

MESTRADO EM MEDICINA LEGAL E CIÊNCIAS FORENSES

FACULDADE DE MEDICINA

UNIVERSIDADE DE COIMBRA



**A EXPLORAÇÃO DE UMA REALIDADE OBSCURA:**

**UM CONTRIBUTO AOS COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS NA REGIÃO  
AUTÓNOMA DA MADEIRA.**

Lavínia Venância Abreu Côrte

Coimbra, 2017

DISSERTAÇÃO ELABORADA NO ÂMBITO DO MESTRADO EM MEDICINA LEGAL  
E CIÊNCIAS FORENSES DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA.

**Orientação:** Professor Doutor Carlos Manuel Braz Saraiva

**Co-orientação:** Mestre Paula Carina da Luz Oliveira

**Com a colaboração:** Dra. Rita Caldeira (Técnica Superior de Serviço Social do Serviço de  
Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça)

*“Cicatrizes são histórias, histórias escritas no corpo”*

(Kathryn Harrion)

|   |     |
|---|-----|
| Índice  |     |
| Índice de tabelas, figuras e gráficos.....          | I   |
| Lista de Abreviaturas .....                         | III |
| Resumo.....   | IV  |
| Abstract .....                                      | VI  |
| I- Introdução.....                                  | 1   |
| 1. Considerações iniciais .....                     | 1   |
| 2. Problemática da nomenclatura.....                | 2   |
| 3. Epidemiologia.....                               | 9   |
| 4. Adolescência e droga.....                        | 11  |
| 5. Fatores de Risco versus Fatores de Proteção..... | 16  |
| 5.1 Fatores de Risco.....                           | 16  |
| 5.1.1 Fatores Individuais.....                      | 16  |
| A) Idade.....                                       | 16  |
| B) Género.....                                      | 17  |
| C) Residência.....                                  | 17  |
| D) Perturbação mental.....                          | 17  |
| E) Resiliência.....                                 | 18  |
| F) História familiar.....                           | 18  |
| 5.1.2 Fatores socioculturais.....                   | 19  |
| A) Isolamento Social.....                           | 19  |

|   |    |
|---|----|
| B) Absentismo escolar.....  | 19 |
| C) Acesso limitado aos cuidados de saúde.....   | 19 |
| D) Comportamentos sexuais de risco.....   | 19 |
| E) Desemprego.....  | 20 |
| F) Acesso a meios letais.....   | 20 |
| 5.2 Fatores de Proteção.....  | 21 |
| A) Fatores individuais.....   | 21 |
| B) Fatores Familiares.....  | 21 |
| C) Fatores sociais.....   | 21 |
| 6. Famílias disfuncionais e tipologias familiares.....  | 23 |
| 7. O Serviço Social em Portugal.....  | 24 |
| 8. Observações sobre o Sistema de Proteção para crianças/jovens que se encontram numa situação de perigo..... | 30 |
| 9. A delinquência juvenil e a Lei Tutelar Educativa.....  | 36 |
| 10. A função do Técnico de Serviço Social Forense.....  | 41 |
| 11. Patologias mais relevantes na Psiquiatria da Infância e Adolescência....                                  | 43 |
| 1) Perturbação do comportamento alimentar.....  | 43 |
| 2) Perturbação do Espectro de Autismo.....  | 45 |
| 3) Depressão.....   | 47 |
| 4) Perturbação de Ansiedade.....  | 48 |
| 5) Perturbação De oposição.....   | 49 |

|   |     |
|---|-----|
| 6) Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.....                   | 49  |
| 7) Relação entre PHDA e o desenvolvimento de outras Patologias mentais..... | 50  |
| II. Objetivos.....  | 52  |
| III. Material e métodos.....  | 54  |
| IV. Resultados.....   | 58  |
| V. Discussão.....   | 93  |
| VI. Conclusões.....   | 102 |
| VII. Referências bibliográficas.....  | 105 |
| VIII. Agradecimentos.....   | 123 |
| IX. Anexos.....   | 126 |

## Índice de figuras, tabelas e gráficos

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1- Caraterização das lesões.....  | 8  |
| Figura 1- Taxas de Suicídio em Portugal entre 1990 e 2000.....   | 9  |
| Figura 2- Respostas Sociais à Infância e juventude.....  | 27 |
| Tabela 2- Fatores predisponentes e precipitantes.....  | 22 |
| Tabela 3- Classificação das drogas.....  | 14 |
| Tabela 4- Competências do(a) Técnico Superior de Serviço Social.....   | 29 |
| Tabela 5- Caraterização da população alvo: idade e género.....   | 59 |
| Tabela 6 – Prevalência dos casos gerais pedopsiquiátricos e autolesivos por<br>localidade.....                 | 64 |
| Tabela 7- Diagnósticos Clínicos.....   | 67 |
| Tabela 8- Relações Familiares.....   | 69 |
| Tabela 9- Absentismo Escolar.....  | 71 |
| Tabela 10- Tipo de família por localidade.....   | 72 |
| Tabela 11- Situação Atual dos utentes com progenitores vítimas de violência nas<br>relações de intimidade..... | 74 |
| Tabela 12- Separação conjugal por grupo etário.....  | 75 |
| Tabela 13- Habilitação Literária dos progenitores.....   | 76 |
| Tabela 14- Tipo de Comportamento Autolesivo.....   | 77 |
| Tabela 15- Tipo de medicação ingerida nas IMV.....   | 79 |
| Tabela 16-Substâncias utilizadas nos consumos dos utentes.....   | 80 |

|   |    |
|---|----|
| Tabela 17- Frequência de casos por ano.....   | 80 |
| Tabela 18- Intervenção Social nos comportamentos autolesivos e não autolesivos..... | 81 |
| Tabela 19- Comportamentos autolesivos por grupo etário.....                         | 83 |
| Tabela 20- Género predominante nos comportamentos autolesivos.....                  | 85 |
| Tabela 21- Separação conjugal nos comportamentos autolesivos.....                   | 87 |
| Tabela 22- Tipo de família nos comportamentos autolesivos.....                      | 89 |
| Tabela 23- Situação atual de todos os casos.....                                    | 93 |
| Gráfico 1- Idade e Género.....  | 63 |
| Gráfico 2- Casos gerais pedopsiquiátricos e casos autolesivos por localidade .....  | 66 |
| Gráfico 3- Diagnósticos clínicos .....  | 68 |
| Gráfico 4- Relações familiares.....   | 70 |
| Gráfico 5- Tipologia familiar por localidade.....                                   | 73 |
| Gráfico 6- Género predominante nos comportamentos autolesivos.....                  | 86 |
| Gráfico 7- Separação conjugal nos comportamentos autolesivos .....                  | 88 |
| Gráfico 8- Tipos de família nos comportamentos autolesivos .....                    | 90 |



Lista de abreviaturas:

AN- Anorexia Nervosa

BN- Bulimia Nervosa

CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

EMAT- Equipa Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais

HNM – Hospital Dr. Nélio Mendonça

IMC- Índice de Massa Corporal

LPCJP- Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

LTE- Lei Tutelar Educativa

MTE- Medida Tutelar Educativa

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCA- Perturbação de Comportamento Alimentar

PEA- Perturbação do Espectro de Autismo

PEP- Projeto de Educação Pessoal

PGD- Perturbação Global do Desenvolvimento

PHDA- Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

POD- Perturbação de oposição e Desafio

SNC- Sistema Nervoso Central

TSSS- Técnico Superior de Serviço Social

## RESUMO

Os comportamentos autolesivos são ainda condutas subdiagnosticadas na nossa sociedade. O progressivo aumento destes casos na atualidade, bem como a escassa informação sobre esta matéria na Região Autónoma da Madeira, aliada à complexidade da sua análise, em termos de eficácia das medidas psicossociais implementadas, foram os principais motivos deste estudo. Os comportamentos autolesivos em adolescentes são o resultado de diversos fatores individuais, familiares e socioculturais. O presente trabalho teve como objetivo a análise desses mesmos fatores, através de um levantamento dos casos de comportamentos autolesivos sinalizados no Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Funchal, no período compreendido entre 2012 e 2016.

Este trabalho tem como objetivo compreender a prevalência dos comportamentos autolesivos na Região Autónoma da Madeira e dos fatores subjacentes e/ou relacionados com esta problemática, nomeadamente relações familiares, absentismo escolar, tipologias familiares, diagnósticos clínicos, intervenções sociais realizadas e outros relevantes, bem como a averiguação da situação atual dos mesmos. Foram analisados 150 casos com idades compreendidas entre 0 e 18 anos, sendo que 75 corresponderam especificamente a casos de comportamentos autolesivos com uma grande predominância do género feminino. Notou-se ainda a existência de um elevado índice de risco em situações de divórcio entre os progenitores e um maior número de casos na localidade do Funchal, Câmara de Lobos, Santa Cruz e Machico.

Os dados estatísticos obtidos na presente investigação evidenciaram características e/ou padrões dos grupos de risco em que será mais frutuoso intervir e prevenir, representando informações úteis para futuras prevenções no âmbito da Saúde Mental, da Infância e da Adolescência na Região Autónoma da Madeira. Em regra, perante a sociedade e as instituições que não são do âmbito da saúde, como as escolas e os lares de infância e juventude, a definição dos comportamentos autolesivos ainda não é clara para os profissionais envolventes, revelando assim uma dificuldade acrescida na correta intervenção, avaliação e referenciação dos casos.

PALAVRAS-CHAVE: Comportamentos Autolesivos, Intervenção, Serviço Social, Pedopsiquiatria, Saúde Mental, Adolescente.

## **ABSTRACT**

Unfortunately, self-injurious behaviors are still underdiagnosed behaviors in our society. The scarce information on this subject in the Autonomous Region of Madeira, especially in the area of psychosocial measures, allied to the complexity of its analysis and lack of standardization which involve this type of evaluation were the main reasons for this study.

Nowadays, self-injurious behaviors in adolescents are like the end result of several factors, either a personal level or a familiar level or a social level. Consequently, an investigation had as main objective a survey of all cases of self-injurious behavior in Autonomous Region of Madeira and an analysis of the prevalence of behaviors, as well as an analysis of several factors relevant for the years 2012 to 2016.

This study aims to understand the prevalence of self-injurious behaviors in Madeira Island and factors involved and / or related to this problem, such as family relationships, school absenteeism, family typologies, clinical diagnoses, social interventions and other relevant interventions like the investigation of their current situation.

A total of 150 cases were analyzed between the ages of 0 and 18 years, of which 75 corresponded specifically to cases of self-injurious behaviors with a predominance of females. It was also noted the existence of a high risk index in divorce situations between the parents and a greater number of cases in the locality of Funchal, Câmara de Lobos, Santa Cruz and Machico.

The statistical data obtained in the present research showed characteristics and / or patterns of risk groups which will be more fruitful to intervene and prevent, representing information useful for future prevention in the field of Mental Health, Childhood and Adolescence in the Autonomous Region of Madeira.

In rule, towards a society and non-health institutions like schools and shelters for children and young people, the definition of self-injurious behaviors is still unclear for the surrounding professionals revealing an added difficulty in correct intervention, evaluation and reference.

KEYWORDS: Self-injurious behavior, Intervention, Social Work, Child Psychiatry, Mental Health, Adolescent.

I

# INTRODUÇÃO

## **I- INTRODUÇÃO**

### **1. Considerações iniciais**

Cada vez mais os comportamentos autolesivos em adolescentes estão relacionados com doenças psiquiátricas aliadas a uma possível disfunção familiar, o que acarreta presumíveis comportamentos de risco no adolescente visto que o mesmo passa por uma etapa com grandes mudanças fisiológicas e psicossociais. Na sociedade atual tem sido evidente a necessidade cada vez maior de medidas psicossociais nos casos de comportamentos autolesivos, envolvendo para a sua implementação e eficácia, uma equipa multidisciplinar de profissionais, quer no âmbito do serviço hospitalar quer comunitário. Aliás, é também atualmente indiscutível os efeitos adversos nefastos que estes comportamentos, acarretam na integridade físico-psíquica de um indivíduo, sendo hoje considerados como um dos problemas de saúde pública, de difícil resolução. No que se refere a este tipo de comportamentos, de facto, as designadas lesões autoinfligidas (ferimentos normalmente superficiais sobre a pele e com características típicas (2,4) são das formas mais comumente conhecidas, em paralelo com as tentativas de suicídio e o consumo abusivo de substâncias. Não obstante, outras formas podem ser adotadas por estes indivíduos, cuja principal finalidade, muitas vezes, reside numa tentativa de alívio de um qualquer sofrimento físico e/ou psíquico (2).

Importante é existir uma intervenção atempada e devidamente adequada, com o intuito de permitir uma reabilitação eficaz e produtiva a nível social, psicológico e clínico, pois estes indivíduos são maioritariamente portadores de problemas psíquicos e o que poderá ser um hoje um comportamento autolesivo poderá reverter-se futuramente num fenómeno de suicídio.

Visto que nesta temática há uma grande escassez de investigação, torna-se fulcral o desenvolvimento de estudos direcionados para a eficácia na implementação de medidas psicossociais. É necessário que haja um maior aprofundamento da compreensão desta realidade tão complexa, de maneira a alertar para a necessidade da permanente atualização dos conhecimentos e da específica formação e especialização dos múltiplos profissionais que intervêm nesta área.

## 2. A Problemática da nomenclatura

Um dos grandes problemas desta matéria é ainda a questão da não uniformização dos termos e das próprias definições. É até questionável se algum dia se irá definir determinados critérios aceites universalmente para caracterizar de forma abrangente os comportamentos suicidas. Seria até altamente desejável que o conjunto de definições e a terminologia associada fossem precisos e generalizáveis para maior clareza científica (3).

Existe na comunidade científica uma controvérsia relativamente às definições, terminologias e conceitos a usar neste tipo de comportamentos. Infelizmente a desarmonização de conceitos tem sido observada em diferentes grupos de trabalho interferindo na viabilidade, na comparação de dados epidemiológicos bem como, na compreensão e assim, na própria intervenção social. Há que referir, que toda esta situação é extremamente complexa na língua inglesa, mas no que se refere à língua portuguesa, ainda se torna mais difícil a adoção da terminologia (1). Considera-se que, em parte, o conhecimento desta temática está limitado face aos inúmeros conceitos que associados ao suicídio têm sido erroneamente utilizados pela comunidade científica, o que dificulta o avanço e o desenvolvimento desta área. É por isso fulcral a existência de uma definição, ainda que geral, para que se consiga uma compreensão mais aprofundada. Há que ter em conta que tanto os comportamentos autolesivos como o suicídio são conceitos que estão interligados, sendo difícil abordar isoladamente os temas (3). Para além destas nomenclaturas existem outras que se podem encontrar, como por exemplo, comportamentos suicidários, autodestrutivos, paras suicidários, ou até mesmo violência autodirigida (2, 4). Mais encobertos, mas muito mais existentes, são os comportamentos autolesivos, que são na maior parte dos casos, apenas considerados uma ponta de um enorme iceberg (5). Em Portugal, o grupo que elaborou o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio referiu-se aos comportamentos autolesivos como um *“comportamento sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais, como, por exemplo: cortar-se ou saltar de um local*



*relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo; ingerir uma substância ou objeto não ingeríveis (p. ex. lixívia, detergente, lâminas ou pregos)” (2). São ainda definidos atos suicidas como “tentativas de suicídio e suicídio consumado” sendo a tentativa de suicídio descrita como “ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta frustrado” e o suicídio consumado se refere a uma “morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica (p. ex. precipitação no vazio de esquizofrénico delirante e alucinado, obedecendo a vozes de comando)” (2).*

A palavra suicídio provém do latim e resulta da junção de dois termos *sui*, de si mesmo, e *cidium*, matar, ou seja matar-se a si mesmo (6).

Um dos pioneiros da abordagem social do suicídio foi Durkheim (1858-1917). Este sociólogo referiu-se ao suicídio como uma ligação entre o indivíduo e a sociedade, onde existe uma certa tendência coletiva para o suicídio, baseada principalmente em pressupostos de natureza social (6, 7, 8, 9). Segundo Durkheim, existem quatro tipos de suicídio: o fatalista, o anómico, o altruísta e o egoísta. No suicídio fatalista existe uma grande regulação da sociedade, como por exemplo, o homem oprimido (10). No suicídio anómico existe uma baixa regulação da sociedade, o que não permite que se garanta a satisfação das necessidades mais básicas do indivíduo, tal como a questão da empregabilidade. O suicídio altruísta requer dependência da sociedade e uma individualização insuficiente, o que leva a um o sacrifício pelo grupo ou por um bem maior e por fim, o suicídio egoísta existe por uma baixa integração na sociedade, que vulnerabiliza e se caracteriza pelo aumento exponencial do individualismo (6, 7, 8, 9).

Relativamente aos comportamentos autolesivos, estes são bastante distintos dos comportamentos suicidários, o que levou à sua inserção no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V* (DSM-V), tendo a designação de *Non Suicidal Self-Injury* (NSSI – comportamentos autolesivos sem intenção suicida).

Durante a década de 60, este tipo de comportamento denominava-se de “parassuicídio” e era definido como “análogo comportamental do suicídio, não considerando, propositadamente, a orientação psicológica para a morte como essencial à definição” (11). Já o novo termo, *Non Suicidal Self-Injury*, é definido como uma lesão autoinfligida, apta a induzir hemorragias, hematomas ou dor, ocorridas no último ano, em pelo menos cinco dias distintos, na ausência de intenção suicida e tendo sido realizados com a expectativa de induzir tranquilidade e/ou resolver uma dificuldade interpessoal (12).

É de salientar que entre os atos considerados autolesivos encontram-se a automutilação por corte, os arranhões ou queimaduras, o morder-se, asfixiar-se, arrancar os cabelos e evitar a cicatrização de feridas (13). Apesar dos comportamentos autolesivos e os atos suicidas envolverem dano tecidual deliberado, são na realidade, fenomenologicamente distintos (14), sendo a principal distinção entre eles a intenção suicida. Existem estudos que abordam as desigualdades entre comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio, em relação à letalidade, cronicidade, métodos e cognições. Segundo esses estudos, os comportamentos autolesivos ocorrem com maior frequência e cronicidade, são caracterizados pelo uso de métodos diversos que provocam lesões de baixa letalidade e frequentemente têm início na adolescência, entre os 12 e 14 anos de idade. As tentativas de suicídio são menos frequentes, apenas é utilizado um único método com capacidade de criar lesões de elevada letalidade e geralmente iniciam-se entre os 14 e 16 anos de idade (12, 15). Estes mesmos estudos referem que aproximadamente 70% dos adolescentes com comportamentos autolesivos repetitivos vêm a realizar pelo menos uma vez na vida, uma tentativa de suicídio. Por outro lado, 77% dos adolescentes com tentativas de suicídio apresentam também historial de comportamentos autolesivos (12), o que levou à conclusão que estes comportamentos autolesivos seriam um fator de risco para futuros comportamentos suicidários.

O termo autolesão é também usado para se referir a qualquer ato de autoingestão medicamentosa ou autolesão realizada por um indivíduo, independentemente da motivação (16). Geralmente o termo envolve ingestão

voluntária com medicação ou autolesão por corte ou até danos decorrentes do consumo excessivo de álcool ou drogas ilícitas.

Termos como "autolesão deliberada não fatal" (17) obtiveram eleição, pois evitaram fazer ilações sobre a motivação do comportamento. No entanto, a expressão "deliberada" não é mais optada porque pode ser considerada influente na medida em que o comportamento é "deliberado" ou "intencional", porém a vontade nem sempre está claramente expressa. Os métodos dos comportamentos autolesivos podem ser divididos em dois grandes grupos, a automutilação e a ingestão medicamentosa voluntária (IMV). Embora estatisticamente exista diferentes motivações e intenções perante o método escolhido (18), existem inúmeras razões pessoais que abrangem os dois grupos. Todavia, os pressupostos não podem ser delineados com base no método escolhido, e há de facto, evidências em que demonstram que os indivíduos alteram frequentemente os métodos autolesivos (19).

Estudos de atendimento em departamentos de emergência após situações de autolesões indicam que aproximadamente 80% das pessoas escolheram o método de IMV com terapêutica prescrita (20), mais frequentemente analgésicos e antidepressivos. Uma pequena percentagem de overdoses deriva de drogas ilícitas ou outras substâncias. Todavia esses dados podem não corresponder à verdade, pois os indivíduos que apresentam IMV são mais propensos a solicitar apoio do que aquelas que se automutilam. Estudos gerais das populações demonstraram que a automutilação é mais comum do que IMV (21).

É importante referir que nas situações de automutilação não costuma estar presente o desejo de morrer. Os indivíduos normalmente o fazem para garantir ajuda ou cuidados e na grande maior parte das vezes mutilam-se para obter alívio de um estado emocional particular ou situação avassaladora (22).

Em particular, as pessoas que se prejudicam como forma de aliviar o sofrimento (através do corte, por exemplo) podem ser compelidas a fazer isso como uma estratégia de enfrentamento para evitar o suicídio e há probabilidade de o continuarem a fazer até receberem os tratamentos e terapêuticas adequadas.

Um estudo qualitativo com 76 mulheres (23) revelou que a automutilação ajudou com a forma de lidar com sentimentos dolorosos de experiências negativas. As mulheres que participaram no estudo evidenciaram uma série de propósitos para o desencadeamento desses comportamentos, nomeadamente um alívio de sentimentos, a autopunição e a recuperação de controlo (24).

Outros modelos que exploram o significado de autolesão, e podem ser úteis para promover a compreensão nesta temática incluem os “8 C’s da autolesão” (18), nomeadamente uma intervenção para encarar a crise, um auxílio na manutenção da calma, auxílio no controlo, uma reformulação psicológica a nível do pensamento, auxílio na confirmação da sua existência, criação de entorpecimento, desenvolvimento de castigos e o desenvolvimento de capacidades comunicativas.

Os comportamentos autolesivos ocorrem em todas as classes da população, porém é mais comum entre pessoas que estão em desvantagem em termos socioeconómicos e entre pessoas solteiras ou divorciadas que vivem sozinhas ou são pais solteiros e têm uma grave falta de apoio social (21).

Aproximadamente metades das pessoas que foram atendidas no departamento de emergência por automutilações apresentaram consumos de álcool (20, 25) sendo que, sensivelmente  $\frac{1}{4}$  das pessoas que têm um diagnóstico de autolesão têm também um diagnóstico de consumo prejudicial de álcool (26).

É mais frequente o consumo de álcool no género masculino antes do episódio de autolesão (16) e há também uma maior propensão para o abuso de drogas ou álcool, além das taxas se revelarem mais altas a nível de vários fatores de risco de suicídio (27). O uso indevido de substâncias está associado ao internamento hospitalar em correlação com comportamentos automutilantes (28).

Relativamente à investigação, oito estudos investigaram as necessidades, benefícios e desvantagens do suporte social, que envolve suporte ou informação por internet (29), suporte à família e amigos (30, 31), grupos de apoio à comunidade (32) e a outras pessoas que se automutilaram com o objetivo de ajudar com o comportamento autolesivo. Em geral, os participantes enfatizaram a importância da intervenção social e muitos usuários do serviço expressaram também o desejo de apoio mútuo e

compreensão compartilhada de outros indivíduos com comportamentos autolesivos (33). Os sentimentos de isolamento e alienação demonstraram-se frequentes nos usuários do serviço (33, 34), sendo que a solidão surgiu como um fator de risco significativo para o desencadeamento de comportamentos autolesivos (35).







No que concerne à definição da automutilação e autoagressão, a dissemelhança entre ambos é ainda complexa na literatura. Assim, torna-se fulcral a elucidação destes dois termos.

No vasto leque dos comportamentos autolesivos, existem as tipologias dos comportamentos, nomeadamente as automutilações, as autoagressões, as ingestões medicamentosas voluntárias, e os consumos excessivos e abusivos de drogas ilícitas.

Relativamente às automutilações, estas caracterizam-se por lesões do tipo cortante, ou perfurante, produzidas na maior parte das vezes por instrumentos cortantes, afiados e capazes de penetrar na pele, produzindo feridas lineares com bordas regularizadas e pouco traumatizadas.

Por outro lado, as autoagressões podem-se caracterizar por lesões do tipo contundente, que resultam da transferência de energia cinética para o corpo por meio de uma superfície. Desta forma, torna-se essencial caracterizar as energias mecânicas que poderão causar lesões de inúmeros géneros, sendo assim, energias de tipo mecânico são aquelas, produzidas por utensílios vulnerantes, que, atuando sobre um corpo são capazes de modificar o seu estado inercial (de repouso ou movimento) produzindo lesões em todo ou em parte do mesmo. “As lesões produzidas por ação mecânica podem ter suas repercussões externa ou internamente. Podem ter como resultado o impacto de um objeto em movimento contra o corpo humano parado (meio ativo), ou o instrumento encontrar-se imóvel e o corpo humano em movimento (meio passivo), ou, finalmente, os dois se acharem em movimento, indo um contra o outro (ação mista)” (36). De forma objetiva, é possível caracterizar na energia mecânica as ações e suas respetivas lesões da seguinte forma:

**Tabela 1- Caraterização das lesões**

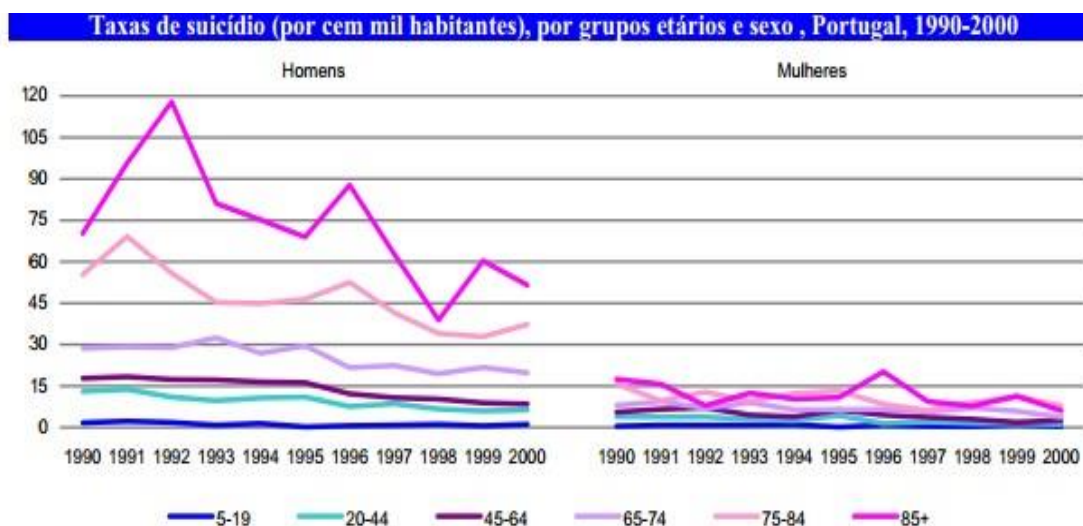
| Caraterização dos instrumentos | Lesões tipicamente geradas   | Mecanismo de produção   | Instrumentos vulnerantes típicos                               |
|--------------------------------|--|---|--|
| Perfurantes                    | Lesão perfurante ou punctória<br> | Pressão-Penetração num ponto  | Prego, alfinete, agulha, picador de gelo, garfo, caneta        |
| Cortantes                      | Lesão incisa ou cortante<br>      | Ação deslizante superior à pressão exercida                               | Navalha, bisturi, lâminas, estilhaços de vidro, folha de papel |
| Contundentes                   | Lesão contusa<br>                 | Ação de choque, podendo haver ou não deslizamento (pressão - esmagamento) | Martelo, cassetete, bastão, pedra, socos e pontapés            |
| Cortocontudentes               | Lesão cortocontusa<br>          | Ação mista (deslizante + pressão + esmagamento)                           | Machado, foice, enxada, facão, catana, dentes e unhas          |
| Perfurocontudentes             | Lesão perfurocontusa<br>        | Ação mista (pressão + penetração + choque)                                | Projétil de arma de fogo, setas, besta                         |
| Perfurocortantes               | Lesão perfurocortante<br>       | Ação mista (pressão + deslizamento)                                       | Faca, canivete, estilete, espada, punhal                       |

### 3. Epidemiologia

Tanto a nível mundial como a nível nacional, o suicídio é um grande problema de saúde pública (37). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), diariamente e em todo o mundo suicidam-se cerca de 3000 pessoas – uma a cada 40 segundos – e, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio (2). O suicídio apresenta a nível mundial uma taxa de mortalidade global de 16 por 100 000 habitantes, constituindo a 13ª causa de morte (38). Anualmente, cerca de 800 000 indivíduos têm como causa de morte o suicídio e, segundo a OMS, é a segunda causa de morte entre os 15 e os 29 anos de idade (39). De notar que, cerca de 10% dos óbitos, a nível nacional, são considerados “mortes de causa indeterminada” e é difícil fazer-se a exclusão, com total segurança, de uma morte de etiologia suicida (11).

Nos últimos 45 anos as taxas de suicídio aumentaram 60 % (40), no entanto, a partir da década de 90, verificou-se um declínio em diversos países (41).

**Figura 1- Taxas de suicídio em Portugal entre 1990-2000**



Da análise da figura é possível verificar-se que, também em Portugal, a partir da década de 90, existiu um declínio das taxas de suicídio, sendo o declive mais notável no género masculino, na faixa etária entre os 45 e os 64 anos de idade. Possíveis explicações para este declínio poderão estar relacionadas com a implementação de legislação mais

restritiva para o uso e porte de armas, em países como os Estados Unidos da América e Austrália (19) bem como, a emissão de alertas para a restrição do uso de pesticidas.

O suicídio tem uma maior prevalência em pessoas idosas, aposentadas, desempregadas, divorciadas, sem filhos, residentes em locais urbanos e que habitam sozinhas (42). Ainda assim, existem também taxas de suicídio que aumentam desde a infância até a adolescência, atingindo um pico aos 15 anos de idade (5). Diferentes estudos e relatos demonstram uma maior incidência de morte por suicídio em indivíduos do género masculino (2, 3, 5, 11, 14, 40, 42, 43, 44), sendo a incidência de suicídio em adolescentes do género masculino com idade entre 15-19 anos, 2 a 6 vezes superior do que em adolescentes do género feminino da mesma idade (5). Por outro lado, a ideação suicida e as tentativas de suicídio são muito mais altas no género feminino do que no género masculino após a puberdade (43).

Esta temática merece uma atenção redobrada de vários grupos profissionais, pois estima-se que em 2020 o número de suicídios aumente e alcance 1,5 milhões, se os esforços de prevenção e de tratamento não tiverem o apoio de medidas económicas e legislativas adequadas (2).

Relativamente ao método de eleição, em Portugal há uma preferência pela asfixia por enforcamento, estrangulamento e sufocação como principal método de suicídio em ambos os géneros, seguida pela intoxicação por pesticidas. O terceiro método mais utilizado pelas mulheres é a asfixia por afogamento, enquanto o dos homens são as armas de fogo (11).

Por fim, é essencial referir que relativamente aos comportamentos autolesivos e às tentativas de suicídio, os dados epidemiológicos são extremamente incompletos, pois só se tem conhecimento de uma pequena percentagem da realidade, com a agravante de que tanto a ideação suicida, como a tentativa de suicídio e os comportamentos autolesivos são dos principais fatores de risco para o suicídio. (2, 5, 45).



#### 4. Adolescência e droga

O desenvolvimento humano foi abordado ao longo da história por diversos autores, tais como Piaget, Freud, Wallon, Gesell, Erikson (46).

A adolescência é um processo de transformação de uma criança em um adulto e etimologicamente deriva de *adolescere*, que designa desenvolver ou crescer, daí, o adolescente é um ser em crescimento (47).

Nesta fase estão presentes mudanças extremamente importantes, quer a nível psicossocial quer a nível fisiológico, e a interação do adolescente com o contexto é relevante, pois reforça a sua individualidade e a heterogeneidade desta fase que impossibilita a determinação de um padrão comum e universal (48). A adolescência pode ainda ser dividida em 3 fases, a primeira denominada de pré- adolescência (12-15 anos), onde ocorrem principalmente mudanças físicas, sentimentos de solidão e, por vezes, um certo isolamento; a segunda fase é a adolescência propriamente dita (15-18 anos) e por fim, a fase final da adolescência (18-21 anos) designada também de pós-adolescência (47). Nesta fase é inevitável uma mudança na estrutura familiar, pois o adolescente com todas as mudanças a nível do pensamento inerentes, desenvolve novas capacidades face aos papéis desempenhados pelos vários elementos da família (49). Ao longo desta fase, é normal que o indivíduo tenha de tomar decisões fulcrais que certamente irão afetar a sua vida futura, causando situações de *stress* e tensão emocional. Este é um período de grande vulnerabilidade, com um risco acrescido de perturbações emocionais e comportamentos de risco, tais como, o consumo de álcool e drogas, relações sexuais não protegidas, entre outros. É de salientar que esta vulnerabilidade poderá estar associada a desenvolvimentos específicos em regiões corticais na puberdade (5).

Assim, a adolescência inicia-se com mudanças emocionais e físicas e termina com a formação de valores e de identidade. O aconselhamento nesta fase poderá ser fundamental (50), sendo que a não existência de orientação poderá levar o adolescente a tentar o suicídio, pois poderá existir um fracasso a nível do desenvolvimento familiar, social e individual (6).

O consumo de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, transformou-se numa preocupação mundial nas últimas décadas, em função da sua amplificação e dos riscos à saúde provenientes de seu uso. O uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas constituem problema relevante nas sociedades atuais. À década de 60, as drogas eram consideradas um problema verificado em adultos, porém, a partir desta década, o consumo destas substâncias transformou-se numa preocupação mundial, com a eclosão nos países industrializados, e particularmente nos Estados Unidos, em que a preocupação com o uso de drogas começou a sentir-se nos campos universitários.

Entre 1975 e 1978, as investigações apontavam para um aumento do consumo de quase todas as drogas, sendo elas lícitas e ilícitas, em estudantes que frequentavam as escolas secundárias e superiores (51).

O consumo de substâncias psicoativas é um tópico que também concebe no nosso país uma grande preocupação social, justificada à luz dos diferentes estudos realizados e dos dados da atualidade sobre o abuso destas substâncias. Desde que o consumo destas substâncias ilegais sofreu um forte crescimento em Portugal na década de oitenta, o abuso de substâncias psicoativas, sejam estas de venda legal ou ilegal, é reconhecido como um dos principais problemas, sobretudo entre os jovens.

Aliás o meio escolar, sobretudo o grupo de pares e a esfera social no qual o adolescente está envolvido, são considerados os maiores preditores do consumo de substâncias na adolescência. Na escola identificam-se fatores que podem beneficiar comportamentos de risco, nomeadamente a falta de motivação ligado ao baixo proveito escolar, assim como a vontade de independência, mas fraco interesse na realização pessoal (52).

A psicopatologia das dependências no adolescente, como um fenómeno multideterminado por vários fatores quer de ordem biológica, psicológica e sociocultural, refere-se a uma complexidade desenhada através de “constelações aditivas” (53).

Usuários destas substâncias procuram nelas um ou mais dos seguintes efeitos, o alívio da dor; a redução de uma atividade ou sensação desagradável; o aumento do nível

de atividade e da sensação de energia e/ou redução da sensação de cansaço; a obtenção de modificações da percepção atual que o indivíduo tem do seu meio físico e social; a exploração interior, separação entre o espírito e o corpo, aumento da intensidade das experiências sensoriais; e o atingir diversos graus de euforia (54).

Por definição, a toxicod dependência refere-se a um estado de dependência psicológica e/ou física originado pelo consumo repetido de uma substância psicoativa, caracterizado pela procura e consumo compulsivo, por vezes descontrolado, de drogas (55).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aclara o conceito de droga como qualquer substância que tenha a capacidade de produzir um estado de dependência e estimulação ou depressão do sistema nervoso central, resultante de alucinações ou distúrbios nas funções motoras, cerebrais, comportamentais ou na percepção. Consideram-se drogas de abuso todas as substâncias químicas, de origem diversa, psicotrópicas, cujo consumo se processa de modo mais ou menos compulsivo. As drogas podem ser classificadas como drogas lícitas (sendo o álcool a única droga lícita) e ilícitas, de origem natural, semissintética ou sintética, as quais por sua vez se podem classificar em substâncias estimulantes, depressoras do sistema nervoso central ou alucinogénias. Apesar de todas atuarem a nível do Sistema Nervoso Central (SNC), as drogas dividem-se em diferentes categorias e, são classificadas de acordo com os efeitos que produzem no indivíduo.

Deste modo, dividem-se em Depressores que, produzindo um efeito sedativo geral deprimem a atividade cerebral (ex.: álcool); Narcóticos, que provocam um efeito entorpecente sobre experiências sensoriais (ex.: opiáceos); Estimulantes, que exercem um efeito estimulante geral contribuindo para o aumento da atividade cerebral (ex.: cocaína) e Alucinogénios, que exercem um efeito de distorção sobre as experiências sensoriais, atuando sobre o cérebro distorcendo a percepção da realidade por alteração dos sentidos (ex.: LSD, canabinóides) (56).

Tabela 3- Classificação das drogas segundo o seu mecanismo de ação e efeitos a nível do SNC (Adaptado de Holmes, 2001).

| Categoria da Droga    | Mecanismo de acção              | Efeitos a nível do SNC                      | Exemplos                                    |
|-----------------------|---------------------------------|---|---|
| Depressores           | Deprimem centros de estimulação | Sedação                                     | Álcool<br>Barbitúricos<br>Benzodiazepínicos |
| <b>Narcóticos</b>     | Reduzem a transmissão neural    | Entorpecimento dos sentidos e alívio da dor | Morfina<br>Heroína<br>Metadona              |
| <b>Estimulantes</b>   | Activam a transmissão neural    | Estimulação                                 | Cocaína<br>Cafeína; Nicotina<br>Anfetaminas |
| <b>Alucinogénicos</b> | Varia, dependendo da droga      | Distorção sensorial e perceptiva            | Cannabis<br>Ecstasy; LSD                    |

Relativamente às drogas depressoras estas reduzem a atividade do cérebro, sendo também classificadas como sedativas. Estas substâncias deprimem o funcionamento do SNC, o que indica que os indivíduos que as consomem ficam "apagados", "lentos", e apresentam um desinteresse comum pelas coisas do quotidiano. Destas fazem parte o álcool e os ansiolíticos que normalmente são prescritas para aliviar a ansiedade e tensão, porém podem perder o carácter medicamentoso e podem provocar dependência quando usadas de forma incontrolada e sem supervisão médica. Os resultados dessas substâncias podem ser caracterizados pela diminuição de ansiedade, indução de sono, relaxamento muscular e redução do estado de alerta (57).

Os Narcóticos, por sua vez, dizem respeito a uma classe de drogas que incitam o sono, e abrange os opiáceos, como o ópio e a morfina, que são adquiridos através do extrato de uma planta chamada *Papaversomniferum*, conhecida popularmente com o

nome de “Papoula do Oriente”. Ao fazer cortes na cápsula da papoula, quando ainda está verde, obtêm-se um *látex*, o ópio. Quando seco, a seiva passa-se a chamar pó de ópio. A morfina é a mais conhecida, e o seu nome deriva de Morfeu, o deus dos sonhos na mitologia grega (57), do ópio ainda é possível obter outra substância, a heroína, ao fazer uma pequena modificação química na fórmula da morfina. A heroína é, portanto, uma substância semissintética ou seminatural (58).

Relativamente às drogas estimulantes do SNC, estão substâncias que atuam aumentando a atividade cerebral, ou seja, proporcionando um estado de alerta por um maior período de tempo. Neste conjunto, as principais drogas são as anfetaminas a cocaína e o tabaco. As anfetaminas são apresentadas para uso por ingestão, inalação, injeção e fumo (59). Os seus efeitos são muito semelhantes aos da cocaína, distinguíveis apenas através de testes químicos, contudo diferem quanto à duração dos efeitos e à toxicidade, já que produzem efeitos de longa duração e acumulam-se no cérebro e nas células de gordura (58).

A cocaína, por sua vez, é extraída das folhas de uma planta denominada *Erythroxylon coca*, encontrada originariamente na América do Sul. Ela pode impedir os neurónios periféricos da transmissão de sinais de dor, causando um efeito anestésico local.

Por fim, as drogas alucinogénias que com a ingestão destas, o cérebro passa a funcionar de maneira anómala, estando o seu desempenho comprometido. Destas fazem parte o *Cannabis*, *LSD* e *Ecstasy*. Dos alucinogénios sintéticos, o *LSD* é o mais representativo e talvez a mais potente droga alucinogénia existente. É usado geralmente por via oral, embora possa ser misturado casualmente com tabaco e fumado. A experiência subjetiva com o *LSD* e outros alucinogénios depende da personalidade do usuário, das suas expectativas quanto ao uso da droga. Enquanto alguns indivíduos experimentam um estado de excitação e atividade, outros ficam serenos e passivos. Sentimentos de euforia e excitação alternam-se com episódios de depressão, alucinações e sensação de pânico (58).

## **5. Fatores de Risco *versus* Fatores de Proteção**

Na literatura são identificados inúmeros fatores de risco e fatores de proteção. Todavia, é importante salientar que nem a presença de fatores de risco conduz obrigatoriamente a um comportamento suicida, nem a presença de fatores protetores impede a ocorrência dos mesmos. Os fatores de risco consistem em características ou variáveis que aumentam a probabilidade dos indivíduos desenvolverem ideação suicida ou adotarem condutas suicidas (60). Já os fatores de proteção, como por exemplo, um bom suporte social e familiar, ausência de doença mental e acesso a cuidados de saúde, reduzem o risco de suicídio e são considerados como isoladores contra o suicídio. Estes comportamentos são mais comuns em certas circunstâncias devido a fatores de risco como culturais, genéticos, sociais, entre outros (61). Torna-se assim imprescindível a identificação dos fatores de risco/proteção para a prevenção do suicídio, sendo que uma maior existência de fatores de risco aumenta a probabilidade de comportamentos autolesivos e atos suicidas (2).

Portanto, dentro do grupo dos fatores de risco encontram-se três grandes categorias: individuais, socioculturais e fatores de contexto, sendo que dentro das individuais existem a idade, o género, a residência urbana/rural, a existência de perturbação mental, a resiliência e a história familiar. Nos fatores socioculturais insere-se o isolamento social, o absentismo escolar, o acesso limitado aos cuidados de saúde, os comportamentos sexuais de risco, o desemprego e o acesso a meios letais.

### **5.1 Fatores de Risco**

#### **5.1.1 Fatores Individuais**

##### **A) Idade**

Mais de metade dos suicídios ocorrem após os 64 anos de idade, sendo que, em Portugal o suicídio em adolescentes tem diminuído nas últimas décadas, todavia uma

das principais causas de morte nos jovens de idades compreendidas entre os 14 e 24 anos continua a ser o suicídio (2). É importante salientar que existe um aumento consistente na taxa de suicídio desde a infância até à adolescência devido à maior prevalência de psicopatologia nos adolescentes (62). Este aumento deve-se também ao fato dos adolescentes se tornarem mais aptos cognitivamente para planear e executar um suicídio que seja letal, tendo uma intenção e motivação, bem como uma letalidade superior (62).

No que se refere aos comportamentos autolesivos, estes são mais comuns também nos grupos etários mais jovens (2).

#### B) Género

Curiosamente, a taxa de suicídio dos indivíduos do género feminino são três vezes menores do que a do género masculino (2,37). Já as tentativas de suicídio e ideações suicidas são mais frequentes nas mulheres, principalmente após a puberdade, com uma probabilidade dez vezes maior de realizar tentativas de suicídio (10).

#### C) Residência

É de evidenciar que em Portugal, é mais frequente em meio rural a existência de suicídios. No entanto regista-se uma propensão para um aumento nos centros urbanos (2).

#### D) Perturbação Mental

A Perturbação Mental está presente em 80% a 90% das vítimas de tentativa de suicídio e de suicídio. Existem determinadas perturbações que elevam o risco de suicídio, nomeadamente, perturbações de humor, perturbações psicóticas e perturbações de ansiedade (2). De salientar também a importância do estado de humor, de ansiedade, de conduta e, de abuso de substâncias como álcool e drogas (63). É de referir ainda que os atos suicidas e comportamentos autolesivos podem surgir em adolescentes que não apresentam nenhum quadro de perturbação mental, o que ocorre em cerca de 5- 10% dos jovens que se suicidam (2).

#### E) Resiliência

A personalidade do próprio adolescente é extremamente importante, pois a capacidade para gerir a dor psicológica, a capacidade de resiliência para utilizar recursos internos e externos são fatores relevantes que podem aumentar ou diminuir o risco de suicídio. Determinados traços de personalidade estão relacionados a um maior risco, tais como o perfeccionismo, a hostilidade, a impulsividade, a dependência, a rigidez entre outros (2).

#### F) História Familiar

De suma importância, e provavelmente o cerne da questão é a história familiar. A depressão, o abuso de substâncias e o comportamento antissocial por parte dos pais constitui fatores de risco quer de tentativa de suicídio quer do ato suicida nos jovens (62). Também a perda de um parente, o divórcio, uma relação familiar complicada, a existência de maus tratos no seio familiar são fatores associados a um aumento do risco do ato suicida e do comportamento suicidário nos adolescentes (11, 42, 63, 64). Ainda nos últimos anos, diversos estudos genético-epidemiológicos têm consistentemente proposto que o componente genético é significativo. Entretanto, o modo exato através do qual os genes aumentam a predisposição de certos indivíduos a cometer o suicídio é ainda desconhecido (65). No entanto, apesar das certezas em que o divórcio dos pais e a presença de um padrasto estão associados a tentativas de suicídio e à ideação suicida, foi referido que o conflito conjugal é um preditor mais forte para o futuro suicídio do que o divórcio, tendo em conta que muitos dos problemas vividos por crianças em famílias cujos pais posteriormente se divorciam, podem ser observados muito antes de separação (66). Para a transmissão familiar da tendência suicida contribui ainda o abuso infantil, já que uma história parental de abuso aumenta o risco da descendência ser igualmente abusada. Desta forma, os maus tratos são não apenas um fator de risco para os indivíduos vítimas de abuso enquanto crianças, mas também para os da próxima geração (64).



### **5.1.2 Fatores socioculturais**

#### **A) Isolamento Social**

Ao longo dos anos de estudo têm-se vindo a associar diversas consequências ao retraimento social. Entre elas podem constar a timidez, o isolamento social, a passividade, a ansiedade, a baixa autoestima, a rejeição de pares, a vitimização, os problemas de internalização e externalização de problemas, a depressão e a inibição comportamental, entre muitos outros (67). Todas estas características contribuem como fatores de risco para ideações ou até mesmo tentativas de suicídio.

#### **B) Absentismo escolar**

Considerado também muitas vezes como a ponta do iceberg existe o absentismo escolar, onde atrás deste fenómeno escondem-se muitas outras situações de risco. Inúmeros estudos revelam que jovens com comportamentos autolesivos e com atos suicidas registam insucesso ou abandono escolar (2,68). Poderão existir algumas dificuldades nas relações interpessoais, normalmente marcadas com isolamento ou agressividade. Na literatura é também referido que o fato de ter um amigo com tentativa de suicídio poderá aumentar o risco da tentativa 2-4 vezes mais, nos jovens com idades compreendidas entre os 15 e 19 anos, quer no género masculino como feminino (2).

#### **C) Acesso limitado aos cuidados de saúde**

São vários os possíveis impedimentos ao acesso a cuidados de saúde. O estigma relativamente à doença mental poderá ser uma barreira na procura de ajuda a nível mental, bem como a débil preocupação dos profissionais a nível de cuidados de saúde primários (2).

#### **D) Comportamentos Sexuais de Risco**

Outro fator de risco de extrema importância é o comportamento sexual de risco no adolescente, que compreende o género desprotegido (ato de manter relações

sexuais sem o uso de preservativo), e a existência de múltiplos parceiros sexuais (69). Segundo a literatura existem 5 categorias para o nível de risco do comportamento sexual nomeadamente, género sem penetração; género com penetração com parceiro único e com uso do preservativo; género com penetração com parceiro único e sem uso de preservativo; género com penetração com parceiro ocasional e com o uso de preservativo e por fim, género com penetração com parceiro ocasional e sem uso de preservativo (70). É de referir que esta classificação tem também algumas limitações, sendo que, por exemplo, também há risco de contaminação de infeções sexualmente transmissíveis no género sem penetração.

Este é um dos fatores de risco mais relevantes pois na maior parte das vezes está associado a consumo de substâncias, álcool e graves problemas familiares.

#### E) Desemprego

As crises económicas exercem um agravamento sobre a influência para o suicídio (71). É de evidenciar que o desemprego promove o declínio da saúde mental e do bem-estar, infligindo sofrimento mental e exacerbando vulnerabilidades sociais e de saúde mental preexistentes (72). O desemprego acarreta consequências, e provavelmente são mediadas por fatores como a privação de bens essenciais, uma diminuição do nível social, dificuldades domésticas e desesperança. Por outro lado, pessoas com transtornos mentais têm maior risco de desemprego do que pessoas com boa saúde mental (73).

#### F) Acesso a meios letais

Um importante facilitador é muitas vezes a acessibilidade aos meios que oferecem risco, principalmente em indivíduos com tendências impulsivas que caracterizam muitos dos atos suicidas nos jovens (2). Estes suicídios impulsivos utilizam métodos normalmente mais violentos, como armas de fogo, enforcamento e precipitação de alturas. Por isso, é fulcral restringir o acesso a métodos altamente letais para a prevenção do suicídio, muito particularmente, nos adolescentes e adultos jovens (74).

## **5.2 Fatores de Proteção**

Como já foi referido, os fatores protetores consistem em determinadas características que quando reforçadas minimizam o risco e previnem os comportamentos autolesivos e atos suicidas. Assim, estes fatores têm três subcategorias, individuais, familiares e sociais.

### **A) Fatores Individuais**

Estes fatores consistem na capacidade do indivíduo criar e procurar soluções para os seus problemas e conflitos, ter autonomia no pedido de ajuda, autoestima, projetos de vida, ocupações e aptidão para novas aprendizagens (2).

### **B) Fatores familiares**

Um bom suporte familiar, um bom ambiente familiar e a existência de relações de confiança são fatores de proteção essenciais para a diminuição do risco.

### **C) Fatores Sociais**

A questão da empregabilidade, um acesso aos cuidados de saúde e articulação com vários serviços de índole social (2) são também fatores de proteção fundamentais.

**Tabela 2- Fatores predisponentes e precipitantes (75)**

| Fatores Predisponentes  | Fatores Precipitantes  |
|---|--|
| Género (masculino: suicídio; Feminino: tentativas);                                       | Separação Conjugal;  |
| Idade (mais jovem: tentativa; idoso: suicídio);   | Rutura de relação amorosa;   |
| História familiar de suicídio, alcoolismo, ou outros;                                     | Rejeição afetiva/social;   |
| Perturbações mentais;   | Alta recente de hospitalização psiquiátrica;   |
| Tentativa (s) prévia (s) de suicídio;   | Graves perturbações familiares;  |
| Presença de doença física;  | Perda de emprego;  |
| Presença de desesperança;   | Modificação da situação económica ou financeira;   |
| Estado civil: Divorciado, viúvo ou solteiro;  | Gravidez indesejada (principalmente para solteiras);                                     |
| Abuso físico, emocional ou sexual na infância;  | Vergonha / Medo de ser descoberto (por algo socialmente indesejável); Perda de familiar. |
| Estar desempregado ou reformado;  |  |
| Isolamento social;  |  |
| Pertencer a uma minoria sexual (homossexuais, transsexuais); Baixo nível de Inteligência. |  |

A presença de múltiplos fatores de risco não implica necessariamente que a pessoa cometa suicídio. Na maior parte das vezes, é a conjugação de alguns dos fatores supra mencionados que desencadeiam uma sensação de desespero suficientemente intensa para colocar a ideia de suicídio. É ainda importante fazer uma distinção entre os fatores predisponentes, isto é, aqueles remotos, distais, que criam o terreno no qual eclodem os comportamentos suicidas, e os fatores precipitantes, proximais, que os desencadeiam (Tabela 2).

## **6. Famílias disfuncionais e tipologias familiares**

O desenvolvimento socioeconómico que se tem verificado ao longo dos tempos conduziu a inúmeras alterações na dinâmica familiar, modificando as relações intrafamiliares e os papéis sociais desempenhados por cada um dos elementos do agregado (76). Com a constante evolução, o conceito de família foi também sofrendo alterações e desta forma, passou a ter uma maior individualização dos membros, e consequentemente, uma maior liberdade de ação. (76, 77, 78). Todavia, na vida destas famílias está subjacente, períodos inerentes de conflito, tensão e dificuldade bem como, momentos de satisfação, tornando-se um processo de constante construção individual (77). É de referir, que quando o normal funcionamento é quebrado, surgem complicações e diversas perturbações no seio familiar, surgindo então o conceito de famílias multiproblemáticas. Este conceito surgiu a meados do ano 1950, decorrente de investigações e atuações de profissionais no âmbito da ação social. Inicialmente, este conceito de famílias multiproblemáticas era dirigido apenas a famílias com dificuldades económicas e de baixo estatuto social. No entanto, com a evolução e necessidade de estudo de temática percebe-se que a relação entre a pobreza e problemas familiares não estava apenas restrita às classes sociais mais desfavorecidas, essas classes eram apenas as mais visíveis para os serviços sociais e para a comunidade. Desta forma, uma família multiproblemática pode pertencer a qualquer estrato social, cultural e económico, sendo cada vez mais frequentes na sociedade contemporânea. É muitas vezes, caracterizada pela instabilidade e indefinição em questões como, definições de tarefas e até mesmo regras de relacionamento (79).

Em algum momento da vida, todas as famílias envolvem-se com instituições da comunidade. Cada família está inserida numa comunidade que possui uma rede de instituições, como por exemplo, a escola, o centro de saúde, a segurança social, e outras. Desta forma, e consoante os serviços, os pedidos de intervenção podem ser por iniciativa das próprias famílias ou através do encaminhamento realizado por outros profissionais

que identifiquem determinados problemas (79). Assim, quando há necessidade de intervenção numa família disfuncional existe uma multiassistência, ou seja, diversas instituições e diversos profissionais intervêm junto da mesma família. Todavia, esta multiassistência pode gerar sobreposições de atuações, tornando desta forma a intervenção fragmentada para ambas as partes.

No presente estudo torna-se ainda essencial compreender as características das famílias quando o seu funcionamento é saudável, desequilibrado ou até mesmo disfuncional. A tipologia familiar tem sido uma das variáveis mais estudadas quanto ao impacto que a estrutura e a composição da família têm no funcionamento familiar. De inúmeras tipologias familiares estipuladas pela literatura, quatro delas destacam-se, nomeadamente a família nuclear, a família alargada, a família reconstruída e a família monoparental. Desta forma, por família nuclear entende-se que coabitem na mesma casa pais e filhos e que se encontrem os subsistemas, individual, conjugal, parental, filial e fraternal, ou seja, constituída por marido, mulher e filhos (80, 81). No que respeita à família monoparental, o subsistema parental está representado por um dos elementos, isto é, os filhos vivem apenas com um dos pais (77). A família monoparental pode surgir da ocorrência de uma crise, separação ou divórcio, viuvez ou progenitor solteiro. Relativamente às famílias reconstruídas, estas têm origem num casamento em que pelo menos um dos cônjuges já foi casado e teve outra família da qual resultam filhos, incluem pessoas que já tiveram famílias nucleares e que atualmente formaram outra família (77, 82). Por fim, as famílias alargadas são constituídas por elementos que podem ser ascendentes, descendentes ou colaterais da família nuclear, isto é, do ponto de vista do casal, pode ser constituída por pais, netos ou tios/sobrinhos (77).

## **7. O Serviço Social em Portugal**

A criação do Serviço Social em Portugal foi oficializada com a conceção de três escolas de Serviço Social na década de 30 a 40 do século XX. Estas surgiram enquadradas no projeto político e ideológico do Estado Novo e eram da responsabilidade de organizações privadas religiosas. Em 1939 foi reconhecido o diploma desta “recente profissão” (83).

O surgimento da primeira escola de Serviço Social está associado ao congresso da União Nacional onde foi debatido o projeto político ideológico do denominado Estado Novo. Este projeto considerava que as instituições de caridade deveriam cuidar da assistência social organizada e exigia a criação de escolas e de profissionais habilitados para o seu exercício (83). O curso de Serviço Social era organizado em três anos. A formação académica incluía três grandes temas: Educação Social; Medicina Social e o exercício da prática em instituições sociais. O curso praticava sobre o Serviço Social e os seus modos de funcionamento, enfatizando a dimensão individual e familiar assim como as práticas, implicando a realização de inquéritos, visitas, relatórios e monografias (89). As instituições presentes neste contexto socio histórico eram asilos e albergues, reformatórios, tutorias de menores, hospitais e instituições sociais associadas à religião como as Santas Casas da Misericórdia.

Durante a década de 60 e início de 70, a intervenção do Estado situou-se sobretudo na melhoria das condições de saúde e de proteção social no sentido de “reprodução da força de trabalho”. Neste contexto de mudanças políticas e sociais também no Serviço Social foram realizadas transformações. A primeira foi o reconhecimento do curso de Serviço Social como um curso de ensino superior (83). Relativamente à formação, enquanto na Europa e Estados Unidos se exercitavam as metodologias de grupos e comunidade, métodos associados à psicanálise e psicodinâmicas, em Portugal continuava-se a exercitar-se o modelo de Medicina Social associado à mudança de comportamento individual dos pobres, o *case work* (84).

O contexto de mudanças da realidade social e continuidades das orientações políticas e ideológicas traduziu-se numa consciencialização profissional da necessidade de mudar as orientações da profissão. As assistentes sociais, agora com mais expressão numérica, estavam integradas em empresas, instituições de caridade religiosas e serviços do Estado e começaram a questionar as suas práticas (85).

Posto isto, inicia-se uma nova fase de reafirmação profissional entre 1974 e 1990. Esta modificação permitiu à profissão fortalecer o seu estatuto profissional através da criação de associações profissionais, carreiras, definição de conteúdos funcionais, reconhecimento e valorização da formação académica permitindo igualmente a

reconfiguração dos cursos de bacharelato para licenciatura em 1989 e outras formações pós-graduadas como mestrados. O Serviço Social desenvolveu, consolidou e reafirmou o seu papel profissional na sociedade portuguesa contribuindo para a melhoria de condições de vida e de padrões de bem-estar.

Desta forma, torna-se importante referenciar algumas das datas mais importantes do percurso do serviço social:

1978 - Criação da Associação de Profissionais de Serviço Social, admitida como membro da Federação Internacional das Associações de Assistentes Sociais, em 1985; 1980 - Criação, no quadro do ensino universitário público da Licenciatura em Serviço

Social, designada posteriormente de Política Social;

1985 - O Instituto de Lisboa altera o seu Plano de Estudos para 5 anos, na perspectiva do reconhecimento da licenciatura, e estabelece um protocolo com a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Brasil) a nível da formação académica pós-graduada em Serviço Social, (1987);

1989 - Reconhecimento do grau de Licenciatura aos cursos de Serviço Social, ministrados nos Institutos (particulares) de Lisboa, Porto e Coimbra;

1990 - Reconhecimento do grau de Licenciatura aos diplomados em Serviço Social, a que se seguiu, em 1991, a criação da carreira de Técnico Superior de Serviço Social (TSSS), nos quadros da função pública, com transição automática;

1995 - Autorização, pelo Ministério da Educação, do Mestrado em Serviço Social, nos Institutos de Lisboa e Porto;

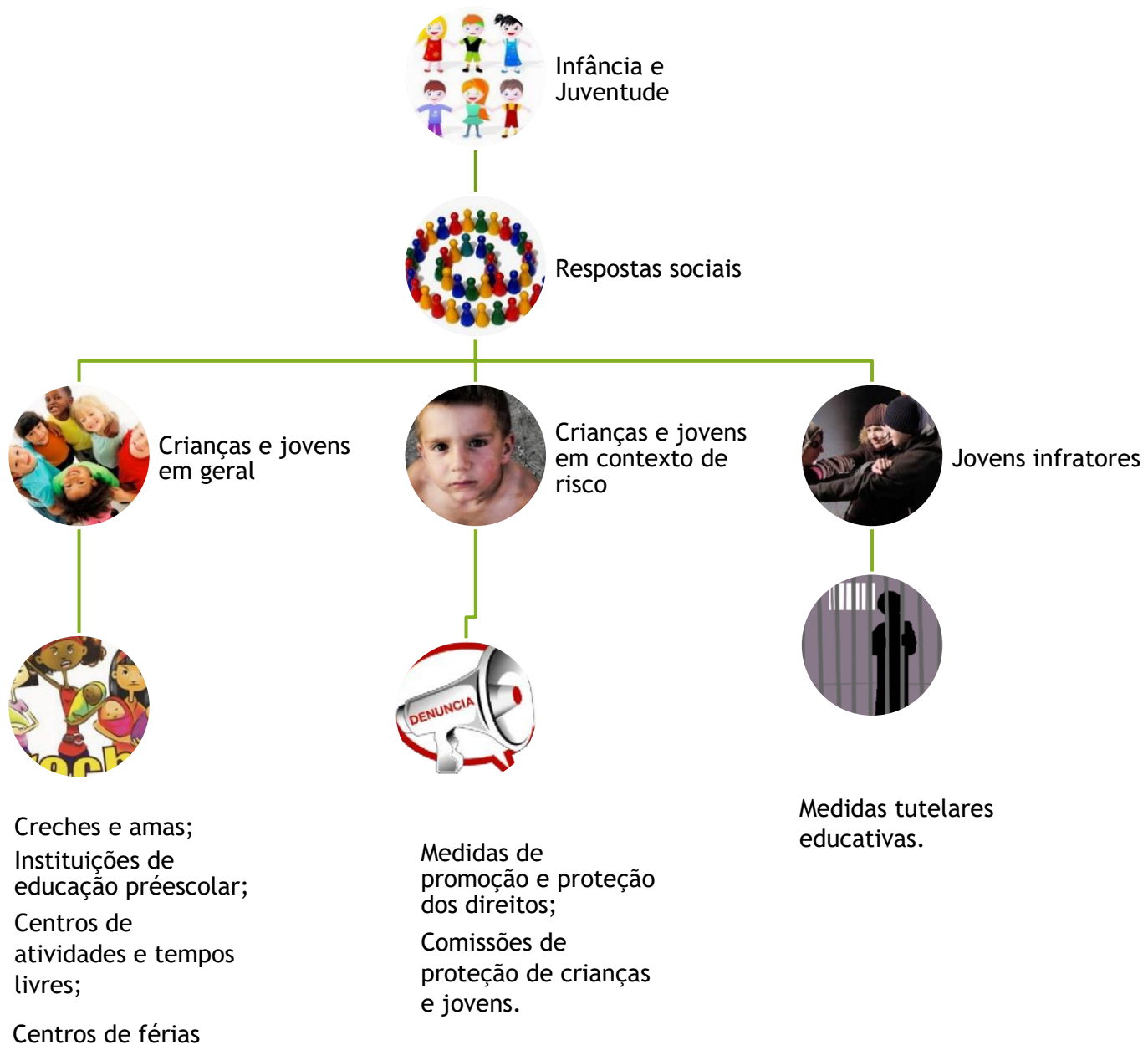
1996 - Criação da Licenciatura em Serviço Social na Universidade Católica Portuguesa, facto de grande significado já que a formação em serviço Social fora um seu desígnio histórico.

Desta forma, observa-se que a partir de meados da década de 90 pode delimitar-se uma nova fase do percurso histórico do serviço social em Portugal. Como dimensões relevantes desta nova fase podem apontar-se quer a profunda transformação da formação em serviço social no nosso país, quer a renovação da estrutura do mercado de trabalho dos TSSS com o setor privado social a tornar-se no setor predominante em detrimento do setor público em consequência da transferência de funções sociais do



Estado para as Instituições Particulares de Solidariedade Social e da retração do emprego público.

**Figura 2- Respostas Sociais à Infância e juventude**



No que concerne à intervenção social realizada na área da infância e juventude as respostas sociais ainda são limitadas, porém as medidas existentes para crianças e jovens estão distribuídas tendo em conta o contexto atual da criança/jovem. Desta forma, para as crianças e jovens em geral enquadram-se como respostas sociais as creches e amas, as instituições de educação pré-escolar, os centros de atividades e tempos livres e os centros de férias.

Nas crianças e jovens em situação de risco, a intervenção realizada é na maior parte das vezes com as Comissões de Proteção de crianças e jovens (CPCJ) e com a aplicação de medidas de promoção dos direitos.

Por fim, e com os jovens infratores que cometem crimes tipificados na lei como crime a intervenção social é alicerçada no acompanhamento das medidas tutelares educativas.

Relativamente à intervenção efetuada às famílias dos adolescentes, é na maior parte das vezes na linha de orientação familiar, sendo que o ideal é um trabalho planeado e organizado com todos os membros do agregado familiar. Todavia, nem sempre é possível tal intervenção, sendo que geralmente o trabalho de orientação é realizado junto da mãe. Outra questão importante, é o reconhecimento do limite de atuação profissional, pois quando a problemática ultrapassar a capacidade do profissional, este deve ter conhecimento dos seus limites e encaminhar para os serviços ou profissionais mais adequados e/ou com maior capacidade de intervenção. Desta forma, a atuação do TSSS com as famílias dos adolescentes passa por uma explicação à família relativamente à fase da adolescência e sobre a postura dos pais perante o processo inerente a essa fase; uma reflexão com os próprios adolescentes sobre as limitações dos pais neste processo de crescimento; uma reflexão sobre a dinâmica familiar e até mesmo sobre o relacionamento intrafamiliar (86).

**Tabela 4- Competências do(a) TSSS (87)**

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Competências Próprias:</b></p> <p><b>Avaliação psicossocial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situação de proteção social;</li> <li>- Funcionamento social;</li> <li>- Necessidades e recursos individuais e familiares;</li> <li>- Redes de suporte social formais e informais.</li> </ul> <p><b>Articulação com instituições sociais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mediação institucional;</li> <li>-Gestão de recursos comunitários;</li> </ul> <p><b>Aconselhamento Social:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Direitos;</li> <li>-Prestações sociais;</li> <li>-Recursos de reabilitação e integração comunitária.</li> </ul> | <p><b>Competências Partilhadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento/Triagem;</li> <li>- Articulação com os cuidados de saúde primários;</li> <li>- Apoio a famílias e cuidadores;</li> <li>- Prevenção de recaídas;</li> <li>- Planeamento de alta;</li> <li>- Treino de competências;</li> <li>- Gestão de conflitos;</li> <li>- Suporte emocional;</li> <li>- Continuidade de cuidados; -</li> </ul> <p>Informação à família para a sua participação no plano terapêutico;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenção na crise;</li> <li>- Função de terapeuta de referência.</li> </ul> |
|--|---|

Como é possível apurar pela Tabela 4, o(a) TSSS tem competências partilhadas com outros profissionais da equipa de saúde, nomeadamente o acolhimento do utente, a articulação com os cuidados de saúde primários, um apoio aos familiares e cuidadores, a prevenção de recaídas, o planeamento de alta, o treino de competências no utente, a gestão de conflitos maioritariamente no seio familiar, o suporte emocional, uma continuidade nos cuidados e uma adequada informação à família para uma participação ativa no plano terapêutico. No entanto, como qualquer profissional, o(a) TSSS também possui competências próprias e inerentes à sua profissão, mais especificamente, uma avaliação psicossocial com vista a necessidades e recursos pessoais e familiares, redes

de suporte social formais e informais, uma articulação com instituições (com o objetivo de mediar e de gerir os recursos comunitários) e por fim, e muito importante, o adequado aconselhamento social (87).

### **8. Observações sobre o Sistema de Proteção para crianças/jovens em situação de perigo (88)**

Com as constantes evoluções sociais e contextuais, torna-se fundamental criar leis que assegurem os direitos e a proteção de todas as crianças e jovens. Desta forma, em 1999 surge a Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro que veio, regulamentar uma nova abordagem à proteção e promoção das crianças e jovens que se encontram numa situação de perigo. Esta legislação tem por objetivo a promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, de forma a garantir o seu bem-estar e o seu desenvolvimento integral, conforme o artigo 1.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro (88).

Esta Lei possui de um conjunto de medidas de promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens em perigo, nomeadamente afastar o menor da situação de perigo em que se encontra, e proporcionar-lhe condições de proteção, de acordo com o art.º 3.º da Lei n.º 147/99 “A intervenção para promoção dos direitos e proteção da criança e jovem em perigo tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento ou quando esse perigo resulta da ação ou omissão de terceiros ou da própria criança/jovem, a que aqueles que não se oponham de modo adequado a removê-lo” (88).

Deste modo, uma criança ou jovem está em perigo quando existem várias situações de risco podendo assumir diferentes manifestações, tal como refere o art.º n.º 3 da Lei n.º 147/99 a criança encontra-se em risco sempre que se encontre numa destas situações mencionadas, “está abandonada ou vive entregue a si própria; Sofre maus-tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; é obrigada a actividade ou trabalhos

excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; está sujeita de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; assume comportamentos ou se entrega a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação” (88).

Sendo assim, sempre que qualquer pessoa tenha conhecimento que uma criança se encontre numa destas situações, ou seja, sempre que se encontre numa situação de risco pode (e deve) comunicar às Entidades Competentes em Matéria de Infância e Juventude, nomeadamente às Entidades Policiais, às CPCJ, à Segurança Social, e pode também comunicar às Escolas, às Autarquias Locais, aos Serviços de Saúde e Associações. As Autoridades Policiais por sua vez comunicam à CPCJ as situações de jovens e crianças em perigo que tenham conhecimento no exercício das suas funções. As Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude comunicam à CPCJ às situações de perigo do qual tenham conhecimento quando não podem assegurar atempadamente a protecção que a situação possa exigir.

Todas as crianças que se encontram numa situação de perigo devem ser sinalizadas e afastadas dessas situações, aplicando-se uma medida de promoção dos seus direitos e de protecção. Esta medida é uma providência adotada pela CPCJ ou em última instância pelos Tribunais, de modo a afastar a criança da situação de perigo em que se encontra. A medida de promoção dos direitos e protecção da criança tem de ser realizada através de um acordo de promoção e de protecção que é um compromisso escrito entre a CPCJ e os pais, ou nos casos em que é necessária a intervenção do tribunal, é um compromisso entre o tribunal e os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto e, ainda, a criança ou jovem com mais de 12 anos, pelo qual se estabelece um plano contendo medidas de promoção e protecção.

Entre as medidas de promoção e protecção, existem as Medidas em Meio Natural de Vida que procuram privilegiar e preservar os relacionamentos afetivos e o meio familiar e social próprio das crianças e, as medidas que procuram soluções de outra natureza,

que são as Medidas em Regime de Colocação, que tem como objetivo primordial assegurar igualmente a satisfações das necessidades, assim como, assegurar as condições necessárias a um desenvolvimento saudável. Mas nestas medidas os menores estão ausentes não só do seu contexto sociofamiliar de origem mas também de um meio familiar alternativo.

Contudo, de acordo com a Lei n.º 147/99 art.º n.º 34 as medidas de promoção dos direitos e de proteção são aplicadas, independentemente da sua natureza, sempre com o objetivo de retirar a criança da situação de perigo em que se encontra. Devem promover condições que permitem o seu bem-estar físico e psicológico para que se possam desenvolver integralmente e, garantir a recuperação física e psicológica das crianças vítimas de qualquer tipo de abuso. De destacar que as medidas de promoção e de proteção podem ser decididas a título provisório. De acordo com o art.º 37 da Lei n.º 147/99 as medidas provisórias são aplicadas nas situações de emergência ou enquanto se procede ao diagnóstico da situação da criança, não podendo a sua duração prolongar-se por mais de seis meses. Para além de que a aplicação destas medidas é da competência exclusiva das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e dos Tribunais. As medidas em meio natural de vida podem distinguir-se como Apoio junto dos pais, esta medida encontra-se em consonância com a preferência da prevalência na família. Esta superioridade reconhece que a família é um meio privilegiado de socialização e que toda a criança tem o direito de crescer harmoniosamente no seio de uma família, exceto em situações que exigem mesmo a separação da criança da sua família, tendo sempre em conta o interesse superior da criança. De acordo com o art.º39 da Lei n.º 147/99 esta medida tem como objetivo facultar à criança ou jovem apoio de natureza psicopedagógica e social, e também ajuda económica caso seja necessário. Podemos concluir que esta medida tem como objetivo primordial a aquisição ou o reforço de competências parentais necessárias indispensáveis ao exercício da parentalidade de forma adequada e responsável. A medida de Apoio junto de outro familiar surge quando existe a impossibilidade da criança manter-se com os pais, emprega-se esta medida no caso da família alargada se caracterizar como uma resposta válida. Nesta medida a criança vê a possibilidade de permanecer no quadro da família alargada, predominando

a ideia de que mesmo se tratando da família alargada não deixa de ser família e, portanto, é sempre geradora de afeto e vinculação positiva para a criança. Segundo o art.º40 da Lei n.º 147/99 tal como acontece com a medida anterior também podem usufruir de apoio de natureza psicopedagógica e económica se assim for necessário. Quando são aplicadas as medidas de apoio junto dos pais e a medida de apoio junto de outro familiar, os pais ou os familiares a quem a criança seja entregue podem frequentar um programa de formação com o intuito de adquirirem competências parentais necessárias e imprescindíveis aos cuidados dos menores.

Outra possibilidade do vasto leque de medidas a serem aplicadas é a Confiança a pessoa idónea, esta é também uma medida que visa a aquisição por parte da criança de competências emocionais, educativas e sociais que a capacitem para prosseguir em segurança o seu desenvolvimento. Quando é aplicada a medida de confiança a pessoa idónea a criança é entregue a uma pessoa que não faz parte da sua família biológica, mas que configura como uma figura importante capaz de a proteger. Segundo a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, de acordo com o art.º n.º 44 no caso da aplicação desta medida a colocação da criança ou jovem pode consistir na colocação sob a guarda de um candidato selecionado para a adoção por um competente organismo da segurança social.

Por último, existe o Apoio para a Autonomia de vida. Esta medida é aplicada a jovens com idade superior a 15 anos ou inferior, no caso de serem mães adolescentes, a aplicação desta medida tem como objetivo proporcionar as condições necessárias a autonomia, nomeadamente em contexto escolar, profissional e social, assim como, pretende a consolidação de relações com os outros e consigo próprio. O objetivo será criar condições de formação pessoal, profissional e de inserção na vida ativa. O art.º 35 refere que o jovem pode beneficiar de apoio económico, psicopedagógico e social, onde pode frequentar programas de formação com o objetivo de criar condições para que possam viver autonomamente.

Tal como as medidas em meio natural de vida, as medidas em regime de colocação, pretendem distanciar a criança do contexto de perigo e proporcionar o seu desenvolvimento. Porém, neste tipo de medidas a criança encontra-se retirada do seu

contexto sociofamiliar. Assim, o Acolhimento familiar que segundo a Lei de Proteção de Crianças e Jovens, consiste num sistema de cuidados para aquelas crianças que se encontram numa situação de perigo e não podem permanecer no meio familiar de origem. Esta medida está aclarada na Lei como em regime de colocação, uma vez que implica o afastamento da criança do seu contexto familiar e social. O art.º46 da Lei nº147/99 define que o acolhimento familiar “consiste na atribuição da confiança da criança ou do jovem a uma pessoa singular ou a uma família, habilitadas para o efeito, visando a sua integração em meio familiar e a prestação de cuidados adequados às suas necessidades e bem-estar e a educação necessária ao seu desenvolvimento integral”. O mesmo artigo contempla ainda, que se considera uma família “ (...) duas pessoas casadas entre si, ou que vivam uma com a outra a mais de dois anos em união de facto, ou parentes que vivam em comunhão de mesa e habitação” (88).

No acolhimento familiar a criança é entregue a uma família escolhida pela Segurança Social, sendo que este acolhimento se pode realizar em Lar familiar e Lar profissional. Lar familiar refere-se aquilo que a lei considera como família, por sua vez a família de acolhimento em Lar profissional é constituída por uma ou mais pessoas com formação técnica adequada, desta forma, o acolhimento em Lar profissional está mais direcionado para as crianças que possuam algumas necessidades especiais quer ao nível emocional, quer ao nível comportamental e que necessitem de cuidados específicos. O acolhimento familiar pode, ainda, ser um acolhimento de curta duração, ou seja quando se prevê que a criança regresse à família de origem num prazo nunca superior a seis meses, ou um acolhimento de longa duração, que por sua vez consiste num acolhimento de maior duração quando não estão criadas as condições necessárias para que a criança regresse à família.

Já o Acolhimento em Instituição, tal como refere o art.º49 da Lei n.º 147/99 “consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral” (88). É importante mencionar que as instituições podem ser públicas, sociais ou privadas



consoante o acordo de cooperação estabelecido com o Estado. Todavia, todas devem ter a mesma missão, a de promover uma relação afetiva semelhante à familiar e deve, ainda, permitir que a criança tenha um acompanhamento personalizado com integração na comunidade. Para além disso, estas instituições funcionam em regime aberto, a criança pode livremente entrar e sair da instituição desde que esteja de acordo com as normas de funcionamento da mesma.

Além disso, de acordo com a Lei n.º 147/99 art.º n.º 50 o acolhimento pode ser de índole temporária ou prolongado. Quando o acolhimento em instituição se realiza por um período não superior a seis meses, este realiza-se em Casas de Acolhimento Temporário e define-se como sendo de curta duração. O art.º n.º 50 refere que este prazo pode ser excedido “ (...) quando, por razões justificadas, seja previsível o retorno à família, ou enquanto se procede ao diagnóstico da respetiva situação e à definição do encaminhamento subsequente” (88) Por sua vez, o acolhimento prolongado ocorre em Lar de Infância e Juventude e destina-se a criança cujas circunstâncias do caso aconselham um acolhimento superior a seis meses. Os lares de infância e juventude podem ser especializados ou ter valências especializadas. Quer os centros de acolhimento temporário, quer os lares de infância e juventude dispõem de uma equipa técnica, a quem compete a tarefa de fazer o diagnóstico das situações das crianças que acolhem, bem como a definição do seu projeto de promoção e de proteção.

Segundo o art.º57 da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, as medidas aplicadas pela CPCJ ou em processo judicial, por decisão negociada, incluem um acordo de promoção e de proteção que em regime de colocação deve obedecer aos seguintes critérios, a modalidade de acolhimento, o tipo de família ou de lar em que se realiza o acolhimento, os direitos e os deveres dos intervenientes, nomeadamente a frequência das visitas por parte da família ou de outros significativos e as importâncias da prestação que correspondem aos gastos a ter com a criança. Esta informação de acordo com o art.º57 “ (...) deve conter os elementos necessários para avaliar o desenvolvimento da personalidade, o aproveitamento escolar, a progressão em outras aprendizagens, a adequação da medida aplicada e a possibilidade de regresso da criança ou jovem à família” (88).

## **9. A delinquência juvenil e a Lei Tutelar Educativa (LTE)**

No amplo conjunto dos comportamentos autolesivos, encontram-se muitas vezes jovens que além de se colocarem em perigo colocam também o(s) outro(s), portanto torna-se essencial uma elucidação desta temática da delinquência juvenil que inúmeras vezes está interligada com os comportamentos autolesivos.

Assim, ao longo de várias e diferentes épocas históricas, foram muitas as expressões empregadas no discurso plebeu para designar o comportamento dos jovens considerados mais rebeldes e perigosos, nomeadamente crianças e adolescentes problemáticos, incorrigíveis, vagabundos, desordeiros, indivíduos de mau caráter, alienados ou loucos (89). Na comunidade científica, uma multiplicidade de designações, tais como crime, delinquência ou perturbação do comportamento, têm sido atribuídas para definir os comportamentos antissociais (90). Este tema é de uma imensa multidisciplinidade pois, cruza os veres de várias disciplinas, particularmente do serviço social, da psicologia e do direito, tornando este um conceito complexo de definir. Na sua definição legal, a delinquência juvenil será definida como a prática de atos proibidos pela lei de uma determinada sociedade, por parte de crianças e jovens (91). Os comportamentos que são considerados delinquentes incluem delitos que são crime, se cometidos por um adulto, bem como uma variedade de comportamentos que são ilegais devido à idade do jovem (90). Na definição jurídico-legal está incluída o conjunto de respostas e de intervenções institucionais e legais em relação aos menores que cometem infrações criminais ou com comportamentos potencialmente delinquentes (92).

A noção de comportamento antissocial é essencial nesta temática de delinquência juvenil pois, revela-se um conceito mais abrangente, referindo-se a uma vasta gama de atividades como atos agressivos, furto, vandalismo, fugas ou outros comportamentos que traduzem, de um modo geral, uma violação de normas ou de expectativas socialmente estabelecidas (90). Esta conceção sociológica da delinquência entende que nem todo o indivíduo que comete um ato delinvente é, aos olhos da lei, um

delinvente (93), sendo identificados comportamentos considerados normativos nos anos de descoberta da adolescência como por exemplo, faltar às aulas, ingerir bebidas alcoólicas, ou até mesmo fugir de casa (94). O comportamento delinvente resulta de uma rede de fatores e é expressão duma constelação de problemas, pelo que não pode haver um foco apenas no indivíduo que põe em prática esse tipo de comportamento (95). As investigações da delinquência juvenil apoiam a ideia segundo a qual não há uma causa que, sozinha, seja responsável por todo o tipo de delinquência, como também não existe uma trajetória que, sozinha, leve o indivíduo para uma vida de crime (96). Uma vez que a delinquência pode ser considerada uma problemática onde se entrecruzam os níveis individual e social do fenómeno, este não poderá ser reduzido “a modelos de causalidade potencialmente passíveis de generalização, como se se pudesse falar de causas únicas e globais, ignorando-se a complexidade da vida social” (97).

Deste modo, estudos recentes (98) alertam para a necessidade de uma abordagem sistémica da delinquência juvenil fundamentada num conhecimento alicerçado nos fatores de risco e de proteção associados aos diferentes contextos em que os jovens se movem (família, escola, grupo de pares, meio comunitário).

Desta forma, e tendo em conta a delinquência juvenil é essencial analisar a LTE (99). Visto que a delinquência juvenil é considerada uma manifestação de condutas que se afastam e colocam em causa a normatividade estabelecida, torna-se relevante delimitar o quadro jurídico-legal e social no qual a abordagem a esta problemática se inscreve.

Desde 1911 que o regime português é um regime de proteção dos menores, tendo sido instituída, nessa época, a Lei de Proteção à Infância. Esta era designada a crianças em perigo, maltratadas e delinquentes, e caracterizada por considerar que a aplicação de sanções aos atos considerados delituosos pela lei penal seriam determinados, em primeiro lugar, pelas necessidades educativas dos jovens. Esta lei criou os primeiros tribunais de menores – as denominadas Tutorias de Infância, aplicando medidas próprias, essencialmente distintas das que vigoravam para os adultos. Porém, este sistema foi alvo de apreciações dado que o regime de internamento em grandes internatos previsto nesta lei foi acusado de exercer efeitos prejudiciais na estruturação da personalidade do menor e na sua reintegração social (100). A revisão do sistema

aconteceu em 1978 com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º314/78, de 27 de outubro, que instituiu a Organização Tutelar de Menores (OTM), regime jurídico que esteve em vigor até 2001. Este sistema era caracterizado pela escassez de relevância na distinção entre menores delinquentes e menores em risco, manifestando-se na privação de garantias processuais e no afastar do delito cometido para segundo plano na aplicação das medidas tutelares educativas (101).

Já em 1996, Portugal tinha iniciado um método de reforma do sistema tutelar de menores, que ficou declarada uma separação clara entre menores em perigo e os delinquentes juvenis, embutindo uma modificação elementar no sistema de justiça juvenil português (90). Essa mudança concretizou-se na entrada em vigor, em 2001, da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP), sob a alçada da Segurança Social, designada aos menores em perigo, e da LTE, sob a alçada do Ministério da Justiça, destinada aos menores envolvidos em comportamentos delinquentes. A LTE foi aprovada pela Lei n.º 166/99, de 14 de setembro, destinada aos menores com idades compreendida entre os 12 e os 16 anos que tenham praticado factos qualificados pela lei como crime, procedendo-se à aplicação de medidas tutelares educativas (MTE). As MTE aplicadas devem ser proporcionais não só à gravidade do facto, como também à necessidade de educação do jovem para o direito, tal pressupondo o conhecimento da personalidade do jovem, incluída a sua conduta e inserção socioeconómica, educativa e familiar. A educação para o direito incorpora, aliás, o eixo primordial da vertente reeducativa da LTE, cujo conceito exprime a necessidade de educação para o respeito pelos valores fundamentais à vida em comunidade que a prática do facto revela (102). Trata-se de fazer o jovem compreender os valores essenciais da comunidade e as regras elementares de convivência social a que qualquer cidadão deve obediência (103). A LTE prevê um vasto leque de medidas tutelares prevendo-se como medidas de carácter não institucional as seguintes, a admoestação, a privação de conduzir ciclomotores ou de obter permissão para conduzir ciclomotores, a reparação ao ofendido, a realização de prestações económicas ou de tarefas a favor da comunidade, a imposição de regras de conduta, a imposição de obrigações, a frequência de programas formativos e o

acompanhamento educativo (art.º4 da LTE). Prevê, ainda, uma medida de carácter institucional: o internamento em Centro Educativo.

Relativamente à tipologia do internamento em Centro Educativo (99) esta pode ser em regime aberto, semiaberto ou fechado. A medida institucional, de entre o conjunto das medidas tutelares, é a mais gravosa devido à privação da liberdade e restrição da autodeterminação pessoal que acarreta ao menor e, por isso, a lei reserva apenas para os casos de maior gravidade, onde as necessidades de socialização, ou seja, de educação para o direito e de inserção na sociedade de forma responsável, se verificam numa intensidade maior, mas sempre aplicada de acordo com a decisão judicial em cada caso concreto. Para a aplicação da medida de internamento em regime semiaberto ou fechado, para além dos pressupostos gerais, é necessário o preenchimento dos pressupostos específicos elencados nomeadamente no que se refere ao tipo/natureza, à moldura, em abstrato, aplicável ao crime correspondente ao facto qualificado pela lei como crime e ao número dos factos subsumíveis à categoria de crimes cometidos pelo menor, em suma, relacionam-se com a gravidade do(s) facto(s) cometido(s). Acresce um segundo pressuposto específico para a aplicação da medida de internamento em regime fechado previsto no artigo 17.º-4/b), em que o menor deverá ter idade superior a 14 anos à data da aplicação da medida. Quanto à duração das medidas de internamento institucionais, estas não podem ultrapassar o limite máximo da pena de prisão prevista para o crime correspondente ao facto, e os limites mínimos e máximos estão previstos nos números 1 e 2 do art.º18. A duração mínima da medida de internamento em regime aberto e semiaberto é de três meses. Já no regime de execução fechado é de seis meses. A duração máxima no regime aberto e semiaberto é de dois anos, sendo que no regime de execução fechado terá como duração máxima dois anos podendo ir aos três anos.

A medida de internamento em regime de execução fechado quando for aplicada realizar-se-á obrigatoriamente uma perícia sobre a personalidade do agente. É necessária a constituição de um Tribunal Misto para aplicar a medida de internamento a um menor que praticou um facto qualificado pela lei penal como crime, sendo este composto por dois juízes sociais e um juiz de processo, sendo este último aquele que

preside o julgamento. Será decidido por votação, tendo que haver maioria. Votam primeiro os juízes sociais (trazendo a opinião pública e os valores sociais dominantes na comunidade) por ordem crescente de idade e em seguida o juiz presidente que possui o voto de qualidade. Independentemente da constituição do Tribunal ou da medida tutelar a aplicar, a decisão é sempre fundamentada.

Relativamente ao regime aberto, os menores residem e são educados nos centros educativos, mas, preferencialmente, frequentam atividades no exterior do estabelecimento, como atividades educativas, formativas, previstas no Projeto Educativo Pessoal (PEP), mas também atividades laborais e lúdicas. Deste modo, não há um corte abrupto ao meio sociofamiliar em que o menor está inserido. O pernoitar, tal como as refeições, serão realizadas no centro educativo, para além de algumas atividades educativas terem, igualmente, lugar neste local. Com a evolução do PEP pode o menor sair sem acompanhamento do funcionário do centro, passar férias com os pais ou equivalentes, mas continuando a ser-lhe impostas certas obrigações no período em que está fora do centro educativo.

No regime semiaberto, o menor reside no centro educativo, é educado e frequenta atividades educativas e de tempo livre no centro, mas pode ser autorizado a conviver no exterior em atividades escolares, educativas ou de formação, laborais ou desportivas, na medida do que se revele necessário para a execução inicial ou faseada do seu projeto educativo pessoal. Quanto às saídas serão normalmente acompanhadas por funcionário do centro educativo. O passar férias com os pais ou equivalentes e o frequentar as supra citadas atividades no exterior irá depender, igualmente, da avaliação contínua e rigorosa do grau de evolução do PEP.

No que diz respeito ao regime fechado, neste, as crianças e jovens a quem foram aplicadas medida de internamento em regime fechado habitam, são instruídos e frequentam atividades formativas e de tempos livres exclusivamente dentro do estabelecimento. Logo todas as atividades diárias decorrem no centro educativo. Neste regime de execução as únicas saídas aprovadas são aquelas precisamente limitadas ao cumprimento de obrigações judiciais para satisfação de necessidades de saúde ou

outros motivos igualmente ponderosos e excepcionais e serão sempre acompanhados por funcionários.

### **10. A função do Técnico de Serviço Social Forense**

Em 1995, o órgão regulador da Educação no Trabalho Social publicou dois documentos, "Atender a Competência no Trabalho Social Forense" e "Trabalho Social Forense: Competência e Dados da Força de Trabalho" (104).

O primeiro provisionou uma definição do papel do técnico de serviço social forense, nomeadamente, "O trabalho social forense é o trabalho social com indivíduos com problemas de desordem mental que apresentam ou estão sujeitos a riscos significativos e, como consequência, estão em contato com o sistema de justiça criminal (...) o objetivo principal do trabalho social forense é manter a proteção do público-alvo e promover a qualidade de vida dos indivíduos, tendo em conta a multidisciplinaridade em parceria com outras instituições relevantes para identificar, avaliar e gerenciar riscos; identificar e desafiar estruturas e práticas discriminatórias; envolver-se de forma eficaz e identificar, desenvolver e implementar estratégias" (104). Uma vez que esta definição foi desenvolvida, a profissão de TSSS teve mudanças significativas, incluindo regulação e desenvolvimento da profissão em nível de pós-graduação e identificação de conhecimento explícito, habilidades e expectativas de capacidade profissional. No entanto, embora o contexto do papel e do TSSS como profissão tenha mudado ao longo dos últimos 20 anos, esta definição original do propósito do papel do TSSS forense permanece tão relevante hoje como no momento da sua publicação. A tarefa e o contexto do TSSS forense pode ter mudado, mas o papel em si permanece focado em transferir uma perspetiva social para a equipa multidisciplinar, realizando intervenções sociais e desempenhando funções estatutárias, inclusive no trabalho, com uma ampla gama de partes interessadas e instituições, para que sejam construídas pontes efetivas entre o internamento hospitalar e até mesmo estabelecimentos prisionais para posterior colocação e reinserção na comunidade. Tudo isto envolve planear e intervir em diversas questões, nomeadamente na resposta e preocupação da salvaguarda na

aplicação da Lei de Saúde Mental, no trabalho com famílias e vítimas de violência doméstica.

À medida que o TSSS progride na responsabilidade, autonomia, confiança e habilidade para intervir na complexidade das fronteiras organizacionais e profissionais, as suas necessidades de suporte mudarão também, pois aqueles que operam em níveis avançados / estratégicos provavelmente precisarão de um tipo diferente de apoio e supervisão de suas organizações / instituições de trabalho. Isso consistirá na gestão apropriada de redes e suportes sociais, e no envolvimento em debates e desenvolvimentos em diferentes organizações que prestam serviços de saúde mental e de saúde mental forense. É necessário que a orientação seja adequada para que o nível seja elevado, de forma a garantir a permanência fundamentada em abordagens e valores de trabalho social em todas as áreas de atuação. O TSSS Forense atua dentro dos seus limites profissionais tendo em conta valores como a empatia e autenticidade e são capazes de articular e manter uma perspetiva holística e social, englobando a compreensão do indivíduo, família, amigos, cuidadores e vítimas dentro de um contexto multiprofissional e em diferentes ambientes. Estes promovem a reputação da profissão dentro e fora das suas organizações e mantêm uma clara presença profissional e identidade do TSSS na equipa multidisciplinar, baseando sempre a sua prática em abordagens com base em evidências.

Os indicadores que demonstram capacidade para atuar nesta área incluem a capacidade de atender aos requisitos do regulador profissional, com a atual legislação e orientação de melhores práticas para todos os papéis que possam realizar; a capacidade de explicar, promover e modelar o papel do TSSS em um ambiente forense de saúde mental, articulando com as demais instituições exteriores; demonstrar, manter e, à medida que a capacidade aumenta, apoiar outros para demonstrar profissionalismo dentro de configurações multidisciplinares ao trabalhar com informações confidenciais; trabalhar dentro de limites profissionais, legislativos tendo em conta a complexidade das problemáticas, de modo a garantir a confiança e bem-estar dos utentes, incluindo a intervenção com indivíduos que apresentam alto risco de danos graves a outros; identificar, avaliar e trabalhar no âmbito da proteção dos direitos das crianças e



salvaguardar os acordos para adultos, apoiando colegas multidisciplinares; demonstrar capacidade de comunicação e intervir juntamente com uma série de partes interessadas, famílias, amigos, cuidadores e, outros profissionais; reconhecer e, com capacidade crescente, trabalhar ativamente para abordar limitações de conhecimento e habilidade; ser capaz de identificar, aumentar e superar as limitações na prática de outros colegas; identificar e ser capaz de abordar lacunas em conhecimento e competências através de treinamento e supervisão formal, ou suporte informal de redes profissionais internas e externas; promover o bem-estar próprio, e à medida que a capacidade se desenvolve, o bem-estar dos colegas. E por fim, desenvolver a resiliência em si e nos colegas para reconhecer as suas próprias necessidades e dessa forma conseguir evoluir profissionalmente (104).

### **11. Patologias mais relevantes na Psiquiatria da infância e adolescência**

#### 1) Perturbação do comportamento alimentar (PCA)

Dentro das PCA estão inseridas a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN), estas são consideradas patologias psiquiátricas caracterizadas por desequilíbrios alimentares, distorção da imagem corporal, comportamento purgativo e oposição ao tratamento (105). São patologias que maioritariamente têm início no fim da fase da adolescência e são mais comuns no género feminino (106). Relativamente à BN, esta é caracterizada pela deglutição forçada de alimentos, seguida da utilização de métodos compensatórios desadequados para impossibilitar o aumento do peso (vómito autoinduzido em 80-90% dos casos, uso de laxantes em 1/3 dos casos, diuréticos ou outros meios de compensação) (107, 108). Os bulímicos têm uma capacidade inesgotável para limitar o consumo alimentar, pois têm um pânico intenso de adquirir peso e possuem uma distorção da sua imagem corporal (108). A BN é composta por dois subtipos, o tipo purgativo, ou seja, um indivíduo bulímico tem, de forma frequente, condutas de autoindução do vómito ou abuso de laxantes, diuréticos ou enemas e ainda o tipo não purgativo, isto é, uma pessoa bulímica possui comportamentos

compensatórios inapropriados (jejum ou recurso a exercício físico intensivo, mas não recorre, habitualmente, a autoindução do vómitos ou abuso de laxantes, diuréticos ou enemas (106, 109). De referir que os bulímicos do tipo purgativo parecem estar associados a um maior número de sintomas depressivos e a uma maior preocupação com o peso e o corpo. O início do desenvolvimento da BN é normalmente no fim da fase da adolescência, ou no início da idade adulta (107). É caracterizada por perfeccionismo, comportamento obsessivo-compulsivo e disfórico (106). Estima-se que a BN afete 1,5 a 2,5% das mulheres da população geral, devido às pressões culturais e sociais exercidas pela sociedade, todavia, o predomínio nos homens é, aproximadamente, um décimo da das mulheres (106, 107). Cerca de 25 a 30% dos indivíduos bulímicos possuem uma história prévia de AN (106). Os bulímicos tendem a ser mais irrefletidos que os anoréticos e anseiam por novas sensações, exercendo assim um comportamento desequilibrado (106, 110). É importante referir que esta patologia encontra-se associada à depressão, automutilação, abuso de substâncias (álcool e estimulantes em 30% dos casos) e a outros comportamentos de risco (107, 111).

Por outro lado, existe a AN, esta é descrita por um medo intenso de ganhar peso, e ocorre uma distorção da imagem corporal e amenorreia, levando a um peso corporal inferior a 85% do Índice de Massa Corporal (IMC) esperado, a uma ansiedade, perturbação do comportamento, depressão, dificuldades nas mudanças, comportamentos estandardizados, perfeccionismo, comportamento obsessivo-compulsivo, pensamento inflexível, sentimentos de incapacidade, espontaneidade social diminuída, grande restrição da iniciativa e da expressão emocional (107, 111, 112, 113, 114, 115). Esta patologia é a terceira doença crónica mais frequente em adolescentes do sexo feminino e é a que apresenta a taxa de mortalidade mais alta 5,6% por década, podendo a morte ser causada por inanição, suicídio ou alterações eletrolíticas (109, 107, 112, 113, 116). Para suceder à recuperação do peso, pode ser fundamental o recurso a hospitalizações.

Tal como na BN a AN também se encontra dividida em dois subtipos, o tipo restritivo em que um indivíduo anorético, para perder peso, recorre inicialmente à dieta, jejum ou exercício físico. Normalmente não tem comportamentos bulímicos ou

purgativos (autoindução do vómitos, uso de laxantes, diuréticos ou enemas). De seguida existe o tipo purgativo/ingestão compulsiva, a maioria das pessoas com AN que têm comportamentos de compulsão alimentar, ou seja, recorrem regularmente, a métodos purgativos (autoindução do vómitos, uso de laxantes, diuréticos ou enemas). Os anoréticos do tipo purgativo têm mais dificuldades no controlo dos impulsos, têm maior abuso de álcool ou drogas, maior labilidade do humor, podem ser sexualmente muito ativos e apresentar mais tentativas de suicídio (107).

## 2) Perturbação do Espectro de Autismo (PEA)

O autismo é uma perturbação crónica do neuro desenvolvimento que se manifesta precocemente e se repete clinicamente numa tríade de dificuldades, interação social recíproca, comunicação verbal e não-verbal e interesses restritos e comportamentos repetitivos e estereotipados (117). O autismo e a síndrome de Asperger integram, nas classificações de diagnóstico DSMIV-TR, da Associação Americana de Psiquiatria, e CID-10, da Organização Mundial de Saúde, o grupo das Perturbações Globais do Desenvolvimento (PGD), juntamente com a perturbação de Rett, a perturbação desintegrativa da segunda infância e as PGD sem outra especificação (107, 118). A investigação de estudos epidemiológicos publicados até 2008 indica uma prevalência de 60 a 70 por 10 000, aproximadamente 1 criança afetada em cada 150 (119). Existem boas evidências que justificam este aumento, nomeadamente, os critérios de diagnósticos mais abrangentes, a maior capacidade de diagnóstico e a maior divulgação de informação. Em Portugal continental, a prevalência estimada de PEA é de aproximadamente um caso em cada 1 000 crianças em idade escolar (6-9 anos) (120). De referir que as PEA atingem mais homens do que mulheres (4 para 1), sendo esta proporção maior na perturbação de Asperger e menor quando há um atraso mental associado (121). Apesar de esta patologia estar habitualmente presente desde o nascimento, a idade em que se manifesta pode variar. No autismo clássico de Kanner ou quando sucedem atrasos do desenvolvimento, os primeiros sinais manifestam-se nos primeiros 2 anos de vida e na maioria dos casos o diagnóstico definitivo é feito por volta dos 3 anos. Todavia, quando não ocorre um atraso significativo da linguagem, como nas

crianças com perturbação de Asperger, os primeiros sinais podem manifestar-se ou ser reconhecidos apenas após a ida para a escola, pelos 7 anos de idade (122). O sinal inicial mais frequentemente reconhecido pelos pais é o atraso ou o anormal desenvolvimento da fala porém, muitos outros sintomas, especialmente sociais e comunicativos, parecem preceder as anomalias da linguagem (123). Estes comportamentos, que surgem habitualmente durante o primeiro e segundo ano de vida, incluem dificuldades no contacto visual, na imitação, na partilha de atenção e de afeto e ausência de resposta quando chamados pelo próprio nome (124). Infelizmente a cura para as PEA ainda não existe, porém um diagnóstico precoce e uma intervenção atempada, durante a fase de maior plasticidade cortical e consequentemente fase de maior potencial evolutivo, podem alterar o curso do desenvolvimento e o futuro das pessoas com autismo (125).

### 3) Depressão

Como já foi anteriormente referido a adolescência é uma fase do ciclo de vida que traz consigo mudanças a vários níveis de funcionamento (físico, social, cognitivo). No entanto, estas mudanças exigem uma adaptação por parte do adolescente, que não sendo adequadamente feita, pode contribuir para o surgimento de algumas vulnerabilidades para as perturbações psiquiátricas (126, 127, 128). As perturbações de humor têm como características primordiais a presença de humor depressivo e de perda de interesse e/ou de prazer em atividades que anteriormente eram agradáveis. Estes sintomas podem ser acompanhados de perda ou aumento significativos de peso, ou diminuição ou aumento do apetite, insónia ou hipersónia, agitação ou lentificação psicomotora, cansaço ou perda de energia, sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada, indecisão significativa e dificuldades ao nível da concentração. Estes sintomas provocam mal-estar clinicamente significativo ou acarretam défices funcionais e sociais significativos (107). Assim, a Perturbação Depressiva Major afeta 16% da população geral e é uma das dez causas principais da morte prematura e incapacidades nos EUA (129). Segundo a OMS, pensa-se que 121 milhões de pessoas, durante a sua vida, em algum momento possam passar por

episódios depressivos, sendo que de momento a Depressão ocupa o segundo lugar das doenças mentais mais predominantes na clínica médica mundial. Relativamente a Portugal, julga-se que, por ano, mais de 100 mil pessoas possam sofrer de Depressão Major (130).

Durante algum período achou-se que a Perturbação Depressiva Major não existia durante a infância, e aceitava-se que fenomenologicamente fosse similar tanto nos adolescentes como nos adultos (131). Posteriormente, no início da segunda metade do século XX, tendo em conta o desenvolvimento da investigação à volta desta temática da Perturbação Depressiva Major, tornou-se claro a possibilidade de desenvolvimento e existência de depressão na infância e adolescência. No entanto, é preciso mencionar que algumas controvérsias foram levantadas, isto porque algumas das teorias do desenvolvimento referem que os sintomas presentes no diagnóstico de Perturbação Depressiva Major (tristeza, irritabilidade, baixa autoestima, isolamento social) são considerados como constituintes habituais desta fase do ciclo de vida, sendo desta mesma forma reações normativas e não disfuncionais (128, 132).

As mudanças inerentes à adolescência estão inseparáveis ao desenvolvimento cognitivo e comportamental que caracteriza esta fase. Porém, as diversas transformações na vida do jovem exigem uma adaptação e aprendizagem aos novos contextos que lhe são apresentados, que se não acontecer de uma forma adequada pode contribuir para o surgimento de algumas vulnerabilidades que conseqüentemente podem conduzir ao surgimento de perturbações (126, 128, 132). Contudo, também é de lembrar que a maioria dos adolescentes atravessa esta fase com algum desembaraço e sem inconveniente (133).

Nas últimas décadas, a importância em fatores protetores e particularmente no constructo de resiliência tem aumentado substancialmente. Este aumento tem sido estimulado pela hipótese de reconhecer fatores protetores e mecanismos para precaver o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, como a depressão (134). Num estudo anteriormente realizado (135) procedeu-se à comparação de um grupo de sujeitos resilientes, com um grupo de sujeitos deprimidos, e notou-se que os sujeitos do primeiro grupo continham níveis mais elevados de autoapreciação e de otimismo. O outro grupo

tinha uma maior propensão para experienciar problemas interpessoais, como sentirem-se sozinhos ou entrarem em conflito com outros. Investigações mais recentes no que diz respeito à defesa da depressão nos adolescentes identificaram como fatores protetores a autoestima, o otimismo, as relações positivas com os pares e com a família (135, 136).

#### 4) Perturbação de ansiedade

As perturbações de ansiedade, atualmente também consideradas, do ponto de vista clínico, no campo da infância e adolescência, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, são muito frequentes e constituem o principal motivo de consulta em contextos de saúde mental infantil. Estudos epidemiológicos recentes têm fortalecido este dado, ao divulgarem a elevada taxa de prevalência das perturbações ansiosas nesta faixa etária (137, 138, 139). Na globalidade, a maior parte das pessoas experiencia uma certa quantidade de ansiedade, inquietação ou medo, em distintos momentos da sua vida, como antes de uma avaliação importante ou até mesmo antes de uma entrevista de trabalho.

Trata-se de uma característica frequente da vida dos indivíduos e tem sido cada vez mais reconhecido o valor positivo e adaptativo da ansiedade (140). Todavia, para muitas pessoas, a preocupação e ansiedade são persistentes e ostentam um grau de intensidade muito elevado, podendo intervir e afetar negativamente a sua vida quotidiana. Essas pessoas são afetadas por Perturbações da Ansiedade, ou seja, perturbações psiquiátricas que se caracterizam, por uma abundante e intensa preocupação e ansiedade crónicas, incessantes, que podem tender a agravar-se (141).

Atualmente, a maioria das pessoas com Perturbações da Ansiedade pode ser tratada através de uma intervenção profissional apropriada. De modo isolado ou combinado, a psicoterapia e a terapia farmacológica. De notar, contudo, que o sucesso do tratamento não pode ser garantido, havendo uma grande variabilidade interindividual. É comum uma Perturbação da Ansiedade estar acompanhada de depressões, desordens alimentares, abuso de substâncias, ou de outra Perturbação da Ansiedade (142).

#### 5) Perturbação de oposição

A Perturbação de Oposição pode também ser designada por Perturbação de Oposição e Desafio (POD). Esta caracteriza-se por comportamentos negativistas, desafiadores, desobedientes e geralmente hostis com figuras de autoridade. Os indivíduos com POD apresentam dificuldade em comprometer-se, ceder ou negociar com adultos ou os seus pares. Poderão manifestar baixa autoestima, alterações de humor, baixa tolerância à frustração, ofender e difamar os outros e usar/ abusar de álcool, tabaco ou outras drogas (143).

A POD é bastante comum, situando-se a sua incidência entre os 1% a 15%, na população pediátrica. Habitualmente está associada a outros diagnósticos, como PHDA, constatando-se que cerca de 40% das crianças têm Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) associada a Perturbação de Oposição. Também é frequente a Perturbação de Oposição estar associada a outras patologias como ansiedade e depressão, rondando os 20% de incidência nas crianças (144).

#### 6) Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

Definir o PHDA não é tarefa fácil, pois não se pode comparar a uma patologia física, visto não existirem sinais físicos visíveis e claros que possam ser observados numa radiografia ou numa análise de laboratório. Só é possível identificá-lo através da evidência de certos comportamentos que são característicos deste distúrbio. Desta forma, este é um distúrbio caracterizado como “um distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção, é um distúrbio de desenvolvimento caracterizado por graus inapropriados de desatenção e sobre atividade têm frequentemente o seu início na primeira infância, têm uma natureza crónica, não simplesmente explicáveis por deficiências neurológicas, sensoriais, de linguagem, motoras, deficiência mental ou distúrbios emocionais severos. Estas dificuldades aparecem tipicamente associadas a défices no comportamento

orientado por regras e na manutenção de um padrão consistente de realização ao longo do tempo” (154).

De um modo geral, a explicação mais típica destas crianças, indica que o seu comportamento é confuso, inquieto não focado em objetivos ou finalidades concretas. Portanto, tratam-se de crianças desorganizadas, descuidadas, e desatentas na sala de aula, mudam constantemente de tarefa e apresentam uma atividade motora permanente e incontrolada. Apresentam ainda dificuldades para permanecer sossegados, sentados, respondem precipitadamente, não deixando finalizar a formulação da questão. Igualmente se mostram impacientes e não são capazes de esperar pela sua vez nas atividades coletivas. Apresentam mais propensão em sofrer acidentes e quedas, uma vez que os seus comportamentos refletem uma escassa consciência de perigo. Demonstram uma eminente desobediência pois, habitualmente não cumprem as instruções que recebem.

#### 7) Relação entre PHDA e o desenvolvimento de outras patologias mentais

Estudos com crianças portadoras de PHDA até à adolescência e idade adulta sugerem que a perturbação está frequentemente associada a outras psicopatologias e a outras disfunções na mesma idade ou em momentos mais tardios da vida (146).

Desta forma, destacam-se duas enormes perturbações, a Perturbação de Desafio e Oposição e a Perturbação de Comportamento. As perturbações de humor e aprendizagem também são encontradas com alguma frequência em crianças (147). Nos adolescentes com PHDA presente na infância, há mais probabilidade de futuramente desenvolver a Perturbação de Desafio e Oposição, a Perturbação de Comportamento e as Perturbações de Ansiedade e Depressão, tendo sido referido que a PHDA na infância é um forte indicador da persistência destas na adolescência (148, 149). Comparativamente aos adultos, os estudos prospetivos, têm demonstrado que a PHDA ostenta um risco estatisticamente considerável para o desenvolvimento de outras comorbilidades, tais como a Perturbação de Personalidade Antissocial, Perturbações de Humor, Perturbações por Uso de Substâncias e Perturbações de Ansiedade.



Apesar de terem sido averiguadas algumas relações mais potentes destas psicopatologias em relação ao género, não eram diferentes das verificadas na população geral, o que revela que a tendência para o desenvolvimento de outras comorbilidades é independente do género (146, 149, 150, 151, 152). Relativamente à Perturbação Bipolar existe grande controvérsia, por um lado o diagnóstico da Perturbação Bipolar em idade pediátrica e por outro, os critérios de diagnóstico que apresentam em comum com a PHDA, resultando assim numa sobreposição de critérios e não numa verdadeira relação (146, 151). De um modo geral, o predomínio de outra psicopatologia ao longo da vida é elevado nas pessoas com PHDA em relação à população geral, exceto para as psicoses, as perturbações de linguagem e a encoprese. As crianças com PHDA e outras comorbilidades psiquiátricas têm piores resultados a nível social, emocional e psicológico do que as que apresentam apenas PHDA, tendo influência negativa a nível da sintomatologia, prognóstico e tratamento da PHDA (146, 149, 153).

# II

# OBJETIVOS

O objetivo geral e principal deste estudo é a análise e identificação da prevalência dos comportamentos autolesivos em adolescentes na Região Autónoma da Madeira, no entanto torna-se essencial analisar outros fatores relevantes na abordagem desta temática.

Desta forma, os objetivos mais específicos são, a caracterização detalhada dos comportamentos autolesivos na população em estudo; uma análise das intervenções sociais realizadas quer no serviço hospitalar quer na comunidade; a identificação da prevalência de fatores associados a estes comportamentos, nomeadamente o género, a idade, a localidade, possíveis indícios de violência doméstica, o divórcio ou a separação dos progenitores, as relações familiares; o eventual consumo de substâncias alcoólicas ou psicotrópicas no utente ou no agregado familiar, o absentismo escolar e a condição perante o trabalho do agregado familiar. Foi ainda efetuada uma análise sobre o estado atual dos comportamentos autolesivos, com o objetivo de compreender se estes efetivamente ainda se mantêm, melhoraram ou agravaram em termos de frequência e gravidade.

# III

# MATERIAL E

# MÉTODOS

1) Para a concretização dos objetivos referidos, foi efetuada uma investigação compreendendo os seguintes fatores:

a) Um levantamento retrospectivo entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2016, de casos de comportamentos autolesivos sinalizados pelo Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça e posterior encaminhamento para o Serviço Social desse hospital. A informação foi obtida através da consulta dos processos sociais dos utentes admitidos no período acima referido, através de contactos telefónicos para o exterior com profissionais da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, e através de contactos com profissionais da Equipa Multidisciplinar de Apoio aos Tribunais.

A escolha da zona geográfica para elaboração da investigação surgiu por uma questão de necessidade de estudo e investigação destes comportamentos na região, pois revelou-se uma problemática ainda pouco analisada e estudada na Região Autónoma da Madeira.

b) No que se refere aos comportamentos autolesivos, estes surgem com maior frequência na adolescência, dada à complexidade da própria fase de desenvolvimento. Deste modo, selecionou-se os utentes com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos, residentes na Região Autónoma da Madeira, que foram internados e /ou seguidos no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça, devido a comportamentos autolesivos.

2) Questões de investigação

Para clarificar e planear o percurso da investigação foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

Q.1. Qual a predominância dos comportamentos autolesivos na Região Autónoma da Madeira?

Q.2. Qual o tipo de comportamento autolesivo mais preeminente?

Q.3. Como se encontram atualmente os casos em que houve presença de violência nas relações de intimidade?

Q.4. Qual o diagnóstico clínico pedopsiquiátrico mais frequente?

Q.5. Qual a tipologia familiar mais frequente?

Q.6. Qual é a idade e o sexo predominante?

Q.7. Na presença de absentismo escolar nota-se uma maior frequência de comportamentos autolesivos?

Q.8. Qual o tipo de intervenção social mais frequente?

Q.9. Qual a situação atual de todos os casos pedopsiquiátricos referenciados para intervenção social?

Q.10 Qual a situação atual dos casos de comportamentos autolesivos?

Q.11 Nas situações de consumos de drogas, qual a classe de droga mais frequente?

### 3) População alvo

Foi selecionada a Região Autónoma da Madeira para a investigação por uma questão de conveniência e necessidade de estudo desta temática, sendo que a população alvo focalizou-se nas crianças, jovens e adolescentes com idades entre os 0 e 18 anos (idade mínima e máxima estipulada para seguimento em pedopsiquiatria). O número total de casos foi de 150, sendo que 50% (n=75) corresponderam a casos de comportamentos autolesivos.

### 4) Instrumento de colheita de dados

Para a colheita de dados definiram-se 17 categorias de informação a saber de cada caso analisado, nomeadamente o ano em que começou a ser seguido; género; idade; se foi considerado autolesivo ou não (tendo em conta a fundamentação teórica); localidade; diagnóstico clínico; presença de absentismo escolar, separação conjugal ou violência nas

relações de intimidade; habilitações literárias dos progenitores; relações familiares; tipologia familiar; tipo de intervenção social efetuada; o tipo de comportamento autolesivo predominante; a classe de droga mais frequente; a classe medicamentosa mais recorrida nas IMV; e por fim, a situação social atual dos casos. Para obtenção dos resultados, procedeu-se a uma análise individualizada dos casos, com posterior recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

#### 5) Procedimentos formais e éticos

Para que a presente dissertação fosse elaborada de acordo com as normas éticas e legais, a investigação foi submetida à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, tendo tido parecer favorável (Anexo I).

Para além da submissão à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, a presente investigação também foi devidamente avaliada pela Comissão de Ética do HNM bem como pelo Conselho de Administração do respetivo hospital (Anexo II, III e IV). Após a obtenção de parecer favorável do HNM, foi possível a concretização do presente trabalho de investigação. Importa referir que durante toda a investigação, foram devidamente assegurados a confidencialidade, o sigilo profissional e o anonimato das informações recolhidas dos processos.

# IV

# RESULTADOS



## 1) Procedimento de análise de dados

Após a colheita dos dados, procedeu-se ao tratamento estatístico adiante descrito. Sendo este um estudo qualitativo, recorreu-se a frequências absolutas e relativas, analisadas no SPSS.

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual as respostas não são objetivas, e a intenção não é obter quantidades, mas sim melhor compreender o comportamento de determinada população-alvo e o motivo subjacente para os comportamentos autolesivos.

|       |     |        | Género   |           | Total   |
|-------|-----|--------|----------|-----------|---------|
|       |     |        | Feminino | Masculino |         |
| Idade | 2   | N %    | 0        | 1         | 1       |
|       |     | Idade  | 0,0%     | 100,0%    | 100,0 % |
|       |     | Género | 0,0%     | 1,5%      | 0,7%    |
|       |     | Total  | 0,0%     | 0,7%      | 0,7%    |
|       | 3   | N %    | 0        | 1         | 1       |
|       |     | Idade  | 0,0%     | 100,0%    | 100,0 % |
|       |     | Género | 0,0%     | 1,5%      | 0,7%    |
|       |     | Total  | 0,0%     | 0,7%      | 0,7%    |
|       | 4   | N %    | 1        | 0         | 1       |
|       |     | Idade  | 100,0%   | 0,0%      | 100,0 % |
|       |     | Género | 1,2%     | 0,0%      | 0,7%    |
|       |     | Total  | 0,7%     | 0,0%      | 0,7%    |
| 6     | N % | 0      | 1        | 1         |         |

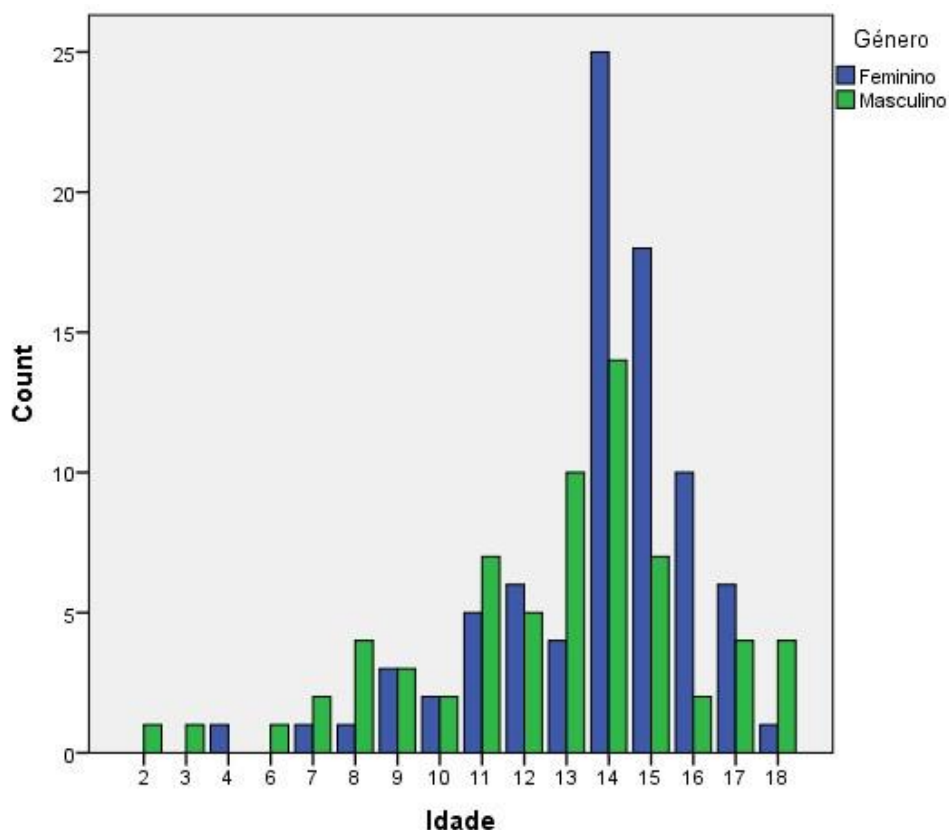
## Autónoma da Madeira

|  |   |        |       |        |            |
|--|---|--------|-------|--------|------------|
|  |   | Idade  | 0,0%  | 100,0% | 100,0<br>% |
|  |   | Género | 0,0%  | 1,5%   | 0,7%       |
|  |   | Total  | 0,0%  | 0,7%   | 0,7%       |
|  | 7 | N %    | 1     | 2      | 3          |
|  |   | Idade  | 33,3% | 66,7%  | 100,0<br>% |
|  |   | Género | 1,2%  | 3,0%   | 2,0%       |
|  |   | Total  | 0,7%  | 1,3%   | 2,0%       |
|  | 8 | N %    | 1     | 4      | 5          |
|  |   | Idade  | 20,0% | 80,0%  | 100,0<br>% |
|  |   | Género | 1,2%  | 6,0%   | 3,3%       |
|  |   | Total  | 0,7%  | 2,7%   | 3,3%       |
|  | 9 | N %    | 3     | 3      | 6          |
|  |   |        | 50,0% | 50,0%  | 100,0      |

|  |    |        |       |       |            |
|--|----|--------|-------|-------|------------|
|  |    | Idade  |       |       | %          |
|  |    | Género | 3,6%  | 4,5%  | 4,0%       |
|  |    | Total  | 2,0%  | 2,0%  | 4,0%       |
|  | 10 | N %    | 2     | 2     | 4          |
|  |    | Idade  | 50,0% | 50,0% | 100,0<br>% |
|  |    | Género | 2,4%  | 3,0%  | 2,7%       |
|  |    | Total  | 1,3%  | 1,3%  | 2,7%       |
|  | 11 | N %    | 5     | 7     | 12         |
|  |    | Idade  | 41,7% | 58,3% | 100,0<br>% |

|  |    |        |       |       |         |
|--|----|--------|-------|-------|---------|
|  |    | Género | 6,0%  | 10,4% | 8,0%    |
|  |    | Total  | 3,3%  | 4,7%  | 8,0%    |
|  | 12 | N %    | 6     | 5     | 11      |
|  |    | Idade  | 54,5% | 45,5% | 100,0 % |
|  |    | Género | 7,2%  | 7,5%  | 7,3%    |
|  |    | Total  | 4,0%  | 3,3%  | 7,3%    |
|  | 13 | N %    | 4     | 10    | 14      |
|  |    | Idade  | 28,6% | 71,4% | 100,0 % |
|  |    | Género | 4,8%  | 14,9% | 9,3%    |
|  |    | Total  | 2,7%  | 6,7%  | 9,3%    |
|  | 14 | N %    | 25    | 14    | 39      |
|  |    | Idade  | 64,1% | 35,9% | 100,0 % |
|  |    | Género | 30,1% | 20,9% | 26,0%   |
|  |    | Total  | 16,7% | 9,3%  | 26,0%   |
|  | 15 | N %    | 18    | 7     | 25      |
|  |    | Idade  | 72,0% | 28,0% | 100,0 % |
|  |    | Género | 21,7% | 10,4% | 16,7%   |
|  |    | Total  | 12,0% | 4,7%  | 16,7%   |
|  | 16 | N %    | 10    | 2     | 12      |
|  |    | Idade  | 83,3% | 16,7% | 100,0 % |
|  |    | Género | 12,0% | 3,0%  | 8,0%    |
|  |    | Total  | 6,7%  | 1,3%  | 8,0%    |
|  | 17 | N %    | 6     | 4     | 10      |

|       |    |        |        |        |            |
|-------|----|--------|--------|--------|------------|
|       |    | Idade  | 60,0%  | 40,0%  | 100,0<br>% |
|       |    | Género | 7,2%   | 6,0%   | 6,7%       |
|       |    | Total  | 4,0%   | 2,7%   | 6,7%       |
|       | 18 | N %    | 1      | 4      | 5          |
|       |    | Idade  | 20,0%  | 80,0%  | 100,0<br>% |
|       |    | Género | 1,2%   | 6,0%   | 3,3%       |
|       |    | Total  | 0,7%   | 2,7%   | 3,3%       |
| Total |    | N %    | 83     | 67     | 150        |
|       |    | Idade  | 55,3%  | 44,7%  | 100,0<br>% |
|       |    | Género | 100,0% | 100,0% | 100,0<br>% |
|       |    | Total  | 55,3%  | 44,7%  | 100,0<br>% |

**Gráfico 1- Idade e Género**

Na tabela 5 e no gráfico 1, estão apresentados os dados etários e de género dos 150 processos pedopsiquiátricos referenciados para intervenção social e analisados neste estudo. Como é possível constatar, a maioria dos casos verifica-se na faixa etária dos 14 e 15 anos de idade, com 26 % e 16.7%, respetivamente. Na faixa etária dos 5 anos de idade, não existiu nenhum caso pedopsiquiátrico referenciado.

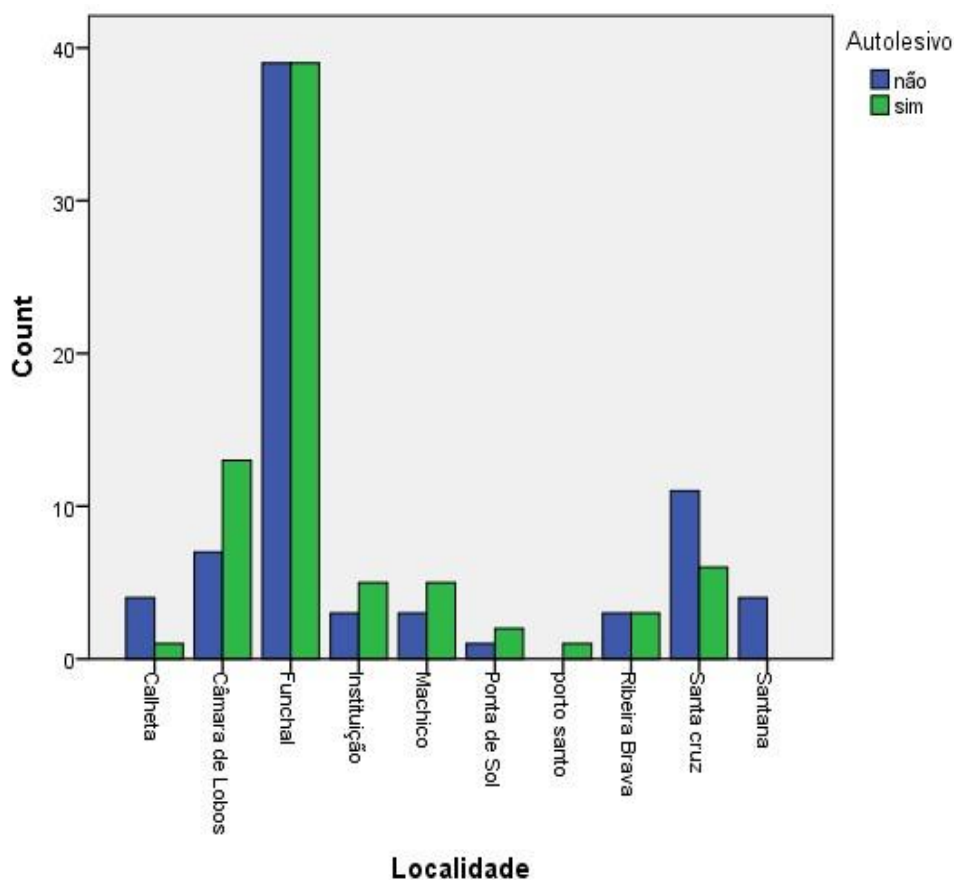
Relativamente ao género, constata-se um maior número de casos de utentes do género feminino com 55,3%, sendo que os utentes do género masculino correspondem a um total de 67 casos.

**Tabela 6 – Prevalência dos casos gerais pedopsiquiátricos e autolesivos por localidade**

| Localidade      |            | N % | Autolesivo |         | Total   |
|-----------------|------------|-----|------------|---------|---------|
|                 |            |     | não        | sim     |         |
| Calheta         | N %        |     | 4          | 1       | 5       |
|                 | Localidade |     | 80,0%      | 20,0%   | 100,0 % |
|                 | Autolesivo |     | 5,3%       | 1,3%    | 3,3%    |
| Câmara de Lobos | N %        |     | 7          | 13      | 20      |
|                 | Localidade |     | 35,0%      | 65,0%   | 100,0 % |
|                 | Autolesivo |     | 9,3%       | 17,3%   | 13,3%   |
| Funchal         | N %        |     | 39         | 39      | 78      |
|                 | Localidade |     | 50,0%      | 50,0%   | 100,0 % |
|                 | Autolesivo |     | 52,0%      | 52,0%   | 52,0%   |
| Instituição     | N %        |     | 3          | 5       | 8       |
|                 | Localidade |     | 37,5%      | 62,5%   | 100,0 % |
|                 | Autolesivo |     | 4,0%       | 6,7%    | 5,3%    |
| Machico         | N %        |     | 3          | 5       | 8       |
|                 | Localidade |     | 37,5%      | 62,5%   | 100,0 % |
|                 | Autolesivo |     | 4,0%       | 6,7%    | 5,3%    |
| Ponta de Sol    | N %        |     | 1          | 2       | 3       |
|                 | Localidade |     | 33,3%      | 66,7%   | 100,0 % |
|                 | Autolesivo |     | 1,3%       | 2,7%    | 2,0%    |
| Porto Santo     | N %        |     | 0          | 1       | 1       |
|                 | Localidade |     | 0,0%       | 100,0 % | 100,0 % |

## Autónoma da Madeira

|               |            |            |         |         |         |
|---------------|------------|------------|---------|---------|---------|
|               |            | Autolesivo | 0,0%    | 1,3%    | 0,7%    |
| Ribeira Brava | N %        |            | 3       | 3       | 6       |
|               | Localidade |            | 50,0%   | 50,0%   | 100,0 % |
|               | Autolesivo |            | 4,0%    | 4,0%    | 4,0%    |
| Santa cruz    | N %        |            | 11      | 6       | 17      |
|               | Localidade |            | 64,7%   | 35,3%   | 100,0 % |
|               | Autolesivo |            | 14,7%   | 8,0%    | 11,3%   |
| Santana       | N %        |            | 4       | 0       | 4       |
|               | Localidade |            | 100,0 % | 0,0%    | 100,0 % |
|               | Autolesivo |            | 5,3%    | 0,0%    | 2,7%    |
| Total         | N %        |            | 75      | 75      | 150     |
|               | Localidade |            | 50,0%   | 50,0%   | 100,0 % |
|               | Autolesivo |            | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |

**Gráfico 2- Casos gerais pedopsiquiátricos e casos autolesivos por localidade**

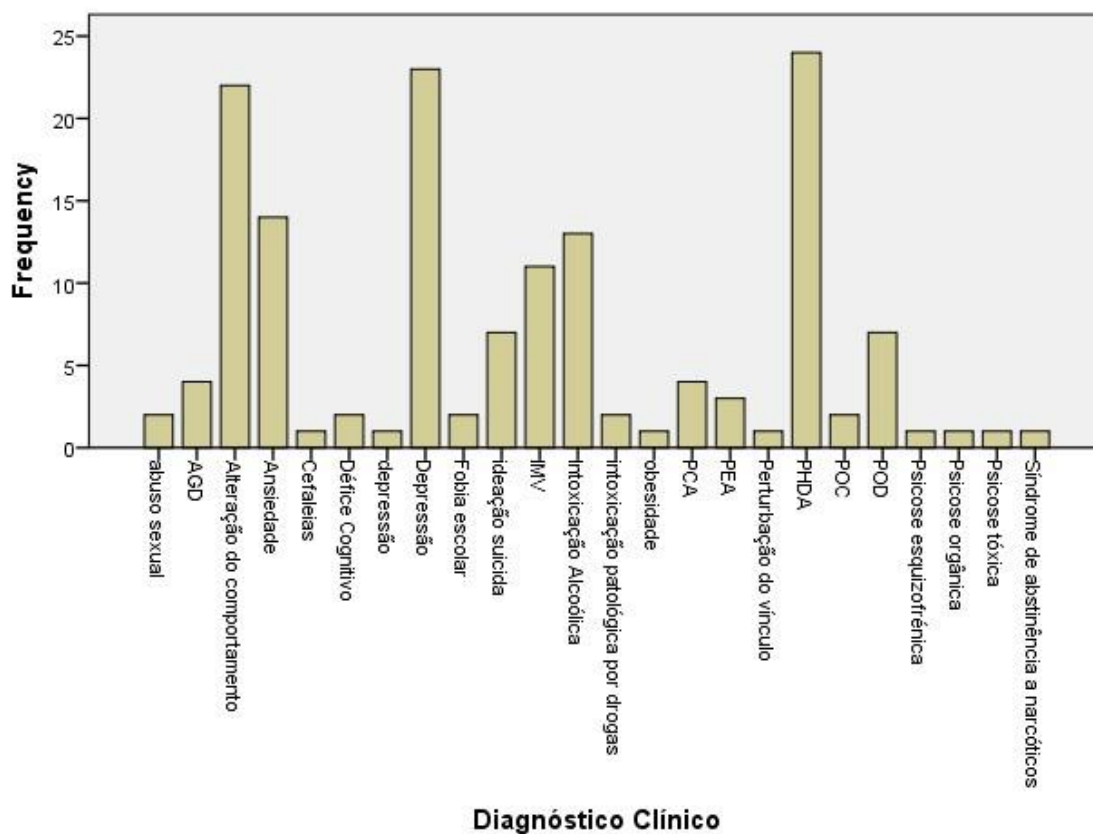
Antes de discutir a prevalência especificamente dos comportamentos autolesivos, é importante fazer uma abordagem geral, de forma a perceber a preeminência de todos os casos pedopsiquiátricos referenciados para intervenção social. Desta forma, no topo está o Funchal, até por uma questão de dimensão geográfica, com 52% (n=39) dos casos, seguindo-se Câmara de Lobos com 9,3% e Santa Cruz com 14,7% das situações. Relativamente aos comportamentos autolesivos, Funchal continua a estar no topo com 52%, seguido de Câmara de Lobos com 17,3 % (n=13) e Santa Cruz com 8 %.



| <b>Tabela 7- Diagnósticos Clínicos</b> |                                   |            |               |                      |                          |
|--|-----------------------------------|------------|---------------|----------------------|--------------------------|
|  |                                   | Frequência | Percentagem % | Percentagem válida % | Percentagem cumulativa % |
| Valid                                  | Abuso sexual                      | 2          | 1,3           | 1,3                  | 1,3                      |
|  | AGD                               | 4          | 2,7           | 2,7                  | 4,0                      |
|  | Alteração do comportamento        | 22         | 14,7          | 14,7                 | 18,7                     |
|  | Ansiedade                         | 14         | 9,3           | 9,3                  | 28,0                     |
|  | Cefaleias                         | 1          | ,7            | ,7                   | 28,7                     |
|  | Défice Cognitivo                  | 2          | 1,3           | 1,3                  | 30,0                     |
|  | Depressão                         | 24         | 16            | 16                   | 46,0                     |
|  | Fobia escolar                     | 2          | 1,3           | 1,3                  | 47,3                     |
|  | Ideação suicida                   | 7          | 4,7           | 4,7                  | 52,0                     |
|  | IMV                               | 11         | 7,3           | 7,3                  | 59,3                     |
|  | Intoxicação Alcoólica             | 13         | 8,7           | 8,7                  | 68,0                     |
|  | Intoxicação patológica por drogas | 2          | 1,3           | 1,3                  | 69,3                     |
|  | Obesidade                         | 1          | 0,7           | 0,7                  | 70,0                     |
|  | PCA                               | 4          | 2,7           | 2,7                  | 72,7                     |
|  | PEA                               | 3          | 2,0           | 2,0                  | 74,7                     |
|  | Perturbação do vínculo            | 1          | 0,7           | 0,7                  | 75,3                     |
|  | PHDA                              | 24         | 16,0          | 16,0                 | 91,3                     |
|  | POC                               | 2          | 1,3           | 1,3                  | 92,7                     |
|  | POD                               | 7          | 4,7           | 4,7                  | 97,3                     |
|  | Psicose esquizofrénica            | 1          | 0,7           | 0,7                  | 98,0                     |
| Psicose orgânica                       | 1                                 | 0,7        | 0,7           | 98,7                 |                          |
| Psicose tóxica                         | 1                                 | 0,7        | 0,7           | 99,3                 |                          |
| Síndrome de                            | 1                                 | 0,7        | 0,7           | 100,0                |                          |

|  |                          |     |       |       |  |
|--|--------------------------|-----|-------|-------|--|
|  | abstinência a narcóticos |     |       |       |  |
|  | Total                    | 150 | 100,0 | 100,0 |  |

Gráfico 3- Diagnósticos clínicos

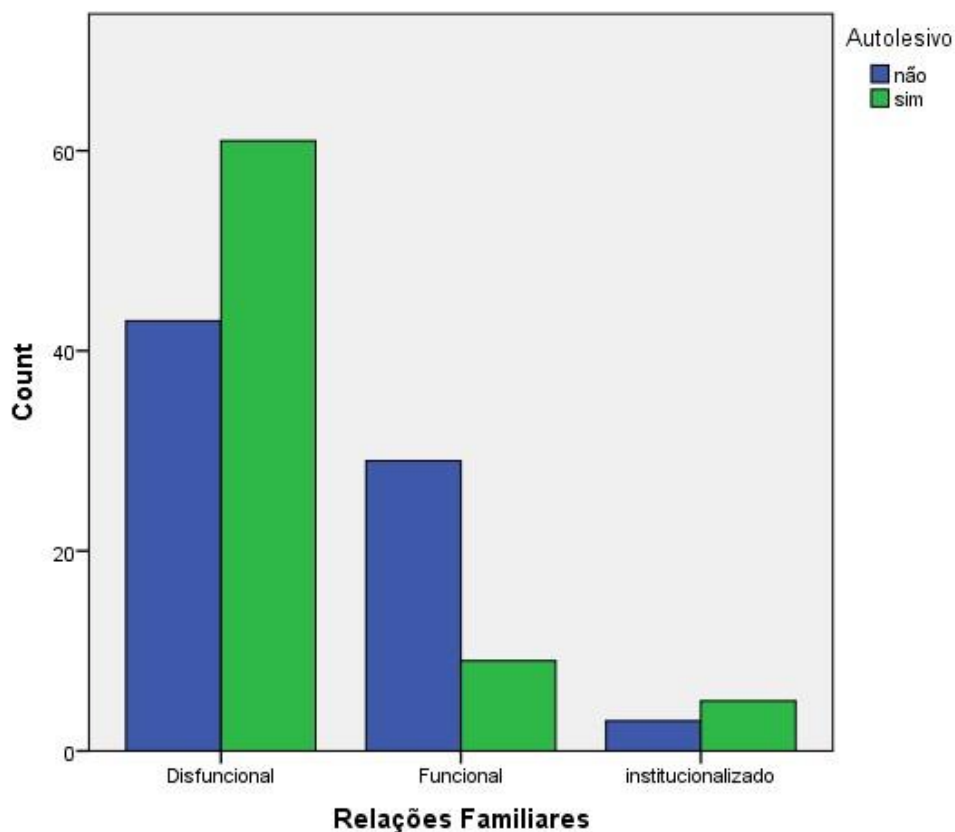


No que concerne aos diagnósticos clínicos, estes são de natureza variada como se pode observar na tabela 7, e mais objetivamente no gráfico 3.

Os diagnósticos clínicos mais frequentes são o PHDA e a Depressão, ambos em 16% (n= 24) das situações, seguidos pela Alteração do Comportamento em 14,7% dos casos. Com percentagens mais baixas, mas não menos importantes, encontram-se diagnósticos clínicos, como a Perturbação do Comportamento Alimentar e o Atraso Global do Desenvolvimento (AGD), cada um, representando 2,7% dos casos, a Perturbação do Espectro de Autismo (PEA) com 2%, a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), a Fobia Escolar, o Abuso Sexual, o Déficit Cognitivo e a Intoxicação patológica por drogas. Foram encontrados casos singulares em diagnósticos de Cefaleias, Obesidade,

Perturbação do vínculo, Psicose esquizofrénica, Psicose orgânica, Psicose tóxica e Síndrome de Abstinência a Narcóticos.

| <b>Tabela 8- Relações Familiares</b> |                    |                     |            |            |
|--------------------------------------|--------------------|---------------------|------------|------------|
|                                      |                    |                     | Autolesivo |            |
|                                      |                    |                     | não        | sim        |
| Relações Familiares                  | Disfuncional       | N %                 | 43         | 61         |
|                                      |                    | Familiares          | 41,3%      | 58,7%      |
|                                      |                    |                     | 57,3%      | 81,3%      |
|                                      |                    | Total               | 28,7%      | 40,7%      |
|                                      | Funcional          | N %                 | 29         | 9          |
|                                      |                    | Relações Familiares | 76,3%      | 23,7%      |
|                                      |                    | Autolesivo          | 38,7%      | 12,0%      |
|                                      |                    | Total               | 19,3%      | 6,0%       |
|                                      | Institucionalizado | N %                 | 3          | 5          |
|                                      |                    | Relações Familiares | 37,5%      | 62,5%      |
|                                      |                    | Autolesivo          | 4,0%       | 6,7%       |
|                                      |                    | Total               | 2,0%       | 3,3%       |
| Total                                |                    | N %                 | 75         | 75         |
|                                      |                    | Relações Familiares | 50,0%      | 50,0%      |
|                                      |                    | Autolesivo          | 100,0<br>% | 100,0<br>% |
|                                      |                    | Total               | 50,0%      | 50,0%      |

**Gráfico 4- Relações familiares**

Na presente investigação, a avaliação das relações familiares é essencial para posterior interpretação de resultados. Desta forma verifica-se na tabela 8, e representado no gráfico 4, a quantificação das relações familiares.

No total de casos pedopsiquiátricos não autolesivos, a existência de disfuncionalidade familiar foi encontrada em 57,3% das situações e nos utentes institucionalizados (n=3), não foi possível a caracterização da sua relação intrafamiliar.

No que diz respeito aos casos específicos de comportamentos autolesivos, nota-se uma maior prevalência de famílias disfuncionais, com 81,3% dos casos obtidos.

| <b>Tabela 9- Absentismo Escolar</b> |     |                    |            |         |         |
|-------------------------------------|-----|--------------------|------------|---------|---------|
|                                     |     |                    | Autolesivo |         | Total   |
|                                     |     |                    | não        | sim     |         |
| Absentismo Escolar                  | não | N %                | 60         | 17      | 77      |
|                                     |     | Absentismo Escolar | 77,9%      | 22,1%   | 100,0 % |
|                                     |     | Autolesivo         | 80,0%      | 22,7%   | 51,3%   |
|                                     |     | Total              | 40,0%      | 11,3%   | 51,3%   |
|                                     | sim | N %                | 15         | 58      | 73      |
|                                     |     | Absentismo Escolar | 20,5%      | 79,5%   | 100,0 % |
|                                     |     | Autolesivo         | 20,0%      | 77,3%   | 48,7%   |
|                                     |     | Total              | 10,0%      | 38,7%   | 48,7%   |
| Total                               |     | N %                | 75         | 75      | 150     |
|                                     |     | Absentismo Escolar | 50,0%      | 50,0%   | 100,0 % |
|                                     |     | Autolesivo         | 100,0 %    | 100,0 % | 100,0 % |
|                                     |     | Total              | 50,0%      | 50,0%   | 100,0 % |

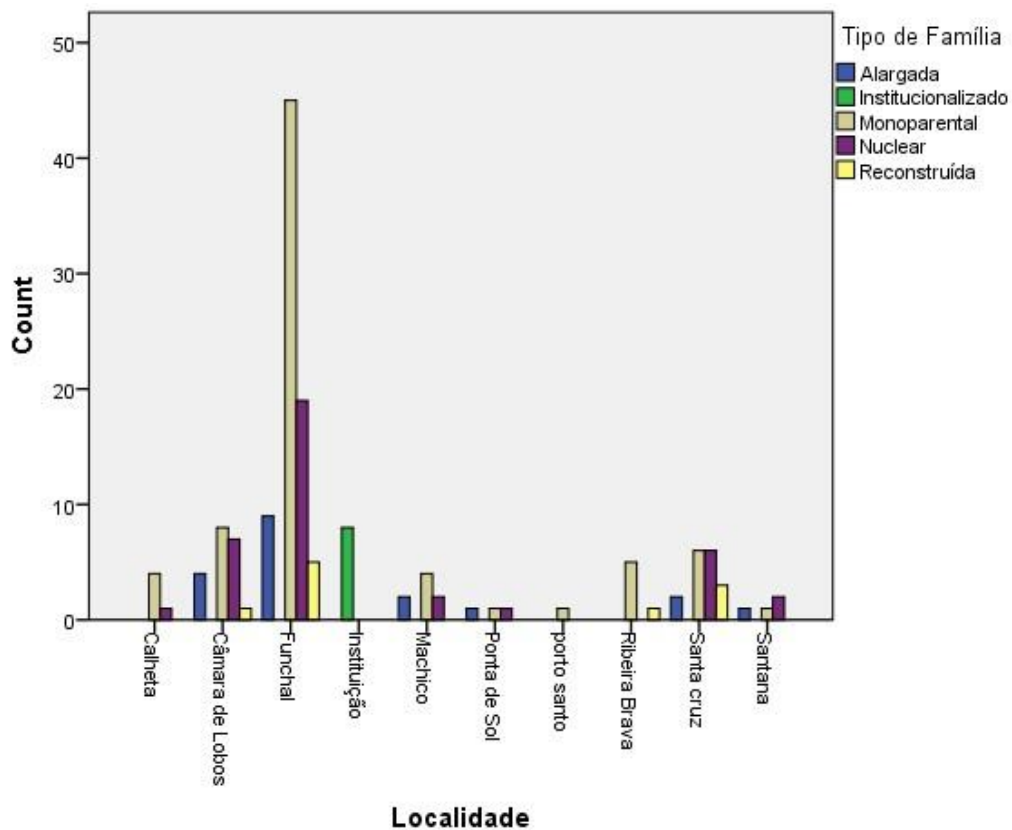
Como explícito na tabela 9, o absentismo escolar é um fator de risco elevado, estando presente em grande parte dos casos autolesivos. Dos 150 casos analisados, 75 foram considerados autolesivos e a outra metade eram pertencentes a outros diagnósticos, tais como, ansiedade, depressão, PHDA, entre outros. Assim, no que diz respeito aos casos gerais pedopsiquiátricos não autolesivos, apenas em 20% havia absentismo escolar.

Curiosamente, a situação inverte-se no que diz respeito aos comportamentos autolesivos, estando o absentismo escolar presente em 77,3% das situações.

| <b>Tabela 10- Tipo de família por localidade</b> |                 |                 |                    |              |            |
|--|-----------------|-----------------|--------------------|--------------|------------|
|  |                 | Tipo de Família |                    |              |            |
|  |                 | Alargada        | Institucionalizado | Monoparental | Nuclear    |
| Localidade                                       | Calheta         | 0               | 0                  | 2,7 % (n=4)  | 0,7% (n=1) |
|  | Câmara de Lobos | 2,7 % (n=4)     | 0                  | 5,3 % (n=8)  | 4,7% (n=7) |
|  | Funchal         | 6% (n=9)        | 0                  | 30% (n=45)   | 19         |
|  | Instituição     | 0               | 5,3% (n=8)         | 0            | 0          |
|  | Machico         | 1,3% (n=2)      | 0                  | 2,7% (n=4)   | 1,3% (n=2) |
|  | Ponta de Sol    | 0,7% (n=1)      | 0                  | 0,7% (n=1)   | 0,7% (n=1) |
|  | Porto santo     | 0               | 0                  | 0,7% (n=1)   | 0          |
|  | Ribeira Brava   | 0               | 0                  | 3,3% (n=5)   | 0          |
|  | Santa cruz      | 1,3% (n=2)      | 0                  | 4% (n=6)     | 4% (n=6)   |
|  | Santana         | 0,7% (n=1)      | 0                  | 0,7% (n=1)   | 1,3% (n=2) |
| Total  |                 | 19              | 8                  | 75           | 38         |
| <b>Continuação da tabela 10</b>                  |                 |                 |                    |              |            |
|  |                 | Tipo de Família |                    | Total        |            |
|  |                 | Reconstruída    |                    |              |            |
| Localidade                                       | Calheta         | 0               |                    | 5            |            |
|  | Câmara de Lobos | 0,7% (n=1)      |                    | 20           |            |
|  | Funchal         | 3,3% (n=5)      |                    | 78           |            |
|  | Instituição     | 0               |                    | 8            |            |

|              |               |            |            |
|--------------|---------------|------------|------------|
|              | Machico       | 0          | 8          |
|              | Ponta de Sol  | 0          | 3          |
|              | Porto santo   | 0          | 1          |
|              | Ribeira Brava | 0,7% (n=1) | 6          |
|              | Santa cruz    | 2% (n=3)   | 17         |
|              | Santana       | 0          | 4          |
| <b>Total</b> |               | <b>10</b>  | <b>150</b> |

**Gráfico 5- Tipologia familiar por localidade**



Como é possível apurar na tabela 10 e seguidamente no gráfico 5, existem cinco tipologias de família já abordadas teoricamente nos capítulos anteriores, nomeadamente família Alargada, Monoparental, Nuclear, Reconstruída e utentes institucionalizados que, por sua vez não foi possível analisar a tipologia familiar. Sendo assim, foi feita uma análise de tipologias familiares por localidade.

Como expresso no gráfico, a tipologia familiar predominante é a monoparental, em praticamente todas as localidades. A Calheta apresenta uma taxa de monoparentalidade de 2,7% e 0,7% de família nuclear; Câmara de Lobos é uma das localidades com maior taxa de monoparentalidade com 5,3%, 4,7% de famílias nucleares e 0,7% de família reconstruída. O Funchal, capital da Região Autónoma da Madeira, com um número maior de casos (também devido a sua dimensão geográfica), apresenta uma taxa de monoparentalidade maior em relação às restantes localidades, com 45 casos comparativamente com 19 casos de família nuclear e 5 casos de família reconstruída.

Foram obtidos 8 casos de utentes institucionalizados, não tendo sido possível averiguar a sua tipologia familiar.

| <b>Tabela 11- Situação Atual dos utentes com progenitores vítimas de violência nas relações de intimidade</b> |       |                 |                |                |               |
|---|-------|-----------------|----------------|----------------|---------------|
|   |       | Situação Atual  |                |                |               |
|   |       | mantêm          | melhorou       | Não se sabe    | piorou        |
| Violência nas relações de intimidade dos progenitores dos utentes   | sim   | 62,5%<br>(n=10) | 12,3%<br>(n=2) | 18,8%<br>(n=3) | 6,2%<br>(n=1) |
| Total   | n= 16 | 10              | 2              | 3              | 1             |

Na amostra de utentes seguidos na Pedopsiquiatria e com referência para Intervenção Social, foram detetados 16 casos de violência nas relações de intimidade dos progenitores. Tornou-se pertinente averiguar a situação de saúde atual dos utentes



expostos a ambientes de violência. Conforme exposto na tabela 11, verifica-se que na maioria dos casos (n=10), os utentes mantêm a mesma situação de saúde, após prestada intervenção social no âmbito dos cuidados de saúde. Em 12,3% (n=2) dos casos há uma melhoria da situação de saúde e em 6,2% (n=1) a situação veio a agravar-se. Em 3 casos, não foi possível apurar o estado atual de doença, quer por abandono de consulta, quer por atingimento dos 18 anos de idade.

| <b>Tabela 12- Separação conjugal por grupo etário</b> |                    |                    |                 |             |
|---|--------------------|--------------------|-----------------|-------------|
|   |                    |                    | Grupo Etário    |             |
|   |                    |                    | menos de 5 anos | 6 a 10 anos |
| Separação conjugal                                    | Institucionalizado | N %                | 0               | 1           |
|   |                    | Separação conjugal | 0,0%            | 12,5%       |
|   | não                | N %                | 1               | 5           |
|   |                    | Separação conjugal | 2,4%            | 11,9%       |
|   | sim                | N %                | 2               | 13          |
|   |                    | Separação conjugal | 2,0%            | 13,0%       |
| Total   |                    | N %                | 3               | 19          |
|   |                    | Separação conjugal | 2,0%            | 12,7%       |

| <b>Continuação da tabela 12</b> |                    |                    |              |                 |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|--------------|-----------------|
|                                 |                    |                    | Grupo Etário |                 |
|                                 |                    |                    | 11 a 15 anos | mais de 16 anos |
| Separação conjugal              | Institucionalizado | N %                | 5            | 2               |
|                                 |                    | Separação conjugal | 62,5%        | 25,0%           |
|                                 | não                | N %                | 27           | 9               |

|       |     |                    |       |       |
|-------|-----|--------------------|-------|-------|
|       |     | Separação conjugal | 64,3% | 21,4% |
|       | sim | N %                | 69    | 16    |
|       |     | Separação conjugal | 69,0% | 16,0% |
| Total |     | N %                | 101   | 27    |
|       |     | Separação conjugal | 67,3% | 18,0% |

No que se refere à separação conjugal, esta foi analisada em conjunto com os grupos etários existentes. Assim, dos casos analisados (N=150), em 100 havia referência a separação conjugal sendo que no grupo etário com menos de 5 anos corresponde uma taxa de 2% e dos 11 aos 15 anos de idade, uma taxa de 69% (n=69). Em 8 casos não sendo possível apurar este fator, na medida em que tratava-se de utentes provenientes de instituições.

**Tabela 13- Habilitação Literária dos progenitores**

|        |               | Frequência | Percentagem % | Percentagem válida % | Percentagem Cumulativa % |
|--------|---------------|------------|---------------|----------------------|--------------------------|
| válido | Analfabetismo | 2          | 1,3           | 1,3                  | 1,3                      |
|        | Básico        | 13         | 8,7           | 8,7                  | 10,0                     |
|        | Primário      | 123        | 82,0          | 82,0                 | 92,0                     |
|        | Superior      | 12         | 8,0           | 8,0                  | 100,0                    |
|        | Total         | 150        | 100,0         | 100,0                |                          |

Na tabela 13 estão estabelecidas as habilitações literárias dos progenitores dos utentes. Em 82% (n=123) dos casos, os progenitores possuem somente o ensino primário. De seguida encontra-se o ensino básico em 8,7% das situações e o ensino superior.

| <b>Tabela 14- Tipo de Comportamento Autolesivo</b> |               |                                  |              |
|--|---------------|----------------------------------|--------------|
|  |               |                                  | <b>Total</b> |
| Tipo de Comportamento Autolesivo                   | Não aplicável | N %                              | 75           |
|  |               | Tipo de Comportamento Autolesivo | 100,0%       |
|  |               | Autolesivo                       | 50,0%        |
|  |               | Total                            | 50,0%        |
|  | autoagressão  | N %                              | 1            |
|  |               | Tipo de Comportamento Autolesivo | 100,0%       |
|  |               | Autolesivo                       | 0,7%         |
|  |               | Total                            | 0,7%         |
|  | Automutilação | N %                              | 23           |
|  |               | Tipo de Comportamento Autolesivo | 100,0%       |
|  |               | Autolesivo                       | 15,3%        |
|  |               | Total                            | 15,3%        |
|  | Consumos      | N %                              | 35           |
|  |               | Tipo de Comportamento Autolesivo | 100,0%       |

|       |     |                                  |        |
|-------|-----|----------------------------------|--------|
|       |     | Autolesivo                       | 23,3%  |
|       |     | Total                            | 23,3%  |
|       | IMV | N %                              | 16     |
|       |     | Tipo de Comportamento Autolesivo | 100,0% |
|       |     | Autolesivo                       | 10,7%  |
|       |     | Total                            | 10,7%  |
| Total |     | N %                              | 150    |
|       |     | Tipo de Comportamento Autolesivo | 100,0% |
|       |     | Autolesivo                       | 100,0% |
|       |     | Total                            | 100,0% |

Na tabela 14 estão patenteados os tipos de comportamentos autolesivos mais recorrentes. Os comportamentos autolesivos correspondem a 50% casos e os restantes correspondem a outros diagnósticos clínicos (veja-se que *Não aplicável* supracitado na tabela refere-se aos comportamentos não autolesivos).

Posto isto, a classe mais recorrente destes comportamentos autolesivos, são os consumos, com uma taxa de 23,3% (n=35); seguindo-se as automutilações com 15,3% (n=23), as IMV com 10,7% (n=16) e por último as autoagressões com 0,7% (n=1), já anteriormente diferenciada das automutilações.

| <b>Tabela 15 -Tipo de medicação ingerida nas IMV</b> |            |               |                      |                          |
|--|------------|---------------|----------------------|--------------------------|
|  | Frequência | Percentagem % | Percentagem válida % | Percentagem cumulativa % |
| Alprazolam   | 4          | 2,7           | 2,7                  | 2,7                      |
| Diazepam   | 3          | 2,0           | 2,0                  | 4,7                      |
| diplexil   | 1          | ,7            | ,7                   | 5,3                      |
| lorazepam  | 1          | ,7            | ,7                   | 6,0                      |
| Não especificado                                     | 2          | 1,3           | 1,3                  | 7,3                      |
| Não Ingere   | 134        | 89,3          | 89,3                 | 96,7                     |
| Paracetamol  | 3          | 2,0           | 2,0                  | 98,7                     |
| Sertralina +paliperidona                             | 1          | ,7            | ,7                   | 99,3                     |
| valium   | 1          | ,7            | ,7                   | 100,0                    |
| Total  | 150        | 100,0         | 100,0                |                          |

Como já foi esclarecido, as IMV são um método autolesivo recorrente na Região Autónoma da Madeira. As substâncias utilizadas nestes métodos são normalmente prescritas por médicos para intervenção terapêutica, todavia ingeridas de forma excessiva causando intoxicações. Como se pode observar na tabela 15, o fármaco mais utilizado para intoxicação é o Alprazolam com 2,7% (n=4), seguido do Diazepam e do Paracetamol, cada um, com 2%, o Diplexil, o Lorazepam, o Valium e a Sertralina + Paliperidona, cada um, com 0,7%. Em 1,3% (n=2) dos casos obtidos, há referência a substâncias ingeridas nas IMV mas não especificadas nos processos clínicos.

| <b>Tabela 16-Substâncias utilizadas nos consumos dos utentes</b> |                            |            |               |                      |                          |
|--|----------------------------|------------|---------------|----------------------|--------------------------|
|  |                            | Frequência | Percentagem % | Percentagem válida % | Percentagem Cumulativa % |
| Válido   | Alucinogénia               | 12         | 8,0           | 8,0                  | 8,0                      |
|  | Depressora                 | 4          | 2,7           | 2,7                  | 10,7                     |
|  | Estimulante                | 3          | 2,0           | 2,0                  | 12,7                     |
|  | Não especificado           | 16         | 10,7          | 10,7                 | 23,3                     |
|  | Sem substâncias consumidas | 115        | 76,7          | 76,7                 | 100,0                    |
|  | Total                      | 150        | 100,0         | 100,0                |                          |

No que se refere aos consumos dos utentes, é fundamental fazer uma abordagem dos tipos de substâncias utilizadas. Assim, e como é possível observar na tabela 16, a classe de droga preeminente é a alucinogénia com uma taxa de 8% (n=12), seguindo-se a depressora com 2,7% e a estimulante com 2%. Existe ainda uma grande parte de utentes com consumos mas sem especificação do tipo de droga com 10,7% dos casos.

| <b>Tabela 17- Frequência de casos por ano</b> |       |            |               |                      |                          |
|---|-------|------------|---------------|----------------------|--------------------------|
|   |       | Frequência | Percentagem % | Percentagem Válida % | Percentagem Cumulativa % |
| Válida  | 2012  | 19         | 12,7          | 12,7                 | 12,7                     |
|   | 2013  | 10         | 6,7           | 6,7                  | 19,3                     |
|   | 2014  | 34         | 22,7          | 22,7                 | 42,0                     |
|   | 2015  | 31         | 20,7          | 20,7                 | 62,7                     |
|   | 2016  | 56         | 37,3          | 37,3                 | 100,0                    |
|   | Total | 150        | 100,0         | 100,0                |                          |

Como já foi elucidado, a presente investigação abrange os casos de Janeiro de 2012 até Dezembro de 2016, sendo que o ano com mais casos foi 2016, como é possível analisar na tabela 17, revelando-se com uma taxa de 37,3%; 2014 com 22,7%; 2015 com 20,7%; 2012 com 12,7% e por fim 2013 com 6,7%. Nota-se um crescente aumento nos últimos 3 anos, sendo que o desenvolvimento pedopsiquiátrico e preventivo poderá justificar uma maior deteção de casos e subsequente intervenção.

|                    |                                 | Tipo de Comportamento Autolesivo |               |            |
|--------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------|------------|
|                    |                                 | Autoagressão                     | Automutilação | Consumos   |
| Intervenção Social | Advocação Social                | 0,7% (n=1)                       | 0             | 0,7% (n=1) |
|                    | Apoio económico                 | 0                                | 0             | 0,7% (n=1) |
|                    | Articulação com a escola        | 0                                | 0             | 0          |
|                    | Articulação com centro de saúde | 0                                | 0,7% (n=1)    | 0          |
|                    | Articulação com equipa de saúde | 0                                | 1,3% (n=2)    | 0          |
|                    | Articulação com TFM             | 0                                | 0             | 2% (n=3)   |
|                    | CPCJ                            | 0                                | 9,3% (n=14)   | 14% (n=21) |
|                    | EMAT                            | 0                                | 0             | 2% (n=3)   |
|                    | Institucionalização             | 0                                | 0,7% (n=1)    | 2,7% (n=4) |
|                    | Suporte emocional               | 0                                | 3,3% (n=5)    | 1,3% (n=2) |

|                                 |                                 |                                  |                              |                 |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------|
| Total                           |                                 | 0,7% (n=1)                       | 15,3% (n=23)                 | 23,4%<br>(n=35= |
| <b>Continuação da tabela 18</b> |                                 |                                  |                              |                 |
|                                 |                                 | Tipo de Comportamento Autolesivo |                              | Total           |
|                                 |                                 | IMV                              | Sem Comportamento autolesivo |                 |
| Intervenção Social              | Advocação Social                | 0,7%<br>(n=1)                    | 14% (n=21)                   | 16%<br>(n=24)   |
|                                 | Apoio económico                 | 0                                | 4,7% (n=7)                   | 5,3%<br>(n=8)   |
|                                 | Articulação com a escola        | 0                                | 0,7% (n=1)                   | 0,7%<br>(n=1)   |
|                                 | Articulação com centro de saúde | 0                                | 0,7% (n=1)                   | 1,3%<br>(n=2)   |
|                                 | Articulação com equipa de saúde | 0                                | 2% (n=3)                     | 3,3%<br>(n=5)   |
|                                 | Articulação com TFM             | 0                                | 0,7% (n=1)                   | 2,7%<br>(n=4)   |
|                                 | CPCJ                            | 7,3%<br>(n=11)                   | 17,3%<br>(n=26)              | 48%<br>(n=72)   |
|                                 | EMAT                            | 2%<br>(n=3)                      | 2,7% (n=4)                   | 6,7%<br>(n=10)  |
|                                 | Institucionalização             | 0                                | 1,3% (n=2)                   | 4,7%<br>(n=7)   |
|                                 | Suporte emocional               | 0,7%<br>(n=1)                    | 6% (n=9)                     | 11,3%<br>(n=17) |
| Total                           |                                 | 10,7%<br>(n=16)                  | 50% (n=75)                   | 100%<br>(n=150) |

No que se concerne às intervenções sociais realizadas na área da infância e juventude, estas são inúmeras, nomeadamente, advocação social, articulação com



diversas instituições [Centro de Saúde, Tribunal de Família e Menores (TFM), EMAT, CPCJ, Escolas], apoio económico, suporte emocional e até institucionalização.

Desta forma a análise aos dados obtidos foi dividida por tipos de comportamentos autolesivos, e por casos não autolesivos sendo que nos tipos de comportamentos autolesivos, como já foi referido, existem as autoagressões, automutilações, consumos e IMV. Nas autoagressões a intervenção foi de advocação social com 0,7% dos casos, nas automutilações a intervenção mais recorrida foi a CPCJ em 9,3% seguindo-se o suporte emocional em 3,3%.

Nos consumos a intervenção predominante continua a ser a CPCJ em 14% das situações, seguida da institucionalização em 2,7% e da articulação com o TFM ou com a EMAT, cada uma, em 2% dos casos.

Nas IMV, e para dar continuidade à frequente recorrência destas situações, a CPCJ é a intervenção mais utilizada com 7,3% dos casos, seguindo-se da articulação com a EMAT em 2%.

Relativamente, aos não autolesivos, estes referem-se aos restantes casos atendidos no âmbito pedopsiquiátrico com referência ao Serviço Social, mas que não cumprem os requisitos para serem considerados autolesivos. Desta forma, a intervenção com a CPCJ continua a ser a mais recorrente com uma taxa de 17,3% das situações, seguindo-se a advocacia social com 14% e o suporte emocional em 6% dos casos.

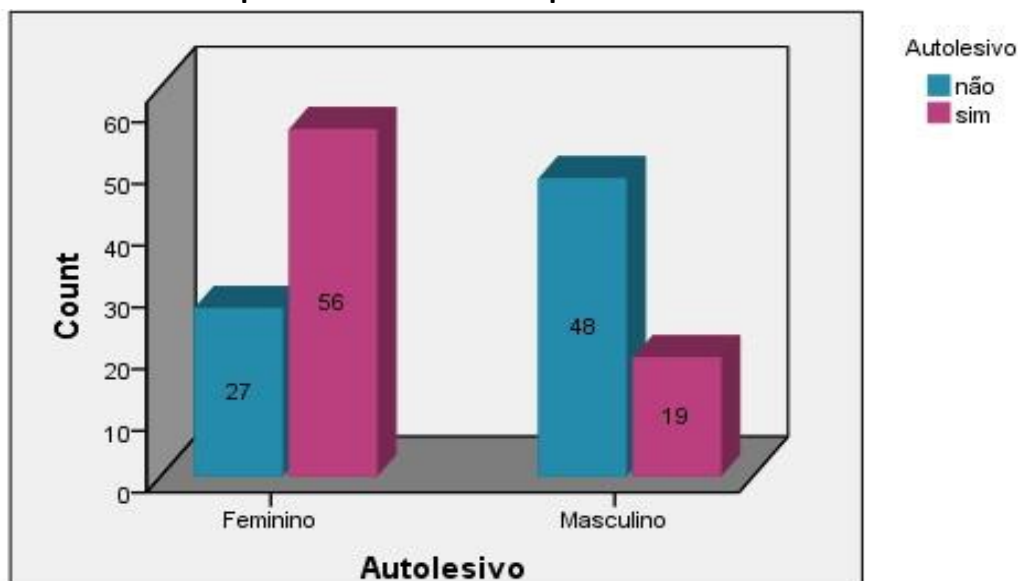
Na globalidade, a CPCJ foi a intervenção mais verificada, em 48% dos casos, seguida da advocacia social com 16% e do suporte emocional em 11,3%.

| <b>Tabela 19- Comportamentos autolesivos por grupo etário</b> |              |              |            |       |         |
|---|--------------|--------------|------------|-------|---------|
|   |              |              | Autolesivo |       | Total   |
|   |              |              | não        | sim   |         |
| Grupo Etário  | menos 5 anos | N %          | 2          | 1     | 3       |
|   |              | Grupo Etário | 66,7%      | 33,3% | 100,0 % |
|   |              | Autolesivo   | 2,7%       | 1,3%  | 2,0%    |

|       |              |              |         |         |         |
|-------|--------------|--------------|---------|---------|---------|
|       | 6 a 10 anos  | N %          | 18      | 1       | 19      |
|       |              | Grupo Etário | 94,7%   | 5,3%    | 100,0 % |
|       |              | Autolesivo   | 24,0%   | 1,3%    | 12,7%   |
|       | 11 a 15 anos | N %          | 46      | 55      | 101     |
|       |              | Grupo Etário | 45,5%   | 54,5%   | 100,0 % |
|       |              | Autolesivo   | 61,3%   | 73,3%   | 67,3%   |
|       | 16 a 18 anos | N %          | 9       | 18      | 27      |
|       |              | Grupo Etário | 33,3%   | 66,7%   | 100,0 % |
|       |              | Autolesivo   | 12,0%   | 24,0%   | 18,0%   |
| Total | N %          | 75           | 75      | 150     |         |
|       | Grupo Etário | 50,0%        | 50,0%   | 100,0 % |         |
|       | Autolesivo   | 100,0 %      | 100,0 % | 100,0 % |         |

O grupo etário dos casos não autolesivos já foi analisado, todavia é fundamental analisar também as faixas etárias mais frequentes no que diz respeito aos comportamentos autolesivos. Assim, a faixa etária mais preocupante é dos 11 aos 15 anos de idade com 73,3% dos casos, correspondente à fase considerada complexa da adolescência.

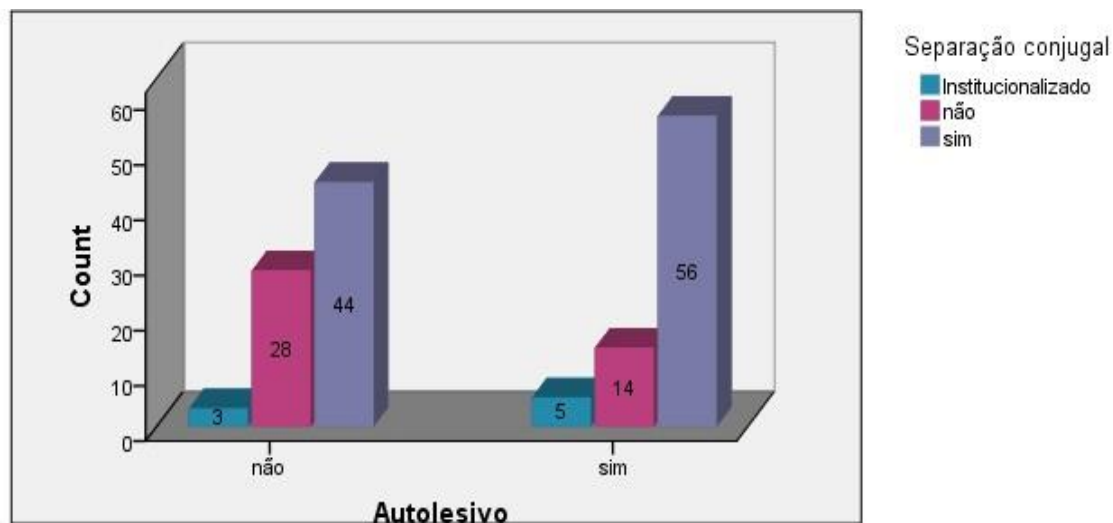
| <b>Tabela 20- Género predominante nos comportamentos autolesivos</b> |           |            |            |            |            |
|--|-----------|------------|------------|------------|------------|
|  |           |            | Autolesivo |            | Total      |
|  |           |            | não        | sim        |            |
| Género   | Feminino  | N %        | 27         | 56         | 83         |
|  |           | Género     | 32,5%      | 67,5%      | 100,0<br>% |
|  |           | Autolesivo | 36,0%      | 74,7%      | 55,3%      |
|  |           | Total      | 18,0%      | 37,3%      | 55,3%      |
|  | Masculino | N %        | 48         | 19         | 67         |
|  |           | Género     | 71,6%      | 28,4%      | 100,0<br>% |
|  |           | Autolesivo | 64,0%      | 25,3%      | 44,7%      |
|  |           | Total      | 32,0%      | 12,7%      | 44,7%      |
| Total  |           | N %        | 75         | 75         | 150        |
|  |           | Género     | 50,0%      | 50,0%      | 100,0<br>% |
|  |           | Autolesivo | 100,0<br>% | 100,0<br>% | 100,0<br>% |
|  |           | Total      | 50,0%      | 50,0%      | 100,0<br>% |

**Gráfico 6- Género predominante nos comportamentos autolesivos**

Como é possível averiguar na tabela 20 e posteriormente no gráfico 6, foi elaborada uma análise discriminada dos casos autolesivos e dos não autolesivos.

Assim sendo, no que se refere aos casos não autolesivos apenas 18% (n=27) correspondem ao género feminino, verificando-se uma maior taxa no género masculino de 32% (n=48). No que diz respeito aos comportamentos autolesivos, a situação inverte-se, pois a maior parte dos casos corresponde a utentes do género feminino com uma percentagem de 37,3%.

| <b>Tabela 21- Separação conjugal nos comportamentos autolesivos</b> |     |                    |                    |         |         |         |
|---|-----|--------------------|--------------------|---------|---------|---------|
|   |     |                    | Separação conjugal |         |         | Total   |
|   |     |                    | Institucionalizado | não     | sim     |         |
| Autolesivo  | não | N %                | 3                  | 28      | 44      | 75      |
|   |     | Autolesivo         | 4,0%               | 37,3%   | 58,7%   | 100,0 % |
|   |     | Separação conjugal | 37,5%              | 66,7%   | 44,0%   | 50,0%   |
|   |     | Total              | 2,0%               | 18,7%   | 29,3%   | 50,0%   |
|   | sim | N %                | 5                  | 14      | 56      | 75      |
|   |     | Autolesivo         | 6,7%               | 18,7%   | 74,7%   | 100,0 % |
|   |     | Separação conjugal | 62,5%              | 33,3%   | 56,0%   | 50,0%   |
|   |     | Total              | 3,3%               | 9,3%    | 37,3%   | 50,0%   |
| Total   |     | N %                | 8                  | 42      | 100     | 150     |
|   |     | Autolesivo         | 5,3%               | 28,0%   | 66,7%   | 100,0 % |
|   |     | Separação conjugal | 100,0%             | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
|   |     | Total              | 5,3%               | 28,0%   | 66,7%   | 100,0 % |

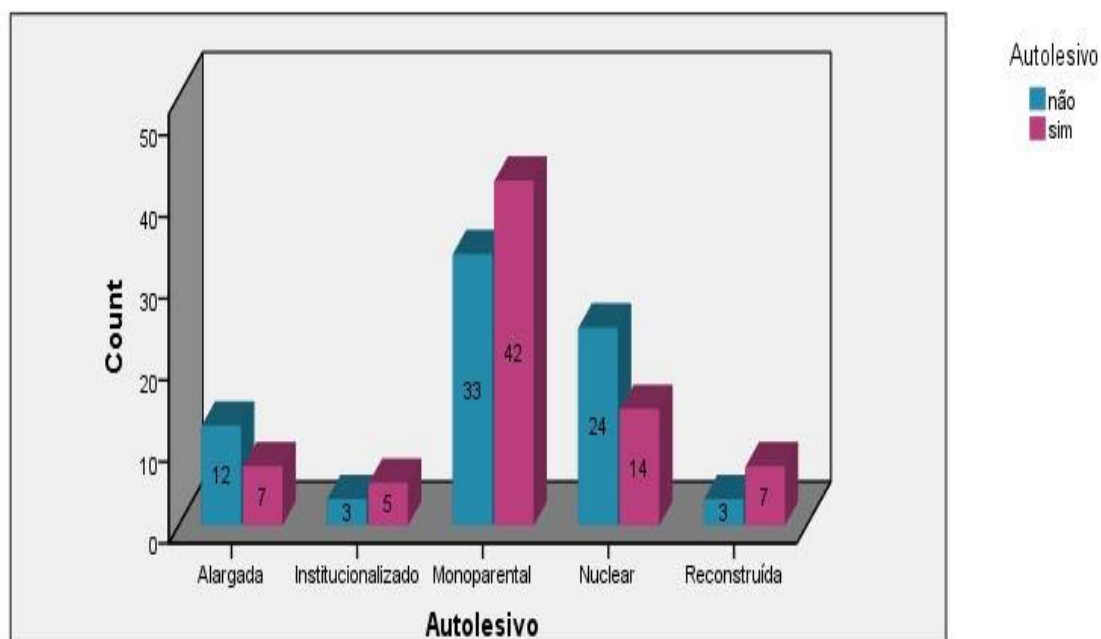
**Gráfico 7- Separação conjugal nos comportamentos autolesivos**

Como já foi abordado anteriormente, a separação conjugal é um fator de risco elevado nos comportamentos autolesivos, o que se comprova com a exposição da tabela 21 e do gráfico 7. Por outro lado e efetuada uma análise individualizada dos comportamentos autolesivos e os não autolesivos, verifica-se que em ambos, a separação conjugal está presente em um grande número de casos. No que diz respeito aos comportamentos não autolesivos, em 29,3% dos casos existe separação conjugal. No que concerne aos autolesivos, o fenómeno da separação conjugal verificou-se em 56 casos.

| <b>Tabela 22- Tipo de família nos comportamentos autolesivos</b> |                    |                 |            |         |         |
|--|--------------------|-----------------|------------|---------|---------|
|  |                    |                 | Autolesivo |         | Total   |
|  |                    |                 | não        | sim     |         |
| Tipo de Família  | Alargada           | N %             | 12         | 7       | 19      |
|  |                    | Tipo de Família | 63,2%      | 36,8%   | 100,0 % |
|  |                    | Autolesivo      | 16,0%      | 9,3%    | 12,7%   |
|  |                    | Total           | 8,0%       | 4,7%    | 12,7%   |
|  | Institucionalizado | N %             | 3          | 5       | 8       |
|  |                    | Tipo de Família | 37,5%      | 62,5%   | 100,0 % |
|  |                    | Autolesivo      | 4,0%       | 6,7%    | 5,3%    |
|  |                    | Total           | 2,0%       | 3,3%    | 5,3%    |
|  | Monoparental       | N %             | 33         | 42      | 75      |
|  |                    | Tipo de Família | 44,0%      | 56,0%   | 100,0 % |
|  |                    | Autolesivo      | 44,0%      | 56,0%   | 50,0%   |
|  |                    | Total           | 22,0%      | 28,0%   | 50,0%   |
|  | Nuclear            | N %             | 24         | 14      | 38      |
|  |                    | Tipo de Família | 63,2%      | 36,8%   | 100,0 % |
|  |                    | Autolesivo      | 32,0%      | 18,7%   | 25,3%   |
|  |                    | Total           | 16,0%      | 9,3%    | 25,3%   |
|  | Reconstruída       | N %             | 3          | 7       | 10      |
|  |                    | Tipo de Família | 30,0%      | 70,0%   | 100,0 % |
|  |                    | Autolesivo      | 4,0%       | 9,3%    | 6,7%    |
|  |                    | Total           | 2,0%       | 4,7%    | 6,7%    |
| Total  | N %                | 75              | 75         | 150     |         |
|  | Tipo de Família    | 50,0%           | 50,0%      | 100,0 % |         |
|  | Autolesivo         | 100,0 %         | 100,0 %    | 100,0 % |         |

|  |       |       |       |         |
|--|-------|-------|-------|---------|
|  | Total | 50,0% | 50,0% | 100,0 % |
|--|-------|-------|-------|---------|

**Gráfico 8- Tipos de família nos comportamentos autolesivos**



Presente na tabela 22, e representado no gráfico 8, estão as tipologias familiares, sendo que as famílias nucleares não predominam. É possível observar, que em 33 casos dos comportamentos não autolesivos, as famílias seguidas na pedopsiquiatria com necessidade de intervenção social são monoparentais enquanto nos comportamentos autolesivos, foram encontrados 42 casos de famílias monoparentais. De seguida está a família nuclear com 16% (n=24) nos casos não autolesivos e 9,3% (n=14) nos casos autolesivos. Família de tipologia alargada nos casos não autolesivos são 8% e nos autolesivos apenas 4,7%.



|                |             |                | Autolesivo |         | Total   |
|----------------|-------------|----------------|------------|---------|---------|
|                |             |                | não        | sim     |         |
| Situação Atual | mantêm      | N %            | 40         | 33      | 73      |
|                |             | Situação Atual | 54,8%      | 45,2%   | 100,0 % |
|                |             | Autolesivo     | 53,3%      | 44,0%   | 48,7%   |
|                |             | Total          | 26,7%      | 22,0%   | 48,7%   |
|                | melhorou    | N %            | 26         | 16      | 42      |
|                |             | Situação Atual | 61,9%      | 38,1%   | 100,0 % |
|                |             | Autolesivo     | 34,7%      | 21,3%   | 28,0%   |
|                |             | Total          | 17,3%      | 10,7%   | 28,0%   |
|                | Não se sabe | N %            | 7          | 19      | 26      |
|                |             | Situação Atual | 26,9%      | 73,1%   | 100,0 % |
|                |             | Autolesivo     | 9,3%       | 25,3%   | 17,3%   |
|                |             | Total          | 4,7%       | 12,7%   | 17,3%   |
|                | agravou     | N %            | 2          | 7       | 9       |
|                |             | Situação Atual | 22,2%      | 77,8%   | 100,0 % |
|                |             | Autolesivo     | 2,7%       | 9,3%    | 6,0%    |
|                |             | Total          | 1,3%       | 4,7%    | 6,0%    |
| Total          |             | N %            | 75         | 75      | 150     |
|                |             | Situação Atual | 50,0%      | 50,0%   | 100,0 % |
|                |             | Autolesivo     | 100,0 %    | 100,0 % | 100,0 % |
|                |             | Total          | 50,0%      | 50,0%   | 100,0 % |

Dos 150 casos analisados, como já foi mencionado 75 correspondem a casos autolesivos e os restantes 75 a casos pedopsiquiátricos não autolesivos. Portanto, a verificação do estado atual de todos é essencial. Desta forma, em relação aos casos não autolesivos, como é possível aferir na tabela 23, a maior parte mantêm a sua situação de saúde com uma percentagem de 26,7% (n=40).

Os restantes 75 casos correspondem a comportamentos considerados autolesivos. Apesar de continuar a existir uma maior percentagem de casos que mantêm a situação de saúde (n=33), são ainda muitos os que não se sabe a situação atual (n=19) devido ao abandono da consulta ou obtenção os 18 anos de idade.

**V**

# **DISCUSSÃO**

Face à inexistência de estudos relativos à intervenção social nos comportamentos autolesivos detetados na Região Autónoma da Madeira, não foi possível efetuar-se uma análise comparativa de resultados nesta mesma Região.

No presente trabalho obteve-se uma homogenia etária entre os casos, pois quer nos comportamentos autolesivos quer naqueles considerados não autolesivos, a faixa etária mais frequente foi entre os 14 e 15 anos de idade. À semelhança do que está presente na literatura (1, 5, 155), a idade em que surgem a maior parte dos casos de comportamentos autolesivos agudiza-se a partir dos 14 anos de idade até aos 16, tornando-se mais recorrente nesta fase da adolescência os comportamentos de risco como tabagismo, comportamentos sexuais de risco e consumos de substâncias psicotrópicas aliados a um sentimento de pertença a grupos com comportamentos desviantes. Desta forma, e com a junção de problemas intrafamiliares, há uma possível predisposição para comportamentos autolesivos. Determinados comportamentos de risco, muitas vezes também não são devidamente contextualizados pelas entidades competentes fazendo assim com que não haja a prevenção adequada à situação sendo esta prevenção feita *a posteriori* e limitando o prognóstico. Sendo estas idades extremamente complexas e muitas vezes portadoras de propensão para comportamentos desviantes, seria fulcral uma prevenção junto desta população jovem com o objetivo de proporcionar nestes adolescentes uma visão real dos possíveis problemas derivantes dos seus comportamentos de risco.

Na tabela 20 e respetivo gráfico 6, está exposto o género predominante em ambos os casos, também coincidentes com o já considerado na atual literatura científica, em que há uma prevalência do género feminino para os comportamentos autolesivos e do género masculino para os comportamentos não autolesivos. De fato, foram obtidos 56 (37,3%) casos de utentes do género feminino nos comportamentos autolesivos e em 48 casos dos comportamentos não autolesivos, os utentes era do género masculino. É necessário refletir-se sobre a maior fragilidade emocional que é característica do género feminino, bem como a fraca resiliência fazendo com que muitos problemas da

adolescência sejam como uma rampa de lançamento para comportamentos delinquentes, isolamento social, consumos e até mesmo tentativas de suicídio.

Relativamente à prevalência dos casos gerais pedopsiquiátricos e de comportamentos autolesivos na Região Autónoma da Madeira, estão evidenciados na tabela 6 e representados no gráfico 2. Desta forma, obteve-se um total de 150 casos sendo que 75 foram considerados autolesivos tendo em conta o conceito de comportamento autolesivo, e os restantes 75 casos gerais com os mais diversos diagnósticos clínicos. Curiosamente os comportamentos autolesivos ocupam cerca de 50%, o que é um valor significativo. Devido à questão geográfica e visto ser uma cidade grande e com os seus riscos citadinos inerentes, já era de esperar que o Funchal obtivesse o maior número de casos, como se veio a confirmar. Câmara de Lobos foi a segunda localidade com maior número de casos, quer autolesivos (17,3%) quer gerais (9,3%), o que sugere que, de fato, a presença de bairros sociais, o acesso fácil a estupefacientes e outras substâncias ilícitas podem ser razão do aumento dos comportamentos autolesivos, devendo existir um aumento da vigilância nesses locais e fiscalizações periódicas por parte das entidades competentes. Na verdade, deveriam ser implementadas equipas de rua para a deteção precoce desta problemática. Santa Cruz (8%) e Machico (6,7%) também detiveram percentagens significativas relativamente a comportamentos autolesivos. A justificação poderá estar intimamente relacionada com a posição geográfica e com a facilidade a estupefacientes provenientes por embarcação na via marítima. De notar que utentes provenientes de instituições têm também uma percentagem de 6,7%, o que revela que de fato a fragilidade destes adolescentes que muitas vezes são afastados do seu meio familiar, infelizmente poderá propiciar um deslizamento para condutas delinquentes e extremamente prejudiciais. Uma maior prevenção nestas localidades, equipas especializadas no terreno e fiscalização seria primordial para a sinalização atempada dos casos.

No presente trabalho, verificou-se um aumento do número de casos, de 2012 a 2016. A existência deste aumento progressivo poderá relacionar-se com o possível desenvolvimento do Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça, com melhor capacidade de sinalização e diagnóstico dos casos. Aliado a isto, poderá estar

subjacente a recente abertura do regime de urgência (em prevenção) prestada por médicos pedopsiquiatras naquela unidade hospitalar.

Outra questão relevante averiguada foram os diagnósticos clínicos inerentes à saúde dos utentes. Apesar de alguns destes diagnósticos não corresponderem corretamente à linguagem médica e aos requisitos que são necessários para serem considerados diagnósticos clínicos, é importante mencionar que o acesso a registos clínicos foram recusados, sendo que estes diagnósticos foram retirados dos processos sociais e individuais de cada utente. Assim, e como foi exposto na tabela 7 e patenteado no gráfico 3, os diagnósticos clínicos mas não autolesivos mais frequentes são o PHDA, a Ansiedade, e a Depressão, sendo que os restantes diagnósticos mais frequentes estão interligados com os comportamentos autolesivos, nomeadamente, as Alterações do comportamento, que muitas vezes estão também associadas aos consumos, ideações suicidas, IMV, intoxicações alcoólicas e por fim, a POD. É possível mencionar que a atual conjuntura social, a crise económica e a cada vez mais frequente degradação familiar, muitas vezes desencadeia quadros pedopsiquiátricos nos adolescentes, que pelas suas condições fisionómicas e psicológicas da própria fase etária agrava a situação de saúde.

Aliás, as relações familiares presentes na tabela 8 e no gráfico 4 são também um fator fundamental na questão da resolução de problemas pedopsiquiátricos, mas infelizmente o mesmo não se verifica, traduzindo-se num agravamento da saúde dos adolescentes.

O número de famílias disfuncionais foi prevalente nos casos autolesivos e nos casos não autolesivos. Numa análise em conjunto entre todos os comportamentos obteve-se uma percentagem de 28,7% nos não autolesivos, sendo que nos casos específicos de comportamentos autolesivos essa percentagem aumenta para 40,7%, o que revela que muitos dos comportamentos autolesivos poderiam ser evitados ou atenuados, se eventualmente prevalecesse um ambiente familiar funcional. De fato, uma das questões observadas foi efetivamente a falta de tempo e de relação entre os filhos e os progenitores, diminuindo dessa forma, o nível de alerta para possíveis situações de risco existentes.

Extremamente visível é a questão do absentismo escolar, com uma reduzida taxa de 20% nos comportamentos não autolesivos, mas com uma grande percentagem de 77,3% no que se refere a comportamentos autolesivos. O absentismo escolar veio revelar-se como um possível indício ao desencadeamento de comportamentos autolesivos e com uma grande visibilidade na nossa atual sociedade, pois geralmente iniciam-se com os problemas escolares, com a agressividade com os pares e com a indisciplina. A escola revela-se assim uma boa fonte de deteção de problemas nos adolescentes, devendo prevalecer uma boa relação e constante comunicação entre instituições que lidam com esta população alvo, todas com o mesmo objetivo, garantir o bem-estar dos menores.

No que se refere à tipologia familiar (evidenciada nas tabelas 10, 22 e nos gráficos 5 e 8), é possível observar os tipos de famílias mais frequentes por localidade, bem como os mais prevalentes nos casos de comportamentos autolesivos. Assim, foi efetuada uma análise individual destas duas questões, sendo que no total dos casos a monoparentalidade revelou uma taxa de 50%, seguindo-se a tipologia Nuclear em 25% dos casos. Porém, e como foi possível observar em meio hospitalar, em consultas e em contato com agregados familiares, muitas destas famílias que legalmente são nucleares e não estão separadas ou divorciadas, relatam disfuncionalidade familiar, o que não é benéfico para os menores envolvidos. Uma possível solução seria a terapia familiar, mas infelizmente muitos agregados mostram-se pouco recetivos a este tipo de intervenção, havendo necessidade muitas vezes de clarificar os reais objetivos da respetiva intervenção. À semelhança dos casos por localidade, no que respeita a tipologia familiar monoparental, as localidades com maior número, verificou-se no Funchal, Câmara de Lobos, Santa Cruz e Machico.

Na tabela 12, 21 e no gráfico 8 encontra-se descrito a separação conjugal por grupos etários e a predominância deste fator nos comportamentos autolesivos. Em 69% dos casos havia separação conjugal dos progenitores, no grupo etário de utentes entre os 11 e os 15 anos de idade. De fato, é na faixa etária que vem sendo considerada a mais suscetível a comportamentos autolesivos e a problemas pedopsiquiátricos, que encontrou-se um maior número e casos de separação conjugal entre os progenitores. Os

restantes casos estão distribuídos pelas outras faixas etárias sendo esta a mais manifesta e alarmante.

Da análise entre os comportamentos não autolesivos e autolesivos (tabela 21) verificou-se uma prevalência da separação conjugal nos comportamentos autolesivos de 37,3% e nos não autolesivos de 29,3%. Este é sem dúvida um fator chave nestes casos, sendo que a não existência de resiliência (2) traduz-se num elevado risco para os adolescentes, que muitas vezes não conseguem aceitar a rutura conjugal e a mudança da estrutura familiar, visto que eles próprios também estão a passar por uma importante fase de crescimento onde as mudanças são inúmeras. Contudo, em diversos dos casos analisados, foi possível apurar a culpabilidade dos pais, sendo que os próprios na maior parte das vezes não conseguiram lidar com a separação da melhor forma, causando tensão familiar, discussões e recorrência à própria justiça para estabelecer as responsabilidades parentais. Com esta elevada taxa conclui-se que os efeitos do divórcio numa família poderão eventualmente influenciar determinados comportamentos autolesivos nos adolescentes envolvidos no meio familiar.

No que concerne aos casos relativos à violência nas relações da intimidade, estes foram apresentados na tabela 11, revelando um total de 16 casos dos 150 analisados. Destes 16 casos, 10 mantêm a situação atual sendo que apenas 2 melhoraram. Visto que o meio hospitalar é uma instituição de prestação de saúde, e especificamente o Serviço de Pedopsiquiatria um serviço dirigido a menores, a deteção muitas vezes é complexa e a intervenção é apenas de encaminhamento para gabinetes especializados nesse âmbito. Infelizmente, a maior parte dos casos mantêm a sua situação, pois as vítimas inúmeras vezes têm receio de dar o primeiro passo, e de tomar a decisão de necessidade de mudança o que compromete todo o trabalho dos demais técnicos envolvidos nos processos de sinalização da violência doméstica.

Na tabela 13, foi realçada a questão das habilitações literárias dos progenitores, revelando um predomínio do ensino primário nos agregados familiares dos 150 casos analisados (82%) sendo que o ensino superior verificou-se em 8% das situações. O não conhecimento de questões importantes da adolescência, de própria sensibilidade, e da adoção de comportamentos prejudiciais para os filhos sem que haja essa perceção,



muitas vezes poderiam ser atenuados, não com intervenções diretas, mas com admoestações e até recomendações para a boa prática parental.

A maior tipologia de comportamentos autolesivos foram os consumos abusivos de substâncias (23%) seguindo-se a automutilação (15,3%), as IMV (10,7%) e as autoagressões (0,7%). A maior parte da medicação ingerida (tabela 15) referia-se a fármacos prescritos para problemas mentais, sendo que os utentes que estão medicados com esses fármacos, num momento de crise tendem a exacerbar e ingerir indevidamente acima da dosagem que lhes é prescrita. Desta forma, o alerta e a necessidade de precaução por parte dos progenitores, familiares, instituições, deverão ser redobrados nestes casos, pois a probabilidade de risco é maior. O acesso a estes meios deverá ser limitado pelos cuidadores dos menores, de forma a evitar possíveis tentativas de suicídio e de IMV.

Outro dos resultados obtidos e com necessidade de discussão é a intervenção social efetuada nestes casos (tabela 18). Quase metade da intervenção é feita com a CPCJ quer nos comportamentos autolesivos, quer em diagnósticos mais diversificados, já numa fase muito extrema da situação. Não existindo outro tipo de respostas sociais a nível da comunidade, seria pertinente alertar as entidades para este tipo de casos, nomeadamente as escolas que não têm o devido conhecimento, nem sabem como proceder corretamente nestas situações. Os próprios profissionais e até mesmo os progenitores deveriam ter mais formação pois, muitas vezes não sabem como agir com a fase da adolescência dos filhos, educando-os com baixo nível à frustração e com grave risco de ainda que indiretamente, inculcar nos próprios filhos, utentes e alunos comportamentos autolesivos.

Por fim, e das questões mais fundamentais representadas na tabela 23, é a situação atual de todos os casos analisados. Verifica-se que tanto na análise separada dos comportamentos autolesivos, como na análise conjunta, a maior frequência de casos mantém a sua situação de saúde.

Posto isto, é fundamental responder as questões de investigação anteriormente mencionadas. No que refere a predominância dos comportamentos autolesivos na Região Autónoma da Madeira (Q.1), com necessidade de intervenção social e entre os anos 2012 e 2016, corresponde a 50% dos casos, ou seja 75 casos correspondem apenas a consumos, automutilações, IMV e autoagressões o que é um número muito elevado, sendo o mais predominante os consumos (Q.2), devido à facilidade de acesso e às inúmeras localidades em condição geográfica de risco. Em mais detalhe e relativamente, as classes de drogas (Q.12) o tipo mais frequente é o alucinogénio que como já foi elucidado teoricamente, comporta o cannabis, LSD e ecstasy.

Apesar de poucos, ainda foi possível detetar 16 casos de situações de violência nas relações de intimidade (Q.3) dos progenitores dos utentes, pois muitos deles passam despercebidos no serviço pedopsiquiátrico com receio de exposição de situação, devido às consequências inerentes relativamente aos menores.

Na abordagem dos diagnósticos clínicos (Q.4) constatou-se que a predominância nos diagnósticos PHDA, Depressão e mais na fase da adolescência as Alterações de Comportamento, Ansiedade, Intoxicações alcoólicas, IMV, Ideações Suicidas e POD.

A monoparentalidade predomina perante as restantes tipologias familiares (Q.5) o que acarreta consequências para os menores, pois tanto a figura masculina como feminina são essenciais no crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens.

No que se refere à idade e ao género mais frequente (Q.6), estes coincidem com dados presentes na literatura, o pico alto da idade ocorre nos 14 e 15 anos em todos os casos, sendo que a situação no que diz respeito ao género não coincide, pois nos casos de comportamentos autolesivos a predominância é no género feminino, enquanto que numa abordagem aos casos não autolesivos o domínio já é no género masculino.

Sendo o absentismo escolar (Q.7) um fator de risco elevadíssimo, na maior parte das vezes despoleta comportamentos autolesivos como consumos, associados a comportamentos de risco, sendo a intervenção (Q.9) com a CPCJ efetuada aquando notificação de absentismo escolar. Assim, mais de metade das intervenções são com a

CPCJ, sendo a advocacia social e o suporte emocional uma intervenção bastante recorrente também.

No que se refere a situação atual dos casos gerais pedopsiquiátricos e autolesivos (Q.11 e 12), foi possível visualizar nas tabelas já mencionadas, que a maior parte dos casos continua com a situação de saúde igual, não havendo desta forma, melhoras significativas. A justificação para o sucedido poderá passar pela falta de respostas sociais no âmbito de saúde mental na ilha da Madeira, e relativamente a jovens a situação ainda se agrava mais porque não existem instituições para dar resposta a utentes, que por vezes são internados na unidade de internamento pedopsiquiátrico visto ser a única alternativa

Em modo de reflexão, o presente estudo identifica fatores que poderão ser precipitantes para os comportamentos autolesivos, nomeadamente a separação conjugal, a modificação da situação económica e até mesmo os graves conflitos familiares, mas dá conta também da grande importância de uma boa retaguarda familiar e de instituições próprias e respostas adequadas para estes adolescentes, que na maior parte das vezes não existe e que obviamente dificulta a intervenção dos próprios profissionais.

# VI

# CONCLUSÕES

Os comportamentos autolesivos são ainda um fenómeno que flagela a nossa sociedade e desta forma, a saúde pública.

Assim, a finalidade deste estudo consistiu em melhor avaliar os comportamentos autolesivos na Região Autónoma da Madeira e em ajudar futuramente nas prevenções dos mesmos.

É importante salientar que o/a TSSS constitui-se como um profissional cuja prática se exerce no domínio das relações interpessoais e na relação que estabelece com outros profissionais, e subseqüentemente na construção de respostas às necessidades emergentes da doença mental, no entanto no que se refere aos comportamentos autolesivos há uma grande necessidade de articulação com outros profissionais de saúde bem como com outras instituições externas.

Percebemos então que muitas das instituições com que os profissionais de saúde articulam, nomeadamente escolas e lares de infância e juventude revelam pouco conhecimento sobre o tema, colocando muitas vezes em causa uma adequada e atempada intervenção. Por outro lado, e antagonicamente em muitos casos que não apresentam evidências de problemas do foro psíquico, existe uma necessidade exacerbada, por parte de diversas instituições, em querer referenciar adolescentes, ainda que inadvertidamente, para o serviço de pedopsiquiatria, fazendo assim com que vagas sejam ocupadas desnecessariamente.

A colaboração e o conhecimento entre os profissionais tornam-se fundamentais, e apesar de algumas categorias apresentarem lacunas, nomeadamente a intervenção, percebemos que infelizmente o resultado deriva da falta de respostas sociais na Região Autónoma da Madeira.

O caminho para se atingir a excelência pode ser trabalhoso, mas o primeiro passo passará sempre pela identificação de lacunas e subseqüentemente do desenvolvimento de estratégias para as ultrapassar.

Porém, apesar de na literatura existir grande informação e pesquisa sobre fatores de risco, ainda há escassez de informação sobre os fatores de proteção, visto serem

essenciais para o término dos comportamentos autolesivos, este seria essencial ser analisado.

Ainda que uma intervenção psicossocial seja extremamente importante, é necessária uma intervenção a vários níveis, nomeadamente a nível farmacológico, psicológico e social. Neste processo de reabilitação o envolvimento da família é fulcral, todavia na maior parte das vezes estamos a lidar com famílias disfuncionais e não é possível contar com o apoio da família.

Apesar de todos os dados obtidos e analisados estatisticamente, é de extrema importância referir que nenhum dos fatores mencionados determina obrigatoriamente o surgimento de comportamentos autolesivos. Há sim, uma série de fatores com um elevado índice de desencadeamento em comportamentos autolesivos, nomeadamente a rutura conjugal dos progenitores, a presença de absentismo escolar, uma inepta relação com os pais, a própria fase da adolescência, uma localidade mais propícia e com um maior acesso a comportamentos de risco e o facto de ser menos tolerante aos obstáculos e problemas que vão surgindo ao longo da vida, que como se observou, é mais frequente no género feminino.

Por último, termino estas considerações finais referindo a importância da continuidade de estudos nesta área para que se consiga melhorar a nossa intervenção, do ponto de vista social, com a implementação de ações de prevenção a nível escolar e em determinadas áreas geográficas, bem como ações de vigilância e de apoio periódicas a determinadas faixas etárias e grupos de risco.

# VII

## REFERÊNCIAS

## BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerreiro DF, Sampaio D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 31(2): pp 213-222.

2. Carvalho Á, Peixoto B, Saraiva CB, Sampaio D, Amaro F, Santos JC, et al. (2013). Plano Nacional de Prevenção do suicídio 2013/2017. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Disponível em :

<https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwifxKPmyY3UAhVHOBoKHVYVHAqcQFggnMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdo-cumentos-e-publicacoes%2Fplano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017pdf.aspx&usg=AFQjCNHrwjlvQMKCdraHm3S04jYuWh5L6w>

3. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJFM, Bille-Brahe U. (2006). Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*. 27(1): pp 4-15. doi:10.1027/0227-5910.27.1.4.

4. Nock MK.(2010). Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 6: pp 339-63.

5. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC.(2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 379: pp 2373–82.

6. Peixoto B, Saraiva CB, Sampaio D. (2006). Comportamentos Suicidários em Portugal. 1a Edição. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia - [www.spsuicidologia.pt](http://www.spsuicidologia.pt).

7. Saraiva CB. (2010). Sociedade Portuguesa de Suicidologia. Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual - *Psiquiatria Clínica*, 31, (3), pp.185-205. Disponível em:

<http://www.spsuicidologia.pt/generalidades/biblioteca/artigos-cientificos/82-suicidiode-durkheim-a-shneidman-do-determinismo-social-a-dor-psicologica-individual>



8. Anton J, Van Hoof L. (2000). A Historical Perspective on Suicide. *Comprehensive Textbook of suicidology*. The Guilford Press. pp. 122.
9. Durkheim É. (2001). *O Suicídio - Estudo Sociológico*. 1a Edição. Editorial Presença.
10. Saraiva CB. (2014). *Depressão e Suicídio - Um guia clínico dos cuidados de saúde primários*. 1a Edição. LIDEL, editor. Lisboa.
11. Saraiva CB, Peixoto B, Sampaio D. (2014). *Suicídio E Comportamentos Autolesivos*. 1a edição. Lidel.
12. Groschwitz RC, Kaess M, Fischer G, et al. (2015). The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*.
13. Arcoverde RL, Soares LSL de C. (2009). Funções Neuropsicológicas Associadas a Condutas Autolesivas : Revisão Integrativa de Literatura. *Psicol Reflexão e Crítica*.25(2): pp 293-300.
14. Andover MS, Morris BW, Wren A, Bruzzese ME. (2012). The co-occurrence of nonsuicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 6(1):11.doi:10.1186/1753-2000-6-11.
15. Kutcher, S., Chehil, S. (2007). *Gestão de risco de suicídio-Um manual para profissionais de saúde*. Massachusetts: Blackwell Publ.
16. Hawton, K., Harriss, L., Hall, S., et al. (2003). Deliberate self-harm in Oxford, 1990–2000: a time of change in patient characteristics. *Psychological Medicine*, 33, 987–995.
17. Morgan, H. G., Burns-Cox, C. J., Pocock, H., et al. (1975). Deliberate self-harm: clinical and socioeconomic characteristics of 368 patients. *British Journal of Psychiatry*, 127, 564–574.

18. Sutton, J. (2007). *Healing the Hurt Within: Understand Self-injury and Self-harm, and Heal the Emotional Wounds* (revised and updated 3rd edition). Oxford: How To Books.
19. Lilley, R., Owens, D., Horrocks, J., et al. (2008). Methods of self-harm: a multicentre comparison of episodes of poisoning and injury. *British Journal of Psychiatry*, 192, 440–445.
20. Horrocks, J., Price, S., House, A., et al. (2003). Self-injury attendances in the accident and emergency department: clinical database study. *British Journal of Psychiatry*, 183, 34–39.
21. Meltzer, H., Lader, D., Corbin, T., et al. (2002). *Non-Fatal Suicidal Behaviour Among Adults aged 16 to 74 in Great Britain*. London: The Stationery Office.
22. Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., et al. (2002). Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 380–393.
23. Arnold, L. (1995). *Women and Self-injury: a Survey of 76 Women*. Bristol: Bristol Crisis Service for Women.
24. Babiker, G. & Arnold, L. (1997). *The Language of Injury: Comprehending Selfmutilation*. Leicester: British Psychological Society.
25. Merrill, J., Milner, G., Owens, J., et al. (1992). Alcohol and attempted suicide. *British Journal of Addictions*, 87, 83–89.
26. Haw, C., Hawton, K., Houston, K., et al. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 178, 48–54.
27. Taylor, C., Cooper, J. & Appleby, L. (1999). Is suicide risk taken seriously in heavy drinkers who harm themselves? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 309–311.

28. Gunnell, D., Hawton, K., Ho, D., et al. (2008). Hospital admissions for self-harm after discharge from psychiatric inpatient care: cohort study, *British Medical Journal*, 337, 1–7.
29. Baker, D. & Fortune, S. (2008). Understanding self-harm and suicide websites: a qualitative interview study of young adult website users. *Crisis*, 29, 118–122.
30. Bolger, S., O'Connor, P., Malone, K., et al. (2004). Adolescents with suicidal behaviour: attendance at A&E at six month follow up. *Irish Journal of Psychiatric Medicine*, 21, 78–84.
31. Hood, A. (2006). Improving Outcomes for Suicidal Individuals. PhD. Thesis, University of Auckland, Department of Psychology, Auckland.
32. Corcoran, J., Mewse, A. & Babiker, G. (2007). The role of women's self-injury support-groups: a grounded theory. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 17, 35–52.
33. Hume, M. & Platt, S. (2007). Appropriate interventions for the prevention and management of self-harm: a qualitative exploration of service-users' views. *BMC Public Health*, 7, 1–9.
34. Schoppmann, S., Schrock, R., Schnepf, W., et al. (2007). "Then I just showed her my arms..." Bodily sensations in moments of alienation related to self-injurious behaviour. A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 587–597.
35. Ray, E. (2007). A multidimensional analysis of self-mutilation in college students. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68 (9-B), 6331.
36. França, G., V. (2011). *Medicina Legal*. 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

37. Dias L, Souza DM, Azevedo R, Jansen K, Kuhn RP, Horta L, et al. (2009). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years : prevalence and associated factors Ideação suicida em adolescentes de 11 a 15 anos : prevalência e fatores associados. 32:pp 37–4.
38. Saxena S, Krug E, Chestnov O. (2014). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO Press.
39. Mental Health - Data and statistics - Suicide [Internet]. World Health Organization; [cit. 2014 Nov 6]. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/healthtopics/noncommunicable-diseases/mentalhealth/data-and-statistics>.
40. Anes E, Silva N, Silva S. (2013). Suicídio: um problema de saúde pública. In: Pimentel MH,ed. Livro de Atlas. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. pp 524-555. Disponível em <http://bibliotecadigital.ipb.pt//handle/10198/10276>.
41. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Child Psychol Psychiatry Allied Discip.*47(3-4): pp 372-394. doi: 10.1111/j.14697610.2006.01615.x.
42. Souza F, Teixeira JM, Meleiro AMAS, Neves F, Corrêa H, Nicolato R. (2010) Suicídio - O Fim À Vida. No 5. (Silva AG da, Bueno JR, eds.). Associação Brasileira de Psiquiatria.
43. World Health Organization. (2014). Preventing suicide. *CMAJ.* 143(7): pp 609-610.
44. Oliveira A, Amâncio L, Sampaio D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica.* 4: pp 509-521.
45. Wasserman, D., & Wasserman, C. (2009). *The Oxford Textbook of suicidology and suicide prevention: A global perspective.* Oxford: Oxford University Press. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13811111003704506?scroll=top&needAccess=true>

46. Noack J.(2007). Reflexos sobre o acesso empírico da teoria de identidade de Erik Erikson. *Interação em Psicol.*11 (1): pp 135–46.
47. Oliveira A. (2003) *Ilusões: A Melodia e o Sentido da Vida na Idade das Emoções Representações Sociais da Morte, do Suicídio e da Música na Adolescência.* Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - ISCTE. p. 742.
48. Shaffer D, Kipp K. (2013). *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence* [Internet].[cit 2014 Nov 18]. Disponível em <http://www.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=qTgLA AAAQBAJ&pgis=1>
49. Costa IANC.(2012). *Adolescência: Ideação suicida, depressão, desesperança e memórias autobiográficas.*
50. Coleman JC. *The Nature of Adolescence, 4th Edition* [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 18]. Disponível em : [http://books.google.pt/books/about/The\\_Nature\\_of\\_Adolescence\\_4th\\_Edition.html?id=Sb\\_qF0zbA4AC&pgis=1](http://books.google.pt/books/about/The_Nature_of_Adolescence_4th_Edition.html?id=Sb_qF0zbA4AC&pgis=1)
51. Canuto, H., Ferreira, R., & Guimarães, E. (2006). Uso e abuso de drogas ilícitas por jovens do 1º ano da Universidade Federal de Goiás. *Revista Paul Pediatría* 2 (24), 135.
52. MATOS, Margarida, et.al. (2010). *Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde – A Saúde dos Adolescentes Portugueses, Relatório do Estudo HBSC 2010.* [Em linha]. FMH. Lisboa. Disponível em: [http://aventurasocial.com/arquivo/1303144700\\_Relatorio\\_HBSC\\_adolescentes.pdf](http://aventurasocial.com/arquivo/1303144700_Relatorio_HBSC_adolescentes.pdf)
53. FRÁGOLA, A. (2009). Vulnerabilidad adolescente y psicopatología de las adicciones. De las transferencias narcisistas a los circuitos cerebrales de refuerzo. *Revista Psicoanálisis* .Vol. XXXI. nº 2/3, pp. 337-359.
54. Rosa, A., Gomes,S., & Carvalho, M. (2000). *Toxicodependência: Arte de Cuidar.* Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lda.

55. Calabuig, Gisbert J. A. (2004). Medicina Legal y Toxicologia. 6ª Edição, Masson, S.A., Barcelona, Espanha.
56. Holmes, D. S. (2001). Dependência e abuso de substância. In: Psicologia dos Transtornos Informe Mundial Sobre las Drogas (2007), Vol. 1).
57. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas. São Paulo: UNIFESP, 2003.
58. Longenecker, G. L.(1998). Como agem as drogas – o abuso das drogas e o corpo humano. São Paulo: Quark books.
59. Tiba, I. (1999).Anjos caídos: como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente. São Paulo: Editora Gente.
60. Rosenberg, M.L., Davidson, L.E., Smith, J.C., Berman, A.L., Buzbee, H., Gantner, G.,..., Jobes, D. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. Journal of Forensic Sciences. 33(6), pp 1445-1456.
61. OMS. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - UM RECURSO PARA CONSELHEIROS.Genebra; 2006. Report No.: 92 4 159431 4.
62. Pandey GN. (2013). Biological basis of suicide and suicidal behavior. Bipolar Disord [cit. 2014 Nov 4];15(5): pp 524–41. Disponível em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3749837&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
63. Cash SJ, Bridge JA.(2009). Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. Curr Opin Pediatr.21(5): pp 613–9.
64. Brent DA, Mann JJ.(2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. Am J Med Genet - Semin Med Genet. 133 C(1):pp 13-24. doi:10.1002/ajmg.c.30042.
65. Turecki, G. O suicídio e sua Relação com o comportamento impulsivo agressivo. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 21, p. 2. 1999.ISSN 1516-4446. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644461999000600006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644461999000600006)

66. Evans E, Hawton K, Rodham K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev.* 24(8):957-979. doi:10.1016/j.cpr.2004.04.005.
67. Rubin, K., Mills, R. (1988). The many faces of social isolation in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 56, pp 916-924.
68. Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho. Os adolescentes e o suicídio.* 12ª ed. Caminho.Lisboa.
69. Li, X., Stanton, B., Cottrell, L., Burns, J., Pack, R. & Kaljee, L. (2000). Patterns of initiation of sex and drug-related activities among urban low-income African-American adolescents. *Journal of Adolescent Health.* 28,pp 46-54.
70. Rosa, F.H da (1998). *Personalidade e comportamento sexual: um estudo exploratório.* Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós- Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
71. Durkheim, E. (2011). *O suicídio. Estudo Sociológico.* (9ª Ed.). Lisboa: Editorial Presença. (obra original publicada em 1897).
72. Garcy, A., & Vägerö, D. (2013). Unemployment and Suicide During and After a Deep Recession: A Longitudinal Study of 3.4 Million Swedish Men and Women. *American Journal Of Public Health.* 103(6), pp 1031-1038.
73. WHO (2011) *Impact of economic crises on mental health.* WHO, Regional Office for Europe, Denmark.
74. Hepp U, Stulz N, Unger-Köppel J, Ajdacic-Gross V. Methods of suicide used by children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet].* 2012 Fev [cit.

- 2015 Jan 20];21(2):pp 67–73. Disponível  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22130898>
75. Bertolote, J. ; Mello-Santos, C. ; Botega, N. (2010, Out.). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica . Revista Brasileira de Psiquiatria vol 32. pp. 87-95
76. Saraceno, C.; Naldini, M. (2003). Sociologia da família. Lisboa: Editorial Estampa.
77. Alarcão, M. (2002). Desenvolvimento familiar. In Alarcão, (Des)equilíbrios familiares (pp. 107-219). Portugal: Quarteto Editora.
78. Singly, F. (2011). Sociologia da família contemporânea. Lisboa: Edições Textos & Grafia.
79. Sousa, L. (2005). Famílias Multiproblemáticas. Coimbra: Quarteto, 1ª Edição.
80. Barker, P. (2000). Famílias saudáveis e a sua evolução. In Barker, Fundamentos da terapia familiar (pp. 23-34). Portugal: Climepsi Editores.
81. Calil, V., (1987). O modelo sistémico. In Calil, Terapia Familiar e de casal (pp. 1733). Brasil: Summus Editorial.
82. Marangoni, I., & Júnior, H. (2011). As relações socioafetivas na família reconstituída. Jornada de Iniciação Científica 7, 1-20.
83. Marques, E.; Mouro, H. (2004). Portugal, In: Campanini, A.; Frost, E. (Ed.), European Social Work, Commonalities and Differences, Roma: Caracci Editori. pp. 182-188.
84. Martins, A.M. de C. (1993). A Escola da Ciência Social de Le Play na Construção do Conhecimento do Serviço Social Português. Revista Intervenção Social, nº 7, Lisboa, ISSSL.



85. Martins, A.M. de C. (2003). Investigação em Serviço Social: perspectivas atuais. In: HENRÍQUEZ, A.; FARINHA, M.A. (Orgs.). Serviço Social: Unidade na Diversidade Encontro com a Identidade Profissional. Lisboa: APSS.
86. FORTE, M.J.P. (1991). Relação assistente social – adolescente in MAAKROUN, M.F. Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro, cap. 3, pp. 228-32.
87. Carvalho, Maria de Irene de B. (2012). Serviço Social na Saúde, edições de Ciências Sociais e Políticas Contemporânea, Lisboa.
88. Lei n. 147/44 Disponível em: [file:///E:/lei%20147\\_99.pdf](file:///E:/lei%20147_99.pdf)
89. Fonseca, A.C., & Queiroz, E. (2008). Maldades da Juventude: Dados de um estudo português. In A. Matos, C. Vieira, S. Nogueira, J. Boavida, L. Alcoforado (Eds.), A Maldade Humana – Fatalidade ou Educação? Coimbra: Almedina.
90. Negreiros, J. (2001). Delinquências Juvenis. Lisboa: Editorial Notícias.
91. Duarte, V. (2011). Os caminhos de Alice do outro lado do espelho: Discursos e percursos na delinquência juvenil feminina. Tese de Doutoramento em Sociologia, Especialidade de Sociologia e Metodologia Fundamentais, Universidade do Minho, Portugal.
92. Ferreira, P. M. (1997). «Delinquência juvenile», a família e escola. *Análise Social*, 32 (143), pp. 913-924.
93. Born, M. (2005). Psicologia da Delinquência. Lisboa: Climepsi.
94. Sampaio, M. (2010). O outro Lado da Vida, Delinquência Juvenil e Justiça. Dissertação de Mestrado em Ciências do Serviço Social. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
95. Carrilho, L. (2000). Influências familiares no desenvolvimento de trajectórias desviantes em adolescentes institucionalizados. Tese de Doutoramento em

- Psicologia. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto, Portugal.
96. Loeber, R., & Farrington, D.P. (1998). Never too early, never too late: Risk factors and successful interventions for serious violent juvenile offenders. *Studies on Crime and Crime Prevention*, 7, pp. 7-30.
  97. Carvalho, M. (2005). Jovens, espaços, trajetórias e delinquências. *Sociologia, Problemas e práticas*, 49, pp.71-93.
  98. Manso, A., & Almeida, A.T. (2009). Um discurso a duas vozes: potencialidades de um estudo interpretativo sobre a lei e institucionalização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (3), pp. 455-465.
  99. Lei Tutelar Educativa (1999). *Diário da República*, 1ª Série A – Nº 215 – 9 Setembro de 1999 – lei nº166/99 de 14 de Setembro (LTE).
  100. Rodrigues, E. A. (1997). Menores em risco: que família de origem? In M.R. Carneiro, (Org.) *Crianças de risco* (pp.540-664). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
  101. Duarte-Fonseca, A.C. (2006). Responsabilização dos menores pela prática de factos qualificados como crimes: políticas actuais. In A. Fonseca, M. R. Simões, M. Simões e M. Pinho (Eds.), *Psicologia Forense*. Coimbra: Edições Almedina.
  102. Neves, T. (2008). *Entre Educativo e Penitenciário: Etnografia de um centro de internamento de menores delinquentes*. Porto: Edições Afrontamento.
  103. Rodrigues, A.M., & Duarte-Fonseca, A.C. (2000). *Comentário da lei tutelar educativa*. Coimbra: Coimbra Editora.
  104. Boog,D; Barcham, C. (2016). *Forensic Mental Health Social Work: Capabilities Framework*. pp.12-27. Disponível em : [https://socialwelfare.bl.uk/subjectareas/services-activity/social-workcareservices/departmentofhealth/179766Forensic\\_SW\\_Capabilities.pdf](https://socialwelfare.bl.uk/subjectareas/services-activity/social-workcareservices/departmentofhealth/179766Forensic_SW_Capabilities.pdf)
  105. Negrão AB, Licínio J.(2002). *Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. Elsevier Science (USA).

106. Kaye W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology and Behavior*;94:121-135.
107. Fernandes, JC. (2002). American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Texto Revisto (DSM-IV-TR). DMS-IV. 4ª edição. Lisboa: Climepsi Editores.
108. Kaye W, Gendall K, Strober M. (1998). Serotonin Neuronal Function and Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Treatment in Anorexia and Bulimia Nervosa. *Biol Psychiatry*,44:825-838.
109. Strumia R. (2009). Skins signs in anorexia nervosa. *Dermato-Endocrinology*.1:5,268-270.
110. Kaye W, Frank GK, Bailer UF, Henry SE, Meltzer CC, Price JC, Mathis CA, Wagner A. (2005).Serotonin alterations in anorexia and bulimia nervosa: New insights from imaging studies. *Physiology and Behavior*.85:73-81.
111. Nicholls D, Hudson L, Mahomed F. (2010).Managing anorexia nervosa. *Arch Dis Child*.
112. Misra M, Aggarwal A, Miller KK, Almazan C, Worley M, Soyka LA, Herzog DB, Klibanski A. (2004). Effects of Anorexia Nervosa on Clinical, Hematologic, Biochemical, and Bone Density Parameters in Community-Dwelling Adolescent Girls. *Pediatrics*. 114;1574- 1583.
113. Bulik CM, Landt MCTS, Furth EF, Sullivan PF. (2007).The Genetics of Anorexia Nervosa. *Annu Rev Nutr*.27:263-75.
114. Nunn K, Frampton I, Fuglset TS, Sonnevend MT, Lask B. (2011). Anorexia nervosa and the insula. *Medical Hypotheses*.76:353-357.

115. Andersen MR, Olszewski PK, Levine AS, Schioth HB. (2010). Molecular mechanisms underlying anorexia nervosa: Focus on human gene association studies and systems controlling. *Brain Research Reviews*.62:147-164.
116. Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, Hier J, Herzog D, Klibanski A. (2005). Medical Findings in Outpatients with Anorexia Nervosa. *Arch Intern Med*.165:561-566.
117. Oliveira G. (2009). Autismo: cuidados primários de saúde. *Rev Port Clin Geral* 25:688-95.
118. World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.
119. Fombonne E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res* 65(6):591-8.
120. Oliveira G, Ataíde A, Marques C, Miguel TS, Coutinho AM, Mota-Vieira L, et al. (2007). Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Dev Med Child Neurol* 49(10):726-33.
121. Fombonne E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *J Autism Dev Disord* 33(4):365-82.
122. Mandell DS, Novak MM, Zubritsky CD. (2005). Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 116(6):1480-6.
123. Ozonoff S, Young GS, Steinfeld MB, Hill MM, Cook I, Hutman T, et al. (2009). How early do parent concerns predict later autism diagnosis? *J Dev Behav Pediatr* 30(5):367-75.
124. Ozonoff S, Heung K, Byrd R, Hansen R, Hertz-Picciotto I. (2008). The onset of autism: patterns of symptom emergence in the first years of life. *Autism Res* 1(6):320-8.

125. Myers SM, Johnson CP.(2007). American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 120(5):1162-82.
126. Abela, J., & Hankin, B. (2006). Cognitive vulnerability to depression in adolescents: A developmental psychopathology perspective. In S. Nolen-Hoeksema & L. Hilt (Eds.), *Handbook of Depression in Adolescents*. New York: Routledge.
127. Rao, U., & Chen, L. (2009). Characteristics, correlates and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience: Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 45-62.
128. Rudolph, K., Hammen, C., & Daley, S. (2006). Mood disorders. In D. Wolf, & Mash, E. (Ed.), *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment, and Treatment*. (pp. 300-342). New York: The Guilford Press.
129. Wingo, A., Wrenn G., Pelletier, T., Gutman, A., Bradley, B., Ressler K. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of Affective Disorders*, 126, 411.
130. Moniz, A. (2007). *Depressão e factores cronobiológicos*. Universidade do Minho, Braga.
131. Duggal, S., Carlson, E., Sroufe L. & Egeland B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 13, 143-164.
132. Rao, U., & Chen, L. (2009). Characteristics, correlates and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience: Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 45-62.
133. Alloy, L., Zhu, L., & Abramson, L. (2003). Cognitive vulnerability to depression: Implications for adolescent risk behavior in general. In D. Romer (Ed.), *Reducing Adolescent Risk: Toward an Integrated Approach*. London: Sage Publications.

134. Hjemdal, O., Aune, T., Reinfjell, T., Stiles, T. C., & Friborg, O. (2007). Resilience as a predictor of depressive symptoms: A correlational study with young adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(1), 91-104. doi:10.1177/1359104507071062
135. Carbonell, D. M., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Stashwick, C. K., Paradis, A. D., & Beardslee, W. R. (2002). Adolescent protective factors promoting resilience in young adults at risk for depression. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(5), 393-412. doi:10.1023/A:1020274531345
136. Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343-363. doi:10.1023/A:1021637011732
137. Essau, C. A.; Conradt, J.; Petermann, F. 2000 .Frequency, Comorbidity, and Psychosocial Impairment of Anxiety Disorders in German Adolescent'. *Journal of Anxiety Disorders* 14 (3). pp.263-79.
138. Verhulst, F. C., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., e Kasius, M. C. 1997 'The Prevalence of DSM-III-R Diagnoses in a National Sample of Dutch Adolescents'. *Archives of General Psychiatry* 54 (4). pp.329-36.
139. Wittchen, H. U.; Nelson, C. B.; Lachner, G. 1998.Prevalence of Mental Disorders and Psychosocial Impairments in Adolescents and Young Adults. *Psychol Med* 28 (1). pp.109-26.
140. Mennin, D. (2004). Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 17-29.
141. NIMH website: Disponível em <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxietydisorders/index.shtml>
142. ADAA website: Disponível em <https://www.adaa.org/understandinganxiety/generalized-anxiety-disorder-gad>

143. Pinho, A., Mendes, L. e Pereira, M. (2007). *Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção - Um problema negligenciado*. Universidade Lusíada. Disponível em: <http://www.profala.com/arthiper9.htm>.
144. Antunes, N. L. (2011). *Mal-entendidos: da Hiperactividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às Perturbações do sono. As respostas que procura*. 5ª. edição, Verso de Kapa. Lisboa.
145. Barkley, R. A. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder – A Handbook for Diagnosis and Treatment (2 nd Ed.)*. New York: Guilford Press.
146. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, et al. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychol Med*.36(2):167-79.
147. Lee SS, Humphreys KL, Flory K, Liu R, Glass K.(2011)) Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*.31(3):328-41.
148. Bussing R, Mason DM, Bell L, Porter P, Garvan C. (2010). Adolescent Outcomes of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Diverse Community Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 49(6):595-605.
149. Yoshimasu K, Barbaresi WJ, Colligan RC, Voigt RG, Killian JM, Weaver AL, et al. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study. *J Child Psychol Psychiatry*.53(10):1036-43.
150. American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5. Washington, DC: American Psychiatric Association.
151. Biederman J, Petty CR, Monuteaux MC, Fried R, Byrne D, Mirto T, et al. (2010). Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder:

- 11year follow-up in a longitudinal case-control study. *Am J Psychiatry*. 167(4):409-17.
152. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogen E.(2004). Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry*.55(7):692-700.
153. Spencer TJ.(2006). ADHD and comorbidity in childhood. *J Clin Psychiatry*. 67 Suppl 8:27-31.
154. Ferreira Goncalves S, Martins C, Rosendo AP, Machado BC, Silva E. (2012). SelfPinjurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema*. 24: pp 536-41.
155. Matos MG, Simões C, Tomé G, et al. (2012). A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.



## **VIII. AGRADECIMENTOS**

A concretização desta dissertação representa uma importante etapa da minha vida, a nível pessoal e profissional. Desde a idealização até à realização da dissertação, foi fundamental o apoio de algumas pessoas pelas quais quero deixar expresso o meu profundo agradecimento.

Quero referir ainda que o espaço limitado desta secção de agradecimentos, seguramente, não me permite agradecer, como devia, a todas as pessoas que, ao longo do meu Mestrado em Medicina Legal e Ciências forenses me ajudaram a cumprir os meus objetivos.

Ao Coordenador do Mestrado, o Senhor Professor Doutor Francisco Corte-Real, agradeço a oportunidade e o privilégio que tive em frequentar este Mestrado que muito contribuiu para o enriquecimento da minha formação académica e científica.

Um reconhecimento especial à Mestre Paula Carina da Luz Oliveira, co-orientadora da dissertação, mas que muito me ajudou. Obrigada pela amizade, pelo apoio incondicional, pela colaboração, pelos conselhos, pela competência e pela pessoa maravilhosa que é, sempre pronta a ajudar. Obrigada por ter tornado tudo isto possível!

Ao Professor Doutor Carlos Manuel Braz Saraiva, obrigada pelo profissionalismo, pela partilha do saber e pelas valiosas contribuições.

À Dr<sup>a</sup>. Rita Caldeira, Técnica de Serviço Social do Hospital Dr. Nélio Mendonça, um agradecimento especial por toda a simpatia, compreensão e ajuda ao longo deste percurso!

A toda a equipa e demais profissionais de saúde com que me deparei e que me ajudaram de uma forma ou outra o meu muito obrigado.

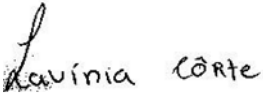
À Frederica Vieira, pela amizade, pela constante preocupação, pelos bons momentos proporcionados, e pelos intermináveis conselhos, o meu sincero agradecimento.

Ao Emanuel Vasconcelos um agradecimento pelo apoio e carinho diários, pelas palavras doces e pela transmissão de confiança e de força, em todos os momentos. Por tudo, a minha enorme gratidão!

Por fim, um agradecimento em especial à minha família, aos meus pais e irmão, por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço. Espero que esta etapa, que agora termino, possa, de alguma forma, retribuir e compensar todo o carinho, apoio e dedicação que, constantemente, me oferecem. A eles, dedico todo este trabalho.

A todos os que me ajudaram a evoluir, a crescer e a ser uma pessoa melhor, muito obrigada...

Coimbra, 13/07/2017

  
Lavinia Côrte

(Lavinia Côrte)

# **IX**

# **ANEXOS**

Anexo I

Parecer Favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Refª 131-CE-2016

Data 21/7/2016

C/conhecimento ao aluno

Exmo. Senhor

Prof. Doutor Armando Carvalho

Coordenador do Gabinete de Estudos

Avançados da FMUC

**Assunto: Projecto de Investigação no âmbito do Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses (refª CE-118/2016)**

**Candidato(a):** Lavínia Venância Abreu Côrte

**Título do Projecto: "A exploração de uma realidade obscura: um contributo aos comportamentos autolesivos na Região Autónoma da Madeira".**

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

**"Parecer favorável não se excluindo, no entanto, a necessidade de submissão à Comissão de Ética, caso exista, da(s) Instituição(ões) onde será realizado o Projecto".**

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

HC

SERVICOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central



Azinhaga de Santa Comba, Colas, 3006-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: [comissaocetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaocetica@fmed.uc.pt) | [www.fmed.uc.pt](http://www.fmed.uc.pt)

## Anexo II

## Parecer Favorável da Comissão de Ética do Hospital Dr. Nélio Mendonça

   
Serviço de Saúde da RAM  
REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

(CES/ SESARAM, EPE)

**PARECER nº 26/2016**

Sobre o Pedido/Estudo:  
***“A Exploração de uma Realidade Obscura: Um Contributo aos Comportamentos Autolesivos na Região Autónoma da Madeira”***

**A – RELATÓRIO**

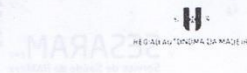
**A.1** A Comissão de Ética para Saúde (CES) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), analisou o documento Nº 25 de 2016, pedido submetido por **Lavinia Côrte**, mestranda em Medicina Legal e Ciências Forenses, para realizar projecto de investigação sobre ***“A Exploração de uma Realidade Obscura: Um Contributo aos Comportamentos Autolesivos na Região Autónoma da Madeira”***. Trata-se de um trabalho de mestrado orientado pela Professora Paula Carina Oliveira, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, e que pretende abordar os comportamentos autolesivos na Região entre 2013 e 2015.

**A.2** O documento em análise é constituído por: ofício dirigido ao Conselho de Administração do SESARAM, EPE (EA639721) datado de 07 de Setembro de 2016, que inclui os documentos reformulados de pedido de estágio curricular, projecto de investigação, questionário de submissão, guia de informação a reter, termo de responsabilidade da proponente, termo do orientador e declaração do responsável da área de formação, termo do Serviço Social e email datado de 10 de Outubro de 2016, com esclarecimento das questões colocadas pela CES sobre o estudo. Acresce ainda pedido de estágio curricular enviado ao Conselho de Administração do SESARAM, EPE, (EA611258) datado de 11 de Julho de 2016.

**A.3** Trata-se de um projecto de investigação apresentado em Julho de 2016 e que após entrevista realizada no dia 28 de Julho com a CES, foi reformulado pela proponente. O presente projecto trata de um estudo retrospectivo baseado no acompanhamento social dos utentes do Serviço Social referenciados pela serviço de Pedopsiquiatria, e que pretende fazer um levantamento dos casos ocorridos

SESARAM, E.P.E. • Av. Luís de Camões, N.º 57 • 9004-514 • Funchal • Madeira  
Telef.: 291 709 600 • Fax: 291 709 601 • www.sesaram.pt • Contribuinte: 511 228 84€

1



entre 2013 e 2015 por comportamentos autolesivos na região com necessidade de intervenção social, a utentes com idade igual ou inferior a 18 anos. Pretende ainda analisar, as intervenções sociais realizadas no hospital e na comunidade, bem como as características socioeconómicas desta ocorrência. O acesso aos dados será por consulta aos processos sociais dos utentes, com o fim de perceber se os comportamentos se mantêm, o que será sempre com o apoio e monitorização da orientadora de estágio, toda a informação compilada será anonimizada via enumeração sequencial de modo a proteger a identificação do utente.

## B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1 Serão salvaguardados ao longo do projecto, os princípios éticos relativos ao projecto de investigação, nomeadamente no que se refere ao anonimato dos utentes, e da confidencialidade da informação.

B.2 Reconhece-se a pertinência do projecto e o interesse prático nos resultados esperados, sendo que a metodologia utilizada salvaguarda o direito dos utentes.

B.3 O projecto enquadra-se num pedido de estágio curricular, mas que em nada colide com o mesmo, não sendo impeditivo o estudo.

## C – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM, EPE deliberou emitir **Parecer Favorável**, por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética, e informar ao Conselho de Administração e a Direcção Clínica, que o pedido de investigação embora enquadrado no estágio, que a autorização do mesmo não é da responsabilidade desta comissão.

Aprovado em reunião dia 31 de Outubro de 2016, por unanimidade.

O Presidente da CES/SESARAM, EPE

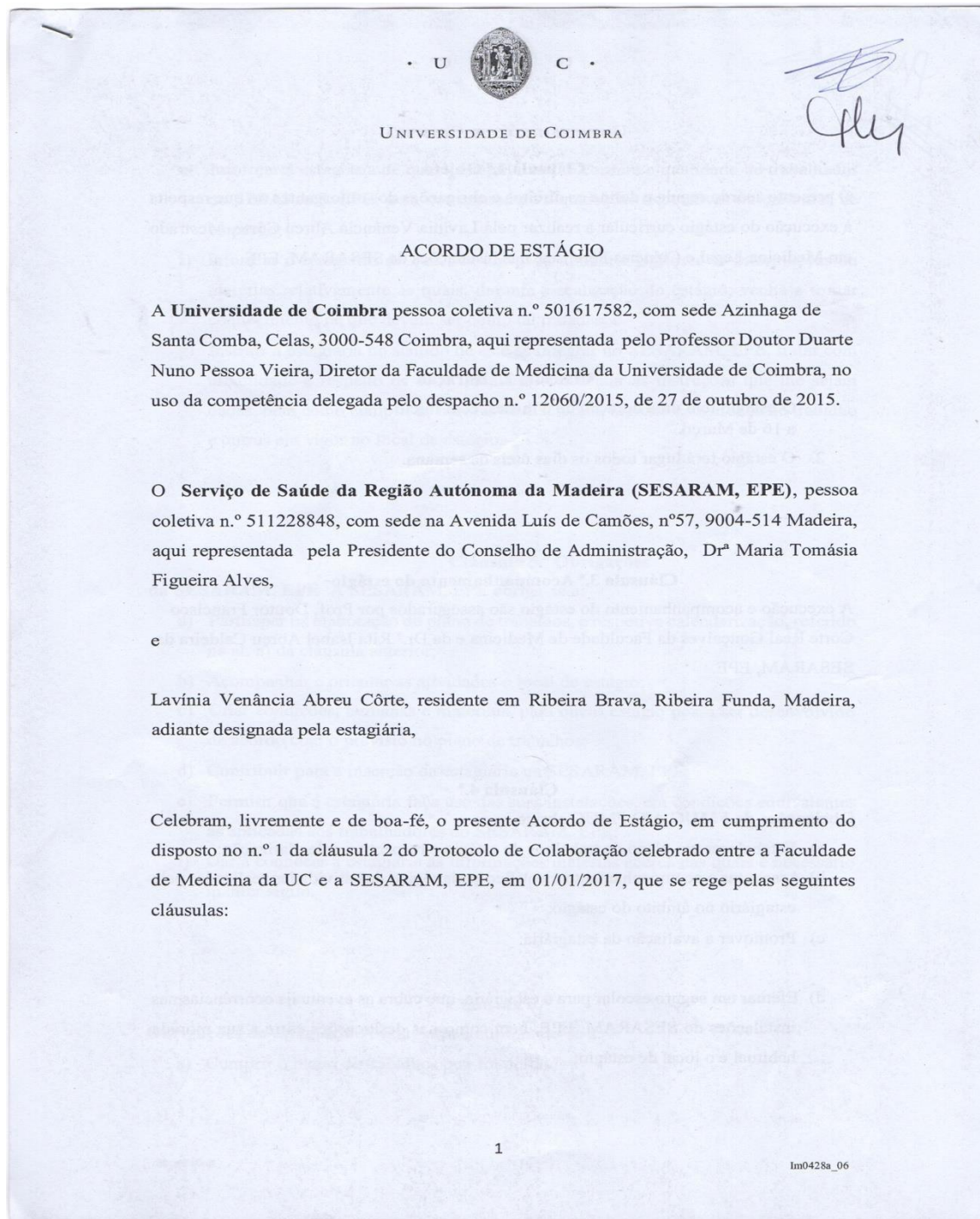


SESARAM, E.P.E. • Av. Luís de Camões, N.º 67 • 9004-514 • Funchal • Madeira  
Telef.: 291 709 600 • Fax: 291 709 601 • www.sesaram.pt • Contribuinte: 511 228 84E



Anexo III

Acordo de Estágio entre a Universidade de Coimbra e o serviço de saúde da Região Autónoma da Madeira





PM  
[Handwritten signature]



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**Cláusula 1.ª Objeto**

O presente acordo regula e define os direitos e obrigações dos outorgantes no que respeita à execução do estágio curricular a realizar pela Lavinia Venância Abreu Côrte, Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, nas instalações da SESARAM, EPE.

**Cláusula 2.ª Duração**

1. O estágio tem uma duração de 6 meses, com início a 16 de Março.
2. O estágio terá lugar todos os dias úteis da semana.

**Cláusula 3.ª Acompanhamento do estágio**

A execução e acompanhamento do estágio são assegurados por Prof. Doutor Francisco Corte Real Gonçalves da Faculdade de Medicina e da Dr.ª Rita Isabel Abreu Caldeira da SESARAM, EPE.

**Cláusula 4.ª**

**Obrigações da FMUC A/O FMUC obriga-se a:**

- a) Estabelecer um plano de trabalhos de estágio e respectiva calendarização;
- b) Assegurar o acompanhamento científico-pedagógico das atividades realizadas pelo estagiário no âmbito do estágio;
- c) Promover a avaliação da estagiária;
- d) Efetuar um seguro escolar para a estagiária, que cubra as eventuais ocorrências nas instalações do SESARAM, EPE, bem como nas deslocações entre a sua morada habitual e o local de estágio;



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

- e) Informar a estagiária de que o estágio não lhe confere a qualidade de trabalhador no SESARAM, EPE, nem corresponderá a quaisquer expectativas ou garantias de emprego;
- f) Informar o estagiário de que fica obrigado a manter sigilosas as informações ou matérias relativamente às quais, durante a realização do estágio, venha a tomar conhecimento de que devem ser como tal tratadas; e
- g) Instruir a estagiária no sentido de este se integrar no SESARAM, EPE, tratar com urbanidade e respeito os seus trabalhadores, acatar as instruções que lhe sejam dadas, bem como cumprir as normas de disciplina, higiene e segurança no trabalho e outras em vigor no local de estágio.

#### Cláusula 5.ª Obrigações

da SESARAM, EPE A SESARAM, EPE obriga-se a:

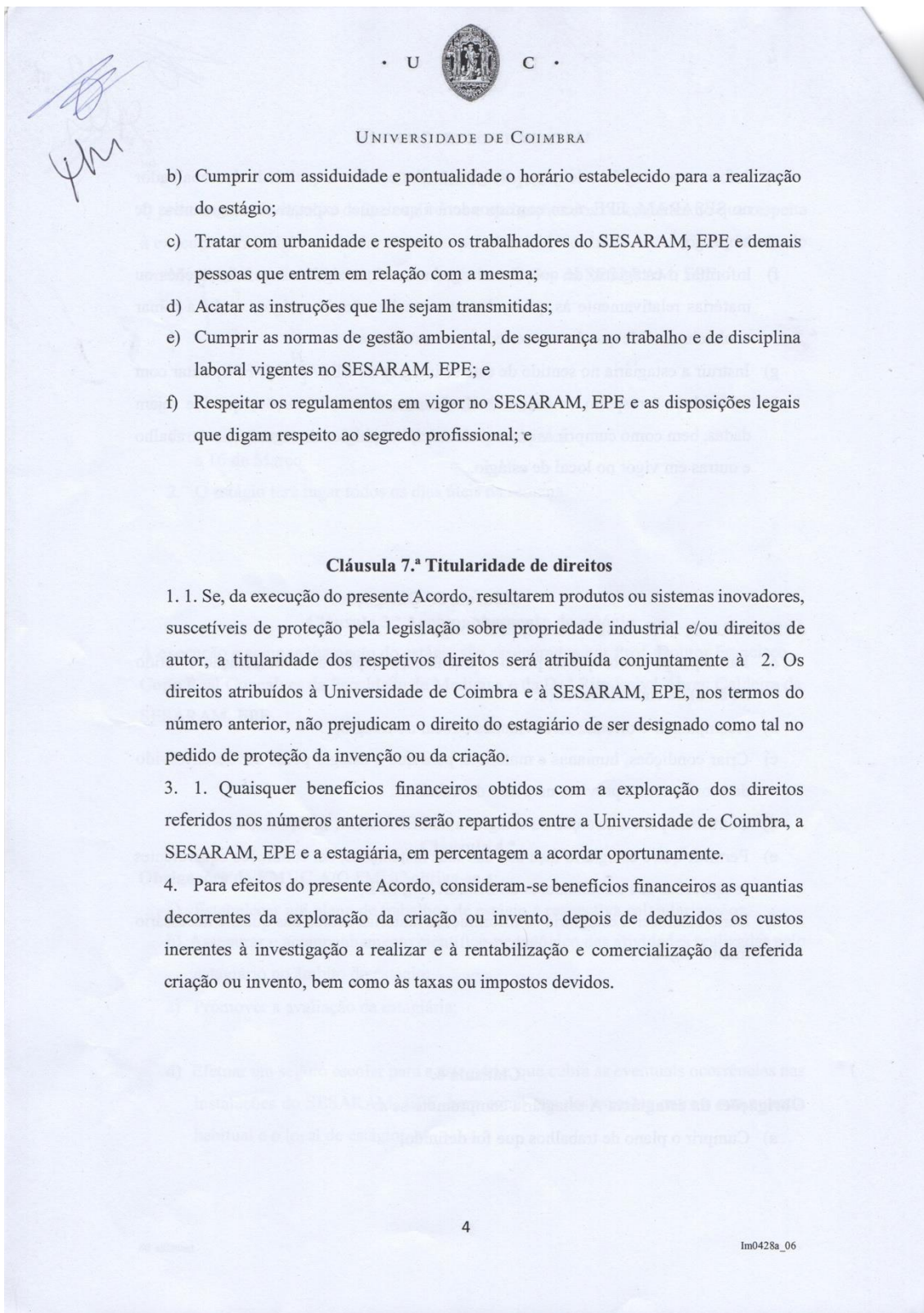
- a) Participar na elaboração do plano de trabalhos, e respetiva calendarização, referido na al. a) da cláusula anterior;
- b) Acompanhar e orientar as atividades o local de estágio;
- c) Criar condições, humanas e materiais, para que o estágio possa ser desenvolvido de acordo com o previsto no plano de trabalhos;
- d) Contribuir para a inserção da estagiária na SESARAM, EPE;
- e) Permitir que a estagiária faça uso das suas instalações, em condições equivalentes às aplicadas aos trabalhadores do SESARAM, EPE;
- f) Dar a conhecer à estagiária as informações/matérias acerca das quais é necessário manter sigilo.

#### Cláusula 6.ª

Obrigações da estagiária A estagiária compromete-se a:

- a) Cumprir o plano de trabalhos que foi definido;







UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**Cláusula 8.ª Seguro escolar**

Durante o período de estágio, o estagiário encontra-se abrangido pelo seguro escolar, a assegurar pela UC.

**Cláusula 9.ª Vigência**

O presente Acordo vigora durante um período de 6 meses, com início a 16 de Março de 2017.

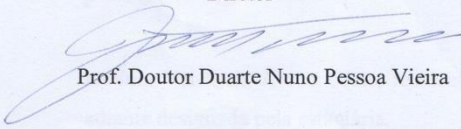
Coimbra, 16 de Março 2017

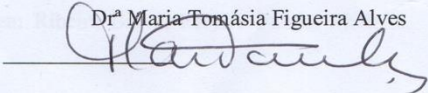
FMUC

SESARAM, EPE

Diretor

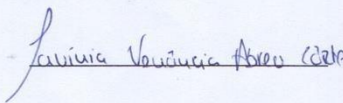
Presidente do Conselho de Administração

  
Prof. Doutor Duarte Nuno Pessoa Vieira

  
Dr.ª Maria Tomásia Figueira Alves

A estagiária

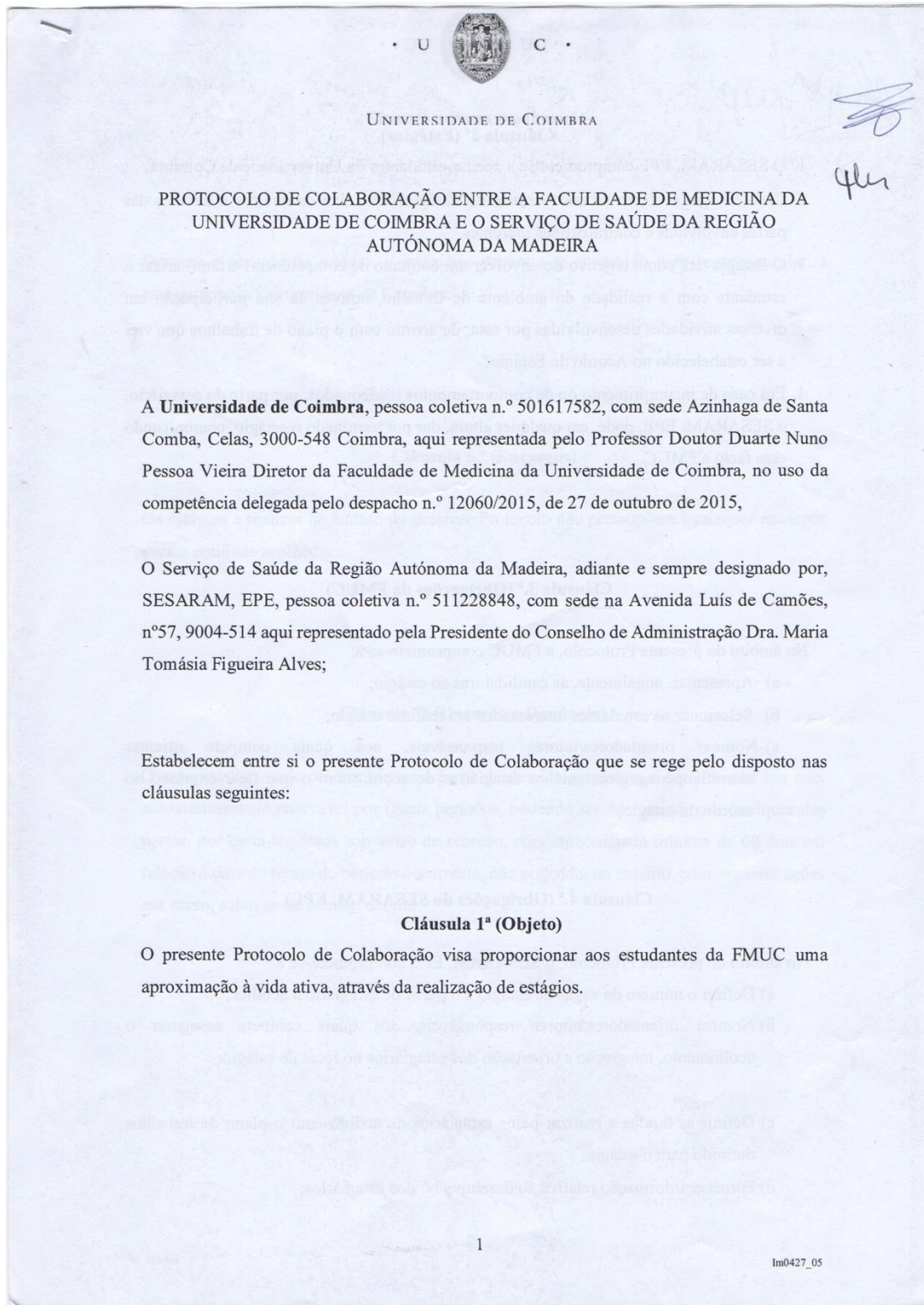
Lavinia Venância Abreu Côrte

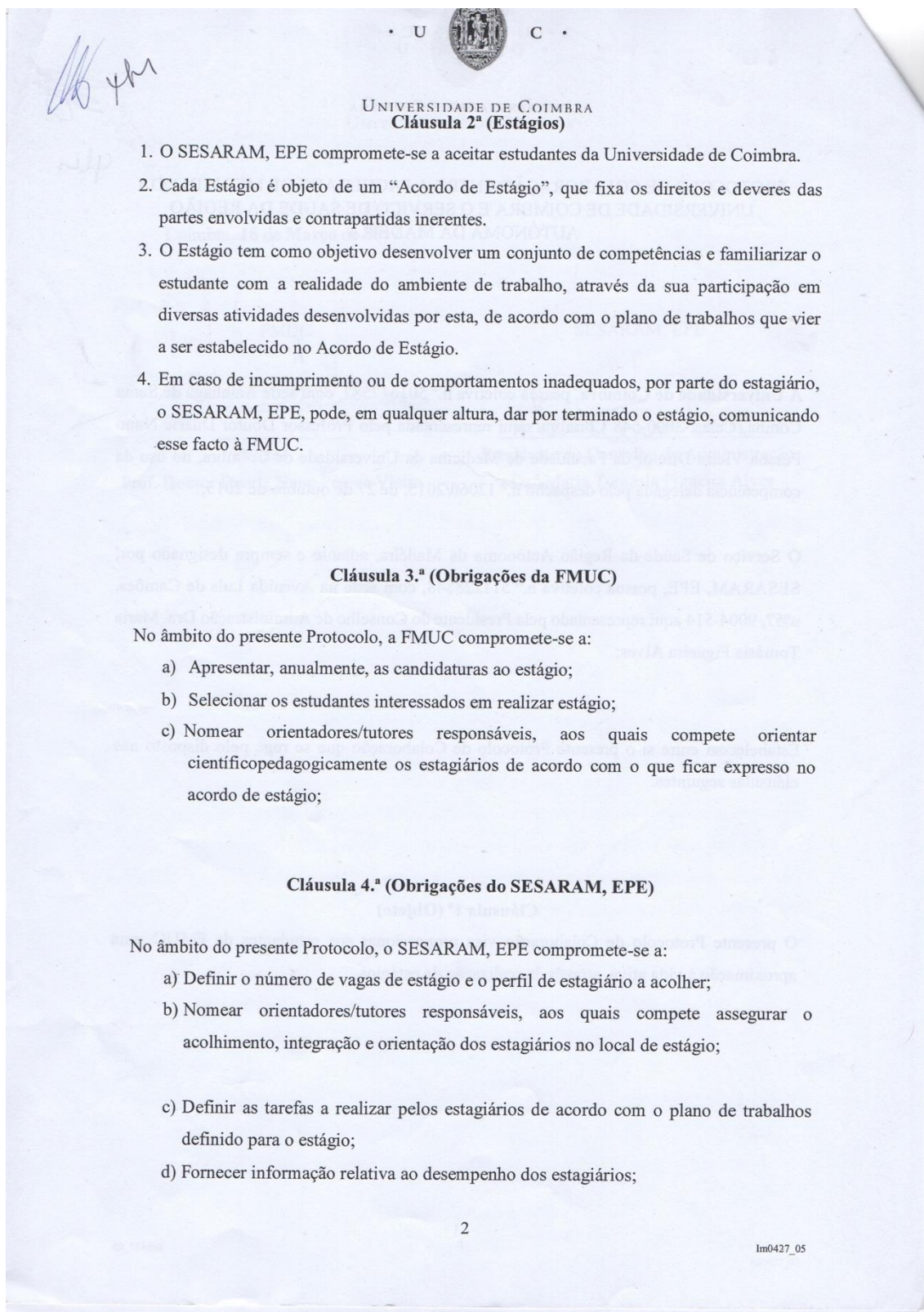
  
Lavinia Venância Abreu Côrte



Anexo IV

Protocolo de colaboração entre a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira







• U C •



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

*Handwritten signature*

**Cláusula 5.<sup>a</sup> (Seguro escolar)**

Durante o período do estágio, o estagiário encontra-se abrangido pelo seguro escolar, a assegurar pela Universidade de Coimbra.

**Cláusula 6.<sup>a</sup> (Encargos)**

Os estágios a realizar no âmbito do presente Protocolo não pressupõem quaisquer encargos para a entidade acolhedora.

**Cláusula 7.<sup>a</sup> (Duração e Denúncia)**

O presente Protocolo produz efeitos a partir da data da assinatura e é válido por um ano, automaticamente renovável por iguais períodos, podendo ser denunciado por qualquer das partes, por carta registada sob aviso de receção, com antecedência mínima de 60 dias em relação à data do termo do período decorrente, não podendo, no entanto, comprometer ações em curso, salvo se de comum acordo.

