



COLECCIÓN CONOCIMIENTO CONTEMPORÁNEO

Investigación y transferencia de las ciencias sociales frente a un mundo en crisis

Coordinadores

Manuel Bermúdez Vázquez

Alfonso Chaves Montero

Dykinson, S.L.

INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA DE LAS CIENCIAS SOCIALES
FRENTE A UN MUNDO EN CRISIS

INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA
DE LAS CIENCIAS SOCIALES
FRENTE A UN MUNDO EN CRISIS

Coordinadores

Manuel Bermúdez Vázquez
Alfonso Chaves Montero

Dykinson, S.L.

2022

INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA DE LAS CIENCIAS SOCIALES FRENTE A UN
MUNDO EN CRISIS

Diseño de cubierta y maquetación: Francisco Anaya Benítez

© de los textos: los autores

© de la presente edición: Dykinson S.L.

Madrid - 2022

N.º 44 de la colección Conocimiento Contemporáneo

1ª edición, 2022

ISBN 978-84-1377-924-9

NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos publicados en esta obra son de responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión de Dykinson S.L ni de los editores o coordinadores de la publicación; asimismo, los autores se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

PAPÉIS DE VÍTIMA E/OU AGRESSOR EM INDIVÍDUOS COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA MENTAL

MARIANA LOURENÇO

Instituto de Serviço Social/ULHT

FÁTIMA GAMEIRO

Instituto de Serviço Social/ULHT

1. INTRODUÇÃO

O estigma, o preconceito, o medo e o *temor* associados aos hospitais psiquiátricos e às pessoas com doença mental, fizeram-se sentir ao longo dos anos (Taylor, 2008). A literatura mostra que a investigação e a intervenção na área da saúde mental tem tido um aumento exponencial e uma evolução ímpar na forma como esta é pensada, caracterizada e investigada. Walklate (2019) leva-nos para uma esfera de “compreensão do potencial impacto psicológico da vitimização e da sua possível relação com a saúde mental. (...)” refere também que “qualquer que seja o tipo de experiência de vitimização, a capacidade do sujeito lidar com a situação pode ser mediada pelas suas próprias habilidades de confronto, e também com o apoio da família, amigos e comunidade em geral (p. 207).

O presente estudo tem como objetivo definir os papéis de vítima e/ou agressor, no âmbito intrafamiliar, em indivíduos com diagnóstico de doença mental. A pertinência da temática sustenta-se nas fragilidades encontradas na experiência profissional no âmbito da intervenção com estes indivíduos em Portugal e na necessidade experienciada na prática interventiva da ausência de diretivas para um diagnóstico social específico desta população, com o objetivo de que seja possível definir variáveis orientadoras para potenciar uma intervenção mais concertada, mais objetiva e em conformidade com os recursos dos técnicos e as necessidades das pessoas com perturbação mental. É fundamental que

as instituições, equipas e técnicos com legitimidade de intervenção na área da saúde mental criem estratégias de análise, reflexão e de intervenção, de acordo com cada situação.

Aliando o enquadramento teórico relativo à saúde/doença mental, violência e violência intrafamiliar, ao enquadramento empírico, pretende-se, com esta investigação, definir a perceção de indivíduos com doença mental, relativamente ao seu papel de vítima e/ou agressor a nível intrafamiliar, de forma a criar bases consolidadas para a intervenção na área da saúde mental.

2. SAÚDE E DOENÇA MENTAL

A saúde mental não deve ser considerada apenas como ausência de doença, mas sim como um estado de bem-estar pleno e efetivo. Caldas de Almeida (2018) acrescenta que a este estado de saúde mental, que caracteriza por saúde mental positiva e bem-estar, contrapõem-se as diversas doenças mentais, que causam sofrimento psíquico e perturbam as capacidades emocionais, relacionais, cognitivas e produtivas de quem delas sofre. Uma pessoa, tal como refere o autor, pode padecer de uma doença mental e ter, pelo menos numa determinada fase da vida, alguma saúde mental.

A Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM, 2019) identifica que mais de um quinto dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica (22,9%). Portugal é o segundo país da Europa com uma maior prevalência de doenças psiquiátricas, sendo somente ultrapassado pela Irlanda do Norte (23,1%). As perturbações mentais e do comportamento representam 11,8% da carga global das doenças em Portugal, um número mais elevado do que as doenças oncológicas (10,4%), apenas ultrapassadas pelas doenças cérebro-cardiovasculares (13,7%). As perturbações mentais são comuns em Portugal, revelando possuir um peso significativo, que se confirmam nos factos (22,9% ao ano; 42,7% ao longo da vida), (...) e são uma das principais causas de

incapacidade para a atividade profissional, pelo elevado número de baixas e reformas por invalidez.²⁰

De acordo com Coimbra de Matos (2012), por mais evoluído que seja o sistema social, na família, na sociedade e no trabalho, o *doente mental* está sempre mais sujeito a ser vítima dos sentimentos negativos dos outros. Ou seja, mesmo com a progressiva evolução da sociedade, continua a existir estigma associado às pessoas com doença mental. (p.94)

Neste sentido, Caldas de Almeida (2018) corrobora a afirmação de Coimbra de Matos e refere que “os problemas de saúde mental, foram subvalorizados e negligenciados em todo o mundo. O estigma, os preconceitos e os medos associados às doenças mentais (...) ajudam a entender porque é que, com tanta frequência, as pessoas que sofrem de doenças mentais têm sido vítimas das mais variadas formas de discriminação e exclusão social” (p.43). Este autor vai mais longe e identifica o preconceito ligado às pessoas com perturbação mental e esse facto poderá ser um meio para potenciar a discriminação e em casos mais extremos, a violência.

A identificação da perceção de indivíduos com doença mental, relativamente ao seu papel de vítima e/ou agressor a nível intrafamiliar, permitirá que os assistentes sociais e respetivas equipas multidisciplinares, com intervenção direta junto de pessoas com doença mental, considerem as especificidades e características de cada pessoa, nomeadamente a existência de historial de violência doméstica enquanto vítima e/ou agressor.

3. VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

A violência familiar entende-se pelo ato de violência contra um ou mais elementos da família (Reis, Prata, & Parra, 2018). Dias, identifica em 2018, que a expressão da violência familiar é assinalada como “um círculo vicioso do qual a saída é temerosa e difícil. Acrescenta que a violência doméstica ocupa agendas desde 1980, demonstrando que não

²⁰ Direção Geral de Saúde, 2019, <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>

atinge apenas famílias de determinadas classes sociais, regiões, religiões ou etnias. Permanência de uma cultural, patriarcal e hegemónica, os atos de violência física, psicológica e/ou sexual contra mulheres foram colocados na pauta de uma ampla reação a nível local, nacional e internacional. As violências na intimidade são complexas e assinalam urgências em proteção e acesso à justiça e à cidadania” (p.105).

Por sua vez, Casimiro (2008) defende que o conceito de violência doméstica ou intrafamiliar agrupa categorias distintas, como a violência conjugal, os maus-tratos infantis e a violência contra idosos. Numa outra linha de pensamento, Calheiros e Monteiro (2001), afirmam que “os primeiros modelos teóricos explicativos para os maus-tratos focam-se numa análise de variáveis intraindividuais das figuras parentais (...) ou em fatores sociais e culturais (...) como dimensões importantes na etiologia do comportamento maltratante.” (p.581).

Relativamente à exposição de crianças ou jovens à violência, Mendes e Sani (2015) identificaram a exposição à violência interparental como um fator de risco elevado para envolvimento em interações sociais violentas, fator este que, segundo as investigadoras, aumenta drasticamente a probabilidade de relacionamentos violentos. As autoras vão mais longe ao refletir sobre o comportamento das crianças expostas à violência, referindo que o facto de estas não compreenderem os atos de violência por parte das pessoas de referência, pode levá-las a considerar esse comportamento como aceitável. É fundamental refletirmos sobre a exposição à violência e equacionar se esta poderá também ser um dos fatores de risco associados à população com doença mental, seja de modo predisponente, precipitante ou até mesmo mediador. Barradas (2019), por sua vez, defende que “o comportamento agressivo pode surgir em quase todas as perturbações psiquiátricas (...) não está associado à perturbação em si, podendo ser uma manifestação da personalidade e da constituição do indivíduo.” (p.5).

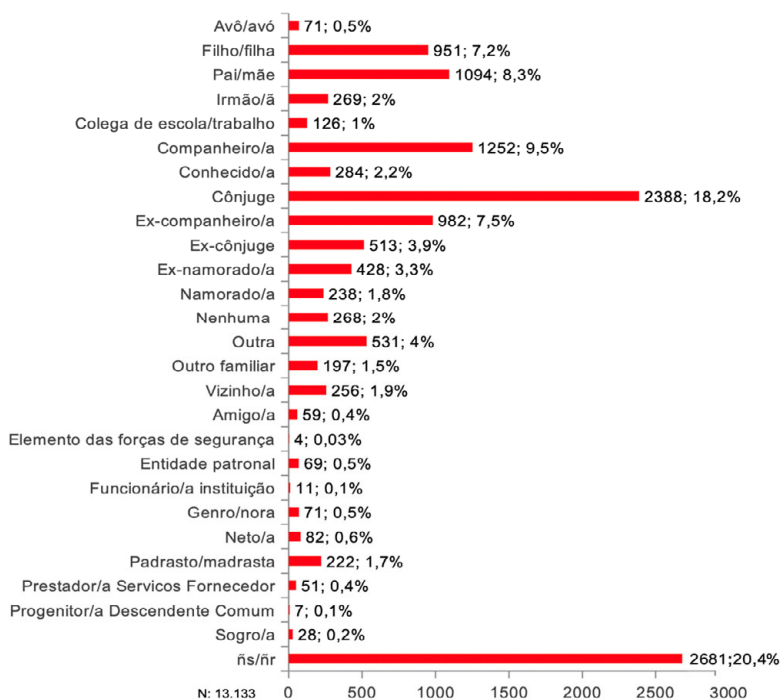
Paralelamente, de acordo com o Relatório Anual da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV, 2020), o número médio de vítimas em Portugal foi 8720 mulheres por ano, 167 mulheres por semana, 24 mulheres por dia, 1841 crianças por ano, 35 crianças por semana, 5 crianças por dia, 1627 homens por ano, 31 homens por semana e 4

homens por dia. Relativamente ao perfil geral da vítima, prevalece o sexo feminino (74,9%), a média de idade é de 40 anos, o grau de escolaridade é o ensino superior (6,6%), o secundário (5,3%) e o 3º ciclo (5,3%). Quanto à relação com o/a autor/a do crime, constata-se o/a cônjuge (18,2%), o/a companheiro/a (9,5%), o/a pai/mãe (8,3%), o/a ex-companheiro/a (7,5%), o/a filho/a (7,2%). Um outro dado significativo, revela que 94% dos crimes foram realizados contra pessoas e desses, 72,6% foram crimes de violência doméstica.

É possível verificar no gráfico infra as diferenças nas relações do/a autor/a do crime com a vítima. É notório que prevalecem as relações conjugais, no entanto, são extremamente expressivos os dados referentes a relações familiares.

GRÁFICO 1. Relação do/a autor/a do crime com a vítima

RELAÇÃO DO/A AUTOR/A DO CRIME COM A VÍTIMA



Relação entre o/a autor/a do crime com a vítima

Fonte: Relatório Anual APAV, 2020

3. OBJETIVOS

Para que a investigação seja consolidada e cientificamente pertinente, foi necessário definir objetivos, alcançáveis e mensuráveis, no decorrer da investigação.

O objetivo geral foi identificar, nos indivíduos com diagnóstico de doença mental, papéis de vítima e/ou agressor, no contexto intrafamiliar. Os objetivos específicos foram:

- 1) identificar, nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de humor, papéis de vítima e/ou agressor, no contexto intrafamiliar;
- 2) identificar, nos indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar, papéis de vítima e/ou agressor, no contexto intrafamiliar; e
- 3) identificar, nos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, papéis de vítima e/ou agressor, no contexto intrafamiliar.

4. METODOLOGIA

Esta investigação, tendo por base a aplicação de entrevistas semi-estruturadas, teve como objetivo identificar, nos indivíduos com diagnóstico de doença mental, papéis de vítima e/ou agressor, no contexto intrafamiliar. Deste modo, a questão de partida deste estudo, foi: “Qual o perfil, no âmbito da violência, em contexto familiar, de indivíduos com diagnóstico de doença mental?”

4.1. PARTICIPANTES

Após a formulação da pergunta de partida e dos objetivos, a etapa seguinte foi a definição da população e de amostra para a realização da investigação e prossecução do estudo empírico. Pela definição de Coutinho (2019), a amostragem identifica-se como não probabilística criterial, devido à existência de um denominador comum. Nesta investigação, o denominador comum e transversal a toda a população-alvo é a existência de diagnóstico de doença mental.

Foram entrevistados 26 indivíduos com diagnóstico de doença mental, dos quais 12 são mulheres e 14 homens. Da totalidade da amostra, 10

(38,5%) têm integração institucional e 16 (61,5%) não se encontram integrados em resposta institucional/ residencial.

A média de idades situa-se nos 54,80 anos, com um intervalo de variação entre os 28 e os 71 anos. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com base nas dimensões definidas, alinhadas aos objetivos da investigação.

4.2. DELINEAMENTO

Estudo descritivo. Definiram-se como variáveis dependentes os papéis de vítima e /ou agressor (Entrevista semi-estruturada/Análise de conteúdo) e como variável independente o diagnóstico clínico de doença mental (Perturbação de Humor, Perturbação Bipolar, Esquizofrenia).

4.3. INSTRUMENTOS

Esta investigação foi desenvolvida no âmbito de um estudo mais alargado. A entrevista, na totalidade, foi estruturada em 5 grupos de questões. Inicialmente, foram solicitados aos indivíduos os dados sociodemográficos (idade, sexo, localidade de residência, composição do agregado familiar, situação profissional). No segundo grupo, composto por 14 questões, identificava-se fatores e rotinas individuais, no terceiro, 11 questões, fatores e rotinas familiares, no quarto, 4 questões, fatores contextuais/ comunitários e no último, 3 questões, os fatores institucionais.

As questões relativas aos papéis de vítima e/ou agressor, no contexto intrafamiliar encontram-se integradas no terceiro grupo, fatores e rotinas familiares.

4.4. PROCEDIMENTO

Após a aprovação do estudo pelo Conselho Científico do Instituto de Serviço Social da Universidade Lusófona de Lisboa, no início do ano de 2021 foram realizados contactos com diversas entidades com intervenção na área de saúde mental, via email, a solicitar colaboração para a realização da investigação. Foram obtidas respostas positivas por parte de três entidades, uma com resposta social de atividades ocupacionais, uma com resposta de comunidade terapêutica e outra com

acompanhamento e intervenção social na comunidade. Foi aferida a motivação dos indivíduos que se demonstravam disponíveis para participar e promovido um levantamento relativamente aos diagnósticos clínicos. Foi tido em consideração a necessidade de homogeneização da amostra relativamente aos diagnósticos clínicos dos indivíduos.

Inicialmente, a planificação consistia em realizar todas as entrevistas presencialmente, no entanto, apenas foi possível efetivar desta forma as primeiras. As restantes, devido à situação pandémica, foram realizadas através da plataforma ZOOM e via contacto telefónico.

Os participantes foram informados dos objetivos geral e específicos do estudo e de forma voluntária, aceitaram participar na sua realização. De referir que em duas instituições, alguns utentes não aceitaram participar na investigação, devido a não se sentirem confortáveis em exteriorizar as suas vivências e histórias de vida. Os indivíduos tiveram conhecimento que a sua participação era anónima, confidencial e que a sua privacidade se encontrava assegurada. Foi ainda dado a conhecer que poderiam desistir a qualquer momento, que tinham liberdade para formular e dirigir todas as questões que considerassem pertinentes e que os dados seriam tratados e usados meramente para fins académicos e científicos. Foi solicitado a todos os participantes o consentimento informado e a autorização para se proceder à gravação das entrevistas.

Com a pesquisa e com a análise documental foi possível verificar a evolução de estudos sobre a temática, compreender e analisar alguns dados estatísticos que se traduziram em evidências concretas para a investigação. Sequencialmente, a metodologia mais adequada para compreender a problemática, de acordo com os objetivos definidos foi a entrevista semi-estruturada, “para análise de texto e análise de dados em estudos em que os dados tomam a forma de texto escrito (...), a análise de conteúdo realiza-se em (...) pré-análise, exploração e tratamento dos resultados.” (Coutinho, 2019, p.217). Após a aplicação das entrevistas, estas foram transcritas e foi elaborada a análise de conteúdo, que se sustentou em dimensões individuais, dimensões familiares, dimensões contextuais/comunitárias e dimensões institucionais.

É importante referir que todos os entrevistados manifestaram interesse pela investigação, foram empenhados e foi possível, mesmo que à distância, o surgimento de empatia.

5. RESULTADOS

Após a realização das entrevistas, da transcrição das mesmas, do registo dos dados e da recolha de informações fundamentais para a investigação, procedeu-se à realização da análise de conteúdo para dar resposta ao objetivo geral, identificar, nos indivíduos com diagnóstico de doença mental, papéis de vítima e/ou agressor, no contexto familiar e respetivos objetivos específicos, identificar, nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de humor/perturbação bipolar/esquizofrenia, papéis de vítima e/ou agressor, no contexto familiar.

Verificou-se, como resultados, que dos 26 indivíduos que constituem a amostra, 16 (61,5%) vivenciaram episódios de violência intrafamiliar. Destes, 11 (42%) identificaram-se como vítimas, dois como agressoras (7,69%) e três como vítimas e agressores (11,53%). Os restantes 10 indivíduos (38,5%) não identificaram existência de situações de violência intrafamiliar direta.

Relativamente ao contexto de integração, dos 16 indivíduos que experienciaram episódios de agressão, somente duas pessoas, que se identificaram como vítimas, é que se encontravam integradas em contexto institucional, as restantes vítimas, agressores e vítimas/agressores não se encontravam enquadradas em instituição.

Dos nove indivíduos com diagnóstico de perturbação de humor, cinco (55%) identificaram-se como vítimas, duas (22,22%) como agressoras e duas (11%) como vítimas-agressoras (Gráfico 2).

Todas as pessoas com diagnóstico de perturbação de humor identificaram situações de violência intrafamiliar, em papéis de vítima, agressor/a ou vítima-agressor/a. Na tabela 1 encontram-se descritos os tipos de violência, identificados pelos indivíduos com diagnóstico de perturbação de humor. Em termos de tipos de violência verificou-se numa pessoa a existência de tentativa de violência física por parte do

namorado e de violência psicológica pelos pais e pelo namorado. Outro indivíduo identificou-se como agressor, recorrendo à violência física contra familiar e à violência psicológica contra o cônjuge. Um outro indivíduo verbalizou que foi vítima de violência física por parte do pai agressor. Um quarto indivíduo identificou-se como vítima de violência física por parte da avó. Um indivíduo partilha o seu papel de vítima de violência psicológica exercida pela madrasta e o seu papel de agressor de violência física contra a mãe. Uma outra vítima-agressora identificou que ocorreu violência física com ex-companheiro agressor, violência física com mãe agressora, violência física com cônjuge agressor e violência psicológica enquanto agressora para com o cônjuge. Um indivíduo identificou-se como agressor, exercendo violência psicológica contra o filho. Os restantes dois indivíduos com diagnóstico de perturbação de humor identificaram-se, um como vítima de violência física por parte do pai e o outro como vítima de violência psicológica pelo cônjuge (Tabela 1).

Tabela 1 – Papéis de vítima (V), agressor/a (A) e vítima-agressora (VA) em indivíduos com perturbação de humor

V	Tentativa de violência física com o namorado (vítima) / Violência psicológica com os pais (vítima); Violência psicológica com o namorado (vítima)
A	Violência física contra familiar (agressora) Violência psicológica contra cônjuge (agressora)
V	Violência física com o pai (vítima)
V	Violência física com a avó (vítima)
VA	Violência psicológica com a madrasta (vítima); Violência física contra mãe (agressor)
VA	violência física com o ex -companheiro (vítima); violência física com a mãe (vítima); violência física com o cônjuge (vítima); Violência psicológica contra cônjuge (agressora)
V	Violência física com o pai (vítima)
V	Violência psicológica com o cônjuge (vítima)
A	Violência psicológica contra o filho (agressora)

Fonte: elaboração própria (2022)

Dos oito indivíduos com esquizofrenia, três (37,50%) identificaram-se como vítimas e uma (12,5%) como vítima-agressora (Gráfico 2).

Na tabela 2 apresentam-se detalhadamente os dados relativamente à especificidade da violência. Em primeiro lugar, um indivíduo identificou-se como vítima de violência física por parte do cônjuge e agressora, recorrendo à violência física, contra o cônjuge. Outro indivíduo identificou-se como vítima de violência física e psicológica pelo cônjuge. Um terceiro indivíduo verbalizou ser vítima de violência física pelo pai e de violência física pela mãe. A última pessoa identificou-se como vítima de violência física por parte da mãe. As restantes pessoas não identificaram situações de violência intrafamiliar (Tabela 2).

Tabela 2 – Papéis de vítima (V), agressor/a (A) e vítima-agressora (VA) em indivíduos com esquizofrenia

VA	Violência física com o cônjuge (vítima) / Violência física contra o cônjuge
V	Violência física com cônjuge (vítima); / violência psicológica com o cônjuge (vítima)
V	violência física com pai (vítima); violência física com mãe (vítima)
0	Sem violência reportada
V	Violência física com a mãe (vítima)
0	Sem violência reportada
0	Sem violência reportada
0	Sem violência reportada

Fonte: elaboração própria (2022)

Dos nove indivíduos com perturbação bipolar, três (33,30%) revelaram-se vítimas (Gráfico 2).

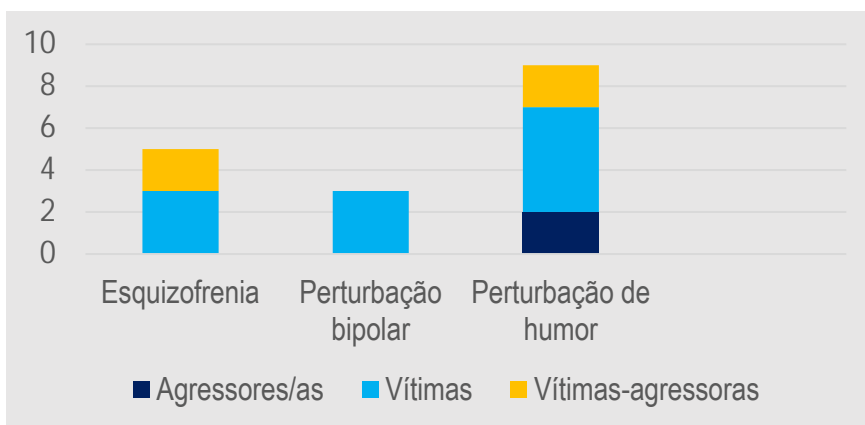
Um como vítima de violência física e psicológica por parte do pai e com tentativa de violação também pela mesma figura parental. O segundo indivíduo identifica-se como vítima de violência física pelo cônjuge. O último, revela ter sido vítima de violência psicológica pelo pai. Os restantes indivíduos, que são seis, não identificaram ocorrência de violência intrafamiliar (Tabela 3).

Tabela 3 – Papéis de vítima (V), agressor/a (A) e vítima-agressora (VA) em indivíduos com perturbação bipolar

0	Sem violência reportada
V	Violência física com o pai; tentativa de violação (vítima); Violência psicológica com o pai (vítima)
0	Sem violência reportada
V	Violência física com o cônjuge (vítima)
0	Sem violência reportada
0	Sem violência reportada
0	Sem violência reportada
0	Sem violência reportada
V	Violência psicológica com o pai (vítima)

Fonte: elaboração própria (2022)

GRÁFICO 2. Papéis de vítima/ agressor/a por doença mental.



É possível verificar no gráfico 2 a distribuição, de acordo com cada doença mental e os seus respetivos papéis de vítima e/ou agressor.

6. DISCUSSÃO

Dos 26 indivíduos que constituem a amostra 61,5% vivenciaram episódios de violência intrafamiliar. Destes, 42% identificaram-se como vítimas, 7,69% como agressoras e 11,53% como vítimas e agressores.

A amostra desdobra-se em dois grandes grupos, um grupo de indivíduos que se encontra em situação de integração em resposta social e um segundo, em que os indivíduos não se encontram integradas, logo sem ocupação e sem rotinas diárias definidas e consolidadas. Considerando estes fatores, das 11 vítimas, apenas três se encontram integradas em resposta social, sendo que, as restantes oito não possuem rede de suporte institucional.

Nos indivíduos com perturbação de humor, verificou-se que nenhum tem integração institucional, destes cinco revelaram-se como vítimas, um como vítima-agressora e dois como agressores. Logo, a perturbação de humor é a perturbação mental onde prevalecem mais vítimas. Esta premissa é fundamental para a nossa reflexão e para a realização de um diagnóstico da comunidade, para que se analise a viabilidade, exequibilidade e necessidade de criar respostas institucionais ecléticas e integradoras de âmbito ocupacional para as pessoas que se encontram nesta situação.

Em Portugal, a prevalência de perturbações psiquiátricas é uma realidade. O Relatório do Conselho Nacional de Saúde (2019) confirma que o nosso país se encontra posicionado em segundo lugar entre os países europeus com o valor mais elevado de incidência (22,9%). Segundo o mesmo Relatório, a depressão afeta 10% dos portugueses e, em 2017, o suicídio foi responsável por 14.628 anos potenciais de vida perdidos. É importante refletirmos sobre alguns aspetos e fatores que possam influenciar a vida dos indivíduos, nomeadamente, das pessoas com diagnóstico de perturbação de humor que foram entrevistadas. Estas residem em meio rural e, de acordo com Alves e Rodrigues (2010), “a vivência em meios rurais isolados pode gerar condições propícias ao desenvolvimento de perturbações mentais. O isolamento, a falta de transportes e comunicações, a dificuldade no acesso a meios de educação e formação profissional e a falta de oportunidades económicas podem condicionar graves dificuldades socioeconómicas que favorecem o aparecimento de doença mental, nomeadamente depressão.” (p.129). A ausência das redes de suporte familiar e social, isolamento social e falta de respostas e recursos institucionais adequados às necessidades, capacidades e expectativas das pessoas, são

fatores destabilizadores e de risco. Paralelamente, no que respeita às consequências negativas para vítimas de violência doméstica, Santos e Cruz (2018) são claros, e identificam que as consequências se traduzem ao nível da saúde mental e física. Quanto à saúde mental, assumem como problemas psicopatológicos os que se relacionam com a sintomatologia depressiva, ansiosa, stresse pós-traumático, abuso de substâncias, tentativa de suicídio e problemas cognitivos. Ao longo da investigação, foi possível analisar alguns fatores de risco nos indivíduos com diagnóstico de perturbação de humor que não têm tanta expressividade noutras perturbações. Estes fatores são a situação socioeconómica vulnerável e a tentativa de suicídio. Estes fatores prevaleceram nos indivíduos com perturbação de humor. E devemos olhar para estes dados como sinais de alerta, para que a intervenção seja realizada de forma integrada, multidisciplinar e tendo por base as necessidades dos indivíduos. Em termos de intervenção, existem autores como Sousa (2019) que considera de extrema importância as ações de baixa intensidade para a depressão ligeira e de intervenções psicoterapêuticas e psicofarmacológicas para depressão major, por sua vez, outros autores defendem a importância da terapia cognitivo-comportamental, tal como Caldas de Almeida (2018).

No que concerne à esquizofrenia, constatou-se a existência de duas vítimas e de uma vítima-agressora. Destas, as duas vítimas não se encontram integradas em resposta institucional, residindo e realizando as suas tarefas diárias na comunidade, e a vítima-agressora encontra-se integrada em meio institucional.

Alguns indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia verbalizaram que não se consideram pessoas violentas, apesar do “estigma, preconceito, medo associado às doenças mentais” (Caldas de Almeida, 2018, p.9).

Devemos considerar a investigação realizada por Taylor (2008) na medida em que afirma que as pessoas com doença mental são temidas e ao mesmo tempo, elas próprias são vítimas de violência. No que respeita à intervenção, Caldas de Almeida (2018) determina a importância das intervenções psicossociais em doentes com diagnóstico de esquizofrenia. Paralelamente, Silva e Trovão (2019) consideram que o tratamento deve ser essencialmente farmacológico, no entanto, as

intervenções psicossociais assumem um papel fundamental, apesar de muitas vezes negligenciado, na reabilitação do indivíduo, procurando desenvolver aptidões emocionais, cognitivas, sociais e laborais. É inegável que a terapêutica medicamentosa é basilar para o tratamento e melhoria das condições de saúde dos doentes, no entanto, é fundamental o acompanhamento de uma equipa multidisciplinar, a fim de dar resposta às necessidades pessoais, familiares, emocionais e sociais dos indivíduos, em consonância com a prescrição terapêutica.

No que respeita à perturbação bipolar, verifica-se a existência de três vítimas. Dessas, duas encontram-se sem integração em resposta institucional, ou seja, habitam no seu domicílio e realizam as suas atividades de vida diária na comunidade e uma está integrada em resposta institucional. Caldas de Almeida (2018) associa as variações acentuadas de humor, que caracterizam a perturbação bipolar, crises repetidas de depressão que afetam o comportamento, ao aumento do risco de suicídio. Nos indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar, um fator de risco manifestado, nos indivíduos que não se encontram integrados em resposta institucional é o isolamento social. Este facto leva-nos a refletir sobre a importância da intervenção das equipas multidisciplinares, das dinâmicas de grupo, na realização de tarefas que permitam a socialização, de forma a derrubar os obstáculos inerentes à ausência de socialização, promovendo estratégias com esse objetivo. No que respeita à intervenção com pessoas com diagnóstico de perturbação bipolar, Barradas (2019) considera que a abordagem terapêutica deverá ser essencialmente farmacológica, por sua vez, assume a importância do acompanhamento psicossocial enquanto ação fundamental na intervenção.

Compreende-se assim a necessidade de uma intervenção sistémica que de resposta nas distintas áreas da vida dos indivíduos, ou seja, as pessoas com doença mental devem ter acompanhamento por parte de equipas multidisciplinares, com especialistas nas áreas da saúde, do acompanhamento social, e se possível, da educação social e da psicologia.

Na ótica do serviço social, considera-se pertinente, tal como referido por Bracons em 2017 a “metodologia do atendimento integrado, referindo que a intervenção é a principal resposta aos problemas sociais em situações de pobreza e exclusão social, pois enaltece os direitos

humanos e de cidadania e minimiza os problemas sociais, através de um trabalho de proximidade e do trabalho em rede” (p.143).

Em situações de vulnerabilidade social, as redes de vizinhança, familiares e sociais são essenciais e devem ser integradas na intervenção. Muitas vezes, em contexto de ruralidade e periferia urbana, são as redes de vizinhança a referência, que apoiam e suportam ao nível da alimentação, de acompanhamento, de vigilância e/ou de socialização. Por outro lado, o planeamento estratégico e orientado para as necessidades e potencialidades da pessoa, permite que a intervenção seja delineada numa ótica de cooperação entre parceiros locais, na mesma área territorial.

Ao promover este trabalho em rede, estamos a potenciar o próprio *empowerment* dos indivíduos, das famílias e até mesmo da comunidade envolvente e a minimizar a probabilidade de se adoptarem papéis de vítimas, agressores e/ou de vítimas e agressores.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas com diagnóstico de doença mental, mais do que perpetradores tendem a ser vítimas de violência intrafamiliar.

Os dados estatísticos indicam um aumento crescente das situações de violência doméstica e uma prevalência significativa de doenças mentais. Logo, é premente investigar e intervir de forma suportada cientificamente.

A revisão da literatura confirma que em todas as perturbações mentais é indiscutível a importância dos psicofármacos e é imprescindível o acompanhamento psicoterapêutico e psicossocial, o qual é, muitas vezes, negligenciado. Esta investigação surgiu da ausência, na prática interventiva, de diretivas para um diagnóstico social específico desta população, apresentam-se os resultados com o objetivo de que seja possível definir variáveis para potenciar uma intervenção mais concertada, mais objetiva e em conformidade com os recursos dos técnicos e as necessidades das pessoas com perturbação mental. Isto porque é fundamental que as instituições, equipas e técnicos com legitimidade de

intervenção na área da saúde mental criem estratégias de análise, reflexão e de intervenção, de acordo com cada situação. Logo, surgiu a necessidade nesta primeira etapa do estudo de identificar, nos indivíduos com diagnóstico de doença mental (perturbação de humor/perturbação bipolar/esquizofrenia), papéis de vítima e/ou agressor, no contexto intrafamiliar, para no âmbito do estudo mais alargado dar resposta às questões anteriormente identificadas.

Os objetivos específicos foram atingidos, no entanto, no processo de investigação, houve constrangimentos, que foram ultrapassados.

Em primeiro lugar, a definição da população-alvo foi definida logo num estágio muito inicial. Numa segunda fase, quando foi realizada a análise da população, verificou-se que existia uma grande variação entre diagnósticos de doenças mentais, e para tal, foi necessário recorrer a instituições com legitimidade de intervenção na área da saúde mental. Na terceira fase deste processo, realizou-se o contacto inicial com instituições. Devido à instabilidade da situação pandémica, foram obtidas respostas negativas por parte da maioria das instituições. No entanto, após um reforço nos contactos, foram obtidas três respostas positivas. É de facto, de valorizar, a oportunidade que as instituições proporcionaram na realização de entrevistas, via ZOOM. É importante, também, salientar que todas as pessoas que participaram nas entrevistas, eram desconhecidas, tendo, o primeiro impacto sido realizado via a referida plataforma online. Apesar de não ter existido contacto presencial com alguns dos indivíduos, é possível verbalizar que no decorrer das entrevistas houve surgimento de empatia. No que respeita ao processo de entrevista via telefone, compreende-se que houve algumas falhas técnicas ao nível sonoro, mas foram rapidamente ultrapassadas. Um dos pontos positivos foi que as pessoas não precisaram de se deslocar. Por outro lado, o método preferencial foi a realização das entrevistas presenciais, mesmo através de um acrílico e mantendo a devida distância, foi possível a prossecução das mesmas, com sucesso.

Foi também exequível analisar respostas coerentes, contraditórias, assertivas, no decorrer de todo o processo. A maioria das pessoas no decorrer das entrevistas, via telefone, ZOOM e presencialmente emocionaram-se ao reviver momentos complexos, difíceis e alguns,

inimagináveis. Enquanto investigadora, existiu um distanciamento da profissão de Assistente Social, com a mesma vertente empática, de compreensão pelo papel do outro, o saber-escutar histórias de vida tão ricas, intensas, profundas, e acima de tudo, ter a capacidade de abordar temas especialmente sensíveis, pessoas e íntimos com leveza e positividade.

Para investigações futuras, sugere-se uma análise comparativa durante e pós situação pandémica de situações de violência intrafamiliar e doença mental. Sugere-se também um estudo exploratório de processos de CPCJ e relacionar com doença mental. Uma outra possibilidade será abranger este estudo em maior escala, a nível nacional, de forma a obter dados mais específicos e detalhados, integrando uma amostra mais abrangente.

Com este estudo, pretende-se que a investigação nas áreas da saúde mental e da violência não sejam esquecidas, incentivar a criação de linhas orientadoras de intervenção para com os indivíduos com diagnóstico de doença mental vítimas e/ou agressoras de violência, principalmente para as que não se encontram integrados em resposta institucional, assim como, responder às necessidades identificadas pelos indivíduos integradas em resposta social, e sensibilizar para a necessidade dos interventores sociais e de saúde terem diretivas nas respostas ao nível da saúde mental em situação de integração e não integração institucional.

É importante que este estudo incite novas investigações para o conhecimento científico e que ele próprio traga luzes para a intervenção social com pessoas com doença mental e/ou vítimas e agressores de violência intrafamiliar. É, também, fundamental que esta investigação seja um ponto de viragem para a desconstrução dos estereótipos e estigma associados à doença mental.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos Portugueses*. Fundação Manuel dos Santos.
- Alves, A., & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 127-131.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2022, Janeiro 9). Relatório *anual estatísticas APAV 2020*.
https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anuual_2020.pdf.
- Barradas, I. (2019). Perturbações bipolares e relacionadas. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade (Eds). *Comportamento e saúde mental: Dicionário enciclopédico* (pp. 107-108). Pactor.
- Barradas, I. (2019). Agressividade. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade (Eds). *Comportamento e saúde mental: Dicionário enciclopédico* (p.5). Pactor.
- Bracons, H. (2017). Metodologia do atendimento integrado: Uma experiência de intervenção local. *Sociologia online*, 14, 143-156.
- Calheiros, M. & Monteiro, M (2001). Contextos socioecológicos do mau trato e da negligência a crianças. *Psicologia*, XV (1), 117-145.
- Casimiro, C. (2008). Violência na conjugalidade: A questão da simetria do género. *Análise Social*, XLIII (3.º), 579-601.
- Coutinho, C. (2019). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Almedina.
- Coimbra de Matos, A. (2012) *Saúde mental*. Climepsi Editores.
- Dias, I. (2018) Violência doméstica e de género: Uma abordagem multidisciplinar. Pactor.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa nacional para a saúde mental*. Direção Geral da Saúde de Portugal.
- Mendes, T. & Sani, A. (2015), Representações de crianças expostas à violência interparental através de provas projetivas. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 6(1), 171-192.
- Nunes, L., Fonte, C., Alves, S., Sani, A., Estrada, R., & Caridade, S. (Coord) (2019). *Comportamento e saúde mental: Dicionário enciclopédico*. Pactor.

- Reis, D., Prata, L., & Parra, C. (Eds). (2018). O impacto da violência intrafamiliar no desenvolvimento psíquico infantil. *Psicologia.pt. O Portal dos Psicólogos*, 1-20.
- Relatório do Conselho Nacional de Saúde (2019). Sem mais tempo a perder: Saúde Mental em Portugal – um desafio para a próxima década. ISSN 2184-6960.
- Santos, A., & Cruz, O. (2018). Vítimas de violência conjugal: Uma proposta de intervenção cognitivo-comportamental. In A. Sani, & S. Caridade (Eds.). *Violência, agressão e vitimação: Práticas para a intervenção*. Almedina.
- Silva, N. & Trovão, N. (2019) Perturbações do espectro da esquizofrenia (e outras perturbações psicóticas). In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada, & S. Caridade (Eds). *Comportamento e saúde mental: Dicionário enciclopédico* (p.207). Pactor.
- Sousa, M. (2019) Perturbações depressivas. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A, Sani, R. Estrada, & S. Caridade (Eds.). *Comportamento e saúde mental: Dicionário enciclopédico* (pp.119-121). Pactor.
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2019). *Perturbação mental em números*. <http://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacao-mental-em-numeros/>
- Taylor, P. (2008). Psychosis and violence: Stories, fears, and reality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 647-658.
- Walklate, S. (2019). Vitimação e saúde mental. In L. Nunes, C. Fonte, S. Alves, A, Sani, R. Estrada, & S. Caridade (Eds.). *Comportamento e saúde mental: Dicionário enciclopédico* (p.207). Pactor.