de pessoas incluídas no estudo; ^b ND: não disponível; ^c SCID: *Structured Clinical Interview for DSM*; ^d SADS: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*; ^e TAB: transtorno afetivo bipolar; ^f Controles: indivíduos sem doença mental; ^g RDC: *Research Diagnostic Criteria*; ^h DIP: *Diagnostic Interview for Psychosis*; ⁱ CIDI: *Composite International Diagnostic Interview*; ^j DIS: *Diagnostic Interview Scale*; ^k SCAN: *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry interview*; ^l BPRS: *Brief Psychiatric Rating Scale*.

Em estudos que incluíram pacientes hospitalizados e ambulatoriais, as taxas de vitimização violenta variaram de 17,9% a 36,7%^{6,14,17}. Teplin *et al.*, em Chicago, relataram que a prevalência de vitimização violenta foi 11,8 vezes maior que a encontrada no *National Crime Victimization Survey* (NCVS)²⁸.

Em residências terapêuticas, no período de 12 meses, a taxa de vitimização encontrada foi de 33%¹¹. Já em pacientes hospitalizados, a prevalência de vitimização variou de 20%²⁵ a 48% em mulheres e foi de 57% nos indivíduos do sexo masculino⁹. No estudo de Sturup *et al.*, desenvolvido em Estocolmo, a prevalência em indivíduos internados foi seis vezes maior que a encontrada na população geral²⁵.

A incidência anual de vitimização em pacientes esquizofrênicos na comunidade variou de 12,7% a 17,7%¹³. Em estudo que incluiu pacientes psiquiátricos em tratamento ambulatorial ou hospitalizados, a incidência de crime violento foi de 168,2 por 1.000 pessoas/ano, uma taxa quatro vezes maior que a encontrada no NCVS⁶.

Fatores associados à vitimização

Nos estudos de comunidade, os fatores associados mais comuns foram: uso de substâncias^{7,13,15,16,18,20,21,23}, idade jovem^{7,11,15,16,18,21,22},

sintomatologia grave^{13,16,19,23,26}, história recente de perpetração de violência^{15,16,18,19,22}, passado criminal^{11,16,19,23}, sexo masculino^{11,15,16,18} e ausência de moradia fixa^{14,17}.

Quanto aos trabalhos que incluíram pacientes hospitalizados e ambulatoriais, os fatores associados mais comuns foram uso de substâncias^{14,17}, idade jovem^{6,14} e ausência de moradia fixa^{14,17}. Já em relação aos pacientes hospitalizados, o fator associado mais comum foi o comportamento agressivo recente⁹.

Discussão

Vinte estudos sobre a prevalência de vitimização em doentes mentais graves foram incluídos nesta revisão. Apenas quatro trabalhos foram acrescentados na literatura internacional nos últimos cinco anos. Não foram encontradas pesquisas nem mesmo revisões sobre o assunto na literatura nacional e latino-americana. Apesar de apresentarem diferenças na metodologia, no conceito de vitimização e nas variáveis sociodemográficas e clínicas, os trabalhos evidenciaram que os pacientes com transtornos mentais graves apresentam maior risco de vitimização se comparados à população em geral.

Nos pacientes psiquiátricos, as taxas de prevalência de vitimização variaram de 4,3% a 59%. A grande variação nas taxas se deve aos fatores metodológicos já relatados. Os principais fatores associados à vitimização foram uso de substâncias, idade jovem, sintomatologia grave, história recente de perpetração de violência, passado criminal, sexo masculino e ausência de moradia fixa. Assim como ocorre na população em geral, os doentes mentais com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas são mais vitimizados que os demais. É possível que o uso de substâncias coloque esses indivíduos em lugares e situações perigosas⁷. O uso de drogas também pode levá-los à prostituição, a qual se associa com agressão sexual em mulheres doentes mentais¹⁴. Adicionalmente, também de maneira semelhante à que ocorre na população em geral, as pessoas mais jovens apresentaram maior taxa de vitimização.

Sabe-se também que muitos doentes mentais graves têm baixa condição socioeconômica e moram em áreas com alto índice de criminalidade, o que acarreta maior chance de vitimização⁷. Indivíduos portadores de transtornos mentais que se envolvem em atividades criminosas têm maior probabilidade de serem vitimizados do que os demais, em virtude do comprometimento cognitivo^{6,7,11}. Por outro lado, indivíduos vitimizados sentem-se ameaçados e inseguros, por isso podem passar a cometer crimes¹⁶.

Com relação ao gênero, as mulheres doentes mentais apresentaram maior chance de sofrer abuso sexual e os homens, de sofrer abuso físico. Estudos realizados com pessoas da comunidade e aqueles realizados com portadores de doenças psiquiátricas mostraram que, nos indivíduos vulneráveis, a vitimização física e sexual ocorre repetidamente durante a vida¹⁴.

Os portadores de transtornos psiquiátricos graves que residem nas ruas apresentaram altas taxas de vitimização. Estudos realizados nos Estados Unidos e Austrália mostraram que esse número tem aumentado por causa da desospitalização desses pacientes^{5,29}. É difícil saber se eles foram para as ruas antes ou depois de serem vitimados. Pacientes moradores de rua geralmente apresentam sintomatologia mais grave, o que os leva a se envolverem em situações perigosas. Entretanto, é também possível que eles tenham optado por viver nas ruas após serem vítimas de violência doméstica¹¹. Chama a atenção a ausência de pesquisas ou revisões sobre o tema no Brasil. Por razões que não cabem aqui ser examinadas, a comunidade científica em nosso meio não foi despertada para a importância do assunto. Há trabalhos envolvendo a população de rua e doenças mentais³⁰⁻³², entretanto o tema da vitimização não foi abordado nessas pesquisas. Apenas na literatura leiga mencionam-se as agressões sofridas pelos moradores de rua^{33,34}, mas sem abordar aspectos da doença mental.

De maneira geral, os estudos avaliados apresentaram limitações. Uma delas é que, em praticamente todos os trabalhos, foram incluídos somente doentes mentais graves em tratamento^{6,7,9,11-19,21,24-27}. Dessa forma, os resultados não podem ser generalizados para todos os portadores de transtornos psiquiátricos. Outra limitação é o fato de que a maioria dos estudos forneceu pouca informação sobre os tipos específicos de crimes e o contexto em que eles ocorreram⁸. No estudo de Bengtsson-Tops e Ehliasson, por exemplo, mais da metade dos pacientes que foram vitimizados no ano anterior relatou que nem eles nem os perpetradores estavam sob efeito de álcool ou drogas ilícitas no momento em que a vitimização ocorreu²⁷. Outro problema diz respeito à extração dos dados de vitimização. Sabe-se que os autorrelatos limitam a validade e a confiabilidade dos dados. Por outro lado, como muitas vítimas não prestam queixa na polícia, as prevalências oficiais de vitimização são subestimadas^{6-8,11,14,19,25}. Uma possível explicação é o temor dos pacientes em procurar a polícia, por acharem que suas queixas não serão devidamente valorizadas²⁰. Outra razão poderia ser o medo de sofrer retaliações por parte de seus algozes³⁵. Em um estudo sueco, por exemplo, 45% dos perpetradores de violência eram pessoas conhecidas das vítimas (amigos, vizinhos, membros de organizações de usuários)²⁷.

Esse tema precisa ser mais bem estudado. Como os estudos transversais não permitem o estabelecimento de relações de causa e efeito, são necessários estudos longitudinais que identifiquem fatores de risco. Adicionalmente, são necessários estudos que incluam po-

pulações especiais e amostras de pacientes psiquiátricos que vivem nas comunidades; incluam indivíduos sem doença mental como controles; especifiquem os tipos de crimes ocorridos e o contexto em que ocorrem; utilizem instrumentos padronizados para medir a vitimização; incluam doentes mentais que vivem em outras culturas, especialmente em países em desenvolvimento^{6,8,11}. Um estudo taiwanês, por exemplo, em contraste com estudos ocidentais, mostrou que pacientes portadores de transtornos afetivos maiores apresentam maior risco de vitimização que indivíduos esquizofrênicos³⁶.

Programas de prevenção e intervenção devem ser implementados para reduzir a vitimização em portadores de transtornos psiquiátricos. Os pacientes devem ser interrogados rotineiramente sobre vitimização e subsequentemente monitorados^{29,36}. A ocorrência de transtorno de stress pós-traumático em decorrência de vitimização deve ser investigada, uma vez que ele pode agravar a sintomatologia e prejudicar a resposta ao tratamento⁶. Os programas devem priorizar os grupos de alto risco (e.g., moradores de rua, pacientes com sintomatologia mais grave, pacientes com dependência química comórbida). O tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias pode reduzir a vulnerabilidade pessoal, a exposição a fatores de risco e a probabilidade de revitimização⁶. É igualmente importante construir parcerias entre os serviços de saúde mental e o sistema de justiça criminal. Os policiais devem receber treinamento sobre como lidar com doentes mentais vítimas de crimes^{6,36}. A melhora das condições de vida, especialmente em relação à moradia e à estabilidade financeira, reduz a vulnerabilidade dos doentes mentais. O esclarecimento da população com relação ao estereótipo negativo dos portadores de transtornos mentais também deve ser realizado^{6,37}. É importante ressaltar que as sequelas de agressões físicas e sexuais não podem ser tratadas efetivamente até que a vitimização cesse e a vítima se sinta segura¹⁴.

Conclusão

Os pacientes com transtornos mentais graves apresentam maior risco de vitimização se comparados à população em geral. Os principais fatores associados à vitimização, nesse grupo, foram: uso de substâncias, idade jovem, sintomatologia grave, história recente de perpetração de violência, passado criminal, sexo masculino e ausência de moradia fixa. Esses dados que corroboram revisões prévias. Programas de prevenção e intervenção devem ser implementados, e os grupos de alto risco devem ser priorizados. Particularmente em nosso meio, a comunidade acadêmica deveria sensibilizar-se com o tema e criar linhas de pesquisa.

Referências

1. Hiday VA, Swanson JW, Swartz MS, Borum R, Wagner HR. Victimization: a link between mental illness and violence? *Int J Law Psychiatr.* 2001;24:559-72.
2. Eisenberg L. Violence and the mentally ill. *Arch Gen Psychiatr.* 2005;62:825-6.
3. Friedman RA. Violence and mental illness – how strong is the link? *N Engl J Med.* 2006;355(20):2064-6.
4. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder. *Arch Gen Psychiatr.* 2009;66(2):152-61.
5. Choe JY, Teplin L, Abram KM. Perpetration of violence, violent victimization and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatr Serv.* 2008;59:153-64.
6. Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA. Crime victimization in adults with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatr.* 2005;62:911-21.
7. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 1999;50:62-8.
8. Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119:180-91.
9. Hodgins S, Alderton J, Cree A, Aboud A, Mak TM. Aggressive behavior, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalization. *Br J Psychiatr.* 2007;191:343-50.
10. Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.* Cochrane Book Series, 2008. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

11. Lehman AF, Linn LS. Crimes against discharged mental patients in board-and-care homes. *Am J Psychiatr*. 1984;141(2):271-4.
12. Brunette MF, Drake RE. Gender differences in patients with schizophrenia and substance abuse. *Compr Psychiatr*. 1997;38(2):109-16.
13. Brekke JS, Prindle C, Bae SW, Long JD. Risks for individuals with esquizofrenia who are living in the community. *Psychiatr Serv*. 2001;52(10):1358-66.
14. Goodman LA, Salyers MP, Mueser KT, Rosenberg SD, Swartz M, Essock SM, et al. Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates. *J Trauma Stress*. 2001;14:615-32.
15. Silver E. Mental disorder and violent victimization: the mediating role of involvement in conflicted social relationships. *Criminology*. 2002;40(1):191-212.
16. Walsh E, Moran P, Scott C, McKenzie K, Burns T, Creed F, et al. Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. *Br J Psychiatr*. 2003;183:233-8.
17. Chapple B, Chant D, Nolan P, Cardy S, Whiteford H, Mcgrath J. Correlates of victimisation amongst people with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:836-40.
18. Honkonen T, Henriksson M, Koivisto AM, Stengard E, Salokangas RK. Violent victimization in schizophrenia. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:606-12.
19. Fitzgerald PB, de Castella AR, Folia KM, Folia SL, Benitez J, Kulkarni J. Victimization of patients with schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatr*. 2005;39:169-74.
20. Silver E, Arseneault L, Langley J, Caspi A, Moffitt TE. Mental disorder and violent victimization in a total birth cohort. *Am J Public Health*. 2005;95(11):2015-21.
21. White MC, Chafetz L, Collins-Bride G, Nickens J. History of arrest, incarceration and victimization in community-based severely mentally ill. *J Community Health*. 2006;31:123-35.
22. Pandiani JA, Banks SM, Carroll BB, Schlueter MR. Crime victims and criminal offenders among adults with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2007;58:1483-5.
23. Schomerus G, Heider D, Angermeyer MC, Bebbington PE, Azorin JM, Brugha T, et al. Urban residence, victimhood and the appraisal of personal safety in people with schizophrenia: results from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *Psychol Med*. 2008;38:591-7.
24. Ascher-Svanum H, Nyhuis AW, Faries DE, Ball DE, Kinon BJ. Involvement in the US criminal justice system and cost implications for persons treated for schizophrenia. *BMC Psychiatr*. 2010;10:11.
25. Sturup J, Sorman K, Lindqvist P, Kristiansson. Violent victimization of psychiatric patients: a Swedish case-control study. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2011;46:29-34.
26. Katsikidou M, Samakouri M, Fotiadou M, Arvaniti A, Vorvolakos T, Xenitidis K, et al. Victimization of the severely mentally ill in Greece: the extend of the problem. *Int J Soc Psychiatry*. 2012. [Epub ahead of print].
27. Bengtsson-Tops A, Ehliasson K. Victimization in individuals suffering from psychosis: a Swedish cross-sectional study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012;19:23-30.
28. US Department of Justice. National Crime Victimization Survey, 1992-1999. 9th ed [database]. Ann Arbor, Mich: Inter-university Consortium for Political and Social Research; 2001.
29. Short TB, Thomas S, Luebbbers S, Mullen P, Ogloff JR. A case-linkage study of crime victimization in schizophrenia-spectrum disorders over a period of deinstitutionalization. *BMC Psychiatr*. 2013;13:66.
30. Heckert U, Andrade L, Alves MJM, Martins C. Lifetime prevalence of mental disorders among homeless people in a southeast city in Brazil. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;249:150-5.
31. Lovisi GM, Mann AH, Coutinho E, Morgado AF. Mental illness in an adult sample admitted to public hostels in the Rio de Janeiro metropolitan area. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38:493-8.
32. Botti NCL, Castro CG, Silva AK, Silva MF, Oliveira LC, Castro ACHOA, et al. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. *Barbarói*. 2010;33:178-93.
33. Ministra quer que PF investigue morte de moradores de rua. *Veja*. 2013. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/brasil/ministra-quer-que-federacao-investigue-homicidios-em-go>>.
34. Peixoto P. Mortes de moradores de rua já somam 18 neste ano em BH. *Folha de São Paulo*. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/06/1293559-sob-para-18-o-numero-de-moradores-de-rua-mortos-neste-ano-em-bh.shtml>>.
35. Serafim AP, Saffi F, Achá MFF, Barros DM. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Rev Psiq Clín*. 2011;38(4):143-7.
36. Hsu CC, Sheu CJ, Liu SI, Sun YW, Wu SI, Lin Y. Crime victimization of persons with severe mental illness in Taiwan. *Aust N Z J Psychiatr*. 2009;43:460-6.
37. Guarniero FB, Bellinghini RH, Gattaz WF. O estigma da esquizofrenia na mídia: um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação. *Rev Psiq Clín*. 2012;39(3):80-4.