

Fernando Pessoa de
Albuquerque¹

Claudia Renata dos Santos
Barros^{II}

Lilia Blima Schraiber^{II}

Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde

Violence and mental suffering among men in primary health care

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a associação entre agravos à saúde mental masculina e episódios de violência sofrida.

MÉTODOS: Estudo transversal com 477 homens usuários de serviços de atenção primária de 18 a 60 anos, em São Paulo, SP, 2002-2003. A seleção amostral foi do tipo consecutivo, por ordem de chegada em dois serviços de atenção primária. Coletaram-se: características sociodemográficas, de saúde e relatos de experiência de violência sofrida na vida e/ou testemunhada na infância. Informações em prontuários sobre uso do serviço de saúde mental e/ou queixas/diagnósticos psicológicos em consulta da clínica médica foram usadas para construção da variável de desfecho “sofrimento mental”. As variáveis foram descritas por frequências absolutas e relativas. As associações foram testadas usando modelo confirmatório de regressão multivariada de Poisson com variância robusta e ajustada por faixa etária, situação conjugal, escolaridade, testemunho de violência na infância e uso de substância psicoativa.

RESULTADOS: A prevalência de sofrimento mental foi de 29,4%. Sofrimento mental foi associado a sofrer violência física e/ou sexual recorrente na vida (RP 1,75; IC95% 1,13;2,72). A associação com episódio único de violência perdeu significância após a inclusão de uso de substância psicoativa no modelo. Examinada a fração atribuível à violência física e/ou sexual recorrente para o sofrimento mental dos homens encontrou-se 30,4%.

CONCLUSÕES: A relação entre sofrer violência e sofrimento mental, salientada nos estudos com mulheres, mostra-se relevante para a saúde dos homens e evidencia a necessidade da identificação, nos serviços de saúde, das situações de violência experimentadas pela população masculina. Para homens, essa relação mostrou ser influenciada pela presença de uso de substância psicoativa, o que deve ser mais trabalhado pelos serviços de saúde.

DESCRITORES: Saúde do Homem. Saúde Mental. Violência. Atenção Primária à Saúde. Estudos Transversais.

^I Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva. Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Lilia Blima Schraiber
Departamento de Medicina Preventiva
Faculdade de Medicina da Universidade de
São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 455
01246-903 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: liliabli@usp.br

Recebido: 24/4/2012
Aprovado: 19/1/2013

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the association between male mental health problems and violence experienced.

METHODS: Cross sectional study with 477 males aged between 18 and 60, users of two primary healthcare centers in Sao Paulo, SP, Southeastern Brazil. The selection for the sample was based on a sequentiality criterion, according to the order of arrival of the users. Sociodemographic and health characteristics and reports of having experienced violence at any time and/or having witnessed violence in childhood were collected. Information was also collected on the use of mental health services and/or psychological complaints/diagnoses during consultation at medical clinics by reading medical records, to categorize the dependent variable "mental suffering". The variables were described as absolute and relative frequencies. The association was tested using a confirmatory Poisson model with robust variance adjusted for age, marital status, education, violence witnessed in childhood and psychoactive substance use.

RESULTS: The prevalence of mental suffering was 29.4%. Mental suffering was associated with experiencing repeated physical and/or sexual violence (RP 1.75, 95%CI 1.13;2.72). The association with a single episode of violence lost significance after the inclusion of psychoactive substance use in the model. Analysis of the fraction attributable to repetitive physical and/or sexual violence for the mental suffering of the men, verified it as 30.4%.

CONCLUSIONS: The relationship between violence and mental suffering, already highlighted in studies with women, is also relevant to men's health, drawing attention to the similar need of identification, in the health services, of situations of violence experienced by the male population. For men, this relationship was shown to be influenced by the presence of psychoactive substance use; a situation which must be dealt with, more and in a better way, by the health care service.

DESCRIPTORS: Men's Health. Mental Health. Violence. Primary Health Care. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

Diversos estudos abordam a tríade homens, violência e saúde, no sentido de reconhecerem os agravos à saúde associados ao seu envolvimento em situações de violência.^{7,17,a} O mesmo caberia relativamente à saúde mental.

Atos violentos são encarados como elementos próprios do processo de socialização dos homens e do exercício da masculinidade, interferindo em como os homens cuidam da saúde e dos seus corpos.¹⁷ Episódios de violência são problemas estreitamente relacionados às necessidades de saúde da população masculina.^{4,7} Contudo, têm sido negligenciados.

Estudos sobre o impacto da violência sofrida em agravos à saúde da população masculina mostram que episódios de agressão associam-se a sintomas de sofrimento mental de várias intensidades e formas para

transtornos mentais comuns e transtornos mentais mais graves.^{11,14} Em termos das agressões, são abordados os episódios de violência doméstica e os de violência urbana.^{3,11} Rhodes et al¹⁶ mostram que homens em situação de violência por parceira(o) íntima(o) (VPI), atendidos em um hospital nos EUA, apresentaram taxas mais altas de problemas psiquiátricos: 18,4% tinham sintomas de depressão grave ou moderada, enquanto 3,3% dos não envolvidos apresentavam os mesmos sintomas ($p = 0,001$). Observou-se prevalência de transtorno pós-traumático de 10,3% entre os envolvidos e 1,1% entre os não envolvidos ($p < 0,001$).

Achados de Coker et al³ corroboram a teoria de que sofrer VPI provoca consequências negativas à saúde mental. Homens que sofreram VPI são mais propensos a terem sintomas de depressão, a usarem medicação

^a Nascimento MAF. Desaprendendo o silêncio: uma experiência de trabalho com grupos de homens autores de violência contra a mulher [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001.

psiquiátrica e a desenvolverem alguma doença mental crônica, além de perceberem sua saúde como frágil.

Acierno et al,¹ em revisão sobre os agravos à saúde provocados pelas várias formas de violência, afirmam que problemas psiquiátricos são identificados como fator de risco para sofrer agressão física.

A maior parte da literatura estudada aborda a exposição à VPI. No entanto, estudos recentes como o de Kaminer et al¹¹ mostram associação também com violência urbana. Esses autores apontam que 42,9% dos homens de estudo populacional na África do Sul afirmaram ter sofrido pelo menos uma forma de violência entre doméstica, criminal e política, nos tipos moral, física ou sexual. Encontrou-se razão de prevalência de 2,2 (IC95% 1,1;4,57) para o diagnóstico de transtorno pós-traumático para os homens que sofreram qualquer dessas violências. Abuso físico na infância, violência criminal e múltiplas manifestações de violência vivenciadas conjuntamente foram as formas de trauma mais patogênicas.

Abuso de álcool é um traço do perfil de homens que se envolvem em situações de violência.^{5,20} Freitas et al⁸ salientam que 57,1% das vítimas de agressão física, atendidas em um pronto socorro de São Paulo, haviam ingerido álcool, e 93,3% dessas vítimas eram do sexo masculino.

Pouco se conhece sobre os agravos à saúde mental masculina no Brasil e menos sobre suas relações com a experiência de violência. Este estudo tem por objetivo analisar a associação entre agravos à saúde mental masculina e episódios de violência sofrida.

MÉTODOS

Estudo transversal com dados produzidos por uma pesquisa maior^b sobre violência contra parceira íntima. Foram entrevistados 789 homens usuários de dois serviços escola de atenção primária à saúde, captados por ordem de chegada ao serviço até alcançar a amostra estipulada. As duas unidades foram escolhidas por terem significativa demanda de usuários masculinos, por possuírem serviços de saúde mental e pela percepção do problema da violência como necessidade de saúde por parte da direção ou administração dos serviços e das equipes. Esses serviços localizavam-se na região centro-oeste da cidade de São Paulo, em bairros urbanizados, e não constituíam contextos de alta violência urbana. A pesquisa maior tinha como objetivo estimar as prevalências das violências perpetradas contra parceira íntima a partir da perspectiva dos homens, mas produziu outros dados que permitiram

novos estudos sobre a população masculina. Estudo descritivo sobre as prevalências e tipos de violência vivenciadas pelos homens, bem como detalhes da metodologia usada na mencionada pesquisa maior, foram publicadas por Schraiber et al.¹⁹

Foram utilizados 477 registros de dados coletados a partir de três instrumentos: um questionário aplicado por entrevistadores do sexo masculino e duas fichas de leitura padronizadas para os registros em prontuários médicos.

O questionário incluiu: questões sociodemográficas; questões de saúde em geral; uso de álcool e/ou drogas ilícitas; frequência de ocorrência e recorrência dos episódios de violência sofrida pelos homens, com discriminação dos agressores e da idade em que os episódios ocorreram.

Para coletar dados sobre violência sofrida, utilizaram-se perguntas adaptadas do questionário validado,¹⁸ utilizado com mulheres e que mostrou boa consistência interna para respondentes masculinos.¹⁹ As perguntas foram: 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)”. Foi ainda perguntado se os homens haviam testemunhado violência doméstica durante a infância (presenciar brigas entre os pais e/ou ver a mãe ser agredida por pai ou companheiro).

Com dois tipos de fichas padronizadas, fez-se a leitura dos prontuários dos entrevistados que tinham matrícula de usuário há mais de um mês a partir da data da entrevista. Uma das leituras caracterizou a vida de usuário do serviço, em termos de frequência de comparecimentos e perfil de uso das atividades assistenciais. Neste estudo, utilizamos os dados de consultas a serviços de saúde mental, disponíveis em 461 registros do banco de dados. A outra leitura coletou queixas/diagnósticos anotados nos prontuários de homens que haviam utilizado o serviço nos últimos 12 meses, discriminados segundo a atividade de atendimento realizada em serviço de clínica médica. Foram analisadas as queixas/diagnósticos de tipo psicológico disponíveis em 410 registros do banco de dados.

Os 477 registros foram selecionados considerando ou o uso de pelo menos uma das atividades assistenciais oferecidas no serviço de saúde mental (psicoterapia

^b Schraiber LB, Couto MT, Figueiredo W, Pinho AP, Kotovicz F, Pedreira F, Biondo M, Souza F. Homens, Violência e Saúde: uma contribuição para o campo de pesquisa e intervenção em Gênero, Violência Doméstica e Saúde [Relatório Científico apresentado à FAPESP, em 2004 - Projeto FAPESP nº 02/00413-9].

individual ou psicoterapia em grupo ou consulta com psiquiatra), ou a presença de pelo uma das queixas/diagnósticos do tipo psicológico no prontuário: depressão, ansiedade/nervosismo, insônia, raiva/irritabilidade, tentativa de suicídio ou confusão mental/problemas de memória. Esse conjunto de condições foi considerado caso positivo para sofrimento mental, nossa variável de desfecho.

Adotamos essa variável em razão de a mencionada pesquisa maior não ter dados sobre transtorno mental comum (TMC), que englobam: transtornos somatoformes, de depressão e ansiedade e sintomatologia de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas como dores de cabeça, tremores ou má digestão,⁹ sendo essa categoria muito utilizada nos estudos de epidemiologia psiquiátrica. A definição de desfecho tomou por base Dejours et al,⁶ para quem sofrimento mental é um mal-estar que se expressa como angústia, preocupação, ansiedade, tensão e/ou desânimo. Não é necessariamente doença mental em sentido estrito da nosografia médica e pode ser considerado mais como um desequilíbrio psíquico. O sofrimento mental é uma vivência subjetiva que leva o indivíduo a ter queixas e demandar o serviço de saúde, tal como delimitado neste estudo. O sofrimento mental, portanto, engloba os TMC.

Foram consideradas como variáveis independentes as características sociodemográficas, faixa etária, situação conjugal, escolaridade e estrato socioeconômico (o estrato A agrupado ao estrato B devido à ausência de sujeitos nessa condição); uso de substância psicoativa (álcool e/ou uso de droga ilícita na vida); testemunho de violência doméstica durante a infância e relatos de violência sofrida na vida (“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 na forma agrupada à violência física porque não foi encontrado nenhum caso de violência sexual exclusiva.

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). 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.

As variáveis foram descritas por meio de proporções e o teste de Qui-quadrado de Pearson foi utilizado na identificação das diferenças entre elas. Para compreender melhor a relação entre sofrimento mental e violência, foram analisados os vários tipos de sofrimento mental em relação a cada tipo de violência pesquisado. O modelo de Poisson, com variância robusta do tipo confirmatório, foi

utilizado para testar a associação entre eles.¹⁰ A análise múltipla foi ajustada pelas variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada (Qui-quadrado), além daquelas de importância teórica. O risco atribuível foi examinado na análise dos dados por ser indicador de interesse para programas de intervenção populacional em políticas públicas.

As variáveis relacionadas às questões sociodemográficas (faixa etária, situação conjugal e escolaridade) foram incluídas no primeiro modelo múltiplo. A variável referente ao testemunho de violência doméstica durante a infância foi acrescentada no segundo modelo múltiplo. A inclusão de uso de substância psicoativa no modelo final foi justificada pela literatura consultada.² As análises foram realizadas com o programa *Stata* 10.0.

Este estudo recebeu aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, processo 348/10, em 15/12/2010, além de seguir recomendações éticas para estudos sobre violência.¹⁹

RESULTADOS

Dos 477 sujeitos, 29,4% foram casos de sofrimento mental. A prevalência desse sofrimento foi maior entre os homens solteiros e entre aqueles que faziam uso de substância psicoativa (álcool e/ou drogas ilícitas) (Tabela 1).

Constatou-se forte associação entre a presença de qualquer queixa/diagnóstico psicológico e sofrer violência ($p < 0,001$); 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%) (Tabela 2).

Os tipos de queixas/diagnósticos psicológicos associados à violência sofrida foram: depressão, nervosismo/ansiedade, raiva/irritabilidade alta e insônia/distúrbio de sono. A maior parte dos homens com registros relacionados à depressão e irritabilidade/raiva sofreu pelo menos dois dos três tipos de violência pesquisados; 89,6% dos homens com o registro mais prevalente (ansiedade/nervosismo) referiram ter sofrido situações de violência, principalmente do tipo físico e/ou sexual recorrente (Tabela 2).

Dentre os 103 prontuários com algum registro de atividade assistencial de saúde mental, 13,5% eram de homens que referiram não ter sofrido episódio de violência na vida. Homens que frequentaram os serviços de saúde mental tinham maiores prevalências de violência sofrida e quase a metade deles chegou a sofrer violência física e/ou sexual recorrente. A entrevista ou consulta com médico foi a atividade assistencial mais utilizada e a que mostrou maior associação com sofrer violência ($p = 0,001$); 6% dos homens que

Tabela 1. Frequências das variáveis relacionadas a sofrimento mental registrado em prontuário, por variáveis sociodemográficas, violências associadas e uso de substâncias psicoativas. São Paulo, 2003.

Ajustes	Sofrimento mental				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Idade (anos)					0,085
18 a 24	74	80,4	18	19,6	
25 a 34	91	72,2	35	27,8	
35 a 44	81	69,8	35	30,2	
45 a 54	72	64,9	39	35,1	
55 a 60	19	59,4	13	46,4	
Situação conjugal					< 0.001
Coabita com parceira sexual	222	77,3	65	22,7	
Tem parceira sexual sem coabitar	53	70,7	22	29,3	
Solteiro	62	53,9	53	46,1	
Estrato socioeconômico (Abipeme) ^a					0,21
B	38	61,2	24	38,7	
C	174	74,7	59	25,3	
D	97	69,3	43	30,7	
E	27	65,8	14	34,1	
Grau de escolaridade (anos de estudo)					0,442
0 a 4	94	70,7	39	29,3	
5 a 8	112	70,9	46	29,1	
9 a 11	109	73,1	40	26,9	
12 a mais	22	59,5	15	40,5	
Testemunho de violência na infância					0,236
Não	140	73,7	50	26,3	
Sim	197	68,6	90	31,4	
Uso de substância psicoativa (droga ilícita e/ou uso de álcool)					0,04
Nenhuma substância psicoativa	5	62,4	3	37,5	
Apenas álcool	240	74,3	83	25,7	
Uso de álcool e drogas ilícitas	92	63,0	54	37,0	
Total	337	70,6	140	29,4	

^a A variável estrato socioeconômico teve 1 *missing*.

frequentaram psicoterapia individual não referiram sofrer nenhuma forma de violência (Tabela 2).

Quase metade dos homens que apresentaram sofrimento mental (queixa/diagnóstico psicológico e/ou uso do serviço de SM) (45,7%) havia sido submetido a situações de violência física e/ou sexual mais de uma vez, seguidos por 25,7% que sofreram apenas uma vez (Tabela 2). A violência sofrida do tipo exclusivamente psicológico não mostrou associação com presença de sofrimento mental (RP Bruta) na análise univariada (Tabela 3).

Exceto no caso da exclusivamente psicológica, houve aumento na força da associação para os demais tipos de violência após ajuste com as características sociodemográficas (faixa etária, situação conjugal e escolaridade) no modelo 1 (Tabela 3).

No modelo 2, houve associação dos mesmos tipos de violência do modelo anterior com a inclusão da variável “violência testemunhada na infância”, além do ajuste da magnitude da razão de prevalência (Tabela 3).

A violência física e/ou sexual recorrente foi associada ao sofrimento mental após o ajuste por uso de substância psicoativa, com diminuição da magnitude da razão de prevalência no modelo final. O uso de substâncias psicoativas fez com que a associação com sofrimento mental se tornasse limítrofe no caso desse tipo de violência sofrida em um único episódio (Tabela 3).

A fração atribuível à violência física e/ou sexual recorrente foi de 30,4% no sofrimento mental dos homens nesse modelo.

Tabela 2. Frequências das variáveis relacionadas a sofrimento mental registrado em prontuário, por forma de violência sofrida. São Paulo, 2003.

Variável	Não sofreu		Exclusivamente psicológica		Física e/ou sexual em episódio único		Física e/ou sexual recorrente		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tipos de queixa/diagnóstico psicológico (n = 410)											
Depressão	5	14,7	1	3,0	10	29,4	18	53,0	34	100,0	0,009
Ansiedade	8	10,4	12	15,6	22	28,6	35	45,5	77	100,0	0,009
Irritabilidade/raiva	1	3,9	2	7,7	5	19,2	18	69,2	26	100,0	0,001
Insônia	3	7,3	7	17,0	8	19,5	23	56,1	41	100,0	0,017
Tentativa de suicídio	2	25,0	0	0,0	2	25,0	4	50,0	8	100,0	0,443
Confusão mental	4	19,0	1	4,7	5	23,8	11	52,3	21	100,0	0,145
Qualquer queixa/diagnóstico psicológico	14	12,1	18	15,6	31	26,9	52	45,2	115	100,0	0,001
Uso do Serviço de SM (n = 461)											
Psicoterapia individual	2	6,0	7	21,2	11	33,3	13	39,3	33	100,0	0,130
Psicoterapia em grupo	5	12,8	7	17,9	10	25,6	17	43,5	39	100,0	0,407
Entrevista ou consulta com Médico	13	15,1	8	9,3	24	27,9	41	47,6	86	100,0	0,001
Qualquer consulta de SM	14	13,5	12	11,6	27	26,2	50	48,5	103	100,0	< 0,001
Sofrimento mental (n = 477)	20	14,2	20	14,2	36	25,7	64	45,7	140	100,0	< 0,001

Tabela 3. Modelo estatístico confirmatório de regressão de Poisson, com cálculo de variância robusta para sofrimento mental. São Paulo, 2003.

Sofrimento mental (n = 477)	RP bruta	IC95%	Mod. 1	IC95%	Mod. 2	IC95%	Modelo final	IC95%
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

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

DISCUSSÃO

A prevalência de sofrimento mental entre homens neste estudo (29,4%) poderia representar taxa maior que a encontrada em outros estudos sobre saúde mental entre homens, usuários de serviços, por formular a variável sofrimento mental mais amplamente que os TMC. Além disso, poderia ser maior que a taxa de estudos populacionais por ser estudo com usuários. Porém, constituiu taxa menor que o estudo de Fortes et al,^c que entrevistou 714 pacientes de 18 a 65 anos em unidades de Saúde da Família e encontrou prevalência de 39,2% de TMC entre os homens. Esse estudo é importante como efeito comparativo com os resultados do presente estudo por

ser população semelhante, de mesma faixa etária, tipo de estudo e amostra de usuários de serviço de saúde. A menor proporção encontrada pode residir no fato de que, no presente caso, os dados resultam de registro em prontuário, e não da aplicação direta de questionário aos pesquisados. Três situações diferentes podem ter interferido no dado: 1) os usuários podem ter dificuldades de apresentar esse tipo de agravo como queixa clínica espontaneamente, como aponta a literatura,^{4,7} enquanto a entrevista constitui busca ativa de casos; 2) os usuários podem fazê-lo, mas pode ter ocorrido desqualificação do registro perante a queixa espontânea; 3) dificuldades ou menor atenção em diagnosticar agravos em saúde

^c 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. [Doutorado] Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2004.

mental, por parte dos profissionais.⁷ O indicador aqui construído de sofrimento mental, comparativamente aos estudos nacionais e internacionais, apresentou-se dentro do leque de variações observado por aqueles estudos.

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 al¹⁹ apontam que os tipos de violência ocorrem concomitantemente entre homens, com altas proporções de sobreposição, principalmente dos tipos psicológico e físico.

Estudos internacionais encontram associações consistentes entre sofrer algum tipo de violência e agravos à saúde mental.^{1,11,16} A maioria deles tem foco em um tipo de violência em particular: VPI (violência por parceira íntima). Há pouca produção científica sobre violência urbana e comunitária. Por isso, o atual estudo contempla as violências sofridas por parceira íntima, por familiares no ambiente doméstico e aquelas sofridas por amigos, conhecidos e estranhos no espaço público.

Kaminer et al,¹¹ na África do Sul, encontraram razão de prevalência de 2,2 (IC95% 1,1;4,57) para o diagnóstico de transtorno pós-traumático durante a vida entre homens que haviam sofrido pelo menos uma forma de violência entre doméstica, criminal e política. Sofrer múltiplos tipos de violência mostrou-se mais patológico.

O estudo sul-africano converge com nossos resultados em relação à magnitude da RP encontrada (RP de violência física e/ou sexual recorrente entre os sujeitos com sofrimento mental foi de 1,75; IC95% 1,13;2,72). Além disso, comprova a força da associação entre a modalidade recorrente de episódios para qualquer tipo de violência e agravos à saúde mental.

Estudos brasileiros que pesquisam a relação entre sofrimento mental e violência não oferecem categorização por sexo, o que dificulta a discussão sobre como a violência interfere na saúde mental de homens, principalmente quando se trata de TMC, cuja prevalência é menor no sexo masculino. Lopes et al,¹⁴ em amostra de 3.253 funcionários de uma universidade, observaram que experimentar violência física mais de uma vez na vida está associado com maior risco relativo (RR: 1,19) de desenvolver TMC; 26,5% dos sujeitos com TMC foram expostos à violência física em pelo menos uma das duas fases da pesquisa. Apontam ainda o efeito cumulativo: quanto mais se experimentam episódios de violência física, maior é a probabilidade de se desenvolver TMC.

O fator do efeito cumulativo dos episódios de violência sobre a saúde mental é apontado por Lima et al,¹³ que

afirmam que há maior prevalência de transtornos mentais (cerca de 60%) em pessoas que vivenciaram eventos de vida estressantes. O número crescente desses eventos aumenta proporcionalmente a probabilidade de transtornos mentais. Conforme Onocko-Campos & Gama,¹⁵ “[...] 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, podemos utilizar como contraponto a vasta produção sobre as repercussões da violência sobre a saúde da mulher. Esses estudos mostram que sofrer VPI repetidas vezes tem associação com diagnósticos e/ou queixas psicoemocionais, e esse efeito é cumulativo.¹⁸ Este estudo reitera 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 mais de uma vez.

O uso de substância psicoativa mostrou-se importante variável de ajuste. Nossos resultados comprovam os achados da bibliografia que aponta interação entre sofrimento mental e uso de alguma substância psicoativa. O abuso de álcool ou outras drogas seria uma co-morbidade associada a algum transtorno psiquiátrico na vida em pelo menos 56,8% dos homens de estudo populacional nos EUA,¹² o que explicaria a diminuição da força de associação no modelo estatístico desenvolvido.

A repetição de episódios de violência sobrepõe o efeito causado pelo uso de substância psicoativa sobre a saúde mental e mantém-se associada a agravos à saúde mental dos homens como causa ou como consequência, visto que neste estudo não se têm informações relacionadas à temporalidade dos eventos. Mesmo assim, 30,4% dos casos de sofrimento mental foram atribuíveis à violência física e/ou sexual recorrente, conforme cálculo de fração atribuível.

Essas afirmações ganham ainda mais importância ao se refletir sobre os significados simbólicos dos atos de violência na constituição social da masculinidade. A prática da violência é reforçada no processo de socialização dos homens. Pode ser considerada como elemento fundador dessa formação identitária¹⁷ e requer reafirmação cotidiana ao longo da vida. Brigas de rua, bem como as várias formas de dominação sobre as parceiras íntimas, constituem situações que legitimam a masculinidade. Há naturalização dos padrões de comportamento agressivo dos homens, muitas vezes justificados por razões biológicas e fisiológicas.

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 danosos à saúde,

fazendo emergir fatores de risco importantes para o adoecimento”,¹⁷ principalmente em relação à saúde mental. O mesmo processo acontece com o uso de substâncias psicoativas, consideradas uma variável de ajuste neste estudo e promotora de sofrimento mental na população masculina e valorizada como elemento de afirmação da masculinidade hegemônica.

O presente estudo apresenta algumas limitações por ter sido desenhado prioritariamente para mensurar violência perpetrada por homens contra a parceira íntima. As informações sobre sofrimento mental e violência sofrida eram dados complementares no mencionado estudo maior. Assim, as informações sobre o principal desfecho limitaram-se aos registros de prontuários médicos, já que não foram coletadas por meio das entrevistas. A categoria sofrimento mental considerou qualquer sinal e/ou sintoma relacionado à saúde mental como positivo, não dispondo de escala diagnóstica.

As associações apresentadas, apesar de significativas, podem representar associações reversas, já que o desenho

do estudo (transversal) dificulta inferir causalidade devido à ausência de controle sobre a sequência temporal dos eventos. Sofrer violência tanto pode ser causa do sofrimento mental¹⁴ quanto consequência dele.⁵

No entanto, os resultados encontrados são válidos, tornando o presente estudo relevante para a compreensão da relação entre agravos à saúde mental masculina e episódios de violência sofrida.

Conclui-se desse modo que a associação entre sofrer violência e a situação de sofrimento mental, tão bem salientada nos estudos com mulheres, mostra-se relevante também para a saúde dos homens, devendo ser alvo de aprofundamento em pesquisas futuras. De outro lado, a existência dessa associação ainda aponta para a necessidade da identificação, nos serviços de saúde, das situações de violência experimentadas pela população masculina. Além disso, para homens, essa relação entre sofrimento mental e experimentar situações de violência mostrou ser influenciada pela presença de uso de substância psicoativa, o que deve ser igualmente mais trabalhado pelos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. 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. *Behav Medicine*. 1997;23(2):53-64. DOI:10.1080/08964289709596729
2. Almeida RMM, Pasa GG, Scheffer M. Álcool e violência em homens e mulheres. *Psicol Reflex Crit*. 2009;22(2):252-60. DOI: 10.1590/S0102-79722009000200012
3. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med*. 2002;23(4):260-8. DOI: 10.1016/S0749-3797(02)00514-7
4. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(33):257-70. DOI: 10.1590/S1414-32832010000200003
5. Cronholm PF. Intimate partner violence and men's health. *Prim Care*. 2006;33(1):199-209,x. DOI: 10.1016/j.pop.2005.11.005
6. 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.
7. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(1):105-9. DOI: 10.1590/S1413-81232005000100017
8. Freitas, EAM, Mendes ID, Oliveira LCM. Ingestão alcoólica em vítimas de causas externas atendidas em um hospital geral universitário. *Rev Saude Publica*. 2008;42(5):813-21. DOI: 10.1590/S0034-89102008000500005
9. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: A biosocial model. London: Tavistock; 1992.
10. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC, Babin BJ. Análise multivariada de dados. 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
11. Kaminer D, Grimsrud A, Myer L, Stein DJ, Williams DR. Risk for post-traumatic stress disorder associated with different forms of interpersonal violence in South Africa. *Soc Sci Med*. 2008;67(10):1589-95. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.07.023
12. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(4):313-21. DOI: 10.1001/archpsyc.1997.01830160031005
13. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)*. 1999;26(5):225-35.
14. 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. *Int J Soc Psychiatry*. 2008;54(2):112-7. DOI: 10.1177/0020764007083876
15. Onocko-Campos RT, Gama CA. Saúde mental na Atenção básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p.209-35.
16. Rhodes, KV, Houry D, Cerulli C, Strauss H, Kaslow NJ, McNutt LA. Intimate partner violence and comorbid mental health condition among urban male patients. *Ann Fam Med*. 2009;7(1):47-55. DOI: http://dx.doi.org/10.1370/afm.936
17. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(1):7-17. DOI: 10.1590/S1413-81232005000100002
18. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos e serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):237-45. DOI: 10.1590/S1415-790X2010000200006
19. Schraiber LB, Barros CRS, Couto MT, Figueiredo WS, Albuquerque FP. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(4):790-803. DOI: 10.1590/S1415-790X2012000400011
20. Stringham P. Violence and men's health. *Prim Care*. 2006;33(1):187-97,x. DOI: 10.1016/j.pop.2005.11.006

Os autores declaram não haver conflito de interesses.