



ACADEMIA MILITAR

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO E PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS NA GUARDA NACIONAL REPUBLICANA

Autor: Aspirante de Infantaria da GNR Philippe Manuel Teixeira Azevedo

Orientador: Capitão de Infantaria da GNR José Emanuel Quintela Cardoso

Mestrado Integrado em Ciências Militares da Guarda Nacional Republicana

Relatório Científico do Trabalho de Investigação Aplicada

Lisboa, setembro de 2017



ACADEMIA MILITAR

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO E PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS NA GUARDA NACIONAL REPUBLICANA

Autor: Aspirante de Infantaria da GNR Philippe Manuel Teixeira Azevedo

Orientador: Capitão de Infantaria da GNR José Emanuel Quintela Cardoso

Mestrado Integrado em Ciências Militares da Guarda Nacional Republicana

Relatório Científico do Trabalho de Investigação Aplicada

Lisboa, setembro de 2017

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares, em especial aos meus pais, irmãs e ao meu afilhado,

Aos meus amigos,

Por todo o apoio e incentivo ao longo destes cinco anos.

AGRADECIMENTOS

Tudo na vida tem um significado, e isso faz parte de uma realização pessoal que fui deixando para trás, convencendo-me que jamais seria possível. Hoje acredito que nada é impossível, quero agradecer a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para me fazer acreditar e, mesmo assim, ser-lhes-ei eternamente grato.

Agradeço, primeiramente, pelos cinco anos de formação académica, à Academia Militar e à Escola da Guarda e aos seus excelentes profissionais, docentes e colaboradores que lá trabalham diariamente, por me terem ensinado o valor do esforço, da camaradagem, da dedicação, do profissionalismo e contribuindo decisivamente para o meu crescimento como pessoa;

Ao meu orientador, Capitão de Infantaria da GNR José Emanuel Quintela Cardoso, pela permanente disponibilidade, pelo apoio e pelo acompanhamento durante a investigação;

Ao Major de Infantaria da GNR Paulo Delgado, pela documentação e informação transmitida;

Ao Capitão de Infantaria da GNR Borges, pela disponibilidade, apoio, transmissão de conhecimentos e documentação fornecida;

A todos os Oficiais da GNR que participaram nesta investigação, quer com a resposta ao inquérito por questionário, quer pelas dicas sugeridas provenientes deste;

À psicóloga Dra. Tatiana Santos e à Dra. Rosa Sousa do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, pela disponibilidade, documentação fornecida e transmissão de conhecimentos;

Aos meus pais, Manuel e Maria, pela paciência e apoio durante o período de realização da investigação;

Às minhas irmãs, Laetitia e Patrícia, pelos constantes incentivos, pela partilha de conhecimentos e disponibilidade para me ajudar;

Ao meu afilhado, Bernardo, pela sua permanente boa disposição, que nos momentos mais difíceis me conseguiu sempre transmitir;

E por fim, mas não menos importante, aos meus camaradas de curso, pela amizade, apoio, partilha de conhecimentos e disponibilidade permanente.

A todos o meu sincero OBRIGADO.

Philippe Azevedo

RESUMO

O presente trabalho de investigação aplicada está subordinado ao tema: “Estratégias de Gestão e Prevenção de Comportamentos Aditivos e Dependências na Guarda Nacional Republicana”, este tem como objetivo geral analisar de que forma os comandantes, diretores e chefes previnem, gerem e encaminham comportamentos aditivos e dependências nos militares da GNR.

Quanto à metodologia empregue na investigação, adotou-se o modelo hipotético-dedutivo. Este estudo visa, assim, a verificação das hipóteses, a resposta às perguntas derivadas e à pergunta de partida.

Relativamente aos procedimentos de recolha de dados, foram empregues a pesquisa bibliográfica, a análise documental e os inquéritos por questionário.

O trabalho de investigação é constituído por duas partes, designadamente a Parte I – Enquadramento teórico, a Parte II – Parte prática e as Conclusões e Recomendações. A parte I está dividida em dois capítulos, onde se faz um breve estudo sobre os comportamentos aditivos e as dependências e o enquadramento legal sobre a temática. A parte II encontra-se dividida em três capítulos, explanando-se a metodologia adotada, os métodos e materiais utilizados, fazendo-se a apresentação e análise dos resultados e, por fim, a discussão dos resultados na qual se estabelece uma ligação entre o enquadramento teórico e os resultados obtidos. Por último, são redigidas as Conclusões e as Recomendações.

Da investigação realizada, concluímos que a formação dos oficiais na área dos comportamentos aditivos e dependências é praticamente inexistente, sendo que a criação de um plano de formação poderá ser preponderante, uma vez que irá colmatar as necessidades de informação acerca desta área. Esta formação permite uma melhor deteção, prevenção, gestão e encaminhamento de casos, os quais atualmente não se concretizam de forma correta nem transversalmente em todo o dispositivo. Também, a falta de informação acerca do jogo patológico foi considerada uma lacuna, a qual poderá ser corrigida com a implementação de uma norma sobre esta patologia ou a sua integração num modelo de prevenção prático para ser implementado em todo o dispositivo.

Palavras-chave: Comportamentos Aditivos, Dependências, Formação, Prevenção.

ABSTRACT

The present investigation is subordinated to the subject: "Strategies of Management and Prevention of Addictive Behaviours and Dependencies in the Republican National Guard" and its main purpose is to analyse how commanders, directors and chiefs prevent, manage and supervise addictive behaviours and dependencies in the GNR military.

As for the methodology used in the research, the adopted method was the hypothetical-deductive. This study aims at verifying the hypotheses, the answer to the derived questions and the starting question.

As data collection procedures, this study used bibliographic research, documentary analysis and questionnaire and surveys.

The research work consists in two parts; Part I - Theoretical framework, Part II - Practical part and conclusions and recommendations. Part I is divided in two chapters, where a brief study is made on addictive behaviours and dependencies; it is also referred the legal framework concerning addictive behaviours and subjects. Part II is divided in three chapters, explaining the methodology adopted, the methods and materials used, making the presentation and analysis of the results and finally the discussion of the results, which establishes a connection between the theoretical framework and the results obtained. In the last chapter the conclusions and recommendations are drawn up.

From the research it is concluded that the training of officers in the area of addictive behaviour and dependencies is practically non-existent, and creating a training plan may be crucial, since it will fill the information that are needed in this area. This training allows improving detection, prevention, management and routing of cases, which are not currently applied correctly and all over the institution. Also the lack of information about pathological gambling was considered a gap, which could be corrected with the implementation of a standard on this pathology or its integration into a practical prevention model to be implemented throughout in the institution.

Keywords: Addictive Behaviours, Dependencies, Training, Prevention.

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA.....	I
AGRADECIMENTOS	II
RESUMO.....	III
ABSTRACT.....	IV
ÍNDICE DE FIGURAS	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XI
ÍNDICE DE QUADROS	XII
LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS	XIII
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	XIV
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1. COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS.....	4
1.1. Introdução	4
1.2. Comportamentos aditivos	4
1.3. Dependências	5
1.4. Estupefacientes	6
1.5. Álcool	8
1.6. Jogo patológico.....	9
1.7. Consequências dos comportamentos aditivos e dependências na atividade policia l	12
1.8. Prevenção de comportamentos aditivos e dependências	13
CAPÍTULO 2. ENQUADRAMENTO LEGAL.....	15
2.1. Introdução	15
2.2. NEP/GNR-2.19 Prevenção e combate ao consumo de álcool na GNR.....	15
2.2.1. Finalidades.....	15
2.2.2. Objetivos.....	15

2.2.3.	Linhas de ação	16
2.2.4.	Níveis de intervenção	16
2.2.4.1.	Nível 1	16
2.2.4.2.	Nível 2	18
2.2.4.3.	Nível 3	18
2.2.5.	Ações de prevenção	19
2.2.5.1.	Prevenção primária	19
2.2.5.2.	Prevenção secundária	21
2.2.5.3.	Prevenção terciária	22
2.3.	NEP/GNR – 2.15 Prevenção e combate à droga na GNR	22
2.3.1.	Objetivos.....	22
2.3.2.	Execução.....	22
2.3.3.	Ação sobre os intervenientes	23
2.4.	Decreto-Lei n.º 30/2017 - Estatuto dos militares da GNR	23
2.5.	Circular N.02/Direção de Recursos Logísticos/2012	24
2.6.	Mensagem 769/15 – Direção de Informações	25
2.7.	Resolução do Conselho De Ministros n.º 166/2000 de 29 de novembro	25
CAPÍTULO 3. METODOLOGIA.....		27
3.1.	Introdução	27
3.2.	Método de abordagem	27
3.3.	Perguntas derivadas	28
3.4.	Hipóteses.....	28
3.5.	Técnicas, procedimentos e meios utilizados.....	29
3.5.1.	Inquérito por questionário	30
3.6.	Local e data da pesquisa e recolha de dados.....	31
3.7.	Amostragem: composição e justificação	31

3.8. Procedimentos e ferramentas de recolha e análise de dados	32
CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	33
4.1. Introdução	33
4.2. Análise dos inquéritos por questionários	33
4.2.1. Caracterização dos inquiridos.....	33
4.2.2. Análise dos resultados	34
4.3. Análise documental	41
CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	44
5.1. Caracterização da amostra.....	44
5.2. Variável prevenção/informação	44
5.3. Variável despiste/controlado.....	46
5.4. Variável referenciação/ encaminhamento	47
5.5. Verificação das hipóteses e perguntas derivadas	47
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
APÊNDICE A – ESTRUTURA DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	I
APÊNDICE B – INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO	II
B.1. Convite para responder ao questionário	II
B.2. Inquérito por questionário.....	III
APÊNDICE C – RELAÇÃO ENTRE A TAXA ALCOOMÉTRICA, O COMPORTAMENTO E CONSEQUÊNCIAS SOBRE O DESEMPENHO	VI
APÊNDICE D – PROPOSTA DE PLANO DE FORMAÇÃO	VII
D.1. Formação no âmbito da abordagem aos problemas relacionados com o jogo patológico	VII
D.2. Formação no âmbito da intervenção em contexto laboral e comportamentos aditivos e dependências	VIII
ANEXO A – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	X

A.1. Perturbação de uso de <i>cannabis</i>	X
A.2. Intoxicação por <i>cannabis</i>	X
A.3. Abstinência de <i>cannabis</i>	XI
A.4. Perturbação de uso de opioides.....	XI
A.5. Intoxicação por opioides.....	XII
A.6. Abstinência de opioides	XII
A.7. Perturbação do uso de estimulantes.....	XII
A.8. Intoxicação por estimulantes	XIII
A.9. Abstinência de estimulantes	XIII
A.10. Intoxicação pelo álcool.....	XIV
A.11. Abstinência de álcool	XIV
ANEXO B – ANÁLISE DOS INQUÉRITOS POR QUESTIONÁRIO	XV
B.1. Sexo dos inquiridos	XV
B.2. Posto dos inquiridos.....	XV
B.3. Função dos inquiridos.....	XV
B.4. Conhecimento da NEP/GNR-2.19.....	XVI
B.5. Conhecimento de algum OP no seu CTer	XVI
B.6. Formação na área da prevenção/gestão de comportamentos aditivos e dependências.....	XVI
B.7. Saber o que fazer para prevenir comportamentos aditivos e dependências..	XVII
B.8. Prevenção ao consumo de álcool no seu destacamento.....	XVII
B.9. Prevenção ao consumo de estupefacientes no seu destacamento	XVII
B.10. Controlo de bebidas alcoólicas vendidas/presentes nos bares do seu destacamento.....	XVIII
B.11. Frequência de despistes de álcool aos seus militares	XVIII
B.12. Frequência de despistes de estupefacientes aos seus militares.....	XIX
B.13. Ter informação adequada para encaminhar militares com dependência ao álcool.....	XIX

B.14. Ter informação adequada para encaminhar militares consumidores de estupefacientes.....	XX
B.15. Ter informação adequada para encaminhar militares com dependência ao jogo.	XX
B.16. Verificação, no seu destacamento, de algum caso de dependência ou comportamento aditivo	XX
B.17. Forma como foi resolvida a situação	XXI
ANEXO C – REFERENCIAL DE VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES.....	XXII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1 - Estrutura do trabalho de investigação.....	I
Figura n.º 2 - Imagem demonstrativa do <i>email</i> de convite a participar no inquérito por questionário.....	II
Figura n.º 3 - Inquérito por questionário página n.º 1.	III
Figura n.º 4 - Inquérito por questionário página n.º 2.	IV
Figura n.º 5 - Inquérito por questionário página n.º 3.	V
Figura n.º 6 - Formação no âmbito da abordagem aos problemas relacionados com o jogo patológico.....	VIII
Figura n.º 7 - Formação no âmbito da intervenção em contexto laboral e comportamentos aditivos e dependências.....	IX

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 - Posto dos inquiridos.....	33
Gráfico n.º 2 - Função dos inquiridos.....	33
Gráfico n.º 3 - Conhecimento da NEP/GNR-2.19.....	34
Gráfico n.º 4 - Conhecimento de algum operador de prevenção no comando territorial. ...	35
Gráfico n.º 5 - Formação na área da prevenção/gestão de comportamentos aditivos e dependências.	35
Gráfico n.º 6 - Saber o que fazer para prevenir comportamentos aditivos e dependências.	36
Gráfico n.º 7 - Prevenção ao consumo de álcool no destacamento.	36
Gráfico n.º 8 - Prevenção ao consumo de estupefacientes no destacamento.....	37
Gráfico n.º 9 - Controlo de bebidas alcoólicas vendidas/presentes nos bares do destacamento.....	37
Gráfico n.º 10 - Frequência de despistes de álcool aos militares.....	38
Gráfico n.º 11 - Frequência de despistes de estupefacientes aos militares.....	38
Gráfico n.º 12 - Informação adequada para encaminhar militares com dependência ao álcool.	39
Gráfico n.º 13 - Informação adequada para encaminhar militares consumidores de estupefacientes.....	39
Gráfico n.º 14 - Informação adequada para encaminhar militares com dependência ao jogo.	40
Gráfico n.º 15 - Verificação, no destacamento, de algum caso de dependência ou comportamento aditivo.	40
Gráfico n.º 16 - Forma como foi resolvida a situação.	41

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 - Componentes e seus modos de atuação.	16
Quadro n.º 2 - Palestras sobre alcoolismo e toxicodependências.....	42
Quadro n.º 3 - Previsão COPATD.....	43
Quadro n.º 4 - Existência de OP nos CTer.	43
Quadro n.º 5 - Relação entre a taxa alcoométrica, o comportamento e consequências sobre o desempenho.....	VI
Quadro n.º 6 - Sexo dos inquiridos.....	XV
Quadro n.º 7 - Posto dos inquiridos.....	XV
Quadro n.º 8 - Função dos inquiridos.	XV
Quadro n.º 9 - Conhecimento da NEP/GNR-2.19.	XVI
Quadro n.º 10 - Conhecimento de algum OP no seu CTer.....	XVI
Quadro n.º 11 - Formação na área da prevenção/gestão de comportamentos aditivos e dependências.....	XVI
Quadro n.º 12 - Saber como prevenir comportamentos aditivos e dependências.....	XVII
Quadro n.º 13 - Prevenção ao consumo de álcool no seu destacamento.	XVII
Quadro n.º 14 - Prevenção ao consumo de estupefacientes no seu destacamento.	XVII
Quadro n.º 15 - Controlo de bebidas alcoólicas vendidas/presentes nos bares do seu destacamento.	XVIII
Quadro n.º 16 - Frequência de despistes de álcool aos seus militares.....	XVIII
Quadro n.º 17 - Frequência de despistes de estupefacientes aos seus militares.	XIX
Quadro n.º 18 - Informação adequada para encaminhar militares com dependência ao álcool.	XIX
Quadro n.º 19 - Informação adequada para encaminhar militares consumidores de estupefacientes.....	XX
Quadro n.º 20 - Informação adequada para encaminhar militares com dependência ao jogo.....	XX
Quadro n.º 21 - Verificação, no seu destacamento, de algum caso de dependência ou comportamento aditivo.....	XX
Quadro n.º 22 - Forma como foi resolvida a situação.	XXI
Quadro n.º 23 - Referencial de verificação das hipóteses.	XXII

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICES

APÊNDICE A – Estrutura do trabalho de investigação

APÊNDICE B – Inquérito por questionário

APÊNDICE C – Relação entre a taxa alcoométrica, o comportamento e consequências sobre o desempenho

APÊNDICE D – Proposta de plano de formação

ANEXOS

ANEXO A – Critérios de diagnóstico

ANEXO B – Análise dos inquéritos por questionário

ANEXO C – Referencial de verificação das hipóteses

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA	American Psychiatric Association
Art.º	Artigo
Cfr	Conferir
CTer	Comando Territorial
DRL	Direção de Recursos Logísticos
DSST	Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho
GNR	Guarda Nacional Republicana
JSS	Junta Superior de Saúde
NAC	Núcleo de Apoio ao Comando
N/D	Não Disponível
NEP	Norma de Execução Permanente
N.º	Número
OEI	Objetivo Específico de Investigação
OMS	Organização Mundial de Saúde
OP	Operador de Prevenção
PAA	Plano de Ação contra o Alcoolismo
PD	Pergunta Derivada
PP	Pergunta de Partida
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
RDGNR	Regulamento de Disciplina da Guarda Nacional Republicana
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

INTRODUÇÃO

O presente Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada, subordinado ao tema “Estratégias de Gestão e Prevenção de Comportamentos Aditivos e Dependências na Guarda Nacional Republicana”, insere-se no âmbito da estrutura curricular do Mestrado Integrado em Ciências Militares, na especialidade de Segurança.

Afim de se cumprir com o que está disposto na legislação em vigor para o ensino universitário surge esta investigação, a qual tem uma natureza científica. A presente investigação permite aplicar conhecimentos, desenvolver a capacidade de iniciativa, a autonomia, a criatividade e a decisão, devendo-se desenvolver metodologias de pesquisa e investigação (Academia Militar, 2015).

A introdução “deve conter uma apresentação geral do trabalho” (Academia Militar, 2016, p. 3), focando-se na apresentação do tema, motivo e pertinência da sua escolha, na definição dos objetivos e da pergunta de partida (PP), bem como, a enunciação da estrutura do trabalho (Academia Militar, 2016).

O consumo excessivo de álcool e drogas “constitui um problema para uma percentagem significativa da população ativa” (Corral, Durán, & Isusi, 2012, p. 2). O consumo destas substâncias tem fortes consequências em vários níveis dentro das instituições, uma vez que afetam as relações interpessoais, promovem o absentismo, levam à quebra da produtividade e interferem na segurança, aumentando a probabilidade de ocorrência de acidentes de trabalho (Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho [DSST], 2013a; Castro, Cleto, & Silva, 2011).

As razões que levam aos comportamentos aditivos e às dependências podem ser de ordem pessoal, social ou problemas relacionados com o trabalho. O consumo de substâncias, como as drogas e o álcool ou o refúgio no jogo, é, nalguns casos, uma forma de lidar com os problemas e com situações desconfortáveis que os indivíduos tenham na sua vida (Corral et al. 2012).

No local de trabalho, as razões mais comuns que levam a estes comportamentos são: condições de trabalho duras ou desconfortáveis, baixa satisfação no trabalho, horários de trabalho irregulares, baixo apoio social da parte dos colegas e seus superiores, assédio psicológico e stresse (Corral et al. 2012).

A problemática que este tema aborda, despertou um especial interesse para a realização deste estudo, uma vez que, após a cessação do ciclo de estudos e da entrada nos quadros permanentes da GNR será possível depararmo-nos com situações de comportamentos aditivos e dependências nos subordinados.

Assim, com esta investigação pretende-se estudar soluções práticas para esta problemática, desde a prevenção ao encaminhamento. Esta temática é de elevada importância para a boa imagem da instituição e para a saúde dos seus militares.

Uma intervenção preventiva e um melhoramento da sensibilidade de todos proporcionará o alcance de melhores resultados em termos de desempenho de trabalho, de saúde dos militares e potencia a imagem da GNR como uma força de segurança de natureza militar que presta diariamente serviço ao cidadão.

Desta forma, surge então a seguinte PP da investigação: **Como devem os comandantes, diretores e chefes prevenir, gerir e encaminhar comportamentos aditivos e dependências nos militares da GNR?**

Sendo a PP o fio condutor do trabalho, surge a necessidade da formulação de perguntas derivadas (PD) que se enunciam no Capítulo 3 – Metodologia. Uma vez identificadas as perguntas da investigação, segue-se a formulação dos objetivos da investigação, particularmente o objetivo geral e os objetivos específicos (Fortin, 2009), bem como a formulação das hipóteses da investigação presentes no Capítulo 3.

O objetivo geral desta investigação é: **Analisar de que forma os comandantes, diretores e chefes previnem, gerem e encaminham comportamentos aditivos e dependências nos militares da GNR.**

De forma a alcançar o objetivo geral, estabeleceram-se objetivos específicos de investigação (OEI), sendo eles:

OEI₁ – Caracterizar a amostra da investigação.

OEI₂ – Avaliar o grau de conhecimento dos oficiais relativo à prevenção e combate de comportamentos aditivos e dependências.

OEI₃ – Avaliar o grau de despiste/controlado realizado pelos oficiais no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências.

OEI₄ – Avaliar de que forma é feita a referência/encaminhamento de casos de comportamentos aditivos e dependências.

Em relação à metodologia de investigação, o presente trabalho teve como base as Normas para a Redação de Trabalhos de Investigação da Academia Militar presentes na Norma de Execução Permanente (NEP) número (n.º) 522/1ª de 20 de janeiro de 2016, sendo

complementado pelas obras de Sarmiento (2013), Quivy e Campenhoud (2008) e Fortin (2009). Quanto à elaboração das referências bibliográficas, utilizou-se as normas da APA (2010) nos aspetos onde a NEP é omissa. No Apêndice A, encontra-se um esquema resumo da estrutura do trabalho de investigação.

O trabalho foi estruturado segundo as normas da NEP acima referida, estando dividido em duas partes, nomeadamente a Parte I – Enquadramento Teórico, a Parte II – Parte Prática e o capítulo das Conclusões e Recomendações.

A parte I é constituída por dois capítulos, nos quais são abordados os comportamentos aditivos e as dependências e o enquadramento legal.

Segue-se a parte II, dividida em três capítulos, na qual é exposta, primeiramente, a metodologia, identificando-se as PD e as hipóteses bem como, as técnicas, procedimentos e meios de recolha e análise de dados. Posteriormente, são explanados os resultados obtidos sendo feita a sua análise. E por último, é realizada a discussão dos resultados, em estreita ligação com o enquadramento teórico, efetuando-se a confirmação da veracidade das hipóteses e respondendo às PD.

Por fim, são apresentadas as conclusões tendo por base as partes anteriores do trabalho, sendo respondida a PP. Bem como, são delimitadas as limitações e dificuldades do trabalho e também as recomendações.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1.

COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS

1.1. Introdução

O presente capítulo aborda os comportamentos aditivos e as dependências, no sentido de definir o seu conceito, de caracterizar cada um deles, identificando-se as suas consequências no ser humano com foco no militar da Guarda Nacional Republicana (GNR), abordando a prevenção dos mesmos.

Este capítulo é essencial para a perceção da importância do tema, bem como, para a relação feita entre os dados obtidos do trabalho de campo com os conceitos teóricos na discussão dos resultados.

1.2. Comportamentos aditivos

Atendendo a diversos autores, podemos verificar, de seguida, que os comportamentos aditivos podem ser definidos de várias formas. Existem definições ligadas exclusivamente a substâncias químicas, ou seja, a drogas, quer sejam lícitas ou ilícitas, mas existem autores a definir comportamentos aditivos de forma mais psicológica, abordando os comportamentos ligados ao jogo, compras, sexo, entre outros (Rodrigues P. , 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os comportamentos aditivos caracterizam-se por consumos repetidos de uma ou várias substâncias, em que o consumidor tem dificuldade em interromper o seu consumo, sentindo periodicamente vontade de consumir e demonstrando uma determinação ativa na obtenção da substância (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2016a).

Os comportamentos aditivos definem-se por terem características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades, sejam elas substâncias psicoativas (álcool, drogas), jogo, internet, compras ou sexo, e por provocarem um potencial de prazer (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2013b).

Em relação às substâncias psicoativas, podem ser distinguidas dez classes: álcool, cafeína, cannabis, alucinogénios, inalantes, opiáceos, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, estimulantes, tabaco e outras substâncias nas quais se enquadram as substâncias

desconhecidas. Todas estas substâncias, quando consumidas em excesso, têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa do cérebro. Esta ativação é intensa o que faz com que atividades normais sejam negligenciadas e que se produzam sensações de prazer associados ao consumo das substância (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Ao definir comportamentos aditivos é necessário por consequente definir adição, que caracteriza-se por ser uma evolução do conceito de comportamentos aditivos, ainda que mais abrangente.

“A adição e a adoção de comportamentos de risco aliados a substâncias e a atividades com características comuns nomeadamente quando se tornam tão excessivos na vida dos indivíduos, que assumem um papel fundamental, conduzindo-os a situações de negligência ou exclusão de outras áreas da sua vida quotidiana, a nível social ou profissional” (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2013a, p. 20)

Segundo a American Society of Addiction Medicine (2011), a adição é uma doença ao nível do sistema de recompensa cerebral, a qual provoca manifestações biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. Os indivíduos com adição procuram a recompensa e o alívio dessas manifestações através do uso de substâncias ou de outros comportamentos.

De acordo com Rodrigues (2015), a adição caracteriza-se pela incapacidade de se manter a abstinência de forma consciente, quer seja pelo *craving*¹, pela incapacidade de reconhecer problemas nas relações interpessoais, pelo défice de autocontrolo e pela perturbação das respostas emocionais.

1.3. Dependências

Conforme a definição da OMS (2004), dependência é um estado psíquico e por vezes físico, caracterizado por comportamentos e respostas que incluem sempre a compulsão e a necessidade de tomar a droga, de forma contínua ou periódica, de modo a experimentar efeitos físicos ou para evitar o desconforto da sua ausência. A OMS (2004) refere também que a dependência consiste numa perturbação cerebral, ao nível das suas funções, causado pelo consumo de substâncias psicoativas que afetam os processos cerebrais no que diz respeito à perceção, às emoções, à motivação e às sensações.

Tal como a OMS, Nunes e Jólluskin (2007) também associam um estado físico e psicológico na definição de dependência, sendo que, em relação ao estado físico, identificam

¹ A OMS definiu *craving* como um desejo de repetir a experiência dos efeitos de uma substância. Este desejo pode ocorrer tanto na fase de consumo, como no início da abstinência, bem como, após um longo período sem o contacto com a substância, costumando ser acompanhado de alterações no humor, no comportamento e no pensamento (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004).

uma adaptação fisiológica ao consumo habitual da substância e, em relação ao estado psicológico, identificam um atributo em todas as substâncias, o qual origina no consumidor a sensação de necessitar da substância para alcançar o seu bem-estar. Assim sendo, estes mesmos autores definem a dependência centrada no papel das substâncias relativamente à vida do indivíduo que a consome, surgindo problemas relacionados com “a perda de controlo de consumos, levando o sujeito a um estado de crescentes dificuldades, a despeito das quais se verifica um regresso repetido ao uso da substância” (Nunes & Jólluskin, 2007, p. 30).

Hoje em dia, a dependência a substâncias ilícitas, ao álcool e ao tabaco, encontram-se na mesma categoria que as dependências que não têm consumo de substâncias, nomeadamente do jogo patológico, retirando assim as substâncias do papel central das dependências. O que torna o termo dependência, um conceito muito mais abrangente (Basílico, 2007).

Contudo, o DSM-5 faz a distinção entre perturbações relacionadas com substâncias e perturbações não relacionadas com substâncias, sendo que no primeiro integra-se a perturbação de uso de álcool e das drogas já referenciadas no subcapítulo anterior, e no segundo insere-se o jogo patológico, o qual produz sintomas comportamentais semelhantes às patologias ligadas às substâncias (APA, 2014).

Uma característica importante da dependência a substâncias é uma alteração nos circuitos cerebrais que pode continuar mesmo após a desintoxicação, ocorrendo principalmente em indivíduos com forte dependência, o que facilita a recaída, por parte desses indivíduos (APA, 2014).

1.4. Estupefacientes

A OMS (1994) define estupefacientes como substâncias que, quando ingeridas, quer por inalação, absorção da pele, injeção ou por via oral, são capazes de alterar os processos mentais, tal como a perceção, a conduta, o humor e a cognição, excitando, deprimindo ou perturbando a atividade mental, não implicando necessariamente dependência.

De acordo com a OMS (1994), os estupefacientes podem ser classificados medicamente como drogas naturais, drogas semi-sintéticas e drogas sintéticas. As drogas naturais são aquelas que são extraídas de uma fonte exclusivamente natural, em geral de plantas, como é o caso da cocaína e da morfina. As drogas semi-sintéticas são obtidas em laboratório, a partir de uma matriz natural, como por exemplo, a heroína que é obtida em laboratório a partir da molécula de morfina. As drogas sintéticas são obtidas totalmente em

laboratório, sem a necessidade de precursores naturais, como acontece no caso das anfetaminas.

Atendendo à classificação do DSM-5, já referida acima, são de destacar a *cannabis*, os opiáceos (de destacar entre eles a heroína) e os estimulantes (onde se encontra a cocaína) uma vez que são as drogas mais utilizadas em Portugal:

“A maioria das apreensões efetuadas em Portugal está relacionada com a *cannabis*, refletindo a elevada prevalência de consumo na população. (...) As apreensões de cocaína ganharam maior visibilidade sobretudo desde 2005, tornando-se a segunda substância com maior número de apreensões, refletindo uma vez mais as prevalências de consumo na população portuguesa. (...) Têm aumentado as apreensões de outros opiáceos no mercado nacional, nomeadamente de ópio, metadona e buprenorfina” (SICAD, 2013b, pp. 40-41).

Relativamente à *cannabis*, de acordo com estudos realizados pelo SICAD, esta é a droga mais consumida em Portugal, quer seja em termos de experimentação, quer em termos de consumo recente. Tendo em conta o estudo realizado em 2012, 0,7% da população residente em Portugal, na idade entre os 15 e os 64 anos, apresentava sintomas de dependência do consumo de *cannabis* (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2016b).

O DSM-5 apresenta três perturbações relacionadas com a *cannabis*, sendo elas a perturbação de uso de *cannabis*, a intoxicação por *cannabis* e a abstinência de *cannabis* (APA, 2014).

É possível diagnosticar a perturbação de uso de *cannabis* com os critérios presentes no Anexo A.1., a intoxicação por *cannabis* no Anexo A.2. e a abstinência de *cannabis* no Anexo A.3.

Quanto aos opiáceos, apesar dos estudos epidemiológicos nacionais mostrarem que o consumo de heroína tem baixado, estes continuam a ser muito relevantes no quadro dos consumos problemáticos, sendo de destacar a presença dos opiáceos em 53% dos casos de morte por *overdose* em 2015 (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2016b).

Tal como a *cannabis*, os opiáceos também são divididos pelo DSM-5 em três tipos de perturbações que podem ser diagnosticados por critérios presentes no Anexo A.4. para a perturbação de uso de opiáceos, no Anexo A.5. para a intoxicação por opiáceos e, no Anexo A.6. para a abstinência de opiáceos (APA, 2014).

Por fim, relativamente aos estimulantes, no qual se insere a segunda droga mais consumida em Portugal, isto é, a cocaína, na qual, segundo os estudos realizados entre 2007

e 2012, se verificou um consumo ao longo da vida de 1,2% na população total, dos 15 aos 64 anos (SICAD, 2016b).

O DSM-5 prevê respeitante aos estimulantes a perturbação do uso de estimulantes, identificando os seus critérios de diagnóstico², a intoxicação por estimulantes³ e a abstinência de estimulantes⁴.

1.5. Álcool

O consumo de álcool é uma prática recorrente em Portugal, em todas as faixas etárias, destacando-se sobretudo os jovens e os adultos do sexo masculino. Associado ao consumo de álcool são previsíveis efeitos psicoativos tais como, a euforia e desinibição numa parte inicial, seguindo-se da sonolência, turvação da visão e a diminuição de diversas capacidades, tais como a reação, atenção e compreensão. O álcool é a substância psicoativa que causa mais mortes na população, sendo a primeira causa de morte entre os jovens (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2017).

Atendendo à literatura é possível identificar fatores de risco para o consumo de álcool, nomeadamente, a disponibilidade de álcool, as atitudes culturais em relação ao consumo e à intoxicação, o stresse, as influências genéticas, a impulsividade, a baixa tolerância à frustração, os problemas familiares, fatores relacionados com a atividade laboral (carga horária, repetibilidade de tarefas, ritmo de trabalho, entre outros) (Castro et al. 2011; APA, 2015; Corral et al. 2012).

De acordo com estudos realizados em 2012, 74% da população residente em Portugal, com idade entre os 15 e os 64 anos já consumiu álcool. No que toca a práticas de consumo nocivo como o *binge*⁵ e a embriaguez (ligeira e severa), o estudo aponta para 12% da população no consumo tipo *binge*, 13% na embriaguez ligeira e 6% na embriaguez severa (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2016c).

Atento a esses estudos, verifica-se que em 2012, 0,3% da população tinha dependência ao álcool e 3,0% tinha um consumo de risco elevado/nocivo o qual pode se tornar numa dependência (SICAD, 2016b).

² Cfr. Anexo A.7.

³ Cfr. Anexo A.8.

⁴ Cfr. Anexo A.9.

⁵ *Binge*: consumo excessivo de álcool, que consiste numa pessoa (com idade superior a 15 anos) consumir pelo menos 60 gramas de álcool puro, correspondentes a aproximadamente 6 bebidas, pelo menos uma vez por semana (OMS, 1993).

Tal como os estupefacientes, o álcool enquadra-se, segundo o DSM-5, nas perturbações relacionadas com substâncias, sendo identificadas três perturbações: perturbação pelo uso de álcool, intoxicação pelo álcool e abstinência de álcool (APA, 2014).

Para se identificar qual das perturbações está afeta a um indivíduo, são elencados critérios de diagnóstico podendo-se observar no Anexo A.10. os critérios para a intoxicação pelo álcool e no Anexo A.11 para abstinência de álcool.

No que respeita à perturbação pelo uso de álcool, uma vez que esta é a mais frequente, importa salientar de imediato os seus critérios que conduzem a mal-estar ou défices clinicamente significativos, sendo que, num período de doze meses, é necessário manifestarem-se pelo menos dois dos seguintes critérios:

1. O álcool é muitas vezes consumido em quantidades superiores ou por um período de tempo mais longo do que pretendia;
2. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos para diminuir ou controlar o uso de álcool;
3. É gasta uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de álcool, uso de álcool ou a recuperar dos seus efeitos;
4. *Craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de álcool;
5. Uso de álcool recorrente resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa;
6. Uso de álcool continuado apesar de ter problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do álcool;
7. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso do álcool;
8. Uso de álcool recorrente em situações em que é fisicamente perigoso;
9. O uso de álcool é continuado apesar de saber ter um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico que provavelmente foi causado ou exacerbado pelo álcool;
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
 - a. Uma necessidade de quantidades acentuadas crescentes de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
 - b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de álcool;
11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:
 - a. Uma síndrome de abstinência característica do álcool;
 - b. O álcool (ou outra substância intimamente relacionada, tal como a benzodiazepina) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência” (APA, 2014, pp. 589).

1.6. Jogo patológico

Segundo a OMS (1993) e tendo em atenção a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o jogo patológico é considerado uma perturbação dos hábitos e dos impulsos, tendo como característica essencial o comportamento de jogo recorrente e persistente.

A OMS (1993) define o jogo patológico como aquele em que o indivíduo demonstra uma incapacidade de controlar o hábito de jogar, apesar de todas as consequências que o ato pode trazer, quer sejam a nível financeiro, profissional ou familiar.

Segundo um estudo elaborado pelo SICAD, numa amostra populacional de 6817 indivíduos, 61,7% da população pratica ou já praticou jogo a dinheiro. De referir que 0,3% da população tem dependência ao jogo e também 0,3% tem probabilidade de ser jogador patológico (Balsa, Vital, & Urbano, 2015).

De acordo com a APA (2014), o jogo patológico enquadra-se nas perturbações não relacionadas com substâncias, dentro das perturbações aditivas. É considerado uma dependência comportamental semelhante à dependência química, uma vez que está relacionado com o sistema de recompensa mesolímbico⁶, tal como as dependências relacionadas com substâncias. Outro facto comum entre eles é o seu potencial para produzir prazer ou aliviar tensões (Holden, 2001; Climaco, 2004).

Assim sendo, de acordo com o DSM-5 (APA, 2014), para que seja possível efetuar um diagnóstico de jogo patológico, é necessário verificar-se pelo menos quatro destes nove critérios de diagnóstico que se seguem, num período de doze meses:

1. “Necessidade de jogar com quantias de dinheiro crescentes de modo a atingir a excitação desejada;
2. Inquietação ou irritabilidade quando tentar reduzir ou parar de jogar;
3. Esforços mal sucedidos de controlar, reduzir ou parar de jogar;
4. Preocupação frequente com o jogo (por exemplo, pensamentos persistentes de reviver experiências prévias com o jogo, desvantagens ou planeamento dos próximos jogos, pensar em formas de obter dinheiro para jogar);
5. Jogo frequente quando se sente angustiado (sentimento de desespero, culpabilidade, ansiedade, depressão);
6. Após perdas de dinheiro no jogo, regressa muitas vezes noutra dia para as recuperar (“resgaste” das próprias perdas);
7. Mentir para dissimular a extensão do envolvimento com o jogo;
8. Prejudicou ou perdeu relações significativas, emprego ou oportunidades de carreira ou académicas devido ao jogo;
9. Depende de terceiros para obter dinheiro para aliviar as situações financeiras desesperadas causadas pelo jogo” (APA, 2014, pp. 701-702).

A adição ao jogo está relacionada com danos psicológicos, médicos, legais e financeiros, surgindo problemas como o divórcio, a prática de atos ilegais para sustentar a atividade, obesidade e perturbações do sono (Oliveira, Silveira, & Silva, 2008). Também associado a esta patologia surge, bastantes vezes, o abuso de álcool e de drogas, tal como perturbação de humor (APA, 2014).

⁶ O sistema de recompensa mesolímbico funciona como um centro de recompensa, onde surge a sensação de prazer aquando da chegada de substâncias ou comportamentos, sendo a base neural para os fenómenos da adição.

Diretamente ligados a este fenómeno, estão comportamentos como a depressão, o alto risco de suicídio, a perturbação de ansiedade e a perturbação de personalidade, o qual afeta negativamente as relações sociais dos indivíduos (Oliveira et al. 2008; Holden, 2001).

Em termos laborais, as consequências do jogo patológico manifestam-se na pontualidade, no absentismo, na falta de concentração e na possibilidade de furto no local de trabalho para sustentar o jogo (Oliveira et al. 2008).

Relativamente ao jogo pela internet, apesar de não estar completamente definido como uma perturbação pelo DSM-5, encontra-se no capítulo “Condições para Estudo Futuro”, no qual surgem critérios definidos por especialistas que exortam para o estudo acerca das temáticas abordadas, para uma possível inclusão nas próximas edições do DSM (APA, 2014).

O DSM define então a perturbação de jogos de internet como o “uso persistente e recorrente da internet para envolvimento em jogos, com frequência com outros jogadores, que leva a défices ou mal-estar clinicamente significativo” (APA, 2014, p. 945), o qual é identificado na presença de, num período de doze meses, pelo menos cinco dos seguintes sintomas:

1. “Preocupação com jogos de Internet. (O indivíduo pensa sobre atividades de jogo prévias ou antecipa a realização do próximo jogo; jogar na Internet torna-se a atividade dominante da vida diária);
2. Sintomas de abstinência quando os jogos de Internet são retirados. (Estes sintomas são tipicamente descritos como irritabilidade, ansiedade ou tristeza, mas não há sinais físicos de abstinência farmacológica);
3. Tolerância – a necessidade de despendar quantidades crescentes de tempo envolvido em jogos de Internet;
4. Tentativas mal sucedidas de controlar a participação em jogos de Internet;
5. Perda de interesse em passatempos e atividades de entretenimento prévias resultante de, e com exceção do, uso de jogos de Internet;
6. Uso excessivo continuado de jogos de Internet apesar do conhecimento dos problemas psicossociais;
7. Ter enganado os membros da família, terapeutas ou outros relativamente à quantidade de jogo na Internet;
8. Uso de jogos de Internet para evitar ou aliviar um humor negativo (por exemplo, sentimentos de desesperança, culpa, ansiedade);
9. Ter arriscado ou perdido uma relação significativa, emprego ou oportunidades educacionais ou de carreira devido à participação em jogos de Internet” (APA, 2014, pp. 945-946).

Como efeitos da perturbação de jogos de internet foram identificados o fracasso escolar, a perda de emprego e o fracasso conjugal. Isto deve-se à perda de interesse por atividade sociais, mais precisamente ao contacto interpessoal (APA, 2014).

1.7. Consequências dos comportamentos aditivos e dependências na atividade policial

Segundo Rutter (1998), a propensão para estados patológicos, ou para comportamentos aditivos, podem surgir a partir de circunstâncias ou situações críticas na vida das pessoas. São nestas ocasiões que se ativam as vulnerabilidades dos processos adaptativos associados a determinados fatores de risco.

Lennings (1997) afirma que múltiplos constrangimentos exercidos a nível moral, cognitivo e emocional, em conjunto com alguma exigências situacionais, podem gerar em contextos policiais, práticas de abuso de poder e tornar os agentes mais suscetíveis a comportamentos aditivos. O mesmo autor identifica um mecanismo de risco próprio da cultura policial, a inibição da expressão emocional. Isto prende-se com a inibição de emoções enfatizando a frieza e a racionalidade. Este fator inibidor pode fragilizar os agentes na sua estrutura cognitiva e sócio emocional, tornando os indivíduos mais vulneráveis em situações complexas.

Também Rutter (1998) identifica nas características do serviço das polícias, possibilidades de situações críticas acontecerem, isto devido a horários incompatíveis com o seio familiar e com o deslocamento da área de residência.

Os militares da GNR são passíveis de comportamentos aditivos devido a toda a envolvimento onde estão inseridos. Isto é, além de lidarem com os problemas pessoais, lidam com problemas dos cidadãos, têm horários que complicam a gestão do tempo no seio familiar, entre outros. O isolamento é por vezes uma maneira de refúgio dos militares para os problemas que surgem, o que pode influenciar a terem comportamentos aditivos pois, por vezes, são vistos como uma resolução dos problemas (Lennings, 1997; Rutter, 1998).

Os comportamentos aditivos e as dependências em contexto profissional são responsáveis “por variadíssimos problemas que envolvem fatores de ordem pessoal e relacional. Assim, situações como a quebra de produtividade, o absentismo e o mau relacionamento entre colegas de trabalho, são só algumas das consequências provenientes do consumo excessivo” (Rodrigues A. , 2006, p. 42).

Os comportamentos aditivos e as dependências afetam o normal funcionamento da instituição, pois os militares com esses problemas perdem capacidade de dedicação total ao serviço e também afeta negativamente o relacionamento entre militares.

“O militar que abuse do consumo de álcool põe em risco a segurança do pessoal, do material, das instalações e da informação, bem como a saúde global da instituição, daqui resultando graves consequências para o cumprimento das

missões e para o próprio prestígio da Guarda” (Guarda Nacional Republicana [GNR], 2003, p. 1).

1.8. Prevenção de comportamentos aditivos e dependências

A adoção de legislação para controlar ou proibir o uso de álcool e de drogas no local de trabalho é indispensável, mas é conveniente reforçar a prevenção, de forma a evitar uma maior incidência de casos. As autoridades, as organizações e os parceiros sociais em toda a Europa aplicam um conjunto de medidas para prevenir e combater os efeitos das dependências no local de trabalho, especialmente em empregos e setores sensíveis em matéria de segurança (Corral et al. 2012).

A prevenção pode ser definida como um conjunto de esforços com o objetivo de reduzir a incidência de novos casos indesejáveis (Gullotta, 1994).

A prevenção ou intervenção preventiva “ocorre antes do início de uma doença diagnosticável e tem como objetivo a diminuição do risco de que essa doença ocorra no futuro” (SICAD, 2013b, p. 50).

A prevenção pode ser dividida em três níveis de intervenção, sendo eles: Universal, Seletiva e Indicada. A prevenção universal é dirigida à população em geral, ou seja, não é avaliado o grau de risco dos indivíduos. A prevenção seletiva é dirigida a grupos que partilhem fatores de risco, ou seja, a indivíduos que fazem parte de um grupo, ao qual se pode delimitar o nível de risco em função de indicadores sociodemográficos e contextuais, como no caso de um emprego. Por fim, a prevenção indicada é dirigida a indivíduos que apresentem fatores de risco ou sintomas que sugerem uma perturbação (SICAD, 2013b).

O DSST elenca quatro razões para a implementação de um programa de prevenção nas organizações, sendo elas:

- “A promoção de estilos de vida saudáveis;
- A diminuição de sinistralidade laboral;
- Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho;
- Melhoria das condições de trabalho” (DSST, 2013a, p.40).

Castro et al. (2011, p.3) defendem que a prevenção no “consumo de substâncias psicoativas em meio laboral devem ser encaradas como um investimento das organizações e não um custo”, isto porque um programa de prevenção acarreta vantagens a nível profissional, pessoal e familiar, nomeadamente no nível da produtividade e da qualidade de vida no trabalho.

Castro et al. (2011) também afirmam que a implementação de um programa de prevenção é menos dispendiosa que o tratamento de trabalhadores dependentes e da reparação de danos causados pelo consumo.

Os programas de prevenção devem ter em conta as condições de trabalho que podem estimular os consumos, ou seja, devem promover a eliminação das condições de trabalho que se constituem fatores de risco (DSST, 2013a).

Segundo o DSST (2013b) os programas de prevenção nas empresas não se podem focar apenas nos controlos, os quais são essenciais, mas também em ações de informação sobre o alcoolismo e as drogas, bem como campanhas de sensibilização para as consequências negativas do consumo de álcool e de drogas.

As ações de informação devem visar o consumo normal e problemático, os efeitos e as consequências do consumo no local de trabalho, os riscos para a saúde e as consequências legais. Estas devem ser feitas oralmente em palestras mas também devem ser esplanadas em suportes informativos digitais ou em papel, como por exemplo, cartazes, folhetos ou manuais (DSST, 2013a).

Ou seja, para o DSST (2013a), um programa de prevenção deve assentar na sensibilização e informação aos trabalhadores, na formação dos intervenientes nos planos de prevenção e nos elementos da empresa que atuem como mediadores (chefias) de forma a dotá-los de conhecimentos adequados sobre o consumo de substâncias psicoativas e a identificação de fatores de risco no local de trabalho de forma a diminuí-los.

CAPÍTULO 2.

ENQUADRAMENTO LEGAL

2.1. Introdução

Este capítulo visa um enquadramento jurídico relativo ao tema, ou seja, versa os diferentes diplomas legais, normas de execução permanente (NEP) e circulares em vigor na instituição.

Com este capítulo pretende-se verificar o que deve ser feito em virtude da gestão e prevenção dos comportamentos aditivos e das dependências na GNR, focando os aspetos mais relevantes para a investigação.

2.2. NEP/GNR-2.19 Prevenção e combate ao consumo de álcool na GNR

Esta norma surge da intenção do comando em instituir um conjunto de medidas com finalidade de prevenir o consumo e manter um controlo sobre os casos detetados. Assim, esta norma aborda “aspetos de educação preventiva, formação, fases da dependência, indivíduos a referenciar, forma de referenciação e procedimentos de encaminhamento” (GNR, 2003, p. 2).

2.2.1. Finalidades

Como finalidades presentes nesta norma, é de destacar a uniformização de procedimento de controlo e combate ao abuso de álcool por parte dos militares bem como o desenvolvimento de uma ação preventiva adequada.

2.2.2. Objetivos

Quanto aos objetivos, de acordo com a norma, é pertinente para a investigação enumerar os seguintes: referenciação de eventuais consumidores abusivos, na fase de ingresso e também na fase laboral; encaminhar os consumidores excessivos para tratamento; conseguir a abstinência de álcool dos militares identificados; e educar os militares para um consumo moderado de bebidas alcoólicas. Além destes, é identificado na norma como objetivo principal, “o desenvolvimento de ações preventivas que tenham um efeito dissuasor do consumo” (GNR, 2003, p. 2).

2.2.3. Linhas de ação

Esta norma baseia-se em sete componentes que devem ser continuamente aplicados, sendo eles interdependentes entre si. No Quadro n.º 1 apresentam-se os componentes e os seus modos de atuação.

Quadro n.º 1 - Componentes e seus modos de atuação.

Componentes	Modo de atuação
Prevenção	Através da informação, educação e pressão dissuasora por parte dos comandos das unidades
Despiste	Controlos sobre militares, preferencialmente de modo aleatório
Diagnóstico	Pelo Centro Clínico da GNR
Desintoxicação	Pelo Serviço de Psiquiatria do Centro Clínico da GNR
Tratamento e reabilitação psicossocial	Na Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo
Prevenção de recaída	Acompanhamento no Centro Clínico e pelos Operadores de Prevenção
Coordenação e avaliação contínua	Pelo Centro Clínico e pela 2.ª Repartição/Comando Geral

Fonte: Elaboração própria.

2.2.4. Níveis de intervenção

A presente norma considera três níveis de intervenção preventiva, tendo em conta a participação de diferentes entidades e órgãos, com o objetivo de dissuadir o consumo, quer inicial, quer de recaída e detetar a existência de dependências o mais precocemente possível para encaminhar os doentes para tratamento (GNR, 2003).

2.2.4.1. Nível 1

Este nível está ligado às unidades, onde a NEP prevê a realização de ações nos locais de serviço, tal como a desmotivação ao consumo através de testes ao álcool, o acompanhamento e aconselhamento pelos Operadores de Prevenção⁷ (OP) em ligação com o serviço de saúde, a reciclagem de conhecimentos para OP durante três dias, a formação e sensibilização para a problemática do consumo de álcool na instituição através de cursos

⁷ Operadores de Prevenção são oficiais ou sargentos formados na Escola de Serviço de Saúde Militar por frequência do Curso de Operadores de Prevenção de Alcoolismo e Toxicodependência.

internos e a realização de sessões educativas e informativas sobre as consequências do consumo de álcool para a saúde e para a carreira militar (GNR, 2003).

Segundo a norma, o comandante da unidade deve organizar um Núcleo de Apoio ao Comando (NAC) para a prevenção e combate ao abuso de álcool. Este núcleo deve ser constituído, sempre que possível, pelo oficial de segurança da unidade, pelo OP, pelo médico da unidade e pelo oficial de educação física, que deverão ter formação adequada pela frequência do Curso de Operadores de Prevenção de Alcoolismo e Toxicodependência (COPATD), ou de cursos internos ou de reciclagem de conhecimentos (GNR, 2003).

O NAC tem como missões elaborar pareceres técnicos nas áreas da segurança e prevenção, coordenar e dinamizar ações no âmbito da prevenção e apresentar propostas e sugestões ao comando. Na impossibilidade de ser organizado um NAC, as missões devem ser garantidas pelo oficial de segurança, que deve ter formação como OP, ou seja, habilitado com o COPATD (GNR, 2003).

Está previsto a existência de pelo menos um OP em cada unidade, de forma a que seja realizada eficazmente a prevenção do alcoolismo. Os OP devem realizar sessões e palestras de sensibilização, participar nas ações de formação e cooperar nas ações de reintegração social. Conforme as necessidades das unidades e serviços, devem ser propostos à Escola do Serviço de Saúde Militar a realização anual do COPATD pela 6ª repartição, mediante proposta da 2ª repartição (GNR, 2003).

No anexo B da norma, estão previstas as ações de despiste analítico, as quais definem a realização semanal de testes de alcoolémia, sendo a seleção dos militares realizada de forma aleatória pela 2.ª Repartição, a qual deve enviar as listagens para as unidades de forma confidencial. As unidades que não recebam as listagens devem tentar que a escolha seja a mais aleatória possível, bem como incidir naqueles que tenham funções mais exigentes em termos de aptidão física e de segurança militar, nomeadamente condutores e pessoal de serviço de escala (GNR, 2003).

Além destes, devem ser submetidos a teste de alcoolémia aqueles que estejam em seguimento de caso médico e em casos de suspeita de consumo (GNR, 2003).

No Apêndice 1, do Anexo B da NEP, estão explanadas as interpretações dos resultados obtidos pelo alcoolímetro, nos quais se verifica a dependência de diversos fatores para o comportamento do indivíduo alcoolizado. Desses fatores salientam-se a ingestão de bebidas alcoólicas em jejum, a graduação alcoólica das bebidas ingeridas, o peso corporal do indivíduo e o intervalo de tempo entre a ingestão da bebida e a determinação alcoométrica. Existe um tipo médio de comportamento sob influência de álcool relativo à

taxa alcoométrica determinada. No Quadro n.º 5⁸ faz-se essa correlação, bem como a identificação das consequências gerais no desempenho do indivíduo (GNR, 2003).

2.2.4.2. Nível 2

O nível 2 é constituído pelo laboratório de análises clínicas do centro clínico da GNR, pelo laboratório de patologia clínica e pelas enfermarias das Janelas Verdes e do Porto com as finalidades de desintoxicação médica ou acompanhamento psiquiátrico (GNR, 2003).

Compete ao centro clínico a “efetivação das desintoxicações médicas e do apoio médico e psiquiátrico, bem como a realização de exames complementares de diagnóstico” (GNR, 2003, p. 5).

Os laboratórios da GNR devem manter uma uniformização de procedimentos analíticos, de modo a seguir os critérios de qualidade definidos pelas entidades competentes, nomeadamente os aplicáveis a laboratórios de toxicologia forense (GNR, 2003).

2.2.4.3. Nível 3

Neste nível está presente a Comunidade Terapêutica da Costa da Caparica, a qual é uma unidade especializada de tratamento de reabilitação psicossocial de alcoolismo. Apesar desta referência, esta unidade não se encontra ativa e, por esse motivo, os tratamentos de reabilitação psicossocial são realizados na unidade de tratamento intensivo de toxicodependências e alcoolismo, sendo esta uma unidade da marinha (GNR, 2003).

O tratamento consiste no internamento durante seis semanas, com programa residencial intensivo, onde é importante a visita do OP da unidade do militar internado para tomar conhecimento dos dados referentes ao militar em recuperação e da forma de atuação após alta clínica. Após as seis semanas, o militar volta à unidade, onde cumprirá um programa de prevenção de recaída e vigilância por um período de dois anos, com acompanhamento em consulta externa de psicologia e psiquiatria. Este programa de prevenção de recaída e vigilância prevê ainda visitas ao centro clínico, sendo que deve ser mensal até ao terceiro mês, entre o terceiro e sexto mês a visita deve ser realizada de dois em dois meses, e do sexto mês aos dois anos deve ser feita de três em três meses (GNR, 2003).

⁸ Cfr. Apêndice C.

2.2.5. Ações de prevenção

Quanto às ações de prevenção e combate ao alcoolismo estão previstas três fases, sendo elas a prevenção primária, que diz respeito à informação e referenciação, a prevenção secundária, que se refere ao tratamento, e a prevenção terciária, que contém a prevenção da recaída e reinserção social. Acerca desta temática, para além do que consta na norma, esta remete para o seu anexo A, o qual é intitulado de ações de prevenção (GNR, 2003).

É dado mais ênfase à prevenção primária devido à sua particular importância nesta investigação.

2.2.5.1. Prevenção primária

A prevenção primária tem como população alvo todos os militares da GNR, com maior incidência nos militares que frequentem cursos de formação ou promoção e no grupo etário até aos 45 anos. Esta prevenção visa informar e sensibilizar as consequências do abuso de álcool, afastar os militares da experimentação de tóxicos psicoativos, desmotivar o utilizador ocasional de bebidas alcoólicas e motivar o abusador ou dependente para tratamento. Para isso, devem ser realizadas ações de informação e esclarecimento através de sessões e campanhas de esclarecimento, de cartazes e folhetos, meios audiovisuais e fichas de instrução (GNR, 2003).

Atendendo ao anexo A desta norma, verifica-se a intenção de em todas as unidades da GNR serem realizadas palestras frequentemente, bem como afixar cartazes e avisos e distribuir panfletos, de forma a alertar os militares para os perigos e consequências do consumo excessivo de álcool (GNR, 2003).

Este anexo A, determina ainda que, em todos os cursos, quer de formação, quer de promoção, deve ser realizada uma palestra sobre o consumo abusivo do álcool, de forma a informar as consequências do consumo abusivo quer a nível pessoal, profissional, disciplinar, administrativo, da segurança e do prestígio da GNR (GNR, 2003).

Na prevenção primária deve ser feita a referenciação dos militares com problemas de abuso ou dependência, seja ela voluntária, quando o próprio militar solicita ajuda para seguir um tratamento, seja essa referenciação feita pela unidade, quando existam fundadas suspeitas de abuso ou dependência verificadas através da observação de perturbações a nível médico, psicológico e comportamental, pelas quebras no desempenho profissional, pelas dificuldades de adaptação ao serviço, pelas perturbações na conduta social e nas relações humanas, pela aparência estética, ou seja, desleixo no atavio e higiene pessoal, pela análise de alcoometria

acima dos valores legalmente admitidos, e pela referenciação pelo médico da unidade (GNR, 2003).

Outras medidas a adotar para este tipo de prevenção é o condicionamento de bebidas alcoólicas e a aplicação de medidas disciplinares e administrativas (GNR, 2003).

O condicionamento de bebidas alcoólicas, tema a aprofundar no subcapítulo 2.4, prevê o estabelecimento de horários de funcionamento dos bares e a proibição de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho, bem como estimular o consumo de bebidas não alcoólicas (GNR, 2003).

Quanto às medidas disciplinares e administrativas, as disciplinares enquadram-se no Regulamento de Disciplina da GNR (RDGNR) e as administrativas são objeto de orientação adequada do comando (GNR, 2003).

De acordo com a alínea b) do n.º 2 do art.º 17º do RDGNR, o militar da GNR no cumprimento do dever de apurmo deve abster-se “da prática de quaisquer atos que possam prejudicar-lhe o vigor e a aptidão física ou intelectual, designadamente o consumo excessivo de bebidas alcoólicas ou o consumo de estupefacientes, substâncias psicotrópicas, substâncias psicoativas, ou drogas equiparáveis” (Assembleia da República [AR], 2014).

A reincidência do consumo abusivo de álcool deve ser passível de sanção disciplinar, não se devendo dar origem a sanção disciplinar no primeiro e segundo resultado positivo, exceto se, desse consumo, tiver resultado a prática de excessos ofensivos ou lesivos da disciplina ou for afetado o prestígio institucional (GNR, 2003).

O procedimento disciplinar deve ser formalizado de forma a provocar um efeito dissuasor do consumo. A redação da pena deve ser genérica em relação à prática de atos suscetíveis de prejudicarem o vigor físico e a aptidão para o exercício das funções, evitando-se a especificação do consumo de álcool (GNR, 2003).

As medidas administrativas diferem caso os militares frequentem cursos de ingresso e caso se encontrem no quadro permanente (GNR, 2003).

Para os militares que frequentem cursos de ingresso, deve ser avaliada a aptidão física e psíquica necessária ao desempenho das funções de um agente da autoridade, sendo para isso apresentado à Junta Superior de Saúde (JSS) (GNR, 2003).

Para os militares que se encontram no quadro permanente, deve ser excluída a sua entrada em classes que tenham matérias classificadas e devem ser encaminhados para tratamento. Após estarem esgotadas todas as formas de recuperação e serem verificadas recaídas, os militares devem ser apresentados à JSS para avaliação da aptidão física ou

psíquica necessária ao desempenho de funções de militar da Guarda e/ou mudança da situação de ativo para reforma de acordo com as disposições legais (GNR, 2003).

Quanto ao encaminhamento dos casos referenciados, primeiramente devem ser realizadas duas entrevistas, uma pelo OP e outra com o oficial de segurança, sendo que, caso o OP considere necessário, este deve remeter o caso para o médico da unidade. Através destas entrevistas e da observação médica irão obter-se três relatórios, o relatório técnico de segurança sobre droga e abuso de álcool⁹, o relatório técnico de desempenho do OP¹⁰ e o relatório de observação do médico da unidade (GNR, 2003).

A decisão, quer da ação disciplinar, quer da manutenção do militar referenciado na unidade sob observação, ou seja, no nível 1 de intervenção, quer do encaminhamento para o centro clínico, dito nível 2 de intervenção, é do comandante, o qual tem como base os relatórios acima referidos, bem como as funções que o militar desempenha e as consequências dos efeitos físicos e psíquicos do álcool nessas funções (GNR, 2003).¹¹

2.2.5.2. Prevenção secundária

A prevenção secundária diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento, estando interligada a todos os níveis de intervenção (GNR, 2003).

Esta pode ser feita através de ações de reabilitação educativa a cargo dos OP, através do acompanhamento periódico, do internamento no centro clínico para tratamento e/ou desintoxicação médica, do encaminhamento para um programa de reabilitação social, do envolvimento de militares recuperados para ações de aconselhamento e ajuda mútua, e o incentivo à frequência de grupos de ajuda mútua no exterior da instituição (GNR, 2003).

O serviço de psiquiatria do centro clínico após a desintoxicação física, da estabilização da patologia e do estudo clínico deve encaminhar o doente, conforme as suas necessidades, para uma das seguintes modalidades: a sua unidade, com prescrição de tratamento de reabilitação educativa, sob os cuidados do médico e do OP; para uma unidade especializada com programa de reabilitação biopsicossocial; para apresentação à JSS; ou para os serviços de saúde da tutela do Ministério da Saúde especializados no tratamento de doentes alcoólicos, isto após a passagem do militar à situação de reforma (GNR, 2003).

Os militares que sejam apresentados à JSS ficam sujeitos à decisão da mesma, a qual pode optar por considerar o militar apto para o serviço, sendo este recolocado na unidade,

⁹ Cfr. Apêndice 1 ao Anexo C da NEP/GNR-2.19.

¹⁰ Cfr. Apêndice 1 ao Anexo D da NEP/GNR-2.19.

¹¹ Cfr. Subcapítulo 2.2.4.1.

sob acompanhamento do OP e do médico da unidade, ou por considerar que o militar é incapaz da realização do serviço da GNR, encaminhando o militar para centro de tratamento civil especializado (GNR, 2003).

2.2.5.3. Prevenção terciária

Este nível de prevenção conta com o envolvimento do oficial de segurança da unidade, do OP, do médico da unidade, do responsável pela educação física e pelo serviço de ação social. Estes elementos devem colaborar na manutenção da abstinência do militar, na sua mudança do estilo de vida e na motivação para a frequência de grupos de ajuda mútua (GNR, 2003).

Todas as ações que visam a reintegração sócio laboral devem ser organizadas e estruturadas pelo comando da unidade com a participação do NAC, tendo em atenção o apoio familiar, o apoio social, a reintegração profissional e a prevenção da recaída (GNR, 2003).

2.3. NEP/GNR – 2.15 Prevenção e combate à droga na GNR

Esta norma foi aprovada a 4 de abril de 1990, tendo sido distribuída a todo o dispositivo.

A verificação do consumo de droga por parte de militares foi o principal motivo que levou à criação desta NEP, uma vez que a prestação de serviço na GNR e a utilização de drogas são totalmente incompatíveis (Guarda Nacional Republicana [GNR], 1990).

2.3.1. Objetivos

Esta norma tem como principal objetivo o término do consumo por parte dos militares da GNR e, para isso, admite a necessidade de tomar medidas que levem a esse objetivo, bem como a outros, tais como, evitar o ingresso de consumidores, prevenir o uso de drogas, referenciar os consumidores, e encaminhar dos dependentes para tratamento (GNR, 1990).

2.3.2. Execução

De forma a atingir os objetivos acima referidos, a norma prevê determinados procedimentos.

O primeiro deles refere a necessidade de existir um OP em cada Comando Territorial (CTer), o qual deve ser um oficial especializado na área do pessoal e da prevenção educativa-sanitária, habilitado com o COPATD. Este OP, segundo o Anexo C da NEP/GNR – 2.15,

deve auxiliar o comandante nas ações preventivas de sensibilização, esclarecimento e educação do pessoal quanto aos problemas da droga e do álcool (GNR, 1990).

O seguinte procedimento prevê a forma de atuação com um indivíduo referenciado por consumo de droga. Esta atuação consiste na realização de duas entrevistas, a primeira delas deve ser realizada pelo oficial de segurança da unidade, da qual resulta um Relatório Técnico de Segurança¹², e a segunda pelo OP, que deve elaborar um Relatório Técnico de Desempenho¹³. O OP pode ainda, caso considere necessário, remeter o indivíduo para uma entrevista de diagnóstico médico, com o médico da unidade (GNR, 1990).

O Comandante da Unidade, com base nos Relatórios acima referidos, deve decidir se o militar se mantém na unidade sob observação ou se este deve ser encaminhado para o serviço de psiquiatria e deve decidir, se aplicável, qual a ação disciplinar ou criminal a desencadear (GNR, 1990).

2.3.3. Ação sobre os intervenientes

Após a referenciação de um indivíduo por utilização de drogas, este deve de imediato ser colocado sob controlo, devendo ser informado no sentido de cessar completamente o consumo. Se o indivíduo for dependente será encaminhado para tratamento e, em caso de não recuperar, será apresentado à JSS (GNR, 1990).

2.4. Decreto-Lei n.º 30/2017 - Estatuto dos militares da GNR

O estatuto dos militares da GNR foi aprovado em Conselho de Ministros, promulgado pelo Presidente da República e publicado em Diário da República a 22 de Março de 2017. Este Decreto-Lei aplica-se a todos os oficiais, sargentos e guardas da GNR, em qualquer situação (Ministério da Administração Interna [MAI], 2017).

Este estatuto veio proceder a uma revisão do regime estatutário em vigor até à data, revogando o Decreto-Lei n.º 297/2009, visando a implementação de medidas que concretizem direitos que até agora não se materializavam (MAI, 2017).

Uma das alterações ao anterior Decreto-Lei foi a implementação, no art.º 9º, do livrete de saúde do militar, pelo que este se destina a registar os factos de índole sanitária de cada militar na efetividade de serviço. Este documento é pessoal, sendo de natureza classificada, podendo ter acesso ao mesmo, o próprio militar e o serviço de saúde (MAI, 2017).

¹² Cfr. Anexo B da NEP/GNR – 2.15 Prevenção e Combate à Droga na GNR

¹³ Cfr. Anexo C da NEP/GNR – 2.15 Prevenção e Combate à Droga na GNR

Neste livrete, está previsto o registo dos dados relativos às ações e medidas efetuadas no âmbito da medicina preventiva. Estas ações e medidas de medicina preventiva, são consideradas um direito do militar da GNR, como previsto no art.º 28 n.º 3 alínea a) do Decreto-Lei 30/2017, estando por fixar os termos destas medidas e ações por despacho do comandante-geral (MAI, 2017).

De acordo com o art.º 169º do estatuto dos militares da GNR, as ações de medicina preventiva visam a deteção de patologias potenciais, no momento mais propício ao seu controlo ou cura. Elas são de carácter obrigatório e devem ser realizadas com uma periodicidade inferior a 5 anos, e, a partir dos 45 anos de idade, inferior a 3 anos (MAI, 2017).

O estatuto dos militares da GNR também faz referência aos exames e teste de despistagem. Atendendo ao art.º 170º, o n.º 1 prevê que o militar, quando em serviço na GNR, pode ser sujeito a exames médicos ou a testes, visando a deteção de consumo excessivo de bebidas alcoólicas ou de produtos estupefacientes. O n.º 2, do mesmo artigo, refere que a forma de realização dos exames e dos testes, bem como os meios a utilizar irão constar em portaria a aprovar (MAI, 2017).

De acordo com o n.º 1 do art.º 29º do estatuto dos militares da GNR, o militar da GNR tem direito ao uso e porte de armas e munições. Atendendo à alínea d) do n.º 3 do mesmo artigo, este direito é suspenso quando existirem fundados indícios que um militar se encontra sob influência de bebidas alcoólicas, de estupefacientes, substâncias psicotrópicas ou de outros produtos com efeitos análogos (MAI, 2017).

2.5. Circular N.02/Direção de Recursos Logísticos/2012

Esta circular, aprovada pelo Comandante do Comando de Administração dos Recursos Internos, a 23 de Março de 2012, surgiu da necessidade de difundir instruções relativas ao consumo, disponibilização e venda de bebidas alcoólicas nas instalações da GNR (Guarda Nacional Republicana [GNR], 2012a).

A circular teve como base vários diplomas legais e outros documentos. A Resolução do Conselho de Ministros n.º166/2000, que aprova o Plano de Ação contra o Alcoolismo (PAA). O Decreto-Lei n.º 9/2002, o qual aprofunda a cooperação interministerial para a implementação das medidas presentes no PAA. A Portaria n.º390/2002, na qual se encontra o regulamento relativo às prescrições mínimas em matéria de consumo, disponibilização e venda de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho da administração pública, onde prevê no seu art.º 4º a interdição do consumo, disponibilização, venda ou publicidade ao álcool nos

locais de trabalho da Administração Pública (Ministérios da Saúde, do Ambiente e do Ordenamento do Território e da Reforma do Estado e da Administração Pública, 2002). A NEP/GNR-2.19 já abordada neste trabalho. E, por fim, o relatório n.º47/2011 da Inspeção-Geral da Administração Interna acerca da gestão das messes (GNR, 2012).

Com esta circular, foram dadas diversas instruções ao dispositivo, de forma a combater o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (GNR, 2012).

Foi proibida a venda, o consumo e a disponibilização de bebidas alcoólicas nos bares, nas salas de convívio e nos locais de trabalho da GNR, exceto, a título excepcional em ocasiões festivas ou comemorativas. Também a título excepcional, pode ser autorizado a venda e consumo de cerveja nos bares. Esta proibição deve constar em aviso afixado nos bares, sala de convívio e outros locais onde possam ser vendidas ou consumidas bebidas alcoólicas (GNR, 2012).

Excetua-se também nos períodos destinados ao almoço e jantar, onde cada militar, por refeição, pode consumir um máximo de 25cl de vinho ou 33cl de cerveja (GNR, 2012).

É proibida a publicidade ao álcool, quer de forma direta ou indireta, devendo ser promovido o consumo de bebidas não alcoólicas através da sua diversidade nas messes, bares e salas de convívio (GNR, 2012).

2.6. Mensagem 769/15 – Direção de Informações

Esta mensagem elaborada pela Direção de Informações surgiu devido a vários CTer não realizarem despistes aos seus militares. Teve então como objetivo alertar os CTer para a realização de despistes, tendo como base a NEP/GNR – 2.19.

2.7. Resolução do Conselho De Ministros n.º 166/2000 de 29 de novembro

Sendo Portugal um dos maiores consumidores mundiais de bebidas alcoólicas, houve necessidade de criar um PAA, o qual é aprovado pela RCM n.º 166/2000 (Presidência do Conselho de Ministros [PCM], 2000).

Este plano elenca várias medidas de promoção e educação para a saúde, bem como medidas regulamentares para promover a prevenção dos problemas relacionados com o álcool (PCM, 2000).

Dessas medidas destacam-se: a educação para a saúde sobre os riscos das bebidas alcoólicas; disponibilidade de respostas terapêuticas descentralizadas e eficazes para dependentes e consumidores excessivos; as restrições à publicidade de bebidas alcoólicas; e a restrição nos horários de venda de bebidas alcoólicas (PCM, 2000).

O PAA propõe a realização de ações de sensibilização e de formação que alertem para os riscos do consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Desses riscos podemos destacar o acréscimo de perturbações nas relações familiares, a facilitação de comportamentos de risco, o elevado comprometimento na sinistralidade rodoviária e laboral, a interferência com a produtividade e a qualidade da atividade laboral e outras repercussões ao nível da mortalidade e da morbilidade (PCM, 2000).

Também presente no PAA está a restrição de venda de bebidas alcoólicas nos estabelecimentos ou empresas, onde é importante ter em conta a alínea h) do n.º 3, do subcapítulo III, do capítulo II, a qual prevê a proibição de venda e disponibilização de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho da Administração Pública, excetuando-se as bebidas fermentadas nos horários definidos para as principais refeições (PCM, 2000).

PARTE II – PARTE PRÁTICA

CAPÍTULO 3. METODOLOGIA

3.1. Introdução

Segundo Sousa e Baptista (2011) o conhecimento científico pode ser definido como o conhecimento racional, sistemático, exato e verificável, que depende de investigação metódica, ou seja, do recurso a procedimentos e regras baseados num método de investigação científico.

Sarmento (2013, p. 4) corrobora esta definição ao afirmar que “o método científico é composto por um conjunto de regras básicas que visam obter novo conhecimento científico”.

Uma vez que este trabalho assenta numa investigação aplicada, este capítulo visa identificar o método de abordagem utilizado, as técnicas, o procedimento e os meios empregues para atingir os objetivos, o local e a data da pesquisa e da recolha de dados, a composição da amostra e os procedimentos e as ferramentas para a condição da recolha de dados e da sua análise.

Elaborou-se um esquema resumo da estrutura de investigação, que se encontra no Apêndice A.

3.2. Método de abordagem

De acordo com Sarmento (2013, p. 7) “numa investigação pode ser utilizado mais do que um método, para que sejam encontradas as respostas para a pergunta de partida”, ou seja, a investigação leva o investigador a usar diferentes formas de obter conhecimentos para ultrapassar as dificuldades da investigação.

Nesta investigação, o método utilizado foi o hipotético-dedutivo, o qual foi proposto por Karl Popper (1902-1994). Este método é caracterizado pela formulação de hipóteses, as quais devem ser verificadas se são verdadeiras ou falsas, através de testes dedutivos (Sousa & Baptista, 2011).

O método hipotético-dedutivo é “um método de tentativas e eliminação de erros, que não leva à certeza total” (Sarmento, 2013, p. 9) mas que é válido pois é fundamentado em observações, factos e ideias que confirmam as hipóteses (Sarmento, 2013).

Além do método hipotético-dedutivo, foram utilizados outros métodos para aprofundar a investigação.

Foi usado o método inquisitivo, o qual é “baseado no interrogatório escrito ou oral” (Sarmiento, 2013, p. 8), através da realização de inquéritos por questionário.

Utilizou-se o método crítico, que se fundamenta na observação crítica dos resultados e dos acontecimentos (Sarmiento, 2013), na discussão dos resultados obtidos nos inquéritos por questionário e da análise de dados.

3.3. Perguntas derivadas

Relembrando a definição da PP realizada na introdução:

PP: Como devem os comandantes, diretores e chefes prevenir, gerir e encaminhar comportamentos aditivos e dependências nos militares da GNR?

Existe a necessidade de desenvolver PD de forma a atingir os objetivos propostos e a dar resposta à PP.

PD1: Existe formação dada aos oficiais da GNR na área dos comportamentos aditivos e dependências?

PD2: Será realizada a prevenção de comportamentos aditivos e dependências na GNR?

PD3: Os oficiais realizam frequentemente controlos e despistes no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências?

PD4: Os oficiais sabem gerir e encaminhar casos de comportamentos aditivos e dependências?

3.4. Hipóteses

As hipóteses fornecem à investigação um fio condutor particularmente eficaz, ou seja, elas fornecem o critério para seleccionar, em princípio, os dados pertinentes da infinidade de dados que o investigador pode recolher. As hipóteses apresentam uma resposta provisória a uma pergunta, devendo estar em coerência com a PP (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Assim, foram definidas as seguintes hipóteses:

H1: Os oficiais da GNR têm formação na área da prevenção e gestão de comportamentos aditivos e dependências.

H2: A prevenção é realizada de forma eficaz e transversalmente em todo o dispositivo.

H3: Os despistes aos militares são realizados da forma prevista.

H4: O controlo de venda/disponibilização de bebidas nos destacamentos é feito em todo o dispositivo.

H5: A gestão e o encaminhamento de casos são realizados de forma transversal e eficaz em todo o dispositivo.

3.5. Técnicas, procedimentos e meios utilizados

Para a recolha e análise dos dados desta investigação foram utilizados as técnicas, procedimentos e meios presentes nas obras de Sarmiento (2013) e Quivy e Campenhoudt (2008).

Quivy e Campenhoudt (2008) afirmam que toda a investigação deve confrontar hipóteses teóricas através de dados de observação ou de experimentação, e por isso, deve responder a alguns princípios estáveis e idênticos. Nesses princípios estão presentes os procedimentos que são “uma forma de progredir em direção a um objetivo” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p. 25). Estes autores assentam o procedimento científico em três atos que são interdependentes.

O primeiro, a rutura, a qual tem como objetivo romper os preconceitos e as falsas certezas, ou seja, afasta o investigador da ilusão da compreensão das coisas (Quivy & Campenhoudt, 2008).

A construção é o segundo ato do procedimento científico e consiste na elaboração de “um sistema conceptual organizado, suscetível de exprimir a lógica que o investigador supõe na base do fenómeno” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p. 26). Esta construção dá bases ao investigador para erguer as proposições explicativas do fenómeno em estudo (Quivy & Campenhoudt, 2008).

O último ato do procedimento científico é a verificação. Este ato é definido por Quivy e Campenhoudt (2008) como um teste através dos factos, sendo que este teste, realizado a uma proposição, é obrigatório para que a proposição obtenha o estatuto científico.

Quanto aos dados, Sarmiento (2013) distingue-os em dois tipos, os dados primários e os dados secundários. Os dados secundários “já existem e foram recolhidos, registados e analisados por outras pessoas” (Sarmiento, 2013, p. 16). Enquanto, que, os dados primários “são pesquisados pelo investigador, com vista a satisfazer uma necessidade de informação presente e específica” (Sarmiento, 2013, p. 16). A autora afirma que o investigador quando necessita de mais dados, para além dos secundários para atingir os objetivos da investigação e para a verificação das hipóteses, deve recolher dados primários.

Nesta investigação utilizou-se diferentes fontes de dados e de instrumentos de investigação mista como o inquérito por questionário e a análise documental.

3.5.1. Inquérito por questionário

O inquérito por questionário visa “a verificação de hipóteses” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p. 188) e permite a recolha de “dados, os quais após a sua introdução numa base de dados e a aplicação adequada de métodos de análise, originam informações, que se consubstanciam em resultados” (Sarmiento, 2013, p. 67).

A escolha deste método deve-se à dispersão territorial do universo em estudo e à sua dimensão. Segundo Quivy e Campenhoudt (2008), este método é aplicado nos casos de necessidade de interrogar um elevado número de pessoas e que se levante um problema de representatividade.

A elaboração do inquérito por questionário seguiu o procedimento apresentado por Sarmiento (2013) e também por Quivy e Campenhoudt (2008), tendo como base para a elaboração do inquérito o estudo da NEP/GNR-2.19 (Subcapítulo 2.2.), da NEP/GNR-2.15 (Subcapítulo 2.3.), bem como a revisão da literatura (Capítulo 1.).

Este inquérito por questionário é de administração direta, uma vez que é preenchido pelo inquirido (Quivy & Campenhoudt, 2008). As questões são na sua maioria do tipo fechadas de resposta única¹⁴, excetuando-se duas questões que são da categoria de questões fechadas de resposta múltipla¹⁵.

O questionário preliminar foi à partida dividido em duas partes, sendo que a primeira visa a caracterização sociodemográfica do inquirido e a segunda parte incide no conteúdo específico da investigação (Sarmiento, 2013). Este questionário preliminar deve ser validado por especialistas no domínio técnico e/ou científico da investigação. Esta validação tem vários objetivos, tais como evitar ambiguidades nas perguntas, verificar a lógica das perguntas, a linguagem utilizada, o tamanho e a apresentação do questionário, entre outros (Sarmiento, 2013).

A validação do questionário foi realizada pelo Capitão de Infantaria da GNR José Cardoso, pela psicóloga Laetitia Azevedo, pela psicóloga Tatiana Santos e pela doutora Rosa Sousa do SICAD.

¹⁴ Questões fechadas de resposta única: neste tipo de questões o inquirido “escolhe apenas uma opção do conjunto de respostas possíveis” (Sarmiento, 2013, p. 107).

¹⁵ Questões fechadas de resposta múltipla: “numa questão de várias respostas o inquirido escolhe as que entender, do conjunto de respostas possíveis. Pode escolher uma, todas ou algumas” (Sarmiento, 2013, p. 107).

Após correção dos erros resultantes da validação do questionário, foi elaborado um questionário pré-definitivo o qual deve ser submetido a um pré-teste. O pré-teste deve ser realizado a um painel de pessoas que fazem parte da amostra, num número entre quatro a seis pessoas, uma vez que o número de indivíduos da amostra se situa entre 30 e 300 (Sarmiento, 2013). O painel que realizou o pré-teste foi composto por oficiais que fizeram parte da amostra, de forma presencial, para poder obter o *feedback* acerca do questionário.

Procederam-se às alterações do questionário pré-definitivo tendo em conta as dificuldades e as sugestões apresentadas pelo painel que realizou o pré-teste, dando origem ao inquérito definitivo¹⁶. Dessas alterações são relevantes a reestruturação frásica, a alteração da ordem de algumas questões e a divisão da segunda parte em três variáveis sendo elas a prevenção/informação (questões 4 a 7), o despiste/controlo (questões 8 a 12) e a referenciação/encaminhamento (questões 13 a 17).

O inquérito foi aplicado com o intuito de estudar a informação dos comandantes de destacamento territoriais e adjuntos de comandante de destacamento territoriais em relação à prevenção e gestão de comportamentos aditivos e dependências dos militares do seu destacamento, bem como à avaliação e ao encaminhamento.

3.6. Local e data da pesquisa e recolha de dados

A recolha dos dados utilizados na análise documental foi realizada na Biblioteca da Escola da Guarda (EG), na Biblioteca da Academia Militar, na Biblioteca da Universidade Fernando Pessoa, na Biblioteca do SICAD e na Biblioteca do Instituto Universitário Militar. Para complementar esta pesquisa bibliográfica foram utilizadas plataformas eletrónicas como o Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal, a EBSCO e o centro de documentação do SICAD. O motor de busca utilizado foi o Google Académico, entre outros.

A recolha de dados através do inquérito por questionário foi realizada virtualmente, tendo estado disponível para resposta entre os dias 10 de março e 7 de abril inclusive, terminado este período, procedeu-se à recolha dos dados e à sua análise estatística.

3.7. Amostragem: composição e justificação

É necessário identificar o universo, que se define como “o conjunto de indivíduos com uma ou mais características comuns, que se pretende analisar” (Sarmiento, 2013, p. 71). Para isso, através do Comando Operacional, obteve-se a informação da existência de

¹⁶ Cfr. Apêndice B.2.

85 comandantes de destacamento territorial e 64 adjuntos de comandante de destacamento territorial, num total de 149. Utilizando a equação de Sarmiento (2013) para calcular a dimensão da amostra, sendo necessários 108 respostas e tendo-se obtido 112 respostas verifica-se que o número de inquiridos é válido.

3.8. Procedimentos e ferramentas de recolha e análise de dados

Para a recolha e análise de dados foram utilizadas ferramentas apropriadas para o efeito, seguindo-se determinados procedimentos.

O inquérito por questionário foi aplicado através do Google Formulários¹⁷, sendo remetido para o *e-mail* institucional o convite de resposta ao questionário aos inquiridos¹⁸. De ressaltar que a resposta ao inquérito por questionário só era possível por dispositivo eletrónico, o que contribuiu para garantir o anonimato dos inquiridos, bem como para aumentar a fiabilidade dos resultados.

O tratamento e análise dos resultados obtidos através do inquérito por questionário foi realizado recorrendo ao *software* de análise estatística *IBM Statistical Package for the Social Sciences 24* (SPSS) e ao *Microsoft Office Excel*, versão 2016.

Foram recolhidos dados através de órgãos internos da GNR, bem como através do *site* da GNR¹⁹. Esses dados foram analisados recorrendo ao *Microsoft Office Excel*, versão 2016.

Para a elaboração do trabalho escrito foi utilizado o processador de texto *Microsoft Word*, versão 2016.

¹⁷ Disponível em <https://docs.google.com/forms/>.

¹⁸ Cfr. Apêndice B.I.

¹⁹ Disponível em www.gnr.pt.

CAPÍTULO 4.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1. Introdução

Neste capítulo são apresentados os dados obtidos através do inquérito por questionário aplicado, sendo posteriormente feita a análise do conteúdo e a análise estatística dos dados, nomeadamente a análise quantitativa. É também apresentado a análise documental de documentos relevantes.

4.2. Análise dos inquéritos por questionários

A análise dos inquéritos por questionários foi realizada com base nas frequências absolutas e respetivas percentagens.

4.2.1. Caracterização dos inquiridos

Nesta primeira parte, são abordadas as questões do inquérito por questionário que servem para caracterizar os inquiridos. O questionário teve um total de 112 participantes, dos quais 11,6% do sexo feminino (n=13) e 88,4% do sexo masculino (n=99) (Anexo B.1.), que se podem explanar nos gráficos abaixo através do posto e função dos inquiridos.

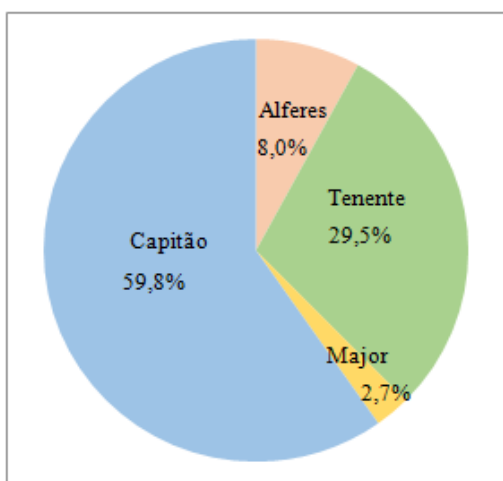


Gráfico n.º 1 - Posto dos inquiridos.

Fonte: Elaboração própria.

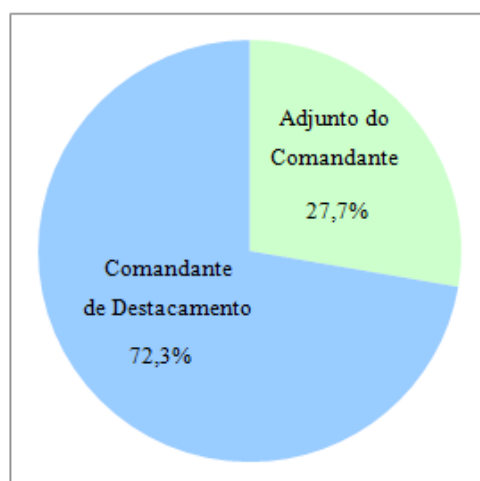


Gráfico n.º 2 - Função dos inquiridos.

Fonte: Elaboração própria.

Ao analisar o Gráfico n.º 1²⁰, relativamente ao posto dos inquiridos, conclui-se que na amostra total em estudo (N=112), o posto de Capitão é o que se encontra mais representado, num total de 59,8% de inquiridos (n=67), de seguida 29,5% Tenentes (n=33), 8,0% Alferes (n=9) e 2,7% Majoires (n=3).

No que diz respeito à função desempenhada pelos inquiridos, o Gráfico n.º 2²¹ permite verificar que a maioria, mais precisamente 72,3% de inquiridos, desempenha a função de Comandante de Destacamento (n=81) e os restantes 27,7% desempenham a função de Adjunto de Comandante de Destacamento (n=31).

4.2.2. Análise dos resultados

Nesta segunda parte, são abordadas as questões do inquérito por questionário que se encontram divididas em 3 variáveis, sendo elas a prevenção/informação, o despiste/controlo e a referenciação/encaminhamento.

Respeitante à variável “prevenção/informação”, podem ser identificadas as quatro questões, referidas anteriormente na Metodologia²².

A questão n.º 4 questiona o conhecimento da NEP/GNR-2.19 relativa à prevenção e combate ao consumo de álcool na GNR, assim sendo, de acordo com o que se verifica no Gráfico n.º 3²³, 91,1% de inquiridos (n=102) tem conhecimento da norma.

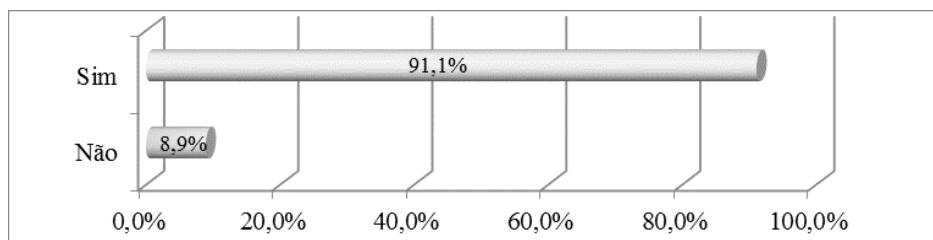


Gráfico n.º 3 - Conhecimento da NEP/GNR-2.19.

Fonte: Elaboração Própria.

²⁰ Cfr. Anexo B.2.

²¹ Cfr. Anexo B.3.

²² Cfr. Apêndice B.2.

²³ Cfr. Anexo B.4.

A questão n.º 5 interroga o conhecimento de algum OP no CTer do inquirido, verificando-se, no Gráfico n.º 4²⁴, que a maioria, 66,1% dos inquiridos (n=74), não tem conhecimento de algum OP no seu CTer.

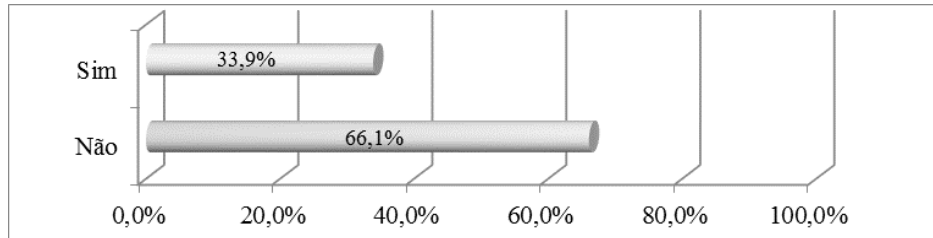


Gráfico n.º 4 - Conhecimento de algum operador de prevenção no comando territorial.

Fonte: Elaboração Própria.

A questão n.º 6 surgiu pela necessidade de perceber se os inquiridos têm formação na área da prevenção/gestão de comportamentos aditivos e dependências. Verifica-se, desta forma, que a maioria da amostra não tem formação, nomeadamente 92,9 % dos inquiridos (n=104) como consta no Gráfico n.º 5²⁵.

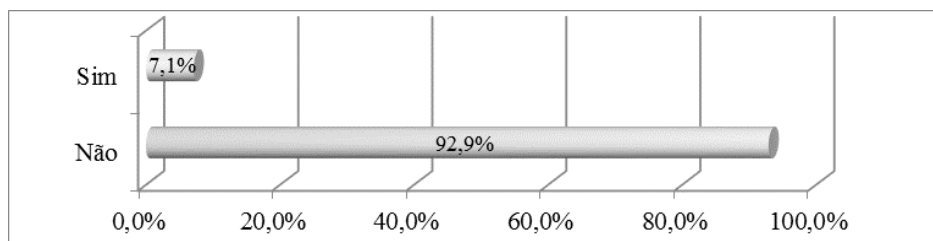


Gráfico n.º 5 - Formação na área da prevenção/gestão de comportamentos aditivos e dependências.

Fonte: Elaboração Própria.

Por fim, a questão n.º 7 pretende saber se os inquiridos sabem o que fazer para prevenir comportamentos aditivos e dependências, verificando-se no Gráfico n.º 6²⁶ que 57,1% de inquiridos (n=64) reponderam que sim e 42,9% de inquiridos (n=48) deram não como resposta.

²⁴ Cfr. Anexo B.5.

²⁵ Cfr. Anexo B.6.

²⁶ Cfr. Anexo B.7.

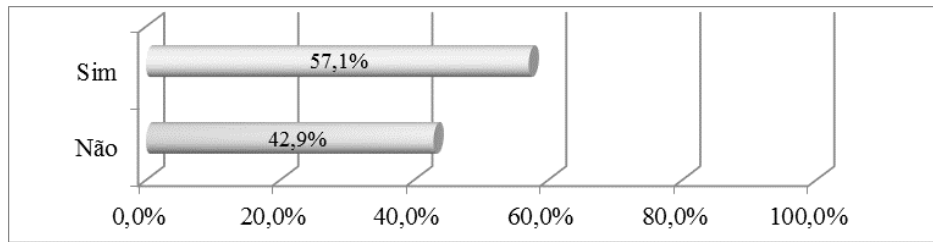


Gráfico n.º 6 - Saber o que fazer para prevenir comportamentos aditivos e dependências.

Fonte: Elaboração Própria.

Referente à segunda variável denominada de “despiste/controlo”, esta foi estudada no inquérito por questionário através das questões numeradas de 8 a 12²⁷.

A questão n.º 8 pretende verificar se os inquiridos fazem prevenção ao consumo de álcool nos seus destacamentos. Tal facto confirma-se para 75% dos inquiridos (n=84) como se pode observar no Gráfico n.º 7²⁸.

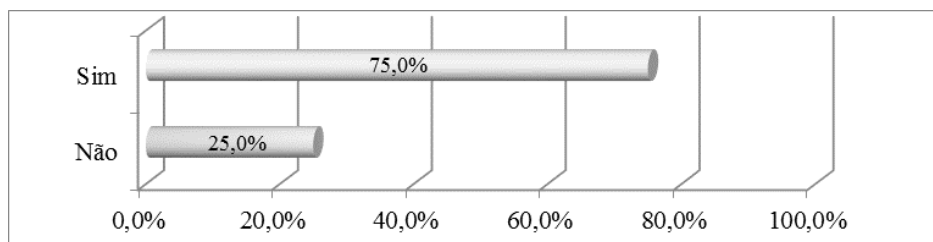


Gráfico n.º 7 - Prevenção ao consumo de álcool no destacamento.

Fonte: Elaboração Própria.

É também necessário entender se, nos destacamentos, a prevenção é igualmente feita no que respeita ao consumo de estupefacientes, assim sendo, foi colocada a questão n.º 9. Pela análise do Gráfico n.º 8²⁹, foi possível verificar-se que 55,4% dos inquiridos (n=62) fazem a prevenção ao consumo de estupefacientes no seu destacamento e 44,6% não fazem (n=50).

²⁷ Cfr. Apêndice B.2.

²⁸ Cfr. Anexo B.8.

²⁹ Cfr. Anexo B.9.

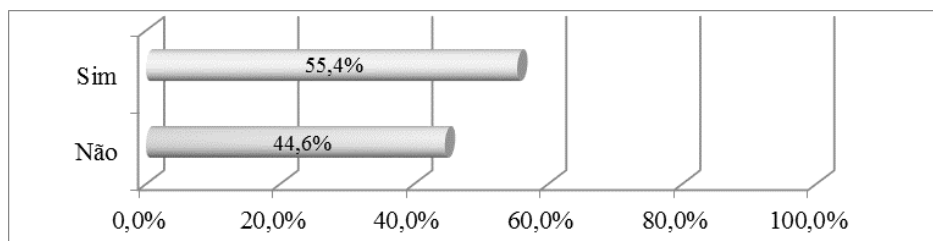


Gráfico n.º 8 - Prevenção ao consumo de estupefacientes no destacamento.

Fonte: Elaboração Própria.

Quanto à questão n.º 10, esta foi colocada no sentido de se poder verificar se é feito ou não um controlo das bebidas alcoólicas vendidas/presentes nos bares dos destacamentos. Atendendo ao Gráfico n.º 9³⁰ apura-se que 67,9% dos inquiridos (n=76) fazem esse controlo nos bares do seu destacamento.

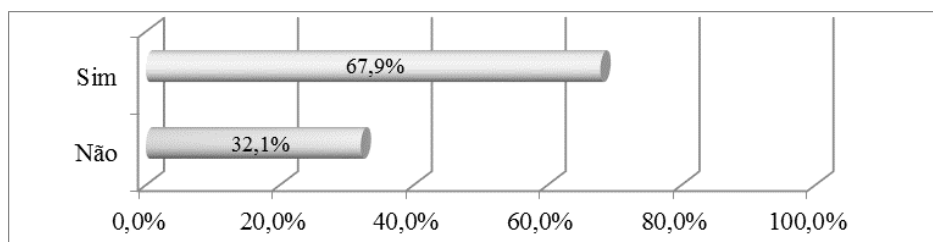


Gráfico n.º 9 - Controlo de bebidas alcoólicas vendidas/presentes nos bares do destacamento.

Fonte: Elaboração Própria.

A questão n.º 11 pretende verificar com que frequência é que os inquiridos fazem despistes de álcool aos seus militares. Assim sendo, o Gráfico n.º 10³¹ permitiu verificar que a maioria dos inquiridos, isto é 36,6% (n=41), faz despiste ao álcool somente em caso de suspeita, e 20,5% (n=23) apenas o faz mensalmente.

³⁰ Cfr. Anexo B.10.

³¹ Cfr. Anexo B.11.

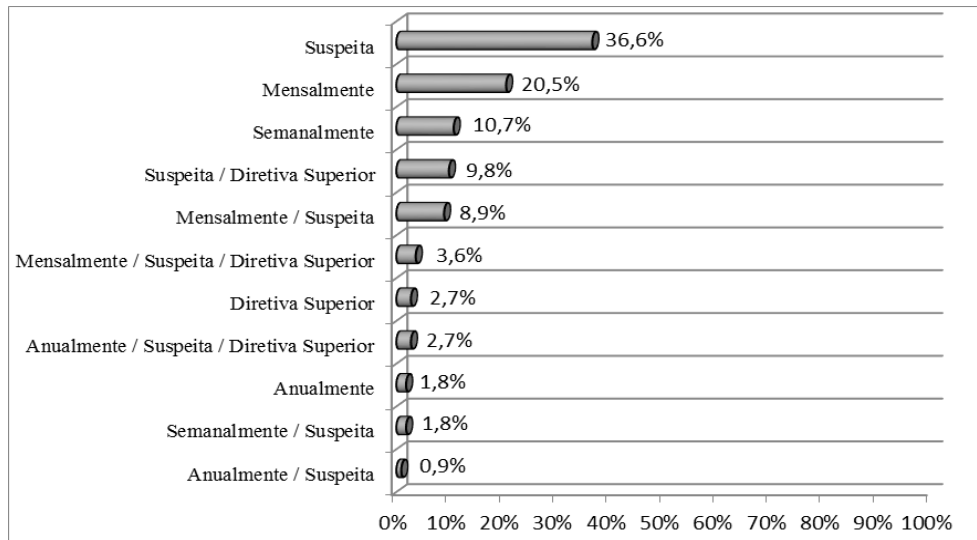


Gráfico n.º 10 - Frequência de despistes de álcool aos militares.

Fonte: Elaboração Própria.

A questão n.º 12, que está representada no Gráfico n.º 11³², refere-se à frequência com que os inquiridos fazem despistes de estupefacientes aos militares do seu destacamento, sendo que neste caso a maioria, 26,8% (n=30) realiza-os em caso de diretiva superior e, 24,1% dos inquiridos, em caso de suspeita (n=27).

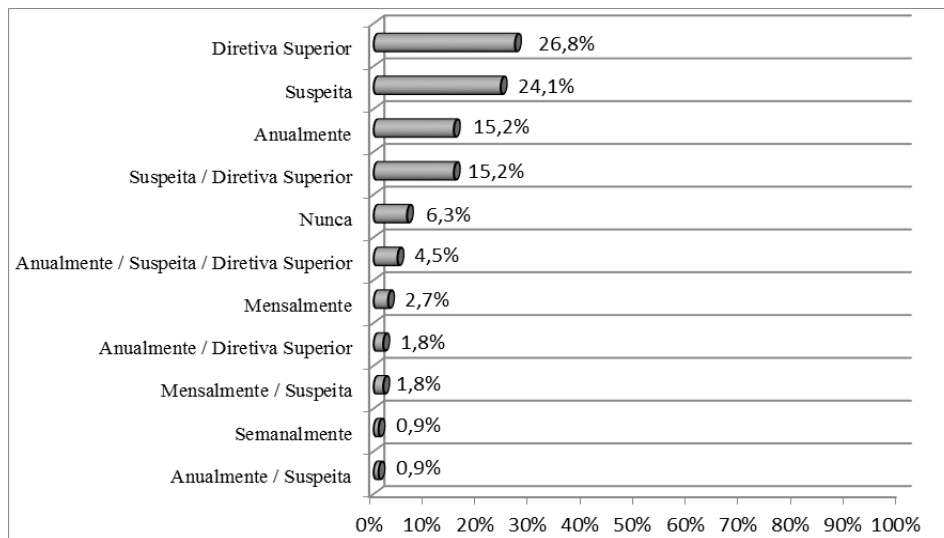


Gráfico n.º 11 - Frequência de despistes de estupefacientes aos militares.

Fonte: Elaboração Própria.

³² Cfr. Anexo B.12.

Relativamente à última variável, a “referenciação/encaminhamento”, estão associadas as questões numeradas de 13 a 17.

Assim sendo, a questão n.º 13 procurou perceber se os inquiridos dispõem de informação adequada para encaminhar militares com dependência ao álcool e, pela análise do Gráfico n.º 12³³, pôde verificar-se que 64,3% dos inquiridos consideram que sim (n=72).

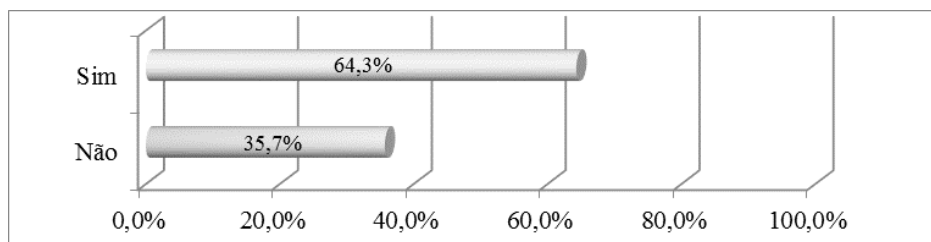


Gráfico n.º 12 - Informação adequada para encaminhar militares com dependência ao álcool.

Fonte: Elaboração Própria.

No que concerne à questão seguinte, questão n.º 14, esta procurou compreender se os inquiridos dispõem de informação adequada para encaminhar militares consumidores de estupefacientes. Neste sentido, as respostas obtidas, apresentadas no Gráfico n.º 13³⁴, demonstram que 53,6% dos inquiridos consideram que sim (n=60) e 46,4% que não (n=52).

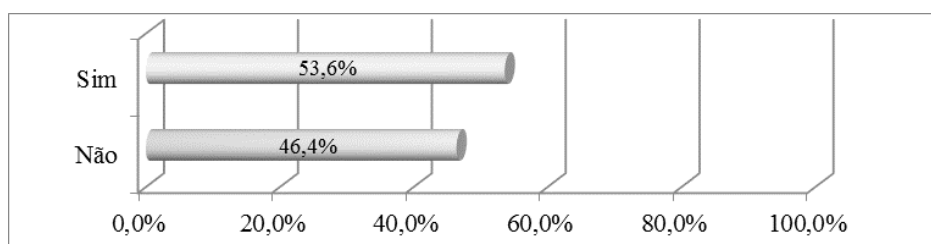


Gráfico n.º 13 - Informação adequada para encaminhar militares consumidores de estupefacientes.

Fonte: Elaboração Própria.

Procurou-se ainda verificar-se, através da questão n.º 15, se os inquiridos têm informação adequada para encaminhar militares com dependência ao jogo. Neste âmbito,

³³ Cfr. Anexo B.13.

³⁴ Cfr. Anexo B.14.

pela análise do Gráfico n.º 14³⁵, verificou-se que a maioria, 67% (n=75), não tem informação adequada para efetuar este encaminhamento.

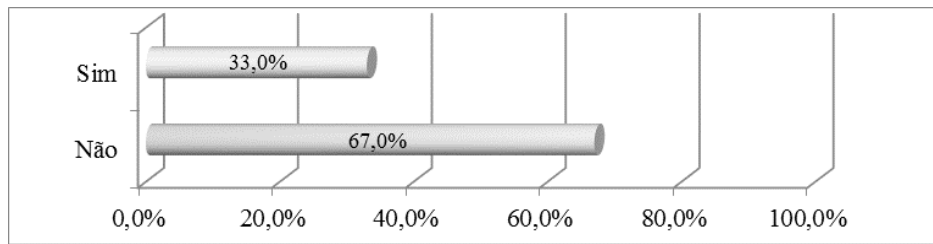


Gráfico n.º 14 - Informação adequada para encaminhar militares com dependência ao jogo.

Fonte: Elaboração Própria.

Relativamente à questão n.º 16, esta pretendeu averiguar se os inquiridos já verificaram, no seu destacamento, algum caso de dependência ou comportamento aditivo. O Gráfico n.º 15³⁶ permite verificar que 50,9% dos inquiridos nunca verificaram um caso de dependência ou comportamento aditivo no seu destacamento (n=57) e que os restantes 49,1% já presenciaram um caso desta natureza (n=55).

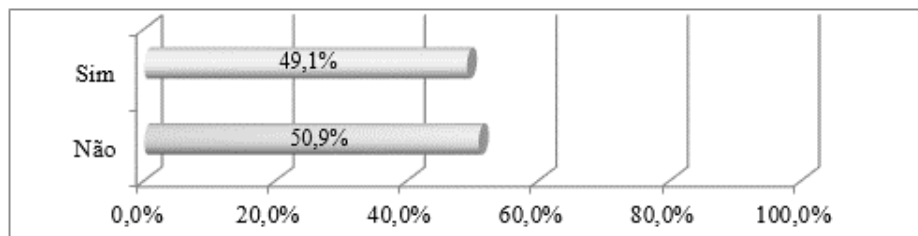


Gráfico n.º 15 - Verificação, no destacamento, de algum caso de dependência ou comportamento aditivo.

Fonte: Elaboração Própria.

Por fim, no que respeita à última pergunta do questionário, questão n.º 17, esta pretende verificar de que modo é que a situação foi resolvida, no caso dos inquiridos terem respondido “sim” na questão anterior (questão n.º 16), ou seja, caso tenham verificado algum caso de dependência ou comportamento aditivo no seu destacamento.

³⁵ Cfr. Anexo B.15.

³⁶ Cfr. Anexo B.16.

Pela análise do Gráfico n.º 16³⁷ é possível verificar-se que nos 55 inquiridos que responderam sim à questão anterior, 83,6 % encaminharam os militares para o Centro Clínico da GNR (n=46).

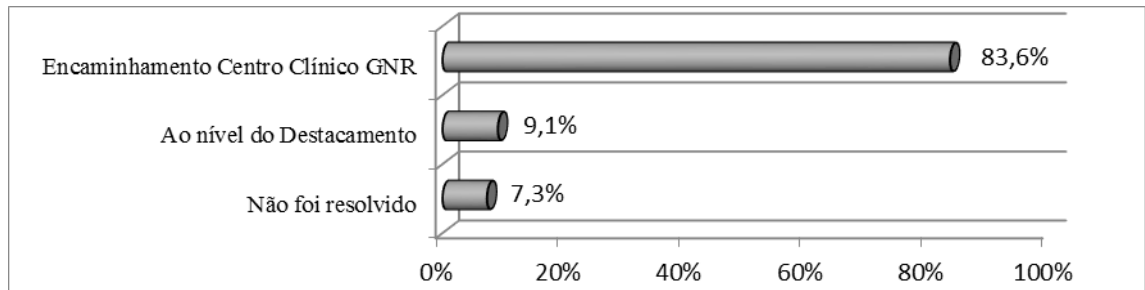


Gráfico n.º 16 - Forma como foi resolvida a situação.

Fonte: Elaboração Própria.

4.3. Análise documental

Neste subcapítulo, pretende-se fazer uma análise a documentos internos, de forma a relacioná-los com o enquadramento teórico, enquadramento legal, bem como aos resultados obtidos no questionário e levar à verificação das hipóteses.

Primeiramente, foram analisados os Relatórios Anuais de Formação (RAF) da EG de forma a verificar a realização de palestras relativas ao alcoolismo e à toxicodependência nos principais cursos de formação e de promoção (Escola da Guarda [EG] - GNR, 2011) (Escola da Guarda [EG] - GNR, 2012) (Escola da Guarda [EG] - GNR, 2013) (Escola da Guarda [EG] - GNR, 2014) (Escola da Guarda [EG] - GNR, 2015) (Escola da Guarda [EG] - GNR, 2016). Os cursos analisados foram: Curso de Formação de Guardas (CFG); Tirocínio para Oficiais (TPO); Curso de Promoção a Capitão (CPC); Curso de Formação de Sargentos (CFS); e o Curso de Promoção a Sargento Ajudante (CPSA). Foram analisados os RAF dos últimos 6 anos, tendo em conta que no RAF de 2012/2013 não se encontra disponível (N/D) a informação relativa às palestras ministradas nos cursos.

Tendo em conta o Quadro n.º 2, que representa a análise dos RAF, verificou-se que nem sempre são ministradas as palestras sobre alcoolismo e toxicodependências em todos os cursos de formação e de promoção. Apurou-se que, nos cinco anos analisados, em relação aos cursos de promoção, apenas nos CPC por uma vez, no ano letivo 2013/2014, não se

³⁷ Cfr. Anexo B.17.

realizou nenhuma palestra enquanto que, nos CFS e nos CPSA foram ministradas as palestras em todos os anos. No que concerne aos cursos de formação, nos CFG apenas foram ministradas palestras em dois dos cinco anos analisados, o mesmo se verificou nos TPO, apesar de ser em anos distintos.

Quadro n.º 2 - Palestras sobre alcoolismo e toxicod dependências.

RAF - EG (Ano)	Palestras sobre Alcoolismo e Toxicod dependências				
	CFG	TPO	CPC	CFS	CPSA
2010/2011	×	×	✓	✓	✓
2011/2012	×	✓	✓	✓	✓
2012/2013	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
2013/2014	✓	×	×	✓	✓
2014/2015	×	✓	✓	✓	✓
2015/2016	✓	×	✓	✓	✓

Fonte: Elaboração própria.

Foram de seguida analisados os Planos de atividades da GNR (Guarda Nacional Republicana [GNR], 2011; Guarda Nacional Republicana [GNR], 2012b; Guarda Nacional Republicana [GNR], 2014; Guarda Nacional Republicana [GNR], 2015; Guarda Nacional Republicana [GNR], 2016) presentes no *site* institucional da GNR³⁸, nomeadamente, na previsão que estes continham em relação ao número de militares necessário para realização do COPATD.

Foram analisados os planos de atividade dos últimos seis anos. O plano de atividades do ano de 2014 não se encontra disponível, não tendo sido possível obter a informação relativa a esse ano.

Atendendo ao Quadro n.º 3, que surgiu da análise dos planos de atividade, podemos verificar que em dois dos anos analisados não foram agendados COPATD. Podemos afirmar que o ano de 2015 foi um ano incomum, mas positivo, verificando-se a previsão de 18 militares a realizarem o COPATD, baixando significativamente a previsão nos dois anos seguintes, uma vez que para 2017 está só previsto 1 militar a frequentar o curso.

³⁸ Obtidos em www.gnr.pt.

Quadro n.º 3 - Previsão COPATD.

Planos de atividades da GNR (Ano)	Previsão COPATD
2012	0
2013	0
2014	N/D
2015	18
2016	6
2017	1

Fonte: Elaboração própria.

Por fim, foi analisado a presença de OP nos CTer, tendo-se obtido essa informação através da Repartição de Segurança do Comando Operacional. No Quadro n.º 4, podemos verificar que dos 20 CTer, 8 deles não têm OP.

Quadro n.º 4 - Existência de OP nos CTer.

Existência de OP			
Sim		Não	
CTer Lisboa	CTer Aveiro	CTer Açores	CTer Porto
CTer Portalegre	CTer Bragança	CTer Beja	CTer Évora
CTer Santarém	CTer Coimbra	CTer Braga	
CTer Setúbal	CTer Faro	CTer Castelo Branco	
CTer Vila Real	CTer Guarda	CTer Viana do Castelo	
CTer Viseu	CTer Leiria	CTer Madeira	

Fonte: Elaboração própria.

CAPÍTULO 5.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados centrar-se-á nos mais variados aspetos desta investigação, assim iremos começar por discutir elementos relativos à distribuição da amostra. Prosseguiremos à discussão dos resultados obtidos, com base na revisão bibliográfica realizada anteriormente, efetuando-se a divisão nas diferentes variáveis. De seguida, faremos a verificação das hipóteses de investigação, de forma a poder responder às PD, sendo as hipóteses passíveis de serem confirmadas ou refutadas (Sarmiento, 2013).

5.1. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo é heterogénea quanto ao sexo (feminino; masculino), quanto ao posto (Alferes; Tenente; Capitão; Major) e à função (comandantes de destacamentos territoriais; adjuntos de comandantes de destacamentos territoriais). Mais especificamente, num total de 112 inquiridos, esta amostra tem mais homens, uma vez que, no efetivo da GNR, o número de mulheres é significativamente mais baixo que o número de homens.

Os dados relativos a 2014 revelam que no efetivo de 23000 militares da GNR, apenas, 1297 constituíam o efetivo feminino, das quais 60 pertenciam à categoria de oficiais (Videira, 2015).

O número de Capitães e o número de comandantes de destacamento territorial são superiores, isto, devido ao facto de que todos os destacamentos têm um comandante, os quais, pela orgânica, são Capitães, mas nem todos os destacamentos têm obrigatoriamente um adjunto de comandante de destacamento, apesar de estar previsto na orgânica. Neste caso, como verificado através da informação fornecida pelo Comando Operacional, 21 destacamentos territoriais não têm adjunto.

5.2. Variável prevenção/informação

Quanto à NEP/GNR-2.19, a maioria dos inquiridos diz ter conhecimento da mesma. No entanto, são mais de metade os inquiridos que não têm conhecimento de algum OP no seu CTer. Presume-se que, apesar de ser obrigatório existirem OP em todos os CTer, de acordo com esta norma, estes podem não existir ou os inquiridos não têm conhecimento pela falta de informação/formação.

De facto, como previsto na análise documental dos planos de atividade, foram planeados COPATD para os anos 2015, 2016 e 2017, contudo os dados demonstram que não existem OP em todos os CTer (Quadro n.º 4), apesar de se encontrar previsto na NEP/GNR-2.19 (2003) a obrigação da sua existência.

A realização de ações educativas e informativas nos locais de serviço, sobre estas temáticas, pelos OP, também está previsto na norma, o que também poderá justificar o facto de alguns inquiridos não terem conhecimento desta função, nem a realização dessas ações educativas e informativas nos destacamentos territoriais.

A análise dos resultados relativos à formação dos inquiridos na área da prevenção e gestão de comportamentos aditivos e dependências revelou que a maioria dos inquiridos não tem formação na área. A maioria refere saber o que fazer para prevenir comportamentos aditivos e dependências, contudo um número considerável deles não sabe.

De facto, relativamente às palestras sobre alcoolismo e toxicod dependências realizadas nos cursos de formação e nos cursos de promoção, atendendo ao Quadro n.º 2, é possível verificar que estas realizam-se na maioria dos cursos, tal como o previsto na NEP/GNR-2.19, o qual pode não se verificar suficiente uma vez que, grande parte dos inquiridos diz não saber o que fazer para prevenir comportamentos aditivos e dependências.

Apesar da formação não ser obrigatória, nem estar prevista no plano anual de formação para os oficiais, consideramos muito pertinente a realização destas formações de forma a que sejam concretizadas, tal como previsto na NEP/GNR-2.19 (2003), ações de informação/sensibilização a todos os militares da GNR.

De facto, Castro et al. (2011) referem que as chefias são a chave para implementar com sucesso medidas que previnam o consumo de substâncias psicoativas, nos locais laborais, uma vez que têm o acesso privilegiado aos seus subordinados. Deverão ser estes os responsáveis por estarem informados e serem capazes de transmitir a informação e saberem quando e como agir.

Nos tempos que correm, emerge uma necessidade eminente de pôr em prática ações de formação, no sentido de se estar devidamente preparado para resolver situações complexas como as que são estudadas neste trabalho, uma vez que a adição e adoção de comportamentos de risco levam muitas vezes a situações de negligência ou exclusão de outras áreas da vida, nomeadamente a nível profissional (SICAD, 2013a).

A formação assume-se como uma estratégia preventiva e reparadora que concorre para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências (SICAD, 2015).

Como afirmam Castro et al. (2011), seria necessário implementar programas de intervenção na nossa instituição, no âmbito do consumo de substâncias psicoativas, fazendo-se ações de sensibilização, informação e formação generalizadas aos comandantes, diretores e chefes.

Ou seja, tal como Castro et al. (2011) também afirmam, a implementação de um programa de prevenção seria menos dispendiosa para a instituição, que o tratamento dos militares dependentes e a reparação de danos causados pelo consumo.

5.3. Variável despiste/controlo

A maioria dos inquiridos revela fazer prevenção e controlo de consumo de álcool e de estupefacientes no seu destacamento.

De facto, a legislação prevê o controlo ou a proibição do uso de álcool e drogas no local de trabalho (Circular n.º 02/DRL/2012; NEP/GNR-2.19, 2003; RCM n.º 166/2000), mas é conveniente reforçar a prevenção de forma a evitar uma maior incidência de casos (Corral et al. 2012).

Apesar de se verificar que, a maioria faz prevenção, consideramos que, tal como o DSST (2013b) não podemos aceitar que os programas de intervenção implementados na GNR só contemplem o controlo e não se concretizem outros níveis de atuação.

Relativamente à frequência com que os inquiridos fazem despistes de álcool e estupefacientes, a maioria revela que o fazem em caso de suspeita e/ou diretiva superior, apesar da NEP/GNR-2.19 (2003) referir que o despiste deveria ser feito semanalmente no que respeita ao álcool.

Neste sentido, seria importante avaliar outras vertentes que, frequentemente, no local de trabalho, podem levar a este tipo de comportamentos, por forma a preveni-los, nomeadamente, o grau de satisfação no trabalho, as condições de trabalho (horários, deslocamento da área de residência), o apoio social de colegas e superiores e o stress laboral (Corral et al. 2012).

Também seria pertinente um despiste regular do estado psicológico dos militares, nomeadamente, o risco de suicídio, perturbações de ansiedade, depressão e de personalidade (Oliveira et al. 2008; Holden, 2001) de forma a intervir preventivamente em potenciais situações de risco.

5.4. Variável referência/ encaminhamento

A maioria dos inquiridos refere ter a informação adequada para encaminhar os militares com dependência de álcool e estupefacientes, contudo o mesmo não se verifica para a dependência ao jogo.

Os inquiridos referem não ter informação adequada para encaminhar militares que tenham dependência ao jogo, uma vez que esta problemática não é referenciada em nenhum documento interno da Instituição GNR. Ou seja, não existem registos sobre como proceder no caso de surgirem situações como esta.

Contudo, esta dependência não deve deixar de ser objeto de proteção e de tratamento, uma vez que o jogo patológico tem sido considerado, pela literatura, uma dependência idêntica à do álcool e drogas pela sensação de euforia que provoca, entre outras (Coelho, 2008).

Por conseguinte, consideramos que serão necessárias ações que promovam a proteção aos problemas de jogo e redução de danos neste público-alvo, nomeadamente, ao nível da prevenção primária, através de atividades como: formação dos oficiais, transmissão de informação sobre a patologia, encaminhamento e tratamento (campanhas de educação pública, legislação, regulamentação, linhas de ajuda profissionais) (Hubert, 2014).

Como afirma o DSST (2013a), um dos aspetos essenciais de um programa de prevenção é a formação das chefias, de forma a dotá-los de conhecimentos adequados sobre os consumos e também sobre o jogo patológico, de forma a darem uma resposta adaptada às situações identificadas.

No que diz respeito à ocorrência de casos de dependência ou comportamento aditivo, nos destacamentos e respetivo encaminhamento, verifica-se que a maioria não tem conhecimento destes, contudo quando surgem, a maioria dos casos são encaminhados para o Centro Clínico da GNR.

De acordo com Coelho (2008), nos casos de dependência ao jogo, os indivíduos dificilmente procuram ajuda por iniciativa própria. Por este motivo, consideramos que seria pertinente a implementação de um programa que possibilite o rastreio e a deteção de eventuais situações problemáticas para que, posteriormente, seja realizado o devido encaminhamento.

5.5. Verificação das hipóteses e perguntas derivadas

Neste subcapítulo é efetuada a verificação das hipóteses, através dos procedimentos explanados por Sarmiento (2013), utilizando-se o referencial presente no Anexo C.

Esta verificação permite a resposta às PD (Sarmento, 2013). Assim, a verificação foi feita através da discussão de resultados obtidos nos questionários e na análise documental.

No que respeita à H1: **“Os oficiais da GNR têm formação na área da prevenção e gestão de comportamentos aditivos e dependências”**, esta é refutada, ou seja, segundo Sarmento (2013), é não verificada uma vez que na questão n.º 6, 92,9% dos inquiridos afirmam não ter formação na área. O mesmo se verifica através da análise documental, uma vez que existem poucos COPATD a serem realizados, sendo este o curso que atribui competências para a intervenção nesta matéria para oficiais e sargentos da GNR. O que se comprova também pela falta de OP em 8 CTer.

Esta hipótese, estando diretamente ligada à PD1: **“Existe formação dada aos oficiais da GNR na área dos comportamentos aditivos e dependências?”**, permite responder a esta primeira PD. Apura-se então, que a maioria dos oficiais não tem formação na área, não só tendo em conta as respostas obtidas à questão n.º 6 mas também analisando os dados da falta de OP em 8 dos 20 CTer. Esta falta de formação é vista como uma lacuna, pois, como se verificou na investigação, vários autores defendem que as chefias devem ter formação nesta área, de modo a poder intervir de forma correta não só na prevenção mas também na deteção e gestão de casos.

Relativamente à H2: **“A prevenção é realizada de forma eficaz e transversalmente em todo o dispositivo”**, esta é não verificada, tendo em conta as questões n.º 7, 8 e 9, uma vez que 42,9% dos inquiridos dizem não saber o que fazer para prevenir comportamentos aditivos e dependências, 25% não realiza prevenção ao consumo de álcool e 44,6% não faz prevenção ao consumo de estupefacientes.

Assim, é possível responder à PD2: **“Será realizada a prevenção de comportamentos aditivos e dependências na GNR?”**. No que toca à PD2, identificam-se as duas NEP relativas à prevenção e ao combate ao consumo de álcool e de droga como um modelo a seguir, mas verifica-se que estas não estão a ser concretizadas. Também, é notória a falta de documentação acerca da prevenção e combate ao jogo patológico e outras dependências não relacionadas com substâncias. Uma parte significativa dos inquiridos não realiza prevenção ao consumo de substâncias nos seus destacamentos e não sabe como fazer a prevenção. Conclui-se, assim, que a prevenção de comportamentos aditivos e dependências não é feita de forma eficaz na GNR, nem é realizada de forma transversal.

Quanto à H3: **“Os despistes aos militares são realizados da forma prevista”**, esta é não verificada. Da totalidade dos inquiridos, na resposta à questão n.º 11, apenas 10,7% realiza despiste de álcool semanalmente aos militares tal como prevê a NEP/GNR-2.19.

Quanto ao despiste de estupefacientes, ainda que a NEP/GNR-2.15 não preveja a frequência de despistes, estes surgem em menor número, sendo que apenas 0,9% dos inquiridos realiza semanalmente e 2,7% mensalmente.

No que tange à H4: **“O controlo de venda/disponibilização de bebidas nos destacamentos é feito em todo o dispositivo”**, esta é parcialmente verificada uma vez que 67,9% responderam que sim à questão n.º 10 relativa a esse controlo. A NEP/GNR-2.19 prevê que esse controlo deve ser feito em todos os destacamentos.

Atendendo às H3 e H4, é possível responder à PD3: **“Os oficiais realizam frequentemente controlos e despistes no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências?”**. Os controlos à venda/disponibilização de bebidas deveriam ser feitos em todos os destacamentos, o que não acontece por 32,1% dos inquiridos, havendo necessidade desse controlo ser feito por todos. Os despistes ao álcool são, na maioria, realizados em caso de suspeita (36,6% dos inquiridos) sendo que apenas 10,7% os realiza semanalmente, conforme previsto na NEP/GNR-2.19. Existe a necessidade do cumprimento desta norma e desses despistes se realizarem de igual forma em todos os destacamentos. Quanto aos despistes de estupefacientes, grande parte fá-los em caso de diretiva superior ou em caso de suspeita, não havendo uma uniformização de procedimentos, sendo necessário a implementação de uma medida para combater esta lacuna.

Por fim, a H5: **“A gestão e o encaminhamento de casos são realizados de forma transversal e eficaz em todo o dispositivo”**, foi não verificada, uma vez que, atendendo às resposta às questões n.º 13, 14 e 15, apurou-se que apenas 64,3% dos inquiridos têm informação para o encaminhamento dos militares com dependência ao álcool, 53,6% sabe encaminhar militares consumidores de estupefacientes e 33% possui informação adequada para o encaminhamento de militares com dependência ao jogo. Também, através da resposta à questão n.º 17, constata-se que apesar da maioria (83,6%) ter encaminhado os casos de comportamentos aditivos para o centro clínico da GNR, existem casos que não foram resolvidos (7,3%) e casos que foram resolvidos ao nível do destacamento (9,1%).

É então possível dar resposta à PD4: **“Os oficiais sabem gerir e encaminhar casos de comportamentos aditivos e dependências?”**. A gestão e o encaminhamento de militares com dependências não é realizado de forma homogénea em todo o dispositivo uma vez que os oficiais não estão dotados de informação adequada para a gestão e para o encaminhamento. A eficácia desta intervenção por parte dos oficiais fica comprometida havendo carência de informação, sendo essencial fornecer essa informação para as intervenções serem eficazes.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este capítulo tem como principal objetivo a resposta à PP desta investigação, enfatizando os principais aspetos abordados na investigação e reflexão sobre os resultados apurados. São apresentadas recomendações relativas aos resultados obtidos, limitações e dificuldades da investigação e também reflexões para futuras investigações no âmbito do tema da investigação deste trabalho (Academia Militar, 2016).

Atendendo à PP: **“Como devem os comandantes, diretores e chefes prevenir, gerir e encaminhar comportamentos aditivos e dependências nos militares da GNR?”**, é importante, primeiramente, evidenciar a falta de informação que os oficiais têm acerca desta temática.

Através dos resultados obtidos pelos inquéritos por questionário é notória a não uniformização de procedimentos relativos à prevenção, gestão e encaminhamento de casos relativos ao consumo de álcool e de estupefacientes. No que concerne ao jogo patológico, há uma total falta de informação, isto devido ao facto de não existir uma norma semelhante às normas relativas ao consumo de álcool e consumo de drogas direccionada para este tipo de dependência.

Assim, a necessidade de formação nesta área, aos oficiais, é um bem necessário tal como afirmam vários autores abordados no enquadramento teórico. Um programa de prevenção bem estruturado e que funcione de forma transversal em todo o dispositivo, é algo que deve ser implementado para serem dadas respostas adequadas às diferentes situações.

Sendo o COPATD um curso que confere competências para a intervenção nesta matéria, conferindo o grau de OP aos oficiais e sargentos que o realizarem, realça-se a necessidade de existir pelo menos um OP por CTer, para as intervenções nesta área serem realizadas corretamente. É revelante referir que a nova estruturação do COPATD já insere a área do jogo patológico.

O conhecimento dos critérios de diagnóstico apresentados no Capítulo 1, por parte dos oficiais, é um bom ponto de partida, para que a deteção de casos de comportamentos aditivos e dependências, seja feita o mais precocemente possível. Esta deteção será quanto mais eficaz se for dada formação nesta área, o que possibilitará uma melhor sensibilidade para indícios de casos.

Quanto à prevenção, esta deve assentar além do controlo e dos despistes, em ações de informação e sensibilização a todos os militares como se apurou na revisão da literatura. Essas ações devem ser realizadas pelas chefias, por estas terem um maior contacto com os subordinados e, de modo a abranger todo o efetivo. Para isso, os comandantes, diretores e chefes devem ter formação que lhes permitam realizar essas ações e saberem quais as temáticas a abordar.

Relativamente à gestão e ao encaminhamento de casos, apurou-se que os oficiais não têm informação suficiente para os efetuarem devidamente. Assim, é de extrema necessidade dotar os oficiais de informação adequada de forma a que os casos que surgem sejam geridos e encaminhados corretamente.

Tendo em conta que o objetivo geral da investigação consistia em **“analisar de que forma os oficiais previnem, gerem e encaminham comportamentos aditivos e dependências nos militares da GNR”**, considera-se que este foi cumprido através da verificação das hipóteses, da confirmação dos objetivos específicos de investigação e das respostas às questões da investigação.

Quanto ao **OEI1: “Caracterizar a amostra da investigação”**, este foi cumprido nos subcapítulos 4.2.1. e 5.1., através das respostas às questões n.º 1, n.º 2 e n.º 3 do inquérito por questionário e pelos dados obtidos através do Comando Geral.

Relativamente ao **OEI2: “Avaliar o grau de conhecimento dos oficiais relativo à prevenção e combate de comportamentos aditivos e dependências”**, foi corroborado pelas respostas às questões n.º 4, n.º 5, n.º 6 e n.º 7 do inquérito por questionário e pelos subcapítulos 4.2.2. e 5.2.

O **OEI3: “Avaliar o grau de despiste/controlo realizado pelos oficiais no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências”** foi atingido com as respostas às questões n.º 8, n.º 9, n.º 10, n.º 11 e n.º 12 e pelos subcapítulos 4.2.2. e 5.3.

No que respeita ao **OEI4: “Avaliar de que forma é feita a referenciação/encaminhamento de casos de comportamentos aditivos e dependências”**, este foi verificado com a obtenção das respostas às questões n.º 13, n.º 14, n.º 15, n.º 16 e n.º 17 e pelos subcapítulos 4.2.2. e 5.4.

Assim, das conclusões retiradas desta investigação, baseadas na revisão literária e nos dados recolhidos, surgem como recomendações a criação de um plano de formação e de uma NEP relativa à prevenção e combate ao jogo patológico.

Quanto ao plano de formação, uma vez que o COPATD é um curso para formar OP e havendo a necessidade de um OP por CTer, surge a necessidade de uma formação para os

comandantes, diretores e chefes. Assim, foi elaborada uma proposta (Apêndice D), que tem como público alvo todos os oficiais, sendo passível de ser integrada no plano de formação dos oficiais da GNR, podendo de igual forma ser aplicado aos sargentos que comandam postos territoriais, uma vez que estes também têm contacto direto com os subordinados.

Esta proposta de formação incide sobre o jogo patológico e os comportamentos aditivos e dependências em contexto laboral.

Em relação à criação de uma norma para o jogo patológico, na medida em que as normas do álcool e das drogas irão ser aglomeradas na NEP/GNR-2.20, seria importante, de igual forma, a introdução do tema de dependências sem substâncias, nomeadamente do jogo patológico.

Durante a realização do trabalho, foram identificadas limitações na investigação. A primeira surge no âmbito do tema ser inovador dentro da instituição havendo poucos estudos realizados sobre ele.

De seguida, sendo abordado o jogo patológico, e sendo este um tema recente na comunidade científica, existe pouca literatura neste âmbito. A nível da instituição não existe literatura nem normativas que foquem o jogo patológico ou as dependências sem substâncias.

Como investigações futuras, sugere-se a realização de um estudo mais aprofundado sobre os métodos usados atualmente para a prevenção dos comportamentos aditivos e das dependências, a nível dos comandantes de posto, com uma amostra superior à que foi utilizada, uma vez que há muito mais comandantes de posto que comandantes de destacamento.

Seria também pertinente, fazer uma recolha e análise de dados junto dos subordinados, sobre esta temática, de forma a obter informações concretas sobre a situação atual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia Militar - Direção de Ensino (2015). Normas de Execução Permanentes (NEP) n.º 520/4ª de 11 de maio. Trabalho de Investigação Aplicada.
- Academia Militar - Direção de Ensino (2016). Normas de Execução Permanente (NEP) n.º 522/1ª de 20 de janeiro. Normas para a Redação de Trabalhos de Investigação.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association [APA] (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6ªed). Washington: APA.
- American Society of Addiction Medicine. (2011). Obtido em 02 de março de 2017, de Definition of Addiction: <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>.
- Assembleia da República [AR]. (2014). *Lei n.º 66 de 28 de agosto procede à primeira alteração ao Regulamento de Disciplina da GNR, aprovado em Anexo à Lei n.º 145/99, de 1 de setembro*. Lisboa: Diário da República, 1ª Série, n.º 165.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2015). *Perfil do Jogo e dos Jogadores em Portugal com base nos resultados do III Inquérito Nacional à População Geral, Portugal 2012*. Lisboa: SICAD.
- Basílico, A. (2007). *Dispositivos de controlo das dependências*. Lisboa: Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em "Novas Fronteiras do Direito" no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e do Emprego.
- Castro, M. F., Cleto, C. R., & Silva, N. T. (2011). *Segurança e saúde no trabalho e a prevenção do consumo de substâncias psicoativas: linhas orientadoras para intervenção em meio laboral*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Climaco, M. I. (2004). O jogo patológico - A adição menos visível. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20, pp. 121-134.
- Coelho, R. (NOV/DEZ de 2008). O Jogo Patológico. *BONS VICIUS*, pp. 22-23.
- Corral, A., Durán, J., & Isusi, I. (2012). *Use of alcohol and drugs at the workplace*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho [DSST]. (2013a). *Uso/Abuso de Álcool e Drogas em Meio Laboral. Guia para a Intervenção Sindical*. Lisboa: DSST.

- Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho [DSST]. (2013b). *Álcool e Drogas em Meio Laboral - Clausulado Negociação Coletiva*. Lisboa: DSST.
- Equipa Multidisciplinar de Planeamento Estratégico e Coordenação [EMPECO]. (2015). *Plano de Formação em Comportamentos Aditivos e Dependências 2015-2016*. Lisboa: SICAD.
- Escola da Guarda [EG] - GNR. (2011). *Relatório Anual de Formação 2010/2011*. Lisboa: GNR.
- Escola da Guarda [EG] - GNR. (2012). *Relatório Anual de Formação 2011/2012*. Lisboa: GNR.
- Escola da Guarda [EG] - GNR. (2013). *Relatório Anual de Formação 2012/2013*. Lisboa: GNR.
- Escola da Guarda [EG] - GNR. (2014). *Relatório Anual de Formação 2013/2014*. Lisboa: GNR.
- Escola da Guarda [EG] - GNR. (2015). *Relatório Anual de Formação 2014/2015*. Lisboa: GNR.
- Escola da Guarda [EG] - GNR. (2016). *Relatório Anual de Formação 2015/2016*. Lisboa: GNR.
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da conceção à realização* (5.ª ed.). Loures: Luso ciência.
- Guarda Nacional Republicana [GNR]. (1990). *NEP/GNR - 2.15 de 04 de abril (Prevenção e Combate à Droga na GNR)*. Lisboa: GNR.
- Guarda Nacional Republicana [GNR]. (2003). *NEP/GNR - 2.19 de 01 de março (Prevenção e Combate ao consumo de álcool na GNR)*. Lisboa: GNR.
- Guarda Nacional Republicana [GNR]. (2011). *Plano de Atividades 2012*. Obtido em 2017 de março de 20, de <http://www.gnr.pt/InstrumentosGestao/2012/PlanoActividades2012.pdf>
- Guarda Nacional Republicana [GNR]. (2012a). *Circular n.º 02/DRL de 23 de março (Venda e Consumo de Bebidas Alcoólicas na Guarda)*. Lisboa: GNR.
- Guarda Nacional Republicana [GNR]. (2012b). *Plano de Atividades 2013*. Obtido em 20 de março de 2017, de <http://www.gnr.pt/InstrumentosGestao/2013/PAGNR2013.pdf>
- Guarda Nacional Republicana [GNR]. (2014). *Plano de Atividades 2015*. Obtido em 20 de março de 2017, de <http://www.gnr.pt/InstrumentosGestao/2015/PAGNR2015.pdf>
- Guarda Nacional Republicana [GNR]. (2015). *Plano de Atividades 2016*. Obtido em 20 de março de 2017, de <http://www.gnr.pt/InstrumentosGestao/2016/PAGNR2016.pdf>

- Guarda Nacional Republicana [GNR]. (2016). *Plano de Atividades 2017*. Obtido em 20 de março de 2017, de <http://www.gnr.pt/InstrumentosGestao/2017/PA2017.pdf>
- Gullotta, T. (setembro de 1994). The what, who, why, where, when, and how of primary prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 1, pp. 5-14.
- Holden, C. (02 de novembro de 2001). Behavioral Addictions: Do they Exist? *Science*, 294, pp. 980-982.
- Hubert, P. (2014). *Jogadore Patológicos Online e Offline: Caracterização*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa.
- Lennings, C. J. (1997). Police and occupationally related violence: a review. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 20, pp. 555-566.
- Ministério da Administração Interna [MAI]. (2017). *Decreto-Lei n.º 30/2017 de 22 de março: Estatuto dos Militares da Guarda Nacional Republicana*. Lisboa: Diário da República, 1ª série, n.º 58.
- Ministérios da Saúde, do Ambiente e do Ordenamento do Território e da Reforma do Estado e da Administração Pública. (2002). *Portaria n.º 390 de 11 de abril aprova o regulamento relativo às prescrições mínimas em matéria de consumo, disponibilização e venda de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho da administração pública*. Lisboa: Diário da República, 1ª Série, n.º 85.
- Nunes, L., & Jóluskin, G. (2007). *Drogas e Comportamentos de Adição. Um manual para estudantes e profissionais de saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Oliveira, M., Silveira, D., & Silva, M. (25 de janeiro de 2008). Jogo patológico e suas consequências para a saúde. *Revista Saúde Pública*, pp. 542-549.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: ARTMED.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1994). *Lexican of alcohol and drug terms*. Genebra: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substância psicoativas*. Genebra: World Health Organization.
- Presidência do Conselho de Ministros [PCM]. (2000). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 166 de 29 de novembro aprova o Plano de Ação contra o Alcoolismo*. Lisboa: Diário da República, 1ª Série, n.º 276.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais (5ª ed.)*. Lisboa: Gradiva.

- Rodrigues, A. (2006). O consumo de álcool nas organizações policiais. *Revista da Guarda Nacional Republicana - Pela Lei e Pela Grei*, Nº 72, 42-43.
- Rodrigues, P. (2015). *Modelo de estrutura regional de intervenção nos comportamentos aditivos e dependências*. Aveiro: Dissertação para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em "Administração e Gestão Pública" na Universidade de Aveiro.
- Rutter, M. (1998). *Studies of psychosocial risk: the power of longitudinal data*. Londres: Cambridge University Press.
- Sarmiento, M. (2013). *Metodologia Científica para a elaboração, escrita e apresentação de teses* (1ª ed.). Lisboa: Universidade Lusíada.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (2013a). *Plano Estratégico 2013-2015*. Lisboa: SICAD.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (2013b). *Plano Nacional para a Redução de Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2020*. Lisboa: SICAD.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (2016a). *Linhas de orientação técnica para a redução de riscos e minimização de danos: competência dos interventores*. Lisboa: SICAD.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (2016b). *Relatório Anual 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: SICAD.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (2016c). *Relatório Anual 2015 - A Situação do País em Matéria de Álcool*. Lisboa: SICAD.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (09 de março de 2017). *SICAD*. Obtido de <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=1>
- Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2011). *Como fazer investigação. dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha* (1.ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Videira, C. (2015). *A influência do género no exercício das funções na Guarda Nacional Republicana*. Trabalho de Investigação Aplicada, Mestrado em Ciências Militares na especialidade de Segurança. Lisboa: Academia Militar.

APÊNDICE A – ESTRUTURA DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

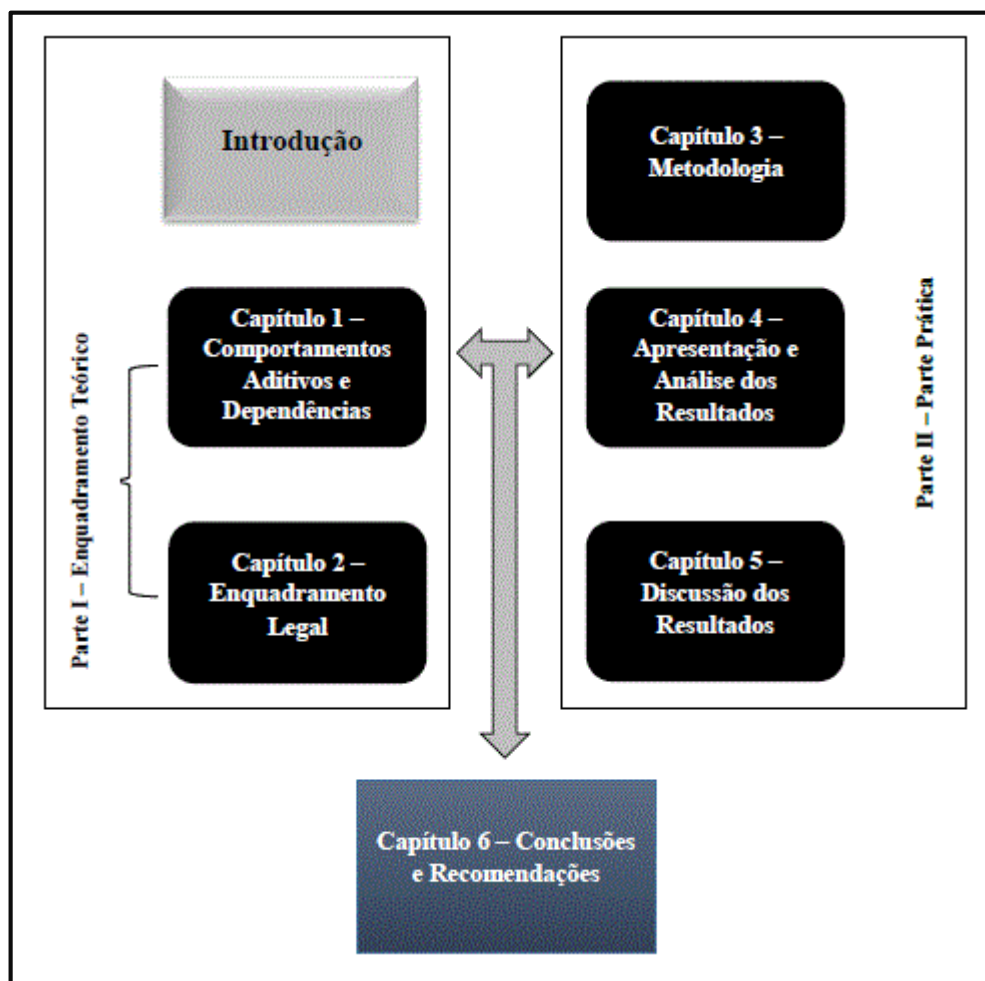


Figura n.º 1 - Estrutura do trabalho de investigação.

Fonte: Adaptado de Sarmento (2013).

APÊNDICE B – INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

B.1. Convite para responder ao questionário

Na Figura n.º 2 evidencia-se um exemplo de *email* de convite dirigido aos inquiridos para participarem no inquérito por questionário.

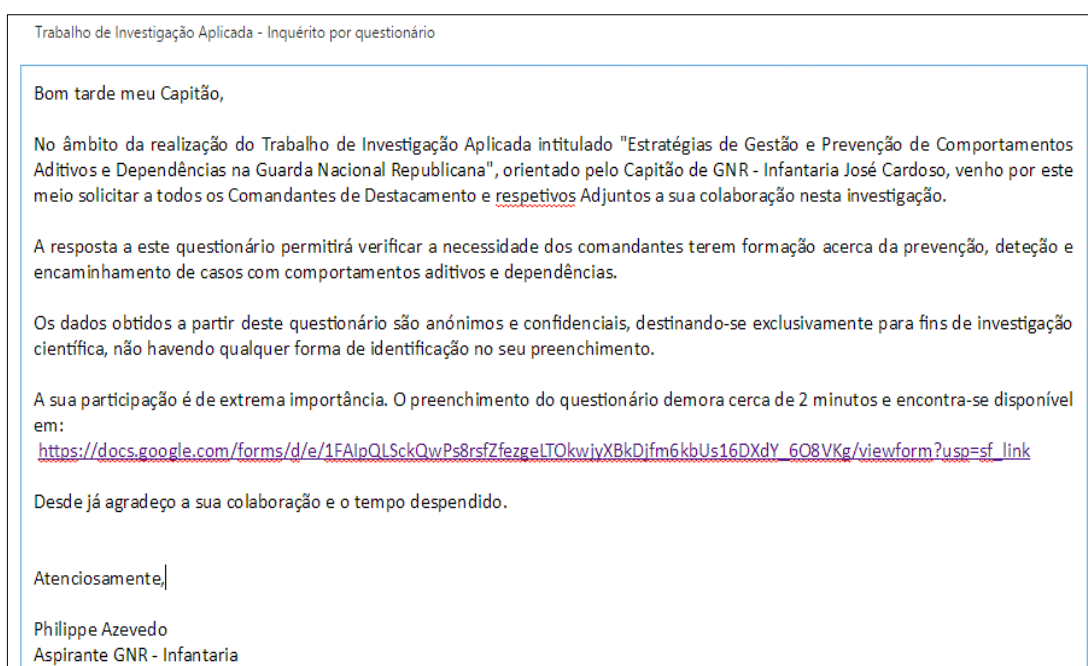


Figura n.º 2 - Imagem demonstrativa do *email* de convite a participar no inquérito por questionário.

Fonte: *Email* da GNR.

B.2. Inquérito por questionário

09/03/2017 Questionário Trabalho de Investigação Aplicada

Questionário Trabalho de Investigação Aplicada

No âmbito da realização do Trabalho de Investigação Aplicada, a realizar pelos aspirantes no decorrer do Mestrado em Segurança que forma os oficiais da GNR na Academia Militar, solicito a sua colaboração no preenchimento do questionário que apresento de seguida.

Sendo o tema do meu Trabalho de investigação aplicada "Estratégias de Gestão e Prevenção de Comportamentos aditivos e Dependências na GNR", com a elaboração deste questionário irá ser realizado um estudo no qual se pretende verificar a aplicabilidade da NEP/GNR-2.19, bem como verificar a necessidade dos comandantes terem formação acerca da prevenção, deteção e encaminhamento de casos com comportamentos aditivos e dependências.

A sua colaboração é importante pois permitirá efetuar um diagnóstico importante e essencial do ponto de vista organizacional, podendo futuramente ser a base para projetos de formação.

Os dados obtidos a partir deste questionário são anónimos e confidenciais, destinando-se exclusivamente para fins de investigação científica, não havendo qualquer forma de identificação no seu preenchimento.

***Obrigatório**

1. Sexo? *
Marcar apenas uma oval.

Masculino
 Feminino

2. Posto *
Marcar apenas uma oval.

Alferes
 Tenente
 Capitão
 Major

3. Função exercida? *
Marcar apenas uma oval.

Comandante de Destacamento
 Adjunto de Comandante de Destacamento
 Outra: _____

4. Tem conhecimento da NEP/GNR-2.19 relativa à prevenção e combate ao consumo de álcool na GNR? *
Marcar apenas uma oval.

Sim
 Não

https://docs.google.com/forms/d/1ZDI7hDzg0qAkqUXMIERJgDHAAGP_wgDdJoL_wavaSY0/edit 1/3

Figura n.º 3 - Inquérito por questionário página n.º 1.

Fonte: Formulários do Google.

09/03/2017 Questionário Trabalho de Investigação Aplicada

5. Tem conhecimento de algum Operador de Prevenção de Alcoolismo e Toxicod dependência no seu Comando Territorial? *
Marcar apenas uma oval.

Sim
 Não

6. Tem formação na área da prevenção/gestão de Comportamentos aditivos e Dependências?
Marcar apenas uma oval.

Sim
 Não

7. Sabe o que fazer para prevenir comportamentos aditivos e dependências? *
Marcar apenas uma oval.

Sim
 Não

8. Faz prevenção ao consumo de álcool no seu destacamento? *
Marcar apenas uma oval.

Sim
 Não

9. Faz prevenção ao consumo de estupefacientes no seu destacamento? *
Marcar apenas uma oval.

Sim
 Não

10. Faz controlo das bebidas alcoólicas vendidas/presentes nos bares do destacamento? *
Marcar apenas uma oval.

Sim
 Não

11. Com que frequência faz despistes de álcool aos seus militares? *
Marcar tudo o que for aplicável.

Semanalmente
 Mensalmente
 Anualmente
 Em caso de suspeita
 Em caso de diretiva superior
 Nunca

https://docs.google.com/forms/d/1ZDI7hDzg0qAkqJXMIERJgDHTAGP_wgDdJol_wavaSY0/edit 2/3

Figura n.º 4 - Inquérito por questionário página n.º 2.

Fonte: Formulários do Google.

09/03/2017 Questionário Trabalho de Investigação Aplicada

12. Com que frequência faz despistes de estupefacientes aos seus militares? *
Marcar tudo o que for aplicável.

Semanalmente
 Mensalmente
 Anualmente
 Em caso de suspeita
 Em caso de diretiva superior
 Nunca

13. Tem informação adequada para encaminhar militares com dependência ao álcool? *
Marcar apenas uma oval.

Sim
 Não

14. Tem informação adequada para encaminhar militares consumidores de estupefacientes? *
Marcar apenas uma oval.

Sim
 Não

15. Tem informação adequada para encaminhar militares com dependência ao jogo? *
Marcar apenas uma oval.

Sim
 Não

16. Já verificou, no seu destacamento, algum caso de dependência ou comportamento aditivo? *
Marcar apenas uma oval.


Sim *Passe para a pergunta 17.*
 Não

17. Como foi resolvida essa situação?
Marcar apenas uma oval.

Ao nível do Destacamento
 Encaminhado para o Centro Clínico da GNR
 Encaminhado para o hospital local
 Não foi resolvido

Muito obrigado pela sua colaboração.

Para mais informações ou questões que possam surgir poderá contactar:
Aspirante de GNR – Infantaria Philippe Azevedo, através do correio eletrónico: azevedo.pmt@gnr.pt

Com tecnologia  Google Forms

https://docs.google.com/forms/d/1ZDI7hDzg0qAkqJXMIerJgDHAAGP_wgDdJoL_wavaSY0/edit 3/3

Figura n.º 5 - Inquérito por questionário página n.º 3.

Fonte: Formulários do Google.

APÊNDICE C – RELAÇÃO ENTRE A TAXA ALCOOMÉTRICA, O COMPORTAMENTO E CONSEQUÊNCIAS SOBRE O DESEMPENHO

Quadro n.º 5 - Relação entre a taxa alcoométrica, o comportamento e consequências sobre o desempenho.

Taxa alcoométrica (TA)	Comportamentos e consequências sobre o desempenho
TA < 0,1g/l	Regra geral, não há alterações visíveis.
0,1g/l < TA < 0,2g/l	Ligeira perturbação do controlo motor.
0,2g/l < TA < 0,5g/l	Pode causar euforia, desinibição, diminuição das capacidades de atenção e de raciocínio. Manusear armamento, condução e manobra de máquinas pode trazer alguns riscos.
0,5g/l < TA < 0,8g/l	Como efeitos típicos tem o aumento do tempo de reação a estímulos, a descoordenação muscular, ampliação do estado de desinibição e de euforia, hálito ligeiramente alcoólico e a movimentação e o discurso serem desajeitados e grosseiros. Condução de veículos, manusear armamento e máquinas torna-se potencialmente perigoso, bem como é inconveniente o acesso a documentação classificada.
0,8g/l < TA < 1,5g/l	Nesta situação o estado de embriaguez está mais ou menos instalado, os reflexos são alterados, o hálito com notório cheiro a álcool, sintomas de irritação que podem resultar em agressões e elevação da voz. Todas as atividades profissionais são desaconselhadas, sob pena de envolverem riscos de acidente, uma baixa produtividade e o desempenho inconveniente.
1,5g/l < TA < 3,0g/l	Neste intervalo, o estado é de embriaguez manifesta, os reflexos são fortemente alterados, surge a desorientação, o sono, o desequilíbrio na marcha, a fala pastosa e a duplicação de imagens. Qualquer atividade relacionada com a condução ou o manuseamento de armamento e documentos classificados envolve perigo muito elevado.
3,0g/l < TA < 5,0g/l	Manifesta-se por embriaguez profunda com eventual necessidade de assistência médica. Qualquer atividade coerente é impossível de ser realizada.
5,0g/l < TA	Situação de como que por resultar em morte e, por isso, é obrigatória a assistência médica.

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE D - PROPOSTA DE PLANO DE FORMAÇÃO

Esta proposta de Plano de Formação tem como base o Plano de Formação em comportamentos aditivos e dependências do SICAD, que tem como objetivos melhorar os níveis de conhecimento e de informação, assegurar o desenvolvimento de competências técnicas e melhor a qualidade das respostas e serviços disponíveis no âmbito dos Comportamentos Aditivos e Dependências com e sem substâncias (Equipa Multidisciplinar de Planeamento Estratégico e Coordenação [EMPECO], 2015).

Esta proposta tem em conta as necessidades próprias da GNR, nomeadamente os fatores de risco a que estão associados às funções dos militares. Para obter um plano adequado às necessidades serão identificadas e caracterizadas as temáticas e apresentada a formação nessa área como está previsto no Plano do SICAD com as alterações necessárias adaptadas à instituição GNR.

As temáticas abordadas serão o jogo patológico e a intervenção em contexto laboral e comportamentos aditivos e dependências.

D.1. Formação no âmbito da abordagem aos problemas relacionados com o jogo patológico

O perigo de adição ao jogo na Internet, além do jogo a dinheiro, tem sido uma preocupação crescente nos últimos anos. Segundo um estudo do SICAD, 66% da população portuguesa com idades entre os 15 e 74 anos, em 2012, já tinha jogado alguma vez na vida um qualquer jogo a dinheiro (Balsa, et al. 2015).

A adição pelo jogo na Internet resulta num grupo de sintomas cognitivos e comportamentais, onde se inclui a perda de controlo sobre o jogo, tolerância e sintomas de abstinência, semelhantes aos sintomas das adições por substâncias.

Assim, torna-se uma necessidade haver formação na área da intervenção desta perturbação para ser assegurada uma resposta adequada e eficaz (EMPECO, 2015).

Desta forma, propõe-se o plano de formação no âmbito da abordagem aos problemas relacionados com o jogo patológico criado pelo SICAD (Figura n.º 5) com possíveis alterações na vertente formação, pois não há necessidade da abordagem terapêutica nem do conhecimento dos modelos de tratamento, uma vez que os oficiais devem saber detetar, prevenir e encaminhar para a entidade competente para o tratamento e não realizar qualquer

tipo de tratamento. Pode também ser acrescentado a informação para o encaminhamento, sendo passível de se criar uma NEP relativa ao jogo patológico.

<p style="text-align: center;"><i>C -1. Formação no âmbito da abordagem aos problemas relacionados com o jogo patológico</i></p> <p>Objetivos:</p> <p>Vertente Sensibilização (VS): Promover e aprofundar conhecimentos e competências em dependências sem substâncias, incidindo nas questões do jogo; desenvolver o conhecimento e as competências dos profissionais, sensibilizando-os para as dimensões da prevenção e de intervenção de 1.ª linha.</p> <p>Vertente Formação (VF): Abordar aprofundadamente a VS. Desenvolver técnicas de intervenção e abordagem terapêutica; conhecer os modelos de diagnóstico, tratamento e prevenção.</p> <p>Destinatários: Profissionais das áreas social e da saúde. Estudantes.</p> <p>Carga horária: 7 horas (VS); 21 horas (VF).</p> <p>Programa:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Conceitos, características e problemas relacionados com o jogo; (VS/VF)2. Identificação dos vários tipos de jogadores e de fases da doença; (VS/VF)3. Estratégias e modelos de intervenção; (VS/VF)4. Detecção, diagnóstico e intervenção; (VS/VF)5. Estruturas e respostas; (VS/VF)6. Casos práticos. (VF)

Figura n.º 6 - Formação no âmbito da abordagem aos problemas relacionados com o jogo patológico.

Fonte: EMPECO (2015).

D.2. Formação no âmbito da intervenção em contexto laboral e comportamentos aditivos e dependências

De acordo com o DSST (2013b), os fatores inerentes a certas condições de trabalho, tais como os horários prolongados, trabalhos perigosos, por turnos, entre outros, são suscetíveis de afetar negativamente a saúde dos militares, comportando múltiplos fatores de risco que potenciam o abuso de álcool e de outras substâncias psicoativas.

Segundo Organização Internacional do Trabalho, de 15% a 30% dos acidentes mortais no local de trabalho são devidos ao consumo de álcool ou droga e estes consumos reduzem em 25% a capacidade de trabalho nos trabalhadores com problemas de adição (DSST, 2013b).

É possível identificar, como consequências dos comportamentos aditivos em contexto laboral: o absentismo, a incapacidade temporária, fracos níveis de desempenho, baixa produtividade e prejuízo da imagem da empresa (EMPECO, 2015).

Assim, uma estratégia preventiva e reparadora concorre para a redução dos comportamentos aditivos e dependências, e, para isso, é necessária dar formação aos intervenientes na prevenção, de modo a que saibam transmitir a informação e como agir em caso de necessidade (Castro et al. 2015; DSST, 2013a; DSST, 2013b).

Atendendo ao plano de formação do SICAD, propõe-se a formação no âmbito da intervenção em Contexto Laboral e Comportamentos Aditivos e Dependências do SICAD (Figura n.º 6), estando este bastante completo nos conteúdos abordados, havendo apenas necessidade de abordar a referenciação/encaminhamento dos casos, especificamente na GNR, ou seja, com referências aos OP e às unidades de tratamento.

<p style="text-align: center;"><i>C -4. Formação no âmbito da intervenção em Contexto Laboral e CAD</i></p> <p>Objetivos:</p> <p>Vertente Sensibilização (VS): Reduzir os comportamentos aditivos e dependências nas organizações. Aprofundar conhecimentos sobre os problemas associados aos consumos de bebidas alcoólicas e de outras substâncias psicoativas no local de trabalho.</p> <p>Vertente Formação (VF): Concorrer para a definição de políticas de promoção da saúde no local de trabalho e para a redução dos comportamentos aditivos e dependências nas organizações. Aprofundar conhecimentos sobre os problemas associados aos consumos de bebidas alcoólicas e de outras substâncias psicoativas no local de trabalho.</p> <p>Destinatários: Profissionais das áreas social e da saúde. Estudantes.</p> <p>Duração: 7 horas (VS). 21 horas (VF).</p> <p>Programa:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Substâncias, conceitos, efeitos e características, padrões de consumo; (VS/VF)2. Impactos específicos do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas no local de trabalho; (VS/VF)3. Redução dos fatores de risco; (VS/VF)4. Repostas e rede de referenciação; (VS/VF)5. Efeitos da dependência no local de trabalho; (VF)6. Princípios base na definição de políticas e estratégias preventivas; (VF)7. Conceptualização e propostas de intervenção em contexto de laboral (diagnóstico, procedimentos, medidas, avaliação). (VF)

Figura n.º 7 - Formação no âmbito da intervenção em contexto laboral e comportamentos aditivos e dependências.

Fonte: EMPECO (2015).

ANEXO A – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

A.1. Perturbação de uso de *cannabis*

“Padrão problemático de uso de *cannabis* que conduz a mal-estar ou défices clinicamente significativos manifestado por pelo menos 2 dos seguintes, ocorrendo num período de 12 meses:

1. A *cannabis* é muitas vezes consumida em quantidades superiores ou por um período de tempo mais longo do que pretendia;
2. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos para diminuir ou controlar o uso de *cannabis*;
3. É despendida uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de *cannabis*, uso de *cannabis* ou a recuperar dos seus efeitos;
4. *Craving*, ou um forte desejo ou impulso pelo uso de *cannabis*;
5. Uso recorrente de *cannabis*, resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa;
6. Uso de *cannabis* continuado, apesar de saber ter problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da *cannabis*;
7. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso de *cannabis*;
8. Uso de *cannabis* recorrente em situações em que é fisicamente perigoso;
9. O uso de *cannabis* é continuado apesar de saber ter um problema físico ou psicológico, persistente ou recorrente, que provavelmente foi causado ou exacerbado pela *cannabis*;
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
 - a. Uma necessidade de quantidades acentuadamente crescentes de *cannabis* para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
 - b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de *cannabis*;
11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:
 - a. Uma síndrome de abstinência característica da *cannabis*;
 - b. A *cannabis* (ou outra substância intimamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.” (APA, 2014, p. 611).

A.2. Intoxicação por *cannabis*

“A. Uso recente de *cannabis*;

B. Alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, défice da coordenação motora, euforia, ansiedade, sensação de lentificação do tempo, alteração do juízo crítico, isolamento social) que se desenvolveram durante ou pouco depois do uso de *cannabis*;

C. Dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas que se desenvolveram nas duas horas após o uso de *Cannabis*:

1. Conjuntivite;
2. Aumento do apetite;
3. Boca seca;
4. Taquicardia;

D. Os sinais e sintomas não são atribuíveis a outra condição médica ou são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação por outra substância.” (APA, 2014, pp. 619-620).

A.3. Abstinência de *cannabis*

“A. Cessação do uso de *cannabis* que tem sido pesado e prolongado (isto é, uso diário ou quase diário por um período de pelo menos alguns meses);

B. Três (ou mais) dos seguintes sinais e sintomas desenvolvem-se em aproximadamente uma semana após o Critério A:

1. Irritabilidade, raiva ou agressão;
2. Nervosismo ou ansiedade;
3. Dificuldades no sono (por exemplo, insônia, sonhos perturbadores);
4. Diminuição do apetite ou perda de peso;
5. Inquietação;
6. Humor deprimido;

7. Pelo menos um dos seguintes sintomas físicos causa desconforto significativo: dor abdominal, tremores, sudorese, calafrios ou cefaleias;

C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam mal-estar clinicamente significativo ou défices sociais, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento;

D. Os sinais e sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.” (APA, 2014, pp. 621-622).

A.4. Perturbação de uso de opioides

A. Padrão problemático de uso de opioides que conduz a mal-estar ou défices clinicamente significativos manifestado por pelo menos 2 dos seguintes, ocorrendo num período de 12 meses:

1. Os opioides são muitas vezes consumidos em quantidades superiores ou por um período de tempo mais longo do que pretendia;

2. Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos para diminuir ou controlar o uso de opioides;

3. É despendida uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de opioides, uso de opioides ou a recuperar dos seus efeitos;

4. Craving, ou um forte desejo ou impulso pelo uso de opioides;

5. Uso recorrente de opioides, resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa;

6. Uso continuado de opioides, apesar de saber ter problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos dos opioides;

7. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso de opioides;

8. Uso recorrente de opioides em situações em que é fisicamente perigoso;

9. O uso do opioide é continuado, apesar de saber ter um problema físico ou psicológico, persistente ou recorrente, que provavelmente é causado ou exacerbado pelos opioides;

10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:

a. Necessidade de quantidades acentuadamente crescentes de opioides para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;

b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de um opioide;

11. Abstinência manifestada por qualquer um dos seguintes:

a. Uma síndrome de abstinência característica de opioides;

b. Os opioides (ou uma substância intimamente relacionada) são consumidos para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.” (APA, 2014, pp. 649-650).

A.5. Intoxicação por opioides

“A. Uso recente de opioides;

B. Alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, euforia inicial seguida de apatia, disforia, agitação ou lentificação psicomotora, compromisso do juízo crítico) que se desenvolveram durante ou pouco depois do uso de opioides;

C. Constrição pupilar (ou dilatação pupilar devida à anóxia de overdose grave) e um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas que se desenvolveram durante ou pouco depois do uso de opioides:

1. Sonolência ou coma;
2. Discurso arrastado;
3. Défices de atenção ou da memória;

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação por outra substância.” (APA, 2014, p. 656).

A.6. Abstinência de opioides

“A. Presença de qualquer um dos seguintes:

1. Cessação (ou redução) do uso de opioides que tem sido pesado e prolongado (isto é, várias semanas ou mais);

2. Administração de um antagonista opioide depois de um período de uso de opioides;

B. Três (ou mais) dos seguintes desenvolvem-se em minutos até vários dias depois do Critério

A:

1. Humor disfórico;
2. Náuseas ou vômitos;
3. Dores musculares;
4. Lacrimejo ou rinorreia;
5. Dilatação pupilar, piloereção ou sudorese;
6. Diarreia;
7. Bocejo;
8. Febre;
9. Insônia;

C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento;

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.” (APA, 2014, p. 657).

A.7. Perturbação do uso de estimulantes

A. Padrão de uso de substâncias de tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante que conduz a mal-estar ou défices clinicamente significativos manifestado por pelo menos 2 dos seguintes, ocorrendo num período de 12 meses:

1. O estimulante é frequentemente consumido em quantidades superiores ou por um período de tempo mais longo do que pretendia;

2. Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos para diminuir ou controlar o uso de estimulantes;

3. É despendida uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de estimulantes, uso de estimulante ou a recuperar dos seus efeitos;

4. Craving, ou um forte desejo ou impulso pelo uso de estimulantes;

5. Uso recorrente de estimulantes, resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa;

6. Uso continuado de estimulantes, apesar de saber ter problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos dos estimulantes;
7. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso de estimulantes;
8. Uso recorrente de estimulantes em situações em que é fisicamente perigoso;
9. O uso de estimulantes é continuado, apesar de saber ter um problema físico ou psicológico, persistente ou recorrente, que provavelmente é causado ou exacerbado pelos estimulantes;
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
 - a. Necessidade de quantidades acentuadamente crescentes de estimulantes para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
 - b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de um estimulante;
11. Abstinência manifestada por qualquer um dos seguintes:
 - a. Uma síndrome de abstinência característica de estimulantes;
 - b. Os estimulantes (ou uma substância intimamente relacionada) são consumidos para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.” (APA, 2014, pp. 673-674).

A.8. Intoxicação por estimulantes

- “A. Uso recente de substância tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante;
- B. Alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, euforia ou embotamento afetivo; alterações na sociabilidade; hipervigilância; sensibilidade interpessoal; ansiedade, tensão ou raiva; comportamentos estereotipados; compromisso do juízo crítico) que se desenvolveram durante ou pouco depois do uso de estimulantes;
- C. Dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas que se desenvolveram durante ou pouco depois do uso de estimulantes:
 1. Taquicardia ou bradicardia;
 2. Dilatação pupilar;
 3. Tensão arterial aumentada ou diminuída;
 4. Sudação ou calafrios;
 5. Náuseas ou vômitos;
 6. Evidência de perda de peso;
 7. Agitação ou lentificação psicomotora;
 8. Fraqueza muscular, depressão respiratória, dor torácica ou arritmias cardíacas;
 9. Confusão, convulsões, discinesias, distonias ou coma;
- D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação por outra substância.” (APA, 2014, pp. 680-681).

A.9. Abstinência de estimulantes

- A. Cessação (ou redução) do uso prolongado de substâncias tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante;
- B. Humor disfórico e 2 (ou mais) das seguintes alterações fisiológicas que se desenvolvem de algumas horas a vários dias depois do Critério A:
 1. Cansaço;
 2. Pesadelos vívidos e desagradáveis;
 3. Insônia ou hipersônia;
 4. Aumento do apetite;
 5. Lentificação ou agitação psicomotora;
- C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam mal-estar clinicamente significativo ou déficit social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento;

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.” (APA, 2014, pp. 682-683).

A.10. Intoxicação pelo álcool

“A. Ingestão recente álcool;

B. Alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, comportamento agressivo ou sexual inapropriado, labilidade do humor, discernimento comprometido) que se desenvolveram durante ou pouco tempo depois da ingestão de álcool;

C. Um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas que se desenvolveram durante ou pouco depois do uso de álcool:

1. Discurso empastado;
2. Descoordenação;
3. Marcha instável;
4. Nistagmo;
5. Défices de atenção ou memória;
6. Estupor ou coma;

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica ou não é mais bem explicado por outra perturbação mental, incluindo intoxicação por outra substância.” (APA, 2014, pp. 596-597).

A.11. Abstinência de álcool

“A. Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de álcool;

B. Dois (ou mais) dos seguintes, que se desenvolvem entre várias horas a poucos dias após a cessação da (ou redução) do uso de álcool descrito no Critério A:

1. Hiperatividade autonômica (por exemplo, sudorese ou pulsação superior a 100 ppm);
2. Tremor das mãos aumentado;
3. Insônia;
4. Náuseas ou vômitos;
5. Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias;
6. Agitação psicomotora;
7. Ansiedade;
8. Convulsões tônico-clônicas generalizadas;

C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento;

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica ou não é mais bem explicado por outra perturbação mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.” (APA, 2014, pp. 599-600).

ANEXO B – ANÁLISE DOS INQUÉRITOS POR QUESTIONÁRIO

B.1. Sexo dos inquiridos

Quadro n.º 6 - Sexo dos inquiridos.

Sexo					
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Válido	Feminino	13	11,6	11,6	11,6
	Masculino	99	88,4	88,4	100,0
	Total	N= 112	100,0	100,0	

Fonte: SPSS.

B.2. Posto dos inquiridos

Quadro n.º 7 - Posto dos inquiridos.

Posto					
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Válido	Alferes	9	8,0	8,0	8,0
	Tenente	33	29,5	29,5	37,5
	Capitão	67	59,8	59,8	97,3
	Major	3	2,7	2,7	100,0
	Total	N= 112	100,0	100,0	

Fonte: SPSS.

B.3. Função dos inquiridos

Quadro n.º 8 - Função dos inquiridos.

3. Função exercida?					
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Válido	Adjunto de Comandante de Destacamento	31	27,7	27,7	27,7
	Comandante de Destacamento	81	72,3	72,3	100,0
	Total	N= 112	100,0	100,0	

Fonte: SPSS.

B.4. Conhecimento da NEP/GNR-2.19

Quadro n.º 9 - Conhecimento da NEP/GNR-2.19.

4. Tem conhecimento da NEP/GNR-2.19 relativa à prevenção e combate ao consumo de álcool na GNR?					
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Válido	Não	10	8,9	8,9	8,9
	Sim	102	91,1	91,1	100,0
	Total	N= 112	100,0	100,0	

Fonte: SPSS.

B.5. Conhecimento de algum OP no seu CTer

Quadro n.º 10 - Conhecimento de algum OP no seu CTer.

5. Tem conhecimento de algum Operador de Prevenção de Alcoolismo e Toxicodependência no seu Comando Territorial?					
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Válido	Não	74	66,1	66,1	66,1
	Sim	38	33,9	33,9	100,0
	Total	N= 112	100,0	100,0	

Fonte: SPSS.

B.6. Formação na área da prevenção/gestão de comportamentos aditivos e dependências

Quadro n.º 11 - Formação na área da prevenção/gestão de comportamentos aditivos e dependências.

6. Tem formação na área da prevenção/gestão de comportamentos aditivos e dependências?					
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Válido	Não	104	92,9	92,9	92,9
	Sim	8	7,1	7,1	100,0
	Total	N= 112	100,0	100,0	

Fonte: SPSS.

B.7. Saber o que fazer para prevenir comportamentos aditivos e dependências

Quadro n.º 12 – Saber como prevenir comportamentos aditivos e dependências.

7. Sabe o que fazer para prevenir comportamentos aditivos e dependências?					
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Válido	Não	48	42,9	42,9	42,9
	Sim	64	57,1	57,1	100,0
	Total	N= 112	100,0	100,0	

Fonte: SPSS.

B.8. Prevenção ao consumo de álcool no seu destacamento

Quadro n.º 13 - Prevenção ao consumo de álcool no seu destacamento.

8. Faz prevenção ao consumo de álcool no seu destacamento?					
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Válido	Não	28	25,0	25,0	25,0
	Sim	84	75,0	75,0	100,0
	Total	N= 112	100,0	100,0	

Fonte: SPSS.

B.9. Prevenção ao consumo de estupefacientes no seu destacamento

Quadro n.º 14 - Prevenção ao consumo de estupefacientes no seu destacamento.

9. Faz prevenção ao consumo de estupefacientes no seu destacamento?					
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Válido	Não	50	44,6	44,6	44,6
	Sim	62	55,4	55,4	100,0
	Total	N= 112	100,0	100,0	

Fonte: SPSS.

B.10. Controlo de bebidas alcoólicas vendidas/presentes nos bares do seu destacamento

Quadro n.º 15 - Controlo de bebidas alcoólicas vendidas/presentes nos bares do seu destacamento.

10. Faz controlo das bebidas alcoólicas vendidas/presentes nos bares do destacamento?					
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Válido	Não	36	32,1	32,1	32,1
	Sim	76	67,9	67,9	100,0
	Total	N= 112	100,0	100,0	

Fonte: SPSS.

B.11. Frequência de despistes de álcool aos seus militares

Quadro n.º 16 - Frequência de despistes de álcool aos seus militares.

11. Com que frequência faz despistes de álcool aos seus militares?						
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)	
Válido	Anualmente	2	1,8	1,8	1,8	
	Anualmente; Em caso de suspeita	1	,9	,9	2,7	
	Anualmente; Em caso de suspeita; Em caso de diretiva superior	3	2,7	2,7	5,4	
	Em caso de diretiva superior	3	2,7	2,7	8,0	
	Em caso de suspeita	41	36,6	36,6	44,6	
	Em caso de suspeita; Em caso de diretiva superior	11	9,8	9,8	54,5	
	Mensalmente	23	20,5	20,5	75,0	
	Mensalmente; Em caso de suspeita	10	8,9	8,9	83,9	
	Mensalmente; Em caso de suspeita; Em caso de diretiva superior	4	3,6	3,6	87,5	
	Semanalmente	12	10,7	10,7	98,2	
	Semanalmente; Em caso de suspeita	2	1,8	1,8	100,0	
	Total		N= 112	100,0	100,0	

Fonte: SPSS.

B.12. Frequência de despistes de estupefacientes aos seus militares

Quadro n.º 17 - Frequência de despistes de estupefacientes aos seus militares.

12. Com que frequência faz despistes de estupefacientes aos seus militares?					
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Válido	Anualmente	17	15,2	15,2	15,2
	Anualmente; Em caso de diretiva superior	2	1,8	1,8	17,0
	Anualmente; Em caso de suspeita	1	,9	,9	17,9
	Anualmente; Em caso de suspeita; Em caso de diretiva superior	5	4,5	4,5	22,3
	Em caso de diretiva superior	30	26,8	26,8	49,1
	Em caso de suspeita	27	24,1	24,1	73,2
	Em caso de suspeita; Em caso de diretiva superior	17	15,2	15,2	88,4
	Mensalmente	3	2,7	2,7	91,1
	Mensalmente; Em caso de suspeita	2	1,8	1,8	92,9
	Nunca	7	6,3	6,3	99,1
	Semanalmente	1	,9	,9	100,0
	Total		N= 112	100,0	100,0

Fonte: SPSS.

B.13. Ter informação adequada para encaminhar militares com dependência ao álcool

Quadro n.º 18 - Informação adequada para encaminhar militares com dependência ao álcool.

13. Tem informação adequada para encaminhar militares com dependência ao álcool?					
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Válido	Não	40	35,7	35,7	35,7
	Sim	72	64,3	64,3	100,0
	Total	N= 112	100,0	100,0	

Fonte: SPSS.

B.14. Ter informação adequada para encaminhar militares consumidores de estupefacentes

Quadro n.º 19 - Informação adequada para encaminhar militares consumidores de estupefacentes.

14. Tem informação adequada para encaminhar militares consumidores de estupefacentes?					
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Válido	Não	52	46,4	46,4	46,4
	Sim	60	53,6	53,6	100,0
	Total	N= 112	100,0	100,0	

Fonte: SPSS.

B.15. Ter informação adequada para encaminhar militares com dependência ao jogo

Quadro n.º 20 - Informação adequada para encaminhar militares com dependência ao jogo.

15. Tem informação adequada para encaminhar militares com dependência ao jogo?					
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Válido	Não	75	67,0	67,0	67,0
	Sim	37	33,0	33,0	100,0
	Total	N= 112	100,0	100,0	

Fonte: SPSS.

B.16. Verificação, no seu destacamento, de algum caso de dependência ou comportamento aditivo

Quadro n.º 21 - Verificação, no seu destacamento, de algum caso de dependência ou comportamento aditivo.

16. Já verificou, no seu destacamento, algum caso de dependência ou comportamento aditivo?					
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Válido	Não	57	50,9	50,9	50,9
	Sim	55	49,1	49,1	100,0
	Total	N= 112	100,0	100,0	

Fonte: SPSS.

B.17. Forma como foi resolvida a situação

Quadro n.º 22 - Forma como foi resolvida a situação.

17. Como foi resolvida a situação?					
		Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Válido	Encaminhado para o Centro Clínico da GNR	46	41,1	83,6	83,6
	Não foi resolvido	4	3,6	7,3	90,9
	Ao nível do Destacamento	5	4,5	9,1	100,0
	Total	55	49,1	100,0	
Omisso	Sistema	57	50,9		
Total		N= 112	100,0		

Fonte: SPSS.

ANEXO C – REFERENCIAL DE VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES

Quadro n.º 23 - Referencial de verificação das hipóteses.

Valor da variável (χ)	Hipótese
$\chi = 100 \%$	Totalmente verificada
$80\% \leq \chi < 100 \%$	Verificada
$50\% \leq \chi < 80 \%$	Parcialmente verificada
$0\% \leq \chi < 50 \%$	Não verificada
$\chi = 0 \%$	Totalmente não verificada

Fonte: Sarmiento (2013, p.15).