



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

O doente mental como vítima de crimes e abusos

Mónica Marisa Figueiredo Santos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientadora: Dra. Silvina Fontes

Covilhã, maio de 2019

Resumo

Nos dias de hoje, existe na população geral a crença de que as pessoas com doença mental são frequentemente criminosas, embora estudos recentes apontem para que estes indivíduos sejam mais frequentemente vítimas de crimes e abusos.

Muitas pessoas com doença mental sentem que o seu diagnóstico é responsável por aumentar a probabilidade de se virem a tornar vítimas, e muitos profissionais de saúde partilham desta opinião. De facto, quando se compara a prevalência de crimes cometidos contra pessoas com doença mental relativamente à população geral, a maioria dos estudos conclui que o primeiro grupo é mais frequentemente vitimizado. Os ataques podem acarretar consequências negativas importantes a nível emocional, social e físico, tanto para a vítima como para a sua família.

No mesmo contexto, quando se aborda o internamento involuntário, tratamentos compulsivos e medidas de coerção a eles associadas, como a medicação forçada, reclusão ou contenção física, muitas pessoas tendem a considerá-los violações dos direitos do doente mental.

Com esta revisão bibliográfica, pretende-se analisar os vários aspetos relacionados com os abusos e crimes a que as pessoas com doença mental se encontram sujeitas, bem como o impacto que estes têm nas suas vítimas. Pretende-se ainda avaliar em que medida a aplicação do internamento e tratamentos compulsivos pode ser considerada pelas pessoas com doença mental uma violação dos seus direitos. Por fim, identificam-se soluções oferecidas em vários estudos para minimizar esta problemática.

Palavras-chave

Doença mental; vítima; crime; violência; abuso.

Abstract

Nowadays, in the general population, there is the belief that people with mental illness are often criminals, although recent studies suggest that they are more often victims of crime and abuse.

Most people with mental illness feel that their diagnosis is responsible for increasing their likelihood of becoming victims, and many health professionals share this view. In fact, when comparing the prevalence of crimes committed against people with mental illness relative to the general population, most studies conclude that the first group is more often victimized. The attacks can have significant emotional, social and physical consequences for both the victims and their families.

In the context of the violation of the rights of the mentally ill, compulsory hospitalization, compulsory treatment and coercive measures such as forced medication, confinement or physical restraint are also frequently addressed.

With this literature review, it is intended to analyse several aspects related to the abuses and crimes suffered by people with mental illness, as well as the impact they have on their victims. It is also intended to assess to what extent the application of involuntary commitment and compulsive treatments can be considered by people with mental illness a violation of their rights. Finally, several solutions are offered to minimize this problems.

Keywords

Mental illness; victim; crime; violence; abuse.

Índice

1.	Introdução	1
1.1.	Objetivos.....	2
2.	Materiais e métodos	3
2.1.	Pesquisa bibliográfica.....	3
2.2.	Definição de conceitos	3
3.	Pertinência do tema	4
4.	Tipologia dos ataques	5
5.	Contextos	7
5.1.	Quem comete os ataques	7
5.2.	Onde são cometidos os ataques.....	8
6.	Razões e motivações.....	10
7.	Fatores de risco	11
8.	Impacto na vítima	13
9.	Estratégias de <i>coping</i>	15
10.	Denúncia dos ataques	16
11.	Internamento compulsivo, tratamentos compulsivos e coerção	19
12.	Soluções.....	21
12.1.	Prevenção de crimes e abusos	21
12.2.	Apoio às vítimas	22
12.3.	Internamento e tratamentos compulsivos e medidas de coerção	22
13.	Conclusão e perspectivas futuras	24
14.	Referências.....	25

Lista de figuras

Gráfico 1: Percentagem de ataques cometidos por parceiros e familiares contra homens e mulheres com doença mental severa <i>versus</i> indivíduos da população geral.	7
Gráfico 2: Percentagem de indivíduos que se consideraram pouco, muito ou bastante afetados emocionalmente após serem vítimas de um crime: pessoas com doença mental severa <i>versus</i> indivíduos do grupo de controlo	13

Lista de tabelas

Tabela 1: Motivos apresentados por pessoas com doença mental para não reportar ataques..17

1. Introdução

Nos anos 50 do século passado, as críticas efetuadas à duração prolongada de internamentos em instituições psiquiátricas ganharam uma força crescente (1). A sobrelotação destas instituições, os custos a elas associados, a divulgação das condições inaceitáveis em que alguns doentes eram mantidos e tratados e o aparecimento de novos fármacos capazes de controlar sintomas psiquiátricos foram fatores que contribuíram para o encerramento de asilos e deslocação de pessoas com doença mental para a comunidade (1-3).

Partindo do princípio que a desinstitucionalização e conseqüente tratamento dos doentes psiquiátricos na comunidade traria muitas vantagens, pouca atenção foi prestada às dificuldades associadas a este processo e aos problemas que dele poderiam advir (2). Assistor-se, então, a uma falha em prestar auxílio aos doentes mentais não institucionalizados e em reintegrá-los na sociedade (3). O problema até então existente da rejeição social deste grupo alargou-se, tornou-se mais grave, e estas pessoas tornaram-se “alvos fáceis” de abusos e crimes nas suas comunidades (1,2).

Atualmente, o estigma associado à doença mental mantém-se muito presente na sociedade. Existe na população geral a crença de que os doentes psiquiátricos são frequentemente criminosos (4), embora estudos recentes apontem para que estes sejam mais frequentemente vítimas de crimes. Efetivamente, numa investigação em que as pessoas com doença mental se deveriam classificar num de quatro grupos - não vítima/não perpetrador, apenas vítima, apenas perpetrador e vítima/perpetrador - 62,5% dos participantes identificaram-se como pertencendo ao primeiro grupo, 13,2% classificaram-se como apenas vítima e somente 5,3% se identificaram como apenas perpetrador (5), percentagens que concorrem com a opinião de que grande parte dos doentes mentais são criminosos.

Neste contexto, é verdade que, em muitos casos, após a desinstitucionalização, os sistemas de justiça vieram substituir os sistemas de saúde mental como principal prestador de cuidados às pessoas com doença psiquiátrica (2,6). Este problema manteve-se até à atualidade; no caso de Portugal, por exemplo, existiam em julho de dois mil e dezoito 333 camas para inimputáveis, 127 das quais em instalações do Ministério da Saúde e 206 no da Justiça (7). Em relação a este assunto, a Ministra da Justiça admitiu que existe “um problema relacionado com a doença (...) mental no sistema prisional” e que é necessário mudar “o modelo do paradigma prisional para o paradigma hospitalar” (7).

De facto, estudos recentes revelaram que a presença de comportamentos desviantes nestes doentes se associa a fatores clínicos modificáveis, que podem facilmente ser controlados com tratamento adequado, não sendo os doentes mentais intrinsecamente agressivos ou criminosos (5,8). Na verdade, existem evidências de que apenas uma minoria dos contactos com o sistema

criminal se deve a crimes graves contra pessoas ou propriedade, sendo mais frequentemente reportados delitos menos graves, como aqueles associados ao código da estrada (9). Estes dados contradizem as informações que os media, entidades com grande influência na opinião da população geral, relatam na maioria das vezes: os órgãos de comunicação social tendem a retratar o doente mental como agressivo ou criminoso de forma desproporcionada, muitas vezes usando linguagem claramente depreciativa (10-12). Adicionalmente, estes comportamentos desviantes podem tornar-se, por si só, fatores de risco para várias formas de vitimização (13-16).

Por outro lado, a presença de uma história de detenção pode aumentar a probabilidade de os doentes mentais virem a ser vitimizados (17).

1.1. Objetivos

Com a realização desta revisão bibliográfica, pretende-se, em primeiro lugar, averiguar a tipologia dos abusos e crimes dirigidos às pessoas com doença mental, os contextos em que estes se verificam, o que os motiva e os fatores de risco para a sua ocorrência.

Pretende-se ainda avaliar o impacto que os ataques têm nos doentes e investigar as estratégias que as vítimas adotam para lidar com as situações de crime e abuso, bem como conhecer os fatores que influenciam a denúncia destes acontecimentos.

Outro dos objetivos prende-se por avaliar em que medida a aplicação do internamento e tratamentos compulsivos e medidas de coerção a eles associados podem ser considerados pelas pessoas com doença mental uma violação dos seus direitos.

Por fim, relatam-se possíveis soluções para minimizar a prevalência dos abusos e crimes cometidos contra os doentes mentais, bem como formas de prestar auxílio a este grupo, nomeadamente em meio clínico.

2. Materiais e métodos

2.1. Pesquisa bibliográfica

Para a realização desta revisão bibliográfica, foi efetuada uma pesquisa de artigos e documentos nas bases de dados PubMed, PubMed Central e Google Scholar, bem como nas bases de dados da European Psychiatric Association, The British Journal of Psychiatry e Psychiatry Online. Efetuou-se também pesquisa da literatura cinzenta, através do motor de pesquisa Google.

A pesquisa realizou-se entre os dias 8 de agosto e 15 de setembro de 2018, tendo sido selecionados artigos em língua inglesa e portuguesa publicados nos últimos 10 anos. As palavras-chave utilizadas foram: “mental illness” e “mentally ill” associados a “victimization”, “coercion” e “violence”; “crime against psychiatric patients”; “involuntary commitment” associado a “perceptions” e “Portugal”; “advanced directives mental health treatment” e “compulsory commitment perceptions”. Sempre que uma referência foi considerada relevante, procedeu-se à consulta do artigo original.

Consultaram-se ainda documentos do âmbito legal, nomeadamente o Decreto-Lei nº 8/2010 e a Lei de Saúde Mental de 1998.

2.2. Definição de conceitos

Para a elaboração desta monografia, consideraram-se como “crimes” todos os atos que constituem violações de normas penais e como “abusos” todas as condutas ou ações inadequadas, humilhantes e/ou desestabilizadoras que, não constituindo crime, causam sofrimento à pessoa a quem são dirigidas. O termo “ataque” foi utilizado para denominar tanto crimes como abusos.

“Violência” refere-se ao uso intencional, ou ameaça do uso, de força física ou objeto que resulte, ou tenha grande probabilidade de resultar, em ferimento da vítima.

3. Pertinência do tema

Uma grande parte dos doentes psiquiátricos sente que o seu diagnóstico é responsável por aumentar a probabilidade de virem a sofrer algum tipo de ataque, e muitos profissionais de saúde partilham desta opinião (13,18). Esta situação verifica-se quando se consideram vários tipos de ataques, sejam eles violentos ou não. Com efeito, ao comparar a prevalência de crimes cometidos contra pessoas com doença mental relativamente à população geral, a maioria dos estudos concluiu que o primeiro grupo foi vitimizado mais frequentemente (9,14,18-23). Adicionalmente, a análise de um dos artigos selecionados permitiu verificar que apenas uma minoria das pessoas com doença mental entrevistadas - 29% - referiu não ter sido vítima de algum delito nos 2 anos anteriores (18).

Efetivamente, no que toca à ocorrência de ataques violentos, vários estudos realizados neste âmbito chegaram à conclusão de que o grupo de pessoas com diagnóstico de doença mental é vitimizado mais frequentemente que o grupo de pessoas sem doença psiquiátrica (9,13,14,19-23). Como exemplo, um estudo transversal realizado recentemente na Holanda revelou que 33% dos doentes mentais entrevistados reportaram ter sido vítimas de pelo menos um crime violento no ano anterior, contra 9,5% dos indivíduos do grupo de controlo (14). Dependendo do tipo de crime violento, que pode tomar a forma de violação ou agressão sexual, roubo e outros tipos de agressões, o número de atos cometidos contra doentes mentais pode chegar a ser 23 vezes superior ao número de atos cometidos contra elementos da população geral (19). Neste âmbito, noutro dos estudos selecionados, as agressões sexuais foram relatadas 4 vezes mais pelo grupo de pessoas com doença mental severa do que pela população geral, outros tipos de agressões foram 4,6 vezes mais frequentes e ameaças foram 2,1 vezes mais frequentes (20).

Por sua vez, quando se compara o número de crimes não violentos cometidos contra pessoas com doença mental em relação à população geral, os resultados são semelhantes (19,20,23,24), com taxas de roubo de itens pessoais e de crime de propriedade, por exemplo, que podem chegar a ser 140 e 4 vezes superiores, respetivamente (19).

Embora os estudos mais recentes se tenham focado nos ataques cometidos contra pessoas com doença mental severa ou distúrbio de abuso de substâncias, doentes que apresentam outros diagnósticos são também mais vulneráveis a vários tipos de ataques. De facto, é possível que o risco de vir a ser vitimizado se revele superior em doentes com diagnósticos menos abordados na literatura (14). Pacientes com patologia depressiva, por exemplo, podem apresentar maior probabilidade de vir a sofrer ataques comparativamente a indivíduos com diagnóstico de doença mental severa ou distúrbio de abuso de substâncias (14,20).

4. Tipologia dos ataques

Relativamente à tipologia dos ataques cometidos contra indivíduos com doença mental, a maioria das investigações tem-se focado na ocorrência de crimes violentos (14). Não obstante, existem evidências de que as pessoas com perturbação psiquiátrica são também mais vulneráveis a outras formas de ataque, incluindo crimes não violentos e condutas que, embora desestabilizadoras, podem não ser consideradas criminosas (14,20,24,25).

No que concerne aos crimes violentos, vários estudos relataram a ocorrência de agressões físicas, ou ameaças de agressão, dirigidas contra este grupo (13,14,18,19,24-27), muitas vezes de forma repetida (13,18,25). Como exemplo, os participantes de algumas investigações afirmaram ter sofrido investidas caracterizadas pelo arremesso de sapatos, bolas, garrafas, comida, ovos ou pedras (18,26), bem como ataques com facas e espancamentos (26). Crimes violentos de cariz sexual e violações foram também frequentemente reportados (18,23,25,28,29).

Por outro lado, no espetro dos ataques não violentos, o assédio foi um dos delitos mais frequentemente reportados em vários estudos (13,18,23-26,28,30); um número significativo de indivíduos referiu ter sofrido *bullying* ou ter sido continuamente importunado ou perseguido (18,25). Em muitas ocasiões, o assédio apresentou-se sob a forma de insultos verbais (13,18,24,26-28,30). Neste contexto, algumas vítimas afirmaram ter sido provocadas principalmente por jovens, gangues ou vizinhos, que lhes dirigiram insultos como “psicopata”, “maluco”, “esquizofrénico”, “louco”, “aberração”, “parafuso a menos”, “estúpido”, “sem cérebro” e “obsessivo” (18). De forma semelhante, documentaram-se relatos de comentários ofensivos de natureza sexual (23). Correio de ódio e telefonemas ofensivos foram também descritos (18,25), assim como situações em que as vítimas encontraram, nas portas das suas casas, fezes de cão ou preservativos usados (26). Alguns indivíduos admitiram ter sido cuspidos (18,26). Denúncias falsas à polícia foram também reportadas (24) e, num dos estudos, as vítimas descreveram ter sido inclusivamente acusadas de usufruir injustamente de subsídios pagos pelos restantes contribuintes (25).

Os atos de assédio nem sempre foram dirigidos diretamente aos doentes, estendendo-se também àqueles que lhes eram próximos. Nestas situações, os ataques podem ser descritos como crimes de ódio ou “mensagens”, cujo objetivo é intimidar o doente e aqueles que o rodeiam (18,25). De facto, entrevistados em várias investigações relataram que os seus filhos, irmãos ou outros familiares foram provocados ou sofreram *bullying* como consequência da história psiquiátrica do doente (18,25,26). Este é o caso de uma testemunha que, numa das entrevistas, forneceu a seguinte informação:

“Eles costumavam incomodá-lo no caminho para casa, com paus e outras coisas, só porque ele era meu irmão.” (25)

De entre os ataques não violentos, aqueles que apresentam caráter financeiro foram também comuns (31). Certos doentes mencionaram familiares, amigos, vizinhos ou conhecidos que se aproveitaram de determinados estados clínicos para se apropriar do seu dinheiro ou objetos de valor (18,24,26,28). Similarmente, a própria medicação tornou-se, em certas ocasiões, alvo de roubo (18,24). Várias testemunhas consideraram igualmente abusivo o facto de os profissionais de saúde, em regime de internamento, guardarem o seu dinheiro, não lhes dando escolha acerca de onde pretendiam que este fosse usado (32).

A negligência constitui outra forma de abuso não violento, existindo relatos de doentes deixados na cama, despídos, ou abandonados na casa-de-banho ou sem acesso a esta pelo cuidador (18).

Por fim, ainda no âmbito dos atos cometidos sem recurso à violência, importa referir que alguns indivíduos expuseram situações em que foram forçados a mudar de casa ou trabalho devido às conceções associadas à sua doença (26,30,33-35). A título de exemplo, num estudo publicado em 2007 cujo objetivo consistia em averiguar a relação entre a presença de doença bipolar e o trabalho (33), testemunhas declararam ter sido despromovidas ou impedidas de alcançar determinadas posições no emprego como consequência da sua patologia. No mesmo estudo, foi mencionada a adoção de estratégias subtis de impedir avanços na carreira, para além de despedimentos após a revelação do diagnóstico à entidade patronal.

Roubos e ataques à propriedade, violentos ou não violentos, ocorreram também com grande frequência, existindo testemunhos de casas ou carros que se tornaram alvo de arrombamentos, roubos ou destruição (14,18,20,25-27). Dois dos estudos analisados referiram casos de comida e pedras atiradas às propriedades dos doentes, cinzas de cigarro e lixo nas suas caixas de correio, urina e graffiti obscenos nas paredes e tinta atirada à porta das suas casas (25,26):

"Eu tive tinta atirada à porta da frente da minha casa, janelas partidas (...) e jornais em chamas colocados na minha caixa de correio. " (26)

5. Contextos

De forma a compreender o impacto que a vitimização pode ter na vida das pessoas com doença mental, é importante conhecer quem são os perpetradores mais frequentes e ter em conta os locais onde os ataques ocorrem.

5.1. Quem comete os ataques

Pessoas estranhas à vítima, incluindo crianças e jovens da comunidade (24-26,28), foram apontadas em vários estudos como responsáveis por parte das infrações (14,18,24-26,30). Em algumas das pesquisas, indivíduos sem relação com a vítima chegaram a ser apontados como os culpados mais frequentes (14,24).

Por outro lado, foram também indicadas como responsáveis pelos ataques pessoas conhecidas pela vítima, nomeadamente vizinhos (13,14,18,20,24,26,28), senhorios (13,26) e amigos (18,20,26,28,30). Cuidadores (18,25) e família (13,14,18,20,23-26,28), incluindo cônjuges ou ex-cônjuges (13,14,20,23,26), foram também mencionados, bem como colegas de casa (13,20,26,28) e de trabalho (24,26,33).

No que concerne aos abusos e crimes cometidos por pessoas com relação com a vítima, uma entrevista efetuada a indivíduos com diagnóstico de doença mental severa revelou que este grupo sofreu de abusos por parte dos seus familiares com uma frequência mais de 4 vezes superior à da população geral (13) (gráfico 1).

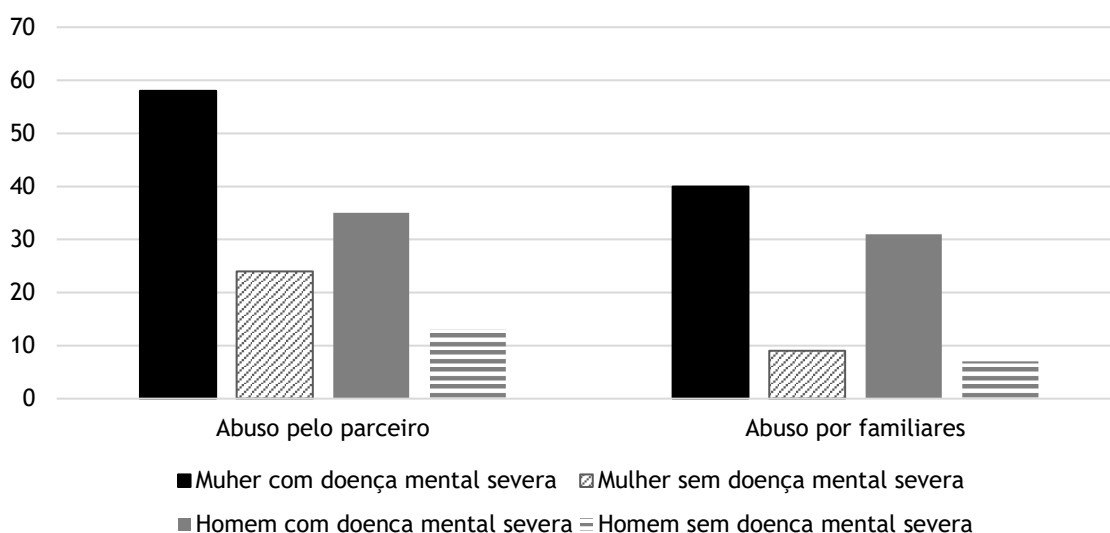


Gráfico 1: Percentagem de ataques cometidos por parceiros e familiares contra homens e mulheres com doença mental severa *versus* indivíduos da população geral. Adaptado de (13).

Similarmente, outro estudo da bibliografia selecionada apresentou uma percentagem de ataques por familiares que, embora sendo inferior àquela já referida (21%), foi considerada surpreendente pelos autores, visto que nenhum elemento da população geral referiu ter sido vitimizado pela sua família (24). Noutra investigação, 62% dos indivíduos com doença mental afirmaram ter sido tratados de forma injusta pela família e amigos como consequência da sua patologia (26).

Por fim, as autoridades, como a polícia ou assistentes sociais, foram também várias vezes mencionados como culpados (13,18,26,32).

5.2. Onde são cometidos os ataques

Os ataques podem apresentar consequências particularmente graves quando ocorrem perto ou dentro da casa dos doentes (25), e muitos deles revelaram ter sido vitimizados nas suas próprias habitações (13,14,18,25-27). Com efeito, num dos estudos, apenas 56% dos doentes psiquiátricos consideraram a sua casa um local seguro para passar a maior parte do tempo (18). Identicamente, noutra entrevista, mais de metade dos participantes afirmou ter medo de sofrer ataques dentro da sua própria residência (26). Na mesma publicação, pode ser lida a seguinte citação:

"A minha casa foi invadida cinco vezes em seis meses. Gritaram comigo e ameaçaram-me, e fiquei com medo de ficar na minha casa, ou sair. Eu estava realmente assustado(a). Mudei de casa e espero que as coisas fiquem bem agora. Não é justo para nós - as pessoas que fazem isto deviam pensar. Eles próprios podem necessitar de ajuda psiquiátrica um dia." (26)

Locais públicos das comunidades, incluindo ruas, parques, lojas e supermercados, transportes públicos, bares ou restaurantes constituem também áreas onde os doentes revelaram ter sido vitimizados (14,18,24-26,28); efetivamente, em dois dos artigos selecionados, estes espaços foram os mais frequentemente implicados (14,24). Nalguns casos, os ataques estenderam-se ao recreio de escolas, onde os filhos de indivíduos com doença mental foram ridicularizados por outras crianças, por vezes inspiradas pelo comportamento dos seus próprios pais (18). Da mesma forma, escolas, universidades e locais de trabalho integram áreas onde doentes sofreram vários tipos de violações (14,24-26,33).

Finalmente, vários doentes declararam ter-se sentido atacados em lugares destinados ao cuidado e tratamento, como residências monitorizadas e locais de consulta externa e internamento (13,18,20,26,32). Quando se encontram em regime de internamento, os pacientes podem experimentar taxas mais elevadas de vários tipos ataques, incluindo crimes violentos e de propriedade (20). Neste contexto, as infrações podem ser perpetuadas tanto por outras pessoas internadas como pelos profissionais de saúde e outros trabalhadores das instituições de saúde mental (13,18,26,32). Em várias entrevistas, alguns doentes chegaram a descrever o ambiente em instalações de internamento psiquiátrico como inseguro (8,13) e um

local onde se sentem sob ameaça por parte dos outros doentes e das equipas de saúde (13); certos utentes referiram acreditar que as equipas das instalações de saúde por vezes abusam do poder que possuem, usando-o para humilhar os doentes (36).

6. Razões e motivações

Um dos motivos mais frequentemente apresentados para explicar o elevado número de ataques contra este grupo consiste na falta de conhecimentos da população acerca das patologias psiquiátricas (13,22,24-26). Mais concretamente, o estigma, a discriminação e os sentimentos de hostilidade para com os indivíduos com estas doenças, consequências diretas da falta de informação, foram apresentados como possíveis explicações (18,22,24,25,27,28,30,32,37). As atitudes negativas para com os doentes mentais, apresentadas pela população adulta que pouco sabe acerca deste tema, são adotados pelas crianças e adolescentes, originando-se um ciclo vicioso (24).

“Eles fazem-no porque não compreendem os problemas de saúde mental.” (24)

“Se tivesse partido um braço ou uma perna, os vizinhos ajudariam, mas com uma doença mental eles não compreendem. Eles vão para o outro lado da rua e ignoram-me.” (28)

Outra explicação para este problema compreende a hipótese de estes indivíduos serem mais vulneráveis que a restante população (13,14,18,20,22,24). Neste contexto, o conceito de vulnerabilidade entende-se no sentido em que a doença mental é responsável por défices cognitivos ao nível da função executiva, julgamento, memória e atenção (2,14); estes podem comprometer a capacidade de alerta para autoproteção ou fazer com que os doentes pareçam incapazes de se defender, tornando-se, aos olhos dos perpetradores, “alvos fáceis” (14). De facto, várias vítimas relataram situações em que os abusadores podem ter captado sinais visíveis de vulnerabilidade e *stress*, e afirmaram crer que os ataques ocorrem também porque os doentes mentais são facilmente descreditados (13):

“Ter um problema de saúde mental é uma licença, torna-te tão vulnerável. É horrível. É como ter alguém a quem podemos fazer o que quisermos, como quisermos. E depois culpam-te e dizem que o fizeste a ti próprio(a).” (13)

Por fim, coloca-se a possibilidade de existir um envolvimento desproporcionado destes doentes em relações sociais conflituosas, em que o seu comportamento desperta emoções negativas naqueles com quem convivem (13,14,18,20,22,24). Efetivamente, nos episódios de agravamento sintomático, o seu julgamento encontra-se alterado (2), podendo os pacientes inclusivamente tornar-se agressivos ou confrontar pessoas com quem se cruzam (30). *Acting out* sexual, comportamentos repetitivos, impulsividade e mudanças de humor aumentam a probabilidade de o doente se envolver em atos desviantes como relações sexuais casuais, abuso de drogas e roubos (1). Neste âmbito, encontra-se bem documentada a relação entre os estados de vítima ou perpetrador dos doentes mentais e as situações ou fatores clínicos relevantes que os influenciam, como uso de substâncias e a presença de sintomas da doença subjacente (5,8,9,13,15,16,20,23,38).

7. Fatores de risco

O sexo masculino foi indicado em vários estudos como fator de risco para crimes de propriedade (14), roubo (19), assédio e outros ataques, incluindo crimes violentos (15,21,26). As mulheres, por sua vez, foram apontadas como as vítimas mais frequentes de violência doméstica e sexual (19,23).

No que concerne à idade, documentou-se que a probabilidade de um indivíduo com doença mental vir a sofrer vários tipos de crime aumenta até aos 50 anos (19). De forma semelhante, idades compreendidas entre os 35 e os 54 anos foram associadas a maior probabilidade de ocorrência de assédio (24). Por outro lado, noutras investigações, idades mais jovens foram as que se relacionaram mais frequentemente com crimes violentos (14,15,20). Quanto a este achado, duas explicações foram propostas: por um lado, as pessoas mais jovens são mais ativas no seu quotidiano, estando mais expostas a situações potencialmente problemáticas; por outro, é possível que os jovens apresentem menor capacidade para lidar com o risco e evitar o envolvimento em situações conflituosas (20).

A concomitância de distúrbios de abuso de substâncias foi associada a maior probabilidade de sofrer crimes de propriedade (9,14,20), bem como crimes violentos em geral (8,9,14,15,20,23), entre outros tipos de ataque (9,13,16,23). Neste âmbito, as relações sociais conflituosas e ambientes sociais de alto risco, frequentemente associados a estas perturbações, podem explicar tais associações (15,20).

Estatuto socioeconómico baixo, assim como desemprego e a perceção de dificuldades financeiras por parte da vítima, foram apresentados como fatores de risco para vitimização violenta (15). Similarmente, a ausência de residência própria associou-se a maior probabilidade de sofrer ataques violentos e não violentos (16,18,21), enquanto a habitação em áreas de classes socioeconómicas mais baixas revelou estar relacionada com maior número de relatos de assédio (24) e ataques violentos (15). O facto de residir em áreas rurais ou cidades pequenas também foi associado a maior vitimização (18), assim como viver sozinho (14,18). Curiosamente, no contexto do estatuto socioeconómico, pessoas com níveis de educação mais elevados relataram ter sido vítimas de maior número de ataques; este facto pode ser explicado pela maior perceção dos comportamentos criminosos por parte dos indivíduos mais educados (16,21).

A baixa adesão aos serviços de saúde mental pode aumentar o risco de vitimização em até 7 vezes (13). Efetivamente, indivíduos com sintomas positivos e de desorganização, bem como sintomas de depressão e ansiedade revelaram-se mais frequentemente vítimas de crimes violentos e não violentos (9,16,20,38), assim como pessoas em regime de internamento (20).

Da mesma forma, doentes com diagnóstico de perturbação crónica ou episódios de agravamento sintomático repetidos apresentaram maior probabilidade de ser vitimizados (21).

A presença de antecedentes de comportamento violento ou hostil foi também apresentada como fator de risco para vários tipos de ataques (13-16).

Por fim, deve ser notado que muitos dos doentes entrevistados em vários estudos referiram ter sofrido discriminação múltipla, podendo, assim, ser considerados fatores de risco adicionais vários aspetos da sua identidade, incluindo raça, etnia e orientação sexual (18,19,25,26,30).

8. Impacto na vítima

A qualidade de vida daqueles com doença mental depende essencialmente de seis aspetos: percepção de bem-estar ou doença; sensação de controlo, autonomia e poder de escolha; autopercepção; sensação de integração; participação em atividades; e sentimento de esperança ou falta dela (39). Em várias pesquisas, os participantes explicaram em que medida os crimes ou abusos que sofreram afetaram algum destes aspetos, sendo que o bem-estar emocional se evidenciou mais frequentemente perturbado (13,25,30).

Efetivamente, a percentagem de vítimas que considerou que os ataques prejudicaram a sua qualidade de vida chegou a alcançar valores tão altos como 95% (25). Comparativamente a vítimas de ataques sem diagnóstico de doença psiquiátrica, os pacientes com doença mental severa podem apresentar maior probabilidade de sofrer efeitos adversos sociais, físicos e psicológicos após serem vitimizados (13) (gráfico 2).

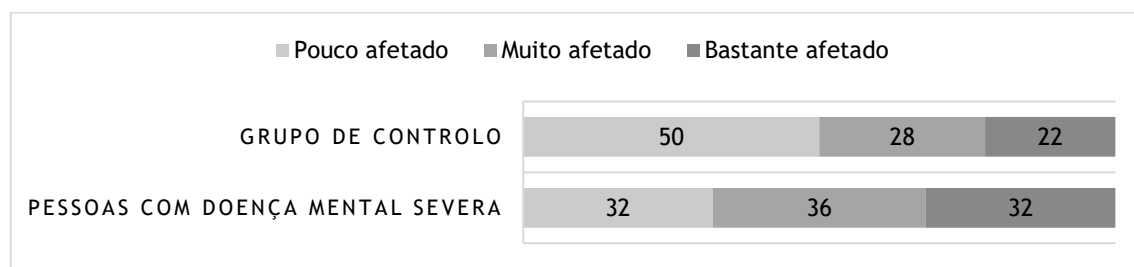


Gráfico 2: Percentagem de indivíduos que se consideraram pouco, muito ou bastante afetados emocionalmente após serem vítimas de um crime: pessoas com doença mental severa versus indivíduos do grupo de controlo. Adaptado de (13).

As consequências dos diferentes tipos de ataque podem variar significativamente dependendo da sua tipologia. A título de exemplo, cita-se um estudo em que os participantes foram incentivados a quantificar o impacto que a experiência mais recente de vitimização tinha tido na sua vida, de 1 (“não me afetou de todo”) a 10 (“afetou-me significativamente”) (25). Aqueles cuja experiência mais recente tinha consistido em assédio, crime de propriedade ou crime violento apresentaram maior probabilidade de considerar que esse episódio os tinha afetado significativamente.

Muitos doentes afirmaram ter passado a sentir-se mais vulneráveis e receosos após um episódio de vitimização (24-28,37). Curiosamente, a prevalência destes sentimentos em pessoas com doença mental contrastou com a do grupo de indivíduos da população geral, que mais frequentemente sentiu raiva e irritação após um ataque (24). Como resultado deste medo, que passaram a sentir inclusivamente dentro das suas casas (18,26), vários doentes referiram ter mudado de habitação (18,24). Da mesma forma, muitas vítimas afirmaram ter começado a evitar pessoas, situações e áreas onde adivinhavam a possibilidade de vir a ser vitimizadas

(18,25,37), isolando-se socialmente (27,28,30). Outras revelaram ter adotado medidas mais hostis para que pudessem sentir-se seguras:

“Uma noite, sentei-me à frente da TV com um rolo de massa e uma faca porque estava com medo que eles entrassem e me tentassem magoar.” (24)

O surgimento de ideias suicidas foi referido em vários estudos (13,23,25). Interessantemente, este resultado revelou-se mais frequente em vítimas que sofrem de doença mental comparativamente a vítimas da população geral (25). Neste âmbito, a violência doméstica ou sexual em doentes mentais pode ter consequências particularmente graves (13,23): numa das investigações, como exemplo, 40% das mulheres e um quarto dos homens que sofreram este tipo de agressões tentaram efetivamente o suicídio (13).

De forma semelhante, muitas das testemunhas que experienciaram um ataque relataram que este teve como resultado o aumento do seu consumo de álcool e/ou drogas, em percentagens mais elevadas que aquelas da população geral (41% e 39% contra 8% e 6%, respetivamente) (25).

Dificuldade em lidar com memórias desagradáveis das situações de hostilidade e abuso foram também relatadas (25,37), bem como o agravamento da condição clínica e prognóstico da doença (13,24):

“Eu acabei no hospital praticamente todos os meses e a minha condição piorou.” (24)

Por fim, certos doentes admitiram que o medo do julgamento ou estigma relacionados com o seu diagnóstico os levou a ocultá-lo ou, inclusivamente, a evitar frequentar serviços de saúde mental, para que não fossem associados a eles (26,27,30,33). Alguns afirmaram que o simples contacto com outros doentes psiquiátricos pode contribuir para que venham a ser discriminados, tendo, por isso, recusado ajuda que lhes foi oferecida em várias oportunidades (27). De forma semelhante, várias testemunhas revelaram ter deixado de procurar emprego quando verificaram ser estigmatizados em locais de trabalho, devido à sua doença (26).

9. Estratégias de *coping*

Muitas das estratégias de *coping* adotadas pelas vítimas foram desenvolvidas pelas mesmas, a partir das suas experiências, através de um método de tentativa-erro (28). A análise das respostas comportamentais aos ataques sofridos permitiu classificar estas estratégias em dois grupos principais (28):

- **Estratégias proativas:** aquelas em que o indivíduo fazia um esforço consciente e premeditado para lidar com um risco em particular; eram adotadas principalmente por doentes com diagnóstico há muitos anos, com bom *insight* (28).

Vários artigos fornecem exemplos de situações em que os doentes utilizaram estas estratégias, através da alteração do local de residência ou dos hábitos de vida (18,24-28,40), da recorrência à automutilação como forma de aliviar a tensão e raiva (28), do aumento o consumo de álcool ou drogas (25) ou da retaliação física ou verbal (24,25,40).

- **Estratégias passivas:** aquelas em que os indivíduos não apresentavam uma resposta assertiva quando confrontados com um risco, adotando o comportamento que lhe oferecia menos resistência; eram mais comuns em doentes cujo diagnóstico era recente, ou em doentes com pouco *insight* (28).

O emprego de estratégias passivas revelou-se mais provável em contextos em que existia medo, por parte da vítima, de perder a dignidade, ou quando o risco era, de alguma forma, intangível, como no caso da estigmatização ou abuso verbal (28). Em situações com estas características, vários indivíduos afirmaram ter ignorado os ataques contra eles dirigidos (24,25,28,40).

Por fim, restaram situações em que os doentes não apresentaram qualquer estratégia de *coping*, associadas principalmente a momentos de ausência de controlo clínico e falta de *insight* relativamente à doença ou aos riscos que corriam (28). Em situações com estas características, os pacientes revelaram-se, muitas vezes, autonegligentes (28).

10. Denúncia dos ataques

Os indivíduos com doença psiquiátrica podem revelar-se particularmente relutantes em revelar as suas experiências de vitimização, quando comparados com vítimas da população geral (24). Com efeito, um dos artigos analisados revelou que apenas 30% dos doentes vitimizados conversaram com alguém acerca desse acontecimento (18).

Uma das justificações mais frequentemente apresentadas para explicar esta relutância consistiu no medo das repercussões da denúncia (13,18). Este sentimento surgiu principalmente em contextos em que abusador era visto pela vítima como detentor de maior poder (13,18), como nos casos de violência doméstica ou sexual (18); nestas situações, as ameaças de interrupção de cuidados ou perda da família, amigos, filhos ou casa impediram os doentes de revelar os ataques. Da mesma forma, sentimentos de impotência ou vergonha foram razões frequentemente apontadas (13,18), com alguns dos entrevistados relatando ter receio de que os outros os considerassem culpados pelos acontecimentos ou que os desacreditassem (13). Na verdade, muitos sentiram-se efetivamente culpados pelos ataques que sofreram, chegando a afirmar que o abuso “foi merecido” ou que “estavam a pedi-las”; nalguns casos, afirmaram até que sofrer injustiças faz parte da vida de um doente mental (18):

“Com uma doença mental, tens de sofrer alguns golpes, não podes ir a correr para o hospital o tempo todo.” (18)

Por outro lado, vários indivíduos afirmaram que o facto de terem reportado ataques no passado não tinha feito qualquer diferença (13,24,25) ou que, se tivessem resolvido fazer denúncia, esta não teria sido vista como uma prioridade (13,18). A perceção de dificuldades no acesso aos serviços ou barreiras existentes no processo de denúncia foram também motivos pelos quais esta não foi efetuada (13).

A polícia revelou-se uma das instituições em que as vítimas menos confiaram para pedir ajuda (13,18,24); as pessoas com doença mental parecem confiar menos nestas autoridades que a população geral (13). Neste contexto, os doentes afirmaram recear que as suas queixas fossem interpretadas como uma manifestação da sua patologia (13,18), e vários indivíduos declararam ter sentido que, no passado, sinais visíveis de *stress* emocional tinham levado as autoridades a crer que estavam a exagerar um acontecimento trivial (13,18). De facto, uma das testemunhas afirmou inclusive ter sido dispensada pelos agentes e classificada como “histérica” (18). Similarmente, outros doentes explicaram que o contacto com a polícia, após uma experiência de abuso já de si perturbadora, os expunha a mais discriminação e vulnerabilidade (18). Para além disso, tendo em conta que as autoridades frequentemente contactam com doentes psiquiátricos ao abrigo das leis de saúde mental, no contexto de internamentos compulsivos, as vítimas podem tentar evitar o contacto voluntário com estas entidades (13,18,24).

Da mesma forma, verificou-se uma grande reticência em revelar as experiências de abuso e crime aos profissionais de saúde mental (13,23). Como exemplo, um dos estudos selecionados revelou que apenas 43% dos pacientes que sofreram violência doméstica ou sexual relataram as suas experiências a um profissional de saúde (23). Estes dados podem ser explicados, em parte, pelo medo de que as experiências de vitimização sejam interpretadas como sinais de deterioração do estado de saúde mental, despoletando intervenções médicas adicionais, bem como pela existência de experiências anteriores negativas (13).

No mesmo sentido, várias justificações foram apresentadas pelas vítimas para não terem denunciado ataques ocorridos em meio hospitalar, nomeadamente em regime de internamento. Duas delas consistiram no receio de que o tratamento adequado pudesse ser posto em causa, e o facto de, em regime de internamento, existir menor acesso a fontes de ajuda externas a quem pudessem recorrer (13,18). Para além disso, alguns dos indivíduos revelaram inclusivamente acreditar que os incidentes ocorridos em contexto hospitalar não eram tratados como crimes, tendo sido, em certos casos, desencorajados pelos seus cuidadores e profissionais de saúde de fazer queixa às autoridades (18). Quando o responsável pelo abuso era um membro da equipa de saúde, revelava-se ainda mais improvável a denúncia do ataque; o mesmo se verifica nos casos de internamento compulsivo, em que os doentes sentem a sua credibilidade comprometida (18).

Tabela 1: Motivos apresentados por pessoas com doença mental para não reportar ataques. Adaptado de (18).

Motivos para não reportar à polícia	Motivos para não reportar aos profissionais de saúde
Recear ser desacreditado Não querer submeter-se ao processo Acreditar que a queixa não seria vista como uma prioridade Acreditar que não havia nada que pudesse ser feito Acreditar que nada iria ser feito Não saber como ou onde fazer queixa Recear o impacto negativo da queixa no cuidado ou serviços recebidos na comunidade	Recear que a queixa despoletasse intervenções terapêuticas adicionais Experiências anteriores negativas
Recear a interrupção de cuidados ou perda da família, amigos, filhos ou casa Sentir-se impotente, envergonhado ou culpado Sentir a sua credibilidade comprometida	

Por outro lado, foram evidenciados vários fatores que motivaram as vítimas a comunicar os ataques e a procurar ajuda médica, policial ou de outras equipas de apoio (13,24,25). Alguns

exemplos consistem na percepção, por parte da vítima, de que o ataque que sofreram se tratava de uma situação grave (13,25) ou o facto de este ter ocorrido de forma repetida (25). Do mesmo modo, o sentimento crescente de medo ou insegurança, o aumento da gravidade da violência ou o agravamento do estado de saúde mental foram apresentados como razões para efetuar denúncia (13). A existência de redes de suporte constituídas por elementos informais ou serviços formais, bem como a demonstração de empatia e compreensão, combinados com ações apropriadas para abordar o ataque, revelaram-se também aspetos importantes (13).

11. Internamento compulsivo, tratamentos compulsivos e coerção

Quando se aborda a temática do doente mental como vítima de abusos, é frequentemente levantada a questão do internamento ou tratamentos compulsivos e medidas de coerção, muitas vezes aplicadas nestes contextos, nomeadamente a medicação forçada, reclusão ou contenção física (38,41). De facto, a possibilidade de ser internado sem consentimento pode ser vista pelos doentes como uma ameaça, como se evidencia no seguinte testemunho:

“Tenho pavor da Lei de Saúde Mental e sei que os serviços na minha área não são simpáticos. No exato momento em que mais preciso de ajuda, tenho de ter muito cuidado e talvez não receba a ajuda de que necessito.” (32)

Na verdade, estas questões colocam-se principalmente em situações nas quais se verifica a aplicação exagerada de medidas de coerção, frequentemente perpetuada pela polícia ou por entidades com funções semelhantes (18,32,42). Quando as autoridades que interagem com pessoas com doença mental não são treinadas adequadamente, os próprios doentes podem ser colocados em risco (9,42).

Efetivamente, a aplicação destas medidas, nomeadamente de coerção física, revelou não estar associada, por si só, ao nível de pressões negativas percebidas pelos pacientes; quando estas estratégias são utilizadas, os indivíduos estão bem cientes da forma como estão a ser tratados (41). Assim, intervenções de carácter coercivo podem até ser evitadas se os doentes forem abordados por profissionais capazes de tomar o seu tempo e dar informação concreta sobre as consequências da ausência de tratamento (36).

Em várias investigações, os doentes admitiram que a sua autonomia se encontrava já afetada por fatores que iam além das medidas compulsivas, incluindo a presença de doença mental (43,44). Consequentemente, foram capazes de reconhecer que as condições legalmente impostas quanto ao seu tratamento acabaram por solucionar este problema, na medida em que lhes permitiram ganhar controlo das suas circunstâncias (44):

“(…) Eu senti-me mais seguro(a). Isto é, não é que goste de estar numa enfermaria fechada, mas, à medida que adquiri mais *insight*, consegui reconhecer que aquele era provavelmente o melhor lugar para mim.” (8)

Neste contexto, muitos pacientes admitiram que a decisão sobre eles tomada de avançar com formas compulsivas de tratamento tinha sido justificada (36,43-45), alguns afirmando que, no fundo, essa decisão tinha refletido a sua escolha pessoal (44). A título de exemplo, uma das investigações concluiu que 72% dos pacientes consideraram que a sua admissão involuntária

tinha sido necessária (45); menores graus de *insight* e maior duração do tempo de internamento associaram-se a probabilidade aumentada de sentir a hospitalização como desnecessária.

No mesmo sentido, vários doentes revelaram que a sua percepção inicial de controlo externo e coerção se tinha alterado ao longo do tempo, tendo acabado por se envolver ativamente no processo de tratamento (36,44). Certos indivíduos não pareceram ressentir a experiência nem percebê-la como coerciva; em vez disso, encararam as influências, pressões, supervisão e restrições como atos de ajuda, cuidado e suporte (43). Nalguns casos, a compreensão da importância das medidas impostas chegou a levar os pacientes a afirmar que seria inapropriado se os familiares e profissionais colocassem em si a responsabilidade de decidir acerca do tratamento (43).

Por fim, é de notar que aqueles pacientes que se mostraram reticentes em considerar as medidas compulsivas como necessárias, frequentemente o fizeram por considerarem ter sido desprezados, depreciados ou tratados de forma punitiva, e não devido à natureza ou extensão das restrições em si (43).

12. Soluções

12.1. Prevenção de crimes e abusos

Como se referiu anteriormente, a presença de sentimentos de hostilidade para com as pessoas com doença mental foi sugerida como um dos motivos responsáveis pelo elevado número de ataques contra este grupo. A falta de conhecimentos da população geral acerca das patologias psiquiátricas origina conceções erradas que afetam negativamente a forma como as pessoas acreditam que devem lidar com estes doentes (46). Assim, é essencial promover a educação do público (24,25,47), aumentando o conhecimento não só acerca das doenças mentais, mas também do impacto que o comportamento antissocial pode ter nas suas vítimas (24).

Por outro lado, é necessário promover a adesão assertiva dos doentes aos serviços de saúde mental (48). Para além de permitir a avaliação do seu estado clínico de forma contínua, reduzindo episódios psicóticos e outros estados que aumentam a probabilidade de vitimização (38,47), esta estratégia facilita ainda a averiguação do risco de cada paciente vir a ser vitimizado (47). Adicionalmente, o seguimento clínico adequado permite o ensino de estratégias e mecanismos de *coping* para que melhor possam lidar com os riscos a que estão sujeitos (28,49).

No mesmo contexto, revela-se fulcral o aumento da vigilância e prestação de apoio de forma contínua nas comunidades (2,48). Existem evidências de que as pessoas com doença mental severa que fazem parte de sistemas de habitação em que é oferecido algum tipo de acompanhamento apresentam melhores resultados que aqueles que habitam em locais onde este não lhes é oferecido (50). Neste âmbito, importa referir que a segurança destes locais se encontra também muitas vezes comprometida (24,30,50), pelo que é essencial que se apliquem medidas que garantam aos utilizadores destes serviços que se encontram protegidos (51). A título de exemplo, em Portugal encontram-se já lançadas as bases legais para a criação estruturas multidisciplinares que prestem cuidados continuados integrados de saúde mental através de equipas de apoio domiciliário, unidades socio-ocupacionais e unidades residenciais (52).

A prestação de apoio nas comunidades passa também pela promoção de atividades ocupacionais (48): várias investigações reconhecem a importância terapêutica da atividade (36) e de estar envolvido em ocupações comunitárias socialmente inclusivas, seguras e adequadas a cada caso particular (37,39).

12.2. Apoio às vítimas

No espectro da prestação de apoio às vítimas, é necessário clarificar os doentes acerca do que pode ser considerado um crime ou abuso, explicando-lhes em que medida poderão estar em risco, já que, muitas vezes, os indivíduos não sabem que o devem reportar nem onde devem fazê-lo (24,25). Da mesma forma, é essencial que as equipas de saúde e autoridades competentes questionem diretamente os doentes acerca das suas experiências (23).

No momento em que as vítimas, de facto, decidem reportar um ataque, os profissionais de saúde e autoridades devem ter a capacidade de reagir adequadamente e atuar da forma mais apropriada. Neste contexto, está documentado que embora indivíduos com doença mental severa apresentem maior probabilidade de ser auxiliados após sofrer um ataque, comparativamente a indivíduos da população geral, nem sempre a ajuda que lhes é concedida é aquela de que realmente necessitam (13). Para além do tipo de suporte oferecido, também a forma como ele é prestado se revela um fator importante para as vítimas (13,25,29), que valorizam respostas empáticas e validação, bem como o sentimento de que as suas opiniões e desejos são respeitados e que os serviços são responsivos (13,25).

No caso particular dos ataques cometidos em regime de internamento, estes não devem ser desvalorizados pelas equipas de saúde, e as queixas de abusos ou crimes devem também ser promovidas neste contexto. As vítimas devem ter confiança de que as suas queixas serão ouvidas; neste sentido, a existência de uma entidade externa à qual os abusos possam ser reportados revela-se de extrema utilidade (18,29).

12.3. Internamento e tratamentos compulsivos e medidas de coerção

No âmbito do internamento compulsivo e medidas de coerção que possam ser aplicadas, revela-se necessária, na prática clínica, uma atitude empática, embora clara, na abordagem das regras e expectativas: os profissionais de saúde devem informar os pacientes acerca da forma como se devem comportar, questionar e respeitar as suas perspetivas, oferecer-lhes escolhas razoáveis quando exequível, apoiar as suas iniciativas quando seguro, minimizar o controlo se possível e acreditar que qualquer paciente pode melhorar (36,44). Estes cuidados não se restringem aos profissionais de saúde, devendo também ser adotados pelas autoridades envolvidas em processos compulsivos; para que isso seja possível, a educação acerca da doença mental deve fazer parte do currículo destas entidades (2). De facto, como é referido pela *Mind*, citando o Departamento para as Comunidades e Governo Local do Reino Unido, “a justiça não deve apenas ser justa, mas também vista como justa” (18). Neste sentido, importa provar aos doentes que as medidas que lhes são aplicadas formam uma parte essencial do seu tratamento.

No mesmo contexto, a possibilidade da criação de diretivas avançadas para o tratamento de pessoas com doença mental, nomeadamente em situações que exigem medidas compulsivas,

tem vindo a ser abordada na literatura. Estes documentos permitem aos pacientes estabelecer as suas preferências de tratamento no caso de se virem a tornar incompetentes para a tomada de decisões ou incapazes de as comunicar (41). Com efeito, os doentes já provaram ter capacidade para se tornar agentes ativos na sua própria terapêutica e cuidado, antecipando as suas escolhas dentro dos limites das opções clínicas aceitáveis e disponíveis (53). Salienta-se o exemplo da Escócia (54), onde as diretivas avançadas em saúde mental permitem atualmente a este grupo declarar a sua vontade relativamente aos tratamentos a que aceitam ou não ser sujeitos: neste país, os clínicos assistentes e o tribunal devem ter em conta os desejos declarados no documento, embora estes não tenham, por lei, de ser cumpridos.

Por fim, vale a pena referir que têm vindo a ser desenvolvidas e abordadas na literatura várias escalas de avaliação do risco que cada doente representa para si e para os outros em determinado momento; o uso rotineiro destas ferramentas em meio clínico pode revelar-se útil na apreciação da necessidade de aplicação de medidas compulsivas (55-57).

Poder-se-á afirmar que se o internamento e qualquer tratamento compulsivo forem realizados de acordo com regulamentações em que exista um equilíbrio entre o uso de um tratamento adequado, preocupação com a segurança pública e a salvaguarda dos direitos humanos da pessoa em questão, a sua qualidade clínica, ética e legal estará garantida (58). Em Portugal, por exemplo, o internamento compulsivo depende sempre da formalização por um tribunal, sendo apenas permitido se for a única forma de aplicar um tratamento necessário, devendo ser substituído pelo regime de ambulatório logo que possível (57,59). A Lei de Saúde Mental regulamenta o processo, de forma a garantir a sua correta aplicação, existindo ainda dois mecanismos de supervisão do internamento compulsivo, essenciais para que os direitos dos cidadãos estejam assegurados: o *habeas corpus* e o recurso da decisão (59).

13. Conclusão e perspectivas futuras

A já antiga ideia de que os doentes mentais são maioritariamente antissociais, agressivos ou criminosos continua presente na sociedade atual. Embora os indivíduos deste grupo possam apresentar comportamentos hostis ou agressivos, estes são o resultado, na maior parte das vezes, de fatores clínicos que podem facilmente ser controlados com tratamento adequado. Na verdade, estudos têm vindo a demonstrar que as pessoas com doença mental são mais frequentemente vítimas de vários tipos de crimes e abusos e do que os responsáveis pela sua ocorrência.

Os ataques a que estão sujeitos na comunidade, que podem ser cometidos por pessoas estranhas à vítima, familiares, amigos ou colegas, e que se estendem até dentro das suas próprias casas, acarretam consequências extremamente negativas, que incluem o agravamento da condição clínica e prognóstico da doença.

Um grande número de artigos da literatura selecionada revela que a abordagem dos doentes mentais que sofreram ataques, ou que se encontram em risco de vir a ser vitimizados, tem sido ineficaz. Assim, no futuro, revela-se necessário que seja dada a devida atenção a este problema e que se tomem medidas em defesa deste grupo, quer a nível político e social, através de campanhas educativas para a comunidade e autoridades, quer a nível da abordagem clínica.

Neste contexto, sendo as equipas de saúde um dos principais responsáveis pela vigilância e proteção deste grupo, é necessário reter as estratégias que os profissionais devem adotar para que estes objetivos possam ser atingidos. A adesão dos doentes aos serviços de saúde mental deve ser ativamente promovida, de forma a que seja possível vigiar o seu estado clínico, avaliar o risco de cada indivíduo se tornar vítima e ensinar estratégias para que melhor possam lidar com situações de *stress*. Os profissionais de saúde são também responsáveis por clarificar os doentes acerca do que pode ser considerado um abuso ou crime, bem como por questioná-los diretamente acerca das suas experiências na comunidade. Igualmente importante é fornecer a respostas empáticas e adequadas a cada caso, no momento em que os doentes decidem denunciar os ataques.

Nos casos de agravamento do estado clínico dos doentes em que existe a necessidade de administração de tratamentos de forma compulsiva, esta deve sempre ser realizada de forma empática e respeitosa.

14. Referências

1. Kelly LS, McKenna HP. Victimization of people with enduring mental illness in the community. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 1997;4:185-91.
2. French L. Victimization of the Mentally Ill: An Unintended Consequence of Deinstitutionalization. *Soc Work*. 1987;32(6):502-5.
3. Paulson G, Burnham J. *Closing the Asylums: Causes and Consequences of the Deinstitutionalization Movement*. C, Jefferson (NC): McFarland & Company, Inc.; 2012. 182-86 p.
4. Lancet. Truth versus myth on mental illness, suicide, and crime (Editorial). *Lancet* [Internet]. 2013;382(9901):1309. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62125-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62125-X)
5. Johnson KL, Desmarais SL, Van Dorn RA, Grimm KJ. A Typology of Community Violence Perpetration and Victimization Among Adults With Mental Illnesses. *J Interpers Violence*. 2015;30(3):522-40.
6. Governo da República Portuguesa. Olhar para o futuro para guiar a ação presente: Relatório sobre o Sistema Prisional e Tutelar [Internet]. 2017 [cited 2018 Sep 15]. Available from: <https://www.portugal.gov.pt/download-%0Aficheiros/ficheiro.aspx?v=29dd78f7-d076-4d80-a09b-6b2c94ec09d5>
7. Ministério da Justiça. Justiça e Saúde inauguram 12 novas camas para inimputáveis [Internet]. 2018 [cited 2018 Sep 10]. Available from: <https://justica.gov.pt/Noticias/Justica-e-%0ASaude-inauguram-12-novas-camas-para-inimputaveis-1>
8. Muir-Cochrane E, Oster C, Grotto J, Gerace A, Jones J. The inpatient psychiatric unit as both a safe and unsafe place: Implications for absconding. *Int J Ment Health Nurs*. 2012;
9. Brekke JS, Prindle C, Bae SW, Long JD. Risks for Individuals With Schizophrenia Who Are Living in the Community. *Psychiatr Serv*. 52(10):1358-66.
10. Whitley R, Berry S. Trends in newspaper coverage of mental illness in Canada: 2005-2010. *Can J Psychiatry*. 2013;58(2):107-12.
11. McGinty EE, Kennedy-Hendricks A, Chosky S, Barry CL. Trends in News Media Coverage of Mental Illness in the United States: 1995 - 2014. *Heal Aff*. 2016;35(6):1121-9.
12. Nawková L, Nawka A, Adámková T, Rukavina T V., Holcnerová P, Kuzman MR, et al. The

Picture of Mental health/Illness in the Printed Media in Three Central European Countries. *J Heal Commun Int Perspect*. 2012;17(1):22-40.

13. Pettitt B, Greenhead S, Khalifeh H, Drennan V, Hart T, Hogg J, et al. At risk , yet dismissed [Internet]. London; 2013. Available from: www.victimsupport.org.uk/atriskyetdismissed%0ADesign
14. Meijwaard SC, Kikkert M, De Mooij LD, Lommerse NM, Peen J, Schoevers RA, et al. Risk of Criminal Victimization in Outpatients with Common Mental Health Disorders. *PLoS One*. 2015;10(7):1-17.
15. Silver E. MENTAL DISORDER AND VIOLENT VICTIMIZATION: THE MEDIATING ROLE OF INVOLVEMENT IN CONFLICTED SOCIAL RELATIONSHIPS*. *CRIMINOLOGY*. 2002;40(1):191-212.
16. Schomerus G, Heider D, Angermeyer MC, Bebbington PE, Azorin J-M, 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.
17. Persson M, Belfrage H, Kristiansson M. Violent victimization and health service utilization in a forensic psychiatric context: a comparison between offenders with mental disorders and matched controls. *BMC Psychiatry*. 2017;17:1-10.
18. Mind. Another assault: Mind's campaign for equal access to justice for people with mental health problems [Internet]. London; 2007. Available from: <https://www.mind.org.uk/media/273466/another-assault.pdf>
19. Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA. Crime victimization in adults with severe mental illness: Comparison with the national crime victimization survey. *Arch Gen Psychiatry*. 62(8):911-21.
20. De Mooij LD, Kikkert M, Lommerse NM, Peen J, Meijwaard SC, Theunissen J, et al. Victimization in adults with severe mental illness: prevalence and risk factors. *Br J Psychiatry*. 2015;207(6):515-22.
21. Hart C, De Vet R, Moran P, Hatch SL, Dean K. A UK population-based study of the relationship between mental disorder and victimisation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;47:1581-90.
22. 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.

23. Khalifeh H, Moran P, Borschmann R, Dean K, Hart C, Hogg J, et al. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychol Med.* 2015;45:875-86.
24. Berzins KM, Petch A, Atkinson JM. Prevalence and experience of harassment of people with mental health problems living in the community. *Br J Psychiatry.* 2003;183:526-33.
25. Chakraborti N, Garland J, Hardy S-J. The Leicester Hate Crime: Project Findings and Conclusions [Internet]. University of Leicester. Leicester; 2014. Available from: <https://www2.le.ac.uk/departments/criminology/hate/documents/fc-full-report>
26. Read J, Baker S. NOT JUST STICKS & STONES: A Survey of the Stigma, Taboos and Discrimination Experienced by People with Mental Health Problems [Internet]. London; 1996. Available from: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/MIND-MIND.pdf>
27. Kai J, Crosland A. Perspectives of people with enduring mental ill health from a community-based qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2001;51(470):730-6.
28. Ryan T. Exploring the risk management strategies of mental health service users. *Health Risk Soc.* 2000;2:3, 267-82.
29. Ashmore T, Spangaro J, McNamara L. "I was raped by Santa Claus": Responding to disclosures of sexual assault in mental health inpatient facilities. *Int J Ment Health Nurs.* 2015;24:139-48.
30. Langan J, Lindow V. Living with risk: Mental health service user involvement in risk assessment and management [Internet]. Bristol: The Policy Press; 2004. 1-9; 46-49 p. Available from: <https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/jr162-mental-health-service.pdf>
31. Claycomb M, Black AC, Wilber C, Brocke S, Lazar CM, Rosen MI. Financial Victimization of Adults With Severe Mental Illness. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2013;64(9):918-20. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.005882012>
32. Faulkner A. The Right to Take Risks: Service Users' Views of Risk in Adult Social Care. York: Joseph Rowntree Foundation; 2012. 3-33 p.
33. Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, Hale S, Lam RW. The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disord.* 2007;9:126-43.
34. Treatment Advocacy Center. Serious Mental Illness and Homelessness [Internet]. 2016. Available from: <http://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/backgrounders/smi->

and-%0Ahomelessness.pdf

35. Lowe J, Gibson S. Reflections of a Homeless Population's Lived Experience With Substance Abuse. *J Community Health Nurs.* 28:92-104.
36. Andreasson E, Skärsäter I. Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2012;19:15-22.
37. Smyth G, Harries P, Dorer G. Exploring mental health service users' experiences of social inclusion in their community occupations. *Br J Occup Ther.* 2011;74(7):323-31.
38. Fortugno F, Katsakou C, Bremner S, Kiejna A, Kjellin L, Nawka P, et al. Symptoms Associated with Victimization in Patients with Schizophrenia and Related Disorders. *PLoS One.* 8(3):e58142.
39. Connell J, Brazier J, O'Cathain A, Lloyd-Jones M, Paisley S. Quality of life of people with mental health problems: A synthesis of qualitative research. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:138.
40. Carr S, Holley J, Hafford-Letchfield T, Faulkner A, Gould D, Khisa C, et al. Mental health service user experiences of targeted violence and hostility and help-seeking in the UK: a scoping review. *Glob Ment Heal* [Internet]. 2017;4:e25. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S205442511700022X/type/journal_article
41. O'Donoghue B, Lyne J, Hill M, Larkin C, Feeney L, O'Callaghan E. Physical coercion, perceived pressures and procedural justice in the involuntary admission and future engagement with mental health services. *Eur Psychiatry.* 2011;26:208-14.
42. Murphy R, McGuinness D, Bainbridge E, Brosnan L, Felzmann H, Keys M, et al. Service Users' Experiences of Involuntary Hospital Admission Under the Mental Health Act 2001 in the Republic of Ireland. *Psychiatr Serv.* 68(11):1127-35.
43. Tan JOA, Stewart A, Fitzpatrick R, Hope T. Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2010;33:13-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.10.003>
44. Lamberti JS, Russ A, Cerulli C, Weisman RL, Jacobowitz D, Williams GC. Patient Experiences of Autonomy and Coercion While Receiving Legal Leverage in Forensic Assertive Community Treatment. *Harv Rev Psychiatry.* 22(4):222-30.

45. O' Donoghue B, Lyne J, Hill M, Larkin C, Feeney L, O'Callaghan E. Involuntary admission from the patients' perspective. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2010;45:631-8.
46. Pescosolido BA, Monahan J, Link BG, Stueve A, Kikuzawa S. The Public's View of the Competence, Dangerousness, and Need for Legal Coercion of Persons With Mental Health Problems. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1339-45.
47. Choe JY, Teplin LA, Abram KM. Perpetration of Violence, Violent Victimization, and Severe Mental Illness: Balancing Public Health Concerns. *Psychiatr Serv*. 59(2):153-64.
48. Large M, Nielsen O. The limitations and future of violence risk assessment. *World Psychiatry*. 2017;16(1):25-6.
49. de Waal MM, Kikkert MJ, Blankers M, Dekker JJM, Goudriaan AE. Self-wise, Other-wise, Streetwise (SOS) training: a novel intervention to reduce victimization in dual diagnosis psychiatric patients with substance use disorders: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015;15:267. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0652-1>
50. Whitley R, Harris M, Drake RE. Safety and Security in Small-Scale Recovery Housing for People With Severe Mental Illness: An Inner-City Case Study. *Psychiatr Serv*. 2008;59(2):165-9.
51. Yohanna D. Deinstitutionalization of People with Mental Illness: Causes and Consequences. *Am Med Assoc J Ethics* [Internet]. 2013;15(10):886-91. Available from: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/deinstitutionalization-people-mental-illness-causes-and-consequences/2013-10>
52. Decreto-Lei n.º 8/2010. Diário da República n.º 19/2010, Série I de 2010-01-28 [Internet]. [cited 2018 Sep 1]. p. 257-63. Available from: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/8/2010/01/28/p/dre/pt/html>
53. Wauchope B, O' Kearney R, Bone L, Urbanc A. Advance agreements for mental health care: an examination of process and outcomes. *Aust New Zeal J Psychiatry*. 2011;45:281-8.
54. Reilly J, Atkinson JM. The content of mental health advance directives: Advance statements in Scotland. *Int J Law Psychiatry*. 2010;33:116-21.
55. O'Shea LE, Dickens GL. Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychol Assess*. 2014;26(3):990-1002.

56. Bjørkly S, Hartvig P, Heggen F-A, Brauer H, Moger TA. Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *Eur Psychiatry*. 2009;24:388-94.
57. Brissos S, Vicente F, Oliveira JM, Sobreira GS, Gameiro Z, Moreira CA, et al. Compulsory psychiatric treatment checklist: Instrument development and clinical application. *Int J Law Psychiatry*. 2017;54:36-45.
58. Duarte C, Wong F, Kwok WT, Lau KK, Chang MI, Ho CY. Tratamentos Compulsivos Em Macau: Os Primeiros Cinco Anos. *Acta Med Port [Internet]*. 2006;19:73-8. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/903/576>
59. Lei n.º 36/98. Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24 [Internet]. 1998 [cited 2018 Sep 1]. p. 3544-9. Available from: <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/p/cons/20180814/pt/html>