



**UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA**

MARIA DA ANUNCIÇÃO LOPES BALTAZAR

**CONTRIBUTO PARA A CARACTERIZAÇÃO DAS LESÕES AUTO-
INFLIGIDAS NAS PERÍCIAS MÉDICO-LEGAIS.
CORRELAÇÃO COM OS ANTECEDENTES DA VÍTIMA**

**COIMBRA
2009**



**UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA**

MARIA DA ANUNCIAÇÃO LOPES BALTAZAR

**CONTRIBUTO PARA A CARACTERIZAÇÃO DAS LESÕES AUTO-
INFLIGIDAS NAS PERÍCIAS MÉDICO-LEGAIS. CORRELAÇÃO COM
OS ANTECEDENTES DA VÍTIMA**

Dissertação de candidatura apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, para obtenção do grau de Mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses

Orientadora: Professora Doutora Maria Cristina de Mendonça

**COIMBRA
2009**

O melhor Mestre não é o que dá as melhores respostas,

mas o que faz as melhores perguntas.

Le GraAll (1978)

AGRADECIMENTOS

O trabalho apresentado nesta tese representa o culminar de uma parte muito importante da minha carreira. Representa o encontro de uma direcção profissional e, ao mesmo tempo, a descoberta de toda uma nova área de exploração. No entanto, o caminho que foi percorrido até aqui não foi fácil e, para poder ter sido concluído, a contribuição de algumas pessoas foi preponderante, às quais quero agradecer.

Antes de mais, o profundo e sincero agradecimento aos meus filhos, ao André e à Carolina, pelo apoio que sempre me deram, não só durante a elaboração deste trabalho, mas durante todo o percurso necessário para aqui chegar. O seu apoio incondicional e a confiança que sempre depositaram em mim e nas minhas decisões, foram um factor crucial para enfrentar e ultrapassar os desafios com que me deparei. Quero dizer bem-haja pela minha ausência que ficará sempre testemunhada por este manuscrito, mesmo quando a minha ausência for para sempre.

À Professora Doutora Maria Cristina de Mendonça, da Faculdade de Medicina de Coimbra pela sua inextinguível amizade, inestimável orientação, apoio, incentivo e exemplo profissional, sem o qual certamente este trabalho não teria sido possível. As suas críticas, sugestões e conselhos, reveladores do profundo conhecimento da Medicina Legal e Ciências Forenses, em muito contribuíram para a valorização deste trabalho, a minha sincera gratidão.

Ao Senhor Professor Doutor Duarte Nuno, coordenador do Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, pela oportunidade de desenvolvimento pessoal.

Ao Professor Doutor Francisco Corte Real, director da Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, quero agradecer pela confiança em mim depositada, para que assim pudesse colocar os protocolos e consultar todos os processos em arquivo nos vários Gabinetes Médicos Legais.

Ao Professor Doutor Adelino Marques, presidente da Comissão de Ética, quero agradecer pela viabilização do estudo, através da autorização concedida para a aplicação do instrumento de colheita de dados e da respectiva Declaração de Consentimento.

Aos Senhores Coordenadores dos Gabinetes Médico Legais de: Aveiro, Leiria, Tomar, Castelo Branco, Figueira da Foz e Delegação do Centro, nas pessoas da Dra. Susana, Dra. Luísa Cortesão, Dr. Francisco Branco e Dra. Rosário Lemos e Doutora Cristina de Mendonça, pela viabilidade do estudo, através da autorização concedida para a aplicação do instrumento de colheita de dados.

À Dra. Graça Santos, Dra. Ana Paula Sousa, Dra. Rita Sanches, Dra. Sofia Coelho, ao Dr. Rui Oliveira e ao Dr. Gonçalo Carnin, agradeço o seu apoio, disponibilidade, amizade e o seu contributo na cedência dos processos Clínicos e nas fotografias, por si realizadas na execução dos seus exames Clínicos.

Ao Dr. João Pinheiro, agradeço o seu espírito crítico, bom senso e inspiração que sempre demonstrou nas conversas que tivemos, inclusive a cedência de fotografias por si realizadas e o gosto que consegue transmitir pela investigação.

À Dra. Rosário Lemos, agradeço a sua amizade e ajuda em todos os momentos.

A todos os funcionários dos Gabinetes Médico Legais, de Aveiro, Leiria, Tomar, Castelo Branco, Figueira da Foz e Delegação do Centro, agradeço o seu apoio administrativo e sua amizade durante estes anos de trabalho.

Aos funcionários da Biblioteca do Instituto Nacional de Medicina Legal - Delegação de Coimbra, essencialmente na pessoa da Dra. Sandra, agradeço o seu apoio, sobretudo os seus conselhos e orientações que foram fundamentais para levar este trabalho a bom porto.

Aos meus amigos, colegas e alunos, agradeço o seu apoio, companhia, amizade e opiniões, que foram muito importantes para o estabelecimento de um óptimo ambiente de amizade e de trabalho, necessário para ultrapassar as dificuldades surgidas. Em particular, gostaria de

agradecer à família Malva, à Anabela Cabral, à Mara, à Cláudia Pereira, à Nádia Costa e ao Alberto Fernandes.

Aos amigos Maria João e José Augusto, agradeço pelo carinho, amizade e incentivo neste percurso de Vida.

Ao Carlos Pereira, o amor da minha vida, quero agradecer pelos momentos em que estivemos juntos e pela sua maneira de ver a vida, uma visão diferente que, com o seu carinho, ternura e preocupação, conseguiu virar uma página da minha vida com vinte anos, pois os pequenos detalhes e pequenos gestos fizeram a diferença nos meus dias. Agradeço ainda o seu espírito crítico, bom senso e inspiração que sempre demonstrou nas conversas que tivemos, apesar de muitas das vezes filosóficas e não directamente relacionadas com o trabalho aqui descrito, foram importantes para a minha formação e, conseqüentemente, para esta tese.

À Dra. Ascensão Rebelo e à Senhora D. Alzira, agradeço pela ajuda em todos os momentos.

À amiga Zélia Pedrosa, quero dizer um bem-haja, pela amizade, carinho, pelo prazer, disponibilidade e orientação que me proporcionou. O apoio no tratamento estatístico dos dados e a elaboração da estrutura deste trabalho muito me ajudaram na concretização desta tese.

Ao Jorge, o pai do André e da Carolina quero, mesmo assim, dizer obrigado e deixar uma nota que os livros são a minha vida, o meu amor.

A tantas e tantas pessoas que me foram gratas e que eu não esqueci, mas que não posso enumerar todos.

À minha Mãe, que me ensinou a ser quem sou e, certamente, esteja onde estiver celebra junto comigo este momento. Que tenhas orgulho dos meus passos, dos avanços obtidos mesmo com todas as dificuldades. Agradeço-te pelo meu trabalho, pela minha vida, por tudo.

COMO LER ESTA TESE

Esta secção foi criada tendo em conta os potenciais tipos de leitores deste documento.

Como nem todos estão, eventualmente interessados na leitura integral do texto, possivelmente por procurarem uma parte específica ou necessitarem apenas de uma visão geral deste documento, esta secção pretende guiar o leitor, sugerindo-lhe as partes a ler, tendo em conta as suas necessidades ou curiosidades.

A tese está organizada em quatro partes e diversos capítulos, começando por um conjunto inicial de capítulos que fazem a introdução aos conceitos necessários para perceber o modelo proposto por esta tese (capítulos I a VIII) constituindo a parte I- O Estado da Arte.

Aqui são apresentados os conceitos essenciais: A lesão e a pele, Lesões auto – infligidas (não letais e letais), Tatuagens e a Perícia Médico-Legal, Patologia Psiquiátrica e Distúrbios Degenerativos do sistema nervoso central, Fármacos e o Tratamento da Patologia Psiquiátrica, Qualidade de Vida/antecedentes do doente, Psicopatologia e sua Relevância para o risco do Comportamento Criminal. Estes estão agrupados em oito capítulos diferentes.

Seguidamente, são apresentados os Objectivos da dissertação (num único capítulo) que compõe a parte II.

Na parte III, é delineada a Metodologia usada no trabalho de investigação e está apresentado nos (capítulos I a IV). Esta está apresentada em quatro capítulos; Material e Métodos, Resultados, Discussão dos resultados e Conclusão. Salientamos que a apresentação dos resultados, capítulo II, faz-se em dois sub capítulos. O primeiro sub capítulo, representa a Caracterização geral dos resultados, na área da Clínica Forense e o segundo sub capítulo representa a Caracterização geral dos resultados na Patologia Forense. No sub capítulo da Patologia Forense, são apresentados, ainda e separadamente, os resultados referentes à Caracterização individual dos Gabinetes Médico legais de Aveiro, Figueira da Foz, Leiria, Tomar e Delegação do Centro.

Finalmente, é apresentado a Discussão dos Resultados e Conclusões (capítulo III e IV) da parte III.

Por último, na parte IV e V estão descritas as Referências Bibliográficas e a Foto Bibliografia, respectivamente.

A primeira parte consiste na introdução do trabalho apresentado nesta tese, sendo aconselhada a sua leitura.

A leitura da segunda parte é sugerida ao leitor, para que entenda quais os objectivos que estão na base do trabalho de investigação.

A terceira parte, faz uma descrição dos conceitos utilizados na metodologia usada e no tratamento estatístico para que o leitor esteja familiarizado e entenda os resultados obtidos. Nesta terceira parte, salienta-se o capítulo II, onde o leitor poderá apenas consultar os resultados que lhe despertarem maior interesse, pois são apresentados os resultados da caracterização geral na área da Clínica Forense e na área da Patologia Forense. Dentro do sub capítulo da Patologia Forense, o leitor pode consultar apenas o gabinete que entender, isto porque os resultados estão orientados por Gabinetes Médico-Legais de: Aveiro, Figueira da Foz, Leiria, Tomar e Delegação do Centro.

Por último, surge a parte IV que apresenta as Referências Bibliográficas, seguido da parte V que é a Foto Bibliografia.

RESUMO

A lesão auto-infligida é um ferimento deliberado infligido por uma pessoa no seu próprio corpo, sem intenção suicida. O indivíduo que se auto inflige não procura, geralmente, terminar com a sua vida. Contudo, a lesão auto-infligida mais grave e letal é o suicídio. Estas lesões podem assumir muitas formas, incluindo pequenos cortes no corpo, queimaduras, mordedoras, ingestão de produtos químicos, excesso de comprimidos, drogas ou álcool, saltos de grandes alturas, choque de veículos, etc. As lesões auto-infligidas não letais são: superficiais regulares, com profundidade igual em ambas as extremidades, frequentemente paralelas, sobretudo do lado não dominante e são conseguidas com objectos cortantes. Este tipo de lesão quase sempre evita áreas vitais e sensíveis à dor, atingindo normalmente as bochechas, mandíbulas, têmporas/região frontal, região lateral do pescoço, tórax, ombros, braços, e antebraços, face dorsal das mãos e coxas.

Procedeu-se à consulta de relatórios periciais de avaliação de dano corporal em Direito Penal e em relatórios de Autopsias, efectuadas no Gabinete médico-legal da Figueira da Foz, Aveiro, Tomar, Leiria, Castelo Branco e Delegação de Coimbra no período de 2001 a 2008, nos quais havia referencia a Lesões Auto-infligidas ou a feridas de ensaio. Efectuou-se um estudo descritivo destes processos onde foi aplicado o protocolo experimental, como instrumento de pesquisa.

Foi feita uma caracterização da vítima e do cadáver, atendendo as variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, a lateralidade, antecedentes pessoais, doenças existentes, medicação, toxicodependência. Foi ainda estudada a caracterização da lesão, localização, acessibilidade da zona e a compatibilidade com a lateralidade.

Assim verificou-se a existência de sete casos na Delegação de Coimbra, um em Aveiro, Castelo Branco e Figueira da Foz, no âmbito da Clínica Forense. As vítimas têm em comum, a média de idades, a lateralidade e os antecedentes pessoais. Normalmente andam com depressão e tomam medicação antidepressiva. A situação profissional é diversificada, bem como o estado civil e o sexo. O exame pericial e o tipo de agressor é comum às vítimas, mas o objecto utilizado pelo agressor é diversificado.

No âmbito da Patologia Forense, verificamos a existência de 945 casos referentes aos Gabinetes Médico Legais de Aveiro, Figueira da Foz, Leiria, Tomar e Delegação do Centro.

Dentro das lesões auto – infligidas mais graves e letais, encontramos o enforcamento com 41,3%, seguido do afogamento com 18,1%. O género masculino representa 74% que contrasta com 26% do género feminino.

Em relação à observação das lesões, devem existir pistas padrão, tipo guidelines para detectar as lesões auto infligidas que simulem agressão. Para isso a observação através de um exame pericial é um método directo, que permite a obtenção de informação relevante. O exame físico do indivíduo com este tipo de lesão é parte do objectivo das perícias médico - legais. Na legislação portuguesa, estas situações não têm enquadramento legal específico, sendo apenas puníveis no âmbito das denúncias caluniosas. O crime de denúncia caluniosa está, assim, previsto no artigo 365 do Código Penal.

ABSTRAT

A self-inflicted lesion is a wound caused by an individual on his/her own body, no suicidal intention. The individual that self inflicts wounds does not usually attempt against his/her own life. However, suicide is in itself the most serious and lethal self-inflicted lesion.

It presents itself in many ways such as: small cuts on the body, burns, bites, ingestion of chemical drugs, excess taking of pills, ingestion of drugs with alcohol, jumps from heights, car crash and so on.

The non-lethal self-inflicted lesion is superficial, regular, with equal depth on both sides which are frequently parallel appearing mainly on the non dominant part of the body and originated from cutting objects.

This kind of lesion almost always avoids vital or sensitive areas, usually affecting cheek, jaw, temporal or frontal regions, the lateral side of the neck, chest, shoulder, arms and forearms, dorsal side of the hands and thighs.

Experts reports concerning the evaluation of corporal damage prescribed in Penal Law as well as forensic autopsy reports from the Forensic Offices of Figueira da Foz, Aveiro, Coimbra, Leiria, Tomar and Castelo Branco, since 2001 till 2008, were consulted. The reports concerning cases with self-inflicted lesions or test wounds were picked out. A descriptive study from these reports was obtained, with the application of a protocol used as a researching tool. A characterization of the usual victim was developed: gender, age, marital status, schooling, type of profession, literacy, personal records of illness, medication and addition of drugs. The definition of the lesion, its location and accessibility and its compatibility with the laterality were also studied.

Thus, we established the existence of seven cases in Coimbra, one in Aveiro, Castelo Branco and Figueira da Foz were confirmed, all within the evaluation of corporal damage in Penal Law. Common to the victims are their personal records, usually depressed and taking medication.

The type of profession is diverse, so is their marital status and gender. The lesions are similar concerning laterality, access and compatibility with the dominant side of the body. The psychological examination and the type of aggressor are common, but the object used by the aggressor differs.

In the range of forensic pathology, we confirm 945 cases registered in the offices of Aveiro, Coimbra, Figueira da Foz, Leiria and Tomar. We found that the most lethal and

serious self-inflicted injury is hanging (41, 3%), followed by drowning (18, 1%).The male gender represents 74% and the female gender represents 26% of the cases.

With regard to the lesions, pattern traces and guidelines must exist in order to diagnose self-inflicted lesions that simulate aggression. Currently, observation of an expert's examination must be a method that directly provides the correct information from the physical examination of the individual, which is the purpose of the forensics expertise.

In Portuguese law such situations have no specific legal part attachment, being punished only as slanderous denunciation. The crime of slanderous denunciation is as stated in Article 365 of the Portuguese Penal Code.

SIGLAS

ADN – Ácido Desoxirribo Nucleico

APA – American Psychiatric Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes

CDI-9 – Classificação Internacional de Doenças -Revisão 9

CP – Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

CRAC – Centro Regional de Alcoologia do Centro

DA – Doença de Alzheimer

DH – Doença de Huntrington

DSM – Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - 4ª edição

ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica

EUA – Estados Unidos da América

IMAO – Inibidores da Mono Amina Oxidase

ISRS – Inibidores Selectivos da Recaptura da Serotonina

MAO – Mono Amina Oxidase

MP – Mal de Parkinson

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBP – Perturbação Borderline da Personalidade

REM – Rapid eye movement sleep

SNC – Sistema Nervoso Central

SNRIs – Inibidores da Recaptação Serotonina, Noradrenalina

TCAS – Antidepressivos Tricíclicos

TECAS – Antidepressivos Tetracíclicos

ABREVIATURAS

Art. – Artigo

N= - TOTAL

ÍNDICE

PARTE I - O ESTADO DA ARTE	29
CAPÍTULO I – A LESÃO E A PELE: ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE E SUAS FUNÇÕES	30
1. - A PELE	30
1.1 - ANATOMIA E FISIOLOGIA	30
1.2 - FUNÇÕES DA PELE	33
CAPITULO II – LESÕES AUTO-INFLIGIDAS: NÃO LETAIS E LETAIS	38
1. - LESÕES AUTO - INFLIGIDAS	38
1.1 - LESÕES AUTO-INFLIGIDAS NÃO LETAIS	38
1.2 – CARACTERIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO DAS LESÕES	40
1.2.1 - Características da lesão	40
1.2.2- Localização da lesão	47
1.2.3- Acessibilidade da zona	47
1.2.4 - Fisiopatologia e análises	47
2. - OBJECTIVOS DA VITIMA	49
2.1 - LESÕES PROVOCADAS POR ALTERAÇÕES MENTAIS DO INDIVÍDUO COM PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA	49
2.2 - LESÕES PROVOCADAS POR INDIVÍDUO NA PERSPECTIVA DE OBTENÇÃO DE LUCRO, FRAUDE DE SEGUROS	53
2.3 - LESÕES PROVOCADAS POR INDIVÍDUO QUE SIMULA A AGRESSÃO PARA INCRIMINAR ALGUÉM OU PARA CHAMAR A ATENÇÃO SOBRE SI PRÓPRIO	55
2.3.1- Simulação de Ofensas Criminosas	55
2.3.1 - Simulação de Doenças entre Prisioneiros e soldados	56
3 - LESÕES AUTO-INFLIGIDAS LETAIS	57
3.1 - SUICÍDIO	57
3.2 - TENTATIVA DE SUICÍDIO	59
CAPITULO III – TATUAGENS E A PERÍCIA MEDICO LEGAL	61
1. A FISIOPATOLOGIA DAS TATUAGENS	61
2. - SIGNIFICADO MÉDICO-LEGAL	62
2.1 - TATUAGENS PLANAS	62
2.2 - TATUAGENS TRADICIONAIS	62
2.3 - TATUAGENS DE LINHA FINA	63
2.4 - DESCREVER TATUAGENS	63
2.5 - CLASSIFICAÇÃO E ASPECTOS MÉDICOS DAS TATUAGENS	64
2.5.1 - Tatuagens não permanentes	64
2.5.2 - Tatuagens permanentes	64

CAPITULO IV - PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA E DISTÚRBIOS DEGENERATIVOS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	66
1 - PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA	66
1.1 DEPRESSÃO	66
1.2 - ANSIEDADE.....	71
1.3 - DOENÇA MANIACO- DEPRESSIVA.....	71
1.4 - A ESQUIZOFRENIA	72
1.5 - PERTURBAÇÃO BORDERLINE	74
1.6 - MANIA	75
1.7 - EPILEPSIA	76
2 - DISTÚRBIOS DEGENERATIVOS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	77
2.1 - PARKINSON.....	78
2.2 - DOENÇA DE ALZHEIMER.....	78
2.3 - ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA.....	79
CAPITULO V - FÁRMACOS E O TRATAMENTO DA PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA	81
1 - FÁRMACOS – CONCEITO.....	81
2 - DESTINO DOS FÁRMACOS NO ORGANISMO	81
3 - GRUPOS DE FÁRMACOS.....	83
3.1 - ANTIDEPRESSIVOS.....	83
3.2 - SEDATIVOS	84
3.3 - ANSIOLÍTICOS	85
3.4 - ANALGÉSICOS E ANTAGONISTAS OPIÓIDES.....	85
4 - TRATAMENTO DA PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA	87
5. DEPENDÊNCIA E USO ABUSIVO DE DROGAS	93
5.1 - DEPENDÊNCIA FÍSICA	95
5.2 - SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA	95
CAPITULO VI – QUALIDADE DE VIDA / ANTECEDENTES DO DOENTE	99
1 - QUALIDADE DE VIDA	100
CAPITULO VII – PSICOPATOLOGIA E SUA RELEVÂNCIA PARA O RISCO DE COMPORTAMENTO CRIMINAL	105
ENQUADRAMENTO JURIDICO – PENAL DO FENÓMENO SOCIAL	105
1 - CRIME DE DENÚNCIA CALUNIOSA.....	105
2 - CRIME DE BURLA RELATIVA A SEGUROS	115
3 - IMPUTABILIDADE: A INTERFACE PSIQUIATRIA FORENSE /DIREITO PENAL	120
3.1 - PSIQUIATRIA FORENSE E INTERNAMENTO COMPULSIVO	128
3.2 - PSIQUIATRIA FORENSE E DIREITO PENAL.....	132

3.3 - PSQUIATRIA FORENSE COMPORTAMENTOS POR USO NOCIVO, SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA, ESTADO DE ABSTINÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS (PSICOTRÓPICOS E ESTUPEFACIENTES)	133
3.4 - PSQUIATRIA FORENSE E DIREITO CIVIL	134
3.5 - PSQUIATRIA FORENSE E DIREITO DE TRABALHO	135
PARTE II - OBJECTIVOS	136
PARTE III - METODOLOGIA	138
CAPÍTULO I - MATERIAL E MÉTODOS	139
1 - METODOLOGIA	139
1.1 - TIPO DE ESTUDO	140
1.2 - OBJECTIVOS DO ESTUDO	140
1.3 – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA DO ESTUDO	141
1.4 - VARIÁVEIS EM ESTUDO E AS SUAS DIMENSÕES	143
1.5 - QUESTÕES ÉTICAS RELACIONADAS COM O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO	144
1.6 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO	146
CAPÍTULO II - RESULTADOS	147
1 - CARACTERIZAÇÃO GERAL NA AREA DA CLINICA FORENSE	147
2 - CARACTERIZAÇÃO GERAL NA AREA DA PATOLOGIA FORENSE	168
2.1 - CARACTERIZAÇÃO DO GABINETE MÉDICO-LEGAL DE AVEIRO	195
2.2 - CARACTERIZAÇÃO DA DELEGAÇÃO DO CENTRO	222
2.3 - CARACTERIZAÇÃO DO GABINETE MÉDICO-LEGAL DA FIGUEIRA DA FOZ	246
2.4 - CARACTERIZAÇÃO DO GABINETE DE LEIRIA	271
2.4 - CARACTERIZAÇÃO DO GABINETE MÉDICO-LEGAL DE TOMAR	297
CAPÍTULO III - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	311
CAPÍTULO IV - CONCLUSÕES	325
PARTE IV – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	329
PARTE V – FOTO BIBLIOGRAFIA	348
ANEXOS	351
ANEXO 1-INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	
ANEXO 2-PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO E DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO	
ANEXO 3-PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS AO GABINETE MÉDICO LEGAL DE AVEIRO	

ANEXO 4- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS AO GABINETE MÉDICO LEGAL DE AVEIRO

ANEXO 5- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS AO GABINETE MÉDICO LEGAL DE AVEIRO

ANEXO 6- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS AO GABINETE MÉDICO LEGAL DE AVEIRO

ANEXO 7- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS AO GABINETE MÉDICO LEGAL DE AVEIRO

ANEXO 8- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS AO GABINETE MÉDICO LEGAL DE AVEIRO

ANEXO 9-DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

ANEXO 10-AUTORIZAÇÃO CONCEDIDA PELA COMISSÃO COORDENADORA DO CONSELHO CIENTÍFICO E COMISSÃO DE ÉTICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

INDICE GRAFICOS

Gráfico - 1 – Total de Examinando/Ano	148
Gráfico - 2 – Percentagem de examinandos Gabinete Médico-Legal/Total	148
Gráfico - 3 – Percentagem de Examinandos Sexo/Total.....	149
Gráfico - 4 – (n.º/%) Suicídios Gabinete Médico-Legal/Total.....	168
Gráfico - 5 – N.º Suicídios Gabinete Médico-Legal/Ano.....	169
Gráfico - 6 – N.º Suicídios Gabinete Médico-Legal/Sexo	170
Gráfico - 7 – N.º Suicídios Gabinete Médico-Legal/Sexo (Percentagem)	171
Gráfico - 8 – Sexo/Total de Suicídios (Percentagem)	171
Gráfico - 9 – Grupo Etário/Total de Suicídios (Percentagem)	173
Gráfico - 10 – Suicídios Grupo Etário/Gabinete Médico-Legal.....	175
Gráfico - 11 – Suicídios Estado Civil/Gabinete Médico-Legal.....	176
Gráfico - 12 – Estado Civil/Total de Suicídios (Percentagem)	177
Gráfico - 13 – Doença Psiquiátrica/Total de Suicídios (Percentagem).....	181
Gráfico - 14 – Internamento/Total de Suicídios	185
Gráfico - 15 – Seguido em Consultas/Total de Suicídios (Percentagem)	187

INDICE FIGURAS

Fig. 1 – Fotografia de cicatrizes	40
Fig. 2 – Fotografia de escuriações.....	41
Fig. 3 – Fotografia de escuriações longitudinais.....	41
Fig. 4 – Fotografia de contusão	42
Fig. 5 – Fotografia de equimose de coloração rosada	42
Fig. 6 – Fotografia de ulceração	43
Fig. 7 – Fotografia de ferida incisa.....	43
Fig. 8 – Fotografia de ferida inciso-perfurante.....	44
Fig. 9 – Fotografia de queimaduras superficiais	44
Fig. 10 – Fotografia de queimadura superficial	44
Fig. 11 – Fotografia de queimadura profunda.....	45
Fig. 12 – Fotografia de mordeduras	45
Fig. 13 – Fotografia de mordeduras	45
Fig. 14 - Fotografia de cortes regulares, simétricos e paralelos	46
Fig. 15 – Fotografia de cortes lineares, cruzados e uniformes	46
Fig. 16 – Fotografia de tatuagem “AMO.TE” E “TIXA”	154
Fig. 17 - Fotografia de queimadura superficial	155
Fig. 18 - Fotografia de queimadura profunda.....	155
Fig. 19 - Fotografia de cortes superficiais lineares	156
Fig. 20 - Fotografia equimose rosada.....	156
Fig. 21 - Fotografia de cortes na zona abdominal	157
Fig. 22 - Fotografia de cortes na zona dorsal posterior	157
Fig. 23 - Fotografia de cortes zona nadegueira e face posterior das coxas	158
Fig. 24 - Fotografia de ferida incisa mama esquerda	158
Fig. 25 - Fotografia de escuriações	159
Fig. 26 – Fotografias de antebraço esquerdo e direito	159
Fig. 27 – Fotografia de escuriações.....	162
Fig. 28 - Fotografia de ferida incisa superficial	162
Fig. 29 -Fotografia de ferida incisa	163
Fig. 30 - Fotografia de escuriações	163
Fig. 31 - Fotografia de escuriações do flanco esquerdo	164
Fig. 32 – Fotografia de cicatrizes em duas fiadas	166
Fig. 33 – Fotografia que descreve a palavra “ tixa+ G”	166
Fig. 34 – Fotografia que ilustra uma vitima de enforcamento	179
Fig. 35 – Fotografia de tatuagem de linha fina (amadora).....	189

Fig. 36 – Fotografia de tatuagem tradicional	189
Fig. 37 - Fotografia de cicatrizes não recentes.....	190
Fig. 38 – Fotografia de cicatrizes lineares e transversais	190
Fig. 39 – Ferida corto-perfurante	193
Fig. 40 - Ferida incisa perfurante	193
Fig. 41 – Fotografia de lesão contusa.....	194
Fig. 42 - Fotografia de lesões de queimaduras.....	194

INDICE DE TABELAS

Tabela - 1 - N.º Examinando/Gabinete Médico-Legal/Ano	147
Tabela - 2 - N.º Examinandos/Sexo/Gabinete Médico-Legal	149
Tabela - 3 - N.º Examinandos/Grupo Etário/Gabinete Médico-Legal	150
Tabela - 4 - N.º Examinandos/Estado Civil/Gabinete Médico-Legal.....	150
Tabela - 5 - N.º Examinandos/Escolaridade/Gabinete Médico-Legal.....	151
Tabela - 6 - N.º Examinandos/Doença Psiquiátrica/Gabinete Médico-Legal	151
Tabela - 7 - N.º Examinandos/Antecedentes/Gabinete Médico-Legal.....	152
Tabela - 8 - N.º Examinandos/Medicação/Gabinete Médico-Legal.....	152
Tabela - 9 - N.º Examinandos /Tipo de Exame Pericial/Gabinete Médico-Legal.....	153
Tabela - 10 - N.º Examinandos/Tipo de Agressor/Gabinete Médico-Legal.....	153
Tabela - 11 - N.º Examinandos /Tatuagens/Gabinete Médico-Legal.....	154
Tabela - 12 - N.º Examinando/Feridas de Ensaio/Gabinete Médico-Legal.....	155
Tabela - 13 - N.º Examinando/Acessibilidade/Gabinete Médico-Legal	157
Tabela - 14 - N.º Examinando/Compatibilidade com Lateralidade/Gabinete Médico-Legal	158
Tabela - 15 - N.º Examinando/Lateralidade/Gabinete Médico-Legal	159
Tabela - 16 - N.º Examinando/Objecto/Gabinete Médico-Legal	160
Tabela - 17 - N.º Examinando/Localização da Lesão/Gabinete Médico-Legal	161
Tabela - 18 - N.º Examinando/Caracterização da Lesão/Gabinete Médico-Legal.....	165
Tabela - 19 - N.º Examinando/Drogas de Abuso/Gabinete Médico-Legal	167
Tabela - 20 – N.º Examinando – Tipo de Agressor/Objecto	167
Tabela - 21 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal	168
Tabela - 22 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Ano	169
Tabela - 23 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Sexo	170
Tabela - 24 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Grupo Etário	172
Tabela - 25 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Grupo Etário (Percentagem)..	173
Tabela - 26 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Estado Civil	176
Tabela - 27 - N.º Total de Suicídios/Estado Civil/Gabinete Médico-Legal (Percentagem)...	177
Tabela - 28 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Causa	178
Tabela - 29 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Profissão	180
Tabela - 30 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Doença Psiquiátrica	181
Tabela - 31 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Antecedentes	182
Tabela - 32 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Medicação	183
Tabela - 33 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Internamento.....	184
Tabela - 34 - Suicídios/Internamento/Gabinete Médico-Legal (Percentagem).....	185
Tabela - 35 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Seguido em Consultas	186

Tabela - 36 - Suicídios/Seguido em Consultas/Gabinete Médico-Legal (Percentagem)	186
Tabela - 37 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Tatuagens.....	188
Tabela - 38 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Feridas de Ensaio.....	191
Tabela - 39 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Ano.....	195
Tabela - 40 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Sexo/Ano.....	195
Tabela - 41 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Grupo Etário/Ano.....	196
Tabela - 42 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Estado Civil/Ano.....	197
Tabela - 43 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Causa/Ano.....	198
Tabela - 44 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Profissão/Ano.....	199
Tabela - 45 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Doença Psiquiátrica/Ano	200
Tabela - 46 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Antecedentes/Ano	201
Tabela - 47 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Medicação/Ano	202
Tabela - 48 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Internamento/Ano	203
Tabela - 49 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Seguido em Consultas/Ano	203
Tabela - 50 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Tatuagens/Ano	204
Tabela - 51 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Feridas de Ensaio/Ano	205
Tabela - 52 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Antecedentes/Profissão	206
Tabela - 53 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Antecedentes/Causa	207
Tabela - 54 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Causa/Doença Psiquiátrica.....	209
Tabela - 55 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Antecedentes/Feridas de Ensaio.....	210
Tabela - 56 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Causa/Feridas de Ensaio	212
Tabela - 57 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Doença Psiquiátrica/Feridas de Ensaio ..	214
Tabela - 58 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Antecedentes/Grupo Etário	215
Tabela - 59 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Causa/Grupo Etário.....	216
Tabela - 60 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Feridas de Ensaio/Grupo Etário	218
Tabela - 61 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Tatuagens/Grupo Etário	219
Tabela - 62 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Causa/Sexo.....	220
Tabela - 63 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Antecedentes/Doença Psiquiátrica/Sexo	221
Tabela - 64 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Ano	222
Tabela - 65 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Sexo/Ano	222
Tabela - 66 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Grupo Etário/Ano	223
Tabela - 67 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Estado Civil/Ano	223
Tabela - 68 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Causa/Ano	224
Tabela - 69 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Profissão/Ano	225
Tabela - 70 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Doença Psíquica/Ano	226

Tabela - 71 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Antecedentes/Ano	227
Tabela - 72 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Medicação/Ano	228
Tabela - 73 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Internamento/Ano.....	230
Tabela - 74 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Seguido em Consultas/Ano	231
Tabela - 75 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Tatuagens/Ano.....	232
Tabela - 76 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Feridas de Ensaio/Ano.....	233
Tabela - 77 - Delegação do Centro – Antecedentes/Causa	234
Tabela - 78 - Delegação do Centro – Causa/Doença Psiquiátrica.....	236
Tabela - 79 - Delegação do Centro – Antecedentes/Feridas de Ensaio.....	238
Tabela - 80 - Delegação do Centro – Antecedentes/Grupo Etário	239
Tabela - 81 - Delegação do Centro – Causa/Grupo Etário	241
Tabela - 82 - Delegação do Centro – Feridas Ensaio/Grupo Etário	243
Tabela - 83 - Delegação do Centro – Tatuagens/Grupo Etário	244
Tabela - 84 - Delegação do Centro – Causa/Sexo	245
Tabela - 85 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Ano.....	247
Tabela - 86 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Sexo/Ano.....	247
Tabela - 87 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Grupo Etário/Ano	248
Tabela - 88 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Estado Civil/Ano	249
Tabela - 89 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Causa/Ano	250
Tabela - 90 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Profissão/Ano	251
Tabela - 91 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Doença Psiquiátrica/Ano	252
Tabela - 92 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Antecedentes/Ano	253
Tabela - 93 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Medicação/Ano	254
Tabela - 94 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Internamento/Ano.....	256
Tabela - 95 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Seguido em Consultas/Ano	256
Tabela - 96 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Tatuagens/Ano	257
Tabela - 97 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Feridas de Ensaio/Ano	258

Tabela - 98 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – Antecedentes/Profissão	260
Tabela - 99 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – Antecedentes/Causa	261
Tabela - 100 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – Causa/Doença Psiquiátrica.....	262
Tabela - 101 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – Antecedentes/Grupo Etário	264
Tabela - 102 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios / Causa /Grupo Etário	265
Tabela - 103 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – Feridas de Ensaio/Grupo Etário	267
Tabela - 104 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – Tatuagens/Grupo Etário	268
Tabela - 105 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – Causa/Sexo.....	269
Tabela - 106 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – Antecedentes/Doença Psiquiátrica/Sexo	270
Tabela - 107 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Ano	271
Tabela - 108 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Sexo/Ano	272
Tabela - 109 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Grupo Etário/Ano	273
Tabela - 110 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Estado Civil/Ano	274
Tabela - 111 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Causa/Ano.....	275
Tabela - 112 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Profissão/Ano	276
Tabela - 113 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Doença Psiquiátrica/Ano	277
Tabela - 114 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Antecedentes/Ano.....	278
Tabela - 115 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Medicação/Ano.....	279
Tabela - 116 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Internamento/Ano	280
Tabela - 117 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Seguido em Consultas/Ano	281
Tabela - 118 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Tatuagens/Ano.....	281
Tabela - 119 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Feridas de Ensaio/Ano	283
Tabela - 120 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – Causa/Doença Psiquiátrica	286
Tabela - 121 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – Causa/Feridas de Ensaio	288
Tabela - 122 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – Antecedentes/Grupo Etário.....	290
Tabela - 123 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – Causa/Grupo Etário	292
Tabela - 124 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – Feridas de Ensaio/Grupo Etário.....	294
Tabela - 125 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – Tatuagens/Grupo Etário.....	295
Tabela - 126 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – Causa/Sexo	296
Tabela - 127 - - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios / Ano	297
Tabela - 128 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Sexo/Ano	297

Tabela - 129 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Grupo Etário/Ano	298
Tabela - 130 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Estado Civil/Ano	298
Tabela - 131 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Causa/Ano	299
Tabela - 132 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Profissão/Ano	300
Tabela - 133 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Doença Psiquiátrica/Ano	301
Tabela - 134 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Antecedentes/Ano.....	302
Tabela - 135 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Medicação/Ano.....	303
Tabela - 136 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Internamento/Ano.....	303
Tabela - 137 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Seguido em Consultas/Ano	304
Tabela - 138 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Tatuagens/Ano.....	304
Tabela - 139 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Feridas de Ensaio/Ano	305
Tabela - 140 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – Antecedentes/Profissão.....	306
Tabela - 141 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – Antecedentes/Causa.....	308
Tabela - 142 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – Causa/Doença Psiquiátrica	309
Tabela - 143 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – Causa/Grupo Etário	310

PARTE I - O ESTADO DA ARTE

CAPÍTULO I – A LESÃO E A PELE: ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE E SUAS FUNÇÕES

1. - A PELE

De facto, para além de revestir o corpo humano, a pele, o órgão de maior dimensão e volume do nosso corpo, desempenha várias actividades muito importantes, pois constitui, por um lado, a barreira protectora do organismo, já que impede a entrada de agentes nocivos para o seu interior e, por outro lado, também participa no controlo da temperatura corporal e do meio interno. Para além disso, regista inúmeras sensações que nos permitem conhecer detalhes dos objectos e do que nos rodeia.

A pele é praticamente idêntica em todos os grupos étnicos humanos. Nos indivíduos de pele escura, os melanócitos produzem mais melanina que naqueles de pele clara, porém, o seu número é semelhante.

1.1 - ANATOMIA E FISIOLOGIA

O nome anatómico internacional é *cútis*. A pele, constitui 15% do peso corporal, cobrindo quase todo o corpo, à excepção dos orifícios genitais, da boca, olhos e superfícies mucosas genitais.

A pele apresenta três camadas: a epiderme, a derme e a hipoderme subcutânea. Há ainda vários órgãos anexos, como folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebáceas.

Epiderme

A epiderme é a camada mais superficial da pele, ou seja, a que está directamente em contacto com o exterior. Tendo uma espessura que varia entre os 0,05 e os 0,5 mm conforme as partes do corpo, a epiderme é, essencialmente, constituída por células unidas entre si que não apresentam qualquer substância intercelular entre elas. De facto, estas células encontram-se dispostas em camadas sobrepostas, de modo a constituírem 4 camadas, embora em alguns sectores sejam 5.

Camada basal. É a camada mais profunda, sendo composta por uma única fila de células de forma prismática situadas sobre uma membrana basal que separa a epiderme da derme e através da qual essas células recebem os elementos necessários para a sua nutrição. Estas células estão em constante divisão, ou seja, à medida que se multiplicam, as novas vão empurrando as mais antigas em direcção à superfície, de modo a que estas passem a pertencer a outras camadas.

Camada espinhosa. É formada por várias células provenientes da camada basal que, à medida que as novas células profundas vão nascendo, se vão deslocando para o exterior. As mais profundas são as arredondadas, enquanto as que estão mais próximas da superfície são mais planas.

Camada granulosa. É formada por uma ou duas filas de células muito planas em que é possível apreciar alguns grânulos, nos quais é elaborada a queratina, a proteína fibrosa que garante à pele a sua peculiar consistência. Embora estas células, durante a sua maturação, produzam queratina, em simultâneo vão igualmente perdendo o seu núcleo e os restantes elementos intracelulares, o que causa a perda da sua vitalidade.

Camada lúcida. Apenas presente na pele das palmas das mãos e na planta dos pés, é constituída por uma ou duas filas de células planas e praticamente transparentes que, embora ainda conservem o núcleo, não desempenham qualquer actividade essencial.

Camada córnea. É a camada mais externa da epiderme, sendo formada por várias filas de células repletas de queratina que, entretanto, já perderam o seu núcleo e que não desempenham qualquer actividade vital, sendo, por isso, células mortas.

Derme

A derme é a camada subcutânea que se encontra por baixo da epiderme, separada por uma fina membrana basal, sendo constituída por proteínas e várias substâncias químicas e por inúmeras pregas cutâneas. De facto, é possível observar a existência de proeminências cónicas da epiderme viradas para a derme, denominadas papilas dérmicas, intercaladas com outras proeminências da epiderme viradas para a derme, designadas sulcos interpapilares, o que proporciona um considerável aumento da superfície de contacto entre ambas as camadas, algo muito importante, já que a nutrição da epiderme depende dos vasos sanguíneos que apenas chegam à derme.

A derme é formada por tecido conjuntivo, composto por vários tipos de células e fibras e por uma substância fundamental que preenche as fendas entre esses elementos. Entre as células, é importante destacar umas muito especiais, os fibroblastos, que se encarregam da produção das fibras e da matriz extra celular, embora existam outras igualmente muito importantes, como os histiócitos ou macrófagos, células dotadas de mobilidade, pertencentes ao sistema imunitário, com a missão de eliminarem os microorganismos que, eventualmente, possam ter chegado à derme, e devorarem as restantes células mortas e resíduos.

Para além disso, existem vários tipos de fibras: as fibras de colagénio, as mais abundantes e que se encontram em paralelo à superfície cutânea; as fibras elásticas, que têm a capacidade de se distenderem e de imediatamente recuperarem as suas dimensões anteriores; e, por fim, as fibras reticulares, as mais finas, que formam um septo com a aparência de uma rede.

É a derme que acolhe as glândulas sudoríparas, as glândulas sebáceas e os folículos pilosos e é através dela que circulam os vasos sanguíneos que nutrem as células superficiais da pele e as fibras nervosas responsáveis pela sensibilidade cutânea.

Hipoderme

A hipoderme é a camada mais profunda da pele, apesar de ter limites muito pouco definidos com a derme e de ser composta por elementos comuns. A espessura da hipoderme varia de pessoa para pessoa e, também, conforme as várias regiões do corpo, já que esta camada é bastante espessa em várias áreas e praticamente inexistente noutras, como, por exemplo, nas pálpebras.

Os principais componentes da hipoderme são os adipócitos, células especializadas na síntese e acumulação de gorduras. Estes adipócitos, que constituem a principal reserva de energia do organismo, encontram-se agrupados em pequenos lóbulos separados entre si por finos septos de tecido conjuntivo, através dos quais circulam os vasos sanguíneos e as fibras nervosas.

1.2 - FUNÇÕES DA PELE

A pele é um órgão muito mais complexo do que aparenta. A sua função principal é a protecção do organismo das ameaças externas físicas. No entanto, ela tem também funções imunitárias, é o principal órgão da regulação do calor, protegendo contra a desidratação. Tem também funções nervosas, constituindo o sentido do tacto e metabólicas.

Em primeiro lugar, a pele desempenha uma função protectora que impede, até certo ponto, a passagem de micro organismos, substâncias químicas e agentes físicos nocivos para o interior do organismo, contraria as perdas excessivas de líquidos e outras substâncias do corpo e ajuda, igualmente, na manutenção do meio interno. Esta função é proporcionada tanto pela constituição das diferentes camadas cutâneas como pelo manto ácido e gordo que reveste a sua superfície, essencialmente formado pelas secreções produzidas pelas glândulas sudoríparas e sebáceas situadas na profundidade da pele.

A primeira barreira corresponde, precisamente, a esta membrana gorda e ligeiramente ácida que, por um lado, impede a passagem da água e, por outro lado, exerce um efeito anti-séptico que dificulta a aglomeração de microrganismos. Todavia, convém sublinhar que a superfície da pele é permanentemente habitada por milhões de micróbios por centímetro quadrado, sobretudo bactérias e fungos microscópicos que encontram na superfície da pele condições favoráveis para se alimentarem e sobreviverem. Contudo, em condições normais, são microrganismos não patogénicos, ou seja, a sua existência acaba por ser benéfica, já que impedem a união e aglomeração de outros microrganismos perigosos. No entanto, esta função defensiva apenas é eficaz quando se procede a uma limpeza regular da pele, de modo a eliminar as impurezas e os resíduos, sem que se deva, contudo exagerar na repetição das lavagens nem utilizar produtos muito alcalinos ou agressivos, pois podem deteriorar a camada protectora.

A resistência e elasticidade da estrutura da pele também proporcionam uma certa protecção contra os agentes bacterianos e químicos e também contra os golpes, atritos e pressões. A hipoderme, dada a sua acumulação de adipócitos, amortece os traumatismos ligeiros, enquanto que a derme, rica em fibras conjuntivas, garante uma suficiente elasticidade. Contudo, a melhor barreira contra os agentes externos é a epiderme e, sobretudo, a camada córnea, graças ao seu conteúdo em queratina, uma proteína dura e impermeável.

Deve-se ter em conta que a camada córnea não é completamente contínua, pois apresenta pequenas fendas e aberturas, como por exemplo os poros, através dos quais as glândulas sudoríparas e sebáceas transportam as suas secreções para a superfície, e os orifícios das unidades pilossebáceas. Para além disso, dado que as substâncias solúveis em gordura conseguem atravessar o manto superficial e chegar facilmente a estas camadas contínuas, existem determinadas substâncias que conseguem ser absorvidas e chegar às camadas profundas da pele ou passar para a circulação sanguínea, um princípio aproveitado para a administração de vários medicamentos.

A absorção cutânea varia consoante as várias zonas do corpo, pois depende sobretudo da espessura da camada córnea e da maior ou menor abundância de glândulas sebáceas. As áreas mais impermeáveis da superfície cutânea correspondem às palmas das mãos e às plantas dos pés, tronco, braços e pernas, enquanto existem várias zonas como, por exemplo, o escroto, que são muito permeáveis. Todavia, é preciso referir que a absorção cutânea é maior nos bebés e nos idosos e propicia um aumento da humidade e do calor.

A principal função da pele, realizada através de vários mecanismos diferentes, consiste em controlar a temperatura interna do organismo, já que esta tem de ser constantemente mantida perto dos 37°C, independentemente das oscilações no ambiente exterior.

Dado que o corpo produz continuamente calor, é necessário eliminar o excesso, o que pode ser obtido através da participação dos elementos cutâneos. De facto, por um lado, a ampla rede de vasos sanguíneos que chegam à derme, cujo grau de contracção ou relaxamento é automaticamente alterado pelo sistema neurovegetativo, consegue gerir a afluência de sangue à superfície corporal, eliminando uma parte do calor através das irradiações (emissão de raios infravermelhos), outra parte por convecção (perda de calor por contacto directo da pele com o ambiente) e outra através da evaporação do suor.

O aumento da temperatura do corpo favorece a dilatação dos capilares sanguíneos, o que proporciona a chegada de mais sangue à superfície do corpo para se arrefecer: este mecanismo único é suficiente para manter os níveis da temperatura interna aceitáveis, quando se permanece numa temperatura ambiente moderada. Caso a temperatura interna seja mais elevada, por exemplo em caso de febre, não se deve praticar exercício físico nem permanecer despido em locais com temperatura ambiente elevada, uma vez que isso não só agrava a doença subjacente, como pode conduzir a um golpe de calor, desidratação grave e colapso cardiovascular.

Por outro lado, caso a temperatura externa seja baixa, os capilares cutâneos contraem-se para que o sangue não arrefeça, como é perceptível na típica "pele de galinha", quando se passa de um ambiente quente para um frio.

A pele é composta por uma grande inervação sensitiva que lhe permite registar uma ampla variedade de estímulos provenientes do exterior e proporcionar informações muito importantes sobre o mundo que nos rodeia. De facto, é graças à pele que podemos sentir atritos e pressões, muito delicadas, que nos permitem identificar a forma, a textura e as restantes qualidades palpáveis dos objectos através do tacto.

A pele ajuda-nos, igualmente, a reconhecer as variações térmicas, o frio e o calor, independentemente destas se manifestarem globalmente em todo o corpo ou em sectores bem localizados, podendo também detectar vários tipos de agressões mecânicas, térmicas ou químicas, que gerem estímulos dolorosos. Como é óbvio, existem inúmeras sensações, como, por exemplo, o ardor ou o prurido, que correspondem à combinação de vários estímulos, por vezes difíceis de definir, mas que todos podemos compreender.

A superfície cutânea é, em toda a sua extensão, uma privilegiada fonte de informação sobre o meio externo mais próximo, já que, como a pele, é o elemento que está imediatamente em contacto com o nosso corpo, fornece informações tão importantes como as dadas por sectores mais distantes como a visão ou a audição, sendo por isso que a pele é, entre outras coisas, um órgão sensorial. A pele desempenha esta função sensorial, graças a uma série de formações nervosas específicas que actuam como receptores e registam os vários estímulos, enviando esta informação sob a forma de impulsos eléctricos, através de complexas vias nervosas, para o cérebro, onde são interpretados.

Ao longo da superfície da pele, é possível encontrar distribuídos, embora com uma concentração desigual conforme as várias regiões do corpo, uma série de elementos receptores que respondem a determinados estímulos e, que enviam informações para o sistema nervoso central de modo a que possam ser devidamente interpretados. Embora esta função seja, essencialmente, desempenhada pelas ramificações finais dos nervos sensitivos que se encontram em contacto com a pele, existem igualmente determinados receptores intimamente ligados a estes nervos, cuja específica constituição lhes permite captar com maior precisão os diversos tipos de estímulos.

Terminações nervosas livres: são as ramificações finais das fibras nervosas sensitivas que chegam à derme, formando uma rede à volta dos folículos pilosos e tendo a tendência para penetrarem na epiderme. Estão distribuídas ao longo de toda a superfície do corpo e, embora respondam aos estímulos tácteis, são mais sensíveis aos estímulos dolorosos.

Corpúsculos de Vate Pacini: são receptores de forma ovóide constituídos por uma camada de células concêntricas que envolve uma terminação nervosa sensitiva. Dado que se situam nas zonas profundas da derme, costumam detectar, sobretudo, as alterações de pressão, as vibrações produzidas sobre a pele e os seus estiramentos. A sua presença é mais abundante nas zonas do corpo sem pêlos, como as palmas das mãos.

Corpúsculos de Meissner: são receptores formados por uma fina cápsula de tecido conjuntivo composta por uma série de células sobrepostas, de modo a constituírem uma pilha, por onde circulam as terminações nervosas sensitivas, encontrando-se localizados nas papilas dérmicas e respondem essencialmente aos estímulos tácteis. São particular mente abundantes nas polpas dos dedos, nos lábios e na região genital.

Corpúsculos de Krause: são receptores em forma de bulbo com uma rede de terminações nervosas sensitivas no seu interior, estando situados na derme, próximos da epiderme e respondem aos estímulos térmicos, já que são sensíveis ao frio.

Corpúsculos de Ruffini: são receptores de forma plana com terminações nervosas sensitivas ramificadas como se fossem uma árvore, estando situados na zona profunda da derme, na hipoderme, e registam estímulos térmicos, pois são sensíveis ao calor.

Os estímulos mecânicos, térmicos e dolorosos registados na pele são conduzidos pelos nervos sensitivos que desaguam na medula espinal e circulam ao longo de um percurso ascendente, através de fibras nervosas que constituem cordões específicos de acordo com o tipo de sensibilidade que transmitem.

As informações alcançam o encéfalo e, após várias paragens, sobretudo no tálamo, chegam ao cérebro, nomeadamente à circunvolução parietal ascendente do córtex cerebral, onde os estímulos são interpretados e as sensações são consciencializadas. Nesta área, existe uma representação das várias zonas do corpo, semelhante a um "mapa" da sensibilidade corporal que permite identificar com precisão a proveniência dos vários estímulos.

A capacidade de reconhecer estímulos tácteis varia consideravelmente consoante as várias partes do corpo, já que depende, sobretudo, do número de receptores que compõem cada

sector da pele. Por exemplo, a sensibilidade táctil é muito elevada na polpa do dedo, sendo muito menor na parte de trás do mesmo.

Existem dois factores extremamente importantes para se comparar o potencial táctil entre os diferentes sectores da superfície cutânea, ou seja, o grau de intensidade do estímulo necessário para desencadear a sensação e a capacidade para reconhecer, consoante a sua separação, os dois estímulos simultaneamente aplicados.

Relativamente ao primeiro factor, a percepção é, obviamente, maior nas regiões onde a pele é mais fina, como na ponta dos dedos.

No que diz respeito ao segundo, depende da quantidade de receptores presentes em cada zona, já que em alguns sectores das costas, os dois diferentes estímulos aplicados em simultâneo, são perceptíveis, a dois centímetros de distância, como uma única sensação, enquanto na polpa do dedo, é possível distinguir vários estímulos diferentes separados apenas por um milímetro, (em algumas partes podem estar separados apenas por uma décima de milímetro).

Todavia, é preciso referir que a capacidade de análise em relação ao reconhecimento de estímulos tácteis pode ser amplamente desenvolvida com a prática, como ocorre em inúmeras profissões (os médicos que conseguem detectar as mínimas diferenças ao palpar o corpo dos seus pacientes, os escultores e os artesãos para quem o tacto é uma ferramenta fundamental, os operários que manipulam peças muito pequenas...) e, como é bem evidente, em caso de pessoas cegas, que tentam compensar com o tacto o seu défice visual, por exemplo, ao aprenderem a ler no sistema Braille.

CAPITULO II – LESÕES AUTO-INFLIGIDAS: NÃO LETAIS E LETAIS

1. - LESÕES AUTO - INFLIGIDAS

Uma lesão é um termo não específico usado para descrever um tecido anormal no corpo humano. Tais anomalias podem ser causadas por doenças ou traumas.

A lesão auto-infligida é um ferimento deliberado, infligido por uma pessoa no seu próprio corpo, sem intenção suicida. O individuo que se auto-inflinge não procura, geralmente, terminar com a sua vida. Pelo contrário, está a usar a lesão, preferencialmente, como um mecanismo para aliviar a dor ou o desconforto emocional. Este comportamento é, muitas vezes, utilizado para chamar a atenção dos outros, ou seja, tem um carácter claramente apelativo.

As lesões auto-infligidas podem dividir-se em dois grandes grupos: as lesões auto-infligidas letais e as lesões auto-infligidas não letais.

1.1 - LESÕES AUTO-INFLIGIDAS NÃO LETAIS

Estas podem assumir muitas formas, incluindo pequenos cortes no corpo, queimaduras, mordeduras, ingestão de produtos químicos, excesso de comprimidos, drogas ou álcool, saltos de grandes alturas, choque de veículos.

Estas lesões geralmente não são fatais, mas são situações por vezes graves e que, muitas vezes, requerem hospitalização.

Nas lesões mais simples, que são os cortes superficiais, estes situam-se em zonas específicas como braços, pés, abdómen e parte interna da coxa. O número de cortes nas lesões auto-infligidas bem como a sua localização dependem, por vezes, da criatividade do indivíduo. Relativamente à localização das lesões, frequentemente são procuradas áreas facilmente escondidas da detecção das outras pessoas.

Auto-infligido é um comportamento deliberado, não suicida. Alguns indivíduos que infligem dano físico no seu próprio corpo fazem-no para alívio da aflição emocional. A dor física é frequentemente mais fácil de tratar do que a dor emocional, devido à causa e sentimentos reais.

Os ferimentos podem servir para provar ao indivíduo que a sua dor emocional é real e válida. O comportamento auto-infligido pode acalmar o indivíduo. Contudo, aporta somente um relevo provisório, não trata os episódios subjacentes e subsequentes.

Neste sentido, o comportamento auto-infligido pode transformar-se numa resposta natural ao stress da vida do dia-a-dia e pode aumentar na frequência e na severidade.

As pessoas com perturbações emocionais, ou que sofrem de perturbações comportamentais específicas, assim como outras, sem sintomas evidentes, infligem por vezes em si próprios cortes ou feridas, que são sinais de desequilíbrio ou de doenças particularmente difíceis de aceitar ou de perceber por aqueles que as rodeiam.

As pessoas que experimentam, alguma forma de auto-flagelação podem ser consideradas de alto risco, prováveis de repetirem o mesmo comportamento.

Estes factores de risco não se extinguem com o número de factos suicidas e psicológicos. Podem relevar por terem uma correlação estatística positiva com as lesões auto-infligidas e a sua repetição.

Em relação à observação das lesões, devem existir pistas padrão tipo (“guides-lines”) para detectar lesão auto-infligida que simulem agressão. Para isso, a observação através de um exame pericial é um método directo, que permite a obtenção de informação relevante.

O acto clínico de observar começa pelo olhar e pela percepção fina do técnico, acerca da situação. Contudo, esta posição do perito é delicada e deverá ser a mais atenta possível, para evitar erros avaliativos ou mesmo a negligência de alguns comportamentos determinativos para a avaliação do caso.

O exame físico, do indivíduo com lesões auto-infligidas é parte do objectivo das perícias médico-legais. O reconhecimento da lesão auto-infligida é de importante relevo criminalístico para a diferenciação entre acidente, acto suicida e outro tipo de comportamento auto-destrutivo. Na legislação portuguesa estas situações não têm enquadramento legal específico, sendo apenas puníveis no âmbito das denúncias caluniosas.

1.2 – CARACTERIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO DAS LESÕES

O diagnóstico das ofensas simuladas impede subterfúgios e investigações inevitavelmente mal sucedidas, que preocupam a polícia e o Ministério Público.

A principal dificuldade é colocada sobre os aspectos médico-legais e criminalísticos da avaliação do traumatismo físico feito pela própria vítima.

O diagnóstico das lesões auto-infligidas baseia-se em:

1. Características da lesão,
2. Localização
3. Acessibilidade da zona
4. Fisiopatologia e análises

1.2.1 - Características da lesão

A natureza das lesões auto-infligidas produzidas limita-se a um grupo circunscrito de lesões, tais como:

- Cicatrizes antigas, de lesão auto-infligida localizadas no antebraço esquerdo, que representam palavras.



Fig. 1 – Fotografia de cicatrizes

- Escoriações que demonstram lesões auto infligidas em ambas as mão (Fig.2); lesão auto infligida, caracterizada por escoriações efectuadas, ao longo do antebraço direito (Fig.3);



Fig. 2 – Fotografia de escoriações



Fig. 3 – Fotografia de escoriações longitudinais

- Contusões - lesão auto - infligida, caracterizada por lesão contusa, efectuada na flexura do antebraço



Fig. 4 – Fotografia de contusão

- Equimoses - lesão auto - infligida, caracterizada por equimose rosada, efectuada na zona média do pescoço



Fig. 5 – Fotografia de equimose de coloração rosada

- Ulcerações - lesão auto - infligida, caracterizada por zonas ulceradas efectuadas, na zona dorsal posterior



Fig. 6 – Fotografia de ulceração

- Feridas incisivas - lesão auto - infligida, caracterizada por ferida incisiva superficial, no quadrante interno da mama esquerda



Fig. 7 – Fotografia de ferida incisiva

- Feridas inciso-perfurantes - lesão auto - infligida, caracterizada por ferida inciso - perfurante, efectuada na face interna da flexura do antebraço



Fig. 8 – Fotografia de ferida inciso-perfurante

- Queimaduras superficiais - lesão auto - infligida, caracterizada por queimadura superficial da zona palmar da mão direita e zona polpar do 2º dedo da mão esquerda (Fig. 9); queimadura superficial da zona dorsal posterior (Fig. 10)



Fig. 9 – Fotografia de queimaduras superficiais



Fig. 10 – Fotografia de queimadura superficial

- Queimaduras profundas lesão auto - infligida, caracterizada por queimadura profunda, da face interna do halux do pé direito



Fig. 11 – Fotografia de queimadura profunda

- Mordeduras - lesão auto - infligida, caracterizada por mordedura, na zona dorsal (Fig. 12 e 13)



Fig. 12 – Fotografia de mordeduras



Fig. 13 – Fotografia de mordeduras

- Cortes superficiais: regulares, simétricos, múltiplos paralelos, lineares, cruzados e uniformes

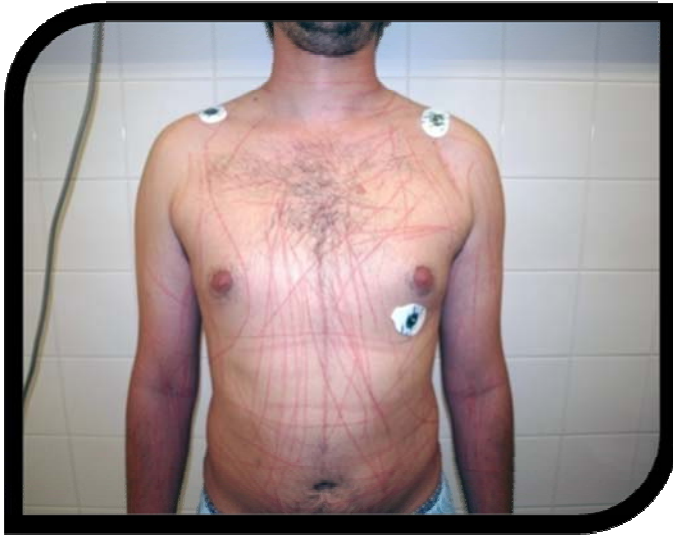


Fig. 14 - Fotografia de cortes regulares, simétricos e paralelos



Fig. 15 – Fotografia de cortes lineares, cruzados e uniformes

- Feridas perfurantes
- Mutilação
- Feridas por arma de fogo

Todas elas possuem características comuns que facilitam o diagnóstico, por isso devem ser valoradas com todo o rigor:

Trata-se de lesões superficiais, múltiplas e paralelas, na sua maioria contudo, podem surgir amputações.

1.2.2- Localização da lesão

Localizam-se em zonas acessíveis ao próprio sujeito. De uma maneira geral, são controladas pelo alcance da visão. Consequentemente, o plano anterior do corpo, face, região frontal e temporal, faces laterais do pescoço, tórax, ombros, braços, dorso das mãos e coxas, constituem as regiões preferidas da posição destas lesões. Evitam-se zonas vitais ou sensíveis, como os olhos, lábios, nariz e orelhas.

1.2.3- Acessibilidade da zona

Embora se localizem em ambos os lados do corpo, predominam, sobre o lado inverso da lateralidade. Para os esquerdinos, sendo esta a mão mais segura para cumprir seu alvo, a maioria das lesões são localizadas à direita, nas face e mãos.

Quando são feitas em regiões curvilíneas, as feridas adaptam-se sem modificar a profundidade.

Em geral as soluções de continuidade corporais não se sobrepõem com as do vestuário.

Não coincidem com ataques praticados por terceiros, porque os indivíduos não estão estáticos, fogem e defendem-se.

Nas feridas provocadas por arma de fogo a direcção é, normalmente de frente para trás e de cima para baixo, direcção que muito dificilmente ocorre nos disparos homicidas.

As regiões mais usadas pelo indivíduo são mãos, braços, pés e, excepcionalmente o tronco. Nunca se verificou que a cabeça fosse uma zona de eleição ou preferida.

1.2.4 - Fisiopatologia e análises

O diagnóstico médico – legal verdadeiro dá-se na incompatibilidade mútua entre as características das lesões que os presentes expõem e a história que o indivíduo relata.

Consequentemente, o perito médico-legal deve pedir que explique ele mesmo, com a precisão possível de como aconteceu o episódio, ou seja, a agressão, nº de socos recebidos, a natureza do instrumento, a atitude respectiva da suposição do ataque e mesmo da vítima. Após o exame meticuloso dos ferimentos, torna-se evidente a impossibilidade que este corresponda à história alegada e, assim, outras fontes de evidência disponíveis devem ser pedidas, como por exemplo, exames complementares.

Com informações iniciais tão limitadas, a evidência física e biológica recolhida da vítima, da cena do crime e do suspeito vai desempenhar um papel fundamental na reconstrução objectiva e científica dos eventos em questão. O abuso sexual é, geralmente, um crime escondido onde as únicas testemunhas são a vítima e o assaltante. Violação é um excelente exemplo do Principio de Locard que afirma: todo o contacto deixa uma pista. Em adição aos cabelos, fibras e escombros que podem ser transportados noutros tipos de crime violento, o violador, normalmente, deixa para trás uma assinatura biológica que pode incluir sangue, saliva e, mais importante, sémen. Esta evidência de sémen é frequentemente uma pedra angular na investigação e continuação do caso. Em qualquer investigação de assalto sexual, há quatro questões principais que as evidências de sémen podem ajudar a responder:

- O contacto sexual ocorreu? Recuperação positiva de qualquer parte dos componentes do sémen na vítima é geralmente considerada prova conclusiva que contacto sexual teve lugar.

- Quando ocorreu o contacto sexual? O intervalo entre a deposição de sémen e a recolha de evidências pode ser estimado, comparando os achados específicos no caso com normas publicadas e os intervalos de máxima recuperação relatada.

- Pode um suspeito específico ser incluído ou excluído, com a potencial fonte de sémen? Perfis genéticos das provas materiais, da vítima e do suspeito podem ser desenvolvidos, usando serologia convencional e ADN.

- Era o contacto sexual consensual ou não consensual? Se a vítima estiver para lá da idade de consentimento, o achado de sémen não vai ajudar.

2. - OBJECTIVOS DA VITIMA

As lesões auto-infligidas, podem dividir-se em três grandes grupos, consoante o objectivo preconizado pelo indivíduo que procura auto infligir-se:

Assim, existem situações compatíveis com o objectivo do indivíduo, que provocam lesões intencionais e que merecem ser referidas.

2.1 - LESÕES PROVOCADAS POR ALTERAÇÕES MENTAIS DO INDIVÍDUO COM PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA.

O comportamento de auto - lesão é, talvez, a forma mais dramática e extrema de perturbação psicopatológica crónica. Envolve todo e qualquer comportamento que leve um indivíduo a provocar danos físicos no seu próprio corpo. Em pacientes neuróticos, o alvo principal de danos corporais é a pele, que pode exibir uma grande variedade de lesões: de coçar, beliscar, espremer, esfregar e morder. As lesões são, tipicamente produzidas pelas unhas das próprias pessoas, instrumentos pontiagudos (em bico) ou superfícies rugosas.

Se as lesões na pele se prolongarem no tempo poderão aparecer pigmentações ou mesmo cicatrizes.

A maioria das escoriações neuróticas são irregulares na sua forma e superficiais, são localizadas em regiões do corpo de fácil acesso, tal como o peito e as zonas laterais da face, braços e coxas, normalmente com preferência no lado não dominante. A coexistência de lesões novas e diferentes níveis de cicatrização incluem, ideias de episódios repetidos de comportamento auto-lesivo. Se os pacientes pretendem ser inconscientes em relação à verdadeira origem dos seus danos na pele, este fenómeno é chamado dermatite factícia.

A sintomatologia misteriosa, tem a intenção de chamar a atenção para o sofrimento do paciente na qual a estrutura da personalidade é caracterizada por forte tensão intra psíquica, agressão inibida, depressão e baixa tolerância á frustração.

O espectro de lesões da pele abrange arranhões, úlceras, queimaduras térmicas e cáusticas (de cigarros ou ácidos), hematomas e muitas outras.

Auto flagelação deve ser sempre considerada quando os sintomas persistem por um longo tempo em vez de terapia adequada.

O síndrome de Munchausen é definido como uma desordem fáctica crónica, com uma sistemática simulação de doença observada em pacientes adultos, que se apresentam eles mesmos a médicos e hospitais com dramáticas, mas falsas, histórias de doença. Ao assumirem o papel de doentes psicologicamente afectados, eles submetem os médicos a utilizarem desnecessários procedimentos, incluindo meios invasivos, dolorosos e até tratamentos perigosos.

As doenças fictícias são tornadas credíveis ao queixarem - se de sintomas tais como: dor abdominal, sangrar de orifícios corporais, mudanças dermatológicas e manifestações neurológicas agudas.

Em contraste, o síndrome Munchausen por procuração é uma rara forma de abuso de crianças na qual o pai ou outro cuidador, usualmente a mãe, traz a criança para uma avaliação e cuidados médicos. O cuidador ou inventa uma história de uma falsa doença, ou realmente, induz uma doença (por envenenamento não acidental, mordeduras e ou danos físicos, asfixia ou lesões psíquicas infligidas em criança). Alguns, mentalmente concedem situações especiais para infligirem nas crianças lesões tais como: bater com a cabeça, e morder o bordo dos lábios com os dentes

Algumas crianças retardadas ou com distúrbios mentais mostram formas especiais de comportamento auto – destrutivo, tais como morder o lábio, bater com a cabeça e ranger os dentes. O comportamento de auto - lesão é, frequentemente, descrito em sujeitos classificados de autistas, esquizofrénicos, oligofrénicos ou com lesões cerebrais. Curiosamente, o comportamento de auto-lesão, particularmente o bater com a cabeça, encontra-se também em crianças normais. Não há, evidentemente, uma causa conclusiva para tais comportamentos, mas há um certo número de hipóteses que merecem ser referidas como:

a) Hipótese de reforço positivo

O comportamento de auto-lesão é aprendido e mantido por reforço social positivo.

Nesta hipótese, assume-se que o comportamento de auto-lesão é aprendido e mantido por reforço social positivo, o qual é fornecido de modo contingente pelo desempenho comportamental. Alguns indivíduos oligofrénicos institucionalizados são tratados pelo processo de aprendizagem controlada num certo período de tempo (Hamilton 1967).

Este processo requer que o acesso a todas as formas de reforço seja suprimido por um prazo fixo e que o reforço seja contingente, dependendo da emissão da resposta. Por exemplo, confinando o sujeito a uma cadeira por um período de tempo, contingente a cada instante do comportamento de auto-lesão. Dado que a cadeira está localizada numa área isolada da casa, o processo, efectivamente, retira toda a oportunidade de reforço por um período fixo. Nestas condições, o comportamento de auto-lesão diminui para níveis negligenciáveis.

A hipótese de reforço positivo recebe um considerável suporte empírico sustentado por estudos que demonstram que o comportamento de auto-lesão pode ser reduzido quando o reforço social é retirado; os níveis do comportamento de auto-lesão podem aumentar quando o reforço positivo é contingente em relação ao comportamento; o comportamento de auto-lesão pode ficar sob o controle dos estímulos na presença dos quais um comportamento de auto-lesão é reforçado positivamente.

b) Hipótese de reforço negativo

Nesta hipótese, assume-se que o comportamento de auto-lesão é mantido pela supressão ou evitamento de um estímulo aversivo após a ocorrência de um acto de auto-lesão. Segundo Edward Carr (1977) existem níveis de comportamento de auto-lesão elevados em situações competitivas (como a situação escolar) e baixos em situações de conversa ou de jogo livre (que não são situações competitivas).

c) Hipótese de auto-estimulação

Esta hipótese sustenta que um certo nível de estimulação, particularmente nas modalidades tácteis, vestibular e cinetésica, é necessário para o organismo e que, quando tal estimulação ocorre a um nível insuficiente, o organismo pode iniciar um comportamento estereotipado, incluindo o comportamento de auto-lesão, como meio de produzir a estimulação sensorial.

Dennis e Najarian (1975) trabalhando com um grupo de órfãos institucionalizados deixados sós nos seus cubículos observaram comportamento de auto-esbofeteamento e atribuíram tal comportamento a “fome de estímulos.” Collins (1965) descreveu o bater com a cabeça num

adulto atrasado mental em situação de contenção e de isolamento. O tratamento consistiu em expor o adulto a um grande número de estímulos sensoriais, sob a forma de jogos, actividades e ao rádio.

d) Hipótese orgânica

A hipótese orgânica pressupõe que o comportamento de auto-lesão seja o produto de um processo psicológico anormal. A síndrome de Lesch-Nyman, é uma forma rara de paralisia cerebral que está ligada ao cromossoma X e que se encontra unicamente nos homens. O síndrome resulta de um erro genético do metabolismo de purina. Mais pertinente para a presente revisão é a observação que o comportamento de auto-lesão faz parte deste síndrome que, invariavelmente, toma a forma de morder a língua, lábios e dedos. Uma outra situação orgânica, de origem possivelmente genética e envolvendo um comportamento de auto-lesão, é o síndrome de Lange. O comportamento de auto-lesão toma a forma de arranhar-se, morder os lábios, os dedos, os ombros e os joelhos.

e) Hipótese psicodinâmica

Nesta hipótese, o comportamento de auto-lesão é uma tentativa de estabelecer os limites do ego ou de reduzir a culpa. Algumas teorias sugerem que alguns indivíduos têm dificuldade em distinguir o seu “self” do mundo exterior, e o comportamento de auto-lesão tem origem na tentativa de estabelecer “ a realidade corporal” ou de traçar os limites do seu ego. Doentes psicóticos, podem ser capazes de se auto – flagelar, de uma maneira bizarra, dolorosa e, normalmente, de forma inconsciente com o critério delineado para auto - flagelação. Além do mais, há relatórios literários médico legais de auto amputação (dedos, pés, pénis, escroto), mas também enucleação de um olho e até a separação da língua.

Crowther, Gross e Heiser (1979), num estudo pormenorizado realizado na Califórnia, tinham afirmado que, enquanto o acto de auto-enucleação é raro, o infligir danos nos olhos é mais comum.

A enucleação e lesão nos olhos encontra-se em muitos trabalhos mitológicos ou literários. Na peça de Sofocles, Édipo cega-se a si próprio e o tema é ilustrado pelo Deus teutónico Wotan. No seu trabalho sobre o simbolismo do olho, Ferenczy interpreta o cegar-se como uma castração. Postula que a equivalência dos órgãos genitais com os olhos, originalmente, aparece com uma forma de jogo.

Menninger sugere que a actual enucleação é um suicídio “focal” que tem as suas raízes nos primeiros meses de desenvolvimento, quando se dá o começo da individuação.

Green refere que a auto - mutilação pode estar relacionada com os abusos físicos dos pais durante os primeiros dois anos de vida, os quais se passaram numa atmosfera de rejeição ou de privação de estímulos. Roy (1978) que estudou auto - mutiladores verificou que estes eram significativamente mais introvertidos, mais neuróticos e hostis. Referiam excessivos castigos físicos na infância, fantasias sadomasoquistas e mais tentativas de suicídio.

2.2 - LESÕES PROVOCADAS POR INDIVÍDUO NA PERSPECTIVA DE OBTENÇÃO DE LUCRO, FRAUDE DE SEGUROS

Nesta categoria do comportamento auto-infligido, um acidente é simulado numa tentativa fraudulenta de obter uma compensação de uma companhia de seguros. Geralmente, os resultados dos danos deliberadamente auto infligidos resultam na mutilação, isto é, uma perda substancial de um segmento periférico do corpo. Na maior parte das vezes, situam-se nos dedos da mão, são típicas, o polegar ou indicador (este é amputado proximalmente em ângulo recto em relação ao seu eixo), contrariamente às situações não intencionais, em que é normalmente acompanhado de lesões nos dedos adjacentes. Nos acidentes, a amputação é habitualmente distal e parcial, obliquamente em relação ao eixo do dedo.

Os instrumentos usados para a mutilação compreendem ferramentas de corte afiado e penetrante, tais como: eixos, machado, facas de carne, máquinas de corte, vários tipos de serras eléctricas e, menos frequentemente, objectos sem corte tais como prensas ou as correias transporte.

Em acidentes autênticos, a amputação é, frequentemente, distal e incompleta: fazendo exame do percurso do corte, este é em ângulo oblíquo à linha central do dedo. O mesmo é verdadeiro para acidente com serras de podar ou com máquinas de prensa. Em casos típicos, o polegar ou dedo indicador é cortado completamente num ângulo recto com o seu eixo, resultando numa amputação proximal isolada do dedo. Em contraste, rotura involuntária do dedo indicador é geralmente, caracterizada por acompanhar lesões para os dedos adjacentes. Em acidentes autênticos, a amputação é normalmente distal e incompleta, tomando o seu curso num ângulo oblíquo em relação ao dedo indicador. O mesmo é verdade para acidentes com serras potentes ou fresadoras.

Tem sido justamente sublinhado que em lesões de dedos devido a pancadas de machados uma amputação completa é esperada, apenas se o dedo aleijado estiver deitado numa base sólida servindo como suporte. Uma amputação proximal e completa do dedo indicador sem lesões concomitantes dos dedos vizinhos sugere uma assim chamada “posição de execução”, o que é extremamente suspeito de auto - mutilação intencional. Nos últimos anos, um número considerável de físicos, a maioria sendo homens com mais de 40 anos de idade que trabalharam no campo cirúrgico, têm estado empenhados em defraudar as companhias de seguro por corte deliberado de um dedo, principalmente o dedo indicador da mão não dominante.

A prova de auto-flagelação intencional em casos de mutilação, foi dita, é uma das mais difíceis tarefas na medicina clínica forense. Aparte dos aspectos médicos, algumas indicações circunstanciais podem apontar para a possível tentativa de fraude de seguros: uma política de seguros para quantias inadequadamente altas reclamadas antes de a lesão acontecer, uma multiplicidade de contractos privados de seguros de acidentes, sério endividamento da vítima, a falta de testemunhas, um inexplicável desaparecimento da parcela amputada, uma limpeza imediata da cena e a remoção dos vestígios biológicos.

. Alguns peritos têm também levado a cabo experiência de simulações para reconstruir o alegado mecanismo do acidente, que então se tornou ou não, consistente com a lesão em questão.

Alguns relatórios foram publicados relatando casos de funcionários ligados a profissões médicas que aplicam um anestésico local antes de se infligirem ou de se auto-mutilarem. A presença de várias tentativas junto ao corte da amputação pode ser uma indicação morfológica positiva de lesão auto-infligida. Recomenda-se que a investigação do perito deve primeiramente focalizar os registos médicos que dizem respeito às lesões (fotografias, relatórios cirúrgicos, radiografias, exame físico), e um relato do acidente alegado como descrito e demonstrado pela vítima. Além das circunstâncias externas da cena, as propriedades mecânicas da ferramenta em causa, a distribuição das lesões e outras fontes de evidência disponíveis, bem assim como exames complementares, devem ser partes de evidência a ter em consideração no relatório pericial final.

2.3 - LESÕES PROVOCADAS POR INDIVÍDUO QUE SIMULA A AGRESSÃO PARA INCRIMINAR ALGUÉM OU PARA CHAMAR A ATENÇÃO SOBRE SI PRÓPRIO

2.3.1- Simulação de Ofensas Criminosas

Este grupo inclui lesões auto-infligidas de indivíduos que se dizem vítimas de assalto. As lesões corporais são, portanto, utilizados como alegada prova de uma ofensa. A história dramática, contada pelo informador, é, muitas vezes, um óbvio contraste com um corpo cheio de feridas e uma pobre severidade das lesões, pelo que estas não sugerem um confronto real com a dinâmica de uma luta. De acordo com a literatura, mais de 20% das ofensas sexuais reportadas pela polícia são falsas. Em alegações falsas de um rapto, o informante, frequentemente, aleija-se a ele mesmo de maneira a suportar a sua história. Mulheres e raparigas que, falsamente, aleguem ter sido raptadas, normalmente, vivem numa situação problemática ou em conflito com os pais. A primeira intenção da alegada vítima, é, principalmente, desviar a atenção, carinho ou afeição, mas há também alguns informantes que acusam uma pessoa em particular de a ter violado, por motivos de ódio ou vingança. Normalmente, as lesões auto-infligidas são causadas com a ajuda de ferramentas pontiagudas ou/e cortantes tal como facas, lâminas de barbear, tesouras e vidro partido. As feridas resultantes são de uma natureza trivial, constituindo-se, principalmente em cortes superficiais e abrasões lineares. Em casos típicos, há uma multiplicidade de lesões iguais que são estritamente uniformes, muitas vezes orientadas na mesma direcção ou de uma maneira cruzada (os cortes evitam especialmente áreas como os olhos, lábios, mamilos e genitais). Estas são, principalmente, localizadas na área central do corpo, na cara, no pescoço, braços, mãos e, às vezes nos membros inferiores. Apesar de tudo, lesões auto-infligidas, podem também ser encontradas na parte de trás do corpo, desde que seja acessível para a mão da alegada vítima ou, então, se as lesões tiverem sido feitas com a ajuda de outra pessoa. Frequentemente, as roupas não estão danificadas ou o estrago não corresponde às lesões da pele. Algumas mulheres que reclamam assalto sexual infligem lesões bruscas na pele delas mesmas: por exemplo, escoriações lineares produzidas por coçar com as próprias unhas ou por esfregar a pele contra superfícies rugosas. Em casos raros, achados atípicos tal como

contusões ou cortes singulares tem sido observados. Por haver alguns estudos clínicos acerca de auto-cortes depois de violações, os peritos forenses têm de estar atentos a comportamentos auto destrutivos pouco comuns, mesmo em vítimas reais com stress pós-traumático.

2.3.1 - Simulação de Doenças entre Prisioneiros e soldados

O comportamento auto - agressivo é um problema bem conhecido na custódia policial e instituições penais. Pode haver diferentes razões para um prisioneiro infligir lesões em si próprio: falsas alegações de ter sido mal tratado pela polícia, pelo guarda ou outros presos; o desejo de ser transferido para um hospital com vigilância menos severa e hipóteses de fuga mais elevadas; como uma correlação da baixa tolerância ao stress pelo prisioneiro. Métodos comuns de auto mutilação sob detenção são; cortar-se a si próprio com instrumentos afiados (por exemplo um pedaço de vidro, uma lâmina de barbear ou um ferro), engolir objectos estranhos e certas formas de simulação de doença (provocação voluntária, agravamento ou protação de doença por meios artificiais). Auto-flagelação na prisão cobre um amplo continuum entre tatuagem amadora e flagelação de outras lesões da pele ou mesmo a tentativa de suicídio, com risco de vida. Durante a guerra e mesmo em tempo de paz, soldados podem fabricar lesões “acidentais” de forma a evitar serem chamados para a linha da frente de combate ou nas forças armadas geralmente. A lesão induzida deliberadamente, é planeada para tornar o soldado incapacitado para o serviço militar (por exemplo por causa de traumatismos devido a tiros ou cortes de dedos). Outra forma de se evadir do serviço é a simulação de doença. Visa parecer estar doente fingindo uma doença fisiológica ou psiquiátrica, por exemplo: o soldado “vitima” tenta começar por ser hospitalizado ou expulso. Fingir-se doente compreende a simulação de uma doença não existente e o exagero prolongado de uma doença existente. Estes indivíduos são classificados como não sendo psiquiatricamente doentes.

3 - LESÕES AUTO-INFLIGIDAS LETAIS

As lesões auto-infligidas letais são, na maioria das vezes, devido à força, à toxicidade do monóxido de carbono, overdose, tiro, corte ou punhaladas, afogamento, asfixia, trauma relacionado com acidentes, precipitação, electrocussão, ou queimaduras.

Estas lesões auto-infligidas letais são denominadas por suicídio. O suicídio representa uma proporção substancial de mortes não naturais, sendo responsável por mais mortes do que acidentes de trânsito e homicídios em muitas comunidades.

As tentativas de interpretar o comportamento auto-infligido são, assim, o de compreender os modelos psicológicos. Estes comportamentos são frequentemente pessoais, não cabendo na patologização dos modelos de comportamento e podem parecer incompreensíveis aos outros.

3.1 - SUICÍDIO

Suicídio, do latim *sui* (próprio) e *caedere* (matar), é um acto que consiste em pôr fim, intencionalmente, à própria vida.

Define-se suicídio como a atitude individual, de livre arbítrio, de extinguir a própria vida por acto deliberado, podendo ser causada entre outros factores por um elevado grau de desespero e sofrimento, geralmente de nível emocional, sentimental, mas também poderá ser causado por motivos económicos entre outros. O caso de Getúlio Vargas, político brasileiro, que "deixou a vida para entrar para a História", ilustra que outros factores podem ter origem na depressão nervosa, como do poeta português Antero de Quental ou o desespero perante uma doença grave, como do romancista Norte-americano Ernest Hemingway, sendo portanto, acto deliberado e consciente, com vista a limar a honra, ou a sair de situações desesperantes de grande sofrimento. Quando se comprova não ser deliberado, torna-se difícil de identificar o motivo da morte, ao nível da Medicina e do médico legista (aquele médico que também é criminalista), que tanto pode ser verdadeiro como ter a sua origem em algum transtorno

psiquiátrico como a psicose aguda (quando o indivíduo sai da realidade, porém não o percebe), a depressão delirante ou outro transtorno afectivo. Esses casos não são tratados como suicídio e sim como morte por doença mental ou morte por transtorno mental, ou simplesmente, morte por doença. Em todos os casos, a atitude é necessária e, esta forma de expressão tão extrema é consideravelmente potencializada se houver uso continuado de drogas e de bebidas alcoólicas, (deixa-se o quadro de suicídio e entra-se no quadro médico). O suicida pode, ou não, deixar uma nota de suicídio escrita, podendo ser gravada ou expressa a amigos, noivas, namoradas, e outros alvos dessa medida extrema. No plano religioso, costuma-se perdoar quando o suicida somente tinha esse caminho.

Um amplo espectro da sociedade trata o assunto sob o véu do tabu, ou seja, um tema sobre o qual devem-se evitar maiores aprofundamentos teóricos ou acaloradas discussões. No entanto, o suicídio pode ser considerado um problema de saúde pública. Em países desenvolvidos onde a estatística é utilizada como ferramenta no auxílio de melhor visualização da realidade social, como nos Estados Unidos, o suicídio já não é considerado como um mero acto que põe fim à vida. São elevados os índices de mortes por "suicídio (modernamente tratado como doente a cargo e responsabilidade da medicina, mais precisamente do terapeuta ou estudante e/ou analista da Psicologia) " são muito maiores os números referentes às tentativas infrutíferas, por actos impensados, o que não se caracteriza mais como suicídio, mas como psicose.

As reacções ao suicídio, variam de cultura para cultura, mas está sempre ligado a questões da honra. O acto é considerado um pecado, quando fútil, em muitas religiões, e um crime em algumas legislações, quando "fabricado". As pessoas que cometem o suicídio, com sucesso ou sem ele (quando não é de facto considerado como suicídio), deixam, geralmente, um bilhete para explicar e justificar tal acto, pedindo perdão a Deus, pois têm consciência do seu pecado e acreditam na sua santa misericórdia; o que comprova que o suicídio é, de uma maneira geral, um acto muito bem premeditado e minuciosamente planeado. As suas causas psíquicas ainda permanecem desconhecidas, mas estão associados, principalmente, a quadros depressivos e que descaracterizam o acto.

Há uma frase célebre sobre o tema do escritor Albert Camus: "O suicídio é a grande questão filosófica de nosso tempo, decidir se a vida merece ou não ser vivida é responder a uma pergunta fundamental da filosofia"

Pesquisadores de suicídio têm tentado, durante meio século, encontrar termos satisfatórios para a gama de comportamentos suicidas. Dentro desta panóplia de comportamentos, existem termos utilizados vulgarmente, e a sua utilização varia consideravelmente entre países.

Alguns são a favor da designação “tentativa de suicídio” como um termo guarda-chuva que reconhece o elevado risco de suicídio em pessoas que se automutilam, embora o rótulo não seja muito preciso. Este termo é de uso comum na América do Norte, como é “auto-mutilação deliberada” para indicar danos corporais sem intenções suicidas. Mas “deliberada auto-mutilação”, tal como tem sido utilizado no Reino Unido e “para - suicídio”, utilizada na Organização Mundial de Saúde, estudo Europeu sobre para suicídio, inclui todos os métodos de suicídio, evita atribuir intenções e não implica ausência de intenção. Primeiro, descrição dos comportamentos e clarificação de intenção, depois é, provavelmente, mais realista do que tentar rotular comportamentos sem fundamentação. Esta abordagem espelha a maneira pela qual os clínicos tendem a referir-se à auto-mutilação.

Para-suicídio pode assumir muitas formas: os casos que envolvem envenenamento por drogas, geralmente com analgésicos ou medicação psicotrópica, o uso de pesticidas e outros produtos agro tóxicos, auto-intoxicação com álcool, ou mesmo envenenamento com outras substâncias, enforcamento, inalação por gás, afogamento, punhalada, tiro, precipitação, e projecção na frente de um objecto em movimento. A combinação de métodos é, assim, usada numa minoria de casos.

3.2 - TENTATIVA DE SUICÍDIO

Uma tentativa de suicídio é uma acção feita com uma intenção declarada de arriscar a própria vida. Um indivíduo que, em desespero, dá a aparência de desejar cometer suicídio, mas a quem falta a coragem para o fazer, faz um “choro de ajuda” ou um “gesto suicida”. Os métodos da tentativa de suicídio incluem o espectro inteiro de: intoxicação, trauma psíquico, aplicação de drogas por overdose, cortes e esfaqueamentos, saltos de alturas ou para a frente de um veículo em movimento, lesões devido a tiro de carabina, electrocussão, asfixia não fatal, queimaduras e saltar para a água. Cortes suicidas são maioritariamente infligidos por meio de facas, lâminas de barbear e outros instrumentos de ponta afiada. As superfícies flexoras do antebraço distal, a região cubital e a frente do pescoço estão nos “sítios de

referência”. A presença de cicatrizes lineares pode sugerir tentativas anteriores. Incisões suicidas são tipicamente, múltiplas, paralelas e em grupos. Os cortes superficiais, em particular, reflectem a hesitação ou a natureza da tentativa das lesões. Em muitas tentativas de suicídio o individuo abandona o método de cortar os punhos e/ou a garganta depois de algumas incisões experimentais e vira-se para outro tipo de auto destruição que se espera ser mais eficaz. Em cortes de suicídio do pulso, as artérias radial e ulnar apenas são danificadas em raros casos. O pulso esquerdo é o alvo mais comum das pessoas dexas, mas cerca de metade dos suicidas cortam ambos os pulsos. Nos cortes suicidas da garganta, a incisão passa, quer obliquamente através da frente da garganta (por exemplo começar alto na esquerda e descer para um nível mais baixo na direita) quer horizontalmente. Mais uma vez, numerosas tentativas de cortes são guardadas como uma pista para auto flagelação. O apunhalamento suicida é menos frequente que o corte e, normalmente, confinado à região pré cordial e/ou pescoço. Em ambas as localizações os modelos “clássicos” são caracterizados por facadas agrupadas sem danos concomitantes das roupas vestidas. As “rachas” das feridas na pele são muitas vezes paralelas sem que a ponta final (produzido pela ponta cortante da lamina) esteja no mesmo lado. Similar com cortes suicidas, a existência de múltiplas tentativas de facadas é aceite como uma marca de auto flagelação.

CAPITULO III – TATUAGENS E A PERÍCIA MEDICO LEGAL

1. A FISIOPATOLOGIA DAS TATUAGENS

Só algum tempo depois de ter sido feita é que , a tatuagem melhora de aspecto, devido à presença do pigmento na epiderme, bem como na derme. A reacção vergão-flamejar irá ocorrer. Dentro de um dia, há uma queimadura como resposta. Não aparecem bolhas, devido à punção da epiderme pelas agulhas, no entanto, a epiderme é destruída e a regeneração ocorre a partir da epiderme basal. Nos dias, seguintes uma escara da epiderme ocorre, muitas vezes em pequenos flocos que podem fazer o desenho indistinto. No entanto, as cores são vibrantes, geralmente, nesta fase inicial. A insensibilidade será aparente, de cerca de 5-7 dias, com eritema ao redor do rebordo da superfície e finas crostas de exsudado na superfície ao longo das punções da agulha. Após cerca de dez a catorze dias, o processo de cicatrização subsiste. A restauração da camada epidérmica, leva cerca de duas semanas e provoca uma ligeira perda de cor e de clareza da primeira tatuagem. O pigmento granular persiste na derme onde são fagocitadas por macrófagos ao longo do tempo, resultando numa progressiva atenuação e desvanecimento da tatuagem ao longo das décadas.

2. - SIGNIFICADO MÉDICO-LEGAL

No passado, uma tatuagem era um símbolo do compromisso de um grupo, de força, ou de ter passado um evento significativo na vida. Agora, as tatuagens são, principalmente, adotadas como uma decoração corporal e como meio de auto-expressão. O mundo das tatuagens foi inventado pelo Capitão Cook, por volta de 1770s, com base na palavra polinésia “tattaw” para descrever a prática de decoração permanente que exige um pigmento implantado na derme da pele. Normalmente, o tatuador aplicará um estêncil para a pele e as áreas a serem coloridas serem preenchidas, (utilizado uma máquina que empurra a tinta na derme com agulha /s) que vibram para cima e para baixo muitas vezes num segundo. As tatuagens podem ser divididas em: plana, tradicional, e linha fina.

2.1 - TATUAGENS PLANAS

Tatuagens tribais são exemplos de tatuagens planas. Essas tatuagens carecem de falta de pormenor. Elas incluem a decoração facial dos Maoris (Moko), ou as tatuagens Pe’s dos Samoanos, que são distribuídos a partir da cintura para um pouco abaixo dos joelhos. O estilo celta que pode incluir desenhos intrincados de linhas denominado knotwork.

2.2 - TATUAGENS TRADICIONAIS

As tradicionais são as mais elaboradas, assim como as neo tradicionais. Tatuagens de estilo surgiram na sociedade ocidental, em finais do século XIX. Essas tatuagens incluem representação estilizada em contornos grossos e sólidos blocos de cor. Os desenhos,

normalmente, incorporam; punhais, corações, panteras, e outros símbolos que, tradicionalmente, têm significado intrínseco. Por exemplo, uma pantera simboliza poder, espiritual e sexual; um esqueleto representa a vida após a morte; uma teia de aranha, a morte de alguém; o tigre está associado com a raiva e a crueldade. No entanto, é improvável que muitos que usam tatuagens tenham tido um pensamento subjacente ao significado do desenho escolhido. Variações sobre os temas dos desenhos tradicionais ou neo - tradicionais podem incorporar características anatômicas ou tentativas de criar ilusões, como criaturas emergentes a partir de dentro do corpo.

2.3 - TATUAGENS DE LINHA FINA

As tatuagens de linha fina podem incluir imagens detalhadas, incluindo retratos. Uma outra categoria é a de amadores, utilizadas na cadeia, ou também chamada, tatuagem conjunta (também referida como preto e cinza), que foi desenvolvida pelos presos para fazer tatuagens à mão, utilizando tinta, cinzas ou outros pigmentos disponíveis. Essas tatuagens são caracterizadas por serem simplista e monocromáticas. É comum a tentativa de humor.

2.4 - DESCRIVER TATUAGENS

No exame externo do corpo, na autópsia, as tatuagens devem ser registradas, dependendo da natureza do caso. Estas podem variar desde, constatar-se a presença de uma tatuagem sobre uma localização anatômica como o antebraço, à descrição pormenorizada para efeitos de identificação.

Uma descrição detalhada deve observar com precisão a localização anatômica, o estilo ou tipo (céltica, tradicional, amador, multa de linha) e os componentes principais (caveiras, fantasmas, pássaros, figuras), com as suas características, relação física de uns com os outros. O observador deve, igualmente, registrar todas as informações escritas, tais como nomes ou datas.

Finalmente, qualquer significado das tatuagens deve ser registado fotograficamente.

2.5 - CLASSIFICAÇÃO E ASPECTOS MÉDICOS DAS TATUAGENS

As tatuagens podem também ser classificadas como: não permanentes e permanentes.

2.5.1 - Tatuagens não permanentes

Tatuagens não permanentes incluem selos de tinta, transferências e tatuagens hena. Nenhuma destas são susceptíveis de ter importância forense. No entanto, as reacções cutâneas podem ocorrer e a aplicação de hena para a pele tem o potencial de causar hemólise com risco de vida em lactentes com glicose- 6- fosfato deficiência degenerativa.

2.5.2 - Tatuagens permanentes

Tatuagens permanentes, podem ser: **não intencionais** e intencionais.

Tatuagens permanentes **não intencionais** incluem aquelas relacionadas com o trabalho, como por exemplo as relacionadas com a extracção de carvão ou de trabalho com metais. A tatuagem amálgama pode ser vista como resultante de trabalhos dentários e pode mesmo ser utilizada posteriormente na edêntulos de identificação por comparação radiográfica. Tatuagem com poeira, pode ser vista se é uma abrasão de uma superfície e é inadequadamente debride, por exemplo, se um motorista sustenta feridas como resultado de serem lançados ao longo de uma estrada.

Tatuagem de pólvora pode ser visto, em lesões de disparo à queima-roupa e pode ser utilizada para auxiliar como estimativa de intervalo e/ ou ângulo de fogo.

Tatuagens permanentes **intencionais** podem ser de relevância forense numa série de situações. A identificação pode ser alcançada através de tatuagens, particularmente se elas tiverem características únicas. Mesmo em ensombramento, em corpos decompostos, as tatuagens podem ser reveladas através de remoção da epiderme. No entanto, isto pode ser

dificultado pela tendência das tatuagens de se sujarem e desbotarem com o tempo, (em idosos isso pode resultar em falta de clareza de detalhes como nomes ou datas que poderiam ter sido incluídos na tatuagem).

Ocasionalmente, tatuagens podem ser utilizadas para alterar aparências. Elas podem esconder cicatrizes ou podem ser usadas nas operações de reconstrução. Aparências podem ser modificadas cosmeticamente, usando tatuagens em torno dos lábios ou sobrancelhas.

As tatuagens podem ser indicativas de cultura ou vida, menção foi feita acima da característica de grupos raciais e tatuagens associadas à prisão. Os membros dos serviços, tais como a marinha militar podem ostentar tatuagens. Os membros de um gang podem usar uma tatuagem de fidelidade e simbolismo para indicar nacionalidade ou outros aspectos relevantes para o seu grupo em particular.

Consumidores ilícitos de droga podem ter tatuagens que os identificam como pertencentes a um grupo particular ou podem usar tatuagens para obscurecer sítios para injectar. Além do risco de doenças devido ao estilo de vida indicado por algumas formas de tatuagens, as próprias tatuagens tem um risco de infecção sanguínea, tal como a hepatite.

CAPITULO IV - PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA E DISTÚRBIOS DEGENERATIVOS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

1 - PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA

1.1 DEPRESSÃO

O nome de medicina psicológica ou psicologia médica (ZILBOORG, 1968), usado por autores antigos, indica uma das características da psiquiatria: aborda sempre pessoas enfermas nos aspectos psíquicos, sejam eles de causa psicológica ou orgânica. Nos séculos XVIII e XIX, a psiquiatria associou-se à disciplina de Neurologia e a cátedra de Neuropsiquiatria era destinada ao estudo de doentes com disfunções neurológicas e nervosas. Além disso, a psiquiatria também foi equiparada por alguns autores à medicina filosófica. O filósofo Kant advogava para as faculdades de filosofia o direito de determinar se uma pessoa havia ou não perdido a razão (LOUZA NETO, et al.)

Ainda segundo este autor, o campo de actuação é vasto, talvez por lidar com o homem como um todo, compreendendo os seus aspectos biológico e psicológico.

O termo depressão descreve uma série de comportamentos complexos e tem sido empregado para designar tanto um estado afectivo normal (tristeza e isolamento social), quanto um sintoma, um síndrome ou varias doenças (COHEN, et al 2002).

É importante diferenciar o sentimento de tristeza, ideia de suicídio ou qualquer outro sintoma isolado, mas o conjunto de sintomas relacionados confere importância desmesurada a uma

dada situação. Ou ainda o aparecimento desses sintomas de forma repetida e ou sem nenhuma causa aparente (OLIVEIRA, 2000).

Assim, há autores como: Klein, WONDERLICH e Shea (1993) que referem que a noção de perturbação depressiva da personalidade ou de personalidade depressiva representa a encruzilhada entre a depressão e a personalidade porque os dois conceitos se fundem num só. O humor depressivo e as outras características são apresentadas como traços de personalidade crónicos e estáveis, ou seja, há uma estrutura de carácter depressivo.

Diversas descrições teóricas, a maioria proveniente dos autores psicodinâmicos, mais recentemente da escola cognitivista, bem como do modelo médico, parecem apoiar o construto de perturbação depressiva da personalidade ou de personalidade depressiva, sendo que a maior parte dos dados sugere que é uma entidade diagnóstica válida (Huprich, 1998).

Mas muita da literatura que descreve a personalidade depressiva pode ser encontrada nos escritos dos psicanalistas (Huprich, 1998). Na escola psicanalítica, ao contrário dos clássicos da psiquiatria alemã, não tentaram tanto delimitar categorias ou tipos de personalidade depressiva, mas antes definir traços da personalidade pré-mórbidos que, supostamente, aumentariam o risco para a depressão (Baby, Ryder e Schuller, 2003;Ryder e tal., 2002).

Muitas teorias psicanalíticas focalizaram-se na dependência/oralidade e na obsessividade/analidade, tendo também sido dada alguma importância à baixa auto-estima, desamparo, culpa, dependência, incapacidade de amar, hiper-criticismo, auto-depreciação, desesperança, vazio e hipocondria (Baby e tal., 2003;Ryder e tal., 2002).

A perturbação depressiva - masoquista da personalidade apresenta três conjuntos de características fundamentais segundo Kernberg (1988). Um conjunto de características que reflectem um super-eu severo, características que reflectem uma forte dependência do suporte, amor e aceitação por parte dos outros e características que reflectem dificuldades em expressar a agressividade.

Para Simons (1987), as duas perturbações, depressiva e masoquista, seriam distintas. Os pacientes com perturbação masoquista provocam, inconscientemente, os outros para serem conseqüentemente mal tratados, pelo que o seu conflito interno se projecta no mundo externo.

Ao contrário, nos pacientes com perturbação depressiva, o conflito é interno, o que conduz à auto-punição, na ausência de uma retaliação do outro.

Coimbra de Matos (2001) considera que a personalidade depressiva e a depressão ou estado depressivo constituem, no seu conjunto, a doença depressiva. A personalidade depressiva (conjunto de traços de carácter), também designada de depressão latente ou larvar, disposição depressiva ou tendência depressiva, seria uma estrutura mental mais ou menos estável, um tipo de funcionamento psíquico preponderante. Esta personalidade depressiva é composta por traços egossintónicos em que sobressaem o humor depressivo e a irritabilidade, seria o substrato de onde surgem episódios depressivos com sintomas egodistónicos de desânimo, tristeza, inferioridade e culpa.

Apesar da personalidade depressiva ter sido descrita, consistentemente, por investigadores e clínicos, quer da escola fenomenológica alemã, quer da escola psicanalítica, desde o início do século XX e, apesar do reconhecimento pela psiquiatria europeia do constructo e consequentemente inclusão na CDI-9 e da sua utilização pelos clínicos americanos (Philips e tal., 1990), a introdução do diagnóstico da correspondente perturbação da personalidade no DSM só teve lugar recentemente e apenas no anexo B da quarta edição (Bagby e tal., 2003).

Os critérios de diagnóstico do DSM – IV são: um padrão global de cognições e comportamentos depressivos com início no princípio da idade adulta e presente numa grande variedade de contextos, como indicado por cinco ou mais dos seguintes: a concepção que o sujeito tem de si próprio centra-se principalmente em sentimentos de inadequação, inutilidade e baixa auto-estima; critica-se, acusa-se ou auto-desclassifica-se; é dado a preocupações; é negativista, crítico e preconceituoso em relação aos outros; é pessimista; tende a sentir-se culpado ou com remorsos.

Não ocorre exclusivamente durante episódios depressivos major e não é mais bem explicada por uma perturbação distímica (APA, 2000/2002).

Também Widiger e Shea (1991) afirmam que no DSM existem distinções arbitrárias entre as perturbações do eixo I e do eixo II, como, por exemplo, entre as perturbações do humor e a

perturbação borderline da personalidade, entre a esquizofrenia e a perturbação esquizótipica e entre a fobia social e a perturbação evitante da personalidade.

A depressão tem grande importância como problema de saúde pública, visto que as limitações impostas por ela, o sofrimento que acarreta e seu custo social são elevados.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que, em 1990, a depressão maior unipolar foi a principal causa de “anos vividos com incapacitação” em países desenvolvidos e estima que em 2020 será também a maior causa entre mulheres e em países em desenvolvimento.

No diagnóstico da depressão tem-se em conta sintomas psíquicos, fisiológicos e comportamentais e deve ser classificada da seguinte forma:

- Transtorno depressivo major: período mínimo de duas semanas em que se apresenta humor depressivo, diminuição da capacidade de sentir prazer, além de alterações fisiológicas (sono e apetite) e comportamentais (retardo psicomotor e ideação suicida). Compreende a depressão melancólica, a atípica e a catatónica.
- Transtorno depressivo menor: não preenche o critério de depressão maior, porém apresenta um humor deprimido de prazer por, pelo menos, duas semanas.
- Transtorno bipolar: apresenta como característica essencial episódios maníacos e depressivos de uma forma alterada.
- Distímia: pelo menos dois anos de humor deprimido, na maior parte do tempo acompanhado de sintomas depressivos adicionais, mas que, no entanto, não se encaixam na depressão maior.
- Depressão secundária: estado depressivo acompanhado de doenças endócrinas, infecciosas, reumatológicas, nutricionais, neurológicas e neoplásicas.

A intervenção, nos casos leves e moderados, dá prioridade às abordagens psicoterápicas cognitivas e de apoio, além de suporte psicossocial. Em casos graves, recomenda-se o uso de anti-depressivos.

O DSM – IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª edição), exige a presença de ao menos cinco dos nove sintomas mostrados a seguir, incluindo ao menos um

dos dois primeiros durante um período de, no mínimo, duas semanas; os sintomas estão presentes praticamente todos os dias: humor deprimido, diminuição do interesse ou do prazer, alterações significativas do peso corporal sem dieta, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou diminuição da energia, sentimentos de menos valia ou culpa externa, capacidade reduzida de pensar ou de se concentrar e ideação suicida.

A depressão é caracterizada por lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e ou irritável (associado a ansiedade e angustia), redução da energia (desânimo, cansaço fácil), incapacidade parcial ou total de sentir alegria e ou prazer (anedonia), desinteresse, lentificação, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e pensamentos negativo, com perda de capacidade para planejar o futuro e alteração do juízo de realidade.

A capacidade de crítica do estado mórbido pode ou não estar preservada. Gravidade e frequência dos sintomas variam muito de um deprimido para outro, podendo ser intermitentes ou predominar lentidão física e mental com inibição e ansiedade, ou ainda intensa agitação psicomotora ou estupor depressivo, com alucinações, ideias delirantes e ou obnubilação da consciência (MORENO, R.A., et al).

Os sistemas “oficiais” de classificação das doenças têm vindo a considerar que a depressão e a ansiedade são duas entidades clínicas separadas. Esta postura tem sido intensamente defendida por alguns autores (Akiskal, 1985; Cox e tal., 1993) ou intensamente rejeitada por outros (Feldman, 1993; Hodges, 1990), os quais defendem que aquelas perturbações não representam mais do que uma dimensão de base de uma única perturbação ou então que, no seu conjunto, formam uma classe geral de perturbações do humor.

Mesmo a consideração sintomatológica, quando transferida para os critérios de diagnóstico, torna-se numa posição frágil, dado existir um número substancial de doentes que preenchem os critérios para um diagnóstico de perturbação depressiva tão facilmente como para um diagnóstico de perturbação ansiosa. Mesmo que, segundo esta óptica puramente sintomatológica, os sintomas mais comuns em cada uma das perturbações sejam, por si só, insuficientes para estabelecerem a noção que os dois tipos de perturbações são diferentes

manifestações da mesma entidade clínica, isso não invalida, como defende Montgomery (1990) que, em conjunto com outras provas, se tornem cada vez mais convincentes.

1.2 - ANSIEDADE

A perturbação de ansiedade define-se como preocupação e uma tensão excessivas, na maior parte dos dias, durante pelo menos seis meses, conjuntamente com os seguintes sintomas e sinais: acréscimo da tensão motora (fatigar-se rapidamente, tremores, desassossego, tensão muscular); hiperactividade autonómica (falta de fôlego, rápida frequência cardíaca, boca seca, mãos frias e tonturas), mas sem crises de pânico; e um maior estado de vigilância e de observação (sentir-se encurralado, assustar-se facilmente, ter dificuldades em se concentrar).

1.3 - DOENÇA MANÍACO- DEPRESSIVA

A doença maníaco-depressiva, também conhecida por perturbação bipolar, pode muitas vezes apresentar formas atípicas, formas que podem levar o médico a fazer um diagnóstico errado, o que terá sérias implicações no tratamento e prognóstico.

A doença bipolar é uma perturbação do humor. A perturbação bipolar é considerada uma doença altamente recorrente com mau prognóstico (Anger e Sallero, 2000). Vários autores alertam para o facto de que a marca da doença é a variabilidade, havendo grandes diferenças individuais na gravidade, duração dos sintomas, evolução, número de episódios, resposta ao tratamento e prognóstico.

O curso clínico da perturbação bipolar é caracterizado por episódios recorrentes de mania e depressão. A duração e frequência dos episódios são variáveis. Os episódios maníacos são descritos como períodos bem delimitados de humor anormal persistentemente elevado ou irritável, com uma necessidade diminuída de sono, um alto nível de energia, logorreia, rapidez de pensamento e excessivo envolvimento em actividades agradáveis.

Os episódios depressivos são caracterizados por humor depressivo, perda de interesse ou falta de prazer em quase todas as actividades, aumento ou perda de apetite, insónia, hipersónia, fadiga, sentimentos de desespero ou inutilidade e, algumas vezes, ideias de suicídio.

Ambos os episódios, maníaco e depressivo, podem ser acompanhados por traços psicóticos, tais como alucinação e delírios.

Um dado relevante acerca da perturbação bipolar é o facto de ela ser responsável por uma das mais altas taxas de comportamentos suicidários de entre todas as perturbações psiquiátricas (Goldberg e tal., 1999).

É importante referir que, de acordo com a revisão do Diagnóstico e Manual Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR), o diagnóstico de perturbação bipolar pode ser feito na presença apenas de episódios maníacos sem episódios depressivos. Por outro lado, doentes com história de episódios depressivos recorrentes são diagnosticados como tendo uma depressão major recorrente.

Alguns doentes maníaco-depressivos, durante o estadio agudo do seu episódio maníaco, podem apresentar, principalmente, alucinações e até perturbações do pensamento que podem dominar o quadro clínico e marcar o componente efectivo da doença. Muitos destes doentes são diagnosticados como sofrendo de uma psicose reactiva breve, perturbação esquizofreniforme, perturbação esquizo-afectiva, ou perturbação esquizofrénica.

1.4 - A ESQUIZOFRENIA

A definição de esquizofrenia tem bases fenomenológicas, pelo que é necessário enquadrá-la ao longo do tempo. Poderosas correntes moldaram a construção de demência precoce e esquizofrenia durante o século dezanove.

A “ psicologia do associativismo” forneceu as bases para a metáfora da “cisão” e a “psicologia das faculdades” forneceu os critérios (a mente como a conjugação das funções

intelectual, emocional e volitiva) nos termos dos quais foram definidas as perturbações mentais (Berrios, 2002).

O "neo - Kantianismo," por seu lado, forneceu um modelo de pensamento que se tornou crucial para a "perturbação formal do pensamento"- um "sintoma" central de esquizofrenia.

Por último, a "teoria evolucionista" forneceu a conexão explicativa.

De acordo com Kraepelin, o processo de doença subjacente à demência precoce activa seria uma série de "reações préformadas" (responsáveis pelo quadro clínico), todas elas de origem biológica e evolutiva (Roskin, 1975).

O dado mais importante sobre a doença é aquilo a que podemos chamar de Psicose. Isto é, uma ruptura com o mundo comum, com a emergência de um mundo privado centrado em torno de uma forte e sistematizada actividade delirante, recheada, muitas vezes, por fenómenos alucinatórios, com embotamento afectivo e desorganização do pensamento.

A focagem do tratamento tem sido e continua a ser, em primeira mão, o controle da psicose com sucesso farmacológico evidente. Contudo, o resultado dessa focagem também tem revelado que os sintomas do domínio cognitivo ficam praticamente inalterados. Isto é, a farmacologia clássica tem tratado bem os sintomas positivos da doença, mas não tem tido qualquer interferência positiva sobre os sintomas cognitivos.

A principal consequência dessa intervenção sobre os sintomas positivos da doença foi extremamente bem sucedida, tendo-se traduzido por uma desinstitucionalização dos doentes esquizofrénicos.

Alguns autores são consensuais em pensar que nesta doença existe um défice dos oligodendrócitos, as células que produzem mielina no cérebro, muito próximo das doenças desmielinizantes. Estes dados estão a ser explorados, pois outras doenças desmielinizantes também apresentam alterações cognitivas, como é o caso de uma doença genética designada leucodistria metacromática que está associada a sintomas psicóticos indistinguíveis da psicose esquizofrénica, com perfis cognitivos semelhantes.

Tsuang, um investigador de Harvard, consagrado neste domínio, encontrou a seguinte metáfora para explicar uma mudança no paradigma da doença, comparando-a à febre: “uma resposta aguda a outras novas e não a patologia primária”. Aplicando à esquizofrenia:” se não se conseguir pensar de uma forma clara, então emergem as alucinações, os delírios e a desorganização do pensamento.

Este é, de facto, o pensamento dominante do fim do século XX e sê-lo-á, com certeza, no início deste século. Um pensamento que inverte radicalmente mais de um século de história sobre o transtorno primário da esquizofrenia: enquanto antes se pensava que o transtorno primário era o delírio, de onde derivariam os outros sintomas, agora pensa-se exactamente ao contrário.

A natureza da esquizofrenia contínua indecifrável, provavelmente constituída por múltiplas deficiências subtis que se vão acumulando, até ultrapassar o limiar que desemboca na doença.

Mas, a mudança de paradigma tem algumas vantagens. Uma delas centra-se na viragem do alvo da investigação: hoje pensa-se que a chave para desocultar os mecanismos da doença não se localizará nos doentes, mas antes nos seus familiares.

1.5 - PERTURBAÇÃO BORDERLINE

Tal como é descrita no DSM-IV, a perturbação borderline da personalidade (PBP) é uma perturbação polissintomática que se caracteriza por múltiplos e diversificados sintomas psicológicos.

De facto, no início da primeira caracterização da PBP, Stern (1938) apreendeu inicialmente o aspecto da perturbação quando forjou originalmente o termo “borderline”, referindo-se a indivíduos que, aparentemente, se encontram na fronteira (border) entre a neurose e a psicose.

Grinker e tal (1968), os primeiros investigadores empíricos da PBP, defrontaram-se com esta característica da PBP e, por fim, abordaram a diversidade de sintomas, tendo descrito quatro subgrupos, clinicamente diferentes, de tais doentes.

Existem sintomas tais como: breves e ligeiras perdas da realidade, tais como desrealização, despersonalização e paranóia, permanente impulsividade caracterizada por distúrbios de auto-regulação e comportamento auto-destrutivo, relacionamentos interpessoais caóticos e distúrbios afectivos crónicos, humor instável, disforia crónica.

De acordo com esta perspectiva, os critérios e as características clínicas implicam que os sintomas da PBP sejam, invariavelmente, de natureza psicológica.

1.6 - MANIA

A mania é, geralmente, caracterizada por um período distinto de um elevado, expansivo ou irritável estado de humor. Pessoas comuns experimentam um aumento de energia e uma menor necessidade de sono.

. O estado de concentração é baixo e uma pessoa em estado maníaco pode ser facilmente distraída. Os doentes podem iniciar um abuso de substâncias, sobretudo álcool ou outros depressores, cocaína e outros estimulantes.

O seu comportamento pode tornar-se agressivo, intolerante ou intrusivo. As pessoas podem sentir-se fora de controlo ou imparáveis com a sensação de terem sido "escolhidas", investidas de uma missão especial", ou ter outras ideias grandiosas ou delirantes. O desejo sexual pode aumentar.

No extremo da fase bipolar I, uma pessoa num estado maníaco pode começar a experimentar psicose, ou uma ruptura com a realidade, sempre que a factualidade de pensar é afectada juntamente com o humor.

Muitas pessoas em estado maníaco, experienciam severa ansiedade e são muito irritáveis (até ao ponto de raiva), enquanto outros estão eufóricos e se sentem grandiosos.

A fim de ser diagnosticada a mania, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, uma pessoa deve enfrentar esse estado de humor elevado ou irritável, bem como outros sintomas, durante, pelo menos, uma semana, para ser necessária a hospitalização.

1.7 - EPILEPSIA

As epilepsias são distúrbios devastadores comuns e frequentes, que afectam, aproximadamente, 2,5 milhões de pessoas apenas nos EUA. Em geral, as convulsões epiléticas determinam deficiência transitória da consciência, expondo o indivíduo a risco de lesões corporais e interferindo na educação e no trabalho.

O termo convulsão refere-se a uma alteração transitória do comportamento, causada pela activação desordenada, sincrónica e ritmada de populações de neurónios cerebrais. O termo epilepsia refere-se a um distúrbio da função cerebral caracterizada pela ocorrência periódica e imprevisível de convulsões. As crises convulsivas podem ser “não epiléticas” quando provocadas no cérebro normal por tratamentos como o eletrochoque ou convulsivantes químicos, ou “epiléticas” quando surgem sem um estímulo evidente.

Acredita-se que as convulsões têm origem no córtex cerebral e não em outras estruturas no sistema nervoso central como tálamo, tronco cerebral ou cerebelo. As convulsões epiléticas foram classificadas como convulsões parciais, que começam num foco no córtex, e convulsões generalizadas, que envolvem amplamente ambos os hemisférios desde o seu início (Commission, 1981). As manifestações comportamentais de uma crise convulsiva são determinadas pelas funções normalmente realizadas pelo local do córtex onde a convulsão tem origem.

2 - DISTÚRBIOS DEGENERATIVOS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

As doenças neurodegenerativas incluem distúrbios comuns e debilitantes como o mal de Parkinson, a doença de Alzheimer, a doença de Huntington e a esclerose lateral amiotrófica (ELA). Embora os aspectos clínicos e neuropatológicos destes distúrbios sejam distintos, o seu aspecto comum é que cada distúrbio tem um padrão característico de degeneração neuronal em regiões anatómica ou funcionalmente afins.

Actualmente, os tratamentos farmacológicos disponíveis para os distúrbios neurodegenerativos são sintomáticos e não alteram o curso nem o desenvolvimento da doença subjacente. Os tratamentos disponíveis para a doença de Alzheimer, a doença de Huntington e a ELA são menos satisfatórios, porém, ainda podem dar uma contribuição importante para o bem-estar do paciente.

Os distúrbios neurodegenerativos caracterizam-se pela perda progressiva e irreversível de neurónios de regiões específicas do cérebro. Os distúrbios neurodegenerativos protótipo são o mal de Parkinson (MP) e a doença de Huntington (DH), onde a perda de neurónios das estruturas dos gânglios basais resulta em alterações no controle do movimento; a doença de Alzheimer (DA), na qual a perda de neurónios do hipocampo e do córtex determina deficiência da memória e da capacidade cognitiva; e a esclerose lateral amiotrófica (ELA), na qual a fraqueza muscular decorre da degeneração de neurónios motores medulares, bulbares e corticais. Em conjunto, estes distúrbios são relativamente comuns e representam um problema médico e social considerável. São distúrbios que ocorrem, basicamente, no fim da vida, surgindo em pessoas neurologicamente normais, embora sejam conhecidas formas de início infantil de cada um dos distúrbios.

O MP é observado em mais de 1% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade (Tanner, 1992), enquanto DA afecta até 10% da mesma população (Evans e tal., 1989). A DH, que é um distúrbio autossómico dominante, geneticamente determinado, tem menor frequência na

população geral. A ELA também é relativamente rara, porém, com frequência, conduz rapidamente à invalidez e à morte (Kurtzke, 1982).

2.1 - PARKINSON

O parkinsonismo é uma síndrome clínica com quatro aspectos importantes: bradicinesia (lentidão e escassez de movimentos), rigidez muscular, tremor em repouso (que geralmente desaparece durante o movimento voluntário) e deficiência do equilíbrio postural que leva a alterações da marcha e à queda. A causa mais comum de parkinsonismo é o MP idiopático, descrito pela primeira vez por James Parkinson, em 1817, como paralisia agitante, ou “paralisia com tremores”. A principal característica histopatológica do MP é a perda de neurónios pigmentados dopaminérgicos da parte compacta da substancia negra, com o aparecimento de inclusões intracelulares conhecidas como corpúsculos de Lewy (Gibb,1992;Fearnley e Lees,1994). As drogas de uso clínico comum que podem causar parkinsonismo incluem os antipsicóticos, como o haloperidol e a torazina, e os antieméticos, como a proclorperazina e a metoclopramida.

2.2 - DOENÇA DE ALZHEIMER

A AD determina deficiência das capacidades cognitivas, com início gradativo, porém, tem progressão inexorável. Em geral, o primeiro aspecto clínico é a deficiência da memória recente, enquanto as lembranças remotas são preservadas relativamente bem no decorrer da doença. Outras capacidades cognitivas deterioram à medida que a doença evolui, entre elas a capacidade de fazer cálculos, as habilidades viso-espaciais e a capacidade de usar objectos comuns e ferramentas (apraxia ideomotora). O grau de vigília ou lucidez do paciente não é afectado até a doença estar muito avançada; a fraqueza motora também não é vista, embora as contracturas musculares sejam uma característica quase universal no estado avançado da doença.

A DA caracteriza-se por uma atrofia acentuada do córtex cerebral e pela perda de neurónios corticais e subcorticais. As principais características histopatológicas da DA são as placas senis, acúmulos esféricos da proteína β -amiloide acompanhados de processos neuronais degenerativos, e novelos neurofibrilares compostos de pares de filamentos helicoidais e outras proteínas (Arnold e tal., 1991; Arriagada e tal., 1992; Braak e Braak, 1994). Embora se possa encontrar um pequeno número de placas senis e novelos neurofibrilares em indivíduos com intelecto normal, eles são muito mais abundantes na DA. A abundância de novelos é, mais ou menos, proporcional à gravidade da deficiência cognitiva. Existem inúmeros novelos neurofibrilares e placas senis na DA avançada. A principal abordagem ao tratamento da DA envolveu tentativas de reforçar a função colinérgica do cérebro (Johnston, 1992). Um procedimento antigo era o uso de precursores da síntese da acetilcolina, como o cloreto de colina e a fosfatidilcolina (lecitina).

2.3 - ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

A ELA é um distúrbio dos neurónios motores do corno ventral da medula e dos neurónios corticais que fornecem aos primeiros o estímulo aferente. A razão homem/mulher é de aproximadamente 1,5:1 (Kurtzke, 1982). A doença caracteriza-se por fraqueza de progressão rápida, atrofia muscular e fasciculações, espasticidade, disartia, disfagia e comprometimento respiratório.

Em geral, a função sensitiva é preservada, assim como a actividade cognitiva, autonómica e oculomotora. Em geral, a ELA é progressiva e fatal, com a morte dos pacientes mais afectados por comprometimento respiratório e pneumonia 2 a 3 anos depois, embora determinadas pessoas tenham uma evolução mais lenta e sobrevivam por muitos anos.

A patologia da ELA corresponde muito aos aspectos clínicos: a perda proeminente de neurónios motores da medula e do tronco cerebral que se projectam para os músculos estriados, bem como a perda dos grandes neurónios motores piramidais da camada V do córtex motor que são a origem dos feixes corticomedulares descendentes. Algumas vezes, a

coluna de Clarke, os cornos dorsais são afectados em casos familiares (Caroscio e tal., 1987);Rowland, 1994).

A terapia sintomática da ELA focaliza o tratamento da espasticidade Embora os avanços no tratamento sintomático dos distúrbios neurodegenerativos, em especial o MP, tenham melhorado a vida de muitos pacientes, o objectivo da pesquisa actual é desenvolver terapias que consigam impedir, retardar ou reverter a morte do neurónio.

CAPITULO V - FÁRMACOS E O TRATAMENTO DA PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA

1 - FÁRMACOS – CONCEITO

A farmacologia é uma palavra derivada do grego: φάρμακον, fármacon ("droga"), e λογία, derivado de -λόγος lógos ("palavra", "discurso"), sintetizado em "ciência", é a ciência que estuda como os medicamentos interagem com os organismos vivos. Se essas substâncias têm propriedades medicinais, elas são referidas como "substâncias farmacêuticas". O campo abrange a composição de medicamentos, propriedades, interações, toxicologia e efeitos desejáveis que podem ser usados no tratamento de doenças.

Esta ciência engloba o conhecimento da história, origem, propriedades físicas e químicas, associações, efeitos bioquímicos e fisiológicos, mecanismos de absorção, biotransformação e excreção dos fármacos para o seu uso terapêutico ou não. O primeiro registro histórico que menciona os fármacos foi o Papiro de Smith, egípcio, datado de 1600 a.C.

2 - DESTINO DOS FÁRMACOS NO ORGANISMO

Qualquer substância que actue no organismo vivo pode ser absorvida por este, distribuída

pelos diferentes órgãos, sistemas ou espaços corporais, modificada por processos químicos e, finalmente, eliminada.

A farmacologia estuda estes processos e a interacção dos fármacos com o homem e com os animais, os quais se denominam:

- Absorção - Para chegar à circulação sanguínea o fármaco deve passar por alguma barreira dada pela via de administração, que pode ser: cutânea, subcutânea, respiratória, oral, rectal, muscular. Ou pode ser inoculada directamente na circulação pela via intravenosa, sendo que neste caso não ocorre absorção, pois não transpõe nenhuma barreira, caindo directamente na circulação. A absorção (nos casos em que existe barreira) do fármaco, é como já foi citado anteriormente, fundamental para seu efeito no organismo

A maioria dos fármacos é absorvida no intestino e poucos fármacos no estômago. Os fármacos são mais bem absorvidos quando estiverem na forma não ionizada, assim os fármacos que são ácidos fracos serão melhor absorvidos no estômago que tem pH ácido enquanto os fármacos que são bases fracas, serão absorvidos principalmente no intestino, sendo que esse órgão tem um pH mais básico que o do estômago.

Os fármacos em forma de comprimido, passam por diversas fases de quebra, até ficarem na forma de pó e assim serem solubilizados e absorvidos. Já os fármacos em soluções não necessitam sofrer todo esse processo, pois já estão na forma solúvel, e podem ser rapidamente absorvidos, segue-se uma ordem de tempo de absorção, para várias formas farmacêuticas: Comprimido > Cápsula > Suspensão > Solução.

- Distribuição - Uma vez na corrente sanguínea, o fármaco pelas suas características de tamanho e peso molecular, carga eléctrica, pH, solubilidade, capacidade de união a proteínas distribui-se pelos distintos compartimentos corporais.

- Metabolismo ou biotransformação - Muitos fármacos são transformados no organismo por acção enzimática. Essa transformação pode consistir em degradação (oxidação, redução, hidrólise), ou em síntese de novas substâncias como parte de uma nova molécula (conjugação).

O resultado do metabolismo pode ser a inativação completa ou parcial dos efeitos do fármaco ou pode activar a droga como nas "pródrogas". Existem mudanças nos efeitos farmacológicos dependendo da substância metabolizada. Alguns factores alteram a velocidade da biotransformação, tais como, inibição enzimática, indução enzimática, tolerância farmacológica, idade, patologias, diferenças de idade, sexo e espécie e claro uso de outras drogas concomitantemente.

- Excreção - Finalmente, o fármaco é eliminada do organismo por meio de algum órgão excretor. Os principais são rins e fígado: através da biliar, mas também são importantes a pele, as glândulas salivares e lacrimais. Ocorre também a excreção pelas fezes.

Os fármacos, geralmente, têm uma lipofilia moderada, caso contrário não conseguiriam penetrar através da membrana das células com facilidade e a via de excreção mais usada pelo organismo é a via renal. Através da urina, então, geralmente, os fármacos como são mais apolares tendem a passar pelo processo de metabolização, que os torna mais polares e passíveis de serem eliminados pela urina, mas o que é eliminado do organismo são os metabólitos do fármaco, já não é o fármaco.

Já os fármacos que são polares, são eliminados pela urina sem passar pela metabolização e, então, o que vai ser eliminado neste caso é o fármaco mesmo e não seus metabólitos.

3 - GRUPOS DE FÁRMACOS

3.1 - ANTIDEPRESSIVOS

Um antidepressivo é uma medicação psiquiátrica utilizada para aliviar a transtornos do humor, como depressão maior e distímia. Drogas incluindo a inibidores da monoamina oxidase (IMAO), antidepressivos tricíclicos (TCAS), antidepressivos tetracíclico (Tecas),

inibidores selectivos, da recaptura da serotonina (ISRS) e inibidores da recaptação serotonina, noradrenalina (SNRIs) são mais comumente associado com o termo.

Estes medicamentos estão entre os mais comumente prescritos por médicos psiquiatras e outros médicos, mas a sua eficácia e efeitos adversos são o tema de muitos estudos e reivindicações concorrentes.

3.2 - SEDATIVOS

Um sedativo é uma substância que induz sedação, reduzindo irritabilidade ou excitação.

As doses de sedativos, como benzodiazepínicos, quando usados como um hipnótico para induzir o sono tendem a ser mais elevados do que aqueles utilizados para aliviar a ansiedade. Sedativos podem ser usados para produzir um efeito calmante-excessivo (o álcool é o clássico e mais comum sedativo droga). Em doses elevadas ou quando são mal tolerados, muitas dessas drogas podem causar inconsciência e até mesmo morte.

Existe alguma sobreposição entre os termos "sedativos" e hipnótico.

Embora os efeitos descritos pelos dois termos sejam diferentes, os medicamentos que causam os efeitos descritos por um termo, frequentemente, também causam os efeitos descritos pelo outro termo.

O termo "sedativo-hipnótico" tem sido utilizado para descrever estes efeitos comuns, ou os medicamentos que causam estes efeitos conjuntos.

No entanto, os avanços da farmacologia permitiram uma segmentação mais específica dos receptores e uma maior selectividade dos agentes, o que exige uma maior precisão na descrição destes agentes e os seus efeitos:

- Ansiolíticos referem-se, especificamente, ao efeito sobre ansiedade. (No entanto, alguns benzodiazepínicos são sedativos, hipnóticos e ansiolíticos).
- Tranquilizante pode referir-se a ansiolíticos ou antipsicóticos.
- Soporíficas e soporífero são quase sinónimos de hipnóticos.

- Todos os sedativos podem causar dependência psicológica e fisiológica quando tomados regularmente durante um período de tempo, mesmo em doses terapêuticas.

As pessoas que têm dificuldade em lidar com o stress, ansiedade ou insónia mais excessiva tornam -se dependentes de sedativos.

Utilizadores de heroína, consomem-nos como drogas ou completam o seu substituto com eles.

Outros tomam sedativos como forma de lazer, para relaxar e esquecer as suas preocupações.

A overdose é um factor causador de cerca de um terço de todas as mortes relacionadas com as drogas relatadas. Estes incluem suicídios e envenenamentos acidentais por drogas. Mortes acidentais por vezes, ocorrem quando um sonolento, confuso utilizador repete a dose, ou quando são tomados sedativos com álcool.

3.3 - ANSIOLÍTICOS

Ansiolíticos (também conhecidos como tranquilizantes) são drogas sintéticas usadas para diminuir a ansiedade e a tensão. Em pequenas doses recomendadas por médicos, não causam danos físicos ou mentais. Afectam áreas do cérebro que controlam a ansiedade e o estado de alerta, relaxando os músculos.

3.4 - ANALGÉSICOS E ANTAGONISTAS OPIÓIDES

Os opiáceos são drogas derivadas do ópio e incluem a morfina, a codeína e uma ampla variedade de congêneres semi-sintéticos derivados deles e da tebaína, outro componente do ópio.

O termo opioíde é mais abrangente, aplicando-se a todos os agonistas e antagonistas com actividade morfino-símile, bem como aos peptídios opioides naturais e sintéticos.

Endorfina é um termo genérico que se refere a três famílias de peptídios opioides endógenos: as encefalinas, as dinorfinas e as β endorfinas.

O termo narcótico deriva da palavra grega usada para torpor. Antigamente era aliado a qualquer droga que induzia o sono, porém, depois, foi associada aos analgésicos opiáceos potentes. Hoje em dia, o termo é empregado cada vez mais num contexto legal para indicar uma ampla variedade de drogas consumidas abusivamente.

Actualmente, existem muitos compostos com propriedades farmacológicas semelhantes àquelas da morfina, porém, nenhum comprovou ser clinicamente superior no alívio da dor.

A morfina continua a ser o padrão com o qual os novos analgésicos são comparados. Entretanto, as respostas de um determinado paciente às diferentes drogas morfino-símilares podem variar de forma surpreendente. Por exemplo, alguns pacientes incapazes de tolerar a morfina podem não ter quaisquer problemas com uma dose equianalgésica de metadona, enquanto outros podem consumir morfina, porém, não toleram a metadona.

Em caso de problemas com uma droga, deve tentar-se outra. Os mecanismos responsáveis pelas variações nas respostas individuais aos agonistas morfino-símilares não são conhecidos. A morfina e os opióides afins produzem os seus principais efeitos no SNC e no intestino através dos receptores μ .

Embora a morfina seja relativamente selectiva para os receptores μ ela pode interagir com os outros, em especial quando em doses muito altas. Os efeitos são bastante diferentes e incluem analgesia, sonolência, alterações de humor, depressão respiratória, diminuição da peristalse gastrointestinal, náusea, vômitos e alterações dos sistemas endócrino e nervoso autónomo.

O alívio da dor pelos opioides morfino-símilares é relativamente selectivo, visto que as outras sensações não são afectadas.

É frequente os pacientes relatarem que a dor ainda está presente, porém eles sentem-se mais confortáveis.

A dor contínua é aliviada mais eficazmente do que a dor cortante intermitente, porém é possível aliviar até mesmo a dor intensa da cólica renal ou biliar com quantidades suficientes de morfina.

Os analgésicos opioides proporcionam alívio sintomático da dor, da tosse e da diarreia, porém, em geral, a doença básica continua.

4 - TRATAMENTO DA PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA

O tratamento da depressão baseia-se num grupo variado de agentes terapêuticos antidepressivos, em parte porque a depressão clínica é um síndrome complexo, de gravidade amplamente variada.

Os primeiros agentes utilizados com sucesso foram os antidepressivos tricíclicos, que provocam uma ampla gama de efeitos neurofarmacológicos, além de suas supostas acções primárias.

Segundo Azevedo (2000), a medicação antidepressiva deve ser usada somente sob rigoroso critério médico. Algumas substâncias antidepressivas (tricíclicos, tetracíclicos e inibidores de monoamina oxidase) podem provocar efeitos secundários, como alterações da pressão arterial e problemas cardíacos.

Recentemente, foram desenvolvidas substâncias que actuam no metabolismo da serotonina e noraadrenalina, que são hormonas que existem dentro das células nervosas e participam activamente no processo emocional.

Essas substâncias formam os antidepressivos de última geração, que produzem efeitos colaterais e podem ser administrados em dose única.

A medicação antidepressiva é importante, mas a abordagem psicológica é fundamental.

Independentemente da condução do tratamento farmacológico, é sempre útil a indicação de avaliação psicológica e, eventualmente, de psicoterapia para a depressão associada ao tratamento medicamentoso.

A psicoterapia melhora a compreensão tanto na doença cardíaca de base como na depressão, facilitando a adesão aos tratamentos biológicos propostos. Os efeitos da psicoterapia sobre o humor são muitas vezes evidentes, promovendo melhora directa do ânimo e da vontade de viver.

É preciso salientar que, caso seja confirmado o diagnóstico de depressão, está indicado o tratamento farmacológico, mesmo que haja possibilidade de abordagem psicoterapêutica concomitante. (TENG, et al. 2005).

Assim, podemos entender o tratamento das depressões como um somatório da articulação mente-cérebro, sugerindo um aprofundamento na área dos fenómenos depressivos, minorando o sofrimento psíquico, social, familiar e financeiro que o mesmo acarreta na vida das pessoas.

A depressão pode influenciar negativamente a qualidade de vida dos pacientes, por aumentar a sensação de dor e incapacidade, tornar a adesão ao tratamento mais difícil e gerar uma queda na qualidade das relações sociais.

No final da década de 1940, Häfliger e Schindler sintetizaram uma série de mais de 40 derivados iminodibenzilicos para possível emprego como anti-histaminicos, sedativos, analgésicos e substancias antiparkinsonianas.

Um destes era a imipramida, um composto dibenzazepínico, que difere das fenotiazinas apenas pela substituição do enxofre por uma ponte de etileno, de modo a produzir um anel central com sete componentes, análogo aos agentes antipsicóticos benzazepínicos.

Após avaliação em cobaias, alguns compostos, inclusive a imipramina, foram selecionados com base nas propriedades sedativas ou hipnóticas para ensaio terapêutico.

Durante a investigação clínica destes análogos fenotiazínicos, Kuhn (1958) descobriu, por acaso, que, diferente dos fenotiazínicos, a imipramina era relativamente ineficaz para acalmar pacientes psicóticos agitados, mas que ela tinha um efeito apreciável sobre determinados pacientes deprimidos; a evidência inconfundível de sua eficácia nestes pacientes foi acumulada (Baldessarini, 1989; Hollister, 1978).

Poderíamos esperar que uma substância antidepressiva eficaz tivesse um efeito estimulador ou elevador do humor, quando fornecida a um indivíduo normal. Embora isto possa ocorrer com os inibidores da monoamina oxidase (MAO) e com alguns antidepressivos atípicos, semelhantes a estimuladores, como a bupropiona, isto não é verídico para os antidepressivos tricíclicos.

A administração de doses terapêuticas de imipramida a indivíduos normais produz sonolência, delírio, uma discreta redução na pressão arterial e certos efeitos anticolinérgicos.

Os indivíduos sentem-se cansados e com dificuldade em concentrarem-se e pensar. Estes efeitos são percebidos como desagradáveis e provocam disforia.

Em contraste, quando a droga é fornecida durante um período de tempo para pacientes deprimidos, ocorre uma elevação do humor.

Cerca de 2 a 3 semanas devem transcorrer, antes que os efeitos terapêuticos da maioria dos antidepressivos se tornem evidentes. Por este motivo, os antidepressivos tricíclicos não são prescritos com base apenas na necessidade.

A explicação do lento estabelecimento de seus efeitos permanece como assunto de conjecturas. Nenhum agente do grupo dos antidepressivos tricíclicos mostrou agir mais rapidamente sobre os sintomas principais da depressão maior que a imipramida. Com alguns antidepressivos, os efeitos sedativos ou ansiolíticos podem surgir depois de alguns dias do início do tratamento.

Contudo, todos estes agentes requerem várias semanas para exercer ações antidepressivas clinicamente importantes.

Ocasionalmente, os antidepressivos tricíclicos foram empregados como hipnóticos por causa das suas propriedades sedativas; este efeito pode ser útil na terapia inicial de um paciente deprimido que não consegue dormir bem.

Os antidepressivos tricíclicos potencializam a acção das aminas biogénicas por bloquear os seus principais meios de inactivação fisiológica, os quais envolvem o transporte ou a recaptação para dentro dos terminais nervosos.

Em doses terapêuticas, os antidepressivos tricíclicos apresentam efeitos significativos sobre o sistema cardiovascular; com a super dose, estes efeitos podem causar risco de vida (Burrows, e tal., 1976; Cassem, 1982).

A manifestação mais comum destes efeitos é a hipotensão postural que advém, em parte, de um bloqueio adrenalérgico. Com frequência, a taquicardia sinusal branda também é observada, provavelmente, como consequência da inibição da captação de noradrenalina e do bloqueio dos receptores muscarínicos.

Os antidepressivos tricíclicos estão envolvidos em inúmeras interações medicamentosas clinicamente importantes (Baldessarini, 1996; Hansten 1985; Leipzig e Mendelowitz, 1992).

A ligação dos antidepressivos tricíclicos à albumina plasmática pode ser reduzida por competição com numerosas drogas, como fenitoina, fenilbutazona, aspirina, aminopirina, escopolamina e fenotiazinas.

Outras interações que também podem potencializar os efeitos dos antidepressivos tricíclicos podem advir da interferência com seu metabolismo no fígado. Este efeito foi associado a drogas neurolépticas, metifenidato e certos esteroides, inclusive contraceptivos orais.

De modo contrário, os barbitúricos e muitos agentes anticonvulsivantes, assim como o fumo, podem aumentar o metabolismo hepático dos antidepressivos por induzir os sistemas enzimáticos microssomais; os benzodiazepínicos não manifestam este efeito.

Os antidepressivos potencializam os efeitos do álcool e, provavelmente, de outros sedativos.

Os distúrbios do humor (distúrbios afectivos) são extremamente comuns na prática clínica geral, bem como em psiquiatria. A gravidade destas condições cobre uma gama extraordinariamente ampla, desde as reacções normais de culpa e distímia até reacções graves e incapacitantes que podem levar à morte.

O risco de suicídio nos distúrbios afectivos primários é de 10 a 15%, mas esta estatística não representa a mortalidade e o custo deste grupo de patologias, notoriamente mal diagnosticadas e mal tratadas.

Talvez um quarto a um terço destes casos sejam diagnosticados e uma proporção similar deles seja adequadamente tratada (Greenberg e tal., 1993; Isaacson e tal., 1992; Kind e Sorensen, 1993; Katonet al., 1992).

Logicamente, nem toda a culpa, angústia e desapontamento constituem indicações para tratamento clínico, e mesmo os distúrbios afectivos graves apresentam uma elevada taxa de remissão espontânea, desde que transcorra o tempo suficiente.

Os agentes antidepressivos e antimaniacos são, assim, geralmente reservados para os distúrbios do humor mais graves e incapacitantes, sendo que os resultados mais satisfatórios tendem a ocorrer em pacientes portadores de patologias moderadamente graves, com características “endógenas” ou “melancólicas”, sem aspectos psicóticos (Baldessarini, 1989, 1996; American Psychiatric Association, 1994; Peselow e tal., 1992)

Apesar de seu potencial para respostas menos favoráveis à terapia isolada com antidepressivos, os pacientes com depressão bipolar, psicótica ou suicida grave, prolongada e incapacitante, requerem intervenção clínica imediata e vigorosa. O subdiagnóstico surge, em parte, de apresentação, algumas vezes enganosa, de muitos pacientes deprimidos que relatam queixas somáticas inespecíficas, ansiedade ou insónia como as queixas principais para os médicos.

A história natural da depressão maior episódica é que os episódios de carácter individual, tendem à remissão espontânea durante 6 a 12 meses; entretanto, há um grande risco de recidiva da depressão, por, pelo menos vários meses após a interrupção de uma série bem-sucedida de tratamento com antidepressivos.

Os estimulantes, com ou sem sedativos adicionados, constituem um tratamento ultrapassado e ineficaz para a depressão grave.

Algumas vezes, os neurolépticos são empregados empiricamente para controlar os aspectos psicóticos na doença maníaco-depressiva.

Entretanto, não existe suporte científico passível de crédito para a eficácia a longo prazo destes agentes nos distúrbios do humor, sendo que o risco de discinesia tardia nestas síndromes pode ser até maior do que na esquizofrenia.

Do ponto de vista teórico, os agentes antiadrenérgicos e outros agentes anti-hipertensivos poderiam ter alguns efeitos anti maníacos.

Devido às baixas taxas de diagnóstico e de tratamento apropriado dos distúrbios primários do humor, apesar do advento dos agentes modificadores do humor mais novos e mais bem aceitos nos últimos anos, as implicações económicas para o desenvolvimento dos agentes adicionais e melhorados são claros (McCombs e tal., 1990).

Além da depressão primária de tipo e gravidade variados, inúmeros grupos de pacientes deprimidos continuam a ser inadequadamente tratados ou estudados. Eles englobam o jovem e o idoso, aqueles com depressão bipolar e aqueles com as formas grave, crónica ou psicótica de depressão.

Embora os pacientes deprimidos ambulatoriais sejam em número muito maior, tenham a maior probabilidade de melhora e recuperação e representem o maior mercado em potencial, eles também são mais prováveis de responder a um placebo ou a outro tratamento inespecífico, representando, assim, um desafio especial.

O problema fundamental consiste na contínua falta de uma fisiopatologia coerente, que defina uma etiologia para a depressão primária ou para o distúrbio bipolar, apesar de décadas de importantes e úteis contribuições para a descrição das síndromes.

Em geral, as convulsões epiléticas determinam deficiência transitória da consciência, expondo o individuo a risco de lesões corporais e interferindo na educação e no trabalho. O tratamento é sintomático, uma vez que as drogas disponíveis inibem as convulsões mas não existe profilaxia eficaz nem cura.

A obediência à posologia da medicação é um problema importante, por causa da necessidade de terapia de longa duração, acompanhada dos efeitos indesejáveis de muitos fármacos.

O fenobarbital foi o primeiro agente orgânico sintetizado e reconhecido como tendo actividade anticonvulsivante (Hauptmann, 1992); as suas propriedades sedativas fizeram com que os investigadores testassem e demonstrassem a sua eficácia na supressão de crises convulsivas.

A droga anticonvulsivante ideal suprimiria todas as convulsões sem determinar quaisquer efeitos indesejados.

Infelizmente, as drogas usadas hoje em dia não só não controlam a actividade convulsivante em alguns pacientes como, com frequência, provocam efeitos colaterais de gravidade variável, a qual vai da alteração mínima do SNC até a morte por anemia aplásica ou insuficiência hepática.

5. DEPENDÊNCIA E USO ABUSIVO DE DROGAS

Ao longo da história, todas as sociedades têm usado drogas que alteram o humor, o pensamento e os sentimentos. Além disso, paralelamente aos avanços farmacológicos, seguiu-se, às vezes, uma dependência física, assim como uma infeliz dependência comportamental dos agentes consumidos inicialmente com propósitos terapêuticos.

O uso inapropriado de qualquer substância pode ser intencional ou inadvertido. Agentes que afectam o comportamento são particularmente passíveis de serem tomados em excesso quando os efeitos comportamentais são considerados agradáveis.

Factores psicossociais que tendem a ser semelhantes para os diversos agentes farmacológicos são igualmente importantes na patogênese dos distúrbios do uso de substâncias psicoativas e

na manutenção do uso patológico das drogas, assim como o são os perfis psicofarmacológicos singulares de determinadas substâncias.

O uso abusivo e a dependência têm sido definidos e redefinidos por várias organizações durante os últimos vinte e cinco anos. A razão para estas revisões e discordâncias é que o uso abusivo e a dependência são síndromes comportamentais que existem ao longo de um continuum desde o uso mínimo até ao uso abusivo e dependente.

Enquanto a tolerância e a dependência física são fenómenos biológicos que podem ser definidos com rigor no laboratório e diagnosticados com precisão na clínica, existe um aspecto arbitrário nas definições das síndromes comportamentais globais de uso abusivo e dependência.

O sistema de diagnóstico para distúrbios mentais mais influente é o publicado pela American Psychiatric Association (DSM IV, 1994).

O sistema de diagnóstico da APA usa o termo dependência química ao invés de vício para toda a síndrome comportamental.

O termo vício, quando empregado aplicar-se-á ao uso compulsivo da droga, toda a síndrome de dependência de substância conforme definida no DSM IV. Isto não deve ser confundido com dependência física (apenas, um erro comum entre os médicos).

O APA define a dependência química (vício) como um agrupamento de sinais e sintomas indicando que o indivíduo continua a usar uma determinada substância apesar de significativos problemas relacionados com a mesma.

Evidências de tolerância e sintomas de abstinência são incluídos na lista de sintomas, mas nem a tolerância nem a abstinência é necessária ou suficiente para um diagnóstico de dependência química.

O uso abusivo de substâncias, um diagnóstico menos grave, envolve um padrão de repercussões adversas de uso repetido que não satisfaz critérios de dependência da substância.

5.1 - DEPENDÊNCIA FÍSICA

A dependência física é um estado que se desenvolve como resultado da adaptação (tolerância) provocada por um reajuste dos mecanismos homeostáticos, em resposta ao uso repetido de uma substância.

As substâncias conseguem afectar numerosos sistemas que anteriormente estavam em equilíbrio; estes sistemas precisam, então, de encontrar um novo equilíbrio na presença de inibição ou estimulação por uma substância específica.

Uma pessoa assim adaptada (ou fisicamente independente) precisa de administração continuada da substância para manter a função normal.

Se a administração da substância for interrompida abruptamente, há outro desequilíbrio e os sistemas afectados precisam novamente de sofrer um processo de reajuste a um novo equilíbrio sem a substância.

5.2 - SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA

O aparecimento de uma síndrome de abstinência quando a administração de uma substância é interrompida é a única evidência real de dependência física.

Os sinais e sintomas de abstinência ocorrem quando a administração da droga numa pessoa fisicamente dependente é interrompida de modo abrupto.

Os sintomas de abstinência têm pelo menos duas origens (1) remoção da substância que gerou a dependência e (2) hiperestimulação do SNC, devido à readaptação à ausência da substância que provocou dependência.

As variáveis farmacocinéticas são de importância considerável na amplitude e duração da síndrome de abstinência. Os sinais e sintomas de abstinência são caracterizados para uma

determinada categoria de substâncias e tendem a ser opostos aos efeitos originais produzidos pela substância antes de a tolerância se ter desenvolvido.

Portanto, uma substância, (como uma agonista opióide) que provoca miose e bradicardia, provocará midríase e taquicardia quando é retirada a uma pessoa dependente.

A tolerância, a dependência física e a síndrome de abstinência são fenómenos biológicos. São as consequências naturais do uso de substâncias e podem ser introduzidas em animais de laboratório e em seres humanos que tomam certos medicamentos repetidamente. Estes sintomas, em si mesmos, não significam que o indivíduo faça uso abusivo de uma substância ou seja dependente químico.

Pacientes que tomam medicamentos para indicações clínicas apropriadas e em doses correctas podem, ainda assim, apresentar tolerância, dependência física e sintomas de abstinência se a substância for interrompida de modo abrupto e não gradual.

Por exemplo, um paciente hipertenso que recebe um bloqueador de receptores β adrenérgicos pode ter uma boa resposta terapêutica, mas, se o β - bloqueador foi interrompido abruptamente, pode haver uma síndrome de abstinência que consiste em hipertensão de rebote, com níveis temporariamente superiores aos encontrados no início da medicação.

O etanol é classificado como um depressor, pois realmente provoca sedação e sono. Entretanto, os efeitos iniciais do álcool, particularmente em doses menores, amiúde são percebidos como estimulação devido a uma supressão dos sistemas inibitórios.

Aqueles que sentem apenas a sedação do álcool tendem a escolher não beber quando avaliados num procedimento de teste.

O álcool prejudica a memória recente e, em altas doses, produz o fenómeno de “apagamentos” após ao quais o etilista não se recorda de seu comportamento durante a embriaguez.

Os efeitos do álcool na memória são obscuros, mas as evidências sugerem que relatos de pacientes acerca das suas razões para beber e do seu comportamento durante uma “farra” não são confiáveis. Quando autorizados a beber sob observação, entretanto, os alcoólatras tipicamente tornam-se mais fisfóricos à medida que a ingestão continua, contradizendo assim a explicação de redução da tensão.

A leve intoxicação pelo álcool é familiar a quase todo o mundo, mas os sintomas variam entre indivíduos. Alguns apenas experimentam descoordenação motora e sonolência. Outros tornam-se, de início, estimulados e conservadores.

À medida que o nível no sangue se eleva, os efeitos sedativos aumentam, com eventual coma e morte sob níveis elevados de álcool.

A sensibilidade inicial (tolerância inata) ao álcool, varia muito entre os indivíduos e está relacionada com história familiar do alcoolismo (schuckit, 1994).

A experiência com álcool pode produzir maior tolerância (tolerância adquirida) de modo que níveis sanguíneos extremamente elevados de álcool no sangue (300 a 400 mg/dl) podem ser encontrados em alcoólicos que não parecem obviamente sedados.

Os etilistas inveterados não só adquirem tolerância, mas também desenvolvem, de modo inevitável, um estado de dependência física. Com frequência, isto leva-os a beber de manhã para restabelecer os níveis sanguíneos de álcool diminuídos durante a noite. Esses indivíduos, acabam por despertar durante a noite para beber algo a fim de evitar a inquietude produzida pela queda dos níveis de álcool.

O álcool provoca tolerância cruzada com outros sedativos como as benzodiazepinas. Esta tolerância observa-se em alcoólatras em abstinência, mas enquanto o alcoólatra está bêbado, os efeitos somam-se aos de outras substâncias, tornando a combinação mais perigosa.

Isto é particularmente verdadeiro para as benzodiazepinas, que são relativamente seguras em super dose quando dadas isoladas, e potencialmente letais em combinação com o álcool.

O uso crônico do álcool, assim como o de outros sedativos, está associado ao desenvolvimento de depressão, e o risco de suicídio entre os alcoólicos é um dos maiores de qualquer categoria diagnóstica.

Défices cognitivos foram relatados em alcoólicos testados enquanto sóbrios. Estes défices, geralmente, melhoram após semanas ou meses de abstinência.

Um dano mais grave na memória recente está associado a lesão cerebral específica, causada por deficiências nutricionais comuns nos alcoólicos.

CAPITULO VI – QUALIDADE DE VIDA / ANTECEDENTES DO DOENTE

O estudo sobre qualidade de vida é, decerto, um factor importante nesta síndrome, pois os hábitos e a satisfação com a vida estão alterados. A qualidade de vida está intimamente relacionada com os antecedentes do doente.

Pobreza e o isolamento social estão associados a maior risco de problemas psiquiátricos em geral. Na Criança, o abuso (físico, emocional, sexual ou negligência) também está associado a maior risco de desenvolver transtornos depressivos mais tarde na vida. Perturbações não funcionamento da família, tais como parental (especialmente materna), depressão, grave conflito conjugal ou divórcio, a morte de um dos progenitores, ou outros distúrbios de parentes são factores de risco adicionais.

Na idade adulta, eventos stressantes da vida são fortemente associados com o aparecimento de grandes episódios depressivos; um primeiro episódio é mais susceptível de ser imediatamente precedido por eventos stressantes da vida que não são recorrentes.

A relação entre os eventos stressantes da vida e de apoio social tem sido objecto de algum debate; a falta de apoio social pode aumentar a probabilidade de vida stressante e levar à depressão, ou, a ausência de suporte social pode constituir uma forma de tensão que leva à depressão directamente.

Não há provas de que a desordem social (bairro), por exemplo, devido a crime ou drogas ilícitas, seja um factor de risco, e que um bairro com alto status socioeconómico, com maior conforto, seja um factor protector.

Adversas condições no trabalho, particularmente trabalho exigente com pouca margem para a tomada de decisões, estão associados com a depressão, embora a diversidade e a confusão de factores tornem difícil a confirmação de que a relação é causal.

A depressão encontra-se associada com substanciais efeitos pessoais, físicos e económicos (Pyne e col., 1997), tendo várias investigações demonstrado a ligação entre Depressão e défices na Qualidade de Vida (Bonicatto e col., 2001; McCall e col., 1999, 2001; McIntyre, Barroso e Lourenço, 2002;)

Assumindo a qualidade de Vida como um construto que engloba componentes afectivos, cognitivos, comportamentais e físicos, podemos afirmar que a Depressão se caracteriza por distúrbios em algumas destas áreas, o que poderá explicar a razão de a Qualidade de Vida na Depressão ser pior do que em algumas desordens somáticas (Barge-Schaapveld e col., 1999)

1 - QUALIDADE DE VIDA

Pensar no conceito “qualidade de vida” parece ser algo difícil, porque cada um de nós tem a impressão de que já sabe o seu significado ou sente o que ela exprime. Isso deve-se ao facto de se tratar de um conceito que remota à Antiguidade e de ter sofrido, ao longo da História, várias transformações no seu sentido.

Talvez nenhum conceito seja mais antigo, antes mesmo de ser definido, do que “qualidade de vida”. Talvez nenhum conceito seja mais moderno do que a busca da qualidade de vida (BUARQUE, 1993).

Após a década de 60, percebeu-se que esses aspectos analisados não eram suficientes para verificar a qualidade de vida do individuo, pois esses indicadores só avaliavam a qualidade de vida objectiva e torna-se necessário avaliar a qualidade de vida percebida pela pessoa, o quanto elas estavam satisfeitas ou insatisfeitas com as suas vidas e, para isso, o individuo deveria ser questionado, era necessário ouvir os indivíduos (FARQUHAR, 1995).

Apesar de não existir uma definição universal para a expressão “qualidade de vida”, a tendência actual é adoptar a definição de saúde da OMS, bem-estar físico, mental e social, completo, e não apenas ausências de doença ou incapacidade. (RIBEIRO e GOMES, 2001).

O grupo de estudos sobre “qualidade de vida” da Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.

Nessa definição, incluem seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de dependência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual. (WHOQOL GROUP, 1995).

Essas observações fazem-nos pensar que um ganho de bem-estar e, conseqüentemente, de melhoria de qualidade de vida, vai estar relacionado com a saúde das pessoas. O ganho de bem-estar pode proporcionar a diminuição das doenças psicossomáticas relacionadas com a tristeza, melancolia, o stress, traduzindo-se em melhoria da qualidade de vida.

Na medida em que melhora a qualidade de vida, o estilo de vida torna-se saudável. Os estilos de vida saudáveis associados ao ambiente sadio, com todos os cuidados médicos e terapêuticos, são requisitos fundamentais para se ter uma boa saúde (SILVA, 1999).

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que reflectem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos. No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida existe desde o nascimento da medicina social (MINAYO, 2000).

Segundo SILVA (1999), a qualidade de vida também se aplica a pessoas doentes e diz respeito ao grau de limitação e desconforto que a doença e ou a sua terapêutica acarretam ao paciente e à sua vida.

A qualidade de vida relacionada com a saúde é a área de pesquisa que reconheceu a importância dessa dimensões psicológicas e sociais da saúde e doença, considerada, ao mesmo tempo, um parâmetro definido como saúde física e mental percebida por um indivíduo ou grupo ao longo do tempo.

A qualidade de vida relacionada com a saúde tem-se desenvolvido desde 1980 e avalia os vários efeitos que a doença e os tratamentos têm sobre a vida diária e a satisfação de vida das pessoas (MULDOON, 1998).

A qualidade de vida relacionada com a saúde é um tipo de resultado relatado pelo paciente, um termo que também inclui a avaliação subjectiva de sintomas, satisfação e adesão ao tratamento. No entanto, esse termo não possui uma definição universalmente aceite.

A definição dada à expressão qualidade de vida relacionando-a com a saúde é aferida também por muitos aspectos importantes da vida de uma pessoa; por exemplo os seus, rendimentos, a liberdade e a qualidade do ambiente, (geralmente não associados à saúde, apesar de a afectarem intimamente), o que significa considerar-se que, se uma pessoa está doente, todos os aspectos da sua vida podem estar relacionados com a saúde (GUYATT, et al.1993).

Qualidade de vida é uma expressão cada vez mais citada, sempre que se tratar da evolução e terapêutica, em diversas condições clínicas e concepções, desde a capacidade física até ao desempenho social, passando por ideias subjectivas de bem-estar e inserção satisfatória num contexto cultural.

Segundo Guimarães (1999), o real impacto na qualidade de vida do paciente não é causado pela doença ou origem da dor em si, mas sim pela intensidade e duração da dor e pelas limitações e stress gerados por ela.

Qualidade de vida na Depressão é influenciada pelo afecto (Corrigan& BUICAN, 1995), pelos sintomas físicos (Pyne, 1997 a,b) e pela satisfação na realização de actividades diárias (Goethe & Ficher, 1995),podendo estas influencias variar de momento para momento, ao longo do dia, reflectindo estados internos por vezes induzidos pelos contextos ambientais (Barge- Schaapveld e col.,1999).

O decréscimo no funcionamento igualiza e, por vezes, excede o impacto de doenças somáticas surgindo, no grupo dos doentes com Depressão, um índice elevado de co-morbilidade com doenças médicas crónicas (Rehm, 1997;Kaplan,1998).

Sturm & Wells (1995) indicam que os pacientes com depressão têm graves problemas de funcionamento físico e psicológico no quotidiano, afirmando, num dos seus estudos, que 23% dos doentes com depressão relatam que a sua saúde os compelia a permanecer na cama a maior parte do dia, pelo menos durante duas semanas, em comparação com 5% da população em geral.

Segundo alguns autores (Ramos, s/d, citado em Casquinha, 1997), a Depressão tem, na sociedade portuguesa, um impacto económico na ordem dos 246 milhões de contos, sendo estes valores relativos ao ano de 1992.

Para além dos custos com procedimentos de diagnóstico e tratamento, são conhecidos como consequências o absentismo laboral (Bedell e col., 1996), a redução da produtividade (Simon e col., 2000) e a mortalidade prematura devido à elevada taxa de suicídios em doentes depressivos.

Parece ser evidente o impacto na Qualidade de Vida que a Depressão provoca.

Ao mesmo tempo, alguns resultados indicam que a depressão continua a ter um efeito significativo após a melhoria do humor e alívio das queixas físicas ou até depois de um maior

envolvimento social, conduzindo-nos a afirmar que outras dimensões poderão estar na base das avaliações de bem-estar, tais como distorções cognitivas, interações sociais negativas ou dificuldades em lidar com factores stressantes do quotidiano (Barger-Schaapveld e col, 1999).

CAPITULO VII – PSICOPATOLOGIA E SUA RELEVÂNCIA PARA O RISCO DE COMPORTAMENTO CRIMINAL

ENQUADRAMENTO JURIDICO – PENAL DO FENÓMENO SOCIAL

1 - CRIME DE DENÚNCIA CALUNIOSA

Na legislação portuguesa as situações auto - infligidas que simulam agressão não têm enquadramento legal específico, sendo apenas puníveis no âmbito da denúncia caluniosa.

O crime de denúncia caluniosa está, assim, referenciado no artigo 365º do Código Penal, conjugado com o artigo 366 º do mesmo código e ainda com o artigo 308º do Código de Processo Penal.

Artigo 365º do Código Penal - Denúncia caluniosa

1.“*Quem, por qualquer meio, perante autoridade ou publicamente, com a consciência da falsidade da imputação, denunciar ou lançar sobre determinada pessoa a suspeita da prática de crime, com intenção de que contra ela se instaure procedimento, é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.*”

2. *Se a conduta consistir na falsa imputação de contra-ordenação ou falta disciplinar, o agente é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 120 dias.*

3. *Se o meio utilizado pelo agente se traduzir em apresentar, alterar ou desvirtuar meio de prova, o agente é punido:*

a) *No caso do n.º 1, com pena de prisão até 5 anos;*

b) *No caso do n.º 2, com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.*

4. *Se do facto resultar privação da liberdade do ofendido, o agente é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos.*

5. *A requerimento do ofendido o tribunal ordena o conhecimento público da sentença condenatória, nos termos do artigo 189.”*

Artigo 366.º do Código Penal - Simulação de crime

1. *” Quem, sem o imputar a pessoa determinada, denunciar crime ou fizer criar suspeita da sua prática à autoridade competente, sabendo que ele se não verificou, é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 120 dias.*

2. *Se o facto respeitar a contra-ordenação ou ilícito disciplinar, o agente é punido com pena de multa até 60 dias.”*

Artigo 308.º do Código de Processo Penal - Despacho de pronúncia ou de não pronúncia

1. *“Se, até ao encerramento da instrução, tiverem sido recolhidos indícios suficientes de se terem verificado os pressupostos de que depende a aplicação ao arguido de uma pena ou de uma medida de segurança, o juiz, por despacho, pronuncia o arguido pelos factos respectivos; caso contrário, profere despacho de não pronúncia.*

2.É correspondentemente aplicável ao despacho referido no número anterior o disposto no artigo 283.n.ºs 2, 3 e 4, sem prejuízo do disposto na segunda parte do n.º1 do artigo anterior.

3.No despacho referido no n.º1 o juiz começa por decidir das nulidades e outras questões prévias ou incidentais de que possa conhecer.”

No Direito, o processo está ao serviço, como Direito adjectivo, da aplicação do Direito, que por sua vez, só tem significado por se dirigir à realidade factual, isto é, a norma jurídica corresponde a uma hipótese de facto, tornada geral e abstracta, para a qual se indica um tratamento jurídico.

A decisão judicial é a meta do processo e essa decisão terá que reflectir, com certeza e segurança, a verificação de uma realidade factual à qual o Direito concede tutela e, daí, o tratamento que o Direito dá a essa realidade já transformada em fenómeno jurídico.

Se a decisão parte de uma realidade concreta, significa que a factualidade que se vê corresponde ao conjunto de factos que efectivamente aconteceram na realidade social - há coincidência entre o ser social e o ser jurídico - não restando dúvidas sobre tal coincidência; é a questão da verdade que tem de ser absoluta enquanto espelho do que se passou, mas relativa, por estar sujeita à relatividade do conhecimento humano; quer dizer, a verdade que a decisão contém, só possui de relativo o que não pode deixar de ser relativo no conhecimento humano. No mais, exige-se certeza e segurança sobre o que foi, tal como foi.

A certeza é, portanto, um acto intelectual pelo qual se reconhece sem reservas a verdade de uma realidade factual objectiva.

Para a busca da certeza, o processo penal propõe dois métodos, no sentido de caminho para o conhecimento da verdade dos factos: um primeiro juízo de probabilidade seguido de um juízo de comprovação.

O juízo de probabilidade é aquele que já propunha o Direito romano: provável era aquilo que, segundo as aparências, pode ser declarado como verdadeiro ou certo. Esta visão de

probabilidade tem de ser gradualista, ter vários graus, consoante a sua maior ou menor proximidade da certeza conforme se vai estabelecendo a comprovação das aparências.

Se a tentarmos que o juízo citado no art. 308 do código Penal, é um juízo de probabilidade de no futuro se verificarem os pressupostos para a aplicação, ao arguido, de uma pena, ou uma medida de segurança – teremos que os indícios são as aparências, tidas estas, numa concessão indutiva confirmativa de Carnap, como um conjunto de dados de facto cuja comprovação se afigura como seguramente verificável (leia-se também Cavaleiro Ferreira, Curso de Processo Penal, 1956. Reimp., II, 279 e s).

A comprovação para que tende o juízo de probabilidade, não será assim uma intuição da verdade, uma demonstração, mas outro sim, uma revelação de evidências, uma demonstração da certeza das aparências, dos indícios.

Para tal o art.308, citado, refere-nos indícios suficientes, enquadrando o grau de probabilidade numa noção quantitativa – suficiente, como o que chega, o que basta - e também qualitativa - o que está apto, o que tem potencialidade.

Mas os factos da realidade que o direito releva, quer como aparências ou indícios, quer como comprovados ou demonstrados, são os juridicamente relevantes, o que significa que, dos factos sociais, haverá que dar relevo àqueles que estão normalizados, os que são tidos como fenómenos jurídicos.

No Direito Penal ,os factos juridicamente relevantes são os que permitem integrar o fenómeno social definido, previamente, como crime. Como ensina Cavaleiro Ferreira, os factos sociais juridicamente relevantes são factos principais, factos concretos, factos internos que se referem à formação da vida psíquica, como a intenção, a previsibilidade, o erro, a propensão. Os factos próximos, factos típicos, são os que se encontram descritos na norma e sem os quais a situação não se caracteriza como relevante para o direito penal.

Se todos os factos acima indicados são importantes quer para encontrar os indícios quer para a comprovação desses indícios, nunca poderão ser suficientes os indícios se não forem encontrados aparências dos factos típicos, sem as quais não pode haver crime.

Consequentemente, o juiz para poder pronunciar, nos termos do disposto no art.308 do Código de Processo Penal, terá de ver recolhidos factos que, pertencentes aos elementos típicos do crime, sejam os suficientes para permitir um juízo de que estes factos serão comprovados e levarão à aplicação ao arguido de uma pena ou medida de segurança.

Impõe-se, por tal, a quem tem de fazer este juízo de probabilidade, encontrar na norma os factos que, abstractamente, descrevem a conduta tida como crime, isto é, os elementos fundamentais do crime.

Neste caso, o crime de denúncia caluniosa, art.365 nº1 do Código Penal, contém elementos típicos do crime que são:

- **A conduta:** denunciar ou lançar suspeita, por qualquer meio - as expressões denunciar e lançar suspeitas enquadram a comunicação, com recurso á linguagem oral ou escrita, de factos, susceptíveis de criar, reforçar a suspeita da prática de acto ilícito (cf. Costa Andrade, Comentário TIII, 530 e SS.).

- **Sujeito passivo:** pessoa determinada – a acção terá de recair sobre outra pessoa, concretamente identificada ou identificável.

- **Objecto da conduta:** factos correspondentes a crime - serão factos idóneos para provocarem perseguição criminal.

- **Destinatários da acção:** a denúncia ou a suspeita serão feitas perante autoridade ou publicamente.

- **O elemento subjectivo:** o dolo, revelado pela consciência da falsidade da imputação e na intenção de que contra o sujeito passivo se instaure procedimento.

A acção penal está dependente, a maioria das vezes, da notícia do crime trazida por simples cidadãos, por aqueles que se consideram ofendidos, por pessoas que consideram violados os seus direitos.

O facto de se não conseguir indícios para a acusação, ou mesmo não serem comprovados os factos denunciados, não implica, por si só, que o arguido, tenha agido com dolo, na forma como acima se indicou.

A denúncia caluniosa é um crime grave, que assenta na consciência da falsidade, no propósito de sujeitar outrem a procedimento criminal. Este tipo de crime é, normalmente, embora não necessariamente, perpetrado por agentes com elevado nível de conhecimento, distorcida inteligência, e com inconfessáveis fins.

No crime de denúncia caluniosa previsto no art. 365 do código penal, é necessário, para o preenchimento do elemento objectivo do tipo, que a denúncia seja, no seu conteúdo essencial, falsa.

Segundo o Professor Manuel Costa Andrade (comentário Conimbricense do Código Penal, tomo III. P.536 e segs), o legislador português, na formulação que adoptou aderiu à doutrina da inculpação, da qual decorre que o tipo objectivo só estará preenchido quando, comprovadamente, a pessoa denunciada não tiver cometido o facto por que o agente pretende vê-la perseguida.

Trata-se, por outro lado, de um ilícito só punível a título de dolo, o qual é qualificado por duas exigências cumulativas: o agente terá de actuar “com a consciência da falsidade da imputação” e, complementarmente, terá de o fazer “com a intenção de que contra ela se instaure procedimento”, sendo que a consciência da falsidade significa que, no momento da acção, o agente conhece ou tem como segura a falsidade dos factos objecto da denúncia ou suspeita.

O art.308 nº1 e nº2 do Código de Processo Penal, faz depender a pronúncia do arguido de se terem recolhido indícios suficientes, de se terem verificado os pressupostos de que depende a aplicação ao arguido de uma pena ou de uma medida de segurança. Caso contrário, não há pronúncia.

A incriminação da denúncia caluniosa protege directa, imediata e simultaneamente o interesse da administração da justiça e a consideração e honra da pessoa denunciada, a qual a lei quis especialmente, também, proteger.

A lei, no caso, tutela tanto a boa administração da justiça, quanto o indivíduo. Por sua vez, o acórdão fundamento exprimiu-se, basicamente, no sentido de que: *”Diz-se ofendido em processo penal unicamente a pessoa que, segundo o critério que se retira do tipo preenchido pela conduta criminosa, detêm a titularidade do interesse jurídico-legal por aquela violado ou posto em perigo; v. Figueiredo Dias, Direito Processual Penal, vol.I, pp.505 e seguintes.*

O crime de denúncia caluniosa imputado ao arguido (...) previsto e punível no artigo 365º do CP, acha-se integrado no título v, Dos crimes contra o Estado, capítulo III ”Dos crimes contra a realização da justiça.” *Trata-se de um crime de natureza pública, cuja perseguição compete ao Ministério Público. O bem jurídico protegido, o interesse imediato que a lei penal quis proteger com a incriminação, é a boa administração da justiça, que mais não é que o bem jurídico especialmente protegido com a incriminação. Assume-se um interesse predominantemente público (...) pelo que se não pode conceber um ofendido particular, no sentido estrito que vigora em matéria especificamente penal. Os interesses meramente pessoais são aqui protegidos, reflexa ou indirectamente. Com as condutas que preenchem o tipo legal ao artigo 365º, é violado o interesse do Estado em que o procedimento seja desencadeado e instaurado com base em denuncia ou suspeita séria e fundada, o interesse do Estado em que a máquina da administração da justiça seja abusivamente posta em marcha; em suma, repete-se o interesse público da boa administração e realização da justiça. Não se duvida que os falsamente denunciados possam sofrer prejuízos e, assim, ser vítimas de tais condutas, “ofendidos” por elas. Certo é que neste tipo legal não se protege “principalmente o interesse dos acusados contra o prejuízo resultante de imputações maliciosas” (...)*

Conformando-se antes, os particulares ofendidos num sentido amplo – o que, aliás, é reconhecido, implicitamente, nos nºs 4 e 5 da mencionada disposição legal. Aqui, quando a lei utiliza o termo ofendido fá-lo numa acepção ampla, de vítima, prejudicado, lesado, já não no sentido restrito do citado artigo 68,nº 1, do CPP.

Face à norma, o ofendido pode constituir-se assistente sempre que a ofensa aquela esteja compreendida na esfera de protecção da incriminação. Ofendido/assistente é «a pessoa que, segundo o critério que se retira do tipo preenchido pela conduta criminosa, detém a titularidade do interesse jurídico-legal por aquela violado ou posto em perigo».

«Não é ofendido qualquer pessoa prejudicada com o crime; ofendido é somente o titular do interesse que constitui objecto da tutela imediata pela incriminação do comportamento que o afecta. O interesse jurídico mediato é sempre o interesse público, o imediato é que pode ter por titular um particular».

Caso a incriminação proteja uma pluralidade de bens jurídicos de nada releva na matéria equacionar a importância relativa de cada um desses bens, pois condição necessária e suficiente à constituição do ofendido como assistente é que a ofensa daquele ponha em causa um dos bens jurídicos que a incriminação pretende salvaguardar.

Quanto a tipos de ilícitos que protegem não apenas um interesse supra - individual, mas também interesses pessoais, deve admitir-se como ofendidos (embora com cuidados e o espírito restritivo necessários) os titulares individuais.

Chegados aqui, importa ora saber se a pessoa concreta indicada como injustamente denunciada encontra tutela jurídico - penal no crime de denúncia caluniosa, que o mesmo é dizer que está agora em causa apurar se a personalidade moral do caluniado é um bem jurídico tutelado pela incriminação da denúncia caluniosa.

Relativamente ao crime de denuncia caluniosa este tipo de ilícito encontra-se previsto no artigo 365.º do Código Penal, (com referencia a este Código), o citado preceito legal está inserido no respectivo capítulo III, «Dos crimes contra o Estado», do livro II, «Parte especial».

Aquela inserção denota que o bem jurídico protegido com a incriminação da denúncia caluniosa é, desde logo, a realização da justiça. E, substancialmente, assim se deve entender.

Naquele quadro normativo, sendo caluniador e caluniado pessoas diversas, com a apontada incriminação pretende-se necessariamente salvaguardar a eficácia da justiça e, por isso, a realização desta.

Visa-se que os meios da justiça penal sejam justamente direccionados para a protecção de bens jurídicos constitucionalmente relevantes e só nessa direcção, o que não sucede sempre que a denuncia, participação ou suspeita constitui uma calúnia.

O direito de participação próprio de um Estado de direito material pressupõe, além do mais, uma cidadania responsável, o que não sucede com o caluniador, que, desde logo, afronta a realização da justiça, um dos desideratos daquele Estado e, por isso, bem supre – individual que importante salvaguardar, constituindo a incriminação da denúncia caluniosa uma forma de tutela desse bem. Entender o contrário seria como que considerar a denúncia caluniosa como uma difamação agravada, o que não parece ter sido propósito legislativo, atendendo a inserção sistemática referenciada. A realização da justiça não se esgota, contudo, na esfera de protecção da incriminação da denúncia caluniosa.

Com ela protege-se igualmente o bom nome, a honra e consideração do caluniado.

Salvaguarda-se, pois, a personalidade moral, dignificando-se a pessoa, valor essencial, com expressa consagração constitucional.

Com efeito, o direito à integridade moral, e em particular ao bom nome e à reputação, encontra expressão nos artigos 25.º e 26.º da nossa lei fundamental, o que lhe confere uma dimensão axiológica.

«Na sua expressão mais simples a protecção da integridade [...] moral consiste no direito a não agressão ou ofensa ao [...] espírito, por quaisquer meios [...] Consagra-se, assim, uma tutela constitucional firme [...] contra violações do direito à integridade moral consubstanciadas, designadamente, em quaisquer formas de denegrir a imagem ou o nome de uma pessoa», sendo que «o direito ao bom nome e à reputação tem um alcance jurídico amplíssimo, situando-se no cerne da ideia de dignidade da pessoa.

A relevância constitucional da tutela do bom nome e da reputação legítima a criminalização de comportamentos como a calúnia». Do ponto de vista da tutela normativa, enquanto tipo de ilícito no nosso quadro jurídico-legal, a denúncia caluniosa assume, pois, uma natureza pluridimensional.

A incriminação em presença protege quer a realização da justiça quer o bom nome, a honra e consideração do caluniado. A constituição de assistente no crime de denúncia caluniosa do exposto, resulta que podem constituir-se assistentes os que forem titulares do interesse especialmente protegido pela incriminação.

Decorre, ainda, que o caluniado é titular de um dos interesses que a lei especialmente protege com o crime de denúncia caluniosa. Em consequência, o alegadamente caluniado pode constituir-se assistente em procedimento criminal relativo ao crime de denúncia caluniosa, instaurado contra o indiciado como seu caluniador.

Se este, ao mesmo tempo que afronta a realização da justiça ofende a integridade moral do caluniado, o qual é pessoa diversa daquele, num Estado de direito material importa que se confira ao caluniado o direito de intervenção processual penal na salvaguarda da sua integridade moral, direito que se há-de concretizar, desde logo, na possibilidade da sua constituição como assistente, termos em que cumpre fixar jurisprudência.

Como incriminação «irrequieta», na expressão de Herdegen, referida por Costa Andrade no Comentário Conimbricense do Código Penal, parte especial, t. III, p. 519 - qualificativo que pretende dar a ideia da sua mutação, quer no tempo, quer no espaço geopolítico, o que revela a sua íntima conexão com concepções filosófico-políticas -, o mencionado tipo de ilícito encontrava-se previsto nos artigos 245.º do Código Penal de 1852 e do Código Penal de 1888, assim como 408.º do Código Penal de 1982.

No direito português vigente tudo concorre a favor da interpretação que erige os interesses individuais em bem jurídico típico, reservando aos valores da realização da justiça (eficácia, autoridade, legitimação) uma tutela reflexa ou complementar.

2 - CRIME DE BURLA RELATIVA A SEGUROS

As lesões provocadas por indivíduo com perspectiva de obtenção de lucro, integradas na categoria do comportamento auto-infligido, incluem-se nos acidentes simulados como tentativa fraudulenta de obter uma compensação por parte de uma companhia de seguros.

Assim, o enquadramento legal, no sistema Português faz-se através do Código Penal no artigo 219º, livro II- Parte Especial, Título II- Dos crimes contra o património, Capítulo III- Dos crimes contra o património em geral.

Artigo 219º- Burla relativa a seguros

1- *“Quem receber ou fizer com que outra pessoa receba valor total ou parcialmente seguro:*

a) Provocando ou agravando sensivelmente resultado causado por acidente cujo risco estava coberto; ou

b) Causando, a si próprio ou a outra pessoa, lesão da integridade física ou agravando as consequências de lesão da integridade física provocada por acidente cujo risco esteja coberto;

é punido com pena de prisão até três anos ou com pena de multa.

2- *A tentativa é punível.*

3- *O procedimento criminal depende de queixa.*

4- *Se o prejuízo patrimonial provocado for:*

de valor elevado, o agente é punido com pena de prisão até cinco anos ou com pena de multa até 600 dias;

de valor consideravelmente elevado, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos.”

5- *É correspondentemente aplicável o disposto no artigo 206.º*

A Boa Fé é uma característica fundamental do contrato de seguro, na medida em que a relação entre segurado e Seguradora se baseia na mútua confiança. Quando essa se quebra, fica o caminho aberto para a fraude.

Fraude aos seguros, é toda a acção ou omissão voluntária de qualquer dos intervenientes na celebração de contrato de seguro ou num processo de sinistro, tendente a levar a Companhia a cobrar um prémio inferior ao devido e/ou pagar importâncias que não devia, com o objectivo de conseguir ou potenciar benefícios ilegítimos, próprios ou alheios.

Tal conceito tem pois por base três elementos essenciais:

- . Uma infracção dos princípios consignados na apólice ou na Lei;**

- . Uma atitude de má-fé de modo a induzir a Companhia a cobrar um prémio inferior ao devido ou a efectuar pagamentos que, em circunstâncias que não envolvessem fraude, não seriam efectuados;**

- . A intenção de conseguir, através de acção ou omissão voluntárias, um enriquecimento indevido.**

Ora, se o benefício económico ilegítimo se assume como o elemento com maior impacto, em boa verdade, a má-fé é o elemento que nos permite distinguir os casos de fraude dentro de todas as situações que conduzem à exclusão de pagamentos por parte das Seguradoras.

Porém nem sempre essa distinção é clara e, por isso, as Seguradoras devem adoptar uma atitude preventiva, esclarecendo devidamente o cliente acerca das razões pelas quais não irá liquidar o valor pretendido pelo cliente em caso de sinistro, ou terá reajustar o valor do prémio quando a irregularidade se detecta na contratação.

Quando se fala na fraude aos seguros, regra geral essa é associada ao sinistro, contudo, este não é o único canal de obtenção de benefícios ilegítimos no sistema segurador.

A fraude aos seguros é, por isso um conceito genérico que abarca diferentes situações e, acima de tudo, comportamentos que respeitam os três elementos acima identificados.

Em termos legais, não se encontra tipificado o crime de fraude aos seguros, sendo a actividade dos seus autores enquadrada em um ou mais tipos de crime como a Burla simples, Burla aos seguros, Burla qualificada, simulação de crime, falsificação de documento, entre outros.

Esta diversidade de crimes, demonstra claramente a versatilidade da fraude, a constante transformação/adaptação a novas circunstâncias dependendo da imaginação, oportunidade e engenho dos seus autores.

O contexto socioeconómico em que cada individuo se encontra integrado é, sem dúvida, fundamental. Numa altura em que a crise económica atinge de forma violenta uma sociedade, as pessoas acabam por arriscar tudo por tudo e recorrem a comportamentos incorrectos para obter o financiamento que necessitam, seja para obterem um tratamento médico de que necessitam ou mesmo uma indemnização indevida.

As Seguradoras acabam por ser assim um alvo fácil, até porque reina um sentimento de impunidade que convida mesmo os mais receosos a tentar. Afinal, o que lhe pode acontecer: a Seguradora recusar o pagamento e, quando muito, anular a apólice. É pouco, face ao prejuízo que tem do outro lado!

No mundo ideal, o cidadão recusar-se-ia a defraudar uma Seguradora não pelo receio de ser apanhado, mas porque está incorrecto. Seria pois uma questão de integridade e não de reputação.

No mundo actual, as Seguradoras acabam por ter de apresentar queixas-crime dos casos detectados de forma a reduzir esse sentimento de impunidade e, simultaneamente, adoptar uma atitude transparente para com os seus clientes e sensibilizadora do impacto da fraude aos seguros no cidadão comum.

Esta é, aliás, uma mudança fundamental na forma como as Seguradoras encaram o problema da Fraude, já que a inexistência de controlo eficiente por parte das Seguradoras e o conhecimento profundo dos mecanismos e procedimentos das Seguradoras, acabam por ser algumas das razões que levam alguém a cometer fraude.

Daí que, quando nos referimos a autores de fraude, não se possa falar em classes sociais, zonas geográficas ou outros conceitos mais ou menos delimitadores. Na realidade, a fraude é transversal, pode ir desde o cliente ao funcionário da Seguradora, passando por intervenientes do sinistro, médicos, oficinas, reparadores em geral, peritos, agentes, entre outras.

Podemos contudo tentar traçar o perfil do defraudador e, entre muitas outras definições, encontramos três tipos fundamentais:

- OPORTUNISTA OU INFLACIONISTA - Tenta tirar vantagem do sinistro, exagerando os danos, com o intuito de obter um valor mais alto de indemnização;
- PROFISSIONAL – Actua, por norma, sozinho, procura acordo com gestor de sinistro com o intuito de evitar o recurso ao Tribunal, aceitando acordos bastante inferiores ao reclamado;
- ASSOCIAÇÃO CRIMINOSA - Grupos organizados que se dedicam a actividades ilegais, envolvendo esquemas de fraude não só a Seguradoras.

Se, durante muito tempo, se pensou que o defraudador português se enquadraria no conceito de oportunista ou inflacionista e se tolerou de forma mais ou menos consciente esta fraude justificando sempre com a má imagem que a sociedade portuguesa tinha das Seguradoras, hoje, temos consciência que, cada vez mais, encontramos casos do defraudador profissional e de associações criminosas e o seu combate já não pode ser feito de forma empírica e voluntariosa!

O combate à fraude assume-se, por isso, como uma preocupação comum a todas as Seguradoras no mercado, as quais, conscientes desta evolução da fraude se preocupam não só em punir a fraude mas, sobretudo, evitar esta através de acções de prevenção.

Naturalmente que o objectivo final é, muitas vezes, obter uma indemnização em virtude de um sinistro participado. Mas se esse filtro for feito logo à partida, no momento da contratação os custos serão necessariamente inferiores (nulos), já que em caso de sinistro, muitas vezes, existe a consciência de que se trata de fraude, mas não há prova da mesma, por se ter facilitado algum procedimento na contratação ou no processo de regularização do sinistro.

Regra geral, as fraudes mais frequentes no sinistro são:

- **Enquadramento do sinistro nas coberturas da apólice (por exemplo, através da alteração de intervenientes, local, data ou circunstâncias)**
- **Sinistros fictícios ou simulados e planeados**
- **Aproveitamento de danos**

3 - IMPUTABILIDADE: A INTERFACE PSIQUIATRIA FORENSE /DIREITO PENAL

Por Psiquiatria Forense entende-se o conjunto dos acontecimentos e técnicas da Psiquiatria e suas ciências básicas, destinadas ao esclarecimento de questões de Direito.

A perturbação psiquiátrica é, sem dúvida, aquela que se afasta mais da norma (Matos e Col., 2003). É o paradigma psiquiátrico que atribui a quem dela padece um carácter único de não pertença do pensamento e, desde logo, a privação da liberdade psíquica do indivíduo (Vieira, 2002), com todas as implicações legais inerentes a esse facto, mais concretamente ao nível criminal.

A Psiquiatria Forense relaciona-se, habitualmente, com a sua autonomia específica médico-legal, com a regulamentação jurídica do Internamento Compulsivo por decisão judicial e com os Direitos Penal, civil e do Trabalho.

O universo das Perícias Médico-legais Psiquiátricas tem por base a:

- **Avaliação da imputabilidade** (Critério de exclusão: inimputabilidade em razão de anomalia psíquica, Art.20º do Código Penal).

Artigo 20.º Inimputabilidade em razão de anomalia psíquica

1 – “É inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento de prática do facto, de avaliar a ilicitude desde ou de se determinar de acordo com essa avaliação.

2 – Pode ser declarado inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica Grave, não accidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída.

3 – *A comprovada incapacidade do agente para ser influenciado pelas penas pode constituir índice da situação prevista no numero anterior.*

4 – *A imputabilidade não é excluída quando a anomalia psíquica tiver sido provocada pelo agente com intenção de praticar o facto”.*

- Avaliação da perigosidade (Art.91º do Código Penal).

Artigo 91.º - Pressupostos e duração mínima

1 – *“ Quem tiver praticado um facto ilícito típico e for considerado inimputável, nos termos do art. 20º, é mandado internar pelo tribunal em estabelecimento de cura, tratamento ou segurança, sempre que, por virtude da anomalia psíquica e da gravidade do facto praticado, houver fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie.*

2 – *Quando o facto praticado pelo inimputável corresponder a crime contra as pessoas ou a crime de perigo comum puníveis com pena de prisão superior a 5 anos, o internamento tem a duração mínima de três anos, salvo se a libertação se revelar compatível com a defesa da ordem jurídica e da paz social.”*

-Avaliação do estado Psíquico da vítima (Art.165º do Código Penal).

Artigo 165.º - Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência

1 – *“ Quem praticar acto sexual de relevo com pessoa inconsciente ou incapaz, por outro motivo, de opor resistência, aproveitando-se do seu estado ou incapacidade, é punido com pena de prisão de seis meses a oito anos.*

2 - *Se o acto sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, o agente é punido com pena de prisão de dois a dez anos.”*

- Perícia sobre a personalidade (Art.160º do Código de Processo Penal.)

Artigo 160.º - Perícia sobre a personalidade

1 – *“Para efeito de avaliação da personalidade e da perigosidade do arguido pode haver lugar a perícia sobre as suas características psíquicas independentes de causas patológicas,*

bem como sobre o seu grau de socialização. A perícia pode revelar, nomeadamente para a decisão sobre a revogação da prisão preventiva, a culpa do agente e a determinação da sanção.

2 – A perícia deve ser deferida a serviços especializados ou, quando isso não for possível ou conveniente, a serviços de reinserção social ou a especialistas em criminologia, em psicologia, em sociologia ou em psiquiatria.

3 – Os peritos podem requerer informações sobre os antecedentes criminais do arguido, se delas tiverem necessidade. “

A Psiquiatria Forense tem em si objectivos que vão muito para além da realização de diversas perícias médico-legais; inclui hoje, necessariamente, um conjunto de práticas também terapêuticas: de inimputáveis como medida de segurança, dos internados preventivamente, dos doentes sujeitos a tratamento compulsivo e de apoio terapêutico em meio prisional.

- Prisão Preventiva (Artigo 202º do Código de Processo Penal)

Artigo 202º - Prisão Preventiva

“Se considerar inadequadas ou insuficientes, no caso, as medidas referidas nos artigos anteriores, o juiz pode impor ao arguido a prisão preventiva quando:

Houver fortes indícios de prática de crime doloso punível com pena de prisão de máximo superior a três anos; ou

Se tratar de pessoa que tiver penetrado ou permaneça irregularmente em território nacional, ou contra a qual estiver em curso processo de extradição ou de expulsão.

2- Mostrando-se que o arguido a sujeitar a prisão preventiva sofre de anomalia psíquica, o juiz pode impor, ouvido o defensor e, sempre que possível, um familiar, que, enquanto a anomalia persistir, em vez da prisão tenha lugar internamento preventivo em hospital psiquiátrico ou outro estabelecimento análogo adequado, adoptando as cautelas necessárias para prevenir os perigos de fuga e de cometimento de novos crimes. “

Segundo Maria João Antunes *“Apesar do facto do agente inimputável em virtude de anomalia psíquica ter sido inicialmente visto como mero facto desencadeador da aplicabilidade da medida de segurança de internamento, quer pelos positivistas quer pelos clássicos, as*

consequências deste entendimento acabam por ser bem distintas quando analisamos as características daquele a partir de uma um de outra posição, sendo afinal meramente aparente o encontro de Escolas. Ou melhor um encontro que afinal se limita a uma mesma concepção do facto do agente inimputável – a concepção do facto desencadeador – e não a uma mesma caracterização deste, na medida em que quer um, quer outros, partem de construções do crime distintas assim propomo-nos demonstrar que a caracterização concreta do facto do agente inimputável em virtude de anomalia psíquica decorre directamente da posição previamente assumida em sede de construção do crime, nomeadamente depois de se ter decidido a inserção da imputabilidade no conceito do crime (como pressuposto ao elemento da culpa) ou fora dele (como condição da prática de um crime ou como condição da aplicação da pena), importando ter sempre presente de forma autónoma, o próprio nível de desenvolvimento e de elaboração da doutrina geral do crime.”

Segundo Figueiredo Dias conclui-se que *“Se as situações de inexigibilidade são tais que não permitem, em geral, a atribuição do facto à pessoa do agente, então também elas serão absolutamente inidóneas para, na sua base, se aferir da perigosidade ou ausência de perigosidade do agente. Dito de outra forma, porventura ainda mais directa: se as coisas fossem assim, as razões que conduzem a que se não possa nem deva indagar da perigosidade se o agente não cometeu um ilícito típico (v. g., porque actuou a coberto de uma causa de justificação), seria, em último termo, as mesmíssimas razões que conduzem a que tal não deva ser possível também quando o agente actuou a coberto de um estado de necessidade desculpante. Porque, num caso como noutro o facto praticado não pode ser atribuído à pessoa do agente, não pode, se se preferir, ser imputado à sua responsabilidade.”*

Antes de ser averiguada a culpa do agente que praticou um facto ilícito típico, importa saber se o agente é responsável pelo facto, o que se verifica quando, apesar das circunstâncias objectivas externas que condicionam o comportamento do agente – circunstâncias que acabam por existir sempre -, este é ainda resultado de uma decisão tomada numa situação de motivação média.

Ao invés, o agente não é responsável pelo facto se se concluir que as circunstâncias externas excluíram a situação de motivação normal de que parte o direito penal. Só se pode responsabilizar alguém pela prática de um facto quando este é realmente um facto seu, o que

não acontece quando para a formação da vontade do agente contribuíram factores externos, que foram tão decisivos que, apesar de se poder falar de uma acção, não pode afirmar-se que tal acção corresponda à personalidade do agente.

O facto como pressuposto, segundo Figueiredo Dias: *“ao assinalar ao facto ilícito praticado pelo agente inimputável em virtude de anomalia psíquica também o papel de co-fundamento e limite da medida de segurança de internamento, segundo o autor inscreve-se na linha daqueles autores para quem o facto, condição da imposição da sanção, deve ser encarado como facto pressuposto procedendo à caracterização deste por recurso ao critério da transposição das características do crime do agente imputável para o facto do agente inimputável. Tudo se tornando particularmente evidente quando, afirma: exacto é que a pratica do ilícito – típico cabe uma dupla função: por um lado, a de elemento indiciador da perigosidade, por outro lado, a de co-fundamento e limite (...) de aplicação da medida de segurança. Neste sentido pode e deve-se afirmar que a concepção mais moderna da medida de segurança obriga à sua referência ao facto praticado, num sentido paralelo (se bem que não igual) aquele em que a mesma afirmação se faz relativamente à pena. Mais esclarece: pressuposto de aplicação de uma medida de segurança de internamento é a prática, pelo inimputável, não de um mero ilícito – típico, mas de um facto criminoso, com ressalva de todos os elementos que pertençam à categoria da culpa ou dela decorram.”*

A prática pericial não é a prática de relação do doente tradicional. Quando o médico é solicitado a proceder a uma avaliação cujo resultado tem implicações legais, a sua relação com o doente toma uma feição própria, distinta da habitual. A pessoa em causa que, aliás, pode não estar propriamente doente, deve ser informada do propósito do exame.

O médico deve elaborar o relatório ou parecer de acordo com a sua consciência, sem subterfúgios, mesmo que o esteja a fazer a pedido de uma das partes

Aqui, o exame não pretende estabelecer terapêutica e, muitas vezes, não existe relação terapêutica, mas sim o destino do examinado. Na prática pericial existe complexidade e especificidades no trabalho de entrevista que se executa: as questões do segredo médico, ética médica e relação médico doente.

Mas há examinandos que se apercebem de contexto pericial e não colaboram ou até recorrem à simulação, que em Psiquiatria Forense não é raro e muitos manipulam as coisas a seu favor.

Existem examinandos que vão ser simpáticos e estudam a patologia, simulam anomalias psíquicas. Nem sempre é fácil, pois neste contexto não existem exames complementares de diagnóstico, para saber se são verdadeiras as alucinações, a depressão grave ou a mania.

É importante socorrer-nos de outras fontes de informação, como a Família, amigos, o meio, serviços clínicos e serviços sociais. Mesmo assim, sem chegar à simulação pode haver reservas, mal-entendido e desconfiança na colaboração. É esta a complexidade e especificidade do trabalho.

Se o perito tiver dúvidas deve apresentá-las no relatório, embora correndo riscos aumentados de ir a tribunal, mas é este o caminho de aplicação da justiça e não é possível chegar à conclusão definitiva.

Quanto à preocupação psiquiátrica Forense, não pode o perito ser alguém que perdeu a prática clínica ou que não percebe de psiquiatria. Esta preocupação é fundamental e indispensável.

Quanto ao segredo Médico, não há ética médica, mas pode ser necessário explicar ao examinado as regras do jogo; isto é, que o exame é para produzir um relatório para apresentar ao Juiz. A avaliação pode ter por fim determinar as consequências para a saúde mental de um acidente, ou grau de incapacidade para fins de segurança social, mas existem, além dessa, no caso do doente psiquiátrico, outras situações específicas que importa abordar com mais pormenor.

A determinação da imputabilidade penal do doente psíquico incide sobre a sua capacidade para entender a ilicitude dos comportamentos e agir de acordo com esse conhecimento. O inimputável não pode ser trazido a júízo para responder pela prática de um crime. A noção de imputabilidade atenuada, a atribuir aos indivíduos que, embora capazes de responder pelos seus actos, sofrem de perturbação psíquica que pode afectar o seu comportamento, não faz muito sentido. A apreciação é sempre retrospectiva, envolve um júízo de probabilidade, e não deve, portanto, dar lugar a uma formulação absoluta.

A avaliação da perigosidade é geralmente um complemento da anterior e tem em vista a eventual adopção pelo tribunal de medidas especiais de segurança. A opinião sobre perigosidade não deve ser mera conjuntura teórica, deduzida do diagnóstico, antes deverá fundamentar-se em comportamentos efectivamente assumidos pelo indivíduo em causa. Não se está a julgar doenças mas sim pessoas.

Perigosidade, é um termo carregado de uma conotação negativa mesmo que o doente seja inofensivo. É uma questão subjectiva delicada e é também uma questão jurídica e social que médico, psiquiatra e psicólogo têm que conjugar para um trabalho qualitativo em Psiquiatria Forense, onde a autonomia técnica e científica não existe só para tratar mas para avaliar e reabilitar.

É preciso reflexão e prática interdisciplinar, elucidação dos riscos associados a doenças mentais na defesa das medidas de tratamento indicadas e riscos dos internamentos prolongados, na procura de soluções de equilíbrio, salvaguardando a defesa dos direitos dos doentes, quer individuais quer da Sociedade.

É muito difícil o perito ter uma ideia não subjectiva das transacções subjectivas do examinando que irão ocorrer no futuro. Na equipa multidisciplinar haverá um grau de acordo escasso, mas também entre profissionais do mesmo meio ainda o grau de acordo será limitado, porque há uma dimensão subjectiva de avaliação desta matéria. Logo, é limitada a fiabilidade para um juízo deste tipo.

Num crime de fraude é difícil manter uma certa neutralidade na avaliação do criminoso o perito pode deixar-se influenciar e a neutralidade pericial pode ser subvertida e pode perder-se, assim, a objectividade. A compreensão tem tanto que ir para as vítimas como para o examinando, não subjectivando demasiado este tipo de contexto. Embora não seja possível eliminar a subjectividade, é possível controlá-la.

“O exame pericial destina-se a avaliar da imputabilidade e perigosidade do arguido que deve ser prevenido de que tudo o que disser será registado e é contra a deontologia médica procurar se o arguido cometeu ou não o crime de que é acusado. O perito apenas tem de pronunciar-se sobre a existência de doença mental, imputabilidade e perigosidade.” (Pedro Polónia).

Internamento de imputáveis portadores de anomalia psíquica - Artigo 104.º do Código Penal

Artigo 104.º do Código Penal - Anomalia psíquica anterior

1 – “Quando o agente não for declarado inimputável e for condenado em prisão, mas se mostrar que, por virtude de anomalia psíquica de que sofria já ao tempo do crime, o regime dos estabelecimentos comuns lhe será prejudicial, ou que ele perturbará seriamente esse regime, o tribunal ordena o seu internamento em estabelecimento destinado a inimputáveis pelo tempo correspondente à duração da pena.

2 - O internamento previsto no número anterior não impede a concessão de liberdade condicional nos termos do artigo 61.º, nem a colocação do delinquente em estabelecimento comum, pelo tempo de privação da liberdade que lhe faltar cumprir, logo que cessar a causa determinante do internamento”.

Artigo 105.º do Código Penal - Anomalia psíquica posterior

1 – “Se uma anomalia psíquica, com os efeitos previstos no n.º 1 do artigo 91.º ou no artigo 104.º, sobrevier ao agente depois da prática do crime, o tribunal ordena o internamento em estabelecimento destinado a inimputáveis pelo tempo correspondente à duração da pena.

1 - Ao internamento referido no número anterior, resultante de anomalia psíquica com os efeitos previstos no artigo 104.º, aplica-se o regime previsto no n.º 2 desse artigo.

2 - O internamento referido no n.º 1, resultante de anomalia psíquica com os efeitos previstos no n.º 1 do artigo 91.º, é descontado na pena. É correspondentemente aplicável o disposto nos n.º 2, 3, 4 e 5 do artigo 99.º “

Artigo 106.º do Código Penal - Anomalia psíquica posterior sem perigosidade

1 – “ Se a anomalia psíquica sobrevinda ao agente depois da prática do crime não o tornar criminalmente perigoso, em termos que, se o agente fosse inimputável, determinariam o seu internamento efectivo, a execução da pena de prisão a que tiver sido condenado suspende-se até cessar o estado que fundamentou a suspensão.

2 - É correspondentemente aplicável o disposto nos n.º 3 e 4 do artigo 98.º

3 - A duração da suspensão é descontada no tempo da pena que estiver por cumprir, sendo correspondentemente aplicável o disposto nos n.º 2, 3, 4 e 5 do artigo 99.º

4 - O tempo de duração da pena em que o agente foi condenado não pode em caso algum ser ultrapassado. “

3.1 - PSIQUIATRIA FORENSE E INTERNAMENTO COMPULSIVO

O doente psíquico representa, muitas vezes, um caso especial do enfermo sem competência para decidir: aqui ele tende a recusar precisamente aquele tratamento que lhe poderia restabelecer a saúde mental. Impõe-se então, no seu interesse e no da comunidade, tratá-lo sem a sua colaboração e, mesmo se necessário, compulsivamente.

Normalmente, isso é feito em regime de internamento, mas pode sê-lo também noutros contextos, como, por exemplo, quando a família ministra ao doente um medicamento misturado com os alimentos, sem ele se aperceber.

Tal prática pode ferir um tanto certas sensibilidades, mas o facto é que se mostra geralmente eficaz, e o doente mais tarde acaba por se conformar e aceitar as medidas que foi necessário tomar.

Afirma-se, por vezes, que ninguém tem o direito de impor a outrem medidas terapêuticas contra a sua vontade. Diz-se, então, que o único motivo que pode fundamentar uma atitude privativa de liberdade é a perigosidade real do enfermo e que, mesmo então, o internamento não deve prolongar-se para além de alguns dias.

No entanto, não esqueçamos que a doença psíquica é, em si mesma, uma condição privativa de liberdade interior e que tratar a doença é a melhor maneira de restabelecer um pensamento, uma sensibilidade e uma vontade saudáveis e, assim, servir afinal a própria liberdade.

Em Portugal, a Lei estabelece normas segundo as quais só por decisão judicial será possível proceder a internamento em regime fechado, decisão essa instruída por pareceres médicos e audição de familiares.

E a Lei prevê mecanismos de vigilância periódica sobre a situação desses doentes. O facto é que tais precauções legais acabam por ser excessivas, constituindo real entrave ao internamento imediato de doentes agitados.

Acontece, então, que muitos enfermos graves não são internados nos hospitais por não quererem; os médicos passam por cima da sua recusa; o tratamento é assim protelado, com risco para o doente e mais sofrimento para ele próprio e seus familiares. Outras vezes,

especialmente com doentes oriundos de classe social baixa, eles acabam por ser admitidos sem respeito pelas normas legais, reputadas impraticáveis. Impõe-se, pois, tornar a lei mais operacional e realista.

Quanto ao tratamento ambulatorio de doentes psicóticos, é necessário para reduzir as probabilidades de recaída, já se tem querido empreendê-lo sob coação legal, dado que os enfermos, na maioria das vezes, o interrompem antes de decorrido um ano.

Não se afigura muito ética essa atitude se o doente não é perigoso. Também não se mostra muito eficaz, pois mina a confiança do doente que vem a sentir-se ainda mais isolado e incompreendido. É no contexto da relação médico família -doente que o problema deve ser resolvido, com a colaboração das estruturas sanitárias e sociais.

Existe uma tendência para ignorar os enfermos crónicos, quer eles estejam hospitalizados em condições quase prisionais quer tenham sido despejados na rua sob a capa de reinserção social. Algumas associações têm-se fundado para zelar por esses direitos, o que deve ser saudado como um indiscutível passo em frente. Humanização do meio de vida, acesso à informação, possibilidade de reabilitação socioprofissional, respeito pela autonomia justa e possível, tudo importa promover sem demora.

Tradicionalmente era só aqui que a Psiquiatria Forense se ligava ao Direito Constitucional e por interposta Lei n.º. 36/98 de 24 de Julho, a Lei da Saúde Mental que na, altura, gerou alguma polémica entre prestigiadas figuras da Psiquiatria portuguesa.

Na verdade o art.º 27 da Constituição da República Portuguesa no paragrafo 3 h) refere “*Internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente*” e é a partir daqui que surge a Lei de Saúde Mental citada e uma das componentes mais importantes da Psiquiatria Forense no seu quotidiano.

Artigo 27.º da Constituição da República - Direito à liberdade e à segurança

1. “*Todos têm direito à liberdade e à segurança.*”

2. *Ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de sentença judicial condenatória pela prática de acto punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança.*

3. *Exceptua-se deste princípio a privação da liberdade, pelo tempo e nas condições que a lei determinar, nos casos seguintes:*

a) *Detenção em flagrante delito;*

b) *Detenção ou prisão preventiva por fortes indícios de prática de crime doloso a que corresponda pena de prisão cujo limite máximo seja superior a três anos;*

c) *Prisão, detenção ou outra medida coactiva sujeita a controlo judicial, de pessoa que tenha penetrado ou permaneça irregularmente no território nacional ou contra a qual esteja em curso processo de extradição ou de expulsão;*

d) *Prisão disciplinar imposta a militares, com garantia de recurso para o tribunal competente;*

e) *Sujeição de um menor a medidas de protecção, assistência ou educação em estabelecimento adequado, decretadas pelo tribunal judicial competente;*

f) *Detenção por decisão judicial em virtude de desobediência a decisão tomada por um tribunal ou para assegurar a comparência perante autoridade judiciária competente;*

g) *Detenção de suspeitos, para efeitos de identificação, nos casos e pelo tempo estritamente necessários;*

h) *Internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente.*

4. *Toda a pessoa privada da liberdade deve ser informada imediatamente e de forma compreensível das razões da sua prisão ou detenção e dos seus direitos.*

5. *A privação da liberdade contra o disposto na Constituição e na lei constitui o Estado no dever de indemnizar o lesado nos termos que a lei estabelecer.*

Artigo 28.º da Lei de Saúde Mental - Pendência de processo penal

1 – *“A pendência de processo penal em que seja arguido portador de anomalia psíquica não obsta a que o tribunal competente decida sobre o internamento nos termos deste diploma.*

2 - *Em caso de internamento, o estabelecimento remete ao tribunal onde pende o processo penal, de dois em dois meses, informação sobre a evolução do estado do portador de anomalia psíquica”.*

“Artigo 29.º da Lei de Saúde Mental - Internamento compulsivo de inimputável

1 – “ O tribunal que não aplicar a medida de segurança prevista no artigo 91.º; do Código Penal pode decidir o internamento compulsivo do inimputável.

2 - Sempre que seja imposto o internamento é remetida certidão da decisão ao Tribunal competente para os efeitos do disposto nos artigos 33.º, 34.º; e 35.º”

Artigo 33.º da Lei de Saúde Mental - Substituição do internamento

1 – “O internamento é substituído por tratamento compulsivo em regime ambulatorio sempre que seja possível manter esse tratamento em liberdade, sem prejuízo do disposto nos artigos 34.º; e 35.º;

2 - A substituição depende de expressa aceitação, por parte do internado, das condições fixadas pelo psiquiatra assistente para o tratamento em regime de ambulatorio.

3 - A substituição é comunicada ao tribunal competente.

4 - Sempre que o portador da anomalia psíquica deixe de cumprir as condições estabelecidas, o psiquiatra assistente comunica o incumprimento ao tribunal competente, retomando-se o internamento.

5 - Sempre que necessário o estabelecimento solicita ao tribunal competente a emissão de mandados de condução a cumprir pelas forças policiais”.

“Artigo 34.º da Lei de Saúde Mental - Cessação do internamento

1 – “ O internamento finda quando cessarem os pressupostos que lhe deram origem.

2 - A cessação ocorre por alta dada pelo director clínico do estabelecimento, fundamentada em relatório de avaliação clínico-psiquiátrica do Serviço de Saúde onde decorreu o internamento, ou por decisão judicial.

3 - A alta é imediatamente comunicada ao tribunal competente.”

Artigo 35.º da Lei de Saúde Mental - Revisão da situação do internado

1 – “Se for invocada a existência de causa justificativa da cessação do internamento o tribunal competente aprecia a questão a todo o tempo.

2 - A revisão é obrigatória, independentemente de requerimento, decorridos dois meses sobre o início do internamento ou sobre a decisão que o tiver mantido.

3 - Tem legitimidade para requerer a revisão o internado, o seu defensor e as pessoas referidas no artigo 13.º n.º; 1.

4 - Para o efeito do disposto no n.º; 2 o estabelecimento envia, até dez dias antes da data calculada para a revisão, um relatório de avaliação clínico-psiquiátrica elaborado por dois psiquiatras, com a eventual colaboração de outros profissionais de Saúde Mental.

5 - A revisão obrigatória tem lugar com audição do Ministério Público, do defensor e do internado, excepto se o estado de saúde deste tornar a audição inútil ou inviável.”

3.2 - PSIQUIATRIA FORENSE E DIREITO PENAL

Neste caso, a perícia em psiquiatria forense centra-se nos comportamentos considerados nocivos para a ordem pública social. Assim, procura através, essencialmente, da análise da função cognitiva (inteligência) e da função volitiva (vontade) fornecer aos juristas o grau de imputabilidade ou inimputabilidade de comportamento para o delito ou falta dolosa (intencional) ou culposa (por negligência ou imprudência).

Artigo 14º do Código Penal - Dolo

1 – “Age com dolo quem, representando um facto que preenche um tipo de crime, actuar com intenção de o realizar.

2 - Age ainda com dolo quem representar a realização de um facto que preenche um tipo de crime como consequência necessária da sua conduta.

3 - Quando a realização de um facto que preenche um tipo de crime for representada como consequência possível da conduta, há dolo se o agente actuar conformando-se com aquela realização.”

Artigo 15º do Código Penal - Negligência

“Age com negligência quem, por não proceder com o cuidado a que, segundo as circunstâncias, está obrigado e de que é capaz:

a) Representar como possível a realização de um facto que preenche um tipo de crime mas actuar sem se conformar com essa realização; ou

b) Não chegar sequer a representar a possibilidade de realização do facto”.

3.3 - PSIQUIATRIA FORENSE COMPORTAMENTOS POR USO NOCIVO, SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA, ESTADO DE ABSTINÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS (PSICOTRÓPICOS E ESTUPEFACIENTES)

O fenómeno da toxicodependência domina a vida dos nossos contemporâneos. Pode perguntar-se se há alguma família que não tenha um caso, se há alguma empresa, alguma escola que não tenha uma serie de processos envolvidos de uma ou de outra maneira no problema do consumo de substâncias nocivos.

Não é necessário falar das diversas substâncias que, uma vez ingeridas, criam hábitos dos quais é difícil libertar-se. É claro que não está em causa o tabaco, o álcool, o café e os fármacos que também criam dependências mais ou menos graves, mas que não são destruidores da personalidade, senão em casos limite.

Intimamente relacionado com a responsabilidade penal e não só, este conjunto de procedimentos de diagnóstico e exames periciais visam determinar, conforme a portaria n.º 94/96 26 de Março:

II - Procedimentos de diagnóstico e exames periciais (Portaria 94/96)

2.º Finalidades

1 – “ Para efeitos da perícia prevista no artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, os procedimentos de diagnóstico e os exames periciais têm por finalidade determinar:

- a) O eventual estado de toxicodependência do arguido;*
- b) A natureza dos produtos consumidos pelo arguido;*
- c) O estado do arguido no momento da sua realização;*
- d) Os eventuais reflexos do consumo na capacidade do arguido para avaliar a ilicitude dos seus actos ou para se determinar de acordo com a avaliação feita.*

2 - Para efeitos do exame médico previsto no artigo 43.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, os procedimentos de diagnóstico e os exames periciais têm por finalidade determinar:

- a) *O eventual estado de toxicodependência da pessoa a eles sujeita;*
- b) *A existência de grave risco para a sua saúde ou de perigosidade social decorrentes daquele estado.”*

8.º - Solicitações das autoridades judiciárias para tratamento de toxicodependente

1 – *“Quando a pena ou a medida processual penal aplicadas a toxicodependente não sejam privativas da liberdade e se encontrem subordinadas ao cumprimento da obrigação de tratamento, a autoridade judiciária determina que tal obrigação seja preferencialmente cumprida em serviço de saúde especializado público situado na área do respectivo círculo judicial ou, quando os custos correspondentes possam ser suportados pelo toxicodependente ou por outra entidade com recursos para o efeito, em serviço privado, situado na mesma área, que tenha sido devidamente licenciado pela entidade competente.*

2 - *O disposto no número anterior é aplicável, com as devidas adaptações, à sujeição voluntária a tratamento prevista no n.º 5 do artigo 43.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro.”*

3.4 - PSIQUIATRIA FORENSE E DIREITO CIVIL

Constituindo o Direito Civil, aquela área que regula direitos e obrigações de ordem privada entre os cidadãos, os bens e as suas relações e tendo o cidadão uma personalidade de direitos e deveres na ordem civil, desde que nasce com vida e termina com a morte, a Psiquiatria Forense contribui com os seus conhecimentos e técnicas para duas questões básicas do direito civil:

- Capacidade de direito jurídico, isto é, aptidão para adquirir direitos e contrair obrigações;
- Capacidade de exercício, isto é, aptidão para praticar sozinho, os actos da vida civil e auto governar os direitos e obrigações de que é titular.

A psiquiatria forense, em direito civil, tem na sua prática principal o exame pericial do processo de incapacitação/interdição, isto é, a restrição legal ou judicial do exercício da vida civil.

3.5 - PSIQUIATRIA FORENSE E DIREITO DE TRABALHO

No que respeita ao Direito do Trabalho, que já é claramente um direito público, apresenta-se ao nível do Direito Constitucional e na Constituição da Republica Portuguesa nos Direitos, liberdades e garantas dos trabalhadores, nos direitos e deveres económicos (art.º53 – art.º59) e, de forma mais inespecífica, ao longo do texto Constitucional.

A regulamentação específica está depois no Código do Trabalho e na Regulamentação do Código do Trabalho (Lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto; Lei n.º35/2004 de 29 de Julho e alterações posteriores). Do art.º59 do texto Constitucional realçamos, no entanto, o Direito dos trabalhadores.

A Psiquiatria Forense surge assim para esclarecer essencialmente o problemas do direito de reparação de acidente de trabalho ou de referência à Tabela Nacional de Incapacidades (DL. 341/93 de 30 de Setembro).

Os critérios de avaliação das incapacidades para acidentes de trabalho e doenças profissionais na Tabela Nacional De Incapacidades, para a Psiquiatria, graduam em três grupos de conjuntos de nosológicos, dos quais se pressupõe poder ser atingida a incapacidade total (I- Psicoses e III – Perturbações mentais específicas não psicóticas consecutivas e lesões cerebrais), enquanto no outro, a máxima incapacidade se pressupõe sempre parcial (II- Perturbações neuróticas e outras não psicóticas).

PARTE II - OBJECTIVOS

OBJECTIVOS

Dentro da fundamentação, o objectivo geral deste estudo é caracterizar as lesões auto-infligidas nas perícias médico-legais, quer em indivíduos vivos no âmbito da avaliação do dano corporal na Clínica Forense, quer em cadáveres no âmbito da Patologia Forense nas autópsias médico-legais.

Apresentamos como objectivos específicos:

- Caracterizar as lesões auto-infligidas em termos médico-legais, estabelecendo uma diferenciação entre acidente, acto suicida e comportamento auto-infligido;
- Conhecer a relação entre os antecedentes da vítima e o diagnóstico médico-legal efectuado na perícia
- Compreender as características das vítimas, face aos seus antecedentes e aos motivos que as levaram a auto-infligirem-se.

PARTE III - METODOLOGIA

CAPITULO I - MATERIAL E MÉTODOS

1 - METODOLOGIA

Atendendo a que os dados obtidos numa pesquisa social não são indiferentes à sua forma de obtenção, devemos, acima de tudo, utilizar técnicas e procedimentos específicos para recolha, descrição e análise dos dados, para que um trabalho de investigação se torne credível.

É a esses procedimentos e técnicas que chamamos metodologia e que Fortin (1999) refere como sendo um conjunto de actividades que se humanizam com os diferentes fundamentos filosóficos, e que suportam as preocupações e as orientações da investigação. Segundo Huberman e Miles citados por Coelho (2001, p.37), “o investigador deve ter uma ideia precisa dos aspectos a investigar, onde os procurar, através de que actores e através de que processo”.

Devemos pois, em qualquer trabalho, utilizar uma metodologia rigorosa e bem definida, que nos permita atingir os objectivos, sem esquecer que esta é a parte mais complexa na redacção de qualquer projecto de pesquisa. Assim, abordaremos ao longo deste capítulo aspectos relacionados com a metodologia científica utilizada neste projecto de investigação, do qual faz parte: o tipo de estudo; a questão de investigação; os objectivos do estudo; a população alvo e amostra; as variáveis em estudo; instrumentos de colheita de dados; tratamento dos dados, comunicação e discussão dos resultados e as questões éticas relacionadas com o processo de investigação bem como as conclusões

1.1 - TIPO DE ESTUDO

É usual fazer-se a distinção entre duas grandes metodologias científicas: quantitativa e qualitativa (Polit & Hungler, 1995).

De uma forma global, a metodologia abrange todo o conjunto de métodos quantitativos e/ou qualitativos utilizados, técnicas de investigação, a sua estrutura e organização, fundamentando-os devidamente.

Consideramos o nosso estudo, estruturalmente, de índole quantitativo. Trata-se de um estudo descritivo, de nível 1, de acordo com o preconizado pela literatura consultada, uma vez que as investigações epidemiológicas de cunho descritivo têm como propósito caracterizar o fenómeno pelo qual alguém se interessa (Fortin, 1996), ou informar acerca da distribuição de um evento ou fenómeno numa determinada população em termos quantitativos.

“O objectivo perseguido consiste, portanto, em conhecer uma realidade do ponto de vista das pessoas que a vivem” (Fortin, 1999, p.149).

1.2 - OBJECTIVOS DO ESTUDO

Segundo Fortin (1999, p.100) o objectivo de um estudo é “um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.

Embora já tenham sido abordados os objectivos deste estudo na introdução do presente trabalho, parece-nos pertinente voltar a apresentá-los neste ponto do trabalho para que o desenho metodológico do nosso estudo mantenha a coerência desejável. Desta forma, os objectivos deste estudo são:

- Caracterizar as lesões auto-infligidas nas perícias médico-legais, quer em indivíduos vivos, no âmbito da avaliação do dano, quer em cadáveres, no âmbito das autópsias médico-legais;
- Caracterizar as lesões auto-infligidas em termos médico-legais, acto suicida e comportamento auto-infligido;
- Conhecer a relação entre os antecedentes da vítima e o diagnóstico médico-legal efectuado na perícia;
- Compreender as características das vítimas, face aos seus antecedentes e aos motivos que as levaram a auto-infligirem-se.

1.3 – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA DO ESTUDO

No planeamento de um projecto de investigação torna-se necessário definir com precisão a população a ser estudada, isto é, a população alvo.

Para Fortin (1999, p.202) *“a população é uma colecção de elementos ou sujeitos, que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”*.

A população alvo do nosso estudo é constituída pelas vítimas de lesões auto-infligidas que foram examinadas nos Gabinetes Médico-Legais de Aveiro, Delegação do Centro, Castelo Branco e Figueira da Foz no âmbito dos exames periciais de avaliação de dano corporal em Direito Penal, num total de 10 examinandos e pelas vítimas de lesões auto-infligidas no âmbito da Patologia Forense, referente a autópsias Médico-Legais, nos Gabinetes Médico-Legais de Aveiro, Delegação do Centro (Serviço de Patologia Forense), Castelo Branco, Figueira da Foz e Tomar, num total de 945.

A escolha destes Gabinetes prendeu-se sobretudo com o factor da proximidade geográfica e por pertencerem ao grupo de Gabinetes que compreendem a Zona Centro na área de distribuição dos mesmos, factor este que facilitou o desenrolar do nosso estudo.

Para tal, foi idealizado um protocolo experimental com os seguintes grupos em estudo: sexo, idade, estado civil, lateralidade, escolaridade, situação profissional, antecedentes pessoais, doenças e medicação, detido em estabelecimento prisional, internamento em estabelecimento hospitalar, toxicod dependência, drogas de abuso e vias de administração. Continha ainda a caracterização da lesão, a sua localização, a acessibilidade da zona, e a compatibilidade com a lateralidade (Anexo1).

Constituem a nossa amostra 10 casos na área da Clínica Forense e 945 casos na área da Patologia Forense, tratando-se de um estudo de índole descritivo.

No decorrer do trabalho, quer por novas ideias que os dados entretanto recolhidos iam gerando, quer por dificuldades na concretização de certos itens, redefiniram-se alguns grupos em estudo e estabeleceram-se novos grupos no protocolo.

Dos 945 protocolos, no âmbito da Patologia Forense, não foi possível obter todos os dados previamente elaborados, pois os registos clínicos são completamente ausentes em algumas variáveis, tais como: lateralidade, escolaridade, vias de administração, acessibilidade da zona e compatibilidade com lateralidade.

É ainda de referir que os registos são muito diversificados, daí a grande dificuldade em agrupar itens para as variáveis, pois estas apresentam-se com enorme diversidade de registos. Dos 10 protocolos, na área da Clínica Forense, referentes aos exames periciais de avaliação de dano corporal em Direito Penal, não foi possível obter também todos os dados previamente elaborados, pois os registos e os examinandos não esclareceram os peritos nas variáveis: situação profissional, internamento em estabelecimento hospitalar, detido em estabelecimento prisional.

Tendo em atenção estas contingências, o nosso protocolo não pode ser preenchido na sua totalidade e as suas variáveis não foram assim tratadas e avaliadas.

1.4 - VARIÁVEIS EM ESTUDO E AS SUAS DIMENSÕES

No contexto de uma investigação científica, os conceitos passam a ser variáveis. Segundo Polit e Hungler (1995, p. 26), uma variável “é toda a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente”. Para Fortin, Côté e Vissandjée (1999), as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, pessoas ou situações estudadas numa investigação.

No estudo que realizamos, podemos identificar as variáveis sócio - demográficas, que são características inerentes ao sujeito, sendo importantes para a caracterização sócio-demográfica da amostra. A escolha destas variáveis teve em conta as necessidades do próprio estudo e, uma vez colhidos os dados, a informação permitiu traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra.

No estudo que realizamos no âmbito da Patologia Forense, vítimas de Suicídio (lesões auto-infligidas letais) podemos enumerar as seguintes variáveis: género, idade, estado civil, actividade profissional, causa, antecedentes pessoais, doença psíquica, medicação, internamento, seguido em consultas, tatuagens e feridas de ensaio.

No âmbito da Clínica Forense, as variáveis foram: género, idade, estado civil, actividade profissional, lateralidade, antecedentes pessoais, doença psíquica, medicação, seguido em consultas, tatuagens, tipo de exame, tipo de lesão, localização da lesão, localização da lesão, instrumento utilizado, compatibilidade com a lateralidade, acessibilidade da zona.

A recolha dos dados, no âmbito Patologia Forense, foi concretizada nos anos civis de 2001 a 2008 na Figueira da Foz, 2002 a 2008 em Coimbra, 2004 a 2008 em Tomar, 2004 a 2008 em Aveiro e 2003 a 2008 em Leiria. Em Leiria, Tomar, Aveiro, o ano civil de inicio do estudo está relacionado com o ano de abertura do Gabinete Médico Legal.

A recolha de dados na área da Clínica Forense, tem a ver com os anos em que houve situações clínicas. Dado á escassez de casos clínicos, o intervalo de tempo foi entre o ano civil de 2002 a 2008.

Foi efectuada uma pesquisa manual de todos os processos de autópsias realizadas nos locais atrás descritos, num total de 8005 processos.

1.5 - QUESTÕES ÉTICAS RELACIONADAS COM O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

A necessidade de orientações éticas na investigação surge com o objectivo de assegurar que os direitos dos sujeitos que participam em pesquisas estejam protegidos.

A ética coloca problemas aos investigadores em Medicina, porquanto as exigências éticas poderão entrar em conflito com os rigores do método científico.

Fortin (1999, p.114) dá uma definição de ética, afirmando que “é a ciência moral e a arte de dirigir a conduta (...) é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos”. Bogdan e Biklen (1994, p.75), acrescentam que “a ética consiste nas normas relativas aos procedimentos considerados correctos e incorrectos por determinado grupo”.

Ainda sobre esta matéria, Grande (2000, p.49) afirma que “particularmente no sector da saúde, é o enquadramento ético que dá à investigação científica a indispensável dimensão humana”.

Outros aspectos importantes para o desenrolar da investigação são as qualidades morais que responsabilizam o investigador: saber, honestidade e vontade firme.

O contrário, como o improviso, a fraude e o plágio, são indicadores da ausência de responsabilidade moral.

Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos pode contribuir para o avanço de conhecimentos científicos, mas pode, também, lesar os direitos fundamentais das pessoas, levantando, por isso, questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de investigação determina directamente a natureza dos problemas que se podem colocar.

“A investigação científica em saúde tem condicionantes éticas específicas, pela natureza dos problemas que trata e por ter, como objectivo fundamental, a contribuição para a melhoria da vida humana” (Grande, 2000, p.49).

Em face do que acabamos de frisar, pretendemos ser tão rigorosas quanto nos seja possível, no sentido de respeitar os princípios éticos inerentes ao nosso projecto. O que pretendemos, essencialmente, é que todos os participantes no nosso estudo, bem como as pessoas a quem dirigimos o nosso pedido formal possam dar o seu consentimento livre e esclarecido. Todos os esclarecimentos deverão ter em atenção a personalidade e o grau de diferenciação intelectual e cultural do sujeito, descrição dos procedimentos propostos, consequências e efeitos indesejados, alternativas possíveis, entre outros.

Foi realizado, formalmente, um pedido de autorização ao Conselho de Ética para a aplicação do instrumento de colheita de dados (Anexo 2)

Foi realizado formalmente um pedido de autorização para a colocação do instrumento de colheita de dados, bem como para a recolha de informação nos processos clínicos a cada Coordenador dos Gabinetes Médico-Legais de Aveiro, Castelo Branco, Figueira da Foz, Leiria e Tomar e Delegação de Coimbra, (Anexo 3, 4, 5,6,7,8). A sua distribuição foi concretizada, após parecer positivo.

Assim, para que o consentimento seja considerado válido, é necessários que se verifiquem determinados requisitos tais como: competência (por parte do sujeito) e informação. Deste modo, para que possamos fazer face a estes requisitos, elaborámos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 9), que seria apresentado a todos os participantes no estudo, que complementaria, de algum modo, a informação que pretendemos obter e que foi aprovado pela comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Anexo 10)

De notar que foram salvaguardados aspectos éticos fundamentais. Foi tido como princípio o esclarecimento do propósito do estudo aos sujeitos envolvidos e dada especial ênfase na garantia de privacidade e anonimato dos dados colhidos.

1.6 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico numa pesquisa consiste em organizar, clarificar e codificar os resultados colhidos, de modo a permitir a análise dos mesmos, de modo a apresentá-los como um todo integrado, lógico e compreensível. Sem ajuda da estatística, os dados quantitativos obtidos numa pesquisa seriam pouco mais que uma caótica de números (Polit e Hungler, 1995). No que respeita ao presente estudo, utilizamos como medidas de estatística descritiva: frequências absolutas, frequências relativas (percentagens), medidas de tendência central (média, moda), medidas de dispersão (desvio padrão) e estudo de prevalência. Neste caso, fizemos o cálculo da prevalência ao longo dos anos civis. Recorremos ao programa informático no qual foi utilizado a folha de cálculo do programa Microsoft Office Excel pelo Windows – (2007), para o tratamento estatístico dos dados.

A escolha deste programa prendeu-se com os potenciais tipos de leitores deste documento. A utilização de software para obtenção de dados estatísticos não nasceu da necessidade de elaboração do presente trabalho constituindo-se este, afinal, um dos muitos exercícios estatísticos elaborados ao longo da nossa vida académica e profissional e em que tivemos que recorrer à utilização de vários equipamentos informáticos, quase nunca os nossos, nos quais não encontramos instalado software específico o que nos encorajou a encontrar alternativas válidas.

Uma dessas alternativas consubstanciou-se no programa Excel (com os seus métodos estatísticos, os algoritmos e linguagem de programação Visual Basic, utilizados para criar as ferramentas e funções de análise) do pacote de aplicações Office da Microsoft, presente em Portugal na esmagadora maioria dos computadores. Finalmente, a nossa escolha do Excel para tratamento de dados estatísticos assenta também no facto de que o uso das ferramentas do programa Excel atende às recomendações para o ensino superior estabelecidas na Conferência Mundial sobre Educação Superior, realizada pela UNESCO, uma vez que renova o conteúdo dos cursos e dos métodos de ensino, capacitando o aluno para aplicar ferramentas da metodologia Seis Sigma na sua actuação profissional.

CAPÍTULO II - RESULTADOS

1 - CARACTERIZAÇÃO GERAL NA AREA DA CLINICA FORENSE

De seguida, procedemos à análise descritiva dos resultados da aplicação do protocolo, aos elementos da amostra em estudo.

Pela Tabela 1 e Gráfico 1 podemos observar que, num total de 10 examinandos, a distribuição por Gabinete foi: em relação ao Gabinete de Aveiro em 2008 apenas 1 examinando foi observado; em 2008 apenas 1 paciente foi observado no Gabinete Médico Legal de Castelo Branco; na Delegação do Centro, foram observados em 2002 e 2005 apenas 1 paciente por ano civil, sendo que em 2007, há uma subida para 4 examinando. Em 2008, desce novamente para 1 paciente. No Gabinete Médico Legal da Figueira da Foz ,só em 2006 existiu 1 paciente que foi observado.

Tabela - 1 - N.º Examinando/Gabinete Médico-Legal/Ano

Examinando	2002	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Aveiro					1	1
Castelo Branco					1	1
Delegação do Centro	1	1		4	1	7
Figueira da Foz			1			1
TOTAL	1	1	1	4	3	10

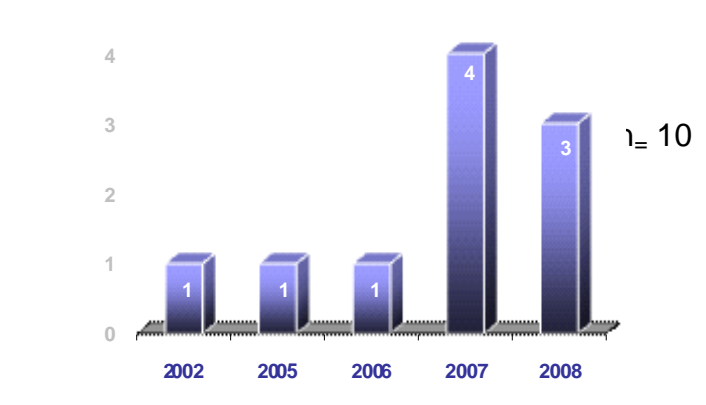


Gráfico - 1 – Total de Examinando/Ano

Pelo Gráfico 2 concluímos que, do total dos Gabinetes em estudo, a Delegação do Centro apresenta 70% dos examinandos observados no âmbito dos exames de Penal, seguido de Aveiro com 10%, Figueira da Foz com 10% e Castelo Branco com 10%.

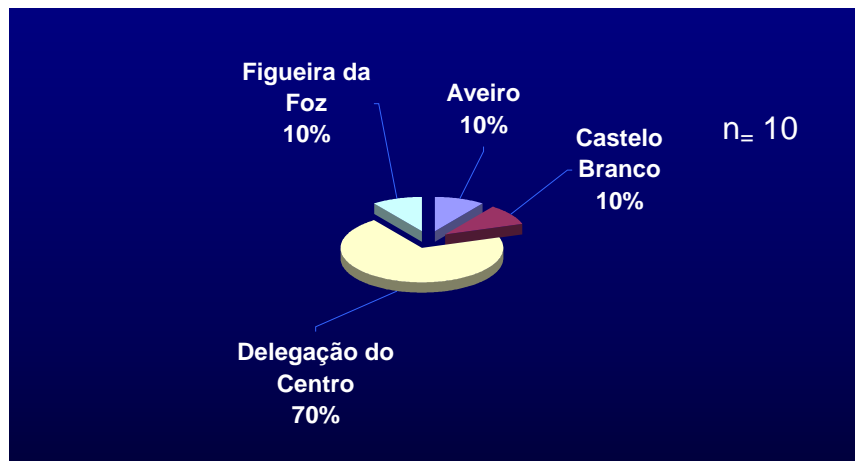


Gráfico - 2 – Percentagem de examinandos Gabinete Médico-Legal/Total

Observando os dados apresentados na Tabela 2 e Gráfico 3, verificamos que a maioria dos 10 examinandos que colaboraram no estudo, concretamente 50%, são do género masculino e 50% são do género feminino.

Tabela - 2 - N.º Examinandos/Sexo/Gabinete Médico-Legal

Examinando	Masculino	Feminino	TOTAL
Aveiro	1		1
Castelo Branco	1		1
Delegação do Centro	2	5	7
Figueira da Foz	1		1
TOTAL	5	5	10

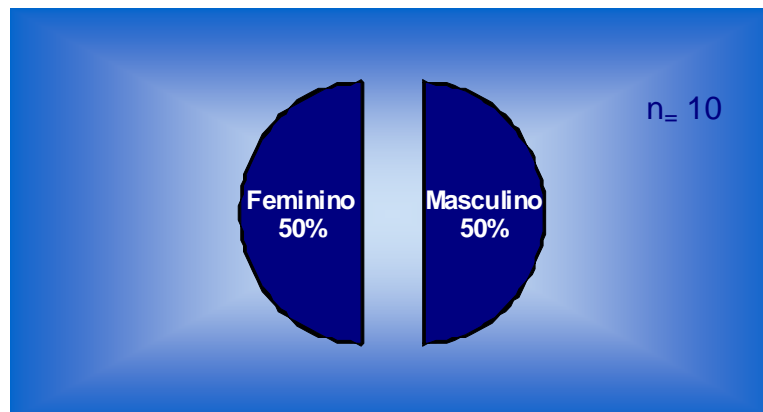


Gráfico - 3 – Percentagem de Examinandos Sexo/Total

Concluimos que, dos examinandos observados, estes apresentam idades compreendidas entre os 10 e 59 anos, sendo a média global das idades de 31 anos. Verificamos que a classe modal se situa entre [25-29] anos com 50%. Que 20% dos examinandos têm entre [40-49] anos e

para 10% a idade está compreendida entre [10-19], [30-39], [50-59] (Tabela 3). Salientamos ainda que a Delegação do Centro é o local onde os examinandos se distribuem por todos os grupos etários (Tabela 3).

Tabela - 3 - N.º Examinandos/Grupo Etário/Gabinete Médico-Legal

Examinando	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL	% Grupo Etário/Total
[10-19]			1		1	10%
[20-29]	1	1	3		5	50%
[30-39]			1		1	10%
[40-49]			1	1	2	20%
[50-59]			1		1	10%
TOTAL	1	1	7	1	10	100%

Pela Tabela 4 observamos que, em relação ao estado civil, 50% dos examinandos são solteiros, 20% divorciados, 20% casados e 10% desconhecido o seu estado civil. Verificamos que o Gabinete de Aveiro e Castelo branco tem um examinando no estado civil de solteiro, a Delegação do Centro tem, 3 examinandos solteiros, 2 examinandos divorciados, 1 examinando casado e 1 examinando no estado civil de desconhecido.

Tabela - 4 - N.º Examinandos/Estado Civil/Gabinete Médico-Legal

Examinando	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL	% Estado Civil/Total
Casado			1	1	2	20%
Desconhecido			1		1	10%
Divorciado			2		2	20%
Solteiro	1	1	3		5	50%
TOTAL	1	1	7	1	10	100%

Quanto à escolaridade, podemos concluir que 90% dos examinandos não têm qualquer referência a esta variável, é “desconhecida”, a contrastar com apenas 1 examinando que representa 10%, possui o ensino superior (Tabela 5).

Tabela - 5 - N.º Examinandos/Escolaridade/Gabinete Médico-Legal

Examinando	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL	% Escolaridade /Total
Desconhecida		1	7	1	9	90%
Ensino Superior	1				1	10%
TOTAL	1	1	7	1	10	100%

Pela Tabela 6 concluímos que, em relação á doença psiquiátrica, 90% é “desconhecido” a contrastar com 10% que apresentavam depressão.

Tabela - 6 - N.º Examinandos/Doença Psiquiátrica/Gabinete Médico-Legal

Examinando	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL	% Doença Psiquiátrica /Total
Depressão			1		1	10%
Desconhecida	1	1	6	1	9	90%
TOTAL	1	1	7	1	10	100%

Pela Tabela 7 podemos concluir que, relativamente aos antecedentes, encontramos 50% para desconhecido. Com 10% surge a depressão, os enfartes e (ideação suicida e auto-mutilação) na Delegação do Centro. Com 10%, surge (desmaio, cefaleias) referente ao Gabinete de Aveiro e 10% para (psicose e toxicodependente) no Gabinete de Castelo Branco.

Tabela - 7 - N.º Examinandos/Antecedentes/Gabinete Médico-Legal

Examinando	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL	% Antecedentes /Total
Depressão			1		1	10%
Desconhecido			4	1	5	50%
Desmaio, Cefaleias	1				1	10%
Enfartes			1		1	10%
Ideação Suicida e Auto-Mutilação			1		1	10%
Psicose e Toxicodependente		1			1	10%
TOTAL	1	1	7	1	10	100%

Concluimos que, dos examinandos observados, estes referem como medicação que tomam; 10% ansiolíticos em Aveiro, 10% metadona em Castelo Branco; 10% sedoxil , 10%(serenal, dormicum) ambos referentes à Delegação do Centro. Concluimos que 60% é “desconhecido” (Tabela 8).

Tabela - 8 - N.º Examinandos/Medicação/Gabinete Médico-Legal

Examinando	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL	%Medicação /Total
Ansiolíticos	1				1	10%
Desconhecida			5	1	6	60%
Metadona		1			1	10%
Sedoxil			1		1	10%
Serenal, Dormicum			1		1	10%
TOTAL	1	1	7	1	10	100%

Pela Tabela 9 observamos que, dos examinandos observados nos Gabinetes, 80% foram vistos no âmbito do exame de Penal e 20% foram observados no âmbito do exame Penal/sexual. Concluimos que, os exames Penal/sexual foram efectuados na Delegação do Centro, num total de 2 e os exames só de Penal foram efectuados, num total de 5, na Delegação do Centro, 1 em Aveiro, Castelo Branco e Figueira da Foz.

Tabela - 9 - N.º Examinandos /Tipo de Exame Pericial/Gabinete Médico-Legal

Examinando	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL	%Exame Pericial /Total
Penal	1	1	5	1	8	80%
Penal/Sexual			2		2	20%
TOTAL	1	1	7	1	10	100%

Concluimos pela observação da Tabela 10 que, relativamente ao tipo de agressor, os examinandos referem que 60% foi feita por Desconhecido, 30% foi por Cônjuge e 10% foi por Namorado.

Tabela - 10 - N.º Examinandos/Tipo de Agressor/Gabinete Médico-Legal

TIPO DE AGRESSOR	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL	%Tipo de Agressor /Total
Cônjuge			2	1	3	30%
Desconhecido	1	1	4		6	60%
Namorado			1		1	10%
TOTAL	1	1	7	1	10	100%

Concluimos que dos examinandos observados, relativamente às tatuagens, 90% representa ausentes para esta variável e 10% dos examinandos apresentavam tatuagens presentes com demonstra a (Tabela 11 e a Figura 16).

Tabela - 11 - N.º Examinandos /Tatuagens/Gabinete Médico-Legal

Examinando	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL	%Tatuagens /Total
Ausentes	1	1	6	1	9	90%
Presentes			1		1	10%
TOTAL	1	1	7	1	10	100%



Fig. 16 – Fotografia de tatuagem “AMO.TE” E “TIXA”

Relativamente aos examinandos observados, quando há existência de feridas de ensaio, concluimos, que 50% apresentam Escoriações, 10% são Ausentes, 10% apresentam Cicatrizes rosadas, 10% são Feridas Incisas”, 10% são Feridas Incisas e Queimaduras, 10% são Lesões Lineares (Tabela 12 e Figura 17 e 18,19,20).

Tabela - 12 - N.º Examinando/Feridas de Ensaio/Gabinete Médico-Legal

Examinando	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL	%Ferida Ensaio /Total
Ausentes			1		1	10%
Cicatrizes Rosadas			1		1	10%
Escoriações	1		3	1	5	50%
Feridas Incisas			1		1	10%
Feridas Incisas e Queimaduras			1		1	10%
Lesões Lineares		1			1	10%
TOTAL	1	1	7	1	10	100%



Fig. 17 - Fotografia de queimadura superficial



Fig. 18 - Fotografia de queimadura profunda

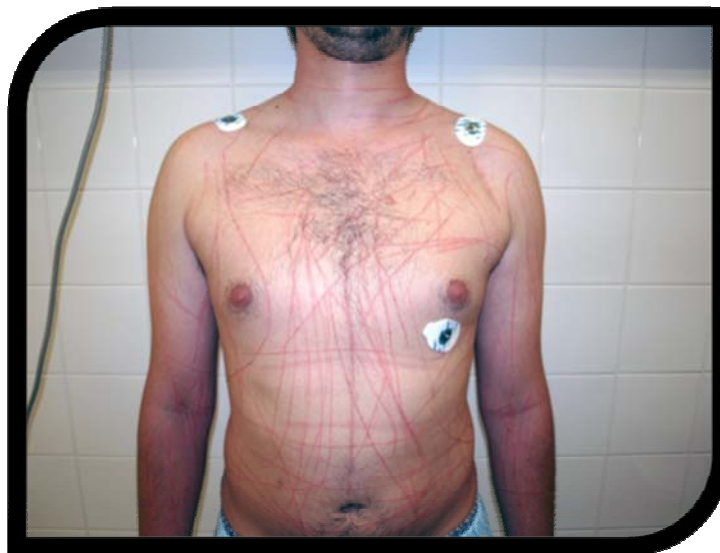


Fig. 19 - Fotografia de cortes superficiais lineares



Fig. 20 - Fotografia equimose rosada

Concluimos que, dos examinandos observados, relativamente à acessibilidade, verifica-se que dos 10 examinandos que integram o estudo, todos tinham acessibilidade fácil para as lesões observadas (Tabela 13e Figura 21,22).

Tabela - 13 - N.º Examinando/Acessibilidade/Gabinete Médico-Legal

Examinando	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL
Acessibilidade - Fácil	1	1	7	1	10
TOTAL	1	1	7	1	10

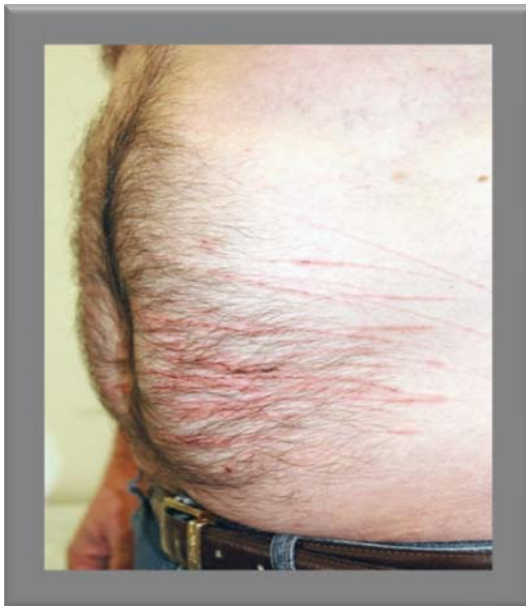


Fig. 21 - Fotografia de cortes na zona abdominal



Fig. 22 - Fotografia de cortes na zona dorsal posterior

Concluimos que, dos examinandos observados, relativamente à compatibilidade com a lateralidade, verifica-se que dos 10 examinando que integram o estudo, todos apresentavam compatibilidade com a lateralidade para as lesões efectuadas (Tabela 14 e Figura 23 e 24).

Tabela - 14 - N.º Examinando/Compatibilidade com Lateralidade/Gabinete Médico-Legal

Examinando	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL
Compatibilidade com Lateralidade	1	1	7	1	10
TOTAL	1	1	7	1	10



Fig. 23 - Fotografia de cortes zona nadegueira e face posterior das coxas

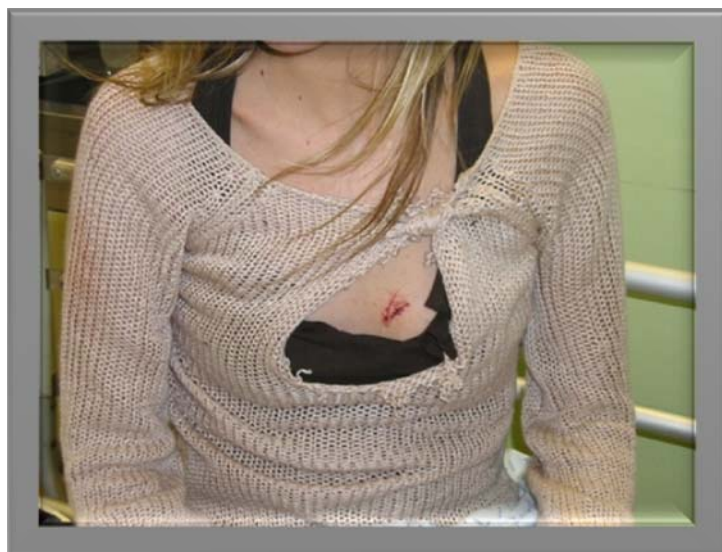


Fig. 24 - Fotografia de ferida incisa mama esquerda

Concluimos que, dos examinandos observados, relativamente à lateralidade, 90% eram dextros e 10% são esquerdinos (Tabela 15 e Figura26 e 26).

Tabela - 15 - N.º Examinando/Lateralidade/Gabinete Médico-Legal

Examinando	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL	%Lateralidade /Total
Dextro	1	1	6	1	9	90%
Esquerdino			1		1	10%
TOTAL	1	1	7	1	10	100%



Fig. 25 - Fotografia de escoriações



Fig. 26 – Fotografias de antebraço esquerdo e direito

Concluimos da observação da Tabela 16, que o objecto mais utilizado 30% é Desconhecido, 20% era Faca de Cozinha, 20% era Instrumento Cortante, 10% Lenço, 10% era Navalha, 10% era X-acto.

Tabela - 16 - N.º Examinando/Objecto/Gabinete Médico-Legal

TIPO DE OBJECTO	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL	%Objecto /Total
Desconhecido	1		2		3	30%
Faca de Cozinha			2		2	20%
Instrumento Cortante		1		1	2	20%
Lenço			1		1	10%
Navalha			1		1	10%
X-acto.			1		1	10%
TOTAL	1	1	7	1	10	100%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Pela Tabela 17 e Figura 27,28,29,30, 31, concluímos que a Localização das Lesões, segundo a descrição dos clínicos situa-se nos mais variados locais tais como : Abdómen, Pescoço face anterior terço médio, face anterior do abdómen, terço superior e médio da face anterior do antebraço direito e esquerdo, terço médio da face anterior da coxa direita, hipocôndrios, flancos, região umbilical, antebraço e dorso da mão direitos, braço, antebraço e cotovelo esquerdos

Tabela - 17 - N.º Examinando/Localização da Lesão/Gabinete Médico-Legal

Examinando	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL	%Localização Lesão /Total
Abdómen, hipocôndrios, flancos, região umbilical			1		1	10%
Antebraço e dorso da mão direitos, braço, antebraço e cotovelo esquerdos				1	1	10%
Antebraços, direito e esquerdo; coxa esquerda		1			1	10%
Ausente			1		1	10%
Face esquerda, antebraço face dorsal esquerdo, tórax linha média anterior			1		1	10%
Pescoço face anterior terço médio, face anterior do abdómen, terço superior e médio da face anterior do antebraço direito e esquerdo, terço médio da face anterior da coxa direita			1		1	10%
Pescoço face lateral direita e esquerda, tórax, abdómen, antebraço direito e esquerdo			1		1	10%
Terço superior e médio da face anterior do antebraço esquerdo			1		1	10%
Tórax face anterior esquerda e face posterior esquerda, mama esquerda, dorso na face lateral direita e linha média			1		1	10%
Tórax, abdómen, pescoço face lateral esquerda, antebraços esquerdo e direito	1				1	10%
TOTAL	1	1	7	1	10	100%



Fig. 27– Fotografia de escuriações



Fig. 28 - Fotografia de ferida incisa superficial

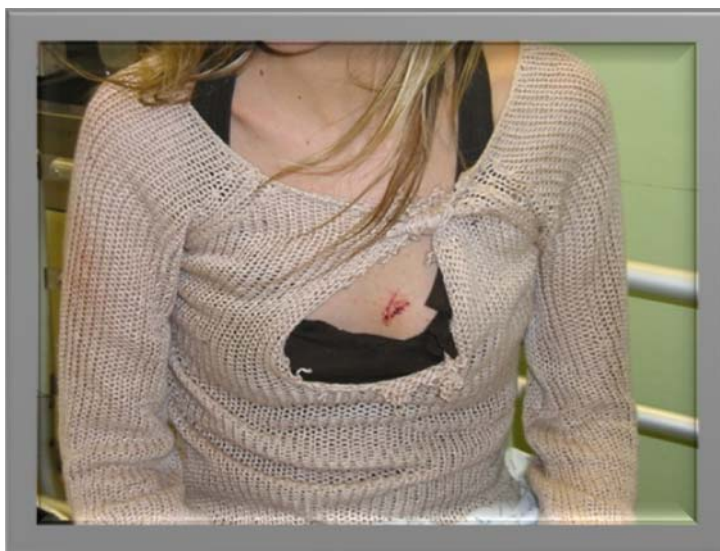


Fig. 29 -Fotografia de ferida incisa



Fig. 30 - Fotografia de escoriações



Fig. 31 - Fotografia de escoriações do flanco esquerdo

Observando a Tabela 18 e Figura 32 e 33 verificamos que as lesões e cicatrizes descritas pelos clínicos no exame dos examinandos se caracterizam como: lineares, transversais, retilíneas, superficiais, paralelas, curvilíneas e oblíquas.

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Tabela - 18 - N.º Examinando/Caracterização da Lesão/Gabinete Médico-Legal

Examinando	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL	%Caracterização da Lesão /Total
Ausente			1		1	10%
Cicatrizes em duas fiadas , a superior forma a palavra amo-te e a inferior tixa+ G			1		1	10%
Linear transversal com 9cm no pescoço e abdómen; obliquas para baixo e para dentro nos antebraços a maior 10cm e a menor 1,5cm distando 2,5cm entre si, na mão longitudinal com 14,5cm; linear obliqua para baixo e para dentro com 8,5cm			1		1	10%
Lineares e rectilíneas e superficiais em toda a sua extensão			1		1	10%
Lineares obliquas infero-medialmente com 7cm e 6cm e 8cm e 7cm, rectilíneas e nacaradas dispersas 6cm por 8mm			1		1	10%
Lineares, no bordo de ambos os antebraços, cicatrizes, paralelas, a maior com 6cm e a menor com 2cm e na face antero interna da coxa com 8cm		1			1	10%
Lineares, paralelas entre si e curvilíneas, distando entre elas 2mm e com 9cm na face postero-externa do braço esquerdo; na face posterior do cotovelo com 1cm de diâmetro e a menor com 5mm; lineares, paralelas entre si longitudinais no terço superior do antebraço esquerdo com 5cm e outra com 3cm, no dorso da mão escoriação com 2mm de diâmetro				1	1	10%
Lineares, rectilíneas, paralelas entre si e superficiais em toda a sua extensão			1		1	10%
Lineares, paralelas a nível dos antebraços, paralelas, obliquas e perpendiculares no tórax anterior e abdómen, obliquas no dorso e curvilíneas na metade esquerda do pescoço a maior com 32cm e a menor com 2cm	1				1	10%
Lineares, rectilíneas, transversais, paralelas entre si e superficiais em toda a sua extensão com 16cm e outras com 12cm			1		1	10%
TOTAL	1	1	7	1	10	100%



Fig. 32 – Fotografia de cicatrizes em duas fiadas



Fig. 33 – Fotografia que descreve a palavra “ tixa+ G”

Pela observação dos examinandos podemos concluir que, em relação ao consumo de drogas de abuso, 90% dos examinandos não ingere e 10% consome haxixe e cocaína (Tabela 19).

Tabela - 19 - N.º Examinando/Drogas de Abuso/Gabinete Médico-Legal

Examinando	Aveiro	Castelo Branco	Delegação do Centro	Figueira da Foz	TOTAL	%Drogas de Abuso /Total
Haxixe, Cocaína		1			1	10%
Não Ingere	1		7	1	9	90%
TOTAL	1	1	7	1	10	100%

Concluimos que, dos examinandos observados, relativamente ao tipo de agressor/objecto utilizado, podemos verificar que, em relação à agressão por cônjuge 67%, utilizam a Faca de Cozinha e 33% um Instrumento Cortante. Em relação à agressão por Desconhecido, o objecto utilizado 50% é Desconhecido, 17% é um Instrumento Cortante, 17% é o Lenço, 17% o objecto é a Navalha. Relativamente á agressão pelo Namorado 100% refere o X- acto (Tabela 20).

Tabela - 20 – N.º Examinando – Tipo de Agressor/Objecto

Tipo de Agressor	OBJECTO	TOTAL	% Tipo Queixa / Objecto
Cônjuge	Faca de Cozinha	2	67%
	Instrumento Cortante	1	33%
Cônjuge Total		3	
Desconhecido	Desconhecido	3	50%
	Instrumento Cortante	1	17%
	Lenço	1	17%
	Navalha	1	17%
Desconhecido Total		6	
Namorado	X-acto	1	100%
Namorado Total		1	
TOTAL			

2 - CARACTERIZAÇÃO GERAL NA AREA DA PATOLOGIA FORENSE

Observando os dados apresentados na Tabela 21 e Gráfico 4, verificamos que das 945 vítimas de suicídio, concretamente o Gabinete de Leiria apresentou 34%, dos casos, seguido da Delegação do Centro com 30% e do Gabinete da Figueira da Foz com 18%.

Salientamos ainda, que no mesmo período de tempo, 2004 e 2008 os Gabinetes de Aveiro e Tomar, o número total de casos é de 49 e 123, respectivamente, o que corresponde uma percentagem muito maior em Tomar 13%, em relação a Aveiro, com 5%.

Tabela - 21 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal

N.º SUICÍDIOS	AVEIRO [2004-2008]	DELEGAÇÃO DO CENTRO	FIGUEIRA DA FOZ [2001-2008]	LEIRIA [2001-2008]	TOMAR [2004-2008]	TOTAL
	49	285	174	314	123	945

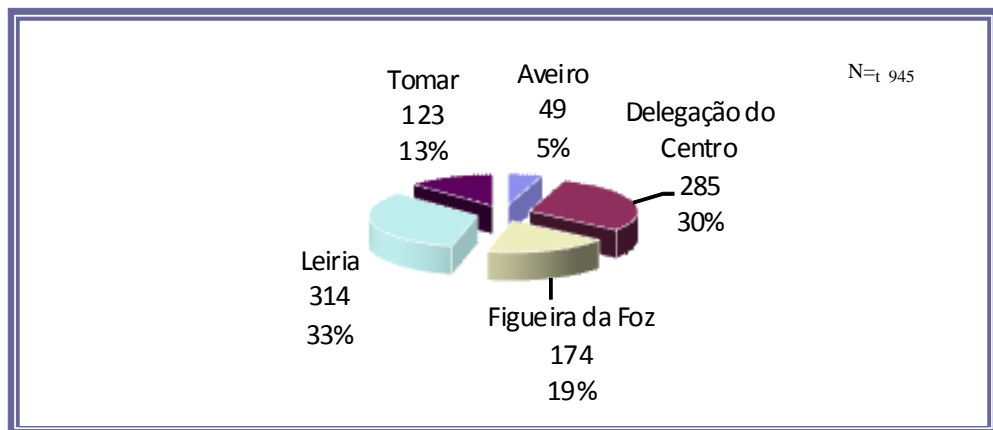


Gráfico - 4 – (n.º/%) Suicídios Gabinete Médico-Legal/Total

Pela Tabela 22 e Gráfico 5 verificamos que, no período de tempo 2001 a 2008, o Gabinete de Leiria tem sempre uma taxa de suicídio maior que a Figueira da Foz. Salientando-se o ano

civil de 2004 e 2005 em que houve uma subida gradual com um total de 47 e 54 casos de suicídio e com um valor bastante baixo em 2008, relativamente ao período de tempo estudado em Leiria. Na Figueira da Foz, verifica-se uma subida crescente do número de suicídios nos primeiros quatro anos, descendo o seu número em 2005 e, sendo depois sempre oscilante.

Observamos que, em 2004 de todos os gabinetes em estudo, a Delegação do Centro teve o maior número 53 casos e Aveiro o menor número, apenas 2 casos. Aveiro, tem sempre totais muito baixos, com 2 suicídios apenas, mas em 2007 teve um crescimento alarmante, subiu para 38 casos. De salientar que o ano de 2007 foi o ano em que houve o maior número de suicídios, 188 no seu total e que a Delegação do Centro teve o valor mais elevado em relação a todos os outros gabinetes, 56 casos no seu total.

Concretamente ao número de suicídios no seu total, varia de 2 casos em Aveiro e 54 em Leiria (com moda de 25,3 e desvio padrão de 10,0).

Tabela - 22 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Ano

N.º SUICÍDIOS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Aveiro	0	0	0	2	2	5	38	2	49
Delegação do Centro	0	39	22	53	39	34	56	42	285
Figueira da Foz	14	15	16	32	12	32	26	27	174
Leiria	38	30	34	47	54	46	45	20	314
Tomar	0	0	0	24	28	28	23	20	123
TOTAL	52	84	72	158	135	145	188	111	945

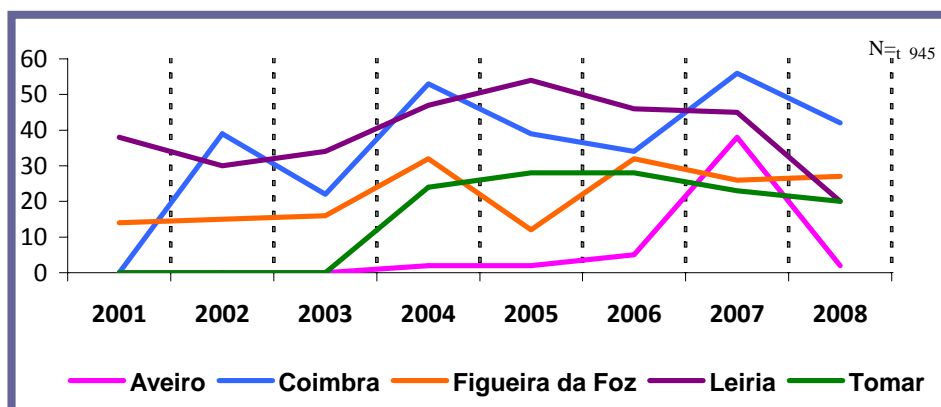


Gráfico - 5 – N.º Suicídios Gabinete Médico-Legal/Ano

Observando os dados apresentados na Tabela 23 e Gráfico 6, verificamos que a maioria dos 945 suicídios que englobam o estudo, concretamente 701 são do género masculino, a contrastar com 244 do género feminino.

Tabela - 23 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Sexo

N.º SUICÍDIOS	Aveiro	Delegação do Centro	Figueira da Foz	Leiria	Tomar	TOTAL
Masculino	34	220	114	242	91	701
Feminino	15	65	60	72	32	244
TOTAL	49	285	174	314	123	945

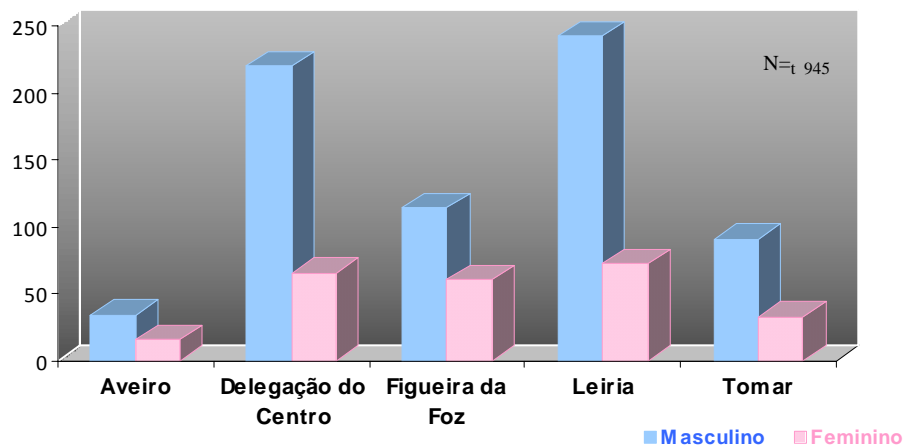


Gráfico - 6 – N.º Suicídios Gabinete Médico-Legal/Sexo

Quanto ao género masculino, verifica-se que este predomina em todos os anos e Gabinetes do estudo, sendo que a Delegação do Centro e Leiria são os que se apresentam com a taxa mais

elevada, têm 77% e o género feminino tem a taxa de 23%, tal como está disposto no (Gráfico 7).

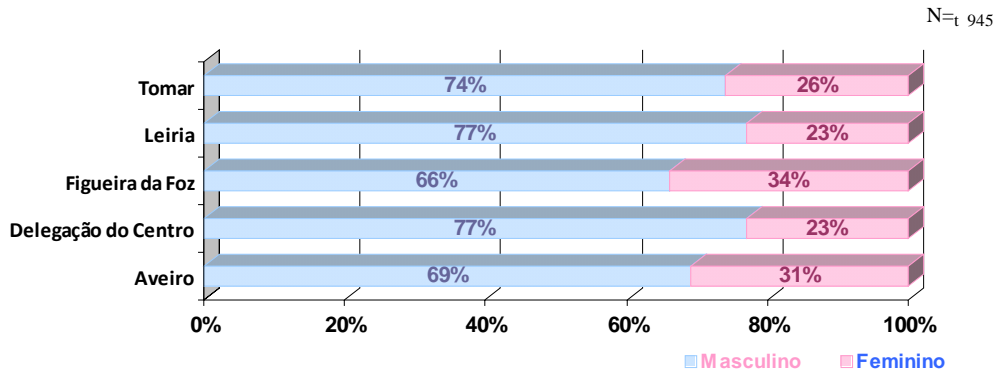


Gráfico - 7 – N.º Suicídios Gabinete Médico-Legal/Sexo (Percentagem)

Podemos concluir pelo Gráfico 8 que, no global do estudo, o género masculino representa um total de 74% que contrasta com o género feminino que representa 26%, do total dos 945 suicídios.

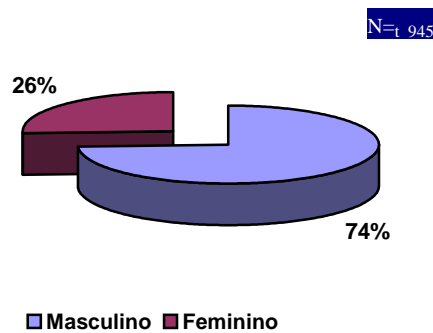


Gráfico - 8 – Sexo/Total de Suicídios (Percentagem)

Pela Tabela 24 e 25 e Gráfico 9, concluímos que o grupo etário com maior valor global de suicídios de todos os Gabinetes em estudo foi [70-79] que representa 20%, com uma média de 37,8 e desvio padrão de 22 suicídios. Verifica-se que existe, no seu global, um crescimento na taxa de suicídios desde o grupo etário [10-19] ao grupo etário [70-79], com um decréscimo acentuado nos seguintes [80-89] e [90-99]. Aferimos que o grupo etário [10-19] tem 15 casos, representa 1,6% com uma média de 3, moda de 1e desvio padrão de 2 suicídios. O grupo [20-29] com um total de 80 casos, representa 8,5% com média de 16 e desvio padrão de 1 suicídio; no grupo [30-39] com 126 casos, representa 13,3% com média de 25,5 e desvio padrão de 18 suicídios; no grupo [40-49] com 141 casos representa 14,9% com média 28,2, moda de 18 e desvio padrão de 19 suicídios. O grupo [50-59] com 142 casos, representa 15% com média de 28,4 e desvio padrão de 14 suicídios; o grupo [60-69] com 168 casos representa 17,8% com média de 33,6 e desvio padrão de 25 suicídios; o grupo [70-79] com 189 casos representa 20% com média de 37,8 e desvio padrão de 22 suicídios; o grupo [80-89] com 79 casos representa 8,4% com média de 15,8 e desvio padrão de 9 suicídios, o grupo [90-99] com 5 casos representa 0,5% com média de 1,25 moda 1 e desvio padrão de 1 suicídio.

Tabela - 24 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Grupo Etário

GABINETE	[10-19]	[20-29]	[30-39]	[40-49]	[50-59]	[60-69]	[70-79]	[80-89]	[90-99]	TOTAL
Aveiro	1	6	11	8	10	3	5	4	1	49
Delegação do Centro	5	34	45	46	37	53	44	20	1	285
Figueira da Foz	5	3	10	18	33	34	58	13		174
Leiria	1	27	44	51	43	63	56	28	1	314
Tomar	3	10	16	18	19	15	26	14	2	123
TOTAL	15	80	126	141	142	168	189	79	5	945

Tabela - 25 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Grupo Etário (Percentagem)

GRUPO ETÁRIO	Aveiro	Delegação do Centro	Figueira da Foz	Leiria	Tomar	TOTAL
[10-19]	2,0%	1,8%	2,9%	0,3%	2,4%	1,6%
[20-29]	12,2%	11,9%	1,7%	8,6%	8,1%	8,5%
[30-39]	22,4%	15,8%	5,7%	14,0%	13,0%	13,3%
[40-49]	16,3%	16,1%	10,3%	16,2%	14,6%	14,9%
[50-59]	20,4%	13,0%	19,0%	13,7%	15,4%	15,0%
[60-69]	6,1%	18,6%	19,5%	20,1%	12,2%	17,8%
[70-79]	10,2%	15,4%	33,3%	17,8%	21,1%	20,0%
[80-89]	8,2%	7,0%	7,5%	8,9%	11,4%	8,4%
[90-99]	2,0%	0,4%	0,0%	0,3%	1,6%	0,5%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

N= 945

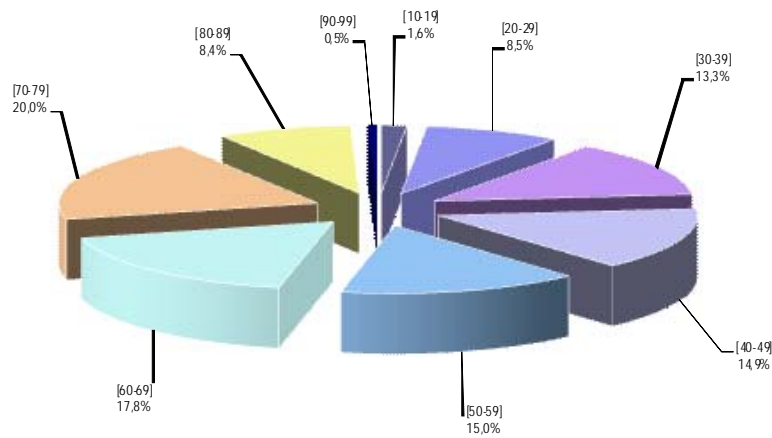


Gráfico - 9 – Grupo Etário/Total de Suicídios (Percentagem)

Pela observação do gráfico 10 e Tabela 26, concluímos que, no grupo etário [10-19] o gabinete de Delegação do Centro e Figueira da Foz apresentam 5 casos, atingindo o valor máximo de suicídios relativamente aos gabinetes em estudo. No grupo [20-29] a Delegação do Centro com 34 casos e Leiria com 27 casos, atingem o valor mais elevado; no grupo [30-39] salientamos a Delegação do Centro com 45 casos e Leiria com 44 casos; no grupo [40-49] aferimos Leiria com 51 casos e Delegação do Centro com 46 casos; no grupo [50-59] com 43 casos Leiria e Delegação do Centro com 37 casos valores mais relevantes; no grupo [60-69] encontramos Leiria com 63 casos e Delegação do Centro com 53 casos o valor mais elevado; no grupo [70-79] o valor mais relevante foi Figueira da Foz com 58 casos e Leiria com 56 casos; no grupo [80-89] salientamos os picos Leiria com 28 casos e Delegação do Centro com 20 casos; no grupo [90-99] o seu valor máximo foi em Tomar com 2 casos de suicídio. Concluímos ainda que o grupo etário [10-19] e o [90-99] são os grupos com menor número de suicídios que contrastam com todos os outros grupos etários.

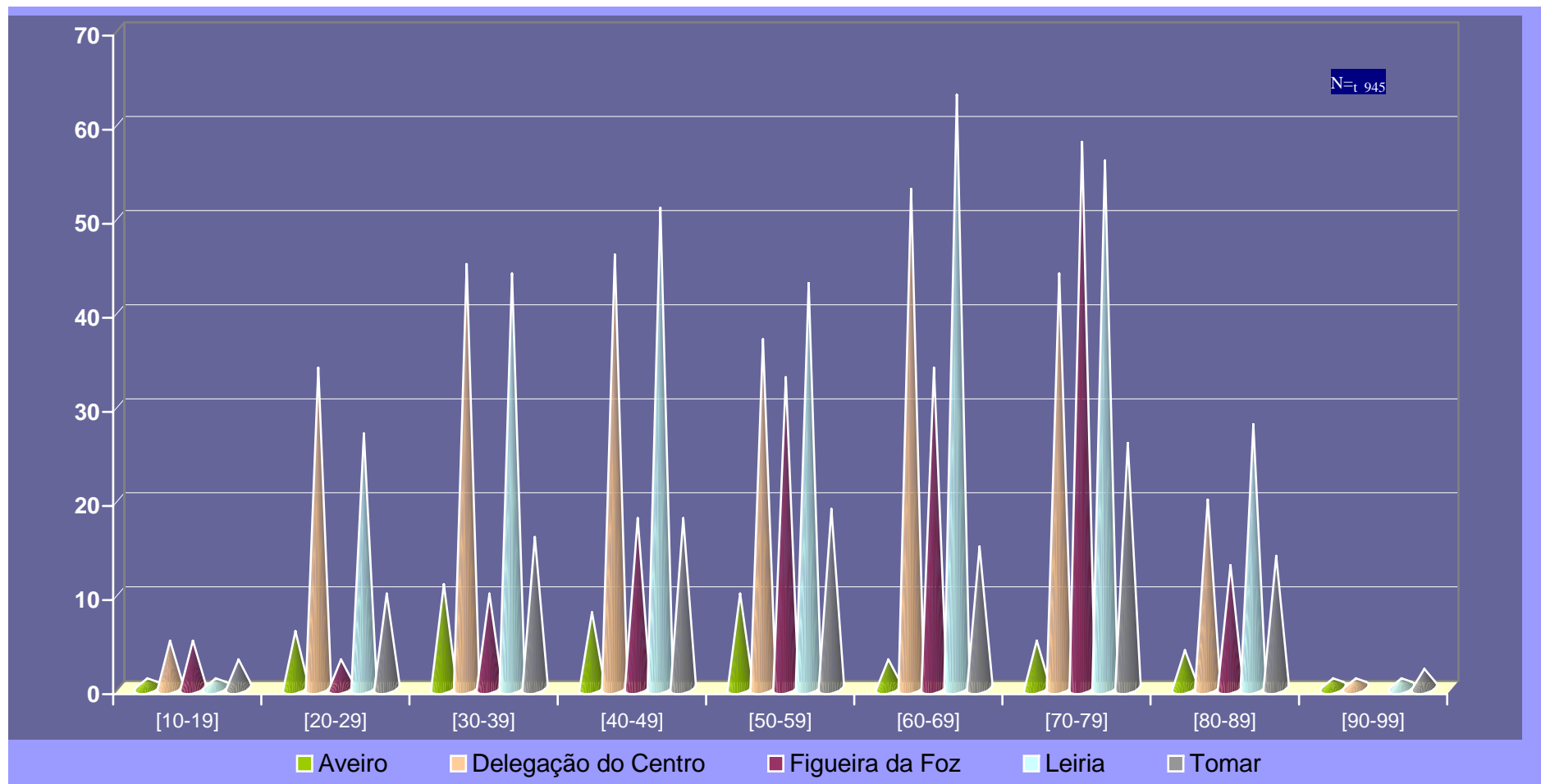


Gráfico - 10 – Suicídios Grupo Etário/Gabinete Médico-Legal

Podemos concluir que, em relação ao estado civil no seu global, constatamos que 533 das vítimas são casados, com uma média de 106,6 e desvio padrão de 60 vítimas, que 214 das vítimas são solteiros com uma média de 42,8% e desvio padrão de 30 vítimas; que 115 das vítimas são viúvos com uma média de 23 e desvio padrão de 12 vitimas; que 83 das vitimas são divorciadas com média de 16,6, moda de 9 e desvio padrão de 13 vitimas. Concluimos ainda que, em relação à afirmação atrás referida, só se verifica em relação aos gabinetes de Aveiro, Leiria e Tomar. Relativamente ao gabinete da Delegação do Centro, constatamos que 155 das vítimas são casados, os solteiros são 71, os divorciados são 32 e os viúvos são 27 vítimas, em relação à Figueira da Foz encontramos 116 vítimas casadas, 25 são viúvos, 24 são solteiros e 9 são divorciados (Tabela 26 e gráfico 11).

Tabela - 26 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Estado Civil

GABINETE	Casado	Divorciado	Solteiro	Viúvo	TOTAL
Aveiro	25	4	15	5	49
Delegação do Centro	155	32	71	27	285
Figueira da Foz	116	9	24	25	174
Leiria	168	29	79	38	314
Tomar	69	9	25	20	123
TOTAL	533	83	214	115	945

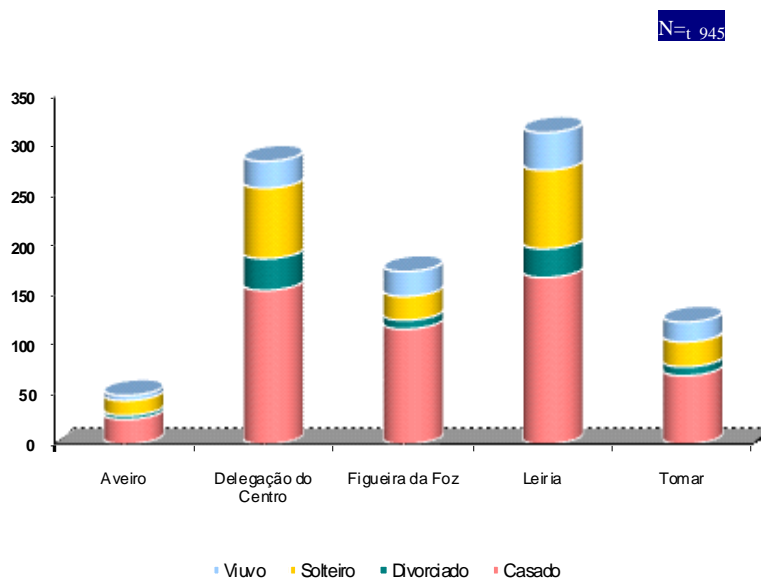


Gráfico - 11 – Suicídios Estado Civil/Gabinete Médico-Legal

Pela Tabela 27 e gráfico 12 concluímos que, no global das 945 vítimas; 56% são casados, 22,6% são solteiros, 12,1% são viúvos e 8,7% são divorciados.

Tabela - 27 - N.º Total de Suicídios/Estado Civil/Gabinete Médico-Legal (Percentagem)

ESTADO CIVIL	Aveiro	Delegação do Centro	Figueira da Foz	Leiria	Tomar	TOTAL
Casado	51,02%	54,39%	66,67%	53,50%	56,10%	56,40%
Divorciado	8,16%	11,23%	5,17%	9,24%	7,32%	8,78%
Solteiro	30,61%	24,91%	13,79%	25,16%	20,33%	22,65%
Viúvo	10,20%	9,47%	14,37%	12,10%	16,26%	12,17%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

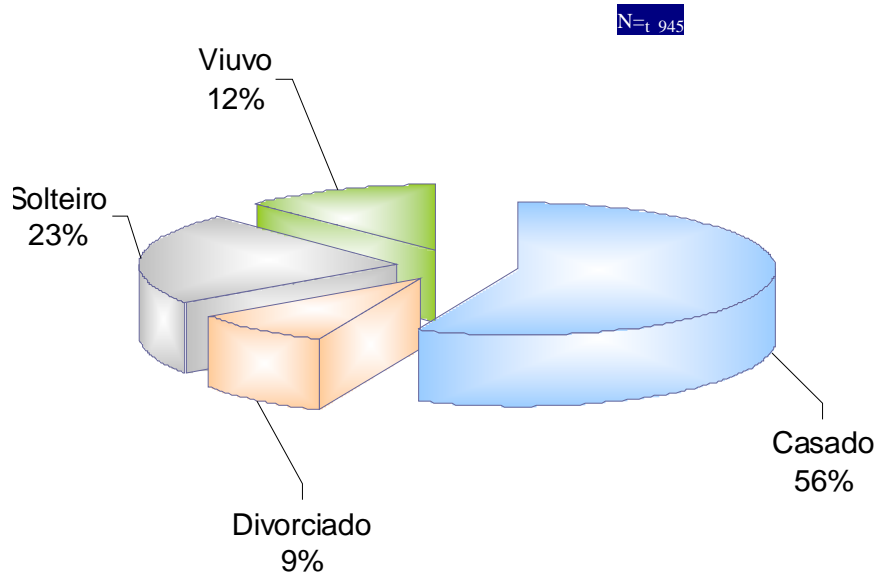


Gráfico - 12 – Estado Civil/Total de Suicídios (Percentagem)

Pela Tabela 28 e Figura 34, constatamos que, em relação às causas de suicídio, dos 945 casos, o enforcamento é aquele que se destaca 41,3% dos casos, com 18,1% o afogamento, com 12,9% intoxicação por pesticidas, com 13,0% a arma de fogo, 3,3% a intoxicação por medicamentos, 4,1% a overdose, 1,8% trucidado, 0,7% a intoxicação por monóxido de carbono, 0,3% a intoxicação alcoólica, com 0,2% a electrocussão, a imolação por fogo e a lesão traumática do membro superior esquerdo. Salientamos que com 0,1% aparecem as seguintes causas: arma branca, corte no sangradouro do braço esquerdo, enforcamento e drogas de abuso, ferida complexa da face anterior do pescoço com laceração da traqueia, ferida corto perfurante na região pré - cordial, intoxicação por ácido, intoxicação por ácido clorídrico, intoxicação por álcool, intoxicação por álcool e opiáceos, intoxicação por éter, intoxicação por éter, lesão auto infligida, lesão corto perfurante do antebraço esquerdo, lesão traumática no pescoço, precipitação.

Tabela - 28 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Causa

CAUSA	Aveiro	Delegaã o do Centro	Figueira da Foz	Leiria	Tomar	TOTA L	% Causa/ Total
Afogamento	12	36	66	30	27	171	18,1%
Arma Branca				1		1	0,1%
Arma de Fogo	2	45	10	44	15	116	12,3%
Carbonização			1			1	0,1%
Corte no sangradouro do braço esquerdo					1	1	0,1%
Electrocussão		2				2	0,2%
Imolação por fogo		1			1	2	0,2%
Enforcamento	15	101	70	143	61	390	41,3%
Enforcamento e drogas de abuso				1		1	0,1%
Ferida complexa da face anterior do				1		1	0,1%
Ferida corto perfurante na região pré-	1					1	0,1%
Ingestão de produto cáustico				1		1	0,1%

Intoxicação alcoólica	3					3	0,3%
Intoxicação por ácido			1			1	0,1%
Intoxicação por ácido clorídrico				1		1	0,1%
Intoxicação por álcool			1			1	0,1%
Intoxicação por álcool e opiáceos				1		1	0,1%
Intoxicação por cianeto		1				1	0,1%
Intoxicação por éter		1				1	0,1%
Intoxicação por medicamentos	1	12	3	14	1	31	3,3%
Intoxicação por monóxido de carbono		3		4		7	0,7%
Intoxicação por pesticidas	2	59	9	39	14	123	13,0%
Lesão auto infligida			1			1	0,1%
Lesão corto perfurante do antebraço			1			1	0,1%
Lesão traumática do membro superior	1				1	2	0,2%
Lesão traumática no pescoço		1				1	0,1%
Overdose	10	7		20	2	39	4,1%
Precipitação	1	10	6	8		25	2,6%
Suicídio por feridas de ensaio				1		1	0,1%
Trucidado	1	6	5	5		17	1,8%
TOTAL	49	285	174	314	123	945	100,0%

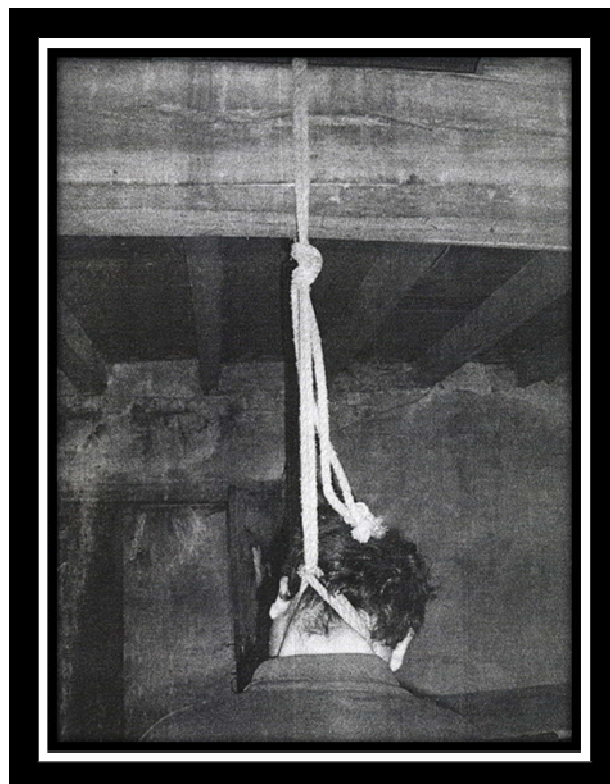


Fig. 34 – Fotografia que ilustra uma vítima de enforcamento

Podemos observar pela Tabela 29 que, em relação à profissão, constatamos que em 56,5% é Desconhecida a profissão para estas vítimas do estudo, a contrastar com 13,9% que são

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Reformados, 5,7% são Domésticas, 4,2% são Operário Fabril, 2,5% são Desempregados, 2,4% são Pedreiros, 1,8% são Estudantes, 2,1% são Agricultores e Comerciantes existindo depois uma vasta gama de profissões

Tabela - 29 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Profissão

PROFISSAO	Aveiro	Delegação do Centro	Figueira da Foz	Leiria	Tomar	TOTAL	% Profissão/Total
Administrativo	1	4		1	2	8	0,8%
Advogado					1	1	0,1%
Agricultor		3	3	9	5	20	2,1%
Bancário			1	2	1	4	0,4%
Canalizador		1		1		2	0,2%
Comerciante	1	4	2	8	5	20	2,1%
Desconhecida	24	172	105	183	50	534	56,5%
Desempregado	3	5	5	9	2	24	2,5%
Doméstica	6	15	10	14	9	54	5,7%
Electricista			1			1	0,1%
Empreiteiro	1	3		1	1	6	0,6%
Empresário		5		4	1	10	1,1%
Enfermeiro		1		1		2	0,2%
Engenheiro		2		2		4	0,4%
Escultor				1		1	0,1%
Estucador					1	1	0,1%
Estudante	2	11	2	1	1	17	1,8%
Farmacêutico				1	1	2	0,2%
Manobrador			1			1	0,1%
Maquinista		1			1	2	0,2%
Mecânico	1	2		1	2	6	0,6%
Medico		3				3	0,3%
Militar		1				1	0,1%
Motorista		2	1	2	3	8	0,8%
Operário Fabril	4	10	3	15	8	40	4,2%
Pedreiro	1	9		6	7	23	2,4%
Pintor	1	3		4	1	9	1,0%
Polícia					1	1	0,1%
Professor	1	4		1		6	0,6%
Reformado	2	23	40	46	20	131	13,9%
Soldador	1	1				2	0,2%
Veterinário				1		1	0,1%
TOTAL	49	285	174	314	123	945	100,0%

Pela Tabela 30 e Gráfico 13 constatamos que, em relação à doença psiquiátrica, das 945 vítimas, 69,1% é Desconhecido, que com Depressão surgem 24,2%, com 2,9% surgem com Ideação Suicida, com 1,5% surgem com Esquizofrenia, com 1,3% surgem com Atraso Mental, Alteração do Comportamento, com 0,5% Doença Bipolar, 0,2% com Atraso Mental e com 0,1% surge a Epilepsia e as Perturbações Mentais.

Tabela - 30 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Doença Psiquiátrica

DOENÇA PSIQUIÁTRICA	Aveiro	Delegação do Centro	Figueira da Foz	Leiria	Tomar	TOTAL
Ansiedade		1				1
Atraso mental			2			2
Atraso mental, alteração do comportamento		5		7		12
Depressão	8	57	80	56	28	229
Desconhecida	37	215	80	235	86	653
Doença bipolar	2	2			1	5
Epilepsia	1					1
Esquizofrenia	1	3	1	8	1	14
Ideação suicida		2	10	8	7	27
Perturbações mentais			1			1
TOTAL	49	285	174	314	123	945

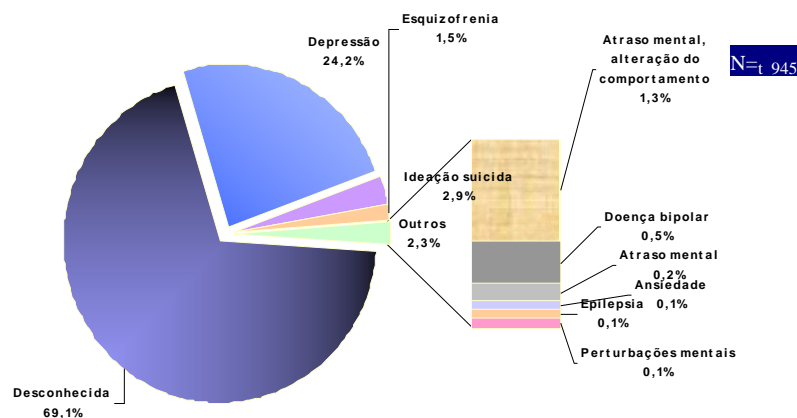


Gráfico - 13 – Doença Psiquiátrica/Total de Suicídios (Percentagem)

Pela observação da Tabela 31 concluímos que, em relação aos antecedentes, Desconhecido apresenta um valor 44,3% a contrastar com 20,4% a Depressão seguido de 8,5% Sem Antecedentes, 4,3% (Doença Psiquiátrica, Outras Tentativas) e Toxicodependente, 3,8% com Ideação Suicida, 2,9% com Alcoólico, 1,9% a Doença Oncológica, 1,7% com Doença Cardíaca, 1,5% Anomalia Psíquica, 1,4% a Esquizofrenia, 0,7% com (Depressão e Álcool), 0,6% Diabético, 0,3% Doença Bipolar, AVC, Doença Parkinson, 0,2% com Atraso Mental, Epilepsia, (Toxicodependente e Seropositivo), 0,1% (Alcoólico e Toxicodependente), (Depressão, Toxicodependente), (Depressão, Alcoólico, Toxicodependente), (Doença de Alzheimer), (Doença Pulmonar), (Epilepsia, Depressão e Outras Tentativas), (Epilepsia, Doença Neurodegenerativa), Esclerose lateral Amiotrófica, Hipertensão, (Ideação suicida e Crises Maníaco-Depressivas), Insuficiência renal, Lesões auto-infligidas antigas, Paraplégico, Perturbações mentais, Seropositivo, Síndrome Vertiginosa, Toxicodependente, Álcool e Trauma de Guerra”.

Tabela - 31 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Antecedentes

ANTECEDENTES	Aveiro	Delegação do Centro	Figueira da Foz	Leiria	Tomar	TOTAL	% Antecedente s/Total
Alcoólico	1	6	5	6	9	27	2,9%
Alcoólico e toxicodependente	1					1	0,1%
Anomalia psíquica	2	4		8		14	1,5%
Atraso mental			2			2	0,2%
AVC		1	2			3	0,3%
Depressão	6	58	64	45	20	193	20,4%
Depressão e álcool		3			4	7	0,7%
Depressão, toxicodependentes				1		1	0,1%
Depressão, Alcoólico, toxicodependentes	1					1	0,1%
Desconhecido	16	136	79	125	63	419	44,3%
Diabético		1	1	4		6	0,6%
Doença Alzheimer			1			1	0,1%
Doença bipolar	1	2				3	0,3%
Doença cardíaca		7	2	7		16	1,7%
Doença neurológica			1			1	0,1%
Doença oncológica		2	4	11	1	18	1,9%
Doença Parkinson		1	1	1		3	0,3%
Doença psiquiátrica, outras tentativas	5	20		10	6	41	4,3%
Doença pulmonar				1		1	0,1%
Epilepsia			1	1		2	0,2%
Epilepsia, depressão e outras tentativas	1					1	0,1%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Epilepsia, doença neurodegenerativa					1	1	0,1%
Esclerose lateral amiotrófica				1		1	0,1%
Esquizofrenia	1	2	1	8	1	13	1,4%
Hipertensão		1				1	0,1%
Ideação suicida	2	8	7	10	9	36	3,8%
Ideação suicida e crises maniaco-depressivas					1	1	0,1%
Insuficiência renal					1	1	0,1%
Lesões auto-infligidas antigas					1	1	0,1%
Paraplégico			1			1	0,1%
Perturbações mentais			1			1	0,1%
Sem antecedentes	2	23	1	51	3	80	8,5%
Seropositivo		1				1	0,1%
Síndrome vertiginosa				1		1	0,1%
Toxicodependente	9	9		20	3	41	4,3%
Toxicodependente + Seropositivo	1			1		2	0,2%
Toxicodependente, álcool				1		1	0,1%
Trauma de Guerra				1		1	0,1%
TOTAL	49	285	174	314	123	945	100,0%

Podemos concluir que, em relação à medicação das vítimas, salientamos com maior expressividade 82,5% Desconhecido, a contrastar com 4,2% Antidepressivos, 3,2% (Antidepressivos, Sedativos), 2% Drogas de abuso, 1,8% (Sedativos, Ansiolíticos), 1,6%(Antidepressivos, Anti-inflamatórios, Sedativos), 1% (Drogas de abuso, Analgésicos, sedativos), 0,7% Neuroléticos, 0,6% Ansiolíticos e (Antidepressivos, Ansiolíticos), 0,5% (Antidepressivos, Ansiolíticos, Sedativos), 0,4% (Hipertensores, Ansiolíticos, Digitálicos), 0,1% (Antidepressivos, Sedativos, Analgésicos), (Antidepressivos, Ansiolíticos, Analgésicos), Barbitúricos”, Antidepressivos, Ansiolíticos, Digitálicos , (Antidepressivos, Anti-inflamatórios, Sedativos), (Antidepressivos, Sedativos, Analgésicos), (Antidepressivos, Tranquilizantes),(Digitálicos, Hipertensores)(Tabela 32).

Tabela - 32 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Medicação

MEDICAÇÃO	Aveiro	Delegação do Centro	Figueira da Foz	Leiria	Tomar	TOTAL	% Medicação/Total
Ansiolíticos			1	5		6	0,6%
Antidepressivos	3	8	7	18	4	40	4,2%
Antidepressivos, Ansiolíticos			2	4		6	0,6%
Antidepressivos, Ansiolíticos, Analgésicos			1			1	0,1%
Antidepressivos, Ansiolíticos, Analgésicos, Barbitúricos			1			1	0,1%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Antidepressivos, Ansiolíticos, Digitálicos			1			1	0,1%
Antidepressivos, Ansiolíticos, Sedativos			5			5	0,5%
Antidepressivos, Anti-inflamatórios, Sedativos			1			1	0,1%
Antidepressivos, Hipertensores, Anticoagulantes, Analgésicos	3	3	4	5		15	1,6%
Antidepressivos, Sedativos	3	13	3	7	2	28	3,0%
Antidepressivos, Sedativos, Analgésicos			1			1	0,1%
Antidepressivos, Tranquilizantes			1			1	0,1%
Barbituricos, Ansiolíticos			1	1		2	0,2%
Desconhecido	22	241	144	259	114	780	82,5%
Digitálicos, Hipertensor			1			1	0,1%
Drogas de Abuso	7	2		9	1	19	2,0%
Drogas de Abuso, Analgésicos, Sedativos	4	1		4		9	1,0%
Hipertensores, Ansiolíticos, Digitálicos	1	3				4	0,4%
Neuroléticos	1	5			1	7	0,7%
Sedativos, Ansiolíticos	5	9		2	1	17	1,8%
TOTAL	49	285	174	314	123	945	100,0%

Observamos pela Tabela 33 e 34 e Gráfico 14 que, relativamente às 945 vítimas do estudo, 4,4% tiveram internamento em psiquiatria, que representam apenas 42 vítimas do global; 0,63% tiveram internamento em estabelecimento prisional, que representam 6 vítimas; 0,11% tiveram internamento no CRAC, que representa 1 vítima. Concluimos ainda que 94,8% era Desconhecida e que representam 896 vitimas, que integram o estudo.

Tabela - 33 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Internamento

INTERNAMENTO	Aveiro	Delegação do Centro	Figueira da Foz	Leiria	Tomar	TOTAL
Desconhecido	44	267	171	295	119	896
Internamento em estabelecimento prisional		4		2		6
Internamento em psiquiatria	5	14	3	17	3	42
Internamento no CRAC					1	1
TOTAL	49	285	174	314	123	945

Tabela - 34 - Suicídios/Internamento/Gabinete Médico-Legal (Percentagem)

INTERNAMENTO	Aveiro	Delegação do Centro	Figueira da Foz	Leiria	Tomar	TOTAL
Desconhecido	89,80%	93,68%	98,28%	93,95%	96,75%	94,81%
Internamento em estabelecimento prisional	0,00%	1,40%	0,00%	0,64%	0,00%	0,63%
Internamento em psiquiatria	10,20%	4,91%	1,72%	5,41%	2,44%	4,44%
Internamento no CRAC	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,81%	0,11%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

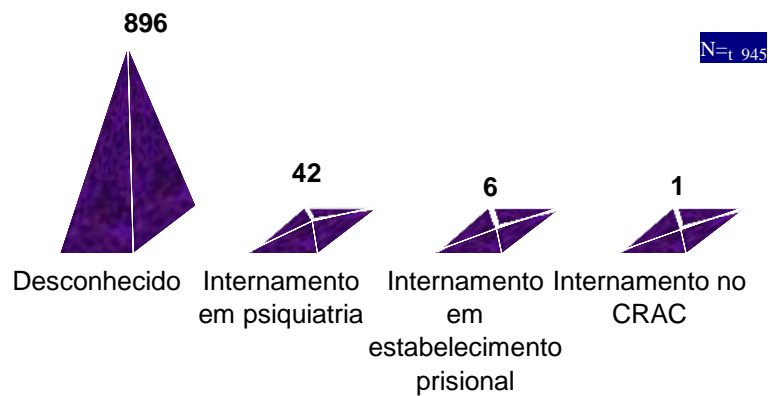


Gráfico - 14 – Internamento/Total de Suicídios

Concluimos pela observação da Tabela 35 que, em relação a serem seguidas em consultas, as vítimas que integram o estudo 878 são Desconhecidas, que 63 vítimas são seguidas em

Consultas de Psiquiatria, 2 são seguidas em Consultas de Neurologia, 1 é seguida no CAT e também 1 é seguida em Apoio Psicológico.

Tabela - 35 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Seguido em Consultas

SEGUIDO EM CONSULTAS	Aveiro	Delegação do Centro	Figueira da Foz	Leiria	Tomar	TOTAL
Apoio Psicológico		1				1
Consultas CAT				1		1
Consultas de Neurologia		2				2
Consultas de Psiquiatria	5	22	6	23	7	63
Desconhecido	44	260	168	290	116	878
TOTAL	49	285	174	314	123	945

Podemos concluir pela Tabela 36 que, no Gabinete de Aveiro, a percentagem de 10,2% é referente a seguido em Consultas de Psiquiatria, que na Delegação do Centro a percentagem é de 7,7% seguido em consultas e 0,7% seguido em consultas de Neurologia, 0,35% é seguido em Apoio Psicológico. No Gabinete da Figueira da Foz 3,4% é seguido em consultas de Psiquiatria, no Gabinete de Leiria 7,3% é seguido em Consultas de Psiquiatria e 0,3% no CAT. No Gabinete de Tomar 5,6% é seguido em Consultas de Psiquiatria.

Tabela - 36 - Suicídios/Seguido em Consultas/Gabinete Médico-Legal (Percentagem)

SEGUIDO EM CONSULTAS	Aveiro	Delegação do Centro	Figueira da Foz	Leiria	Tomar	TOTAL
Apoio Psicológico	0,00%	0,35%	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%
Consultas CAT	0,00%	0,00%	0,00%	0,32%	0,00%	0,11%
Consultas de Neurologia	0,00%	0,70%	0,00%	0,00%	0,00%	0,21%
Consultas de Psiquiatria	10,20%	7,72%	3,45%	7,32%	5,69%	6,67%
Desconhecido	89,80%	91,23%	96,55%	92,36%	94,31%	92,91%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Pelo Gráfico 15, podemos verificar como 92,9% representa Desconhecido, que representam 878 das 945 vítimas que integram o estudo a contrastar com 6,7% das vitimas que são seguidas em Consultas de Psiquiatria, 0,2% representa seguido em Consultas de Neurologia, 0,1% em Consultas de CAT e 0,1% seguida em Apoio Psicológico.

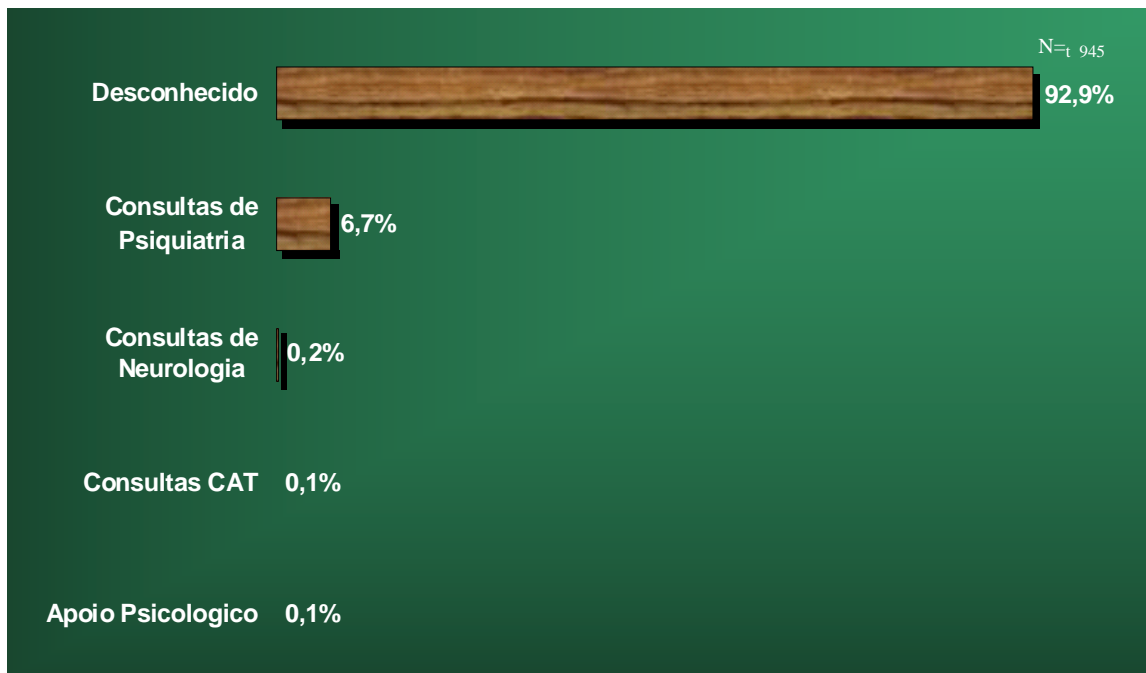


Gráfico - 15 – Seguido em Consultas/Total de Suicídios (Porcentagem)

Na Tabela 37 e Figura 35, podemos ver pela descrição dos clínicos, que 96,1% das vítimas não apresentavam Tatuagens, a variável em estudo representa 908 Ausentes, a contrastar com uma variada gama de tatuagens inscritas nas vítimas numa percentagem de 0,1% e 0,2% em todos os Gabinetes que integraram o nosso estudo.

Tabela - 37 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Tatuagens

TATUAGENS	Aveiro	Delegaã o do Centro	Figueira da Foz	Leiria	Tomar	TOTA L	% Tatuagens/ Total
Ausentes	44	271	172	299	122	908	96,1%
Braço direito				1		1	0,1%
Braço direito e esquerdo				1		1	0,1%
Braço direito e na face anterior do braço esquerdo. Sinais de picadas nas flexuras e dorso das mãos direita e esquerda	1					1	0,1%
Braço e antebraço e mão esquerda			1			1	0,1%
Braço esquerdo e direito ambas na face externa				2		2	0,2%
Face anterior do antebraço					1	1	0,1%
Face externa braço direito				1		1	0,1%
Face externa do antebraço direito				1		1	0,1%
Face externa do terço inferior do braço esquerdo				1		1	0,1%
Face externa do terço médio do braço esquerdo e braço direito				1		1	0,1%
Face externa no terço distal do braço esquerdo				1		1	0,1%
Face lateral braço esquerdo				1		1	0,1%
Face posterior do terço inferior do braço esquerdo		1				1	0,1%
Fossa ilíaca direita e face externa da perna esquerda				1		1	0,1%
Mão esquerda e antebraço direito			1			1	0,1%
Na face anterior e posterior do antebraço esquerdo	1					1	0,1%
Na perna esquerda terço médio com 28cm		1				1	0,1%
Na região deltoide esquerda, outra na face dorsal do antebraço esquerdo, e face dorsal do antebraço direito		1				1	0,1%
Na região escapular bilateral, no membro superior esquerdo, região deltoide no terço proximal da face dorsal direito		1				1	0,1%
Na região escapular esquerda e região lombo sagrada	1					1	0,1%
Na região externa do braço direito 7x5,5	1					1	0,1%
Na zona deltoide direita		1				1	0,1%
No antebraço esquerdo,face externa		2				2	0,2%
No antebraço esquerdo face anterior, antebraço direito, na raiz dorsal do 1º dedo da mão direita e na coxa direita	1					1	0,1%
No mamilo esquerdo, região braquial posterior do braço esquerdo, região escapular direita, perna direita terço médio		1				1	0,1%
No terço médio e distal da face lateral braço direito, terço médio e distal da face lateral do braço esquerdo		2				2	0,2%
No terço médio proximal da região braquial posterior direita		1				1	0,1%
No terço proximal da face externa do braço esquerdo, e na face externa do braço direito e terço médio do mesmo		1				1	0,1%

No terço proximal da região braquial posterior direita		1				1	0,1%
Ombro direito e perna esquerda				1		1	0,1%
Ombro esquerdo				1		1	0,1%
Região deltóide esquerda e direita, punho, coxa e perna direita				1		1	0,1%
Sinais de picadas nas flexuras		1				1	0,1%
Zona inter-escapular				1		1	0,1%
Total Geral	49	285	174	314	123	945	100,0%



Fig. 35 – Fotografia de tatuagem de linha fina (amadora)



Fig. 36 – Fotografia de tatuagem tradicional

Pela Figura 37,38,39,40,41,42 e Tabela 38 observamos as várias formas de descrição que os Clínicos fazem das lesões auto infligidas recentes e antigas encontradas, aquando da descrição do hábito externo da vítima durante a autópsia, podendo concluir que as descrevem também no seu comprimento. De salientar que a descrição foi encontrada em todos os Gabinetes que integram o nosso estudo.



Fig. 37 - Fotografia de cicatrizes não recentes



Fig. 38 – Fotografia de cicatrizes lineares e transversais

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Tabela - 38 - N.º Total de Suicídios/Gabinete Médico-Legal/Feridas de Ensaio

FERIDAS DE ENSAIO	Aveiro	Delegação do Centro	Figueira da Foz	Leiria	Tomar	TOTAL	% Feridas Ensaio/Total
3 Cicatrizes lineares, nacaradas, paralelas entre si orientadas obliquamente infero lateralmente no terço superior da face posterior do antebraço esquerdo co 11cm.Cicatriz linear nacarada transversal no terço inferior da face posterior do antebraço esquerdo		1				1	0,1%
3 Feridas incisais transversais, paralelas entre si, superficiais intersectando apenas o plano cutâneo no terço distal da face anterior do antebraço esquerdo, o proximal com 2,5cm de comprimento e distando 1cm do intermédio com 2cm e distava 0,5cm do dista	1					1	0,1%
Amputação da 2,3 falange do 5º dedo da mão direita				1		1	0,1%
Ausentes	36	275	170	299	120	900	95,2%
Cicatrizes lineares, transversais e paralelas entre si, na face anterior do punho esquerdo sugestivas de auto flagelação				1		1	0,1%
Cicatrizes no punho e terço-médio do antebraço esquerdo				1		1	0,1%
Equimose no terço médio da face média do braço esquerdo com 7cm de eixo por 5cm	1					1	0,1%
Equimose violacea no terço médio da face anterior do braço esquerdo com 1cm por 0,5, duas escoriações no joelho direito a maior apergaminhada com 1cm de maior eixo e 0,5cm de menor eixo	1					1	0,1%
Escoriações com crosta cicatricial no terço distal medial do braço direito 3x2cm, e várias escoriações dispersas pelos dois terços distais da face anterior do antebraço direito com 3cm	1					1	0,1%
Escoriações lineares e paralelas entre si e perpendiculares na face mediana do braço esquerdo com 15cm e a menor com 2cm;na face anterior da perna esquerda com 9cmx1,5cm				1		1	0,1%
Ferida contusa no cotovelo, escoriações lineares e transversais na face posterior do antebraço esquerdo a maior com 6cm e a menor com 3,5cm de comprimento				1		1	0,1%
Ferida cortante no terço inferior da face anterior do antebraço esquerdo, oblíqua para baixo e para fora que intersectava o plano muscular até aos tendões com 6cmx1,5 de afastamento de bordos com cauda infero-lateral			1			1	0,1%
Ferida corto-perfurante na região pré-cordial, ovalar discretamente oblíqua de cima para baixo e da esquerda para a direita de extremidades angulosas, bordos eritematosos, regulares evidenciando biselato de cima para baixo medindo 2cmx1cm de afastamento dos bordos, esta ferida dista 16cm da incisura jugulare 16,5 do nilo, ferida incisiva, superficial transversal, suprajacente e na continuidade da atrás descrita com 2mm de comprimento	1					1	0,1%
Ferida incisiva na face anterior do punho esquerdo com 5cm,ferida contusa na flexura 5x5 da mão esquerda, ferida incisiva na face anterior do punho direito com 5cm,feridas de ensaio				1		1	0,1%
Ferida incisiva no punho esquerdo face anterior 6x1cm com secção de tecidos musculares vasos e tendões, ferida incisiva na face posterior do punho esquerdo 2x0,2cm sem secção muscular 3 feridas incisivas superficiais, lineares na face anterior do punho direito 6x0,1cm feridas de ensaio				1		1	0,1%
Ferida incisiva perfurante na flexura do antebraço esquerdo transversal com 6 cm, ferida incisiva no hemitorax direito junto a					1	1	0,1%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

região externa com 4 cm de comprimento e afastamento dos bordos e 2mm de profundidade							
Ferida superficial incisa transversal na região anterior do punho direito com 6cm de comprimento bordos lineares ferida superficial na região anterior do punho esquerdo com 3,5cm bordos irregulares na sua extremidade medial		1				1	0,1%
Feridas cortantes na parte média da pescoço com bordos afastados com 14x3cm , sem cauda; para baixo desta distava cerca de 3mm na parte mediana, ferida cortante superficial paralela com 4cm da direita para a esquerda ligeiramente descendente				1		1	0,1%
Feridas cortantes, superficiais na face interna de ambos os punhos com 4cmx0,5cm				1		1	0,1%
Feridas cortantes na flexura esquerda na parte lateral com 7cm de comprimento e outra medial com 2,5x1,5 com afastamento dos bordos			1			1	0,1%
Feridas incisivas (quatro), horizontais, paralelas, e distando entre si cerca de 3,5cm, madindo as duas superiores 6x1,5cm, e as duas inferiores 5x1cm			1			1	0,1%
Feridas incisivas em ambos os antebraços		1				1	0,1%
Feridas incisivas horizontais, paralelas entre si sendo duas no sangradouro e uma na face anterior do terço superior do braço direito medindo cada uma 4x0,5 e 3 feridas horizontais paralelas entre si sendo 2 no sangradouro e uma na face anterior do terço superior esquerdo medindo 2,5x0,5					1	1	0,1%
Feridas incisivas na face anterior do punho direito com 4x 0,1 cm paralelas entre si e compatíveis com lesão auto infligida				1		1	0,1%
Feridas incisivas na face medial e anterior da extremidade distal da perna direita 5x0,5 e 2x0,2; feridas inciso-contusas na face medial da extremidade distal da perna esquerda com 4x0,5, vestígios de escoriações lineares acima da ferida atrás descritas, paralelas a esta entre si a maior com 2,5x0,2 vestígios de lesões auto infligidas				1		1	0,1%
Feridas incisivas no pulso esquerdo na face anterior 5cm de comprimento de direção de fora para dentro outra paralela a cerca de 0,5cm da anterior com 2,5cm. ferida incisa na prega anterior do punho esquerdo com direção de fora para dentro profunda com secção total da artéria cubital a esse nível	1					1	0,1%
Feridas incisivas profundas nos antebraços e pernas			1			1	0,1%
Picadas abundantes na flexura direita e esquerda e feridas incisivas na flexura esquerda com 6cm, dorso da mão esquerda com 4x2cm, coxa direita face medial	2					2	0,2%
Picadas no braço direito junto ao cotovelo				1		1	0,1%
Piercing no mamilo direito e esquerdo, lobo da narina direita lábio inferior e pavilhão auricular direito e esquerdo		1				1	0,1%
Sinais de picada de características recentes na região inguinal direita, escoriação no dorso do pé direito medindo 0,5cm de diâmetro	1					1	0,1%
Sinais de picada no dorso da mão esquerda, e flexura esquerda		1				1	0,1%
Sinais de picadas na flexura e cotovelos				2		2	0,2%
Sinais de picadas nas flexuras	2	3			1	6	0,6%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Sinal de picada recente na flexura esquerda, escoriações obliquas para baixo e para a frente no terço distal da face lateral do braço direito com 3cm	1					1	0,1%
Várias cicatrizes lineares, transversais, não recentes na região da flexura do membro superior esquerdo com 5cm de comprimento		1				1	0,1%
Várias cicatrizes nacaradas, não recentes lineares, perpendiculares entre si ambas as faces do antebraço esquerdo e na face posterior do antebraço direito sugestivas de lesão auto-infligidas				1		1	0,1%
Vestígios de cicatrizes de lesões de queimaduras não recentes, no terço proximal da região anterobraquial posterior esquerda com 17cm por 7cm ,e no terço médio e distal da região braquial anterior com 6cm por 0,5cm	1	1				2	0,2%
TOTAL	49	285	174	314	123	945	100,0%

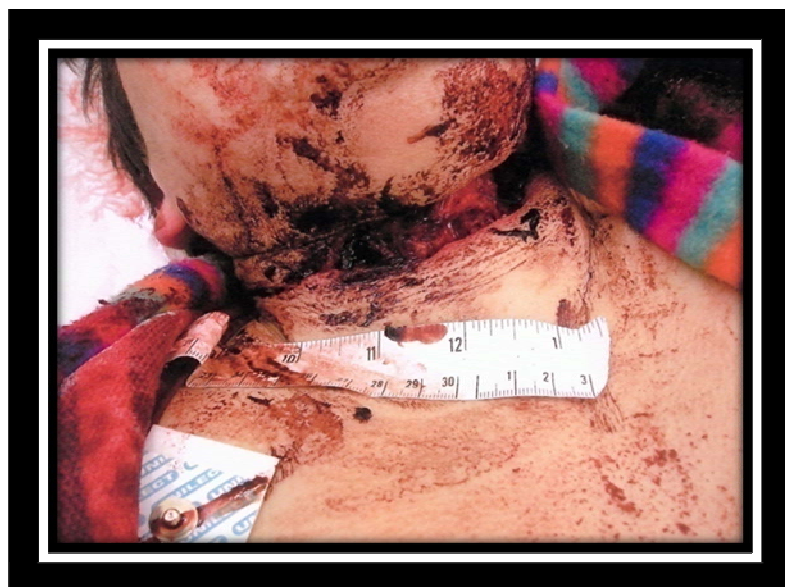


Fig. 39 – Ferida corto-perfurante



Fig. 40 - Ferida incisa perfurante



Fig. 41 – Fotografia de lesão contusa



Fig. 42 - Fotografia de lesões de queimaduras

2.1 - CARACTERIZAÇÃO DO GABINETE MÉDICO-LEGAL DE AVEIRO

Podemos afirmar que houve, ao longo dos 3 primeiros anos, uma subida muito pouco significativa do número de suicídios, sendo que, no ano de 2007, assume o seu valor máximo de 77,5% e no ano seguinte volta a ter um valor igual ao do primeiro ano civil, com um valor de 4,08 (Tabela 39).

Tabela - 39 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
TOTAL	2	4,08%	2	4,08%	5	10,20%	38	77,55%	2	4,08%	49	100,00%

Observando os dados apresentados na Tabela 40, verificamos que a maioria dos 49 suicídios que encontramos no estudo, concretamente 69,39%, são do género masculino, a contrastar com 30,61% do género feminino.

Tabela - 40 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Sexo/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Masculino	2	100,00%	2	100,00%	3	60,00%	26	68,42%	1	50,00%	34	69,39%
Feminino		0,00%		0,00%	2	40,00%	12	31,58%	1	50,00%	15	30,61%
TOTAL	2	100,00%	2	100,00%	5	100,00%	38	100,00%	2	100,00%	49	100,00%

As vítimas que apresentam idades compreendidas entre [30 e 39] anos, são o grupo etário em maior evidência com 22,45%, seguido do [50 e 59] anos com 20,41% e com menor evidência para 2,04%, a idade está compreendida em dois grupos etários que são dos [10 e 19] e [90 e 99] anos, sendo que a média das idades é de 50 anos (Tabela 6).

Tabela - 41 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Grupo Etário/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
[10-19]							1	2,63%			1	2,04%
[20-29]	2	100,00%		0,00%		0,00%	4	10,53%		0,00%	6	12,24%
[30-39]			2	100,00%	2	40,00%	7	18,42%			11	22,45%
[40-49]		0,00%		0,00%	1	20,00%	7	18,42%		0,00%	8	16,33%
[50-59]					1	20,00%	8	21,05%	1	50,00%	10	20,41%
[60-69]		0,00%		0,00%		0,00%	3	7,89%		0,00%	3	6,12%
[70-79]					1	20,00%	3	7,89%	1	50,00%	5	10,20%
[80-89]		0,00%		0,00%		0,00%	4	10,53%		0,00%	4	8,16%
[90-99]							1	2,63%			1	2,04%
TOTAL	2	100,00%	2	100,00%	5	100,00%	38	100,00%	2	100,00%	49	100,00%

Quanto ao estado civil, podemos aferir que a maioria das vítimas, concretamente 51,02%, são casados, seguidos de 30,61% solteiros, 10,20% viúvos e 8,16% divorciados (Tabela 42).

Tabela - 42 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Estado Civil/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Casado		0,00%		0,00%	4	80,00%	20	52,63%	1	50,00%	25	51,02%
Divorciado							4	10,53%		0,00%	4	8,16%
Solteiro	2	100,00%	2	100,00%	1	20,00%	9	23,68%	1	50,00%	15	30,61%
Viúvo							5	13,16%		0,00%	5	10,20%
TOTAL	2	100,00%	2	100,00%	5	100,00%	38	100,00%	2	100,00%	49	100,00%

Pela Tabela 43 verificamos que, em 30,6% foi o enforcamento a causa de suicídio mais frequente, seguido de 24,4% por afogamento e, imediatamente a seguir, com 20,4% a overdose. Com valores mais baixos, de 6,1% temos, a intoxicação alcoólica, seguida de 4,08% pelas intoxicações por pesticidas, com 4,0% temos a arma de fogo e com valores iguais de 2,0% vem a precipitação, trucidado, intoxicação por medicamentos, ferida cortoperfurante na região pré-cordial e a lesão traumática do membro superior esquerdo.

Tabela - 43 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Causa/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Afogamento					1	20,00%	10	26,32%	1	50,00%	12	24,49%
Arma de Fogo		0,00%		0,00%		0,00%	2	5,26%		0,00%	2	4,08%
Enforcamento					2	40,00%	12	31,58%	1	50,00%	15	30,61%
Ferida corto perfurante na região pré- cordial		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	1	2,04%
Intoxicação alcoólica							3	7,89%			3	6,12%
Intoxicação por medicamentos		0,00%		0,00%	1	20,00%		0,00%		0,00%	1	2,04%
Intoxicação por pesticidas							2	5,26%			2	4,08%
Lesão traumática do membro superior esquerdo		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	1	2,04%
Overdose	1	50,00%	2	100,00%	1	20,00%	6	15,79%			10	20,41%
Precipitação							1	2,63%			1	2,04%
Trucidado	1	50,00%									1	2,04%
TOTAL	2	100,00%	2	100,00%	5	100,00%	38	100,00%	2	100,00%	49	100,00%

Relativamente à profissão, verificamos que 48,9% é desconhecida, 12,2% é doméstica, 8,1% é operário fabril, seguido de 6,1% e desempregado, com 4,0% temos o reformado e o estudante e, com 2,0% seguem-se administrativo, comerciante, empreiteiro, mecânico, pedreiro, pintor, professor, e soldador (Tabela 44).

Tabela - 44 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Profissão/Ano

Suicídios	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Administrativo					1	20,00%					1	2,04%
Comerciante		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	1	2,04%
Desconhecido	1	50,00%			2	40,00%	20	52,63%	1	50,00%	24	48,98%
Desempregado		0,00%	2	100,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	3	6,12%
Domestica					1	20,00%	5	13,16%			6	12,24%
Empreiteiro		0,00%		0,00%	1	20,00%		0,00%		0,00%	1	2,04%
Estudante	1	50,00%					1	2,63%			2	4,08%
Mecânico		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	1	2,04%
Operário Fabril							4	10,53%			4	8,16%
Pedreiro		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	1	2,04%
Pintor									1	50,00%	1	2,04%
Professor		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	1	2,04%
Reformado							2	5,26%			2	4,08%
Soldador		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	1	2,04%
TOTAL	2	100,00%	2	100,00%	5	100,00%	38	100,00%	2	100,00%	49	100,00%

Pela Tabela 45, verificamos que 75,5% representa Desconhecido, em relação a terem doença psiquiátrica ,16,3% apresentavam depressão, 4,0% doença bipolar, 2,0% epilepsia e a igual para esquizofrenia.

Tabela - 45 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Doença Psiquiátrica/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Depressão					2	40,00%	6	15,79%		0,00%	8	16,33%
Desconhecida	2	100,00%	2	100,00%	3	60,00%	28	73,68%	2	100,00%	37	75,51%
Doença bipolar							2	5,26%		0,00%	2	4,08%
Epilepsia		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	1	2,04%
Esquizofrenia							1	2,63%		0,00%	1	2,04%
TOTAL	2	100,00%	2	100,00%	5	100,00%	38	100,00%	2	100,00%	49	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Observando os dados apresentados na Tabela 46, verificamos que a maioria das 49 vítimas de suicídio apresentava Desconhecido para os antecedentes, concretamente, 32,6% que contrasta com 4,0% Sem Antecedentes. Com 18,3% eram Toxicodependente, 12,2% Depressão, 10,2% (Doença Psiquiátrica, Outras Tentativas), seguido de 4,0% Ideação Suicida e Anomalia Psíquica, 2,0% um conjunto diversificado como: Alcoólico, (Alcoólico e Toxicodependente), (Depressão, Alcoólico, Toxicodependente), Doença Bipolar, (Epilepsia, Depressão e Outras Tentativas), Esquizofrenia e (Toxicodependente e Seropositivo).

Tabela - 46 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Antecedentes/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Alcoólico	1	50,00%									1	2,04%
Alcoólico, toxicodependente		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	1	2,04%
Anomalia psíquica							2	5,26%			2	4,08%
Depressão		0,00%		0,00%	1	20,00%	5	13,16%		0,00%	6	12,24%
Depressão, alcoólico, toxicodependente					1	20,00%					1	2,04%
Desconhecido		0,00%		0,00%	1	20,00%	13	34,21%	2	100,00%	16	32,65%
Doença bipolar							1	2,63%			1	2,04%
Doença psiquiátrica, outras tentativas		0,00%		0,00%		0,00%	5	13,16%		0,00%	5	10,20%
Epilepsia, depressão, outras tentativas							1	2,63%			1	2,04%
Esquizofrenia		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	1	2,04%
Ideação suicida							2	5,26%			2	4,08%
Sem antecedentes		0,00%		0,00%	1	20,00%	1	2,63%		0,00%	2	4,08%
Toxicodependente	1	50,00%	1	50,00%	1	20,00%	6	15,79%			9	18,37%
Toxicodependente, Seropositivo		0,00%	1	50,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,04%
Total Geral	2	100,00%	2	100,00%	5	100,00%	38	100,00%	2	100,00%	49	100,00%

Pela Tabela 47 podemos aferir que, em relação à medicação, aparecem 44,9% como Desconhecido, cerca de 14,2% usavam Drogas de Abuso, seguido de 10,2% (Sedativos, Ansiolíticos), 8,1% (Drogas de Abuso, Analgésicos, Sedativos), 6,1% surgem três grupos distintos; Antidepressivos, (Antidepressivos, Hipertensores, Anticoagulantes, Analgésicos) e, com 2,0%, o grupo de Neurolépticos conjuntamente com (Hipertensores, Ansiolíticos, Digitálicos).

Tabela - 47 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Medicação/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Antidepressivos					1	20,00%	2	5,26%			3	6,12%
Antidepressivos, Hipertensores, Anticoagulantes Analgésicos		0,00%		0,00%		0,00%	3	7,89%		0,00%	3	6,12%
Antidepressivos Sedativos							3	7,89%			3	6,12%
Desconhecido	1	50,00%		0,00%	2	40,00%	17	44,74%	2	100,00%	22	44,90%
Drogas de Abuso			2	100,00%			5	13,16%			7	14,29%
Drogas de Abuso, Analgésicos, Sedativos	1	50,00%		0,00%	2	40,00%	1	2,63%		0,00%	4	8,16%
Hipertensores, Ansiolíticos, Digitálicos							1	2,63%			1	2,04%
Neurolépticos		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	1	2,04%
Sedativos, Ansiolíticos							5	13,16%			5	10,20%
TOTAL	2	100,00%	2	100,00%	5	100,00%	38	100,00%	2	100,00%	49	100,00%

Pela Tabela 48, verificamos que a maioria das 49 vítimas de suicídio, que integram o estudo no Gabinete de Aveiro, 89,8% representa o item Desconhecido, aparecendo 10,2% das vítimas com Internamento em Psiquiatria.

Tabela - 48 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Internamento/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Desconhecido	2	100,00%	2	100,00%	4	80,00%	34	89,47%	2	100,00%	44	89,80%
Internamento em Psiquiatria		0,00%		0,00%	1	20,00%	4	10,53%		0,00%	5	10,20%
TOTAL	2	100,00%	2	100,00%	5	100,00%	38	100,00%	2	100,00%	49	100,00%

Relativamente à Tabela 49, constatamos que, das 49 vítimas, concretamente 89,8%, é Desconhecido, a contrastar com 10,2% que são seguidas em Consultas de Psiquiatria.

Tabela - 49 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Seguido em Consultas/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Desconhecido	2	100,00%	2	100,00%	5	100,00%	33	86,84%	2	100,00%	44	89,80%
Consultas de Psiquiatria		0,00%		0,00%		0,00%	5	13,16%		0,00%	5	10,20%
TOTAL	2	100,00%	2	100,00%	5	100,00%	38	100,00%	2	100,00%	49	100,00%

Das vítimas de suicídio que apresentavam tatuagens, aparecem descritas com maior prevalência 89,8% Ausentes. Por outro lado, com 2,0% encontram-se, respectivamente no braço direito e na face anterior do braço esquerdo; na face anterior e posterior do antebraço esquerdo; na região escapular esquerda e região lombo sagrada; na região externa do braço direito; no antebraço esquerda face anterior, antebraço direito, na raiz dorsal do 1º dedo da mão direita e na coxa direita (Tabela 50).

Tabela - 50 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Tatuagens/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Ausentes	1	50,00%	1	50,00%	4	80,00%	36	94,74%	2	100,00%	44	89,80%
Braço direito e na face anterior do braço esquerdo.		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	1	2,04%
Na face anterior e posterior do antebraço esquerdo							1	2,63%			1	2,04%
Na região escapular esquerda e região lombo sagrada		0,00%		0,00%	1	20,00%		0,00%		0,00%	1	2,04%
Na região externa do braço direito	1	50,00%									1	2,04%
No antebraço esquerda face anterior, antebraço direito, na raiz dorsal		0,00%	1	50,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,04%
TOTAL	2	100,00%	2	100,00%	5	100,00%	38	100,00%	2	100,00%	49	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

De acordo com a Tabela 51, encontramos 73,4% Ausentes, seguido de 4% e 2% de designações de feridas de ensaio encontradas nas vítimas e descritas pelos Clínicos.

Tabela - 51 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – N.º de Suicídios/Feridas de Ensaio/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
3 Feridas incisas transversais, paralelas entre si, superficiais, intersectando apenas o plano cutâneo no terço distal da face anterior do							1	2,63%			1	2,04%
Ausentes	2	100,00%		0,00%	3	60,00%	29	76,32%	2	100,00%	36	73,47%
Equimose no terço médio							1	2,63%			1	2,04%
Equimose violacea no terço médio da face anterior do braço		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	1	2,04%
Escoriações com crosta cicatricial no terço distal medial do braço direito							1	2,63%			1	2,04%
Ferida corto-perfurante na região pré-cordial, ovalar discretamente oblíqua de cima para baixo e da esquerda para a direita de extremidades anulares, bordos		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	1	2,04%
Feridas incisas no pulso esquerdo na face anterior com 5cm de comprimento de direcção do foco para dentro, outro							1	2,63%			1	2,04%
Picadas abundantes na flexura direita e esquerda.		0,00%	1	50,00%	1	20,00%		0,00%		0,00%	2	4,08%
Sinais de picada de características recentes na							1	2,63%			1	2,04%
Sinais de picadas nas		0,00%	1	50,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	2	4,08%
Sinal de picada recente na flexura esquerda.					1	20,00%					1	2,04%
Vestígios de cicatrizes de lesões de queimaduras não recentes, no terço		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	1	2,04%
TOTAL	2	100,00%	2	100,00%	5	100,00%	38	100,00%	2	100,00%	49	100,00%

Pela Tabela 52, podemos verificar que o desemprego está relacionado com(Doença Psiquiátrica e outras Tentativas),Toxicodependente e (Toxicodependente e seropositivo)em 33%.Em relação ao ser Doméstica, está relacionado com (Doença Psiquiátrica e outras Tentativas) em 33% e (Epilepsia, Depressão e Outras Tentativas) em 17%.O Estudante está relacionado com Alcoólico em 50% e Reformado está relacionado com Doença Bipolar em 50%.

Tabela - 52 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Antecedentes/Profissão

PROFISSAO	ANTECEDENTES	TOTAL 2004-2008	% Antecedentes/Profissão
Administrativo	Toxicodependente	1	100%
Administrativo Total		1	
Comerciante	Esquizofrenia	1	100%
Comerciante Total		1	
Desconhecido	Anomalia psíquica	2	8%
	Depressão	4	17%
	Depressão, alcoolismo, toxicodependentes	1	4%
	Desconhecido	7	29%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	2	8%
	Ideação suicida	2	8%
	Toxicodependente	6	25%
Desconhecido Total		24	
Desempregado	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	33%
	Toxicodependente	1	33%
	Toxicodependente + Seropositivo	1	33%
Desempregado Total		3	
Domestica	Desconhecido	2	33%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	2	33%
	Epilepsia, depressão e outras tentativas	1	17%
	Sem antecedentes	1	17%
Domestica Total		6	
Empreiteiro	Depressão	1	100%
Empreiteiro Total		1	
Estudante	Alcoólico	1	50%
	Desconhecido	1	50%
Estudante Total		2	
Mecânico	Toxicodependente	1	100%
Mecânico Total		1	
Operário Fabril	Desconhecido	3	75%
	Sem antecedentes	1	25%
Operário Fabril Total		4	
Pedreiro	Alcoólico e toxicodependente	1	100%
Pedreiro Total		1	
Pintor	Desconhecido	1	100%
Pintor Total		1	
Professor	Depressão	1	100%
Professor Total		1	

Reformado	Desconhecido	1	50%
	Doença bipolar	1	50%
Reformado Total		2	
Soldador	Desconhecido	1	100%
Soldador Total		1	
TOTAL		49	

Observamos a Tabela 53 onde existe a relação Antecedentes/causa, concluímos que nos grupos do Afogamento, Enforcamento, Intoxicação por Medicamentos, Intoxicação por Pesticidas, a Depressão está sempre presente com 100%, 50%, 27%, 8%, respectivamente.

Tabela - 53 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Antecedentes/Causa

CAUSA	ANTECEDENTES	TOTAL 2004-2008	% Antecedentes/Causa
Afogamento	Depressão	1	8%
	Desconhecido	6	50%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	8%
	Epilepsia, depressão e outras tentativas	1	8%
	Ideação suicida	2	17%
	Sem antecedentes	1	8%
Afogamento Total		12	
Arma de Fogo	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	50%
	Esquizofrenia	1	50%
Arma de Fogo Total		2	
Enforcamento	Anomalia psíquica	2	13%
	Depressão	4	27%
	Desconhecido	6	40%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	7%
	Sem antecedentes	1	7%
	Toxicodependente	1	7%
Enforcamento Total		15	
Ferida corto perfurante na região pré-cordial	Doença bipolar	1	100%
Ferida corto perfurante na região pré-cordial Total		1	
Intoxicação alcoólica	Desconhecido	2	67%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	33%
Intoxicação alcoólica Total		3	

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Intoxicação por medicamentos	Depressão, alcoolismo, toxicodependentes	1	100%
Intoxicação por medicamentos Total		1	
Intoxicação por pesticidas	Depressão	1	50%
	Desconhecido	1	50%
Intoxicação por pesticidas Total		2	
Lesão traumática do membro superior esquerdo	Desconhecido	1	100%
Lesão traumática do membro superior esquerdo Total		1	
Overdose	Alcoólico e toxicodependente	1	10%
	Toxicodependente	8	80%
	Toxicodependente + Seropositivo	1	10%
Overdose Total		10	
Precipitação	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	100%
Precipitação Total		1	
Trucidado	Alcoólico	1	100%
Trucidado Total		1	
TOTAL		49	

Concretamente na relação causa/doença psiquiátrica, podemos aferir que com 100% temos Esquizofrenia/Arma de fogo, Epilepsia/Enforcamento, com 63% Depressão/Enforcamento, 50% com Doença Bipolar/Precipitação e Doença Bipolar/Ferida Corto Perfurante na região pré-cordial e com 13% Depressão/Intoxicação por Medicamentos (Tabela 54).

Tabela - 54 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Causa/Doença Psiquiátrica

DOENÇA PSIQUIÁTRICA	CAUSA	TOTAL 2004-2008	% Causa/Doença Psiquiátrica
Depressão	Afogamento	2	25%
	Enforcamento	5	63%
	Intoxicação por medicamentos	1	13%
Depressão Total		8	
Desconhecida	Afogamento	10	27%
	Arma de Fogo	1	3%
	Enforcamento	9	24%
	Intoxicação alcoólica	3	8%
	Intoxicação por pesticidas	2	5%
	Lesão traumática do membro superior esquerdo	1	3%
	Overdose	10	27%
	Trucidado	1	3%
Desconhecida Total		37	
Doença bipolar	Ferida corto perfurante na região pré-cordial	1	50%
	Percipitação	1	50%
Doença bipolar Total		2	
Epilepsia	Enforcamento	1	100%
Epilepsia Total		1	
Esquizofrenia	Arma de Fogo	1	100%
Esquizofrenia Total		1	
TOTAL		49	

Relativamente à relação antecedentes /feridas de ensaio, podemos concluir que 100% das vítimas tinham Feridas de Ensaio e estavam relacionadas com (Epilepsia, Depressão, Outras Tentativas), (Doença Psiquiátrica, Outras Tentativas, toxicodependente), (Alcoólico e Toxicodependente), Doença bipolar (Depressão, Alcoólico, Toxicodependente), existindo também com 100% e com um total de 1 caso em que as Feridas de Ensaio /antecedentes, o antecedente é Desconhecido (Tabela 54).

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Tabela - 55 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Antecedentes/Feridas de Ensaio

FERIDAS DE ENSAIO	ANTECEDENTES	TOTAL 2004-2008	% Antecedentes/Feridas de Ensaio
3 feridas incisais transversais, paralelas entre si, superficiais intersectando apenas o plano cutâneo no terço distal da face anterior do antebraço esquerdo, o proximal com 2,5cm de comprimento e distando 1cm do intermédio com 2cm e distava 0,5cm do distal, que por sua vez media 5cm de comprimento, equimose violácea no dorso da mão esquerda com 2cm de maior eixo por 1,5 do menor eixo. Vestígios de escoriações no terço distal da face lateral da coxa direita com 3cm de comprimento e 2cm de largura	Epilepsia, depressão e outras tentativas	1	100%
Ausentes	Alcoólico	1	3%
	Anomalia psíquica	2	6%
	Depressão	6	17%
	Desconhecido	14	39%
	Doença psiquiátrica, outras	4	11%
	Esquizofrenia	1	3%
	Ideação suicida	2	6%
	Sem antecedentes	2	6%
Toxicodependente	4	11%	
Equimose no terço médio da face média do braço esquerdo com 7cm de eixo por 5cm	Toxicodependente	1	100%
Equimose violácea no terço médio da face anterior do braço esquerdo com 1cm por 0,5, duas escoriações no joelho direito a maior apertada com 1cm de maior eixo e 0,5cm de menor eixo	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	100%
Escoriações com crosta cicatricial no terço distal medial do braço direito 3x2cm, e várias escoriações dispersas pelos dois terços distais da face anterior do antebraço direito com 3cm	Alcoólico e toxicodependente	1	100%
Ferida corto-perfurante na região pré-cordial, ovalar discretamente oblíqua de cima para baixo e da esquerda para a direita de extremidades angulosas, bordos eritematosos, regulares evidenciando biselato de cima para baixo medindo 2cm x 1cm de afastamento dos bordos, esta ferida dista 16cm da incisura jugular 16,5 do nilo, ferida incisa, superficial transversal, suprajacente e na continuidade da atrás com 2mm de comprimento	Doença bipolar	1	100%
Feridas incisais no pulso esquerdo na face anterior 5cm de comprimento de direcção de fora para dentro outra paralela a cerca de 0,5cm da anterior com 2,5cm. ferida incisa na prega anterior do punho esquerdo com direcção de fora para dentro profunda com secção total da artéria cubital a esse nível	Desconhecido	1	100%
Picadas abundantes na flexura direita e esquerda e feridas incisais na flexura esquerda com 6cm, dorso da mão esquerda com 4x2cm, coxa direita face medial	Toxicodependente	1	50%
	Toxicodependente + Seropositivo	1	50%
Sinais de picada de características recentes na região inguinal direita, escoriação no dorso do pé direito medindo 0,5cm de diâmetro	Toxicodependente	1	100%
Sinais de picadas nas flexuras	Toxicodependente	2	100%
Sinal de picada recente na flexura esquerda, escoriações oblíquas para baixo e para a frente no terço distal da face lateral do braço direito com 3cm	Depressão, alcoólico, toxicodependentes	1	100%
Vestígios de cicatrizes de lesões de queimaduras não recentes, no terço proximal da região antebraquial posterior esquerda com 17cm por 7cm e no terço médio e distal da região braquial anterior com 6cm por 0,5cm	Desconhecido	1	100%
	TOTAL	49	

Pela Tabela 56, podemos aferir que, em 100% das vítimas, encontramos relação existente entre as Feridas de Ensaio e causa, sendo estas: Enforcamento, Afogamento, Overdose, Intoxicação por Medicamentos, Intoxicação Alcoólica, Lesão Traumática do membro superior esquerdo, Ferida Corto -Perfurante na região pré-cordial.

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Tabela - 56 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Causa/Feridas de Ensaio

FERIDAS DE ENSAIO	CAUSA	TOTAL 2004-2008	% Causa/ Feridas Ensaio
3 Feridas incisais transversais, paralelas entre si, superficiais intersectando apenas o plano cutâneo no terço distal da face anterior do antebraço esquerdo, o proximal com 2,5cm de comprimento e distando 1cm do intermédio com 2cm e distava 0,5cm do distal, que por sua vez media 5cm de comprimento. Equimose violácea no dorso da mão esquerda com 2cm de maior eixo por 1,5 do menor eixo. Vestígios de escoriações no terço distal da face lateral da coxa direita com 3cm de comprimento e 2cm de largura	Afogamento	1	100%
Ausentes	Afogamento	11	31%
	Arma de Fogo	2	6%
	Enforcamento	14	39%
	Intoxicação alcoólica	2	6%
	Intoxicação por pesticidas	2	6%
	Overdose	3	8%
	Percipitação	1	3%
	Trucidado	1	3%
Equimose no terço médio da face média do braço esquerdo com 7cm de eixo por 5cm	Overdose	1	100%
Equimose violácea no terço médio da face anterior do braço esquerdo com 1cm por 0,5, duas escoriações no joelho direito a maior apertada com 1cm de maior eixo e 0,5cm de menor eixo	Intoxicação alcoólica	1	100%
Escoriações com crosta cicatricial no terço distal medial do braço direito 3x2cm, e várias escoriações dispersas pelos dois terços distais da face anterior do antebraço direito com 3cm	Overdose	1	100%
Ferida corto-perfurante na região pré-cordial, oval discretamente oblíqua de cima para baixo e da esquerda para a direita de extremidades angulosas, bordos eritematosos, regulares evidenciando biselato de cima para baixo medindo 2cmx1cm de afastamento dos bordos, esta ferida dista 16cm da incisura jugular e 16,5 do nilo. Ferida incisa, superficial transversal, suprajacente e na continuidade da atrás descrita com 2mm de comprimento	Ferida corto perfurante na região pré-cordial	1	100%
Feridas incisais no pulso esquerdo na face anterior 5cm de comprimento de direcção de fora para dentro outra paralela a cerca de 0,5cm da anterior com 2,5cm. ferida incisa na prega anterior do punho esquerdo com direcção de fora para dentro profunda com secção total da artéria cubital a esse nível	Lesão traumática do membro superior esquerdo	1	100%
Picadas abundantes na flexura direita e esquerda e feridas incisais na flexura esquerda com 6cm, dorso da mão esquerda com 4x2cm, coxa direita face medial	Overdose	2	100%
Sinais de picada de características recentes na região inguinal direita, escoriação no dorso do pé direito medindo 0,5cm de diâmetro	Overdose	1	100%
Sinais de picadas nas flexuras	Overdose	2	100%
Sinal de picada recente na flexura esquerda, escoriações oblíquas para baixo e para a frente no terço distal da face lateral do braço direito com 3cm	Intoxicação por medicamentos	1	100%
Vestígios de cicatrizes de lesões de queimaduras não recentes, no terço proximal da região anterobraquial posterior esquerda com 17cm por 7cm, e no terço médio e distal da região braquial anterior com 6cm por 0,5cm	Enforcamento	1	100%
	TOTAL	49	

Pela Tabela 57, destacamos que com Depressão e Doença Bipolar em relação à existência de Feridas de Ensaio é de 1 caso e que corresponde a 100%.Existem Feridas de Ensaio numa percentagem de 100%, que corresponde apenas 1 caso mas em que é Desconhecido a existência de Doença Psiquiátrica.

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Tabela - 57 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Doença Psiquiátrica/Feridas de Ensaio

FERIDAS DE ENSAIO	DOENÇA PSQUIÁTRICA	TOTAL 2004-2008	% Doença Psiquiátrica /Feridas Ensaio
3 Feridas incisais transversais, paralelas entre si, superficiais intersectando apenas o plano cutâneo no terço distal da face anterior do antebraço esquerdo, o proximal com 2,5cm de comprimento e distando 1cm do intermédio com 2cm e distava 0,5cm do distal, que por sua vez media 5cm de comprimento. Equimose violácea no dorso da mão esquerda com 2cm de maior eixo por 1,5 do menor eixo. Vestígios de escoriações no terço distal da face lateral da coxa direita com 3cm de comprimento e 2cm de largura	Depressão	1	100%
Ausentes	Depressão	5	14%
	Desconhecida	28	78%
	Doença bipolar	1	3%
	Epilepsia	1	3%
	Esquizofrenia	1	3%
Equimose no terço médio da face média do braço esquerdo com 7cm de eixo por 5cm	Desconhecida	1	100%
Equimose violácea no terço médio da face anterior do braço esquerdo com 1cm por 0,5, duas escoriações no joelho direito a maior apertada com 1cm de maior eixo e 0,5cm de menor eixo	Desconhecida	1	100%
Escoriações com crosta cicatricial no terço distal medial do braço direito 3x2cm, e várias escoriações dispersas pelos dois terços distais da face anterior do antebraço direito com 3cm	Desconhecida	1	100%
Ferida corto-perfurante na região pré-cordial, ovalar discretamente oblíqua de cima para baixo e da esquerda para a direita de extremidades angulosas, bordos eritematosos, regulares evidenciando biselato de cima para baixo medindo 2cmx1cm de afastamento dos bordos, esta ferida dista 16cm da incisura jugular e 16,5 do hilo. ferida incisa, superficial transversal, suprajacente e na continuidade da atrás descrita com 2mm de comprimento	Doença bipolar	1	100%
Feridas incisais no pulso esquerdo na face anterior 5cm de comprimento de direcção de fora para dentro outra paralela a cerca de 0,5cm da anterior com 2,5cm.ferida incisa na prega anterior do punho esquerdo com direcção de fora para dentro profunda com secção total da artéria cubital a esse nível	Desconhecida	1	100%
Picadas abundantes na flexura direita e esquerda e feridas incisais na flexura esquerda com 6cm,dorso da mão esquerda com 4x2cm,coxa direita face medial	Desconhecida	2	100%
Sinais de picada de características recentes na região inguinal direita, escoriação no dorso do pé direito medindo 0,5cm de diâmetro	Desconhecida	1	100%
Sinais de picadas nas flexuras	Desconhecida	2	100%
Sinal de picada recente na flexura esquerda, escoriações oblíquas para baixo e para a frente no terço distal da face lateral do braço direito com 3cm	Depressão	1	100%
Vestígios de cicatrizes de lesões de queimaduras não recentes, no terço proximal da região antebraquial posterior esquerda com 17cm por 7cm ,e no terço médio e distal da região braquial anterior com 6cm por 0,5cm	Depressão	1	100%
	TOTAL	49	

Observando os dados apresentados na Tabela 58, nas vítimas que apresentam idades compreendidas entre [10-19] e [90-99] a relação existente entre antecedentes/grupo etário, representa 100% com antecedentes de Esquizofrenia e (Doença Psiquiátrica, Outras Tentativas). Verificamos que o grupo etário de [20-29] e [30-39] apresentam como antecedentes Toxicodependente com 50% e 55%, respectivamente. Relativamente ao grupo etário [50-59], [60-69], [80-89], como antecedentes têm em comum a Depressão com 40%,33%,25%, respectivamente.

Tabela - 58 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Antecedentes/Grupo Etário

GRUPO ETARIO	ANTECEDENTES	TOTAL 2004-2008	% Antecedentes/ Grupo Etário
[10-19]	Esquizofrenia	1	100%
[10-19] Total		1	
[20-29]	Alcoólico	1	17%
	Desconhecido	2	33%
	Toxicodependente	3	50%
[20-29] Total		6	
[30-39]	Alcoólico e toxicodependente	1	9%
	Depressão, alcoólico, toxicodependente	1	9%
	Desconhecido	1	9%
	Epilepsia, depressão e outras tentativas	1	9%
	Toxicodependente	6	55%
	Toxicodependente + Seropositivo	1	9%
[30-39] Total		11	
[40-49]	Desconhecido	6	75%
	Doença bipolar	1	13%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	13%
[40-49] Total		8	
[50-59]	Anomalia psíquica	2	20%
	Depressão	4	40%
	Desconhecido	2	20%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	2	20%
[50-59] Total		10	
[60-69]	Depressão	1	33%
	Desconhecido	1	33%
	Sem antecedentes	1	33%
[60-69] Total		3	

[70-79]	Desconhecido	3	60%
	Ideação suicida	1	20%
	Sem antecedentes	1	20%
[70-79] Total		5	
[80-89]	Depressão	1	25%
	Desconhecido	1	25%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	25%
	Ideação suicida	1	25%
[80-89] Total		4	
[90-99]	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	100%
[90-99] Total		1	
Total Geral		49	

Da relação entre causa/ grupo etário, concluímos que o Enforcamento é comum nos grupos etários [20-29] com 17%, [30-39] com 9%, [49-49] com 38%, [50-59] com 60%, [60-69] com 67%, [80-89] com 25%, [90-99] com 100%. Nota-se que, conforme aumenta o grupo etário, também aumenta a percentagem de vítimas, havendo apenas um decréscimo no grupo etário dos [80-89] mas com uma subida muito acentuada no grupo [90-99] com 100% (Tabela 59).

Tabela - 59 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Causa/Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO	CAUSA	TOTAL 2004-2008	% Causa/ Grupo Etário
[10-19]	Arma de Fogo	1	100%
[10-19] Total		1	
[20-29]	Enforcamento	1	17%
	Intoxicação alcoólica	1	17%
	Overdose	3	50%
	Trucidado	1	17%
[20-29] Total		6	
[30-39]	Afogamento	1	9%
	Enforcamento	1	9%
	Intoxicação alcoólica	1	9%
	Intoxicação por medicamentos	1	9%
	Overdose	7	64%
[30-39] Total		11	
[40-49]	Afogamento	2	25%
	Enforcamento	3	38%
	Ferida corto perfurante na região pré-cordial	1	13%
	Intoxicação por pesticidas	1	13%
	Lesão traumática do membro superior esquerdo	1	13%
[40-49] Total		8	

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

[50-59]	Afogamento	1	10%
	Enforcamento	6	60%
	Intoxicação alcoólica	1	10%
	Intoxicação por pesticidas	1	10%
	Precipitação	1	10%
[50-59] Total		10	
[60-69]	Afogamento	1	33%
	Enforcamento	2	67%
[60-69] Total		3	
[70-79]	Afogamento	5	100%
[70-79] Total		5	
[80-89]	Afogamento	2	50%
	Arma de Fogo	1	25%
	Enforcamento	1	25%
[80-89] Total		4	
[90-99]	Enforcamento	1	100%
[90-99] Total		1	
	TOTAL	49	

Na Tabela 60, verifica-se a existência de Feridas de Ensaio, no escalão [20-29] com 17%, [30-39] com 9%, sendo que os valores crescem nos grupos etário seguintes [40-49] com 13%, [50-59] com 10%.

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Tabela - 60 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Feridas de Ensaio/Grupo Etário

GRUPO ETARIO	FERIDAS DE ENSAIO	TOTAL 2004-2008	% Feridas Ensaio/Grupo Etário
[10;19]	Ausentes	1	100%
[20-29]	Ausentes	4	67%
	Equimose no terço médio da face média do braço esquerdo com 7cm de eixo por 5cm	1	17%
	Vestígios de cicatrizes de lesões de queimaduras não recentes, no terço proximal da região anterobraquial posterior esquerda com 17cm por 7cm ,e no terço médio e distal da região braquial anterior com 6cm por 0,5cm	1	17%
[30;39]	3 Feridas incisais transversais, paralelas entre si, superficiais intersectando apenas o plano cutâneo no terço distal da face anterior do antebraço esquerdo, o proximal com 2,5cm de comprimento e distando 1cm do intermédio com 2cm e distava 0,5cm do distal, que por sua vez media 5cm de comprimento. equimose violácea no dorso da mão esquerda com 2cm de maior eixo por 1,5 do menor eixo. Vestígios de escoriações no terço distal da face lateral da coxa direita com 3cm de comprimento e 2cm de largura	1	9%
	Ausentes	3	27%
	Escoriações com crosta cicatricial no terço distal medial do braço direito 3x2cm, e várias escoriações dispersas pelos dois terços distais da face anterior do antebraço direito com 3cm	1	9%
	Picadas abundantes na flexura direita e esquerda e feridas incisais na flexura esquerda com 6cm,dorso da mão esquerda com 4x2cm,coxa direita face medial	2	18%
	Sinais de picada de características recentes na região inguinal direita, escoriação no dorso do pé direito medindo 0,5cm de diâmetro	1	9%
	Sinais de picadas nas flexuras	2	18%
	Sinal de picada recente na flexura esquerda, escoriações oblíquas para baixo e para a frente no terço distal da face lateral do braço direito com 3cm	1	9%
[40;49]	Ausentes	6	75%
	Ferida corto-perfurante na região pré-cordial, ovalar discretamente oblíqua de cima para baixo e da esquerda para a direita de extremidades angulosas, bordos eritematosos, regulares evidenciando biselato de cima para baixo medindo 2cmx1cm de afastamento dos bordos, esta ferida dista 16cm da incisura jugulare 16,5 do nilo. ferida incisa, superficial transversal, suprajacente e na continuidade da atrás descrita com 2mm de comprimento	1	13%
	Feridas incisais no pulso esquerdo na face anterior 5cm de comprimento de direcção de fora para dentro outra paralela a cerca de 0,5cm da anterior com 2,5cm.ferida incisa na prega anterior do punho esquerdo com direcção de fora para dentro profunda com secção total da artéria cubital a esse nível	1	13%
[50;59]	Ausentes	9	90%
	Equimose violácea no terço médio da face anterior do braço esquerdo com 1cm por 0,5, duas escoriações no joelho direito a maior apertada com 1cm de maior eixo e 0,5cm de menor eixo	1	10%
[60;69]	Ausentes	3	100%
[70;79]	Ausentes	5	100%
[80;89]	Ausentes	4	100%
[90;99]	Ausentes	1	100%
TOTAL		49	

Observando a Tabela 61, podemos concluir que, na relação tatuagens/grupo etário, no grupo etário [50-59] existem com 10% tatuagens “na face anterior e posterior do antebraço esquerdo”, no grupo etário [30-39] existem com 9% tatuagens “braço direito e na face anterior do braço esquerdo. Sinais de picadas nas flexuras e dorso das mãos direita e esquerda”, “na região escapular esquerda e região lombo sagrada”, “no antebraço esquerdo face anterior, antebraço direito, na raiz dorsal do 1º dedo da mão direita e na coxa direita”.

Tabela - 61 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Tatuagens/Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO	TATUAGENS	TOTAL 2004-2008	% Tatuagens / Grupo Etário
[10-19]	Ausentes	1	100%
[10-19] Total		1	
[20-29]	Ausentes	5	83%
	Na região externa do braço direito 7x5,5	1	17%
[20-29] Total		6	
[30-39]	Ausentes	8	73%
	Braço direito e na face anterior do braço esquerdo. Sinais de picadas nas flexuras e dorso das mãos direita e esquerda	1	9%
	Na região escapular esquerda e região lombo sagrada	1	9%
	No antebraço esquerdo face anterior, antebraço direito, na raiz dorsal do 1º dedo da mão direita e na coxa direita	1	9%
[30-39] Total		11	
[40-49]	Ausentes	8	100%
[40-49] Total		8	
[50-59]	Ausentes	9	90%
	Na face anterior e posterior do antebraço esquerdo	1	10%
[50-59] Total		10	
[60-69]	Ausentes	3	100%
[60-69] Total		3	
[70-79]	Ausentes	5	100%
[70-79] Total		5	
[80-89]	Ausentes	4	100%
[80-89] Total		4	
[90-99]	Ausentes	1	100%
[90-99] Total		1	
	TOTAL	49	

Observando os dados da Tabela 62, verificamos que, no género masculino, o Enforcamento é de longe um valor mais elevado com 32%, do que no género feminino que representam 27%, sendo que no Afogamento no género feminino representa um valor mais elevado 47% e o género masculino representa um valor mais baixo apenas 15%. Observamos ainda que a Intoxicação por Pesticidas é o meio mais utilizado 7% no género feminino e 3% no género masculino. É de salientar que a Arma de Fogo é um meio que apenas é utilizado pelo género masculino 6%.

Tabela - 62 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Causa/Sexo

SEXO	CAUSA	TOTAL 2004-2008	% Causa / Sexo
Masculino	Afogamento	5	15%
	Arma de Fogo	2	6%
	Enforcamento	11	32%
	Ferida corto perfurante na região pré-cordial	1	3%
	Intoxicação alcoólica	3	9%
	Intoxicação por pesticidas	1	3%
	Overdose	10	29%
	Trucidado	1	3%
Masculino Total		34	
Feminino	Afogamento	7	47%
	Enforcamento	4	27%
	Intoxicação por medicamentos	1	7%
	Intoxicação por pesticidas	1	7%
	Lesão traumática do membro superior esquerdo	1	7%
	Precipitação	1	7%
Feminino Total		15	
TOTAL		49	

Observando a Tabela 63, verificamos que a maioria das 49 vítimas, concretamente 34, são do género masculino e 15 são do sexo feminino.

Que das vitimas do género masculino 100% tinham Doença Bipolar, Epilepsia, Esquizofrenia; seguido de Depressão com 67%.

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Que das vitimas do género feminino 100% apresentavam Doença Bipolar; seguido de 40% com Depressão.

Podemos concluir ainda de que no género masculino, com 67%, aparece a relação Depressão/Depressão, sendo que no género feminino aparece com 40%.

Quanto á Doença Bipolar, é igual em ambos os géneros 100%.

Tabela - 63 - Gabinete Médico-Legal de Aveiro – Antecedentes/Doença Psiquiátrica/Sexo

SEXO	DOENÇA PSIQUIÁTRICA	ANTECEDENTES	TOTAL 2004-2008	% Antecedentes / Doença Psiquiátrica/Sexo
Masculino	Depressão	Depressão	2	67%
		Desconhecido	1	33%
	Depressão Total		3	
	Desconhecida	Alcoólico	1	4%
		Alcoólico , toxicodependente	1	4%
		Anomalia psíquica	1	4%
		Depressão	2	7%
		Desconhecido	10	36%
		Doença psiquiátrica, outras tentativas	3	11%
		Sem antecedentes	1	4%
		Toxicodependente	8	29%
		Toxicodependente, Seropositivo	1	4%
	Desconhecida Total		28	
	Doença bipolar	Doença bipolar	1	100%
	Doença bipolar Total		1	
Epilepsia	Anomalia psíquica	1	100%	
Epilepsia Total		1		
Esquizofrenia	Esquizofrenia	1	100%	
Esquizofrenia Total		1		
Masculino Total			34	
Feminino	Depressão	Depressão	2	40%
		Depressão, alcoólico, toxicodependentes	1	20%
		Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	20%
		Epilepsia, depressão e outras tentativas	1	20%
	Depressão Total		5	
	Desconhecida	Desconhecido	5	56%
		Ideação suicida	2	22%
		Sem antecedentes	1	11%
Toxicodependente		1	11%	
Desconhecida Total		9		
Doença bipolar	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	100%	
Doença bipolar Total		1		
Feminino Total			15	
TOTAL			49	

2.2 - CARACTERIZAÇÃO DA DELEGAÇÃO DO CENTRO

Observamos que na Tabela 64, o ano de 2007 foi o que teve mais vítimas de suicídio com 19,6% e que o ano de 2003 foi o que teve menos vitimas 7,7%.

Podemos ainda verificar que, em relação ao ano civil de 2002, houve 13,7%, em 2003 desce o valor para 7,7%, em 2004 há uma nova subida 18,6%, em 2005 e 2006 decresce para 13,7% e 11,9% respectivamente, subindo em 2007 para 19,6% e em 2008 volta a decrescer 14,7%.

Tabela - 64 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Ano

SUICÍDIOS	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
TOTAL	39	13,7%	22	7,7%	53	18,6%	39	13,7%	34	11,9%	56	19,6%	42	14,7%	285	100,00%

Pela Tabela 65, concluímos que a maioria das vítimas dos 285 casos, concretamente 77%, são do género masculino, a contrastar com 22,8 % do género feminino.

Tabela - 65 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Sexo/Ano

SUICÍDIOS	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Masculino	32	82,1%	16	72,7%	38	71,7%	26	66,7%	24	70,6%	45	80,4%	39	92,9%	220	77,2%
Feminino	7	17,9%	6	27,3%	15	28,3%	13	33,3%	10	29,4%	11	19,6%	3	7,1%	65	22,8%
TOTAL	39	100,00%	22	100,00%	53	100,00%	39	100,00%	34	100,00%	56	100,00%	42	100,00%	285	100,00%

As vítimas que apresentam idades compreendidas entre [60 e 69] anos, são o grupo etário em maior evidência com 18,6%, seguido do [30 e 99] anos com 15,8% e, muito próximo, o grupo etário [70-79] com 15,4%, contrastando com 1,8%, do grupo etário dos [10 e 19] e 0,4% do grupo etário dos [90 e 99] anos (Tabela 66). A média das idades é de 53 anos.

Tabela - 66 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Grupo Etário/Ano

SUICÍDIOS	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
[10;19]	1	2,6%					1	2,6%	1	2,9%	1	1,8%	1	2,4%	5	1,8%
[20;29]	6	15,4%	4	18,2%	8	15,1%	3	7,7%	6	17,6%	1	1,8%	6	14,3%	34	11,9%
[30;39]	8	20,5%	2	9,1%	8	15,1%	9	23,1%	7	20,6%	6	10,7%	5	11,9%	45	15,8%
[40;49]	4	10,3%	5	22,7%	5	9,4%	8	20,5%	3	8,8%	16	28,6%	5	11,9%	46	16,1%
[50;59]	3	7,7%	3	13,6%	8	15,1%	3	7,7%	6	17,6%	6	10,7%	8	19,0%	37	13,0%
[60;69]	8	20,5%	6	27,3%	10	18,9%	6	15,4%	3	8,8%	14	25,0%	6	14,3%	53	18,6%
[70;79]	6	15,4%	2	9,1%	9	17,0%	5	12,8%	8	23,5%	7	12,5%	7	16,7%	44	15,4%
[80;89]	3	7,7%			4	7,5%	4	10,3%			5	8,9%	4	9,5%	20	7,0%
[90;99]					1	1,9%									1	0,4%
TOTAL	39	100%	22	100%	53	100%	39	100%	34	100%	56	100%	42	100%	285	100%

Relativamente ao estado civil, constatamos que, das 285 vítimas, 54,4% são casados, 24,9% são solteiros, 11,2% são divorciados e 9,5% são viúvos (Tabela 67).

Tabela - 67 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Estado Civil/Ano

SUICÍDIOS	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Casado	21	53,8%	10	45,5%	24	45,3%	20	51,3%	19	55,9%	36	64,3%	25	59,5%	155	54,4%
Divorciado	1	2,6%	4	18,2%	6	11,3%	6	15,4%	1	2,9%	8	14,3%	6	14,3%	32	11,2%
Solteiro	11	28,2%	7	31,8%	15	28,3%	10	25,6%	12	35,3%	9	16,1%	7	16,7%	71	24,9%
Viúvo	6	15,4%	1	4,5%	8	15,1%	3	7,7%	2	5,9%	3	5,4%	4	9,5%	27	9,5%
TOTAL	39	100,00%	22	100,00%	53	100,00%	39	100,00%	34	100,00%	56	100,00%	42	100,00%	285	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Observando os dados da Tabela 68, verificamos que o Enforcamento foi o método mais utilizado para o suicídio com 35,4%, seguido de 20,7% por Intoxicação por Pesticidas, 15,8% por Arma de Fogo e 12,6% pelo Afogamento. Verificamos ainda, mas com menor relevância, a Lesão Traumática no Pescoço, Imolação por Fogo e Intoxicação por Éter com valores iguais de 0,4%.

Tabela - 68 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Causa/Ano

Suicídios	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Afogamento	7	17,9%	1	4,5%	7	13,2%	6	15,4%	2	5,9%	8	14,3%	5	11,9%	36	12,6%
Arma de Fogo	7	17,9%	2	9,1%	5	9,4%	6	15,4%	6	17,6%	7	12,5%	12	28,6%	45	15,8%
Electrocussão							1	2,6%	1	2,9%					2	0,7%
Emulação por fogo	1	2,6%													1	0,4%
Enforcamento	11	28,2%	10	45,5%	19	35,8%	14	35,9%	12	35,3%	24	42,9%	11	26,2%	101	35,4%
Intoxicação por cianeto			1	4,5%											1	0,4%
Intoxicação por éter							1	2,6%							1	0,4%
Intoxicação por medicamentos	2	5,1%			2	3,8%	3	7,7%	2	5,9%			3	7,1%	12	4,2%
Intoxicação por monóxido de carbono			1	4,5%			1	2,6%					1	2,4%	3	1,1%
Intoxicação por pesticidas	8	20,5%	5	22,7%	15	28,3%	6	15,4%	8	23,5%	12	21,4%	5	11,9%	59	20,7%
Lesão traumática no pescoço					1	1,9%									1	0,4%
Overdose					1	1,9%	1	2,6%	1	2,9%	3	5,4%	1	2,4%	7	2,5%
Precipitação			1	4,5%	2	3,8%			2	5,9%	2	3,6%	3	7,1%	10	3,5%
Trucidado	3	7,7%	1	4,5%	1	1,9%							1	2,4%	6	2,1%
TOTAL	39	100,00%	22	100,00%	53	100,00%	39	100,00%	34	100,00%	56	100,00%	42	100,00%	285	100,00%

Na Tabela 69 observamos que em 60,4% é Desconhecido a profissão das vítimas, seguido de 8,1% que são Reformados, 5,3% que são Domésticas, 3,9% que são Estudantes, 3,5% são Operário Fabril, 3,2% são Pedreiro, 1,8 aparecem-nos o Empresário e o Desempregado, com 1,4% aparecem Empreiteiro, Agricultor. Aferimos ainda que, com valores muito mais baixos relativamente ao segundo grupo de referência, com 0,7% Motorista, Mecânico, Engenheiro, e com 0,4% Soldador, Militar, Maquinista, Enfermeiro, Canalizador.

Tabela - 69 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Profissão/Ano

Suicídios	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Administrativo	2	5,1%	1	4,5%							1	1,8%			4	1,4%
Agricultor	2	5,1%			1	1,9%									3	1,1%
Canalizador			1	4,5%											1	0,4%
Comerciante	1	2,6%	1	4,5%	1	1,9%	1	2,6%							4	1,4%
Desconhecido	18	46,2%	10	45,5%	35	66,0%	30	76,9%	23	67,6%	35	62,5%	21	5	172	60,4%
Desempregado			1	4,5%							2	3,6%	2	4,8%	5	1,8%
Domestica	3	7,7%			4	7,5%			2	5,9%	4	7,1%	2	4,8%	15	5,3%
Empreiteiro	1	2,6%			1	1,9%	1	2,6%							3	1,1%
Empresário	1	2,6%			1	1,9%					1	1,8%	2	4,8%	5	1,8%
Enfermeiro			1	4,5%											1	0,4%
Engenheiro							1	2,6%	1	2,9%					2	0,7%
Estudante	1	2,6%			1	1,9%	2	5,1%	4	11,8%	1	1,8%	2	4,8%	11	3,9%
Maquinista							1	2,6%							1	0,4%
Mecânico			1	4,5%	1	1,9%									2	0,7%
Medico							1	2,6%	2	5,9%					3	1,1%
Militar			1	4,5%											1	0,4%
Motorista	1	2,6%			1	1,9%									2	0,7%
Operário Fabril	2	5,1%			1	1,9%	1	2,6%			4	7,1%	2	4,8%	10	3,5%
Pedreiro	3	7,7%	3	13,6%	2	3,8%			1	2,9%					9	3,2%
Pintor											1	1,8%	2	4,8%	3	1,1%
Professor			1	4,5%	1	1,9%	1	2,6%	1	2,9%					4	1,4%
Reformado	4	10,3%	1	4,5%	3	5,7%					6	10,7%	9	21,4%	23	8,1%
Soldador											1	1,8%			1	0,4%
TOTAL	39	100,00%	22	100,00%	53	100,00%	39	100,00%	34	100,00%	56	100,00%	42	100,00%	285	100,00%

Pela Tabela 70, verificamos que 75,4% é Desconhecido, seguido de 2% que apresentavam Depressão como doença psiquiátrica, com 1,8% vem (Atraso Mental, Alteração do Comportamento), com 1,1% segue-se a Esquizofrenia, com 0,7% surgem dois grupos Ideação Suicida e a Doença Bipolar e com 0,4% aparece a Ansiedade.

Tabela - 70 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Doença Psíquica/Ano

SUICÍDIOS	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Ansiedade											1	1,8%			1	0,4%
Atraso mental, alteração do comportamento			1	4,5%	2	3,8%	1	2,6%	1	2,9%					5	1,8%
Depressão	4	10,3%	2	9,1%	6	11,3%	11	28,2%	8	23,5%	11	19,6%	15	35,7%	57	2
Desconhecida	35	89,7%	19	86,4%	42	79,2%	25	64,1%	25	73,5%	43	76,8%	26	61,9%	215	75,4%
Doença bipolar							1	2,6%			1	1,8%			2	0,7%
Esquizofrenia					3	5,7%									3	1,1%
Ideação suicida							1	2,6%					1	2,4%	2	0,7%
TOTAL	39	100,0%	22	100,0%	53	100,0%	39	100,0%	34	100,0%	56	100,0%	42	1100,0%	285	100,0%

Observando os dados apresentados na Tabela 71, verificamos que a maioria das 285 vítimas de suicídio, concretamente 47,7% corresponde a Desconhecido, contrastando com 20,4% que apresentam Depressão. Com 8,1% Sem Antecedentes, 7,0% (Doença Psiquiátrica, Outras Tentativas), seguido de 3,2% Toxicodependente, 2,8% Ideação Suicida, 2,5% Doença Cardíaca, 2,1% Alcoólico, 1,4% Anomalia Psíquica, 1,1% (Alcoólico, Depressão), 0,7% Doença Bipolar, Esquizofrenia, aparecendo por último com 0,4% AVC, Diabético, Doença Parkinson, Hipertensão, Seropositivo.

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Tabela - 71 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Antecedentes/Ano

SUICÍDIOS	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Alcoólico			1	4,5%					1	2,9%	2	3,6%	2	4,8%	6	2,1%
Alcoólico e depressão	1	2,6%			1	1,9%					1	1,8%			3	1,1%
Anomalia psíquica			1	4,5%	1	1,9%	1	2,6%	1	2,9%					4	1,4%
AVC													1	2,4%	1	0,4%
Depressão	3	7,7%	4	18,2%	5	9,4%	8	20,5%	8	23,5%	13	23,2%	17	40,5%	58	20,4%
Desconhecido	27	69,2%	6	27,3%	38	71,7%	17	43,6%	12	35,3%	21	37,5%	15	35,7%	136	47,7%
Diabético									1	2,9%					1	0,4%
Doença bipolar							1	2,6%			1	1,8%			2	0,7%
Doença cardíaca	1	2,6%					1	2,6%	2	5,9%	2	3,6%	1	2,4%	7	2,5%
Doença neoplásica					1	1,9%					1	1,8%			2	0,7%
Doença Parkinson							1	2,6%							1	0,4%
Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	2,6%	2	9,1%	3	5,7%	5	12,8%	2	5,9%	7	12,5%			20	7,0%
Esquizofrenia					2	3,8%									2	0,7%
Hipertensão												1	1,8%		1	0,4%
Ideação suicida	1	2,6%	2	9,1%					1	2,9%	4	7,1%			8	2,8%
Sem antecedentes	5	12,8%	6	27,3%			3	7,7%	4	11,8%			5	11,9%	23	8,1%
Seropositivo					1	1,9%									1	0,4%
Toxicodependente					1	1,9%	2	5,1%	2	5,9%	3	5,4%	1	2,4%	9	3,2%
TOTAL	39	100,00%	22	100,00%	53	100,00%	39	100,00%	34	100,00%	56	100,00%	42	100,00%	285	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Pela Tabela 72 podemos aferir que, a classe dos(Antidepressivos, Sedativos) no ano civil de 2002 é de 2,5%, para que no ano de 2008 suba acentuadamente para 9,5%.Concluimos ainda que no grupo de (Sedativos, Ansiolíticos), o seu consumo é crescente de 1,8% no ano de 2004 para 5,8% no ano de 2006, atingindo neste ano o seu valor máximo. No grupo de Antidepressivos, observamos que o seu consumo diminui em 2008 0,0% contratando com o ano de 2003 em que era de 9,0%. O grupo de Neurolépticos em 2004 é de 1,8% atingindo um valor máximo no ano seguinte 2005 de 5,1% mas contrasta com uma descida nos anos seguintes sendo o seu valor 0,0% em 2008.

Tabela - 72 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Medicação/Ano

SUICÍDIOS	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Antidepressivos			2	9,09%	2	3,77%			3	8,82%	1	1,79%			8	2,81%
Antidepressivos, Hipertensores, Anticoagulantes, Analgésicos		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,56%		0,00%	2	3,57%		0,00%	3	1,05%
Antidepressivos, Sedativos	1	2,56%	1	4,55%	2	3,77%	1	2,56%	2	5,88%	2	3,57%	4	9,52%	13	4,56%
Desconhecido	38	97,44%	19	86,36%	46	86,79%	33	84,62%	25	73,53%	45	80,36%	35	83,33%	241	84,56%
Drogas de Abuso					1	1,89%			1	2,94%					2	0,70%
Drogas de Abuso, Analgésicos, Sedativos		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,38%	1	0,35%
Hipertensores, Ansiolíticos, Digitálicos											3	5,36%			3	1,05%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Neuroléuticos		0,00%		0,00%	1	1,89%	2	5,13%	1	2,94%	1	1,79%		0,00%	5	1,75%
Sedativos, Ansiolíticos					1	1,89%	2	5,13%	2	5,88%	2	3,57%	2	4,76%	9	3,16%
TOTAL	39	100,00%	22	100,00%	53	100,00%	39	100,00%	34	100,00%	56	100,00%	42	100,00%	285	100,00%

Observando a Tabela 73, concluímos que das, 285 vítimas, 4,9% estiveram internadas em Psiquiatria e 1,4% estiveram em internamento em Estabelecimento Prisional. Podemos destacar que, das 285 vítimas, 93,7% era Desconhecido.

Tabela - 73 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Internamento/Ano

Suicídios	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Desconhecido	37	94,9%	20	90,9%	50	94,3%	33	84,6%	30	88,2%	55	98,2%	42	10	267	93,7%
Internamento em estabelecimento prisional	1	2,6%			1	1,9%	1	2,6%	1	2,9%					4	1,4%
Internamento em psiquiatria	1	2,6%	2	9,1%	2	3,8%	5	12,8%	3	8,8%	1	1,8%			14	4,9%
TOTAL	39	100,00%	22	100,00%	53	100,00%	39	100,00%	34	100,00%	56	100,00%	42	100,00%	285	100,00%

Observando a Tabela 74, concluímos que, das 285 vítimas, 7,7% tiveram Consultas de Psiquiatria, e 0,7% tiveram Consultas de Neurologia e 0,3% tiveram Apoio Psicológico. Podemos destacar que, das 285 vítimas, 91,2% era Desconhecido.

Destacamos ainda que em 2003, 13,6% das vítimas eram seguidas em Consultas de Psiquiatria, contrastando com uma descida, atingindo o seu valor mínimo em 2005 para 2,5%, voltando a subir até 2008 para 11,9%, mesmo assim um valor abaixo do ano de 2003, ano de referência.

No Apoio Psicológico, em 2003, temos 4,5% vindo este valor sempre a descer atingindo valores de 0,0% nos anos de 2006,2007,2008. Nas Consultas de Neurologia em 2003 temos 4,5% contrastando com os anos seguintes onde o seu valor mínimo é de 0,0% em 2008.

Tabela - 74 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Seguido em Consultas/Ano

SUICÍDIOS	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Apoio psicológico									1	2,94%		0,00%		0,00%	1	0,35%
Consultas de neurologia		0,00%	1	4,55%	1	1,89%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	2	0,70%
Consultas de psiquiatria			3	13,64%	4	7,55%	1	2,56%	3	8,82%	6	10,71%	5	11,90%	22	7,72%
Desconhecido	39	100,00%	18	81,82%	48	90,57%	38	97,44%	30	88,24%	50	89,29%	37	88,10%	260	91,23%
TOTAL	39	100,00%	22	100,00%	53	100,00%	39	100,00%	34	100,00%	56	100,00%	42	100,00%	285	100,00%

Das vítimas de suicídio que apresentavam tatuagens aparecem com maior prevalência 95,1% Ausentes. Por outro lado, as tatuagens mais frequentes aparecem com 0,7% e encontram-se, respectivamente” No antebraço esquerdo, face externa” e “No terço médio e distal da face lateral braço direito, terço médio e distal da face lateral do braço esquerdo”. (Tabela75)

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Tabela - 75 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Tatuagens/Ano

SUICÍDIOS	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Ausentes	38	97,4%	19	86,4%	52	98,1%	34	87,2%	32	94,1%	55	98,2%	41	97,6%	271	95,1%
Face posterior do terço inferior do braço esquerdo							1	2,6%							1	0,4%
Na perna esquerda terço médio com 28cm							1	2,6%							1	0,4%
Na região deltóide esquerda, outra na face dorsal do antebraço esquerdo, e face dorsal do antebraço direito			1	4,5%											1	0,4%
Na região escapular bilateral, no membro superior esquerdo, região deltóide no terço proximal da face							1	2,6%							1	0,4%
Na zona deltóide direita	1	2,6%													1	0,4%
No antebraço esquerdo, face externa											1	1,8%	1	2,4%	2	0,7%
No mamilo esquerdo, região braquial posterior do braço esquerdo, região escapular direita, perna direita									1	2,9%					1	0,4%
No terço médio e distal da face lateral braço direito, terço médio e distal da face lateral do braço esquerdo					1	1,9%	1	2,6%							2	0,7%
No terço médio proximal da região braquial posterior direita			1	4,5%											1	0,4%
No terço proximal da face externa do braço esquerdo e na face externa do braço direito e terço médio do									1	2,9%					1	0,4%
No terço proximal da região braquial posterior direita			1	4,5%											1	0,4%
Sinais de picadas nas flexuras							1	2,6%							1	0,4%
TOTAL	39	100,00%	22	100,00%	53	100,00%	39	100,00%	34	100,00%	56	100,00%	42	100,00%	285	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Pela Tabela 76, aferimos que, 275 vítimas, 96,5% eram Ausentes nas Feridas de Ensaio. Observamos que com 1,1% aparecem os Sinais de Picadas nas flexuras, com 0,4% aparece uma descrição diversificada das mesmas.

Tabela - 76 - Delegação do Centro – N.º de Suicídios /Feridas de Ensaio/Ano

SUICÍDIOS	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
3 cicatrizes lineares, nacaradas, paralelas entre si orientadas obliquamente infero lateralmente no terço superior da face posterior do antebraço esquerdo com 11cm.Cicatriz linear nacarada transversal no terço inferior da face posterior do antebraço esquerdo									1	2,9%					1	0,4%
Ausentes	39	100,00%	22	100,00%	53	100,00%	39	100,00%	30	88,2%	52	92,9%	41	97,6%	275	96,5%
Ferida superficial incisa transversal na região anterior do punho direito com 6cmde comprimento bordos lineares ferida superficial na região anterior do punho esquerdo com 3,5cm bordos irregulares na sua extremidade medial			1	4,5%											1	0,4%
Feridas incisadas em ambos os antebraços											1	1,8%			1	0,4%
Piercing no mamilo direito e esquerdo, lobo da narina direita lábio inferior e pavilhão auricular direito e esquerdo									1	2,9%					1	0,4%
Sinais de picada no dorso da mão esquerda, e flexura esquerda											1	1,8%			1	0,4%
Sinais de picadas nas flexuras											2	3,6%	1	2,4%	3	1,1%
Várias cicatrizes lineares, transversais, não recentes na região da flexura do membro superior esquerdo com5cm de comprimento									1	2,9%					1	0,4%
Vestígios de cicatrizes de lesões de queimaduras não recentes, no terço proximal da região anterobraquial posterior esquerda com 17cm por 7cm ,e no terço médio e distal da região braquial anterior com 6cm por 0,5cm									1	2,9%					1	0,4%
Total Geral	39	100,00%	22	100,00%	53	100,00%	39	100,00%	34	100,00%	56	100,00%	42	100,00%	285	100,00%

Observamos pela Tabela 77 que, na relação antecedente/causa, a Depressão é o antecedente que se encontra mais directamente relacionado com as várias causas de suicídio. Constatamos que a Depressão surge com 100% na Lesão traumática no Pescoço, com 30% na Precipitação, com 25% na Intoxicação por Medicamentos, com 22% no Afogamento e também no Enforcamento, com 20% na Intoxicação por Pesticidas, com 18% na Arma de Fogo.

Tabela - 77 - Delegação do Centro – Antecedentes/Causa

CAUSA	ANTECEDENTES	TOTAL 2002-2008	% Antecedentes/Causa
Afogamento	Alcoólico	1	3%
	Depressão	8	22%
	Desconhecido	16	44%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	8	22%
	Ideação suicida	2	6%
	Sem antecedentes	1	3%
Afogamento Total		36	
Arma de Fogo	Anomalia psíquica	1	2%
	Depressão	8	18%
	Desconhecido	26	58%
	Doença cardíaca	2	4%
	Sem antecedentes	7	16%
	Toxicodependente	1	2%
Arma de Fogo Total		45	
Electrocussão	Depressão	1	50%
	Desconhecido	1	50%
Electrocussão Total		2	
Emolação por fogo	Desconhecido	1	100%
Emolação por fogo Total		1	
Enforcamento	Alcoólico	1	1%
	Alcoólico e depressão	2	2%
	Anomalia psíquica	2	2%
	Depressão	22	22%
	Desconhecido	41	41%
	Diabético	1	1%
	Doença bipolar	1	1%
	Doença cardíaca	4	4%
	Doença neoplásica	2	2%
	Doença Parkinson	1	1%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	7	7%
	Hipertensão	1	1%
	Ideação suicida	6	6%
	Sem antecedentes	8	8%
	Seropositivo	1	1%
Toxicodependente	1	1%	
Enforcamento Total		101	

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Intoxicação por cianeto	Desconhecido	1	100%
Intoxicação por cianeto Total		1	
Intoxicação por éter	Desconhecido	1	100%
Intoxicação por éter Total		1	
Intoxicação por medicamentos	Alcoólico e depressão	1	8%
	Depressão	3	25%
	Desconhecido	4	33%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	8%
	Esquizofrenia	1	8%
	Sem antecedentes	2	17%
Intoxicação por medicamentos Total		12	
Intoxicação por monóxido de carbono	AVC	1	33%
	Desconhecido	1	33%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	33%
Intoxicação por monóxido de carbono Total		3	
Intoxicação por pesticidas	Alcoólico	4	7%
	Anomalia psíquica	1	2%
	Depressão	12	20%
	Desconhecido	34	58%
	Doença bipolar	1	2%
	Doença cardíaca	1	2%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	2	3%
	Esquizofrenia	1	2%
	Sem antecedentes	3	5%
Intoxicação por pesticidas Total		59	
Lesão traumática no pescoço	Depressão	1	100%
Lesão traumática no pescoço Total		1	
Overdose	Toxicodependente	7	100%
Overdose Total		7	
Precipitação	Depressão	3	30%
	Desconhecido	5	50%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	10%
	Sem antecedentes	1	10%
Precipitação Total		10	
Trucidado	Desconhecido	5	83%
	Sem antecedentes	1	17%
Trucidado Total		6	
TOTAL		285	

Concretamente na relação causa/doença psiquiátrica, podemos aferir que a Intoxicação por Pesticidas surge com valores de 100%,67%,50%,20%e 18%e estão relacionadas com a Ansiedade, Esquizofrenia, Doença Bipolar, (Atraso Mental, Alteração do Comportamento), e Depressão, respectivamente. Concluímos ainda que o Enforcamento surge com 50%,40%,33% e está relacionado com Ideação Suicida e também com a Doença Bipolar, com (Atraso Mental, Alteração do Comportamento) e com Depressão, respectivamente. Aferimos ainda que o Enforcamento aparece com 33%, mas com causa desconhecida (Tabela 78).

Tabela - 78 - Delegação do Centro – Causa/Doença Psiquiátrica

DOENÇA PSIQUIÁTRICA	CAUSA	TOTAL 2002-2008	% Causa/Doença Psiquiátrica
Ansiedade	Intoxicação por pesticidas	1	100%
Ansiedade Total		1	
Atraso mental, alteração do comportamento	Arma de Fogo	1	20%
	Enforcamento	2	40%
	Intoxicação por medicamentos	1	20%
	Intoxicação por pesticidas	1	20%
Atraso mental, alteração do comportamento Total		5	
Depressão	Afogamento	12	21%
	Arma de Fogo	6	11%
	Electrocussão	1	2%
	Enforcamento	19	33%
	Intoxicação por medicamentos	3	5%
	Intoxicação por monóxido de carbono	1	2%
	Intoxicação por pesticidas	10	18%
	Lesão traumática no pescoço	1	2%
	Precipitação	4	7%
Depressão Total		57	
Desconhecida	Afogamento	24	11%
	Arma de Fogo	37	17%
	Electrocussão	1	0%
	Imolação por fogo	1	0%
	Enforcamento	78	36%
	Intoxicação por cianeto	1	0%
	Intoxicação por éter	1	0%
	Intoxicação por medicamentos	7	3%
	Intoxicação por monóxido de carbono	2	1%

	Intoxicação por pesticidas	44	20%
	Overdose	7	3%
	Precipitação	6	3%
	Trucidado	6	3%
Desconhecida Total		215	
Doença bipolar	Enforcamento	1	50%
	Intoxicação por pesticidas	1	50%
Doença bipolar Total		2	
Esquizofrenia	Intoxicação por medicamentos	1	33%
	Intoxicação por pesticidas	2	67%
Esquizofrenia Total		3	
Ideação suicida	Arma de Fogo	1	50%
	Enforcamento	1	50%
Ideação suicida Total		2	
Total Geral		285	

Na Tabela 79, onde se relaciona Antecedentes /Feridas de Ensaio, a descrição das feridas de ensaio aparece com 100% Desconhecido e Toxicodependentes.

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Tabela - 79 - Delegação do Centro – Antecedentes/Feridas de Ensaio

FERIDAS DE ENSAIO	ANTECEDENTES	TOTAL 2002-2008	% Antecedentes/ Feridas de Ensaio
3 cicatrizes lineares, nacaradas, paralelas entre si orientadas obliquamente infero lateralmente no terço superior da face posterior do antebraço esquerdo com 11cm.Cicatriz linear nacarada transversal no terço inferior da face posterior do antebraço esquerdo	Desconhecido	1	100%
Ausentes	Alcoólico	6	2%
	Alcoólico e depressão	3	1%
	Anomalia psíquica	4	1%
	AVC	1	0%
	Depressão	58	21%
	Desconhecido	132	48%
	Diabético	1	0%
	Doença bipolar	2	1%
	Doença cardíaca	7	3%
	Doença neoplásica	2	1%
	Doença Parkinson	1	0%
	Doença psiquiátrica, outras	20	7%
	Esquizofrenia	2	1%
	Hipertensão	1	0%
	Ideação suicida	8	3%
	Sem antecedentes	23	8%
Seropositivo	1	0%	
Toxicodependente	3	1%	
Ferida superficial incisa transversal na região anterior do punho direito com 6cm de comprimento bordos lineares ferida superficial na região anterior do punho esquerdo com 3,5cm bordos irregulares na sua extremidade medial	Desconhecido	1	100%
Feridas incisadas em ambos os antebraços	Desconhecido	1	100%
Piercing no mamilo direito e esquerdo, lobo da narina direita lábio inferior e pavilhão auricular direito e esquerdo	Toxicodependente	1	100%
Sinais de picada no dorso da mão esquerda, e flexura esquerda	Toxicodependente	1	100%
Sinais de picadas nas flexuras	Toxicodependente	3	100%
Várias cicatrizes lineares, transversais, não recentes na região da flexura do membro superior esquerdo com 5cm de comprimento	Desconhecido	1	100%
Vestígios de cicatrizes de lesões de queimaduras não recentes, no terço proximal da região anterobraquial posterior esquerda com 17cm por 7cm ,e no terço médio e distal da região braquial anterior com 6cm por 0,5cm	Toxicodependente	1	100%
TOTAL		285	

Observando os dados apresentados na Tabela 80, as vítimas que apresentam idades compreendidas [50-59], [40-49], [80-89], [70-79], [10-19], [20-29], [30-39] apresentam como antecedentes a Depressão com 32,4%,30,4%,30%,25%,20%,11,8%,11,1% respectivamente. Concluimos ainda que, nos mesmos grupos etários, aparece (Doença Psiquiátrica, Outras

Tentativas) com valores inferiores, mas significativos, respectivamente: 10,9% no [40-49], 9,4 % no [60-69], 9,1% no [70-79], 5,4% no [50-59], 5% no [80-89], 4,4% no [30-39], 2,9 no [20-29].

Tabela - 80 - Delegação do Centro – Antecedentes/Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO	ANTECEDENTES	TOTAL 2002-2008	% Antecedentes/Grupo Etário
[10-19]	Alcoólico	1	20,0%
	Depressão	1	20,0%
	Desconhecido	2	40,0%
	Sem antecedentes	1	20,0%
[10-19] Total		5	
[20-29]	Anomalia psíquica	1	2,9%
	Depressão	4	11,8%
	Desconhecido	19	55,9%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	2,9%
	Sem antecedentes	7	20,6%
	Toxicodependente	2	5,9%
[20-29] Total		34	
[30-39]	Anomalia psíquica	1	2,2%
	Depressão	5	11,1%
	Desconhecido	29	64,4%
	Doença bipolar	1	2,2%
	Doença cardíaca	1	2,2%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	2	4,4%
	Esquizofrenia	1	2,2%
	Toxicodependente	5	11,1%
[30-39] Total		45	
[40-49]	Alcoólico	2	4,3%
	Alcoólico e depressão	2	4,3%
	Depressão	14	30,4%
	Desconhecido	16	34,8%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	5	10,9%
	Esquizofrenia	1	2,2%
	Sem antecedentes	3	6,5%
	Seropositivo	1	2,2%
	Toxicodependente	2	4,3%
[40-49] Total		46	
[50-59]	Alcoólico e depressão	1	2,7%
	AVC	1	2,7%
	Depressão	12	32,4%
	Desconhecido	12	32,4%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

	Diabético	1	2,7%
	Doença cardíaca	3	8,1%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	2	5,4%
	Sem antecedentes	5	13,5%
[50-59] Total		37	
[60-69]	Alcoólico	2	3,8%
	Anomalia psíquica	2	3,8%
	Depressão	5	9,4%
	Desconhecido	27	50,9%
	Doença bipolar	1	1,9%
	Doença cardíaca	1	1,9%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	5	9,4%
	Hipertensão	1	1,9%
	Ideação suicida	5	9,4%
	Sem antecedentes	4	7,5%
[60-69] Total		53	
[70-79]	Alcoólico	1	2,3%
	Depressão	11	25,0%
	Desconhecido	20	45,5%
	Doença cardíaca	1	2,3%
	Doença neoplásica	2	4,5%
	Doença Parkinson	1	2,3%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	4	9,1%
	Ideação suicida	2	4,5%
	Sem antecedentes	2	4,5%
[70-79] Total		44	
[80-89]	Depressão	6	30,0%
	Desconhecido	10	50,0%
	Doença cardíaca	1	5,0%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	5,0%
	Ideação suicida	1	5,0%
	Sem antecedentes	1	5,0%
[80-89] Total		20	
[90-99]	Desconhecido	1	100,0%
[90-99] Total		1	
TOTAL		285	

Da relação entre causa/ grupo etário, concluímos que o Enforcamento é comum em todos os grupos etários, com relevância para o grupo [90-99] com 100% seguido do grupo [10-19] com 60% a contrastar com menor valor 17,6% no grupo etário [20-29]. Aferimos ainda que a Precipitação aparece apenas nalguns grupos como: [20-29] com 8,8%, [40-49] com 6,5%,

[50-59] com 5,4%, [80-89] com 5%, [30-39] com 2,2%. Concluimos que existe a Electrocussão e Imolação por Fogo, aparece apenas no grupo [30-39] com 4,4%, assim como a Lesão Traumática no Pescoço no grupo [50-59] com 2,7% (Tabela 81).

Tabela - 81 - Delegação do Centro – Causa/Grupo Etário

GRUPO ETARIO	CAUSA	TOTAL 2002-2008	% Causa/ Grupo Etário
[10-19]	Afogamento	2	40,0%
	Enforcamento	3	60,0%
[10-19] Total		5	
[20-29]	Afogamento	1	2,9%
	Arma de Fogo	11	32,4%
	Enforcamento	6	17,6%
	Intoxicação por medicamentos	2	5,9%
	Intoxicação por pesticidas	8	23,5%
	Overdose	2	5,9%
	Precipitação	3	8,8%
	Trucidado	1	2,9%
[20-29] Total		34	
[30-39]	Afogamento	2	4,4%
	Arma de Fogo	5	11,1%
	Electrocussão	2	4,4%
	Imolação por fogo	1	2,2%
	Enforcamento	11	24,4%
	Intoxicação por medicamentos	6	13,3%
	Intoxicação por monóxido de carbono	1	2,2%
	Intoxicação por pesticidas	11	24,4%
	Overdose	4	8,9%
	Precipitação	1	2,2%
	Trucidado	1	2,2%
	[30-39] Total		45
[40-49]	Afogamento	5	10,9%
	Arma de Fogo	7	15,2%
	Enforcamento	19	41,3%
	Intoxicação por cianeto	1	2,2%
	Intoxicação por éter	1	2,2%
	Intoxicação por medicamentos	1	2,2%
	Intoxicação por pesticidas	7	15,2%
	Overdose	1	2,2%
	Precipitação	3	6,5%
	Trucidado	1	2,2%
	[40-49] Total		46

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

[50-59]	Afogamento	3	8,1%
	Arma de Fogo	8	21,6%
	Enforcamento	13	35,1%
	Intoxicação por medicamentos	1	2,7%
	Intoxicação por monóxido de carbono	2	5,4%
	Intoxicação por pesticidas	5	13,5%
	Lesão traumática no pescoço	1	2,7%
	Precipitação	2	5,4%
	Trucidado	2	5,4%
[50-59] Total		37	
[60-69]	Afogamento	11	20,8%
	Arma de Fogo	6	11,3%
	Enforcamento	22	41,5%
	Intoxicação por medicamentos	1	1,9%
	Intoxicação por pesticidas	12	22,6%
	Trucidado	1	1,9%
[60-69] Total		53	
[70-79]	Afogamento	8	18,2%
	Arma de Fogo	5	11,4%
	Enforcamento	17	38,6%
	Intoxicação por medicamentos	1	2,3%
	Intoxicação por pesticidas	13	29,5%
[70-79] Total		44	
[80-89]	Afogamento	4	20,0%
	Arma de Fogo	3	15,0%
	Enforcamento	9	45,0%
	Intoxicação por pesticidas	3	15,0%
	Precipitação	1	5,0%
[80-89] Total		20	
[90-99]	Enforcamento	1	100,0%
[90-99] Total		1	
TOTAL		285	

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Pela tabela 82 concluímos que, das 285 vítimas, 1,9% no grupo etário de [60-69] apresentam Feridas incisas. Com um valor crescente de 2,2% aparece o grupo etário [40-49], seguido do grupo [30-39] com 2,2%. Salientamos que conforme decresce o grupo etário aumenta a percentagem da existência de Feridas de Ensaio.

Tabela - 82 - Delegação do Centro – Feridas Ensaio/Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO	FERIDAS DE ENSAIO	TOTAL 2002-2008	% Feridas Ensaio/Grupo Etário
[10-19]	Ausentes	5	100,0%
[10-19] Total		5	
[20-29]	Ausentes	33	97,1%
	Piercing no mamilo direito e esquerdo, lobo da narina direita lábio inferior e pavilhão auricular direito e esquerdo	1	2,9%
[20-29] Total		34	
[30-39]	Ausentes	39	86,7%
	Ferida superficial incisa transversal na região anterior do punho direito com 6cm de comprimento bordos lineares ferida superficial na região anterior do punho esquerdo com 3,5cm bordos irregulares na sua extremidade medial	1	2,2%
	Sinais de picada no dorso da mão esquerda, e flexura esquerda	1	2,2%
	Sinais de picadas nas flexuras	2	4,4%
	Várias cicatrizes lineares, transversais, não recentes na região da flexura do membro superior esquerdo com 5cm de comprimento	1	2,2%
	Vestígios de cicatrizes de lesões de queimaduras não recentes, no terço proximal da região antebraquial posterior esquerda com 17cm por 7cm ,e no terço médio e distal da região braquial anterior com 6cm por 0,5cm	1	2,2%
[30-39] Total		45	
[40-49]	3 cicatrizes lineares, nacaradas, paralelas entre si orientadas obliquamente infero lateralmente no terço superior da face posterior do antebraço esquerdo com 11cm. Cicatriz linear nacarada transversal no terço inferior da face posterior do antebraço esquerdo	1	2,2%
	Ausentes	44	95,7%
	Sinais de picadas nas flexuras	1	2,2%
[40-49] Total		46	
[50-59]	Ausentes	37	100,0%
[50-59] Total		37	
[60-69]	Ausentes	52	98,1%
	Feridas incisas em ambos os antebraços	1	1,9%
[60-69] Total		53	
[70-79]	Ausentes	44	100,0%
[70-79] Total		44	
[80-89]	Ausentes	20	100,0%
[80-89] Total		20	
[90-99]	Ausentes	1	100,0%
[90-99] Total		1	
TOTAL		285	

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Pela Tabela 83 concluímos que, no escalão etário [10-19], [70-79], [80-89], [90-99], com 100% são Ausentes as tatuagens. Aparecem-nos de forma decrescente as tatuagens conforme cresce o grupo etário; [20-29] com 2,9%, [30-30] com 2,2%, [40-49] com 2,2%, [60-69] com 1,9%, havendo apenas no grupo [50-59] um valor de 2,7% que quebra o seu decréscimo.

Tabela - 83 - Delegação do Centro – Tatuagens/Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO	TATUAGENS	TOTAL 2002-2008	% Tatuagens / Grupo Etário
[10;19]	Ausentes	5	100,0%
[10;19] Total		5	
[20-29]	Ausentes	30	88,2%
	Na zona deltóide direita	1	2,9%
	No antebraço esquerdo, face externa	1	2,9%
	No mamilo esquerdo, região braquial posterior do braço esquerdo, região escapular direita, perna direita terço médio	1	2,9%
	No terço proximal da região braquial posterior direita	1	2,9%
[20-29] Total		34	
[30;39]	Ausentes	40	88,9%
	Face posterior do terço inferior do braço esquerdo	1	2,2%
	Na perna esquerda terço médio com 28cm	1	2,2%
	Na região escapular bilateral, no membro superior esquerdo, região deltóide no terço proximal da face dorsal direito	1	2,2%
	No terço proximal da face externa do braço esquerdo e na face externa do braço direito e terço médio do mesmo	1	2,2%
	Sinais de picadas nas flexuras	1	2,2%
[30;39] Total		45	
[40;49]	Ausentes	44	95,7%
	Na região deltóide esquerda, outra na face dorsal do antebraço esquerdo, e face dorsal do antebraço direito	1	2,2%
	No terço médio e distal da face lateral braço direito, terço médio e distal da face lateral do braço esquerdo	1	2,2%
[40;49] Total		46	
[50;59]	Ausentes	35	94,6%
	No terço médio e distal da face lateral braço direito, terço médio e distal da face lateral do braço esquerdo	1	2,7%
	No terço médio proximal da região braquial posterior direita	1	2,7%
[50;59] Total		37	
[60;69]	Ausentes	52	98,1%
	No antebraço esquerdo, face externa	1	1,9%
[60;69] Total		53	
[70;79]	Ausentes	44	100,0%
[70;79] Total		44	
[80;89]	Ausentes	20	100,0%
[80;89] Total		20	
[90;99]	Ausentes	1	100,0%
[90;99] Total		1	
TOTAL		285	

Observando os dados da Tabela 84, verificamos que no, género masculino, o Enforcamento é, de longe, o valor mais elevado com 38,2% e que no género feminino representa 26,2%, sendo que no Afogamento o género feminino representa um valor mais elevado 27,7% e o género masculino representa um valor mais baixo apenas 8,2%. Observamos ainda que a Arma de Fogo é o meio mais utilizado no género masculino 20% a contrastar com 1,5% no género feminino. Concluimos ainda que a Intoxicação por Pesticidas é utilizada pelos dois géneros, com 23,1% no género feminino e 20% no género masculino. É de salientar que a Lesão Traumática no Pescoço é a causa apenas utilizada pelo género masculino 0,5%.

Tabela - 84 - Delegação do Centro – Causa/Sexo

SEXO	CAUSA	TOTAL 2002-2008	% Causa/ Sexo
Masculino	Afogamento	18	8,2%
	Arma de Fogo	44	20,0%
	Electrocussão	1	0,5%
	Emulação por fogo	1	0,5%
	Enforcamento	84	38,2%
	Intoxicação por cianeto	1	0,5%
	Intoxicação por éter	1	0,5%
	Intoxicação por medicamentos	5	2,3%
	Intoxicação por monóxido de carbono	2	0,9%
	Intoxicação por pesticidas	44	20,0%
	Lesão traumática no pescoço	1	0,5%
	Overdose	6	2,7%
	Precipitação	6	2,7%
	Trucidado	6	2,7%
Masculino Total		220	
Feminino	Afogamento	18	27,7%
	Arma de Fogo	1	1,5%
	Electrocussão	1	1,5%
	Enforcamento	17	26,2%
	Intoxicação por medicamentos	7	10,8%
	Intoxicação por monóxido de carbono	1	1,5%
	Intoxicação por pesticidas	15	23,1%
	Overdose	1	1,5%
	Precipitação	4	6,2%
Feminino Total		65	
Total Geral		285	

2.3 - CARACTERIZAÇÃO DO GABINETE MÉDICO-LEGAL DA FIGUEIRA DA FOZ

Observamos que, na Tabela 85, dos 174 casos de suicídio, 18,3% surgem com o valor mais elevado no ano de 2004 e repete-se no ano de 2006.

Verificamos que houve um crescimento acentuado desde 2001 com 8% até 2004 com 18,6%, em 2005 há um decréscimo acentuado para 6,9%. De salientar que em 2006 há um crescimento para 18,3%, em 2007 decresce para 14,9%, e em 2008, volta a crescer.

Tabela - 85 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
TOTAL	14	8,05%	15	8,62%	16	9,20%	32	18,39%	12	6,90%	32	18,39%	26	14,94%	27	15,52%	174	100,00%

Observando os dados apresentados na Tabela 86, verificamos que a maioria dos 174 suicídios que encontramos no estudo, concretamente 65,5%, são do género masculino, a contrastar com 34,4% do género feminino.

Tabela - 86 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Sexo/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Masculino	8	57,14%	11	73,33%	15	93,75%	19	59,38%	8	66,67%	18	56,25%	18	69,23%	17	62,96%	114	65,52%
Feminino	6	42,86%	4	26,67%	1	6,25%	13	40,63%	4	33,33%	14	43,75%	8	30,77%	10	37,04%	60	34,48%
TOTAL	14	100,00%	15	100,00%	16	100,00%	32	100,00%	12	100,00%	32	100,00%	26	100,00%	27	100,00%	174	100,00%

Observamos a Tabela 87 e concluímos que a taxa de suicídio cresce ao mesmo tempo que cresce o grupo etário, sendo que no grupo [20-29] apresenta 1,7%, seguido de [30-39] com 5,7%, [40-49] com 10,3%, [50-59] com 18,9%, [60-69] com 19,5%, [70-79] com 33,3%. Salientamos ainda que o grupo [20-29] com 1,7% é o valor mais baixo, sendo que a média das idades é de 62 anos

Tabela - 87 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Grupo Etário/Ano

Suicídios	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
[10;19]	1	7,14%	2	13,33%	1	6,25%		0,00%		0,00%	1	3,13%		0,00%		0,00%	5	2,87%
[20-29]			1	6,67%					1	8,33%	1	3,13%					3	1,72%
[30;39]		0,00%	2	13,33%	2	12,50%		0,00%		0,00%	2	6,25%	2	7,69%	2	7,41%	10	5,75%
[40;49]	1	7,14%	1	6,67%	4	25,00%	4	12,50%	2	16,67%	3	9,38%			3	11,11%	18	10,34%
[50;59]	3	21,43%	5	33,33%	2	12,50%	4	12,50%	3	25,00%	8	25,00%	5	19,23%	3	11,11%	33	18,97%
[60;69]	1	7,14%	1	6,67%	1	6,25%	8	25,00%	3	25,00%	7	21,88%	3	11,54%	10	37,04%	34	19,54%
[70;79]	6	42,86%	2	13,33%	5	31,25%	16	50,00%	3	25,00%	8	25,00%	12	46,15%	6	22,22%	58	33,33%
[80;89]	2	14,29%	1	6,67%	1	6,25%					2	6,25%	4	15,38%	3	11,11%	13	7,47%
TOTAL	14	100,00%	15	100,00%	16	100,00%	32	100,00%	12	100,00%	32	100,00%	26	100,00%	27	100,00%	174	100,00%

Quanto ao estado civil, podemos aferir que a maioria das vítimas, concretamente 66,6%, é casada, seguidos de 14,3% que são viúvos, 13,7% que são solteiros e que 5,1% são divorciados (Tabela 88).

Tabela - 88 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Estado Civil/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Casado	9	64,29%	9	60,00%	8	50,00%	25	78,13%	9	75,00%	19	59,38%	17	65,38%	20	74,07%	116	66,67%
Divorciado			1	6,67%	2	12,50%					4	12,50%	1	3,85%	1	3,70%	9	5,17%
Solteiro	3	21,43%	3	20,00%	5	31,25%	3	9,38%	1	8,33%	4	12,50%	3	11,54%	2	7,41%	24	13,79%
Viúvo	2	14,29%	2	13,33%	1	6,25%	4	12,50%	2	16,67%	5	15,63%	5	19,23%	4	14,81%	25	14,37%
TOTAL	14	100,00%	15	100,00%	16	100,00%	32	100,00%	12	100,00%	32	100,00%	26	100,00%	27	100,00%	174	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Pela Tabela 89, verificamos que em 40,2%, foi o Enforcamento a causa de suicídio mais frequente, seguido de 37,9% por Afogamento. Concluimos ainda que existe um contraste com as outras causas de suicídio, 5,7% utilizaram a Arma de Fogo, 4,6% a Intoxicação por Pesticidas, 3,4% a Precipitação, 2,8% Trucidado. Salientamos ainda com 0,5% a Lesão Auto Infligida e a Lesão Corto Perfurante do antebraço esquerdo.

Tabela - 89 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Causa/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Afogamento	6	42,86%	3	20,00%	4	25,00%	15	46,88%	4	33,33%	14	43,75%	11	42,31%	9	33,33%	66	37,93%
Arma de fogo					2	12,50%	3	9,38%	1	8,33%			1	3,85%	3	11,11%	10	5,75%
Carbonização		0,00%	1	6,67%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,57%
Enforcamento	7	50,00%	8	53,33%	7	43,75%	10	31,25%	7	58,33%	8	25,00%	12	46,15%	11	40,74%	70	40,23%
Intoxicação por ácido		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,13%		0,00%		0,00%	1	0,57%
Intoxicação por álcool											1	3,13%					1	0,57%
Intoxicação por medicamentos		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	2	6,25%		0,00%	1	3,70%	3	1,72%
Intoxicação por organofosforados															1	3,70%	1	0,57%
Intoxicação por pesticidas	1	7,14%	2	13,33%	2	12,50%	3	9,38%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	8	4,60%
Lesão auto infligida											1	3,13%					1	0,57%
Lesão corto perfurante do antebraço		0,00%	1	6,67%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,57%
Precipitação					1	6,25%					3	9,38%	1	3,85%	1	3,70%	6	3,45%
Trucidado		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,13%		0,00%	2	6,25%	1	3,85%	1	3,70%	5	2,87%
TOTAL	14	100,00%	15	100,00%	16	100,00%	32	100,00%	12	100,00%	32	100,00%	26	100,00%	27	100,00%	174	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Na profissão, temos com 22,9% os Reformados, seguido de 5,7% a Doméstica. Concluimos que 60,3% é Desconhecido”, 2,8% é Desempregado. Aferimos que com 1,7% temos o Agricultor, o Operário fabril; com 1,1% temos Comerciante e Estudante; com 0,5% temos Bancário, Electricista, Manobrador, Motorista, (Tabela90).

Tabela - 90 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Profissão/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Agricultor		0,00%	1	6,67%	1	6,25%		0,00%	1	8,33%		0,00%		0,00%		0,00%	3	1,72%
Bancário											1	3,13%					1	0,57%
Comerciante		0,00%	1	6,67%		0,00%	1	3,13%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	2	1,15%
Desconhecida	5	35,71%	6	40,00%	4	25,00%	14	43,75%	11	91,67%	24	75,00%	21	80,77%	20	74,07%	105	60,34%
Desempregado		0,00%	1	6,67%	3	18,75%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,70%	5	2,87%
Doméstica			1	6,67%			5	15,63%			3	9,38%			1	3,70%	10	5,75%
Electricista		0,00%		0,00%	1	6,25%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,57%
Estudante	1	7,14%	1	6,67%													2	1,15%
Manobrador		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,70%	1	0,57%
Motorista					1	6,25%											1	0,57%
Operário fabril		0,00%	1	6,67%		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,13%		0,00%	1	3,70%	3	1,72%
Reformado	8	57,14%	3	20,00%	6	37,50%	12	37,50%			3	9,38%	5	19,23%	3	11,11%	40	22,99%
TOTAL	14	100,00%	15	100,00%	16	100,00%	32	100,00%	12	100,00%	32	100,00%	26	100,00%	27	100,00%	174	100,00%

Pela Tabela 91,concluimos que, das 174 vítimas, 45,9% tinham Depressão, que com 0,5 aparecem dois grupos, que apresentaram Esquizofrenia em 2007 e em 2003 apresentaram Perturbações Mentais. Salientamos ainda o crescimento da patologia Ideação Suicida que aparece em 2003 com 6,2% e em 2008 com 14,8%.

Tabela - 91 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Doença Psiquiátrica/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Atraso mental		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	2	7,69%		0,00%	2	1,15%
Depressão	5	35,71%	8	53,33%	2	12,50%	16	50,00%	10	83,33%	14	43,75%	15	57,69%	10	37,04%	80	45,98%
Desconhecido	9	64,29%	7	46,67%	12	75,00%	15	46,88%	2	16,67%	15	46,88%	7	26,92%	13	48,15%	80	45,98%
Esquizofrenia													1	3,85%			1	0,57%
Ideação suicida		0,00%		0,00%	1	6,25%	1	3,13%		0,00%	3	9,38%	1	3,85%	4	14,81%	10	5,75%
Perturbações mentais					1	6,25%											1	0,57%
TOTAL	14	100,00%	15	100,00%	16	100,00%	32	100,00%	12	100,00%	32	100,00%	26	100,00%	27	100,00%	174	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Observando os dados da Tabela 92,concluimos que a Depressão surge com o valor 36,7% que contrasta com a Doença Neurológica com 0,5%.Concluimos ainda que o ano de 2006 surge-nos com a maioria das patologias, 34,3% Depressão, 6,2% Alcoólico e com o mesmo valor a Ideação Suicida. Com 3,3% aparece variada patologia; Doença Cardíaca, Doença Neurológica, Epilepsia, Parkinson.

Tabela - 92 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Antecedentes/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Alcoólico		0,00%		0,00%	1	6,25%		0,00%	2	16,67%	2	6,25%		0,00%		0,00%	5	2,87%
Alzheimer															1	3,70%	1	0,57%
Atraso mental		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	2	7,69%		0,00%	2	1,15%
AVC													1	3,85%	1	3,70%	2	1,15%
Depressão	5	35,71%	8	53,33%	2	12,50%	15	46,88%	5	41,67%	11	34,38%	10	38,46%	8	29,63%	64	36,78%
Desconhecido	8	57,14%	7	46,67%	11	68,75%	17	53,13%	5	41,67%	13	40,63%	8	30,77%	10	37,04%	79	45,40%
Diabética		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,70%	1	0,57%
Doença cardíaca											1	3,13%	1	3,85%			2	1,15%
Doença neurológica		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,13%		0,00%		0,00%	1	0,57%
Doença oncológica													3	11,54%	1	3,70%	4	2,30%
Epilepsia		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,13%		0,00%		0,00%	1	0,57%
Esquizofrenia													1	3,85%			1	0,57%
Ideação suicida		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	2	6,25%		0,00%	5	18,52%	7	4,02%
Paraplégico					1	6,25%											1	0,57%
Parkinson		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,13%		0,00%		0,00%	1	0,57%
Perturbações mentais					1	6,25%											1	0,57%
Sem antecedentes	1	7,14%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,57%
TOTAL	14	100,00%	15	100,00%	16	100,00%	32	100,00%	12	100,00%	32	100,00%	26	100,00%	27	100,00%	174	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Pela Tabela 93 concluímos que, os Antidepressivos são o grupo de maior incidência 4%, seguido 2,3% o grupo composto por (Antidepressivos,Hipertensores),e (Antidepressivos, Sedativos, Ansiolíticos), seguido do grupo com (Antidepressivos, Sedativos) com 1,7%.Observamos ainda que o ano civil de 2006 apresenta com 12,5%o grupo com (Antidepressivos, Sedativos, Ansiolíticos),seguido do grupo com Antidepressivos com 9,3%.

Tabela - 93 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Medicação/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Ansiolíticos		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,85%		0,00%	1	0,57%
Antidepressivos			2	13,33%					1	8,33%	3	9,38%			1	3,70%	7	4,02%
Antidepressivos, Ansiolíticos	1	7,14%		0,00%		0,00%	1	3,13%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	2	1,15%
Antidepressivos, Ansiolíticos, Analgésicos													1	3,85%			1	0,57%
Antidepressivos, Ansiolíticos, Analgésicos, Barbitúricos		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,85%		0,00%	1	0,57%
Antidepressivos, Ansiolíticos, Digitálicos	1	7,14%															1	0,57%
Antidepressivos, Ansiolíticos, Sedativos		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,13%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,57%
Antidepressivos, Anti-inflamatórios, Sedativos					1	6,25%											1	0,57%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Antidepressivos, Hipertensores, Anticoagulantes, Analgésicos		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	4	14,81%	4	2,30%
Antidepressivos, Sedativos						1	3,13%					1	3,85%	1	3,70%	3	1,72%	
Antidepressivos, Sedativos, Analgésicos		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,85%		0,00%	1	0,57%
Antidepressivos, Sedativos, Ansiolíticos											4	12,50%					4	2,30%
Antidepressivos, Tranquilizantes		0,00%		0,00%		0,00%		1	8,33%			0,00%		0,00%		0,00%	1	0,57%
Barbitúricos, Ansiolíticos													1	3,85%			1	0,57%
Desconhecido	12	85,71%	12	80,00%	15	93,75%	29	90,63%	10	83,33%	25	78,13%	20	76,92%	21	77,78%	144	82,76%
Digitálicos, Hipertensor			1	6,67%													1	0,57%
TOTAL	14	100,00%	15	100,00%	16	100,00%	32	100,00%	12	100,00%	32	100,00%	26	100,00%	27	100,00%	174	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Observamos pela Tabela 94 que com 98,2% o Desconhecido aparece para caracterizar o internamento, que contrasta com 1,7% com Internamento em Psiquiatria. Concluimos que, em 2004, o valor de 6,2% é o valor mais elevado para Internamento em Psiquiatria e apenas volta a ter expressão em 2007 com 3,8%.

Tabela - 94 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Internamento/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Desconhecido	14	100,00%	15	100,00%	16	100,00%	30	93,75%	12	100,00%	32	100,00%	25	96,15%	27	100,00%	171	98,28%
Internamento em psiquiatria							2	6,25%					1	3,85%			3	1,72%
TOTAL	14	100,00%	15	100,00%	16	100,00%	32	100,00%	12	100,00%	32	100,00%	26	100,00%	27	100,00%	174	100,00%

Do seguimento em consultas, aparece com 3,4% em Consultas de Psiquiatria como o valor mais elevado, sendo o valor de 96,5% Desconhecido. Aferimos que seguido em Consultas de Psiquiatria surge apenas pela primeira vez em 2004 com 3,3%, seguido de 6,2% em 2006 e com o seu valor máximo 11,1% no ano de 2008 (Tabela 95).

Tabela - 95 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Seguido em Consultas/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Desconhecido	14	100,00%	15	100,00%	16	100,00%	31	96,88%	12	100,00%	30	93,75%	26	100,00%	24	88,89%	168	96,55%
Consultas de Psiquiatria							1	3,13%			2	6,25%			3	11,11%	6	3,45%
TOTAL	14	100,00%	15	100,00%	16	100,00%	32	100,00%	12	100,00%	32	100,00%	26	100,00%	27	100,00%	174	100,00%

Pela Tabela 96 observamos que, das 174 vítimas, apenas 0,5% aparecem com tatuagens no Braço e antebraço e mão esquerda, no ano de 2004 e com o mesmo valor no ano de 2006, Mão esquerda e antebraço direito. Concluimos que, das 174 vítimas de suicídio no estudo, 98,8% surgem com Ausente.

Tabela - 96 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Tatuagens/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Ausente	14	100,00%	15	100,00%	16	100,00%	31	96,88%	12	100,00%	31	96,88%	26	100,00%	27	100,00%	172	98,85%
Braço e antebraço e mão esquerda											1	3,13%					1	0,57%
Mão esquerda e antebraço direito		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,13%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,57%
TOTAL	14	100,00%	15	100,00%	16	100,00%	32	100,00%	12	100,00%	32	100,00%	26	100,00%	27	100,00%	174	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Pela Tabela 97 concluímos que com 97,7% Ausente, num total de 170 vítimas do estudo, contrastando com 0,5% em 2002 e são descritas pelos Clínicos consoante a vítima.

Tabela - 97 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios /Feridas de Ensaio/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Ausente	14	100%	14	93,3%	16	100%	32	100%	12	100%	31	96,8%	26	100%	25	92,6%	170	97,7%
Ferida cortante no terço inferior da face anterior do antebraço esquerdo, oblíqua para baixo e para fora que intersectava o plano muscular até aos tendões com 6 cmx1,5 afastamento de bordos com cauda infero-lateral															1	3,7%	1	0,57%
Feridas cortantes na flexura esquerda na parte lateral com 7cm de comprimento e outra medial com 2,5x1,5 com afastamento dos bordos		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,7%	1	0,57%
Feridas incisivas (quatro), horizontais, paralelas, e distando entre si cerca de 3,5cm, medindo as duas superiores 6x1,5cm, e as duas inferiores 5x1cm			1	6,7%													1	0,57%
Feridas incisivas profundas nos antebraços e pernas		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,2%		0,00%		0,00%	1	0,57%
TOTAL	14	100%	15	100%	16	100%	32	100%	12	100%	32	100%	26	100%	27	100%	174	100%

Pela Tabela 98, observamos que a Depressão aparece com valor de 100% na profissão: Bancário, Motorista e com 20% surge no Desempregado. Concluimos também que o Alcoólico aparece com o seu valor máximo de 33% e com 10% Doméstica. Salientamos que na situação de Reformado com 3% encontramos como antecedentes; Alzheimer, AVC, Doença Cardíaca, Doença Oncológica, Perturbações Mentais.

Tabela - 98 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – Antecedentes/Profissão

PROFISSÃO	ANTECEDENTES	TOTAL 2001-2008	% Profissão/Antecedentes
Agricultor	Alcoólico	1	33%
	Desconhecido	2	67%
Agricultor Total		3	
Bancário	Depressão	1	100%
Bancário Total		1	
Comerciante	Desconhecido	2	100%
Comerciante Total		2	
Desconhecida	Alcoólico	3	3%
	Atraso mental	2	2%
	AVC	1	1%
	Depressão	38	36%
	Desconhecido	44	42%
	Diabética	1	1%
	Doença cardíaca	1	1%
	Doença neurológica	1	1%
	Doença oncológica	3	3%
	Epilepsia	1	1%
	Esquizofrenia	1	1%
	Ideação suicida	6	6%
	Paraplégico	1	1%
	Parkinson	1	1%
	Sem antecedentes	1	1%
Desconhecida Total		105	
Desempregado	Depressão	1	20%
	Desconhecido	4	80%
Desempregado Total		5	
Doméstica	Alcoólico	1	10%
	Depressão	6	60%
	Desconhecido	2	20%
	Ideação suicida	1	10%
Doméstica Total		10	
Electricista	Desconhecido	1	100%
Electricista Total		1	
Estudante	Desconhecido	2	100%
Estudante Total		2	
Manobrador	Desconhecido	1	100%
Manobrador Total		1	
Motorista	Depressão	1	100%
Motorista Total		1	
Operário fabril	Depressão	1	33%
	Desconhecido	2	67%
Operário fabril Total		3	
Reformado	Alzheimer	1	3%
	AVC	1	3%
	Depressão	16	40%
	Desconhecido	19	48%
	Doença cardíaca	1	3%
	Doença oncológica	1	3%
Perturbações mentais	1	3%	
Reformado Total		40	
TOTAL		174	

Concluimos pela Tabela 99 que no Afogamento existe sempre um antecedente com valor mais expressivo, 39% a Depressão, no Enforcamento é também a Depressão com valor muito próximo de 31%. Na Intoxicação por pesticidas temos a Depressão com 38% e o Paraplégico com 13%, a Precipitação surge com Depressão 50% e Ideação Suicida com 17%, o Trucidado surge com Depressão 20% e Alzheimer 20%.

Tabela - 99 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – Antecedentes/Causa

CAUSA	ANTECEDENTES	TOTAL 2001-2008	% Antecedentes/Causa
Afogamento	Atraso mental	2	3%
	AVC	2	3%
	Depressão	26	39%
	Desconhecido	27	41%
	Doença cardíaca	1	2%
	Doença neurológica	1	2%
	Doença oncológica	1	2%
	Esquizofrenia	1	2%
	Ideação suicida	3	5%
	Parkinson	1	2%
Sem antecedentes	1	2%	
Afogamento Total		66	
Arma de fogo	Depressão	4	40%
	Desconhecido	6	60%
Arma de fogo Total		10	
Carbonização	Depressão	1	
Carbonização Total		1	
Enforcamento	Alcoólico	4	6%
	Depressão	22	31%
	Desconhecido	35	50%
	Diabética	1	1%
	Doença cardíaca	1	1%
	Doença oncológica	3	4%
	Ideação suicida	3	4%
	Perturbações mentais	1	1%
Enforcamento Total		70	
Intoxicação por ácido	Epilepsia	1	100%
Intoxicação por ácido Total		1	
Intoxicação por álcool	Alcoólico	1	100%
Intoxicação por álcool Total		1	
Intoxicação por medicamentos	Depressão	3	100%
Intoxicação por medicamentos Total		3	
Intoxicação por organofosforados	Desconhecido	1	100%
Intoxicação por organofosforados Total		1	
Intoxicação por pesticidas	Depressão	3	38%
	Desconhecido	4	50%
	Paraplégico	1	13%
Intoxicação por pesticidas Total		8	
Lesão auto infligida	Desconhecido	1	100%
Lesão auto infligida Total		1	
Lesão corto perfurante do antebraço esquerdo	Depressão	1	100%
Lesão corto perfurante do antebraço esquerdo Total		1	

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Precipitação	Depressão	3	50%
	Desconhecido	2	33%
	Ideação suicida	1	17%
Precipitação Total		6	
Trucidado	Alzheimer	1	20%
	Depressão	1	20%
	Desconhecido	3	60%
Trucidado Total		5	
TOTAL		174	

Deste estudo concluímos que, numa percentagem de 100%, existe relação Atraso Mental/Afogamento, Esquizofrenia/Afogamento, Perturbações Mentais/Enforcamento. Concluímos ainda que, com 1%, temos a relação: Depressão/Carbonização, Depressão/Intoxicação por Álcool, Depressão/Lesão Corto Perfurante do antebraço esquerdo, Desconhecido/Intoxicação por Ácido, Desconhecido/Lesão auto infligida (Tabela 100).

Tabela - 100 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – Causa/Doença Psiquiátrica

DOENÇA PSIQUIÁTRICA	CAUSA	TOTAL 2001-2008	% Causa/Doença Psiquiátrica
Atraso mental	Afogamento	2	100%
Atraso mental Total		2	
Depressão	Afogamento	32	40%
	Arma de fogo	5	6%
	Carbonização	1	1%
	Enforcamento	30	38%
	Intoxicação por álcool	1	1%
	Intoxicação por medicamentos	3	4%
	Intoxicação por pesticidas	3	4%
	Lesão corto perfurante do antebraço esquerdo	1	1%
	Precipitação	3	4%
Trucidado	1	1%	
Depressão Total		80	
Desconhecido	Afogamento	28	35%
	Arma de fogo	5	6%
	Enforcamento	34	43%
	Intoxicação por ácido	1	1%
	Intoxicação por organofosforados	1	1%
	Intoxicação por pesticidas	5	6%
	Lesão auto infligida	1	1%
	Precipitação	1	1%
	Trucidado	4	5%
Desconhecido Total		80	

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Esquizofrenia	Afogamento	1	100%
Esquizofrenia Total		1	
Ideação suicida	Afogamento	3	30%
	Enforcamento	5	50%
	Precipitação	2	20%
Ideação suicida Total		10	
Perturbações mentais	Enforcamento	1	100%
Perturbações mentais Total		1	
TOTAL		174	

Pela Tabela 101 verificamos que o antecedente de Depressão aparece no grupo etário [50-59] com 45%, [60-69] com 38%, [80-89] com 38%, [70-79] com 36%, [20-29] com 33%, [30-39] com 30%, [40-49] com 28%, [10-19] com 20%. Concluimos ainda Alzheimer 2%, surge no grupo etário [70-79] e que a Ideação Suicida aparece no grupo etário [40-49] com 6% , decresce no grupo [50-59] e [60-69] com 3%, voltando a crescer no [70-79] com 5% e no [80-89] com 8%.

Tabela - 101 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – Antecedentes/Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO	ANTECEDENTES	TOTAL 2001-2008	% Antecedentes/Grupo Etário
[10-19]	Depressão	1	20%
	Desconhecido	4	80%
[10-19] Total		5	
[20-29]	Depressão	1	33%
	Desconhecido	2	67%
[20-29] Total		3	
[30-39]	Depressão	3	30%
	Desconhecido	7	70%
[30-39] Total		10	
[40-49]	Alcoólico	3	17%
	Depressão	5	28%
	Desconhecido	7	39%
	Ideação suicida	1	6%
	Paraplégico	1	6%
	Sem antecedentes	1	6%
[40-49] Total		18	
[50-59]	Alcoólico	1	3%
	AVC	1	3%
	Depressão	15	45%
	Desconhecido	12	36%
	Diabética	1	3%
	Doença cardíaca	1	3%
	Esquizofrenia	1	3%
	Ideação suicida	1	3%
[50-59] Total		33	
[60-69]	Atraso mental	2	6%
	AVC	1	3%
	Depressão	13	38%
	Desconhecido	15	44%
	Epilepsia	1	3%
	Ideação suicida	1	3%
	Parkinson	1	3%
[60-69] Total		34	
[70-79]	Alcoólico	1	2%
	Alzheimer	1	2%
	Depressão	21	36%
	Desconhecido	27	47%
	Doença cardíaca	1	2%
	Doença neurológica	1	2%
	Doença oncológica	2	3%
	Ideação suicida	3	5%
	Perturbações mentais	1	2%
[70-79] Total		58	
[80-89]	Depressão	5	38%
	Desconhecido	5	38%
	Doença oncológica	2	15%
	Ideação suicida	1	8%
[80-89] Total		13	
TOTAL		174	

Observamos a Tabela 102, concluindo que no grupo [10-19] o Enforcamento aparece com 60% e a Precipitação com 40%, comparando com [80-89] em que o Enforcamento surge com 54% e a Precipitação com 8%. No grupo [60-69] o Afogamento e o Enforcamento surgem com 41% contrastando com 3% a Intoxicação por Ácido, Intoxicação por Medicamentos, Intoxicação por Pesticidas, e a Lesão Auto Infligida. Destacamos ainda que a utilização da Arma de Fogo surge com 33% no grupo etário [20-29] e decresce para metade 15% no grupo de [80-89] e que neste grupo etário surge a Carbonização com 33%.

Tabela - 102 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – N.º de Suicídios / Causa /Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO	CAUSA	TOTAL 2001-2008	% Causa / Grupo Etário
[10;19]	Enforcamento	3	60%
	Precipitação	2	40%
[10;19] Total		5	
[20-29]	Afogamento	1	33%
	Arma de fogo	1	33%
	Carbonização	1	33%
[20-29] Total		3	
[30;39]	Afogamento	1	10%
	Arma de fogo	1	10%
	Enforcamento	6	60%
	Lesão corto perfurante do antebraço esquerdo	1	10%
	Trucidado	1	10%
[30;39] Total		10	
[40;49]	Afogamento	6	33%
	Arma de fogo	2	11%
	Enforcamento	6	33%
	Intoxicação por álcool	1	6%
	Intoxicação por medicamentos	1	6%
	Intoxicação por pesticidas	1	6%
	Trucidado	1	6%
[40;49] Total		18	
[50;59]	Afogamento	14	42%
	Enforcamento	10	30%
	Intoxicação por medicamentos	1	3%
	Intoxicação por organofosforados	1	3%
	Intoxicação por pesticidas	3	9%
	Precipitação	3	9%
	Trucidado	1	3%
[50;59] Total		33	

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

[60;69]	Afogamento	14	41%
	Arma de fogo	2	6%
	Enforcamento	14	41%
	Intoxicação por ácido	1	3%
	Intoxicação por medicamentos	1	3%
	Intoxicação por pesticidas	1	3%
	Lesão auto infligida	1	3%
[60;69] Total		34	
[70;79]	Afogamento	28	48%
	Arma de fogo	2	3%
	Enforcamento	24	41%
	Intoxicação por pesticidas	3	5%
	Trucidado	1	2%
[70;79] Total		58	
[80;89]	Afogamento	2	15%
	Arma de fogo	2	15%
	Enforcamento	7	54%
	Precipitação	1	8%
	Trucidado	1	8%
[80;89] Total		13	
TOTAL		174	

Relativamente a Feridas de Ensaio, concluímos que surgem no grupo etário [30-39] com 10% e são descritas na tabela pelos registos dos Clínicos. Concluímos ainda que no grupo etário [60-69], o seu valor decresce para 3%. É interessante concluir que, assim como cresce o grupo etário decresce a intenção de se auto infligir com lesões não letais (Tabela 103).

Tabela - 103 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – Feridas de Ensaio/Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO	FERIDAS DE ENSAIO	TOTAL 2001-2008	% Feridas Ensaio/Grupo Etário
[10-19]	Ausente	5	100%
[10-19] Total		5	
[20-29]	Ausente	3	100%
[20-29] Total		3	
[30-39]	Ausente	7	70%
	Ferida cortante no terço inferior da face anterior do antebraço esquerdo, oblíqua para baixo e para fora que intersectava o plano muscular até aos tendões com 6cmx1,5 de afastamento de bordos com cauda infero-lateral	1	10%
	Feridas cortantes na flexura esquerda na parte lateral com 7cm de comprimento e outra medial com 2,5x1,5 com afastamento dos bordos	1	10%
	Feridas incisivas (quatro), horizontais, paralelas, e distando entre si cerca de 3,5cm, madindo as duas superiores 6x1,5cm, e as duas inferiores 5x1cm	1	10%
[30-39] Total		10	
[40-49]	Ausente	18	100%
[40-49] Total		18	
[50-59]	Ausente	33	100%
[50-59] Total		33	
[60-69]	Ausente	33	97%
	Feridas incisivas profundas nos antebraços e pernas	1	3%
[60-69] Total		34	
[70-79]	Ausente	58	100%
[70-79] Total		58	
[80-89]	Ausente	13	100%
[80-89] Total		13	
TOTAL		174	

Concluimos que no grupo etário [40-49] o valor é de 1 vítima 6% e no grupo etário [50-59] o valor decresce para metade 3%. Nos restantes grupos etários do estudo, as vítimas não apresentam tatuagens, esta variável é avaliada com Ausente (Tabela 104).

Tabela - 104 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – Tatuagens/Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO	TATUAGENS	TOTAL 2001-2008	% Tatuagens/ Grupo Etário
[10-19]	Ausente	5	100%
[10-19] Total		5	
[20-29]	Ausente	3	100%
[20-29] Total		3	
[30-39]	Ausente	10	100%
[30-39] Total		10	
[40-49]	Ausente	17	94%
	Mão esquerda e antebraço direito	1	6%
[40-49] Total		18	
[50-59]	Ausente	32	97%
	Braço e antebraço e mão esquerda	1	3%
[50-59] Total		33	
[60-69]	Ausente	34	100%
[60-69] Total		34	
[70-79]	Ausente	58	100%
[70-79] Total		58	
[80-89]	Ausente	13	100%
[80-89] Total		13	
TOTAL		174	

Na Tabela 105 concluímos que, num total de 174 vítimas, 114 são do género masculino e só neste género surgem com 1% a Lesão Auto Infligida e a Lesão Corto Perfurante do antebraço esquerdo e a Arma de Fogo com 9%. Aferimos que das 60 vítimas do estudo, são do género feminino e só neste género surge a Intoxicação por Álcool”com 2%. Verificamos ainda que no género masculino o Enforcamento é de 50% que no feminino é de 22% e que, em relação ao Afogamento, surge com 65% no género feminino e com 24% no género masculino.

Tabela - 105 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – Causa/Sexo

SEXO	CAUSA	TOTAL 2001-2008	% Causa / Sexo
Masculino	Afogamento	27	24%
	Arma de fogo	10	9%
	Carbonização	1	1%
	Enforcamento	57	50%
	Intoxicação por ácido	1	1%
	Intoxicação por organofosforados	1	1%
	Intoxicação por pesticidas	7	6%
	Lesão auto infligida	1	1%
	Lesão corto perfurante do antebraço esquerdo	1	1%
	Precipitação	4	4%
	Trucidado	4	4%
Masculino Total		114	
Feminino	Afogamento	39	65%
	Enforcamento	13	22%
	Intoxicação por álcool	1	2%
	Intoxicação por medicamentos	3	5%
	Intoxicação por pesticidas	1	2%
	Precipitação	2	3%
	Trucidado	1	2%
Feminino Total		60	
TOTAL		174	

Observando a Tabela 106, verificamos que a maioria das 174 vítimas, concretamente 114, são do género masculino e 60 são do sexo feminino. E que das vitimas do género masculino 100% tinham Atraso mental/Atraso Mental, Esquizofrenia/Esquizofrenia, perturbações mentais /Perturbações mentais.

No género feminino 100% tinham Ideação suicida /Ideação suicida”.

Concluimos ainda que na relação Depressão/Alcoólico, surge no género masculino com 5% e no género feminino com 3% Na relação Depressão/Depressão, com 81% surge no género feminino e 80% no género masculino. Na relação Depressão/Doença Oncológica surge no género feminino com 3% e surge no género masculino com 2%.

Tabela - 106 - Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz – Antecedentes/Doença Psiquiátrica/Sexo

SEXO	DOENÇA PSIQUIÁTRICA	ANTECEDENTES	TOTAL 2001-2008	% Antecedentes / Doença Psiquiátrica/Sexo	
Masculino	Atraso mental	Atraso mental	2	100%	
	Atraso mental Total		2		
	Depressão	Alcoólico	Depressão	2	5%
			Depressão	35	80%
			Desconhecido	2	5%
			Diabética	1	2%
			Doença cardíaca	1	2%
			Doença neurológica	1	2%
			Doença oncológica	1	2%
			Parkinson	1	2%
	Depressão Total		44		
	Desconhecido	Alcoólico	Desconhecido	2	3%
			Desconhecido	53	90%
			Doença oncológica	1	2%
			Epilepsia	1	2%
			Paraplégico	1	2%
			Sem antecedentes	1	2%
	Desconhecido Total		59		
	Esquizofrenia	Esquizofrenia	1	100%	
	Esquizofrenia Total		1		
Ideação suicida	Desconhecido	Doença oncológica	3	43%	
		Doença oncológica	1	14%	
		Ideação suicida	3	43%	
Ideação suicida Total		7			
Perturbações mentais	Perturbações mentais	1	100%		
Perturbações mentais Total		1			
Masculino Total			114		
Feminino	Depressão	Alcoólico	AVC	1	3%
			Depressão	29	81%
			Desconhecido	3	8%
			Doença oncológica	1	3%
			Ideação suicida	1	3%
			Depressão Total		36
	Desconhecido	Alzheimer	AVC	1	5%
			Desconhecido	18	86%
			Doença cardíaca	1	5%
			Desconhecido Total		21
	Ideação suicida	Ideação suicida	3	100%	
Ideação suicida Total		3			
Feminino Total			60		
TOTAL			174		

2.4 - CARACTERIZAÇÃO DO GABINETE DE LEIRIA

Pela observação da Tabela 107, concluímos que, das 314 vítimas de suicídio incluídas no período em estudo, 17,2% ocorreram em 2005 atingindo aqui o seu valor mais elevado, vindo a descer em 2006 para 14,6%, mantendo este valor em 2007, e decrescendo para um valor mínimo em 2008 6,3%.

Tabela - 107 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
TOTAL	38	12,10%	30	9,55%	34	10,83%	47	14,97%	54	17,20%	46	14,65%	45	14,33%	20	6,37%	314	100,00%

Na categoria do género concluímos que, das 314 vítimas, 77% são do género masculino e 22,9% são do género feminino. Observamos ainda que o género masculino no ano de 2004 atinge o seu valor máximo de suicídios com 39 (82,2%) e que o género feminino atinge em 2005 o maior número de suicídios com 20 (37%) (Tabela 108).

Tabela - 108 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Sexo/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Masculino	32	84,21%	25	83,33%	26	76,47%	39	82,98%	34	62,96%	37	80,43%	33	73,33%	16	80,00%	242	77,07%
Feminino	6	15,79%	5	16,67%	8	23,53%	8	17,02%	20	37,04%	9	19,57%	12	26,67%	4	20,00%	72	22,93%
TOTAL	38	100,00%	30	100,00%	34	100,00%	47	100,00%	54	100,00%	46	100,00%	45	100,00%	20	100,00%	314	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Pela Tabela 109 concluímos que, decresce a percentagem de suicídio conforme o grupo etário, [60-69] com 20%, [70-79] com 17,8%, [40-49] com 16,2%, [30-39] com 14%, [50-59] com 13,6%, [80-89] com 8,9%, [20-29] com 8,6% e com 0,3% surge o grupo [10-19] e [90-99] sendo que a média das idades é de 56 anos.

Tabela - 109 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Grupo Etário/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
[10-19]	1	2,63%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
[20-29]	6	15,79%	2	6,67%	3	8,82%	4	8,51%	6	11,11%	1	2,17%	4	8,89%	1	5,00%	27	8,60%
[30-39]	4	10,53%	4	13,33%	2	5,88%	9	19,15%	8	14,81%	9	19,57%	5	11,11%	3	15,00%	44	14,01%
[40-49]	3	7,89%	6	20,00%	4	11,76%	8	17,02%	10	18,52%	9	19,57%	8	17,78%	3	15,00%	51	16,24%
[50-59]	5	13,16%	4	13,33%	7	20,59%	6	12,77%	9	16,67%	4	8,70%	4	8,89%	4	20,00%	43	13,69%
[60-69]	8	21,05%	6	20,00%	5	14,71%	10	21,28%	13	24,07%	9	19,57%	8	17,78%	4	20,00%	63	20,06%
[70-79]	8	21,05%	6	20,00%	10	29,41%	6	12,77%	6	11,11%	5	10,87%	13	28,89%	2	10,00%	56	17,83%
[80-89]	3	7,89%	2	6,67%	3	8,82%	4	8,51%	2	3,70%	9	19,57%	2	4,44%	3	15,00%	28	8,92%
[90-99]		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,22%		0,00%	1	0,32%
TOTAL	38	100,00%	30	100,00%	34	100,00%	47	100,00%	54	100,00%	46	100,00%	45	100,00%	20	100,00%	314	100,00%

Da observação da Tabela 110, concluímos que do estado civil das 314 vítimas integradas no estudo, 53,5% são casado, 25,1% são solteiro, 12,1% são viúvo e 9,2% são divorciados.

Tabela - 110 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Estado Civil/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Casado	22	57,89%	15	50,00%	20	58,82%	26	55,32%	25	46,30%	26	56,52%	29	64,44%	5	25,00%	168	53,50%
Divorciado	2	5,26%	4	13,33%	1	2,94%	2	4,26%	7	12,96%	6	13,04%	2	4,44%	5	25,00%	29	9,24%
Solteiro	9	23,68%	8	26,67%	9	26,47%	10	21,28%	18	33,33%	11	23,91%	8	17,78%	6	30,00%	79	25,16%
Viúvo	5	13,16%	3	10,00%	4	11,76%	9	19,15%	4	7,41%	3	6,52%	6	13,33%	4	20,00%	38	12,10%
TOTAL	38	100,00%	30	100,00%	34	100,00%	47	100,00%	54	100,00%	46	100,00%	45	100,00%	20	100,00%	314	100,00%

Pela observação da Tabela 111, concluímos que o Enforcamento com 45,5% é a causa de suicídio que mais se destaca no Gabinete de Leiria, seguido de 14, %de Arma de Fogo, de 12,4% de Intoxicação por Pesticidas e de 9,5% de Afogamento. Concluímos ainda que a Overdose surge com 6,3%, seguida de Intoxicação por Medicamentos com 4,4%,Precipitação com 2,5%,Trucidado com 1,5%,Intoxicação por Monóxido de Carbono com1,2%.Surge ainda um grupo com valores mais baixos como 0,3%; Ferida de Ensaio, Intoxicação por álcool e opiáceos, Ingestão de produto cáustico, Ferida complexa da face anterior do pescoço com laceração da traqueia, Enforcamento e drogas de abuso, Arma Branca.

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Tabela - 111 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Causa/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Afogamento	2	5,26%	1	3,33%	6	17,65%	3	6,38%	7	12,96%	7	15,22%	2	4,44%	2	10,00%	30	9,55%
Arma Branca									1	1,85%							1	0,32%
Arma de Fogo	8	21,05%	4	13,33%	5	14,71%	7	14,89%	6	11,11%	7	15,22%	7	15,56%		0,00%	44	14,01%
Enforcamento	18	47,37%	19	63,33%	11	32,35%	22	46,81%	22	40,74%	19	41,30%	20	44,44%	12	60,00%	143	45,54%
Enforcamento e drogas de abuso		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	1,85%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Ferida complexa da face anterior do pescoço com laceração da	1	2,63%															1	0,32%
Ingestão de produto caustico		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,13%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Intoxicação por ácido clorídrico													1	2,22%			1	0,32%
Intoxicação por álcool e opiáceos		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,17%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Intoxicação por medicamentos			1	3,33%	2	5,88%			4	7,41%	2	4,35%	4	8,89%	1	5,00%	14	4,46%
Intoxicação por monóxido de carbono		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,13%		0,00%	2	4,35%		0,00%	1	5,00%	4	1,27%
Intoxicação por pesticidas	4	10,53%	5	16,67%	7	20,59%	7	14,89%	3	5,56%	5	10,87%	7	15,56%	1	5,00%	39	12,42%
Overdose	3	7,89%		0,00%		0,00%	6	12,77%	7	12,96%	1	2,17%	1	2,22%	2	10,00%	20	6,37%
Precipitação					2	5,88%			2	3,70%	1	2,17%	2	4,44%	1	5,00%	8	2,55%
Feridas de ensaio		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	1,85%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Trucidado	2	5,26%			1	2,94%					1	2,17%	1	2,22%			5	1,59%
TOTAL	38	100,00%	30	100,00%	34	100,00%	47	100,00%	54	100,00%	46	100,00%	45	100,00%	20	100,00%	314	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Podemos aferir que 58,2% são Desconhecido para a profissão, a contrastar com 14,6% de Reformado, 4,7% Operário Fabril, 4,4% são Doméstica, com 2,8% surgem dois grupos, o Agricultor e Desempregado, com 2,5% Comerciante. Concluimos ainda que 1,9% para Pedreiro, 1,2% para dois grupos; Pintor e Empresário, com 0,6% o Motorista e o Bancário e com 0,3 Administrativo, Canalizador, Empreiteiro, Enfermeiro, Escultor, Estudante, Farmacêutico, Mecânico, Professor, e o Veterinário (Tabela 112).

Tabela - 112 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Profissão/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Administrativo		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,22%		0,00%	1	0,32%
Agricultor	1	2,63%	1	3,33%	3	8,82%	3	6,38%					1	2,22%			9	2,87%
Bancário		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,13%	1	1,85%		0,00%		0,00%		0,00%	2	0,64%
Canalizador							1	2,13%									1	0,32%
Comerciante		0,00%	1	3,33%	2	5,88%	1	2,13%	1	1,85%	2	4,35%	1	2,22%		0,00%	8	2,55%
Desconhecido	16	42,11%	14	46,67%	19	55,88%	24	51,06%	32	59,26%	27	58,70%	34	75,56%	17	85,00%	183	58,28%
Desempregado		0,00%	1	3,33%		0,00%	2	4,26%	5	9,26%	1	2,17%		0,00%		0,00%	9	2,87%
Domestica	2	5,26%	1	3,33%	1	2,94%	4	8,51%	4	7,41%			1	2,22%	1	5,00%	14	4,46%
Empreiteiro		0,00%		0,00%	1	2,94%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Empresário	1	2,63%	1	3,33%							2	4,35%					4	1,27%
Enfermeiro		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	1,85%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Engenheiro	1	2,63%											1	2,22%			2	0,64%
Escultor		0,00%		0,00%	1	2,94%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Estudante							1	2,13%									1	0,32%
Farmacêutico		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,17%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Mecânico	1	2,63%															1	0,32%
Motorista		0,00%	1	3,33%		0,00%	1	2,13%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	2	0,64%
Operário Fabril	4	10,53%	2	6,67%			1	2,13%	3	5,56%	4	8,70%	1	2,22%			15	4,78%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Pedreiro	1	2,63%		0,00%	3	8,82%	1	2,13%	1	1,85%		0,00%		0,00%		0,00%	6	1,91%
Pintor	1	2,63%	1	3,33%	1	2,94%					1	2,17%					4	1,27%
Professor		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,17%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Reformado	10	26,32%	7	23,33%	3	8,82%	7	14,89%	6	11,11%	7	15,22%	5	11,11%	1	5,00%	46	14,65%
Veterinário		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	5,00%	1	0,32%
TOTAL	38	100,00%	30	100,00%	34	100,00%	47	100,00%	54	100,00%	46	100,00%	45	100,00%	20	100,00%	314	100,00%

Pela Tabela 113 concluímos, 74,8% para Desconhecido, seguido de 17,8% para a Depressão, 2,5% para Esquizofrenia, Ideação Suicida e com 2,2% o (Atraso Mental, Alteração do Comportamento).

Tabela - 113 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Doença Psiquiátrica/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Atraso mental, alteração do comportamento		0,00%	1	3,33%	1	2,94%		0,00%	1	1,85%	3	6,52%		0,00%	1	5,00%	7	2,23%
Depressão	6	15,79%	2	6,67%	5	14,71%	8	17,02%	16	29,63%	10	21,74%	6	13,33%	3	15,00%	56	17,83%
Desconhecida	32	84,21%	27	90,00%	25	73,53%	35	74,47%	33	61,11%	32	69,57%	36	80,00%	15	75,00%	235	74,84%
Esquizofrenia					1	2,94%	2	4,26%	4	7,41%					1	5,00%	8	2,55%
Ideação suicida		0,00%		0,00%	2	5,88%	2	4,26%		0,00%	1	2,17%	3	6,67%		0,00%	8	2,55%
TOTAL	38	100,00%	30	100,00%	34	100,00%	47	100,00%	54	100,00%	46	100,00%	45	100,00%	20	100,00%	314	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Pela Tabela 114 concluímos que em 38,8% surge Desconhecido, que contrasta com 16,2% Sem Antecedentes, seguido 14,3% Depressão 6,3% Toxicodependente. Verificamos ainda que 3,5% é Doença Neoplásica, 3,1% Ideação Suicida e também (Doença Psiquiátrica, Outras Tentativas), 2,5% para a Esquizofrenia e também Anomalia Psíquica, 2,2% Doença Cardíaca, 1,9% Alcoólico, 1,2% Diabético, e com 0,3% podemos destacar o Trauma de Guerra.

Tabela - 114 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Antecedentes/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Alcoólico	1	2,63%	1	3,33%		0,00%	1	2,13%	2	3,70%	1	2,17%		0,00%		0,00%	6	1,91%
Anomalia psíquica			1	3,33%	1	2,94%			2	3,70%	4	8,70%					8	2,55%
Depressão	6	15,79%	1	3,33%	5	14,71%	7	14,89%	8	14,81%	8	17,39%	8	17,78%	2	10,00%	45	14,33%
Depressão, toxicodependente													1	2,22%			1	0,32%
Desconhecido	20	52,63%	15	50,00%	17	50,00%	19	40,43%	17	31,48%	22	47,83%	10	22,22%	5	25,00%	125	39,81%
Diabético	1	2,63%	1	3,33%					1	1,85%			1	2,22%			4	1,27%
Doença cardíaca	1	2,63%		0,00%		0,00%		0,00%	1	1,85%	3	6,52%	1	2,22%	1	5,00%	7	2,23%
Doença oncológica	2	5,26%	1	3,33%	2	5,88%			3	5,56%	1	2,17%	1	2,22%	1	5,00%	11	3,50%
Doença Parkinson	1	2,63%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	2,63%					2	4,26%	4	7,41%					3	15,00%	10	3,18%
Doença pulmonar		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,17%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Epilepsia			1	3,33%													1	0,32%
Esclerose lateral amiotrófica		0,00%	1	3,33%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Esquizofrenia					1	2,94%	2	4,26%	4	7,41%					1	5,00%	8	2,55%
Ideação suicida	1	2,63%		0,00%	3	8,82%	1	2,13%	1	1,85%		0,00%	2	4,44%	2	10,00%	10	3,18%
Sem antecedentes			7	23,33%	4	11,76%	9	19,15%	7	12,96%	3	6,52%	18	40,00%	3	15,00%	51	16,24%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Síndrome vertiginosa		0,00%		0,00%	1	2,94%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Toxicodependente	3	7,89%	1	3,33%			6	12,77%	4	7,41%	3	6,52%	1	2,22%	2	10,00%	20	6,37%
Toxicodependente + Seropositivo	1	2,63%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Toxicodependente, álcool													1	2,22%			1	0,32%
Trauma de Guerra		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,22%		0,00%	1	0,32%
TOTAL	38	100,00%	30	100,00%	34	100,00%	47	100,00%	54	100,00%	46	100,00%	45	100,00%	20	100,00%	314	100,00%

Observamos que, das 324 vítimas do estudo, 82,4% é Desconhecido, que contrasta com 5,7% de Antidepressivos. Concluimos ainda com 2,8% para Drogas de Abuso, 2,2% (Antidepressivos, Sedativos), 1,5% para dois grupos Ansiolíticos e(Antidepressivos Hipertensores), 1,2% para (Antidepressivos,Ansiolíticos) e (Drogas de Abuso,Analgésicos,Sedativos), 0,6% para (Sedativos,Ansiolíticos), 0,3%(Barbitúricos,Ansiolíticos) (Tabela 115).

Tabela - 115 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Medicação/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Ansiolíticos		0,00%	1	3,33%		0,00%	1	2,13%	2	3,70%		0,00%		0,00%	1	5,00%	5	1,59%
Antidepressivos			1	3,33%	1	2,94%			1	1,85%	6	13,04%	7	15,56%	2	10,00%	18	5,73%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Antidepressivos, Ansiolíticos		0,00%		0,00%	1	2,94%	1	2,13%		0,00%	1	2,17%	1	2,22%		0,00%	4	1,27%
Antidepressivos, Hipertensores, Anticoagulantes.					2	5,88%					1	2,17%	2	4,44%			5	1,59%
Antidepressivos, Sedativos		0,00%		0,00%		0,00%	3	6,38%	3	5,56%	1	2,17%		0,00%		0,00%	7	2,23%
Barbitúricos, Ansiolíticos														1	5,00%		1	0,32%
Desconhecido	38	100,00%	28	93,33%	30	88,24%	37	78,72%	43	79,63%	36	78,26%	32	71,11%	15	75,00%	259	82,48%
Drogas de Abuso							4	8,51%	3	5,56%	1	2,17%			1	5,00%	9	2,87%
Drogas de Abuso, Analgésicos, Sedativos		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	2	3,70%		0,00%	2	4,44%		0,00%	4	1,27%
Sedativos, Ansiolíticos							1	2,13%					1	2,22%			2	0,64%
TOTAL	38	100,00%	30	100,00%	34	100,00%	47	100,00%	54	100,00%	46	100,00%	45	100,00%	20	100,00%	314	100,00%

Pela Tabela 116 concluímos que, das 314 vítimas, 93,9% é Desconhecido, a contrastar com 5,4% para Internamento em Psiquiatria e 0,6% Internamento em Estabelecimento Prisional.

Tabela - 116 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Internamento/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Desconhecido	36	94,74%	29	96,67%	31	91,18%	44	93,62%	49	90,74%	43	93,48%	43	95,56%	20	100,00%	295	93,95%
Internamento em estabelecimento prisional			1	3,33%					1	1,85%							2	0,64%
Internamento em psiquiatria	2	5,26%		0,00%	3	8,82%	3	6,38%	4	7,41%	3	6,52%	2	4,44%		0,00%	17	5,41%
TOTAL	38	100,00%	30	100,00%	34	100,00%	47	100,00%	54	100,00%	46	100,00%	45	100,00%	20	100,00%	314	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Pela Tabela 117 verificamos que 92,3% são para Desconhecido, 7,3% para Consultas de Psiquiatria e 0,3% para consultas C.A.T.

Tabela - 117 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Seguido em Consultas/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Consultas CAT		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,22%		0,00%	1	0,32%
Consultas de psiquiatria	1	2,63%			1	2,94%	6	12,77%	2	3,70%	6	13,04%	3	6,67%	4	20,00%	23	7,32%
Desconhecido	37	97,37%	30	100,00%	33	97,06%	41	87,23%	52	96,30%	40	86,96%	41	91,11%	16	80,00%	290	92,36%
TOTAL	38	100,00%	30	100,00%	34	100,00%	47	100,00%	54	100,00%	46	100,00%	45	100,00%	20	100,00%	314	100,00%

Pela Tabela 118 concluímos que 95,2% são Ausentes para as tatuagens nas vítimas do estudo, que contrasta para valores de 0,3% onde existe pelo menos 1 vítima com tatuagens.

Tabela - 118 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Tatuagens/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Ausentes	37	97,37%	29	96,67%	34	100,00%	43	91,49%	50	92,59%	44	95,65%	43	95,56%	19	95,00%	299	95,22%
Braço direito							1	2,13%									1	0,32%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Braço direito e esquerdo		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,13%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Braço esquerdo e direito ambas na face externa									2	3,70%							2	0,64%
Face externa braço direito	1	2,63%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Face externa do antebraço direito							1	2,13%									1	0,32%
Face externa do terço inferior do braço esquerdo		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,13%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Face externa do terço médio do braço esquerdo e braço direito													1	5,00%			1	0,32%
Face externa no terço distal do braço esquerdo		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,22%		0,00%	1	0,32%
Face lateral braço esquerdo									1	1,85%							1	0,32%
Fossa ilíaca direita e face externa da perna esquerda		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	1,85%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Ombro direito e perna esquerda											1	2,17%					1	0,32%
Ombro esquerdo		0,00%	1	3,33%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Região deltóide esquerda e direita, punho, coxa e perna direita											1	2,17%					1	0,32%
Zona inter-escapular		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,22%		0,00%	1	0,32%
TOTAL	38	100,00%	30	100,00%	34	100,00%	47	100,00%	54	100,00%	46	100,00%	45	100,00%	20	100,00%	314	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Verifica-se pela Tabela 119 a existência de Feridas de Ensaio descritas pelos Clínicos, sendo que, do global do estudo ao longo dos anos civis, encontrou-se, pelo menos, 1 vítima, que apresentava Feridas de Ensaio nos anos civis de 2002,2004,2005,2006,2007,2008.Em 2001 e 2003 não houve registo de nenhuma vítima.

Tabela - 119 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – N.º de Suicídios /Feridas de Ensaio/Ano

SUICÍDIOS	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Amputação da 2,3 falange do 5º dedo da mão direita		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	1,85%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Ausentes	38	100,00%	29	96,67%	34	100,00%	46	97,87%	50	92,59%	44	95,65%	41	91,11%	17	85,00%	299	95,22%
Cicatrizes lineares, transversais e paralelas entre si, na face anterior do punho esquerdo sugestivas de auto flagelação		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,22%		0,00%	1	0,32%
Cicatrizes no punho e terço-médio do antebraço esquerdo			1	3,33%													1	0,32%
Escoriações lineares e paralelas entre si e perpendiculares na face mediana do braço esquerdo com 15cm e a menor com 2cm;na face anterior da perna esquerda com 9cmx1,5cm		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	1,85%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,32%
Ferida contusa no cotovelo, escoriações lineares e transversais na face posterior do antebraço esquerdo a maior com 6cm e a menor com 3,5cm de comprimento							1	2,13%									1	0,32%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Ferida incisa na face anterior do punho esquerdo com 5cm, ferida contusa na flexura 5x5 da mão esquerda, ferida incisa na face anterior do punho direito com 5cm, feridas de ensaio	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1	2,17%	0,00%	0,00%	1	0,32%	
Ferida incisa no punho esquerdo face anterior 6x1cm com secção de tecidos musculares vasos e tendões, ferida incisa na face posterior do punho esquerdo 2x0,2cm sem secção muscular 3 feridas incisas superficiais, lineares na face anterior do punho direito									1	2,22%	1	0,32%	
Feridas cortantes na parte média do pescoço com bordos afastados com 14x3cm, sem cauda: para baixo desta distava cerca de 3mmna parte mediana, ferida cortante superficial paralela com 4cmda direita para a esquerda ligeiramente descendente	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1	1,85%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1	0,32%	
Feridas cortantes, superficiais na face interna de ambos os punhos com 4cmx0,5cm					1	1,85%					1	0,32%	
Feridas incisas na face anterior do punho direito com 4x 0,1 cm paralelas entre si e compatíveis com lesão auto infligida	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1	5,00%	1	0,32%
Feridas incisas na face medial e anterior da extremidade distal da perna direita 5x0,5 e 2x0,2; feridas inciso-contusas na face medial da extremidade distal da perna esquerda com 4x0,5, vestígios de escoriações lineares acima da ferida atrás descritas, paralelas a esta entre si a maior com 2,5x0,2 vestígios de lesões auto infligidas									1	2,22%	1	0,32%	

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Picadas no braço direito junto ao cotovelo		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	5,00%	1	0,32%
Sinais de picadas na flexura e cotovelos													1	2,22%	1	5,00%	2	0,64%
Varias cicatrizes nacaradas, não recentes lineares, perpendiculares entre si ambas as faces do antebraço esquerdo e na face posterior do antebraço direito sugestivas de lesão auto-infligidas		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	2,17%		0,00%	1	0,32%
TOTAL	38	100%	30	100%	34	100%	47	100%	54	100%	46	100%	45	100%	20	100%	314	100%

Pela Tabela 120 concluímos que, com (Atraso mental, Alteração do Comportamento) a causa de suicídio com 57,1% é o Afogamento e 42,9% é o Enforcamento. Para a Depressão a causa em 46,4% é o Enforcamento, 16,1% é o Afogamento, 10,7% é a Intoxicação por Pesticidas, 8,9% é a Arma de Fogo e Intoxicação por Medicamentos. Concluímos ainda que para Desconhecida 16,2% a causa é Arma de Fogo, 2,1% para Trucidado, 1,7% Precipitação e com 0, 4%: Feridas de Ensaio, Ferida Complexa da face anterior do pescoço com laceração da traqueia. Verificamos ainda que a Esquizofrenia e Ideação Suicida aparecem com valores iguais, Enforcamento 37,5% e Precipitação 12,5%.

Tabela - 120 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – Causa/Doença Psiquiátrica

DOENÇA PSIQUIÁTRICA	CAUSA	TOTAL 2001-2008	% Causa/Doença Psiquiátrica
Atraso mental, alteração do comportamento	Afogamento	4	57,1%
	Enforcamento	3	42,9%
Atraso mental, alteração do comportamento Total		7	
Depressão	Afogamento	9	16,1%
	Arma Branca	1	1,8%
	Arma de Fogo	5	8,9%
	Enforcamento	26	46,4%
	Enforcamento e drogas de abuso	1	1,8%
	Intoxicação por medicamentos	5	8,9%
	Intoxicação por monóxido de carbono	1	1,8%
	Intoxicação por pesticidas	6	10,7%
	Precipitação	2	3,6%
Depressão Total		56	
Desconhecida	Afogamento	14	6,0%
	Arma de Fogo	38	16,2%
	Enforcamento	108	46,0%
	Ferida complexa da face anterior do pescoço com laceração da traqueia	1	0,4%
	Ingestão de produto cáustico	1	0,4%
	Intoxicação por ácido clorídrico	1	0,4%
	Intoxicação por álcool e opiáceos	1	0,4%
	Intoxicação por medicamentos	8	3,4%
	Intoxicação por monóxido de carbono	3	1,3%
	Intoxicação por pesticidas	30	12,8%
	Overdose	20	8,5%
	Precipitação	4	1,7%
	Suicídio por feridas de ensaio	1	0,4%
	Trucidado	5	2,1%
Desconhecida Total		235	

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Esquizofrenia	Afogamento	3	37,5%
	Enforcamento	3	37,5%
	Intoxicação por pesticidas	1	12,5%
	Precipitação	1	12,5%
Esquizofrenia Total		8	
Ideação suicida	Arma de Fogo	1	12,5%
	Enforcamento	3	37,5%
	Intoxicação por medicamentos	1	12,5%
	Intoxicação por pesticidas	2	25,0%
	Precipitação	1	12,5%
Ideação suicida Total		8	
TOTAL		314	

Pela observação da Tabela 121 concluímos que, com 100%, surge Intoxicação por Pesticidas, Enforcamento, Arma de Fogo, Precipitação Intoxicação por Ácido Clorídrico, Arma Branca, Feridas de ensaio, Intoxicação por Medicamentos, Overdose e têm todas descrições de feridas de ensaio.

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Tabela - 121 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – Causa/Feridas de Ensaio

FERIDAS DE ENSAIO	CAUSA	TOTAL 2001-2008	% Causa/ Feridas Ensaio
Amputação da 2,3 falange do 5º dedo da mão direita	Overdose	1	100,0%
Ausentes	Afogamento	30	10,0%
	Arma de Fogo	43	14,4%
	Enforcamento	140	46,8%
	Enforcamento e drogas de abuso	1	0,3%
	Ferida complexa da face anterior do pescoço com laceração da traqueia	1	0,3%
	Ingestão de produto cáustico	1	0,3%
	Intoxicação por álcool e opiáceos	1	0,3%
	Intoxicação por medicamentos	12	4,0%
	Intoxicação por monóxido de carbono	4	1,3%
	Intoxicação por pesticidas	38	12,7%
	Overdose	16	5,4%
	Percipitação	7	2,3%
	Trucidado	5	1,7%
Cicatrizes lineares, transversais e paralelas entre si, na face anterior do punho esquerdo sugestivas de auto flagelação	Intoxicação por pesticidas	1	100,0%
Cicatrizes no punho e terço-médio do antebraço esquerdo	Enforcamento	1	100,0%
Escoriações lineares e paralelas entre si e perpendiculares na face mediana do braço esquerdo com 15cm e a menor com 2cm;na face anterior da perna esquerda com 9cmx1,5cm	Enforcamento	1	100,0%
Ferida contusa no cotovelo, escoriações lineares e transversais na face posterior do antebraço esquerdo a maior com 6cm e a menor com 3,5cm de comprimento	Arma de Fogo	1	100,0%
Ferida incisa na face anterior do punho esquerdo com 5cm,ferida contusa na flexura 5x5 da mão esquerda, ferida incisa na face anterior do punho direito com 5cm,feridas de ensaio	Percipitação	1	100,0%
Ferida incisa no punho esquerdo face anterior 6x1cm com secção de tecidos musculares vasos e tendões, ferida incisa na face posterior do punho esquerdo 2x0,2cm sem secção muscular 3 feridas incisas superficiais, lineares na face anterior do punho direito	Intoxicação por ácido clorídrico	1	100,0%
Feridas cortantes na parte média do pescoço com bordos afastados com 14x3cm , sem cauda: para baixo desta distava cerca de 3mmna parte mediana, ferida cortante superficial paralela com 4cmda direita para a esquerda ligeiramente descendente	Arma Branca	1	100,0%
Feridas cortantes, superficiais na face interna de ambos os punhos com 4cmx0,5cm	Suicídio por feridas de ensaio	1	100,0%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO II- RESULTADOS

Feridas incisivas na face anterior do punho direito com 4x 0,1 cm paralelas entre si e compatíveis com lesão auto infligida	Intoxicação por medicamentos	1	100,0%
Feridas incisivas na face medial e anterior da extremidade distal da perna direita 5x0,5 e 2x0,2; feridas inciso-contusas na face medial da extremidade distal da perna esquerda com 4x0,5, vestígios de escoriações lineares acima da ferida atrás descritas, paralelas a esta entre si a maior com 2,5x0,2 vestígios de lesões auto infligidas	Enforcamento	1	100,0%
Picadas no braço direito junto ao cotovelo	Overdose	1	100,0%
Sinais de picadas na flexura e cotovelos	Overdose	2	100,0%
Varias cicatrizes nacaradas, não recentes lineares, perpendiculares entre si ambas as faces do antebraço esquerdo e na face posterior do antebraço direito sugestivas de lesão auto-infligidas	Intoxicação por medicamentos	1	100,0%
TOTAL		314	

Pela observação da Tabela 122 concluímos que, na relação antecedentes/ grupo etário, aparece com 2,3% o Trauma de Guerra e o Síndrome Vertiginoso no [50-59], com 1,6% a Esclerose Lateral Amiotrófica e o Diabético no [60-69], com 1,8% aparece a Doença de Parkinson no [70-79]. Concluímos ainda que no [20-29] surgem com 14,8% Toxicodependente, 3,7% (Toxicodependente, Seropositivo) e (Toxicodependente, Alcoólico).

Tabela - 122 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – Antecedentes/Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO	ANTECEDENTES	TOTAL 2001-2008	% Antecedentes/Grupo Etário
[10-19]	Desconhecido	1	100,0%
[10-19] Total		1	
[20-29]	Anomalia psíquica	1	3,7%
	Depressão	2	7,4%
	Desconhecido	13	48,1%
	Esquizofrenia	1	3,7%
	Sem antecedentes	4	14,8%
	Toxicodependente	4	14,8%
	Toxicodependente + Seropositivo	1	3,7%
	Toxicodependente, alcoólico	1	3,7%
[20-29] Total		27	
[30-39]	Alcoólico	1	2,3%
	Anomalia psíquica	1	2,3%
	Depressão	8	18,2%
	Depressão, toxicodependente	1	2,3%
	Desconhecido	12	27,3%
	Doença cardíaca	1	2,3%
	Doença oncológica	1	2,3%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	2	4,5%
	Epilepsia	1	2,3%
	Esquizofrenia	1	2,3%
	Sem antecedentes	5	11,4%
	Toxicodependente	10	22,7%
[30-39] Total		44	
[40-49]	Alcoólico	1	2,0%
	Anomalia psíquica	1	2,0%
	Depressão	8	15,7%
	Desconhecido	21	41,2%
	Doença oncológica	2	3,9%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	2,0%
	Esquizofrenia	4	7,8%
	Ideação suicida	1	2,0%
	Sem antecedentes	7	13,7%
	Toxicodependente	5	9,8%
[40-49] Total		51	

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO III- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

[50-59]	Alcoólico	1	2,3%
	Anomalia psíquica	1	2,3%
	Depressão	10	23,3%
	Desconhecido	17	39,5%
	Diabético	1	2,3%
	Doença cardíaca	1	2,3%
	Doença oncológica	1	2,3%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	2,3%
	Esquizofrenia	1	2,3%
	Ideação suicida	1	2,3%
	Sem antecedentes	5	11,6%
	Síndrome vertiginosa	1	2,3%
	Toxicodependente	1	2,3%
	Trauma de Guerra	1	2,3%
[50-59] Total		43	
[60-69]	Alcoólico	3	4,8%
	Anomalia psíquica	2	3,2%
	Depressão	12	19,0%
	Desconhecido	18	28,6%
	Diabético	1	1,6%
	Doença cardíaca	1	1,6%
	Doença oncológica	4	6,3%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	6	9,5%
	Esclerose lateral amiotrófica	1	1,6%
	Esquizofrenia	1	1,6%
	Ideação suicida	3	4,8%
	Sem antecedentes	11	17,5%
	[60-69] Total		63
[70-79]	Anomalia psíquica	2	3,6%
	Depressão	4	7,1%
	Desconhecido	28	50,0%
	Diabético	1	1,8%
	Doença cardíaca	1	1,8%
	Doença oncológica	2	3,6%
	Doença Parkinson	1	1,8%
	Ideação suicida	4	7,1%
	Sem antecedentes	13	23,2%
[70-79] Total		56	
[80-89]	Depressão	1	3,6%
	Desconhecido	15	53,6%
	Diabético	1	3,6%
	Doença cardíaca	3	10,7%
	Doença oncológica	1	3,6%
	Doença pulmonar	1	3,6%
	Ideação suicida	1	3,6%
	Sem antecedentes	5	17,9%
[80-89] Total		28	
[90-99]	Sem antecedentes	1	100,0%
[90-99] Total		1	
TOTAL		314	

Pela observação da Tabela 123 concluímos que a Intoxicação por Pesticidas cresce ao mesmo tempo que cresce o grupo etário. Assim [30-39] com 9,1%, 11,8% no [40-49], com 11,6%], com 14,3% no [60-69], com 17,9% no [70-79], com 17,9% no [70-79]. Verificamos ainda que o método utilizado Precipitação decresce em função do crescimento do escalão etário; [20-29] com 7,4%, [30-39] com 4,5%, [40-49] com 3,9%, [50-59] com 2,3%, [60-69] com 1,6%. Aferimos ainda que o Enforcamento tem sempre valores elevados mas que, a partir do grupo etário [50-59], cresce atingindo os 100% no [90-99].

Tabela - 123 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – Causa/Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO	CAUSA	TOTAL 2001-2008	% Causa/ Grupo Etário
[10-19]	Arma de Fogo	1	100,0%
[10-19] Total		1	
[20-29]	Afogamento	1	3,7%
	Arma de Fogo	6	22,2%
	Enforcamento	11	40,7%
	Intoxicação por medicamentos	1	3,7%
	Overdose	6	22,2%
	Precipitação	2	7,4%
[20-29] Total		27	
[30-39]	Afogamento	3	6,8%
	Arma de Fogo	4	9,1%
	Enforcamento	16	36,4%
	Intoxicação por álcool e opiáceos	1	2,3%
	Intoxicação por medicamentos	3	6,8%
	Intoxicação por monóxido de carbono	2	4,5%
	Intoxicação por pesticidas	4	9,1%
	Overdose	8	18,2%
	Precipitação	2	4,5%
	Trucidado	1	2,3%
[30-39] Total		44	
[40-49]	Afogamento	3	5,9%
	Arma de Fogo	7	13,7%
	Enforcamento	25	49,0%
	Enforcamento e drogas de abuso	1	2,0%
	Intoxicação por medicamentos	1	2,0%
	Intoxicação por pesticidas	6	11,8%
	Overdose	4	7,8%
	Precipitação	2	3,9%
	Trucidado	2	3,9%
[40-49] Total		51	
[50-59]	Afogamento	6	14,0%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO III- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

	Arma Branca	1	2,3%
	Arma de Fogo	7	16,3%
	Enforcamento	15	34,9%
	Ingestão de produto cáustico	1	2,3%
	Intoxicação por medicamentos	4	9,3%
	Intoxicação por monóxido de carbono	1	2,3%
	Intoxicação por pesticidas	5	11,6%
	Overdose	2	4,7%
	Precipitação	1	2,3%
[50-59] Total		43	
[60-69]	Afogamento	10	15,9%
	Arma de Fogo	9	14,3%
	Enforcamento	31	49,2%
	Intoxicação por medicamentos	2	3,2%
	Intoxicação por pesticidas	9	14,3%
	Precipitação	1	1,6%
	Trucidado	1	1,6%
[60-69] Total		63	
[70-79]	Afogamento	4	7,1%
	Arma de Fogo	7	12,5%
	Enforcamento	29	51,8%
	Intoxicação por ácido clorídrico	1	1,8%
	Intoxicação por medicamentos	3	5,4%
	Intoxicação por pesticidas	10	17,9%
	Suicídio por feridas de ensaio	1	1,8%
	Trucidado	1	1,8%
[70-79] Total		56	
[80-89]	Afogamento	3	10,7%
	Arma de Fogo	3	10,7%
	Enforcamento	15	53,6%
	Ferida complexa da face anterior do pescoço com	1	3,6%
	Intoxicação por monóxido de carbono	1	3,6%
	Intoxicação por pesticidas	5	17,9%
[80-89] Total		28	
[90-99]	Enforcamento	1	100,0%
[90-99] Total		1	
TOTAL		314	

Pela observação da Tabela 124 verifica-se que as Feridas de Ensaio decrescem conforme vai aumentando o grupo etário [20-29] com 3,7%, no [30-39] com 2,3%, no [60-60] com 1,6%.

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO III- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tabela - 124 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – Feridas de Ensaio/Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO	FERIDAS DE ENSAIO	TOTAL 2001-2008	% Feridas Ensaio/Grupo Etário
[10-19]	Ausentes	1	100,0%
[10-19] Total		1	
[20-29]	Ausentes	24	88,9%
	Escoriações lineares e paralelas entre si e perpendiculares na face mediana do braço esquerdo com 15cm e a menor com 2cm;na face anterior da perna esquerda com 9cmx1,5cm	1	3,7%
	Ferida incisa na face anterior do punho esquerdo com 5cm,ferida contusa na flexura 5x5 da mão esquerda, ferida incisa na face anterior do punho direito com 5cm,feridas de ensaio	1	3,7%
	Picadas no braço direito junto ao cotovelo	1	3,7%
[20-29] Total		27	
[30-39]	Ausentes	41	93,2%
	Cicatrizes no punho e terço-médio do antebraço esquerdo	1	2,3%
	Sinais de picadas na flexura e cotovelos	1	2,3%
	Várias cicatrizes nacaradas, não recentes lineares, perpendiculares entre si ambas as faces do antebraço esquerdo e na face posterior do antebraço direito sugestivas de lesão auto-infligidas	1	2,3%
[30-39] Total		44	
[40-49]	Amputação da 2,3 falange do 5º dedo da mão direita	1	2,0%
	Ausentes	48	94,1%
	Ferida contusa no cotovelo, escoriações lineares e transversais na face posterior do antebraço esquerdo a maior com 6cm e a menor com 3,5cm de comprimento	1	2,0%
	Sinais de picadas na flexura e cotovelos	1	2,0%
[40-49] Total		51	
[50-59]	Ausentes	40	93,0%
	Cicatrizes lineares, transversais e paralelas entre si, na face anterior do punho esquerdo sugestivas de auto flagelação	1	2,3%
	Feridas cortantes na parte média do pescoço com bordos afastados com 14x3cm, sem cauda: para baixo desta distava cerca de 3mmna parte mediana, ferida cortante superficial paralela com 4cmda direita para a esquerda ligeiramente descendente	1	2,3%
	Feridas incisas na face anterior do punho direito com 4x 0,1 cm paralelas entre si e compatíveis com lesão auto infligida	1	2,3%
[50-59] Total		43	
[60-69]	Ausentes	62	98,4%
	Feridas incisas na face medial e anterior da extremidade distal da perna direita 5x0,5 e 2x0,2; feridas inciso-contusas na face medial da extremidade distal da perna esquerda com 4x0,5, vestígios de escoriações lineares acima da ferida atrás descritas, paralelas a esta entre si a maior com2,5x0,2 vestígios de lesões auto infligidas	1	1,6%
[60-69] Total		63	
[70-79]	Ausentes	54	96,4%
	Ferida incisa no punho esquerdo face anterior 6x1cm com secção de tecidos musculares vasos e tendões, ferida incisa na face posterior do punho esquerdo 2x0,2cm sem secção muscular 3 feridas incisas superficiais, lineares na face anterior do punho direito	1	1,8%
	Feridas cortantes, superficiais na face interna de ambos os punhos com 4cmx0,5cm	1	1,8%
[70-79] Total		56	
[80-89]	Ausentes	28	100,0%
[80-89] Total		28	
[90-99]	Ausentes	1	100,0%
[90-99] Total		1	
TOTAL		314	

Pela observação da Tabela 125 concluímos que as Tatuagens decrescem, ao contrário do grupo etário que vai crescendo. Assim, no [20-29] surgem com 3,7%, no [30-39] surgem com 2,3%, no [60-69] surgem com 1,6%.

Tabela - 125 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – Tatuagens/Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO	TATUAGENS	TOTAL 2001-2008	% Tatuagens / Grupo Etário
[10-19]	Ausentes	1	100,0%
[10-19] Total		1	
[20-29]	Ausentes	23	85,2%
	Face externa braço direito	1	3,7%
	Face externa do antebraço direito	1	3,7%
	Face externa no terço distal do braço esquerdo	1	3,7%
	Ombro direito e perna esquerda	1	3,7%
[20-29] Total		27	
[30-39]	Ausentes	36	81,8%
	Braço direito	1	2,3%
	Braço direito e esquerdo	1	2,3%
	Braço esquerdo e direito ambas na face externa	1	2,3%
	Face lateral braço esquerdo	1	2,3%
	Fossa ilíaca direita e face externa da perna esquerda	1	2,3%
	Ombro esquerdo	1	2,3%
	Região deltóide esquerda e direita, punho, coxa e perna direita	1	2,3%
	Zona inter-escapular	1	2,3%
[30-39] Total		44	
[40-49]	Ausentes	50	98,0%
	Face externa do terço médio do braço esquerdo e braço direito	1	2,0%
[40-49] Total		51	
[50-59]	Ausentes	42	97,7%
	Face externa do terço inferior do braço esquerdo	1	2,3%
[50-59] Total		43	
[60-69]	Ausentes	62	98,4%
	Braço esquerdo e direito ambas na face externa	1	1,6%
[60-69] Total		63	
[70-79]	Ausentes	56	100,0%
[70-79] Total		56	
[80-89]	Ausentes	28	100,0%
[80-89] Total		28	
[90-99]	Ausentes	1	100,0%
[90-99] Total		1	
TOTAL		314	

Pela Tabela 126 concluímos que no género masculino, o Afogamento é de 6,2% e que o Enforcamento é de 47,5%, sendo que no género feminino sucede ao contrário; Afogamento com 20,8% e o Enforcamento sucede com 38,9%. Verificamos que a overdose só surge no género masculino 8,3% e que a conjugação de dois métodos de suicídio também só surge no género masculino; enforcamento e Drogas de Abuso com 0,4% e Intoxicação por Álcool e Opiáceos com 0,4%.

Tabela - 126 - Gabinete Médico-Legal de Leiria – Causa/Sexo

SEXO	CAUSA	TOTAL 2001-2008	% Causa/Sexo
Homem	Afogamento	15	6,2%
	Arma de Fogo	42	17,4%
	Enforcamento	115	47,5%
	Enforcamento e drogas de abuso	1	0,4%
	Ferida complexa da face anterior do pescoço com laceração da traqueia	1	0,4%
	Ingestão de produto cáustico	1	0,4%
	Intoxicação por ácido clorídrico	1	0,4%
	Intoxicação por álcool e opiáceos	1	0,4%
	Intoxicação por medicamentos	7	2,9%
	Intoxicação por monóxido de carbono	4	1,7%
	Intoxicação por pesticidas	25	10,3%
	Overdose	20	8,3%
	Precipitação	4	1,7%
	Suicídio por feridas de ensaio	1	0,4%
	Trucidado	4	1,7%
Homem Total		242	
Mulher	Afogamento	15	20,8%
	Arma Branca	1	1,4%
	Arma de Fogo	2	2,8%
	Enforcamento	28	38,9%
	Intoxicação por medicamentos	7	9,7%
	Intoxicação por pesticidas	14	19,4%
	Precipitação	4	5,6%
	Trucidado	1	1,4%
Mulher Total		72	
TOTAL		314	

2.4 - CARACTERIZAÇÃO DO GABINETE MÉDICO-LEGAL DE TOMAR

Podemos afirmar que houve uma subida do número de suicídios de 2004 com 19,5% para 2005 com 22,7% e que em 2006 se mantém, decrescendo em 2007 para 18,7% e em 2008 para 16,2% 8 (Tabela 127)

Tabela - 127 - - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios / Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
TOTAL	24	19,51%	28	22,76%	28	22,76%	23	18,70%	20	16,26%	123	100,00%

Podemos aferir que, das 123 vítimas do estudo, 73,9% são do género masculino e 26% são do género feminino (Tabela 128).

Tabela - 128 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Sexo/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Masculino	18	75,00%	20	71,43%	22	78,57%	13	56,52%	18	90,00%	91	73,98%
Feminino	6	25,00%	8	28,57%	6	21,43%	10	43,48%	2	10,00%	32	26,02%
TOTAL	24	100,00%	28	100,00%	28	100,00%	23	100,00%	20	100,00%	123	100,00%

Pela observação da Tabela 129 concluímos que a percentagem de suicídio atinge os seus valores mais baixos no grupos etários de [10-19] com 2,4% e [90-99] com 1,6%. Verificamos que o número de suicídios cresce desde o grupo etário, [20-29] com 8,1%, [30-39] com 13,1%, [40-49] com 14,6%, [50-59] com 15,4% tendo no grupo etário [60-69] uma descida para 12,2%, mas voltando a subir, consideravelmente [70-79] com 21,1%, decrescendo [80-89] com 11,3% e para 1,6% no [90-99], sendo que a média das idades é de 56anos.

Tabela - 129 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Grupo Etário/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
[10-19]	1	4,17%	1	3,57%			1	4,35%			3	2,44%
[20-29]	2	8,33%	3	10,71%	2	7,14%	3	13,04%		0,00%	10	8,13%
[30-39]	5	20,83%	6	21,43%	2	7,14%	3	13,04%			16	13,01%
[40-49]	3	12,50%	2	7,14%	7	25,00%	3	13,04%	3	15,00%	18	14,63%
[50-59]	1	4,17%	4	14,29%	6	21,43%	3	13,04%	5	25,00%	19	15,45%
[60-69]	2	8,33%	5	17,86%	5	17,86%	1	4,35%	2	10,00%	15	12,20%
[70-79]	5	20,83%	6	21,43%	4	14,29%	5	21,74%	6	30,00%	26	21,14%
[80-89]	4	16,67%	1	3,57%	2	7,14%	3	13,04%	4	20,00%	14	11,38%
[90-99]	1	4,17%					1	4,35%			2	1,63%
TOTAL	24	100,00%	28	100,00%	28	100,00%	23	100,00%	20	100,00%	123	100,00%

Quanto ao estado civil, podemos aferir que a maioria das vítimas, concretamente 56,1% é casada, seguidos de 20,3 % que são solteiros, 16,2 % que são viúvos e 7,3 % que são divorciados (Tabela 130).

Tabela - 130 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Estado Civil/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Casado	14	58,33%	13	46,43%	15	53,57%	15	65,22%	12	60,00%	69	56,10%
Divorciado	1	4,17%	4	14,29%	1	3,57%	2	8,70%	1	5,00%	9	7,32%
Solteiro	5	20,83%	7	25,00%	8	28,57%	4	17,39%	1	5,00%	25	20,33%
Viúvo	4	16,67%	4	14,29%	4	14,29%	2	8,70%	6	30,00%	20	16,26%
TOTAL	24	100,00%	28	100,00%	28	100,00%	23	100,00%	20	100,00%	123	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO III- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pela Tabela 131 concluímos que o Enforcamento é a causa em evidência com 49,5%, seguido de 21,9% do Afogamento, com 12,2% Arma de Fogo, com 11,3% Intoxicação por Pesticidas, com 1,6% Overdose, e com 0,8% Imolação por Fogo, Intoxicação por Medicamentos, Lesão Traumática do membro superior esquerdo, Corte do Sangradouro do braço esquerdo. Verificamos que o Enforcamento tem taxa de suicídio muito elevado ao longo do estudo; em 2004 surge com 58,3%, em 2005 surge com 57,1%, em 2006 surge com 42,8%, em 2007 surge com 52,1%, em 2008 surge com 35%.

Tabela - 131 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Causa/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Afogamento	5	20,83%	2	7,14%	7	25,00%	8	34,78%	5	25,00%	27	21,95%
Arma de Fogo	2	8,33%	5	17,86%	5	17,86%	1	4,35%	2	10,00%	15	12,20%
Corte no sangradouro do braço esquerdo									1	5,00%	1	0,81%
Emulação por fogo		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	5,00%	1	0,81%
Enforcamento	14	58,33%	16	57,14%	12	42,86%	12	52,17%	7	35,00%	61	49,59%
Intoxicação por medicamentos		0,00%		0,00%	1	3,57%		0,00%		0,00%	1	0,81%
Intoxicação por pesticidas	2	8,33%	4	14,29%	3	10,71%	1	4,35%	4	20,00%	14	11,38%
Lesão traumática do membro superior esquerdo	1	4,17%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,81%
Overdose			1	3,57%			1	4,35%			2	1,63%
TOTAL	24	100,00%	28	100,00%	28	100,00%	23	100,00%	20	100,00%	123	100,00%

Quanto à profissão, concluímos que 40,6% é Desconhecido, sendo a situação de Reformado com 16,2%, Doméstica com 7,3%, Operário Fabril com 6,5%, pedreiro com 5,6%, Agricultor e Comerciante com 4%, Motorista com 2,4%, 1,6% com Mecânico e Administrativo e Desempregado. Encontramos com 0,8 % vários: Advogado, Bancário, Empreiteiro, Empresário, Estucador, Estudante, Farmacêutico, Maquinista, Pintor, Policia (Tabela 132).

Tabela - 132 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Profissão/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Administrativo			1	3,57%					1	5,00%	2	1,63%
Advogado		0,00%		0,00%		0,00%	1	4,35%		0,00%	1	0,81%
Agricultor	1	4,17%			2	7,14%	2	8,70%			5	4,07%
Bancário		0,00%		0,00%	1	3,57%		0,00%		0,00%	1	0,81%
Comerciante	2	8,33%			2	7,14%	1	4,35%			5	4,07%
Desconhecido	13	54,17%	10	35,71%	7	25,00%	6	26,09%	14	70,00%	50	40,65%
Desempregado			1	3,57%			1	4,35%			2	1,63%
Domestica		0,00%	4	14,29%	2	7,14%	3	13,04%		0,00%	9	7,32%
Empreiteiro					1	3,57%					1	0,81%
Empresário		0,00%	1	3,57%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,81%
Estucador			1	3,57%							1	0,81%
Estudante		0,00%	1	3,57%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,81%
Farmacêutico							1	4,35%			1	0,81%
Maquinista		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	5,00%	1	0,81%
Mecânico	1	4,17%			1	3,57%					2	1,63%
Motorista		0,00%	2	7,14%		0,00%		0,00%	1	5,00%	3	2,44%
Operário Fabril			3	10,71%	4	14,29%	1	4,35%			8	6,50%
Pedreiro	2	8,33%		0,00%	3	10,71%	1	4,35%	1	5,00%	7	5,69%
Pintor	1	4,17%									1	0,81%
Polícia		0,00%	1	3,57%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,81%
Reformado	4	16,67%	3	10,71%	5	17,86%	6	26,09%	2	10,00%	20	16,26%
TOTAL	24	100,00%	28	100,00%	28	100,00%	23	100,00%	20	100,00%	123	100,00%

Salientamos que a Doença Psiquiátrica nas vítimas do estudo surge com 69,9% em Desconhecido, que contrasta com 22,7% a Depressão, 5,6% Ideação Suicida, 0,8% a Esquizofrenia e a Doença Bipolar (Tabela 133).

Tabela - 133 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Doença Psiquiátrica/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Depressão	3	12,50%	5	17,86%	5	17,86%	8	34,78%	7	35,00%	28	22,76%
Desconhecida	20	83,33%	23	82,14%	16	57,14%	14	60,87%	13	65,00%	86	69,92%
Doença bipolar	1	4,17%									1	0,81%
Esquizofrenia		0,00%		0,00%	1	3,57%		0,00%		0,00%	1	0,81%
Ideação suicida					6	21,43%	1	4,35%			7	5,69%
TOTAL	24	100,00%	28	100,00%	28	100,00%	23	100,00%	20	100,00%	123	100,00%

Pela Tabela 134 podemos concluir que a Depressão é o antecedente com maior expressão 16,2% seguido de Ideação Suicida e Alcoólico com 7,3%, (Doença Psiquiátrica, Outras Tentativas) e Alcoólico, com 4,8%, Toxicodependente com 2,4% a contrastar com 0,8% de Lesões Auto-Infligidas.

Tabela - 134 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Antecedentes/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Alcoólico			3	10,71%	4	14,29%	2	8,70%			9	7,32%
Alcoólico e depressão		0,00%	2	7,14%	1	3,57%	1	4,35%		0,00%	4	3,25%
Depressão	1	4,17%	3	10,71%	3	10,71%	6	26,09%	7	35,00%	20	16,26%
Desconhecido	15	62,50%	19	67,86%	10	35,71%	10	43,48%	9	45,00%	63	51,22%
Doença oncológica	1	4,17%									1	0,81%
Doença psiquiátrica, outras tentativas	2	8,33%		0,00%	1	3,57%	1	4,35%	2	10,00%	6	4,88%
Epilepsia, doença neurodegenerativa	1	4,17%									1	0,81%
Esquizofrenia		0,00%		0,00%	1	3,57%		0,00%		0,00%	1	0,81%
Ideação suicida					5	17,86%	2	8,70%	2	10,00%	9	7,32%
Ideação suicida e crises maníaco-depressivas	1	4,17%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,81%
Insuficiência renal					1	3,57%					1	0,81%
Lesões auto-infligidas antigas		0,00%		0,00%	1	3,57%		0,00%		0,00%	1	0,81%
Sem antecedentes	3	12,50%									3	2,44%
Toxicodependente		0,00%	1	3,57%	1	3,57%	1	4,35%		0,00%	3	2,44%
TOTAL	24	100,00%	28	100,00%	28	100,00%	23	100,00%	20	100,00%	123	100,00%

Quanto à medicação, concluímos que, das 123 vítimas do estudo, 3,2% tomavam Antidepressivos, que 1,6% tomam (Antidepressivos, Sedativos), que 0,8% tomam (Sedativos, Ansiolíticos), Neurolépticos, Drogas de Abuso (Tabela 135).

Tabela - 135 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Medicação/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Antidepressivos	1	4,17%	2	7,14%	1	3,57%					4	3,25%
Antidepressivos, Sedativos		0,00%		0,00%	2	7,14%		0,00%		0,00%	2	1,63%
Desconhecido	23	95,83%	25	89,29%	24	85,71%	22	95,65%	20	100,00%	114	92,68%
Drogas de Abuso		0,00%	1	3,57%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,81%
Neurolépticos							1	4,35%			1	0,81%
Sedativos, Ansiolíticos		0,00%		0,00%	1	3,57%		0,00%		0,00%	1	0,81%
TOTAL	24	100,00%	28	100,00%	28	100,00%	23	100,00%	20	100,00%	123	100,00%

Podemos concluir que das 136 vítimas que integraram o estudo, 96,7% é Desconhecido. Verificamos que 2,4% tiveram Internamento em Psiquiatria e 0,8% no CRAC (Tabela 136).

Tabela - 136 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Internamento/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Desconhecido	23	95,83%	28	100,00%	26	92,86%	23	100,00%	19	95,00%	119	96,75%
Internamento em psiquiatria	1	4,17%		0,00%	1	3,57%		0,00%	1	5,00%	3	2,44%
Internamento no CRAC					1	3,57%					1	0,81%
TOTAL	24	100,00%	28	100,00%	28	100,00%	23	100,00%	20	100,00%	123	100,00%

Aferimos em relação à situação de seguido em consultas que 94,3% é Desconhecido e que 5,6% é seguido Consultas de Psiquiatria (Tabela 137).

Tabela - 137 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Seguido em Consultas/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Desconhecido	23	95,83%	28	100,00%	27	96,43%	22	95,65%	16	80,00%	116	94,31%
Consultas de psiquiatria	1	4,17%		0,00%	1	3,57%	1	4,35%	4	20,00%	7	5,69%
TOTAL	24	100,00%	28	100,00%	28	100,00%	23	100,00%	20	100,00%	123	100,00%

Quanto a tatuagens 99,1% são Ausentes, 0,8% apresenta na Face Anterior do Antebraço (Tabela 138).

Tabela - 138 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Tatuagens/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Ausentes	24	100,00%	28	100,00%	27	96,43%	23	100,00%	20	100,00%	122	99,19%
Face anterior do antebraço		0,00%		0,00%	1	3,57%		0,00%		0,00%	1	0,81%
TOTAL	24	100,00%	28	100,00%	28	100,00%	23	100,00%	20	100,00%	123	100,00%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO III- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pela Tabela 139 concluímos que 97,5% é Ausente para as Feridas de Ensaio, a contrastar com 0,8% que apresentavam Ferida DE Ensaio assim descritas pelos Clínicos na Tabela.

Tabela - 139 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – N.º de Suicídios/Feridas de Ensaio/Ano

SUICÍDIOS	2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Ausentes	23	95,83%	28	100,00%	27	96,43%	23	100,00%	19	95,00%	120	97,56%
Ferida incisa perfurante na flexura do antebraço esquerdo transversal com 6 cm, ferida incisa no hemitorax direito junto a região externa com 4 cm de comprimento e afastamento dos bordos e 2mm de profundidade	1	4,17%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,81%
Feridas incisais horizontais, paralelas entre si sendo duas no sangradouro e uma na face anterior do terço superior do braço direito medindo cada uma 4x0,5 e 3 feridas horizontais paralelas entre si sendo 2 no sangradouro e uma na face anterior do terço superior									1	5,00%	1	0,81%
Sinais de picadas nas flexuras		0,00%		0,00%	1	3,57%		0,00%		0,00%	1	0,81%
TOTAL	24	100,00%	28	100,00%	28	100,00%	23	100,00%	20	100,00%	123	100,00%

Pela Tabela 140 observamos nos antecedentes que o Bancário surge com Lesões Auto infligidas antigas com 100%. Verificamos que Doméstico surge com 22%, no Alcoólico, com 11%, na Depressão, com 11% na Ideação Suicida e 11% na Insuficiência Renal. Acresce-nos dizer que na situação de Reformado surge com 5%, referente a Alcoólico e (Alcoólico e Depressão), com 5% Depressão com 20%, (Doença Psiquiátrica /Outras Tentativas), com 5%, Esquizofrenia com 5%, Ideação Suicida com 5%.

Tabela - 140 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – Antecedentes/Profissão

PROFISSÃO	ANTECEDENTES	TOTAL 2004-2008	% Profissão/Antecedentes
Administrativo	Desconhecido	2	100%
Administrativo Total		2	
Advogado	Desconhecido	1	100%
Advogado Total		1	
Agricultor	Alcoólico	1	20%
	Depressão	1	20%
	Desconhecido	2	40%
	Ideação suicida	1	20%
Agricultor Total		5	
Bancário	Lesões auto-infligidas antigas	1	100%
Bancário Total		1	
Comerciante	Alcoólico	1	20%
	Desconhecido	1	20%
	Ideação suicida	1	20%
	Sem antecedentes	1	20%
	Toxicodependente	1	20%
Comerciante Total		5	
Desconhecido	Alcoólico	3	6%
	Alcoólico e depressão	2	4%
	Depressão	8	16%
	Desconhecido	24	48%
	Doença neoplásica	1	2%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	4	8%
	Epilepsia, doença neurodegenerativa	1	2%
	Ideação suicida	2	4%
	Ideação suicida e crises maníaco-depressivas	1	2%
	Sem antecedentes	2	4%
	Toxicodependente	2	4%
Desconhecido Total		50	
Desempregado	Desconhecido	2	100%
Desempregado Total		2	
Doméstica	Alcoólico	2	22%
	Depressão	1	11%
	Desconhecido	4	44%
	Ideação suicida	1	11%
	Insuficiência renal	1	11%
Doméstica Total		9	
Empreiteiro	Desconhecido	1	100%

PARTE III - METODOLOGIA

CAPÍTULO III- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Empreiteiro Total		1	
Empresário	Depressão	1	100%
Empresário Total		1	
Estocador	Desconhecido	1	100%
Estocador Total		1	
Estudante	Desconhecido	1	100%
Estudante Total		1	
Farmacêutico	Depressão	1	100%
Farmacêutico Total		1	
Maquinista	Desconhecido	1	100%
Maquinista Total		1	
Mecânico	Depressão	1	50%
	Desconhecido	1	50%
Mecânico Total		2	
Motorista	Depressão	1	33%
	Desconhecido	2	67%
Motorista Total		3	
Operário Fabril	Alcoólico	1	13%
	Alcoólico e depressão	1	13%
	Depressão	1	13%
	Desconhecido	3	38%
	Ideação suicida	2	25%
Operário Fabril Total		8	
Pedreiro	Depressão	1	14%
	Desconhecido	4	57%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	14%
	Ideação suicida	1	14%
Pedreiro Total		7	
Pintor	Desconhecido	1	100%
Pintor Total		1	
Polícia	Desconhecido	1	100%
Polícia Total		1	
Reformado	Alcoólico	1	5%
	Alcoólico e depressão	1	5%
	Depressão	4	20%
	Desconhecido	11	55%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	1	5%
	Esquizofrenia	1	5%
	Ideação suicida	1	5%
Reformado Total		20	
TOTAL		123	

Observando os dados da Tabela 141 concluímos que a Intoxicação por Pesticidas aparece no alcoólico e (alcoólico e Depressão) com 7%, na Depressão com 21%; que no Enforcamento o Alcoólico aparece com 7% e a Depressão com 11% e (Alcoólico e Depressão) com 3%; na Arma de Fogo, o Alcoólico surge com 7%, o (Alcoólico e Depressão) com 7% a Depressão com 33% e as Lesões Auto Infligidas antigas com 7%.

Tabela - 141 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – Antecedentes/Causa

CAUSA	ANTECEDENTES	TOTAL 2004-2008	% Antecedentes/Causa
Afogamento	Alcoólico	3	11%
	Depressão	5	19%
	Desconhecido	11	41%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	2	7%
	Epilepsia, doença neurodegenerativa	1	4%
	Esquizofrenia	1	4%
	Ideação suicida	3	11%
	Insuficiência renal	1	4%
Afogamento Total		27	
Arma de Fogo	Alcoólico	1	7%
	Alcoólico e depressão	1	7%
	Depressão	5	33%
	Desconhecido	7	47%
	Lesões auto-infligidas antigas	1	7%
Arma de Fogo Total		15	
Corte no sangradouro do braço esquerdo	Desconhecido	1	100%
Corte no sangradouro do braço esquerdo Total		1	
Emulação por fogo	Desconhecido	1	100%
Emulação por fogo Total		1	
Enforcamento	Alcoólico	4	7%
	Alcoólico e depressão	2	3%
	Depressão	7	11%
	Desconhecido	33	54%
	Doença neoplásica	1	2%
	Doença psiquiátrica, outras tentativas	4	7%
	Ideação suicida	6	10%
	Ideação suicida e crises maníaco-depressivas	1	2%
Sem antecedentes	3	5%	
Enforcamento Total		61	
Intoxicação por medicamentos	Toxicodependente	1	100%
Intoxicação por medicamentos Total		1	
Intoxicação por pesticidas	Alcoólico	1	7%
	Alcoólico e depressão	1	7%
	Depressão	3	21%
	Desconhecido	9	64%
Intoxicação por pesticidas Total		14	
Lesão traumática do membro superior esquerdo	Desconhecido	1	100%
Lesão traumática do membro superior esquerdo Total		1	
Overdose	Toxicodependente	2	100%
Overdose Total		2	
TOTAL		123	

Podemos concluir na Tabela 142 que a Depressão está associada ao Afogamento em 29%,no Enforcamento em 39%, na Arma de Fogo 21%,na Intoxicação por Pesticidas em 11%.Verificamos que a Doença Bipolar está associada ao Enforcamento em 100%, a Esquizofrenia está associada ao Afogamento em 100%, a Ideação Suicida está associada ao Afogamento em 14%, à Arma de Fogo em 14%, ao Enforcamento em 71%.

Tabela - 142 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – Causa/Doença Psiquiátrica

DOENÇA PSIQUIATRICA	CAUSA	TOTAL 2004-2008	% Causa/Doença Psiquiátrica
Depressão	Afogamento	8	29%
	Arma de Fogo	6	21%
	Enforcamento	11	39%
	Intoxicação por pesticidas	3	11%
Depressão Total		28	
Desconhecida	Afogamento	17	20%
	Arma de Fogo	8	9%
	Corte no sangradouro do braço esquerdo	1	1%
	Emulação por fogo	1	1%
	Enforcamento	44	51%
	Intoxicação por medicamentos	1	1%
	Intoxicação por pesticidas	11	13%
	Lesão traumática do membro superior esquerdo	1	1%
	Overdose	2	2%
Desconhecida Total		86	
Doença bipolar	Enforcamento	1	100%
Doença bipolar Total		1	
Esquizofrenia	Afogamento	1	100%
Esquizofrenia Total		1	
Ideação suicida	Afogamento	1	14%
	Arma de Fogo	1	14%
	Enforcamento	5	71%
Ideação suicida Total		7	
TOTAL		123	

Observamos pela Tabela 143 que o Afogamento está presente em todos os grupos etários com excepção para o [90-99], mas o Enforcamento está, assim, presente em todos os grupos etários em estudo. A Intoxicação por Pesticidas está presente nos grupos etários compreendidos entre [20-29] até ao grupo [80-89]. A Overdose compreende os grupos etários de [20-29] e [30-39].

Tabela - 143 - Gabinete Médico-Legal de Tomar – Causa/Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO	CAUSA	TOTAL 2004-2008	% Causa/ Grupo Etário
[10;19]	Afogamento	1	33%
	Enforcamento	2	67%
[10;19] Total		3	
[20-29]	Afogamento	1	10%
	Enforcamento	6	60%
	Intoxicação por pesticidas	2	20%
	Overdose	1	10%
[20-29] Total		10	
[30;39]	Afogamento	2	13%
	Arma de Fogo	4	25%
	Enforcamento	8	50%
	Intoxicação por pesticidas	1	6%
	Overdose	1	6%
[30;39] Total		16	
[40;49]	Afogamento	4	22%
	Arma de Fogo	5	28%
	Enforcamento	7	39%
	Intoxicação por medicamentos	1	6%
	Intoxicação por pesticidas	1	6%
[40;49] Total		18	
[50;59]	Afogamento	5	26%
	Arma de Fogo	1	5%
	Enforcamento	11	58%
	Intoxicação por pesticidas	2	11%
[50;59] Total		19	
[60;69]	Afogamento	3	20%
	Arma de Fogo	3	20%
	Corte no sangradouro do braço esquerdo	1	7%
	Enforcamento	5	33%
	Intoxicação por pesticidas	3	20%
[60;69] Total		15	
[70;79]	Afogamento	6	23%
	Arma de Fogo	1	4%
	Enforcamento	15	58%
	Intoxicação por pesticidas	4	15%
[70;79] Total		26	
[80;89]	Afogamento	5	36%
	Arma de Fogo	1	7%
	Emulação por fogo	1	7%
	Enforcamento	6	43%
	Intoxicação por pesticidas	1	7%
[80;89] Total		14	
[90;99]	Enforcamento	1	50%
	Lesão traumática do membro superior esquerdo	1	50%
[90;99] Total		2	
TOTAL		123	

CAPITULO III - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Realizámos, nos capítulos anteriores, um percurso teórico sobre a temática em foco, culminando na apresentação dos dados resultantes do estudo efectuado. Após a expressão dos resultados passaremos a comentar e a comparar com a informação disponível na literatura.

Salientamos que nos deparamos com a exígua bibliografia sobre a temática do estudo, principalmente no que diz respeito às lesões auto-infligidas não letais sobre o qual recai a atenção do nosso estudo e, por isso, a análise assenta em grande parte em resultados de trabalhos científicos concretizados noutros países, com espaços e ambientes socioculturais diferentes da realidade portuguesa.

Observamos neste estudo um número reduzido de examinandos, no âmbito da avaliação do dano corporal em direito penal, na área da Clínica Forense que, neste contexto, foi de 10 examinandos, durante os anos em estudo de 2001 a 2008

.Foram encontrados sete examinandos, na Delegação do Centro, correspondendo ao ano civil de 2007, sendo que os restantes se encontram distribuídos pelos outros Gabinetes, na razão de 1 por Gabinete.

Nas características dos indivíduos que se auto- infligem, concluímos que o género masculino e o feminino se encontra em igual valor de 50% e, no que diz respeito ao grupo etário, encontramos o escalão etário dos 20 aos 29 anos com 5 examinandos, sendo que no global a média das idades se situa nos 31 anos.

Na Delegação do Centro, o género feminino tem maior incidência dos sete indivíduos, 5 são do género feminino e, em relação à média das idades referidas, também incide o género feminino. Tal como (Mckerracher e tal.1968;Sneddon e tal 1975), refere que de 14 casos estudados nove eram mulheres e tinham idades compreendidas entre os 15 e 30 anos de idade. Williams propôs que a auto mutilação fosse encarada como um “grito de dor “ ao invés de um “grito de ajuda”, porque, num estudo feito por si, concluiu que a auto mutilação é rara antes da puberdade, na adolescência é mais comum, a idade mais comum para a primeira manifestação do auto mutilação é cerca dos 16 anos.

O maior risco em apresentações de estudos em hospitais da OMS/EURO era de mulheres com idades compreendidas entre os 15-24 anos e homens com idade compreendidas entre os 25-34 anos.

À semelhança de outros estudos, no Reino Unido (Hawton e al, 2002), refere que a incidência de auto-lesão é especialmente em adultos jovens. Na Grã – Bretanha, em 2000, num estudo estatístico, foi concluído que 2% de homens e 3% de mulheres por grupo de idade e a incidência era de 5% em gente jovem, que admitiram auto infligirem -se sem intenção suicida.

Num outro estudo, efectuado numa Clínica de Psiquiatria de Gottingen, também foi o grupo feminino que esteve na base dum estudo de lesões auto infligidas visíveis e não visíveis “lesões seguidas após comportamento auto-agressivo”.Num estudo feito nos E.U.A, concluiu-se que havia alguma evidência; que a taxa de auto mutilação era maior em meninas do que meninos, devido ao humor deprimido, mas referem que a auto -mutilação pode ser tão comum em homens como em mulheres, Sendo que esta hipótese é, assim, corroborada com os dados encontrados no nosso estudo.

No nosso estudo, a percentagem relativa ao estado civil destes indivíduos mostra como o estado civil de solteiros constitui um núcleo importante destes examinandos com 50%, seguido de 20% de casados e 20% de divorciados. Num estudo feito nos E.U.A., concluiu-se que num modelo multivariado, o risco de auto -mutilação foi relatado sendo 11 vezes maior para os separados e divorciados, em seguida para as pessoas não pertencentes a esta categoria.

Em relação à doença existente, os achados do presente estudo reflectem ser a depressão (10%), e, em relação aos antecedentes, estes indivíduos disseram que tiveram depressão (10%), ideação suicida e auto mutilação (10%), psicose e toxicodependente (10%).

Neste estudo, encontramos como medicação que estes indivíduos fazem uma percentagem de (10%), ansiolíticos, metadona e sedoxil , serenal e dormicum. Num estudo longitudinal, verificou-se que desvantagens sócio económicas na infância continuam a prever auto-mutilação, independentemente de problemas de saúde mental e eventos stressantes da vida no futuro.

A amostra clínica estudada incidiu em 10 indivíduos os quais correspondem à quase totalidade de exames de Penal 80% sendo que 20% dos indivíduos foram observados em exame de penal e sexual.

Verificamos que, no estudo realizado, o tipo de agressor referenciado pelos indivíduos entrevistados foi o cônjuge, numa percentagem de 30% e por namorado em 10%, representando este um caso da população estudada, podendo corresponder a tensões emocionais existentes no seio familiar.

Verificou-se que da população estudada, 10 examinandos, apenas um indivíduo apresentava tatuagens e um era toxicodependente (consumia haxixe e cocaína este examinando).

A auto-lesão por laceração é um problema surpreendentemente comum e encontra-se em quatro por cento da população psiquiátrica em geral, segundo um estudo feito por Fairbain e Hassenyeh em Newcastle. Os doentes estudados eram 38, na sua maioria homens e com idades inferiores a 35 anos, a incidência era de pessoas solteiras ou pessoas com casamentos falhados. Vinte tinham bebido álcool antes do acto de auto-lesão. Onze usaram lâmina de barbear, outros onze usaram um bocado de vidro, sete uma faca de cozinha e um tinha usado um objecto desconhecido. Do estudo, concluíram que um acto foi premeditado uma hora antes, vinte e dois não tiveram dor e em vinte e seis o acto era impulsivo. Sete declararam que a laceração tinha reduzido a sua tensão, em dois tinha efectivamente aumentado a tensão e em vinte e um não tinha havido diferença. Quinze doentes tinham um diagnostico de perturbação

de personalidade, dez tinham uma depressão reactiva, quatro tinham uma psicose, dois tinham uma depressão psicótica e dois tinham esquizofrenia. Um doente foi classificado como não sendo psiquiatricamente doente

Conclui-se, pelo nosso estudo, que 90% dos indivíduos são dextros e 10% são esquerdinos e que tanto a acessibilidade e a compatibilidade com a lateralidade é de 100%, o que nos confirma que as feridas de ensaio se situam em zonas do corpo compatíveis com a lateralidade. Tal como Cavaleiro (1968) e (Pollak e tal., 1987;Puschel e tal., 1994) referem que as características de danos infligidos a si mesmos típicos são a localização em regiões de corpo que são facilmente acessíveis à mão dominante, preferência pelos braços/mãos e tronco ventral. Áreas nobres são poupadas como olhos, lábios ou mamilos. Há simetria nas lesões, múltiplos arranhões, superficiais ou cortes. Os danos são agrupados e /ou paralelos. Falta de defeitos nas roupas, correspondente às lesões. Todos os casos foram analisados em conjunto com a Policia entre os anos de 1976 e 1995.

Neste estudo, encontrou-se alguma variedade nos objectos utilizados pelos indivíduos para se auto-infligirem assim, aparecem as facas de cozinha seguida de navalha e X-acto, tudo instrumentos cortantes e de fácil acessibilidade. De realçar que aparece o lenço como instrumento que o agressor, citado como desconhecido, terá utilizado para consubstanciar o crime de violação.

Constatamos que na relação que se fez entre o tipo de agressor e objecto utilizado para a simulação de crime de ofensas corporais, se pode concluir que os examinandos fazem referência ao objecto utilizado. Para a auto-agressão há uma relação directa com objectos existentes no seu domicílio e na rua são supostamente objectos que façam parte de material de bolso que os alegados agressores possam trazer consigo. Senão, vejamos, quando a agressão foi supostamente executada por cônjuge este utiliza a faca de cozinha, quando é executada por desconhecido o examinando refere que o objecto foi um lenço, uma navalha ou desconhece o objecto.

Foi interessante concluir que, quando questionada mais tarde, a examinanda, esta refere que se auto infligiu com um X – acto deixando uma tatuagem de” tixa – G”, fê-lo porque a dor que sentia era compensada pelo gosto de se auto infligir e a Tixa era a sua melhor amiga.

Estudos há que consubstanciam esta hipótese, um estudo efectuado por Rui Costa (2006) relata a história de uma adolescente de 16 anos que se manifesta com ideação suicida, e com episódios de auto-mutilação. No seu exame objectivo revelou em ambos os membros superiores cicatrizes consequentes a auto mutilação com «X- acto» (no membro superior esquerdo identificava a palavra EMMA), diminutivo do nome da melhor amiga da utente, como esta acabaria por confessar.

No mesmo estudo, este refere que existe correlação entre depressão e tentativa de suicídio, ainda que estas duas entidades clínicas não sejam coincidentes. Ter pensamentos suicidas esporadicamente não é anormal na adolescência e os sinais de suicídio nem sempre são visíveis ou declarados, a maioria dos adolescentes que se querem matar comunica a sua ideia através de palavras ou imagens, como é o caso do desenho efectuado pela Laura o que torna importante no presente contexto patológico. Laura desenha numa folha de teste escolar, uma árvore, uma casa, uma serpente e um cemitério em cujas campas se lia o seu nome.

Humor deprimido, insucesso escolar e abuso de substâncias são sintomas característicos de depressão apresentados pela Laura. Outro sintoma frequente na depressão do adolescente, é a obsessão com a morte, que pode culminar numa tentativa de suicídio, o qual é a segunda causa de morte na Europa em jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos (OMS, 2001); em Portugal a taxa de suicídio em 200foi de 5,1/100.000 e tem-se mantido estável nos últimos anos (entre 600ª 900 casos/por ano).

Marcelli D.(2002) refere que a intensidade da sintomatologia depressiva deve ser considerada como um factor preditivo de tentativa de suicídio, a qual é três vezes mais frequente nas mulheres (com incidência máxima entre os 15 e os 30 anos, em pessoas solteiras ou divorciadas).

Fadel, refere que não há uma evidente causa para este comportamento, mas há um certo número de hipóteses como: hipótese psicodinâmica que sugere que alguns indivíduos têm dificuldade em distinguir o seu “self” do mundo exterior, e o comportamento de auto-lesão tem origem na tentativa de estabelecer “ a realidade corporal” ou de traçar os limites do seu ego.

Podemos considerar que a localização das lesões se situa em toda a extensão do corpo humano: pescoço (face anterior e terço médio), tórax (face anterior e posterior), mama, dorso (face lateral direita e linha média), abdómen (hipocôndrios flancos região umbilical), antebraço (terço médio face anterior e cotovelo) dorso das mãos, coxa (terço médio da face anterior).

Em relação á caracterização das lesões encontram-se descritas como: cicatrizes em duas fiadas descrevendo palavras, lineares, transversais, oblíquas para baixo e para dentro, rectilíneas e superficiais.

Na população estudada, concluiu-se que todos os indivíduos fizeram simulação das lesões apresentadas, tendo por base o objectivo de incriminar o conjugue, o namorado e outros indivíduos que não tendo qualquer relação afectiva com o sexo oposto, inventaram ser desconhecidos que as agrediram.

O presente estudo concluiu pela importância e necessidade de prosseguir as investigações nesta área. As consequências a nível jurídico-penal, relativamente aos indivíduos que apresentam queixa, após terem cometido crime de denúncia caluniosa e que podem muitas vezes ser sentenciadas, são inegavelmente e perpetuamente negativas na vida dos inocentes (culpados). A avaliação psiquiátrica ou psicológica pode ser solicitada para informar o manejo desses examinandos em ajustes Forenses ou para ajudar o Juiz nas suas deliberações. Esta avaliação deve abranger também factores específicos relevantes para os infractores.

O auto dano de gesto não suicida pode exprimir a raiva, uma necessidade de se punir, gerar sensações normais ou distracção (Marrom e tal., 2002) mas é útil entender o comportamento como uma tentativa em recuperação de domínio intoleravelmente angustia de sensações. Pode

emergir em raiva, ou aliviar tensão ou impulsos insuportáveis (Favazza e tal., 1989), os pacientes que se prejudicam repetidamente fazem-no por muitas razões.

No estudo efectuado na área da Patologia Forense, a amostra clínica estudada incidiu em novecentos e quarenta e cinco vítimas, que corresponde á totalidade da amostra dos Gabinetes Médico Legais de Aveiro, Delegação do Centro, Figueira da Foz, Leiria e Tomar. A organização mundial de Saúde /Estudo Europeu produziu dados detalhados sobre resultados da aplicação de inquéritos á população como o Nacional Comorbidity Study nos E.U.A. que concluíram que os suicídios representam uma proporção substancial de mortes não naturais, sendo responsáveis por mais mortes do que acidentes de transito e homicídios.

Observamos, neste estudo, uma elevada ocorrência de suicídio, no género masculino com 701 casos, do total da amostra, cuja percentagem é de 74% e de 26% no género feminino.

No nosso estudo a média da idade é de 56 anos e o escalão etário com maior incidência situa-se entre 70-79 anos numa percentagem de 20%, para os indivíduos que cometeram o suicídio, lesão auto infligida letal mais grave. Num estudo efectuado pelo Nacional Comorbidity Study nos E.U.A., concluíram que houve um declínio no número de vítimas com mais de 65 anos e foi complementado por um aumento do número de suicídios em jovens adultos do sexo masculino desde a década de 60. As taxas de suicídios nos homens são geralmente mais elevadas do que as taxas no sexo feminino.

Daniela Prieto e Marcelo Tavares, referem que (...) Diferenças em relação ao sexo apontam que os homens cometem mais suicídio e que as mulheres fazem mais tentativas de suicídio.

Os dados encontrados são diferentes de outros estudos populacionais, tais como refere a (OMS, 2001), que o suicídio é a segunda causa de morte na Europa em jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos.

Em relação ao estado civil, os achados deste estudo, reflecte que 533 das vítimas eram casadas, numa percentagem de 56,4%, solteiros apresentados em 22,6%, viúvos 12,1% e divorciados 8.7%.

Marcelli D.(2002) refere que a intensidade da sintomatologia depressiva deve ser considerada como um factor preditivo de tentativa de suicídio, a qual é três vezes mais frequente nas mulheres (com incidência máxima entre os 15 e os 30 anos, em pessoas solteiras ou divorciadas).

No nosso estudo, encontramos em relação á situação de emprego, 131 vítimas são reformados, 24 vitimas desempregadas, 54 estão na condição de domésticas, 17 são estudantes, aparecendo o operário fabril com 40 vitimas, o pedreiro 23, o agricultor com 20 vitimas.

Podemos concluir que neste estudo onde a amostra é de 945, temos uma percentagem muito elevada de casos desconhecidos quanto á situação profissional o que nos dificulta a conclusão destes resultados. Entendemos mesmo assim que a condição económica e o estilo de vida, ou seja a Qualidade de Vida destas vítimas, que tentaram a lesão auto infligida letal, para porém termo á vida e conseguiram-na com o suicídio, estavam relacionadas com estilo de vida, aspectos emocionais, físicos, capacidade funcional, aspecto financeiro, ambiental e cultural.

É interessante, observar pelo nosso estudo, que a causa mais frequente e de certo modo alarmante de suicídio é o enforcamento com 390 vítimas e está intimamente relacionado com o sexo masculino 41%.

Concluimos ainda que o afogamento é a segunda causa de suicídio mais utilizado com 171 casos e surpreendentemente utilizado pelo sexo feminino 18,1%.

Concluimos ainda que do total da amostra de 945 suicídios, houve outros métodos para o cometimento do suicídio e que achamos importante realçar, a arma de fogo foi utilizada em 116 vítimas, intoxicação por medicamentos 31, intoxicação por pesticidas 123, overdose 39 e por feridas de ensaio que levaram à morte, foram 8 vítimas.

Os métodos mais utilizados pelos homens tendem a caracterizar-se pelo alto grau de letalidade; enforcamento, arma de fogo, precipitação de lugares elevados. Os métodos geralmente usados pelas mulheres tendem a envolver ingestão de medicamentos e de venenos, deixando maior possibilidade de salvamento (Daniela Prieto e Marcelo Tavares).

Estudos efectuados na Austrália e Reino Unido entre 1985 e 1997 referem que a preferência nos métodos de suicídio muda ao longo do tempo e varia de comunidade para comunidade.

Por exemplo, o enforcamento tornou-se mais comum no sexo feminino na Austrália e no Reino Unido nos últimos anos, que a auto-imolação e ingestão de substâncias cáusticas métodos escolhidos em alguns outros países são relativamente raros nas comunidades do Ocidente. Do mesmo modo, a diminuição das mortes devidas a overdose pode ter sido influenciada pela redução da prescrição de barbitúricos e antidepressivos tricíclicos, com substituição de benzodiazepinas menos tóxicas.

Os métodos que são escolhidos para terminar com a vida também diferem entre os sexos, e as mulheres, tradicionalmente, optam por meios menos violentos, como a droga ou veneno, ingestão ou inalação de monóxido de carbono. Isto contrasta com os homens que têm tendência a adoptar meios mais violentos de auto destruição, como o uso de armas de fogo e enforcamento.

Se relacionarmos o tipo de profissão com estes meios utilizados para o cometimento do suicídio, podemos concluir que o tipo de arma mais utilizado, foi a arma de fogo e arma branca para a perpetração do crime, sendo que as facas de cozinha de uso doméstico não integraram a totalidade deste tipo de arma, mas pode-se explicar o facto pela sua fácil acessibilidade. Em relação às intoxicações, foram pesticidas e medicamentos. Este facto explica-se pela sua acessibilidade, consumo e utilização, fazendo sentido como principal meio de se infligir, tanto em meio rural como no meio doméstico, associado à situação de reformado, desempregado, doméstico e agricultor.

Em relação à doença psiquiátrica existente, surge-nos a depressão com 229 casos, seguido da ideação suicida²⁷, esquizofrenia 14, atraso mental e alteração do comportamento 12 e doença bipolar 5.

Um conjunto de estudos (Angst et al., 1999;kendler et al., 1999) refere que o risco de suicídio em doentes deprimidos é 30 vezes mais elevado do que na população geral e 15% dos utentes deprimidos tentam o suicídio.

Em relação ao nosso estudo, os resultados mostram que a depressão e a esquizofrenia surgem mais no sexo masculino. Um estudo epidemiológico da (OMS) da depressão estima que em 2020 a depressão será a maior causa de anos vividos com incapacitação por mulheres.

Num outro estudo encontramos que as mulheres referem mais histórias de depressão do que os homens (18,6% e 11% respectivamente), Kendler (1999).

No nosso estudo, os resultados indicaram uma correlação entre o suicídio e os antecedentes da vítima, numa população de 193 vítimas que apresentavam a depressão como antecedente, antes de se suicidarem. Não podendo deixar de se realçar que no grupo estudado dos antecedentes, encontramos 41 vítimas que eram toxicodependentes, com 41 doença psiquiátrica e outras tentativas, 36 vitimas com ideação suicida, alcoolismo com 27, anomalia psíquica 14, esquizofrenia 13, doença bipolar 3, lesão auto infligidas antigas 1vítima.

Turecki (1990), em artigo de revisão da literatura, defende que o denominador comum entre a maioria dos sujeitos que cometem suicídio é a presença de comportamento impulsivo-agressivo. Ressalta que a maioria dos que cometem suicídio preenche os critérios diagnósticos para transtornos da personalidade do tipo B, principalmente transtornos de personalidade anti-social e borderline, caracterizados pela presença de traços de impulsividade e agressividade (...) Além dos eventos de vida adversos e dos transtornos mentais associados ao risco de suicídio, alguns indicadores clínicos destacam-se como preditores do risco de suicídio.

Diekstra (1989) ressalta que o melhor preditor para o suicídio é história de uma ou mais tentativas de suicídio não-fatais.

Beck et al. (1985) percebem a intensidade dos sentimentos de desesperança como um dos mais importantes indicadores de risco nas pessoas com ideação suicida.

Uma nota importante: encontramos 7 vítimas que tinham associado a depressão e o alcoolismo. Segundo estudos de West (2000), a depressão pode ser o resultado da disfunção orgânica associada às condições de limitação das actividades diárias, provocando alterações nas substâncias neurotransmissoras que desempenham papel importante na regulação do humor.

Num estudo designado como comorbilidade prognóstica, Frances e tal.(1990) referem que as ligações entre perturbação depressiva e alcoolismo se revestem de uma importância capital(isto porque o risco de alcoolismo nos doentes deprimidos é 4 vezes maior do que na população em geral).

Dados da literatura apontam para o facto de o risco de suicídio ser mais alto na presença de múltiplos factores de comorbilidade, particularmente nas combinações de perturbações afectivas com abuso de álcool e drogas (Baldessarini e Jamison, 1999).

Quanto aos comportamentos suicidários, Guze e Robins em 1970 documentaram pela primeira vez o valor de 12% para o risco de suicídio nos doentes com perturbação bipolar. Mais tarde, Goodwin e Jamison, 1990 referem que 19% dos doentes com perturbação bipolar morrem por suicídio.

No nosso estudo, concluímos que as mulheres com idade compreendidas entre os 40 e 49 anos que tinham doença bipolar se suicidaram por enforcamento e intoxicação por pesticidas.

Num estudo efectuado no Hospital de S. Marcos, verificou-se que 32,4% fizeram pelo menos uma tentativa de suicídio e que a maior parte 64,5% foi realizada usando fármacos. A utilização de métodos mais violentos como o afogamento/ precipitação (16,7%) e venenos (6,3%) foram bastante menos frequentes. Verificou-se que o risco relativo de tentativa de suicídio é de 3 vezes maior nas mulheres.

O alcoolismo poderá ser indicativo da presença de disfunção familiar, com tensão nas relações intra familiares e subsequentes conflitos expressos. Se atendermos à existência de hábitos alcoólicos e ao consumo de drogas, mesmo existindo diferenças significativas estes merecem atenção quando associadas à doença psiquiátrica.

Atendendo a que cerca de 30% a 50% das mulheres esquizofrénicas têm problemas relacionadas com o consumo exagerado de bebidas alcoólicas (Matos e Col., 2003) o valor é significativo olhando para os dados recolhidos.

A associação de alcoolismo e esquizofrenia é um indicador de mau prognóstico porque diminui o juízo crítico, a adesão terapêutica, a integração e manutenção em programas de reabilitação e altera o efeito dos antipsicóticos, diminuindo- os. O prejuízo do “insight” e as

profundas alterações que ocorrem na esquizofrenia, vão condicionar todo o processo de desintoxicação e manutenção da abstinência alcoólica, pelo que a interdependência destes fenómenos está implicada em actos agressivos violentos, mas nos quais o contributo individual destes diferentes diagnósticos não está ainda definido.

No campo de outras patologias encontramos: 18 apresentavam doença oncológica e 16 doença cardíaca. Esta ideia é consubstanciada pelo facto de, o sujeito sentir a repercussão da doença nos aspectos social, financeiro, ambiental e cultural, Oliveira (2001).

Num estudo efectuado por (Angst e tal., 1999; Angst, 1995; Kendler e tal., 1999; Kessler e tal., 1997) descreve-se que o risco de doença coronária é acima de 40% em doentes deprimidos. A depressão após enfarte do miocárdio é o mais importante preditor de mortalidade e morbidade e redução da qualidade de vida nos doentes cardíacos.

Tendo em consideração a amostra do nosso estudo e conscientes da dificuldade em mensurar os dados relativos ao tipo de medicação que as vítimas faziam antes do suicídio, encontramos uma elevada percentagem de desconhecidos para esta variável, sendo o motivo a ausência de registos.

Mesmo assim, concluímos que os antidepressivos são os medicamentos mais usados e consumidos por 40 vítimas, do total dos 945. No entanto, verificou-se que a associação de outros medicamentos com os antidepressivos é assim um comportamento habitual e, no nosso entender, preocupante, o que nos leva a pensar que a intoxicação medicamentosa pode estar directamente relacionada com o consumo de vários tipos de medicação sendo assim de fácil acesso para as vítimas.

Assim, constatamos que as vítimas tomavam simultaneamente: 6 vítimas tomavam antidepressivos e ansiolíticos; 28 vítimas tomavam antidepressivos e sedativos; 15 vítimas tomavam antidepressivos, anticoagulantes, analgésicos e hipertensores; 17 vítimas tomavam sedativos e ansiolíticos; 19 tomavam drogas de abuso, 9 tomavam drogas de abuso, analgésicos e sedativos e 7 vítimas tomavam neurolépticos.

Num estudo feito por Dukes PD (1992), numa série de 239 autópsias judicialmente requeridas, efectuadas de 1970 a 1989, considerou-se que os antidepressivos tricíclicos tinham sido um factor causal em 12% das mortes, e os hipno-sedativos (principalmente benzodiazepinas, com exclusão de barbitúricos) em 8%.

No caso de estas vítimas serem seguidas em consultas, constatamos que, da nossa amostra do estudo, 945 vítimas, apenas encontramos 63 vitimas que são seguidas em consultas de psiquiatria e duas em consultas de neurologia. Sentimos que o nosso estudo é, assim, prejudicado, pois apresentam-se com uma percentagem muito elevada, de 92,9% desconhecido, relativamente a esta variável, por falta de registos nos processos consultados.

Sabendo que o tratamento destas vitimas é demasiado importante, concluímos que o tratamento psicoterapêutico pode levar a pessoa a perceber que ela é co - responsável pela evolução da sua melhoria e alívio dos sintomas, como sugerem os estudos de Laks e tal (2004) e Teng (2005), onde o uso de psicoterapias tem um efeito positivo sobre o ser Humano, promovendo uma melhoria directa do ânimo e da vontade de viver.

Em relação à variável internamentos, verificamos que o estudo não será conclusivo pois a percentagem de desconhecido para esta variável é elevada, é de 896 vítimas (94,8%), também por falta de registos. Sendo que, do que encontramos descrito, temos 42 vitimas com internamentos em psiquiatria, o que pode corroborar alguns estudos, de que doentes com depressão fazem tentativas de suicídio.

Diekstra (1989) ressalta que o melhor preditor para o suicídio é história de uma ou mais tentativas de suicídio não-fatais.

Dados da literatura apontam para o facto de altas taxas de suicídio surgirem em doentes com crises prolongadas, com comorbilidade e doença mais grave que geralmente requer internamento (Tondo e Baldesarini, 2001).

É curioso notar que existe uma panóplia de lesões auto - infligidas que as vitimas utilizam para tentarem agredir o seu corpo, sendo a mais grave o suicídio. Como principais factores agravantes podem estar os indicadores da Qualidade de Vida tais como: o desemprego, a situação de reforma, a situação familiar, a doença psiquiátrica, a associação medicamentosa, os antecedentes da vítima.

Segundo Guyalt e tal, (1993), muitos aspectos da vida de uma pessoa estão presentes na Qualidade de Vida, por exemplo rendimento, a liberdade factores não associados saúde, apesar de a afectarem intimamente, o que significa considerar-se que, se uma pessoa está doente, todos os aspectos da sua vida podem estar relacionadas com a doença.

Como factores adjuvantes, realçamos a idade, o sexo, o estado civil e o tipo de emprego, as tatuagens e lesões antigas de auto-flagelação.

No nosso estudo encontramos algumas vítimas que apresentavam tatuagens, numa população de 945, apenas encontramos 37 vitimas tatuadas.

Em todos os países a tatuagem denota força e bravura, mas apenas no Japão é atribuída à lealdade, devoção, serviço e obrigação. Quão doloroso é o processo, só a vítima sabe, e ela não costuma dizer. Visto que ter uma tatuagem é, em parte, uma demonstração de masculinidade e, assim o indivíduo tolera a dor. No entanto, pode-se imaginar a dor da tatuagem em comparação com uma vacina da gripe de rotina. As tatuagens são frequentemente, realizadas na parte superior do braço, ombros e do tórax, seguido de costas, virilhas, coxas e genitais. Ao considerar-se um símbolo de masculinidade, indicam a capacidade de suportar extrema dor física. Este acto pode ser de auto- mutilação, que leva a uma libertação repentina da tensão, o que pode ser agradável para estas vítimas.

Associado ao suicídio, no nosso estudo, encontramos algumas vitimas que apresentavam sinais antigos de auto - lesão. Assim, das 945 vítimas, apenas em 45 vítimas encontramos cicatrizes de lesões auto - infligidas. De acordo com outros (Taylor e Cameron, 1998; Stanley et al., 2001), vemos o auto dano como diferente de auto envenenamento, onde as substâncias (usualmente drogas) são ingeridas, normalmente, para morrer, gritar por ajuda ou obter temporariamente adiamento de infelicidade ou aflição insuportável, e acreditamos que as vitimas que se envenenam tenham características diferentes daquelas que se prejudicam a si mesmas.

O auto - dano não pode ser ignorado como um evento trivial. Um estudo posterior do suicídio tentou demonstrar que, em mais de metade daqueles que finalmente morreram por suicídio, a laceração foi usada no episódio de índice de auto - dano (Cullberg e tal, 1988).

CAPITULO IV - CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou compreender as relações e as correlações das variáveis estudadas com as lesões auto - infligidas, letais e não letais.

As lesões auto-infligidas podem ser vistas como um fenómeno em crescimento e expansão.

As lesões, seguidas após comportamento auto-agressivo, são descobertas em pacientes da Medicina Forense, bem como em clínicas psiquiátricas e Hospitais.

Estes pacientes são, normalmente, avaliados nos Institutos de Medicina Legal para serem examinados na área da Medicina Forense, após encaminhamento da Policia e ou do Ministério Público.

Na Legislação Portuguesa, estas situações não tem enquadramento Legal específico, sendo apenas puníveis no âmbito das denúncias caluniosas, Artigo 365 do Código Penal.

O reconhecimento de lesões auto-provocadas é de importância criminalística quando as queremos diferenciar de assaltos, acidentes, suicídios e outros comportamentos auto destrutivos.

Em casos de ofensas simuladas, um diagnóstico correcto e rápido previne investigações supérfluas e inevitavelmente mal sucedidas, por parte da polícia, e desmitifica preocupações por parte do público.

Normalmente, as lesões auto-infligidas são causadas com a ajuda de ferramentas pontiagudas ou/e cortantes tal como: facas, lâminas de barbear, tesouras e vidro partido.

As feridas resultantes são de uma natureza trivial, consistindo principalmente em cortes superficiais e abrasões lineares

Os cortes evitam especialmente áreas como os olhos, lábios, mamilos e genitais.

São principalmente, localizados na área central do corpo, na cara, no pescoço, braços e mãos e, às vezes nos, membros inferiores. Apesar de tudo, lesões auto-infligidas podem também ser encontradas na parte de trás do corpo, desde que seja acessível para a mão da alegada vítima ou, então, se as lesões tiverem sido feitas com a ajuda de outra pessoa.

Frequentemente as roupas não estão danificadas ou o estrago não corresponde às lesões da pele.

Como pesquisadora, fiquei a pensar que é muito difícil não responder com atitudes negativas observadas como (auto - flagelação e ao suicídio) e até mesmo utilizá-las como ganho secundário e (necessidade de manutenção de um quadro de sofrimento), quando um ganho de bem-estar e, conseqüentemente, de melhoria de qualidade de vida, vai promover a saúde das pessoas.

Como não existe um marcador clínico para este comportamento de auto lesão, esses indivíduos não são levados a sério pelas outras pessoas que, muitas vezes chegam até a duvidar do que elas sentem e, numa fase mais adiantada do seu percurso de vida, depois da tentativa de suicídio, eles acabam por consumir o acto.

Os doentes que se apresentam em hospitais gerais depois de deliberadamente se terem auto-mutilado são um problema comum. É algo embaraçoso que, na era da Medicina baseada na evidência, ainda não possuamos boas provas para determinação do melhor tratamento a administrar a este grupo.

Em relação à observação das lesões, devem existir pistas padrão tipo “guidelines” para detectar lesões auto infligidas que simulem agressão. Para isso, a observação através de um exame pericial é um método directo que permite a obtenção de informação relevante.

O acto clínico de observar começa pelo olhar e pela percepção fina do técnico acerca da situação. O exame físico do indivíduo com lesões auto infligidas é parte do objectivo das perícias médico-legais.

Decorrente dos resultados obtidos, concluiu-se que diferenças em relação ao sexo apontam para que os homens cometem mais suicídio e que as mulheres fazem mais tentativas de suicídio.

O método mais utilizado pelos homens tende a caracterizar-se pelo alto grau de letalidade (o enforcamento).

O método geralmente usado pelas mulheres tende a ser o afogamento e a ingestão de medicamentos e de venenos, deixando maior possibilidade de salvamento.

Através do nosso estudo concluímos ainda que as vítimas de suicídio apresentavam antecedentes e ou doença existente; a depressão e que tomavam, na maioria dos casos, antidepressivos.

Consideramos que, em doentes que se auto-mutilam deliberadamente, o tratamento de problemas melhora a depressão, o desespero e os problemas pessoais.

Embora consciente das limitações deste estudo, esta pesquisa tentou aproximar áreas de actuação, reforçando a importância de pesquisar com um enfoque interdisciplinar, possibilitando, assim, encontrar meios para auxiliar, cada vez mais, os peritos na sua actividade pericial.

Os resultados apresentados, ainda que permitindo tecer as considerações anteriores, são, contudo, insuficientes para que deles se tirem conclusões de carácter definitivo.

Ressalvando-se a necessidade de novos estudos sobre a problemática e tendo em consideração que o estudo pode apresentar limitações decorrentes da nossa inexperiência, a qual poderá

dificultar a crítica, esperamos que os resultados deste trabalho estimulem a preocupação de responsáveis dos Gabinetes médico legais em geral e das Delegações em particular, sensibilizando-os para a complexidade em torno desta questão, pelo preenchimento pormenorizado dos relatórios dos exames de Clínica Forense e dos de Patologia Forense, no que aos dados fundamentais dizem respeito, para um estudo deste índole.

E que a descrição relativamente aos factores: escolaridade, profissão, antecedentes de saúde, doença existente e ou actual, medicação, outras tentativas, internamentos em unidades hospitalares, seja cuidadosamente feito para a execução de novos estudos mais completos.

PARTE IV – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABU AL-RAGHEB SY. – Firearm fatalities in Jordan. *Med Sci.* 1984, *Law* 24:213–221

ADHISIVAM, B. AND R. GOWTHAM, – Branding treatment of children in rural India should be banned, *Brit. Med. J.* **330** (2005), p. 481.

AGOSTINI JV, CONCATO J, INOUE SK (Janeiro 2008). – "Melhorar sedativo-hipnótico prescrição em pacientes idosos hospitalizados: prestador-benefícios percebidos e barreiras de um computador baseado em lembrança". *J Gen Intern Med* 23 Suppl 1: 32-6. Doi: 10.1007/s11606-007-0238-9. PMID 18095041.

ALEXANDER GR, MASSEY RM, GIBBS T, ALTEKRUSE JM – Firearm-related fatalities: an epidemiologic assessment of violent death. *Am J Public Health.* 1985. 75:165–168

ANDRONICUS, M. R.K. OATES, J. PEAT, S. SPALDING AND H. MARTIN, – Non-accidental burns in children, *Burns* **24** (1998), pp. 552–558.

ANTUNES, MARIA JOÃO – Código Penal. Coimbra Editora, ISBN 972-32-0699-4

AZMAK D, ALTUN GA, BILGI S, YILMAZ A. – Firearm fatalities in Edirne, 1984–1997. *Forensic Sci Int.* 1999, 95:231–239

BAKER AM, KELLER G, GARCIA D. – A novel hunting accident. Discharge of the weapon by a hunting dog. *Am J Forensic Med Pathol*, 2001, 22:285–287

BANASCHAK S, MADEA B. Selbstbeschädigung – In: Madea B (Hrsg) *Praxis Rechtsmedizin.* Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, 2003, S 268–272

BIESEK, SIMONE ET AL. – Estratégias de Nutrição e Suplementação no Esporte. São Paulo: Manole, 2005.

BOGDASHINA, OLGA. – Sensory Perceptual Issues in Autism and Asperger Syndrome, Different Sensory Experiences, Different Perceptual Worlds. 2003.

BRICKMAN, BARBARA JANE. – Delicate' Cutters: Gendered Self-mutilation and Attractive Flesh in Medical Discourse. *Body and Society*, 2004. Vol. 10, No. 4. pp. 87-111.

BURROWS, S. – Nursing management of self-mutilation, *British Journal of Nursing*. 1992. 17:138-148

BUSUTTIL, A. – Burns and scalds, in: J.K. Mason (Ed.), *The Pathology of Trauma*, second ed., Edward Arnold, London, Boston, 1993, p. 132.

BYARD, R.W. – Uninspected infant and childhood death. In: J. Payne-James, A. Busuttil and W. Smock, Editors, *Forensic Medicine: Clinical and Pathological Aspects*, GMM, San Francisco, London (2003), p. 233.

CANOTILHO J. J. GOMES – Direito Constitucional. 4ª. Edição. Livraria Almedina. Coimbra Portugal. 1986

CANOTILHO J. J. GOMES, VITAL MOREIRA – Constituição. 7ª. Edição. Coimbra Editora. Coimbra Portugal. 2005

CAPANNESE G, SEDDA AF. – Bullet identification: a case of a fatal hunting accident resolved by comparison of lead shot using instrumental neutron activation analysis. *J Forensic Sci* 1992, 37:657–662

CARRILHO J. MARGALHO – Consenso Nacional – Perturbações do Humor – Depressão (F32, F33 e F34. 1 CID10 – OMS) Peritagem Médico-Legal de Incapacidade Temporária e Permanente para a profissão por Doença Natural. ANAMNE-SIS Ano 14, Volume XIV, nº. 138, Março 2005. Lisboa Portugal

CARTER GL – Accidental firearm fatalities and injuries among recreational hunters. *Ann Emerg Med*. 1989, 18:406–409

CAUPERS, JOÃO – Direito Administrativo geral Introdução e princípios fundamentais (1ª. Edição). Editora Publicações D. Quixote. Lisboa Portugal. 2003

CAUPERS, JOÃO – Introdução ao Direito Administrativo (7ª. Edição). Ancora Editora. Lisboa Portugal (2004).

CHAPMAN J, MILROY CM. – Firearm deaths in Yorkshire and Humberside. *Forensic Sci Int* 1992, 57:181–191

CHOI E, DONOGHUE ER, LIFESCHULTZ BD. – Deaths due to firearms injuries in children. *J Forensic Sci*, 1994, 39:685–692

COLE TB, PATETTA MJ (1988) – Hunting firearm injuries, North Carolina. *Am J Public Health* 78:1585–1586

CONSELHO MÉDICO NACIONAL DO SISTEMA DE VERIFICAÇÃO DE INCAPACIDADES – Critérios de Avaliação Pericial Manual I. Ed. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa Portugal. 2001

CONSELHO SUPERIOR DE ESTATÍSTICA DELIBERAÇÃO Nº. 131/97 – 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados com a Saúde (CID10) Diário da Republica IIª. Serie, nº.166 de 21/07/1997, pp. 8696 – 8718

COOPER S. JEFFREY – Toxidade, Sedativos. E.U.A.: emedicine. 2007

COPELAND AR – Accidental death by gunshot wound – fact or fiction. *Forensic Sci Int.* 1984 26:25–32, Denmark 1970–1979. *Forensic Sci Int* 23:93–98

COPELAND AR (1984) – Accidental death by gunshot wound – fact or fiction. *Forensic Sci Int* 26:25–32

DAVIS, A.R. – Possible transmission of hepatitis C virus infection by ritual cigarette burn, *Med. J. Aust.* **162** (1995), pp. 444–445.

DIMAIO VJM (1985) – Gunshot wounds. Elsevier Science, Amsterdam New York, pp 293–307

DIMAIO, V.J.M., – *Forensic Pathology*, Elsevier, New York, Amsterdam, Oxford (1989) pp. 327–331.

DRUID H (1997) – Site of entrance wound and direction of bullet path in firearm fatalities as indicators of homicide versus suicide. *Forensic Sci Int* 88:147–162

DULZ B. – AND A. SCHNEIDER, *Borderline-Störungen* (second ed.), Schattauer, Stuttgart, New York (1996) pp. 45.

EBERT B; WAFFORD KA, DEACON S (Dezembro 2006). – "Tratar insônia: Corrente e de abordagens farmacológicas". *Pharmacol Ther* 112 (3): 612-29. Doi: 10.1016/j.pharmthera.2005.04.014. PMID 16876255.

ECKHARDT A. – Artificielle Störungen. *Dtsch Ärztebl* 1996, 93:A1622–1626

FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA – Centro de Direito Biomédico. Instituto de Medicina Legal de Coimbra (2000). *A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo*. Coimbra Editora. Coimbra Portugal

FARBER, S. – Ecstatic stigmatics and holy anorexics, medieval and contemporary. *Journal of Psychohistory*, 2003, 31,2:183-204.

FARBER, S. – Self-medication, traumatic reenactment, and somatic expression in bulimic and self-mutilating behavior. *Journal of Clinical Social Work*, 1997, 25,1: 87-106.

FARBER, S. – *When the Body Is the Target: Self-Harm, Pain, and Traumatic Attachments*. Northvale, NJ: Jason Aronson. 2000

FAVARO, A, SANTONASTASO, P. – Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2000, 188(8), 537-542.

FAVAZZA, A.R. – *Bodies Under Siege: Self-Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Johns Hopkins University Press, 1996.

FAVAZZA, A.R., ROSENTHAL, R. J. – Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*. 1993, 44, 134-140.

FIGUEIRA, MARIA LUÍSA - Revista de Psiquiatria na Prática Médica, ERL. Volume 5,N1 (Janeiro, Fevereiro) 2000,p.11-13

FORREST, D. – Examination for the late after effects of torture. In: M. Oehmichen, Editor, *Maltreatment and Torture*, Schmidt-Römhild, Lübeck (1998), pp. 251–272.

FORREST, D. – The physical after-effects of torture, *Forensic Sci. Int.* **76** (1995), pp. 77–84

FOSS, M.L; KETAYIAN, S.J. – Bases Fisiológicas do Exercício e do Esporte. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

FOX, C & HAWTON K. – Sometimes it's nice to see that it is me hurting, instead of somebody else. *Deliberate Self-Harm in Adolescence*, London: Jessica Kingsley. 2004

GAMITO, LUÍS - Revista de Psiquiatria na Prática Médica, ERL. Volume 13,N5 (Setembro, Outubro) 2000,p.159-186

GILMAN GOODMAN, - As Bases Farmacológicas da Terapêutica, 9ª ed.

GISBERT CALABUIG IA. – Medicina Legal y Toxicological. 6ª ed. Barcelona: Masson; 2004 p. 328-330, 351-359

GONZALEZ, W.L. S.A. PADOSCH, H. BRATZKE AND P.H. SCHMIDT, – An unusual case of thermal *injuries* with a hot glue gun. *Deliberate self-harm or maltreatment?*, *Forensic Sci. Int.* **167** (2007), pp. 53–55.

GRIFFIN, J., TYRRELL, – I The Shackled Brain: How to release locked in patterns of psychological trauma. Organising Idea Monograph, No.5. European Therapy Studies Institute. 2000

GROSE, D.J. – Cigarette burn after tumescent anesthesia and intravenous sedation: a case report, *Dermatol. Surg.* **29** (2003), pp. 433–435.

GROVES, A. L. – Cutting a Knowledge. Unpublished Masters thesis: School of Cultural Studies, Australian National University, Canberra, 1998.

HAFEZI, M. ; M. BOHNERT, W. WEINMANN AND S. POLLAK, – Prevalence of nicotine consumption in drug death, *Forensic Sci. Int.* **119** (2001), pp. 284–289.

HARDT-MADSEN M, SIMONSEN J (1983) – Firearms fatalities in Denmark 1970–1979. *Forensic Sci Int* 23:93–98

HARRISON, D (1994) – Understanding self harm, Peterborough, MIND (Cited in Greenwood, S & Bradley, P (1997) Managing deliberate self-harm: the A&E perspective *Accident and Emergency Nursing* 5: 134-136)

HARRUFF RC (1992) – So-called accidental firearm fatalities in children and teenagers in Tennessee, 1961–1988. *Am J Forensic Med Pathol* 13:290–298

HARTWIG D (2000) –Tödliche Jagdunfälle in Nordrhein-Westfalen. *Arch Kriminol* 206:2029

HAWTON, K., COLE, D., O'GRADY, J., OSBORN, M. – Motivational Aspects of Deliberate Self Poisoning in Adolescents, *British Journal of Psychiatry*, 1982, 141, 286-291

HAWTON, K., KINGSBURY, S., STEINHARDT, K., JAMES, A., AND FAGG, J., – Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors, *Journal of Adolescence*. 1999, 22, 369-378.

HENRIQUES, JR F.C. ; A.R. MORITZ, – Studies of thermal injury. I. The conduction of heat to and through the skin and the temperatures attained therein, a theoretical and experimental investigation, *Am. J. Pathol.* **23** (1947), pp. 531–549

HERRMANN, B. – Körperliche Misshandlung von Kindern, *Monatsschr. Kinderheilk.* **150** (2002), pp. 1324–1338.

HODGSON, SARAH. – Cutting Through the Silence: A Sociological Construction of Self-Injury.” *Sociological Inquiry*, 2004, Vol. 74, No. 2. pp. 162-179

HOLZER FJ (1974) – Beziehungen der Gerichtsmedizin zu Jagd und Jäger I. *Arch Kriminol* 153:1-15

[Http://emedicine.medscape.com/article/818430-overview](http://emedicine.medscape.com/article/818430-overview). Obtido em 18 de Dezembro de 2008.

IKEDA N, HARADA A, SUZUKI T (1989) – An unusual shotgun slug injury. *Med Sci Law* 29:156–158

JANSSEN W, MIYAISHI S, KOOPS E, HILDEBRAND E, PÜSCHEL K (1996) – Schußtodesfälle im Zusammenhang mit der Jagd sowie durch Jagdwaffen – Ursachen, Verhütung und Beurteilung. *Arch Kriminol* 197:1–15

JENKINS, L. M.A. MALIK, M. LIK AND P. VACZI, – Multiple cigarette burn wounds in a chronic paranoid schizophrenic, *S. Afr. Med. J.* **86** (1996), p. 572.

KARGER B, BILLEB E, KOOPS E, BRINKMANN B (2003) – Autopsy features relevant for discrimination between suicidal and homicidal gunshot injuries. *Int J Legal Med*: in press

KARGER B, JOOSTEN U (2001) – A case of “boomerang” bullet ricochet. *Int J Legal Med* 115:70-71

KARGER B, WISSMANN F, GERLACH D, BRINKMANN B (1996) – Firearm fatalities and injuries from hunting accidents in Germany. *Int J Legal Med* 108:252–255

KARGER B, WISSMANN F, GERLACH D, BRINKMANN B. – Firearm fatalities and injuries from hunting accidents in Germany. *Int J Legal Med* 1996, 108:252–255

KARGER, B. A. DUCHESNE, C. ORTMANN AND B. BRINKMANN, – Unusual self-inflicted injuries simulating a criminal offence, *Int. J. Legal Med.* **110 (1997), pp. 267–272.**

KARLSMARK, T. H.K. THOMSEN, L. DANIELSEN, O. AALUND, O. NIELSEN, K.G. NIELSEN AND I.K. GENEFKKE, – The morphogenesis of electrically and heat-induced dermal changes of pig skin, *Forensic Sci. Int.* **39 (1988), pp. 175–188.**

KARLSSON T, ISAKSSON B, ORMSTAD K (1993) – Gunshot fatalities in Stockholm, Sweden with special reference to the use of illegal weapons. *J Forensic Sci* 38:1409–1421

KELLERMANN S, KOOPS E, KULLE K, PÜSCHEL K (1995) – Eine Patronenhülse als tödliches Projektil. *Rechtsmedizin* 5:58–62

KERNBACH-WIGHTON G, KIJEWski H, SPRUNG R ET AL. – Schwermetall-Inkorporation als ungewöhnliche Selbst(be)schädigung. *Akt Radiol*, 1998, 8:131–134

KERNBACH-WIGHTON G, THOMAS RS, SATERNUS KS. – The discrimination between overt and non-overt self inflicted lesions. *Forensic Sci Int*, 1997, 89:203–209

KERNBACH-WIGHTON, G. – Selbst zugefügte Verletzungen: Umstände, psychopathologische Hintergründe, morphologische Befunde und Diagnostik, *Rechtsmedizin* **14 (2004), pp. 277–293.**

KNIGHT, B. – The autopsy in the non-accidental injury syndrome. In: J.K. Mason, Editor, *Paediatric Forensic Medicine and Pathology*, Chapman and Hall Medical, London (1989), pp. 269–287.

KÖNIG HG, FREISLEDERER A, BAEDEKER C, PEDAL I (1987) – Unterscheidungskriterien für Selbst- oder Fremdbeibringung von Verletzungen angeblich oder tatsächlich Überfallener. *Arch Kriminol* 180:13–27

LEE, Y. K. HWANG, – Skin thickness of Korean adults, *Surg. Radiol. Anat.* **24 (2002), pp. 183–189.**

LESK, M. ; K. GRAMMER, G. SCHNITZLEIN, R. EGGBRECHT AND C. YFANTIS-HEMM, – Auf's Feuer gehen. Feuerlauf in Griechenland und Selbstversuche, *Curare* **4** (1981), pp. 169–192.

LEUNG, A.K.C. C.P. KAO AND R.S. SAUVE, –Scarring resulting from chickenpox, *Pediatr. Derm.* **18** (2001), pp. 378–380.

LIFESIGNS. – Self Injury Awareness Booklet, Version 3 Mar. 01, 2007 from [Self Injury Awareness Booklet, LifeSIGNS](#)

Livraria da Universidade - Código de Processo Penal. Edições Jurídicas, ISBN 972-8130-42-2

MADEA B., P. SCHMIDT, HITZE. In: B. Brinkmann and B. Madea, Editors, *Handbuch gerichtliche Medizin* **vol. 1**, Springer, Berlin, Heidelberg, New York (2004) pp. 839–843.

MAREK M. KAMINSKI. – Games Prisoners Play. Princeton University Press. 2004

MCARDLE, WILLIAM D. ET AL. – Fisiologia do Exercício – Energia, Nutrição e Desempenho Humano. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

MELTZER, HOWARD, ET AL. – Non Fatal Suicidal Behaviour Among Adults aged 16 to 74 in Great Britain, The Stationary office. 2000.

MENTAL HEALTH FOUNDATION. (2006). – Feeding Minds – the nimpact of food on mental health. London

MICHEL, W. – Frühe westliche Beobachtungen zur Moxibustion und Akupunktur, *Sudhoffs Arch.* **77** (1993), pp. 194–222.

MICHEL, W. – Moxa germanica—Japanisches Lehngut in der deutschen Sprache (I), *Kairos* **26** (1984), pp. 81–119.

MILLER SARAH, – Department of Psychology, University of surrey, GU2 7XH, UH, S. Miller@surrey.ac.uk

MILLER, DUSTY. – Women Who Hurt Themselves. Basic Books. 1994

MISSLIWETZ J (1977) – Über die Häufigkeit von Schusstodesfällen im Untersuchungsgut des Wiener Instituts (Eine statistische Übersicht). *Beitr Gerichtl Med* 35:55–59

MOISANDER, P.A. AND E. EDSTON, – Torture and its sequel—a comparison between victims from six countries, *Forensic Sci. Int.* **137** (2003), pp. 133–140.

MÖLLHOFF G, SCHMIDT G. Selbstbeschädigungen – psychiatrische, rechts- und versicherungsmedizinische Gesichtspunkte(I). *Versicherungsmed.* 1998, 50:226–231

MÖLLHOFF G, SCHMIDT G. Selbstbeschädigungen“ – psychiatrische, rechts- und versicherungsmedizinische Gesichtspunkte(II). *Versicherungsmed.* 1999, 51:30–35

MONTENEGRO M, VEIGA H, DESLANDES A, ET AL. (Junho 2005). – "[Neuromodulatory efeitos da cafeína e bromazepam no visual de eventos relacionados com potencial (P300): um estudo comparativo.]". *Arq Neuropsiquiatr* 63 (2B): 410-5. Doi: / S0004-282X2005000300009. PMID 16059590.

MORITZ A.R., – Studies of thermal injury. III. The pathology and pathogenesis of cutaneous burns, an experimental study, *Am. J. Pathol.* **23** (1947), pp. 915–941.

MORITZ A.R., F.C. HENRIQUES Jr., – Studies of thermal injury. II. The relative importance of time and surface temperature in the causation of cutaneous burns, *Am. J. Pathol.* **23** (1947), pp. 695–720.

MORROW PL, HUDSON P (1986) – Accidental firearm fatalities in North Carolina, 1976–1980. *Am J Public Health* 76:1120–1123

NEGRUSZ A, GAENSSLEN RE. – Analítico.É desenvolvimentos na investigação de fármaco-toxicológicas facilitou assalto sexual . Analítico.É bioanalíticos e química. 376 (8): 1192-7. Doi: 10.1007/s00216-003-1896-z. PMID 12682705.

NELSON, DAVID L.; COX, MICHAEL M., – Lehninger Principles of Biochemistry, 4ª edição, W. H. Freeman, 2005, ISBN 978-0716743392

NEVES, ILÍDIO – Direito da Segurança Social, princípios fundamentais numa análise prospectiva. Coimbra Editora. Coimbra Portugal. 1996

NICOLE, TARA L. – Dancing in the Rain: the Final Cut. Pneuma Springs Publishing. 2006

ORNEHULT L, ERIKSSON A (1987) – Accidental firearm fatalities during hunting. *Am J Forensic Med Pathol* 8:112–119

ORNEHULT L, ERIKSSON A (1987) – Fatal firearm accidents in Sweden. *Forensic Sci Int* 34:257-266

P.J. PELTIER, P.J. ; G. PURDUE AND J.R. SHEPERD, – Burn injuries in child abuse, *Portable Guides to Investigating Child Abuse*, U.S. Department of Justice, OJJDP, Washington, DC (2001) pp. 1–24 (2nd print).

PALITZSCH, D. – Systematik der praktischen Pädiatrie (second ed.), Georg Thieme, Stuttgart (1971) pp. 210–216.

PEARN, J. – Physical abuse of children. In: J.K. Mason, Editor, *Paediatric Forensic Medicine and Pathology*, Chapman and Hall Medical, London (1989), pp. 204–210 215.

PEMBROKE, L R. – Self-harm. Perspectives from personal experience, *Survivors Speak Out*, 1994.

PETERSEN ,H.D. AND O.V. RASMUSSEN, – Medical appraisal of allegations of torture and the involvement of doctors in torture, *Forensic Sci. Int.* **53** (1992), pp. 97–116.

PLATT, M.S.; D.J. SPITZ AND W.U. SPITZ, – The abused child and adolescent. In: W.U. Spitz, Editor, *Spitz and Fisher's Medico legal Investigation of Death* (fourth ed.), Charles C. Thomas, Springfield (2006), pp. 703–705.

POCOCK, G.; C.D. RICHARDS, – Human Physiology (second ed.), Oxford University Press, New York (2004) pp. 121–126, 166–168.

POHL, K.D. – Handbuch der naturwissenschaftlichen Kriminalistik, Kriminalistik Verlag, Heidelberg (1981) pp. 144–166.

POLLAK S (2004) – Verletzung durch eigene oder fremde Hand. In: Brinkmann B, Madea B (Hrsg) Handbuch gerichtliche Medizin, Bd 1. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 250–257

POLLAK S. AND P.J. SAUKKO, – Self-inflicted injury. In: J.A. Siegel, P.J. Saukko and G.C. Knupfer, Editors, *Encyclopedia of Forensic Sciences* vol. 1, Academic Press, London, San Diego (2000), pp. 391–397.

POLLAK, S.AND P. SAUKKO, – Atlas of Forensic Medicine, Elsevier, Amsterdam, New York, Oxford (2003) (Fig. 9.36, 15.08, 18.1.31, 18.1.33, 19.3.16, 19.3.17)

PORZIONATO A. AND A. APRILE, – Staphylococcal scalded skin syndrome mimicking child abuse by burning, *Forensic Sci. Int.* **168** (2007), pp. e1–e4.

POUNDER D.J. – Burns and scalds. In: J.A. Siegel, P.J. Saukko and G.C. Knupfer, Editors, *Encyclopedia of Forensic Sciences* vol. 1, Academic Press, London (2000), pp. 326–330.

PRICE,P.B., D.E. CALL, F.L. HANSEN, C.J. ZERWICK, – Penetration of heat in thermal burns, *Surg. Forum* **4** (1953), pp. 433–438.

PROUDFOOT H; TEESSON M; AUSTRALIAN NATIONAL SURVEY OF MENTAL HEALTH AND WELLBEING (outubro 2002). – "Quem procura tratamento para a dependência do álcool? Apreciação da Australian National Survey of Mental Health e bem estar". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **37** (10): 451-6. Doi: 10.1007/s00127-002-0576-1. PMID 12242622.

PÜSCHEL K, HILDEBRAND E, HITZER K, HARMS D. – Zur Beurteilung verstümmelnder Hand- und Fingererletzungen bei Ärzten im Zusammenhang mit privaten Unfallversicherungen. *Versicherungsmed.* 1998, 50:232–240

PÜSCHEL, K. KINDESMISSE AND LUNG. – In: B. Brinkmann and B. Madea, Editors, *Handbuch gerichtliche Medizin* vol. 1, Springer, Berlin, Heidelberg, New York (2004), pp. 1153–1170.

PÜSCHEL, K.; G. KERNBACH AND B. BRINKMANN, – Notzuchtdelikte, forensisch-medizinische Aspekte, *Gynäkol. Prax.* 12 (1988), pp. 111–123.

PURDUE G.F. AND J.L. HUNT, – Burn injuries. In: S. Ludwig and A.E. Kornberg, Editors, *Child Abuse, A Medical Reference* (second ed.), Churchill Livingstone, New York, Edinburgh, London, Melbourne, Tokyo (1992), pp. 105–116.

REA, K., AIKEN, F., AND BORASTERO, – C. Building Therapeutic Staff: Client Relationships with Women who Self-Harm, *Women's Health Issues.* 1997, 7, 2, p121-125.

RETRIEVED JUL. 20. – Hospitalisation for intentional self-harm, New Zealand Health Information Service. 2004

ROBERTS R.E.I. AND J.V. EVANS, – Child abuse. In: J.A. Siegel, P.J. Saukko and G.C. Knapfer, Editors, *Encyclopedia of Forensic Sciences* vol. 1, Academic Press, London (2000), pp. 368–374.

ROPOHL D, KOBERNE F (1990) – Tödlicher Schusswaffengebrauch in Friedenszeiten. *Beitr Gerichtl Med* 48:339–348

ROUSE D, DUNN L (1992) – Firearm fatalities. *Forensic Sci Int* 56:59–64

RUSHFORTH NB, HIRSCH CS, FORD AB, ADELSON L (1975) – Accidental firearm fatalities in a metropolitan county (1958–1973). *Am J Epidemiol* 100:499–505

RUSHFORTH NB, HIRSCH CS, FORD AB, ADELSON L. – Accidental firearm fatalities in a metropolitan county (1958–1973). *Am J Epidemiol.* 1975, 100:499–505

SARRECCHIA C; SORDILLO P, CONTE G, ROCCHI G (outubro-dezembro 1998). – "[Barbiturate síndrome de abstinência: um caso associado com o abuso de uma cefaléia remédio]". *Ann Ital Med Int* 13 (4): 237-9. PMID 10349206.

SATERNUS KS, KERNBACH-WIGHTON G. Selbstbeschädigung. – Forensische Bewertung und Therapiemöglichkeiten. *Researchin Legal Medicine Vol 14.* Schmidt-Römhild, Lübeck. 1996

SAUKKO,P.J., B. KNIGHT, – Knight's ◀Forensic▶ Pathology, third ed., Arnold, London, Sydney, Auckland, 2004, pp. 301–305, 310–312, 474.

SCHIEBLER,T.H., W. SCHMIDT –, Editors, *Lehrbuch der gesamten Anatomie des Menschen* (third ed.), Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo (1983), p. 176.

SCHNEIDER, D.HAUT – und Enterorezeptoren (28th ed.). In: L. Landois and H.-U. Rosemann, Editors, *Lehrbuch der Physiologie des Menschen vol. 2*, Urban & Schwarzenberg, München, Berlin (1962) pp. 798–816.

SELLIER K (1986) – Death: accident or suicide by use of firearms. *Forensic Sci Progr* 1:91–115

SELWAY R (1991) – Firearm fatalities in Victoria, Australia 1988. *Med Sci Law* 31:167–173

SIEGEL IA, SANKKO P, KNUPTER G. – Encyclopedia of Forensic Sciences. San Diego: Academic Press; 2000 p. 374-378, 391-396

SMITH, CAROLYN. – Cutting it Out: a journey through psychotherapy and self-harm. Jessica Kingsley Publishers. 2006

SMOCK, W.S. – Recognition of pattern injuries in domestic violence victims. In: J.A. Siegel, P.J. Saukko and G.C. Knupfer, Editors, *Encyclopedia of Forensic Sciences* vol. 1, Academic Press, London (2000), pp. 384–391.

SPANDLER, H. – Who's Hurting Who? Young people, self-harm and suicide, Manchester: 42nd Street, 1996.

SPITZ, W.U. – Thermal injuries. In: W.U. Spitz, Editor, *Spitz and Fisher's Medicolegal Investigation of Death* (fourth ed.), Charles C. Thomas, Springfield (2006), pp. 747–782.

STANLEY, B., GAMEROFF, M. J., MICHALSEN, V., & MANN, J. J. – Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158(3), 427-432.

STEVEN LEVENKRON. – Cutting. New York, NY: W. W. Norton and Company. 1998

STRAUCH H, WIRTH I (1995) – Tödliche Jagdunfälle durch Schußwaffen. *Arch Kriminol* 195:27-30

STRONG, M. A. – Bright Red Scream: Self-mutilation and the Language of Pain, London: Virago. 1998, 2000

STRONG, MARILEE. – A Bright Red Scream. G P Putnam's Sons. 1999.

STRUMIA, R. A. BORGHI, E. COLOMBO, E. MANZATO AND M. GUALANDI, – Low prevalence of twisted hair in anorexia nervosa, *Clin. Exp. Dermatol.* **30** (2005), pp. 349–350.

SUYEMOTO, K. L., MACDONALD, M. L. – Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy*, 1995, 32(1), 162-171.

TABELA NACIONAL DE INCAPACIDADES POR ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS – D.L. 341/93, 30 Set. (2005). Edição Livraria Almedina. Coimbra Portugal

TABORDA, JOSÉ G.V.; MIGUEL CHALUB, ELIAS ABDALLA – Filho (2004). – Psiquiatria Forense. Artmed Editora, S.A., Porto Alegre. Brasil

TEIXEIRA, JOÃO MARQUES - Revista de Saúde Mental, Editorial. Volume IV, Nº5 (Setembro, Outubro) 2002,p.13-17 e 47-51

TEIXEIRA, JOÃO MARQUES - Revista de Saúde Mental, Editorial. Volume IV, Nº3 (Setembro, Outubro) 2000,p.5 -7

TEIXEIRA, JOÃO MARQUES - Revista de Saúde Mental, Editorial. Volume IV, Nº2 (Março, Abril) 2004,p.11 -31

TEIXEIRA, JOÃO MARQUES - Revista de Saúde Mental, Editorial. Volume III, Nº2 (Maio, Junho) 2001,p.19 -30

TEIXEIRA, JOÃO MARQUES - Revista de Saúde Mental, Editorial. Volume III, Nº1 (Janeiro, Fevereiro) 2001,p.9 -20

TEIXEIRA, JOÃO MARQUES - Revista de Saúde Mental, Editorial. Volume V, Nº3 (Maio, Junho) 2003,p.11 -19

TEIXEIRA, JOÃO MARQUES - Revista de Saúde Mental, Editorial. Volume IX, Nº5 (Setembro, Outubro) 2007,p.18 -26

TEIXEIRA, JOÃO MARQUES - Revista de Saúde Mental, Editorial. Volume II, Nº6 (Novembro, Dezembro) 2000,p.51 -55

TEIXEIRA, JOÃO MARQUES - Revista de Saúde Mental, Editorial. Volume V, Nº5 (Setembro, Outubro) 2003,p.7 -9

THE OBSERVER. – [Http://observer.guardian.co.uk/uk_news/story/01376917,00](http://observer.guardian.co.uk/uk_news/story/01376917,00). 2008

THOMPSON, TONY. – Estupro droga, utilizado para roubar milhares. 2004

TRZEPACZ PAULA T. ; ROBERT W. BAKER – Exame Psiquiátrico do Estado Mental (Tradução com revisão técnica da Prof. Doutora Luísa Figueira). Ed. Climepsi Editores. Lisboa Portugal. 2001

TYLER, KIMBERLY A., LES B. WHITBECK, DAN R. HOYT, KURT D. JOHNSON. – Self Mutilation and Homeless Youth: The Role of Family Abuse, Street Experiences, and Mental Disorders.” *Journal of Research on Adolescence*, 2003, Vol. 13, No. 4. pp. 457-474.

W.H.O. –ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization. Geneva (existe versão brasileira das Artes Médicas Ed. – Porto Alegre). 1992

WEIR E. – Drug-facilitada data estupro. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne.)* 165 (1): 80. PMID 11468961. [Http://www.cmaj.ca/cgi / content/full/165/1/80](http://www.cmaj.ca/cgi / content/full/165/1/80). 2003

WESSELY ET AL. – Deliberate self-harm and the probation service: An overlooked public health problem?, *Journal of Public Health Medicine*, 1996, 18, 129-32

WHITLOCK, J.L., ECKENRODE, J.E. & SILVERMAN, D. – The epidemiology of self-injurious behavior in a college population. *Pediatrics*, 2006, 117(6).

WHITTENHALL, ELAINA. – Cutting: Self-Injury and Emotional Pain. InterVarsity Press.

WILMORE, JACK H.; COSTILL, DAVID L. – Fisiologia do Esporte e do Exercício. São Paulo: Manole, 2001

WINTEMUTE GJ, TERET SP, KRAUS JF, WRIGHT MA, BRADFIELDS G (1987) – When children shoot children: 88 unintentional deaths in California. *JAMA* 257:3107-3109

WINTEMUTE GJ, TERET SP, KRAUS JF, WRIGHT MA, BRADFIELDS G (1987) – When children shoot children: 88 unintentional deaths in California. 2006, *JAMA* 257:3107–3109

WORLD HEALTH ORGANISATION EUROPE MULTICENTRE STUDY OF SUICIDE, – retrieved Jul. 20, 2004 from Women and Parasuicide: a Literature Review, Women's Health Council

WYNNE, J. – Child physical and emotional abuse. In: J. Payne-James, A. Busuttil and W. Smock, Editors, *Forensic Medicine: Clinical and Pathological Aspects*, GMM, San Francisco, London (2003), pp. 469–485.

YI PL; TSAI CH, CHEN YC, CHANG FC (março 2007). – "Gamma-amino acid (GABA) receptor medeia suanzaorentang, um remédio tradicional chinês erva, induzida por alterações do sono". *J Biomed Sci* 14 (2): 285-97. Doi: 10.1007/s11373-006-9137-z. PMID 17151826 .

ZILA, L. M., KISELICA, M. S. – Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling & Development*, 2001, 79, 46-52

PARTE V – FOTO BIBLIOGRAFIA

Figura 1- Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 2 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 3 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 4 – Fotografia de Dr. João Pinheiro

Figura 5 – Fotografia da Dra. Sofia Coelho

Figura 6 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 7 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 8 – Fotografia de Dr. João Pinheiro

Figura 9 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 10 – Fotografia de Autor desconhecido (Gabinete Médico legal de Leiria)

Figura 11 – Fotografia de Dr. Rui Oliveira

Figura 12 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 13 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 14 – Fotografia de Dr. Rui Oliveira

Figura 15 – Fotografia de Dr. Rui Oliveira

Figura 16 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 17 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 18 – Fotografia de Dr. Rui Oliveira

Figura 19 – Fotografia de Dr. Rui Oliveira

Figura 20 – Fotografia de Dra. Sofia Coelho

Figura 21 – Fotografia de Dra. Sofia Coelho

Figura 22 – Fotografia de Dra. Sofia Coelho

Figura 23 – Fotografia de Dr. Rui Oliveira

Figura 24 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 25 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 26 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 27 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 28 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 29 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 30 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 31 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 32 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 33 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 34 – Fotografia de Autor desconhecido (Gabinete Médico legal de Leiria)

Figura 35 – Fotografia de Dra. Sofia Coelho

Figura 36 – Fotografia de Dra. Ana Paula Sousa

Figura 37 – Fotografia de Dr. Gonçalo Carmin e Professora Doutora Cristina de Mendonça

Figura 38 – Fotografia de Dr. Gonçalo Carmin e Professora Doutora Cristina de Mendonça

Figura 39 – Fotografia de Autor desconhecido (Gabinete Médico legal de Leiria)

Figura 40 – Fotografia de Dr. João Pinheiro

Figura 41 – Fotografia de Dra. Sofia Coelho

Figura42 – Fotografia de Autor desconhecido (Gabinete Médico legal de Leiria)

ANEXOS

ANEXO 1-INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ANEXO 2-PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO E DECLARAÇÃO DE
CONSENTIMENTO

ANEXO 3-PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS AO GABINETE MÉDICO
LEGAL DE AVEIRO

ANEXO 4 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS AO GABINETE MÉDICO
LEGAL DE AVEIRO

ANEXO 5- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS AO GABINETE MÉDICO
LEGAL DE AVEIRO

ANEXO 6- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS AO GABINETE MÉDICO
LEGAL DE AVEIRO

ANEXO 7- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS AO GABINETE MÉDICO
LEGAL DE AVEIRO

ANEXO 8- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS AO GABINETE MÉDICO
LEGAL DE AVEIRO

ANEXO 9-DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Anexo 10-AUTORIZAÇÃO CONCEDIDA PELO COMISSÃO COORDENADORA DO CONSELHO CIENTIFICO E COMSSÃO DE ÉTICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
