



ACADEMIA MILITAR

**AS LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES NA
PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E PÓS-VENÇÃO DO SUICÍDIO
NA GUARDA NACIONAL REPUBLICANA**

Autor: Aspirante de Infantaria da GNR Luís Carlos Santos Ferreira

Orientador: Tenente-coronel de Infantaria CMD Renato Pessoa dos Santos

Coorientador: Capitão de Infantaria da GNR José Cardoso

Mestrado Integrado em Ciências Militares, na especialidade Segurança

Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada

Lisboa, setembro de 2019



ACADEMIA MILITAR

**AS LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES NA
PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E PÓS-VENÇÃO DO SUICÍDIO
NA GUARDA NACIONAL REPUBLICANA**

Autor: Aspirante de Infantaria da GNR Luís Carlos Santos Ferreira

Orientador: Tenente-coronel de Infantaria CMD Renato Pessoa dos Santos

Coorientador: Capitão de Infantaria da GNR José Cardoso

Mestrado Integrado em Ciências Militares, na especialidade Segurança

Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada

Lisboa, setembro de 2019

EPÍGRAFE

“To not have your suffering recognised is an almost unbearable form of violence.”

Andrei Lankov

“O suicídio é um fenómeno que atravessa toda a sociedade e todos os tempos, não existindo ninguém nem nenhuma profissão imune ao suicídio.”

Émile Durkheim

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, irmã e namorada. A quem devo tudo.

AGRADECIMENTOS

Este Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada não teria sido possível sem a orientação, contributo e ajuda de um conjunto de pessoas que, da forma como se envolveram nesta investigação, merecem o devido reconhecimento e consideração.

Gostaria de agradecer ao orientador desta investigação, Exmo. Tenente-coronel Pessoa dos Santos, pela sua entrega, prontidão e motivação ao longo de toda a investigação. Fruto da sua experiência nesta área, foi essencial na organização e esquematização desta investigação tendo demonstrado que, acima de tudo, quando se faz algo por gosto, não há nenhum obstáculo que nos impeça de atingir os objetivos que pretendemos alcançar.

Ao Capitão Cardoso, coorientador desta investigação, pela maneira como apoiou toda a investigação, por todos os esclarecimentos e disponibilidade constante. A sua função e experiência garantiram uma abordagem esclarecedora e valorosa do ponto de vista institucional.

Gostaria de agradecer ainda a todos os entrevistados pelo tempo dispensado, pela sua partilha de experiências e pelo conhecimento transmitido sem o qual esta investigação não teria sido possível.

À Direção dos Cursos da Guarda Nacional Republicana na Academia Militar, na pessoa do Exmo. Sr. Tenente-Coronel Casado Alberto, pelo apoio no desenvolvimento deste estudo.

Aos meus Pais, irmã e namorada, por todo o amor incondicional, apoio e compreensão em todos os momentos e por me terem garantido as condições que me permitissem cumprir o meu sonho. Em particular, ao meu Pai pela insistência na materialização desta investigação, por me ter mostrado este caminho e esta nobre maneira de estar na vida.

Aos meus camaradas do 24º Curso de Oficiais da Guarda Nacional Republicana.

Um Muito Obrigado a todos.

RESUMO

Em Portugal, a taxa de suicídios de elementos das Forças de Segurança atingiu valores duas vezes superiores aos verificados na população em geral ao longo da última década. Desde o início do seu registo, contabilizaram-se, até ao final de 2018, um total de 112 mortes por suicídio de militares da Guarda Nacional Republicana. Os militares procuram no suicídio uma solução para os seus problemas e para o fim do sofrimento sendo este causado por uma complexa multiplicidade de fatores.

Esta investigação tem como objetivo geral compreender a problemática do suicídio na Guarda Nacional Republicana. Para tal fim, foram estabelecidos objetivos específicos, designadamente: Analisar as causas e consequências do suicídio como fenómeno, atendendo às várias correntes existentes; caracterizar os serviços existentes na Guarda Nacional Republicana no que diz respeito à prevenção e intervenção no suicídio; determinar o impacto do suicídio nas forças de segurança, particularmente na Guarda Nacional Republicana; identificar a pósvenção como fenómeno impulsionado e potencial eixo de prevenção do suicídio.

A metodologia utilizada no decorrer desta investigação tem por base uma lógica dedutiva, recorrendo a uma abordagem qualitativa, através de uma análise documental e entrevistas semiestruturadas, que, privilegiando um raciocínio de análise do geral para o particular, permitiram chegar às conclusões.

No final do trabalho, conclui-se que a Guarda Nacional Republicana tem aplicado e desenvolvido as medidas implícitas nos planos de prevenção do suicídio, tendo estabelecido para tal, canais que permitem auxiliar prontamente um militar e, paralelamente, canais que possibilitam pedir apoio numa determinada situação. No entanto, há ainda um longo caminho a percorrer no que diz respeito à formação nesta área, à otimização de recursos e ainda na divulgação de informação de apoio na área da saúde mental. Há que quebrar o tabu e envolver todos numa prevenção responsável, bem estruturada e monitorizável.

Este trabalho pretende assim aumentar a literacia e conhecimento científico do tema do suicídio, antecipando possíveis eixos orientadores para futuros programas ou medidas preventivas e, acima de tudo, contribuir para quebrar o estigma e aumentar a sensibilização relativamente ao tema do suicídio.

Palavras-chave: Suicídio; Prevenção; Militares; Pósvenção; Enlutados.

ABSTRACT

In Portugal, the suicide rate of elements belonging to the Security Forces, has doubled in comparison to those seen in the population in general, over the last decade. Since the beginning of its track record, by the end of 2018, a total of 112 deaths were esteemed from suicide, of soldiers from the National Republican Guard. Suicide is sought by the Military as a solution to their problems and to put an end to their suffering as it is caused by a complex multiplicity of factors.

This research aims to understand the effects of suicide in the National Republican Guard. For this purpose, specific objectives were established, namely to analyze the causes and consequences of suicide as a phenomenon, taking into account the various trends existing; pointing out the existing services in the Republican National Guard in what refers to the prevention and intervention of suicide, to determine the impact of suicide in the security forces, particularly in the National Republican Guard, and to identify postvention as a driven phenomenon and potential axis of suicide prevention.

The methodology used in the course of this research is based on a deductive logic, using a qualitative approach, through a documentary analysis and semi-structured interviews, which, favoring an analysis from the general to the particular, enabling to reach the conclusions.

At the end of the assignment, it is concluded that the Republican National Guard has applied and developed the implicit measures in the suicide prevention plans for the security forces, establishing for this purpose, channels that allow the immediate assistance of an officer and, in parallel, channels that allow an officer to request support in a specific situation. However, there is still a long way to go in terms of training in this area, optimization of resources and the dissemination of information in the support of mental health. We must break the tabu and involve everyone in a responsible, well-structured and monitorable prevention.

This assignment aims to increase the literacy and scientific knowledge on the topic of suicide by anticipating possible guidelines for future programs or preventive measures and, above all, contribute in breaking the stigma and raising awareness regarding the topic of suicide.

Keywords: Suicide; Prevention; Military; Postvention; Survivors.

ÍNDICE GERAL

EPÍGRAFE	i
DEDICATÓRIA.....	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE GERAL	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ÍNDICE DE QUADROS	x
LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS.....	xi
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	xiii
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1. O SUICÍDIO	5
1.1. Visão etimológica e conceptualização e evolução.....	5
1.2. Enquadramento nacional	7
1.3. Conceitos relacionados	8
1.4. Abordagem epidemiológica: fatores de risco e fatores protetores.....	9
1.5. Particularidades da profissão policial	11
1.6. O papel dos média: do efeito <i>Werther</i> ao efeito <i>Papageno</i>	14
CAPÍTULO 2. ABORDAGEM PREVENTIVA	17
2.1. Contextualização e evolução	17
2.2. A prevenção nas forças de segurança	21
2.3. Análise de comportamentos e autópsias psicológicas dos militares.....	23
2.4. Estrutura de intervenção do suicídio na GNR	25
CAPÍTULO 3. A PÓS-VENÇÃO	28
3.1. Conceptualização e evolução.....	28

3.2. Potencialidades, formas e exemplos de pósvenção	30
CAPÍTULO 4. METODOLOGIA, MÉTODOS E MATERIAIS	35
4.1. Introdução	35
4.2. Método de abordagem de investigação e justificação	35
4.3. Modelo de análise	36
4.4. Local, data de pesquisa e recolha de dados	37
4.5. Métodos e técnicas de recolha de dados	38
4.6. Amostra.....	38
4.7. Tratamento e análise de dados	40
CAPÍTULO 5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	42
5.1. Introdução	42
5.2. Apresentação de resultados.....	42
5.3. Análise e discussão de resultados	44
5.4. Resposta às questões derivadas	56
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	61
BIBLIOGRAFIA	65
APÊNDICES	I
Apêndice A - Taxas de suicídio mundiais, por 100 000 habitantes, em 2016.....	II
Apêndice B - Número de óbitos por suicídio entre 1960 e 2017, em Portugal	III
Apêndice C - Fatores de risco de suicídio identificados pelo CDC e pelo CPIS/GNR	IV
Apêndice D - Número de suicídios na PSP e GNR desde 2000	V
Apêndice E - Número de suicídios registados na GNR entre 1971 e 2018	VI
Apêndice F - Contactos telefónicos e de apoio emocional e prevenção do suicídio em Portugal	VII
Apêndice G - Áreas de atuação referentes às forças de segurança expostas no PNPS 2013/2017.....	VIII

Apêndice H - Volume de chamadas da linha de apoio de emergência da GNR entre 2015 e 2018.....	IX
Apêndice I – Modelo de análise	X
Apêndice J - Carta de apresentação	XI
Apêndice K - Guião de entrevista do grupo Um	XIII
Apêndice L - Guião de entrevista do grupo Dois	XVI
Apêndice M – Consentimento informado.....	XVIII
Apêndice N – Matriz das questões de entrevista direcionadas por cada entrevistado	XIX
Apêndice O – Codificação alfanumérica das respostas às entrevistas	XX
Apêndice P – Nuvem de palavras da categoria pósvenção.....	XXI
ANEXOS.....	XXII
Anexo A - Média das idades dos indivíduos das forças de segurança que cometeram suicídio entre 2007 e 2015	XXIII
Anexo B - Método de consumação do suicídio nas forças de segurança entre 2007 e 2015.....	XXIV
Anexo C - Estrutura do Centro Clínico	XXV
Anexo D - Estrutura do Comando de Administração dos Recursos Internos....	XXVI
Anexo E - Estrutura da Direção de Recursos Humanos	XXVII
Anexo F – Competências do CPIS	XXVIII
Anexo G - Motivos de apoio registados pela linha telefónica de apoio do CPIS entre 2012 e 2015.....	XXIX

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Taxas de suicídio mundiais, por 100 000 habitantes, em 2016.	II
Figura 2 - Número de óbitos por suicídio entre 1960 e 2017, em Portugal.....	III
Figura 3 - Número de suicídios na PSP e GNR desde 2000.....	V
Figura 4 - Número de suicídios registados na GNR entre 1971 e 2018.	VI
Figura 5 - Volume de chamadas da linha de apoio de emergência da GNR entre 2015 e 2018.....	IX
Figura 6 - Nuvem de palavras da categoria pósvenção.	XXI
Figura 7 - Média das idades dos indivíduos das forças de segurança que cometeram suicídio entre 2007 e 2015.	XXIII
Figura 8 - Método de consumação do suicídio nas FS entre 2007 e 2015.	XXIV
Figura 9 - Estrutura do Centro Clínico.	XXV
Figura 10 - Estrutura do Comando de Administração de Recursos Internos. ...	XXVI
Figura 11 - Estrutura da Direção de Recursos Humanos.....	XXVII
Figura 12 - Motivos de apoio registados pela linha telefónica de apoio do CPIS entre 2012 e 2015.....	XXIX

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Análise de estudos contendo militares da GNR como amostra.....	24
Quadro 2 - Principais documentos e investigações de relevo na área da pósvenção.	33
Quadro 3 - Composição e caracterização da amostra.	39
Quadro 4 - Análise qualitativa e quantitativa das entrevistas.	42
Quadro 5 - Tópicos chave identificados na categoria Suicídio.	46
Quadro 6 - Tópicos chave identificados na categoria Prevenção.	51
Quadro 7 - Tópicos chave identificados na categoria Pósvenção.	55
Quadro 8 - Fatores de risco de suicídio identificados pelo CDC e pelo CPIS/GNR.	IV
Quadro 9 - Contactos telefónicos e de apoio emocional e prevenção do suicídio em Portugal.	VII
Quadro 10 - Áreas de atuação referentes às forças de segurança expostas no capítulo 3.4.4. do PNPS 2013/2017.	VIII
Quadro 11 - Modelo de análise.	X
Quadro 12 - Matriz das questões de entrevista direcionadas por cada entrevistado.	XIX
Quadro 13 - Relação entre questões da entrevista e respetiva codificação alfanumérica.	XX
Quadro 14 - Competências do CPIS.	XXVIII

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICES	i
Apêndice A - Taxas de suicídio mundiais, por 100 000 habitantes, em 2016.....	ii
Apêndice B - Número de óbitos por suicídio entre 1960 e 2017, em Portugal	iii
Apêndice C - Fatores de risco de suicídio identificados pelo CDC e pelo CPIS/GNR	iv
Apêndice D - Número de suicídios na PSP e GNR desde 2000	v
Apêndice E - Número de suicídios registados na GNR entre 1971 e 2018	vi
Apêndice F - Contactos telefónicos e de apoio emocional e prevenção do suicídio em Portugal	vii
Apêndice G - Áreas de atuação referentes às forças de segurança expostas no PNPS 2013/2017.....	viii
Apêndice H - Volume de chamadas da linha de apoio de emergência da GNR entre 2015 e 2018.....	ix
Apêndice I - Modelo de análise	x
Apêndice J - Carta de apresentação	xi
Apêndice K - Guião de entrevista do grupo um	xiii
Apêndice L - Guião de entrevista do grupo dois	xvi
Apêndice M – Consentimento informado.....	xviii
Apêndice N – Matriz das questões de entrevista direcionadas por cada entrevistado.....	xix
Apêndice O – Codificação alfanumérica das respostas às entrevistas	xx
Apêndice P – Nuvem de palavras da categoria pósvenção.....	xxi
ANEXOS.....	xxii
Anexo A - Média das idades dos indivíduos das forças de segurança que cometeram suicídio entre 2007 e 2015	xxiii
Anexo B - Método de consumação do suicídio nas forças de segurança entre 2007 e 2015.....	xxiv

Anexo C - Estrutura do centro clínico	xxv
Anexo D - Estrutura do comando da administração dos recursos internos	xxvi
Anexo E - Estrutura da direção de recursos humanos	xxvii
Anexo F – Competências do CPIS	xxviii
Anexo G - Motivos de apoio registados pela linha telefónica de apoio do CPIS entre 2012 e 2015.....	xxix

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AM	Academia Militar
AESST	Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
APA	<i>American Psychological Association</i>
art.º	Artigo(s)
AR	Assembleia da República
AIPS	Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio
CDC	<i>Centers for Disease Control</i>
CC	Centro Clínico
CPIS	Centro de Psicologia e Intervenção Social
CARI	Comando de Administração e Recursos Internos
Cfr.	Confrontar
CM	Conselho de Ministros
DL	Decreto-Lei
DGS	Direção-Geral de Saúde
DRH	Divisão de Recursos Humanos
E	Entrevistado(s)
EUA	Estados Unidos da América
FS	Forças de Segurança
GNR	Guarda Nacional Republicana
LOGNR	Lei Orgânica da Guarda Nacional Republicana
MAI	Ministério da Administração Interna
MS	Ministério da Saúde
NEP	Norma de Execução Permanente
n.º	Número(s)

OG	Objetivo Geral
OE	Objetivos Específicos
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PP	Pergunta de Partida
PD	Perguntas Derivadas
PNPS	Plano Nacional de Prevenção de Suicídio
PPSFS	Plano de Prevenção do Suicídio nas Forças de Segurança
PJ	Polícia Judiciária
PSP	Polícia de Segurança Pública
PNSM	Programa Nacional para a Saúde Mental
RDGNR	Regulamento de Disciplina da Guarda Nacional Republicana
RCFTIA	Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal
SAD	Saúde e Assistência na Doença
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPS	Sociedade Portuguesa de Suicidologia
SUPRE	<i>Suicide Prevention Program</i>
UE	Unidades de Enumeração
UR	Unidades de Registo

INTRODUÇÃO

O presente Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada (RCFTIA) integra a etapa final do ciclo de estudos no Mestrado Integrado em Ciências Militares, na especialidade de Segurança, da Academia Militar e está vinculado à temática: “As limitações e potencialidades na prevenção, intervenção e pósvenção do suicídio na Guarda Nacional Republicana”.

O tema central desta investigação diz respeito ao suicídio na Guarda Nacional Republicana (GNR), principalmente sobre o que é feito em termos de prevenção, intervenção e pósvenção do mesmo. Relativamente ao assunto a investigar, o mesmo centra-se numa caracterização do suicídio como fenómeno, a nível internacional e nacional, procurando de seguida obter uma análise completa do seu impacto nas forças de segurança (FS), essencialmente na Guarda Nacional Republicana. Procurou-se assim compreender quais as vulnerabilidades e potencialidades que permitem prevenir o suicídio de uma forma eficaz.

O suicídio é visto como o conjunto de fatores sociais, psicológicos e culturais que levam uma determinada pessoa a tirar voluntariamente a própria vida (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2012, 2014). Segundo Durkheim (2000) o suicídio é visto como toda a morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela vítima e que ela sabia que produziria esse resultado. Antes de se poder elaborar um plano adequado à prevenção de determinados comportamentos, é necessário, antes demais, compreendê-los. Consequentemente, por prevenção do suicídio entendem-se todas as estratégias que procuram reduzir os fatores de risco e promover os fatores protetores (Saraiva, Cruz e Brás, 2014; Saraiva & Gil, 2014).

No entanto, a intervenção numa situação de crise suicidária permite não só facilitar a compreensão dos problemas e implementar soluções a nível individual e familiar, como também mobilizar os recursos de uma determinada comunidade. É preciso ter a noção de que “nunca poderemos impedir o suicídio, mas escutando, falando e compreendendo, ganharemos tempo” (Santos & Neves, 2014, p. 109). A pósvenção, por sua vez, está associada às atividades que decorrem após um evento suicida com o objetivo principal de amenizar as sequelas psicológicas junto dos que

de alguma forma sofreram com essa perda. Existem várias formas de pós-venção que podem variar entre assistência imediata, apoio entre pares e acompanhamento psicológico feito por especialistas (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013; Santos & Batista, 2014).

O ciclo de estudos na Academia Militar (AM, 2015) finaliza-se com a elaboração de uma dissertação de natureza científica conducente ao grau de mestre em que o aluno obtenha uma especialização, de natureza académica, com recurso à atividade de investigação. Como tal, a motivação para a escolha do tema dessa dissertação deve obedecer a um conjunto de critérios, de entre os quais tratar-se de um tema “atual e inovador e pertencer ao âmbito das motivações do investigador” (Sarmiento, 2013, p.6). A escolha deste tema tem como alicerce o elevado número de suicídios que se tem verificado na GNR nos últimos anos e ao validar do compromisso e preocupação do comando da Guarda Nacional Republicana em diminuir as taxas de suicídio, bem como promover e potenciar as sinergias estratégicas existentes na instituição provocadas pelo mesmo. Em Portugal, entre 2000 e 2017, suicidaram-se 73 militares da GNR e 64 elementos da Polícia de Segurança Pública (PSP) perfazendo um total de 137 mortos (DGS, 2013; Centro de Psicologia e Intervenção Social [CPIS], 2019).

A pertinência deste estudo é assim vincada pelos números apresentados. Paralelamente, o estudo do suicídio é ainda um tema a aprofundar junto dos grupos específicos das forças militares e de segurança. Este RCFTIA permite aumentar o conhecimento científico sobre esta temática como também contribuir para o levantar de possíveis linhas orientadoras que promovam programas preventivos a nível institucional.

Por conseguinte, o objetivo geral deste tipo de investigações deve estar ligado a uma visão global e abrangente do tema e relaciona-se com o conteúdo intrínseco dos fenómenos e das ideias estudadas (Prodanov & Freitas, 2013). Deste modo, parte-se do pressuposto que todas as investigações devem ter um objetivo que permita “saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar” (Marconi & Lakatos, 2003, p. 156). Nesta medida, foi traçado como objetivo geral (OG) desta investigação:

OG. *Compreender os efeitos do suicídio na Guarda Nacional Republicana.*

Os objetivos específicos (OE) “apresentam caráter mais concreto (...) permitindo atingir o objetivo geral” (Prodanov & Freitas, 2013, p. 124). Para tal, o

objetivo geral foi decomposto em quatro objetivos específicos de forma a construir a investigação de forma lógica e bem estruturada:

OE1. Analisar as causas e consequências do suicídio como fenómeno atendendo às várias correntes existentes;

OE2. Caracterizar os serviços existentes na Guarda Nacional Republicana no que diz respeito à prevenção e intervenção do suicídio;

OE3. Determinar o impacto do suicídio nas forças de segurança, particularmente na Guarda Nacional Republicana;

OE4. Identificar a pósvenção como fenómeno impulsionado e potencial eixo de prevenção do suicídio.

Como forma de atingir os objetivos a que esta investigação se propõe, surge a pergunta de partida (PP). Com esta pergunta “o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível aquilo que procura saber, elucidar e compreender melhor (...) servirá de primeiro fio condutor da investigação” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 44). Ao procurar compreender os efeitos do suicídio na GNR cimentou-se a seguinte pergunta de partida:

PP. *Qual a abordagem da Guarda Nacional Republicana na prevenção, intervenção e pósvenção dos atos suicidários dos seus elementos?*

Este RCFTIA foi articulado em cinco capítulos. No Capítulo 1 inicia-se o levantamento do estado da arte com uma conceptualização e evolução do suicídio seguindo-se de um enquadramento nacional acompanhado de dados estatísticos referentes aos últimos anos. Ao explorar o campo lexical do suicídio, irão ser abordados alguns dos principais comportamentos suicidários e fatores de risco/proteção existentes. Ainda neste capítulo foram abordadas as circunstâncias especiais que tornam a profissão policial especialmente vulnerável ao suicídio finalizando o mesmo com o papel crucial dos média na abordagem aos comportamentos suicidários.

O Capítulo 2 abordou o papel e importância da prevenção elucidando sobre como surgiram os primeiros planos no panorama internacional e nacional. Seguiu-se uma contextualização da abordagem preventiva nas forças de segurança, nomeadamente na GNR, e um balanço das estruturas de apoio existentes no seio da instituição. De salientar ainda que neste capítulo foi feito um levantamento de todos os principais estudos que envolveram militares da GNR, de entre os quais as autópsias

psicológicas, elaboradas em 2006 e 2016, que serviram de base para os planos nacionais de prevenção do suicídio existentes.

Já no Capítulo 3 enquadrou-se a pósvenção como um eixo primordial da prevenção, iniciando com uma evolução e conceptualização da mesma. Desse modo, foram elencadas as principais potencialidades e formas existentes e, por último, foram mencionadas as principais publicações exclusivamente dedicadas a este âmbito.

No Capítulo 4 está explanada a metodologia utilizada nesta investigação. O modelo de análise criado levou a que os métodos e técnicas de recolha de dados escolhidos fossem assentes sobretudo em inquéritos por entrevista e revisão de literatura. Por sua vez, é demonstrado a forma como se procedeu ao tratamento e análise de dados para o qual o *software* QSR NVivo11 foi preponderante.

Finalizando, o capítulo 5 assenta na apresentação da análise e discussão de dados onde se procurou primordialmente fazer uma comparação entre os resultados obtidos e os estudos referidos na revisão de literatura. De seguida verificaram-se as conclusões e recomendações da investigação e consequente reflexão sobre os principais resultados apurados.

CAPÍTULO 1. O SUICÍDIO

1.1. Visão etimológica e conceptualização e evolução

A origem etimológica da palavra suicídio “vem do latim e resulta da decomposição das palavras *sui* (de si mesmo) e *cidium* (matar)” (Peixoto, Saraiva, Sampaio, Carlos Santos & Costa Santos, 2014a, p. 532). Dessa forma, a disciplina que se ocupa do estudo científico do suicídio e da sua prevenção chama-se de suicidologia (Saraiva & Gil, 2014).

Um dos pioneiros do estudo do suicídio, Émile Durkheim (2000, p. 14) definiu, em 1897, o suicídio como a “morte que resultava direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado”. Para Edwin Shneidman, considerado por muitos autores como o pai da suicidologia contemporânea, o suicídio é visto como “um ato consciente de autoaniquilação induzida, melhor compreendido como uma doença multidimensional num indivíduo carente que entende o suicídio como maneira de resolver um problema” (Saraiva & Gil, 2014, p. 42). Shneidman aborda o suicídio como uma dor essencialmente psicológica, causado pela *psychache* que se refere à dor, angústia e mau estar psicológico que afeta a mente de um indivíduo. Quando a *psychache* se considera insuportável, sucede-se o suicídio (Leenaars, 2010).

De acordo com Chehil e Kutcher (2007, p. 93) “um suicídio não ocorre no vazio” tendo surgido na sociedade como fruto do progresso, da industrialização e da civilização. É um facto consensual em toda a comunidade científica, a complexidade dos comportamentos suicidários e visão multidimensional deste fenómeno (Durkheim, 2000; OMS, 2012, 2016; Peixoto et al., 2014a; Saraiva, 2010).

Em 2004, foi proposto um ajuste à definição de suicídio por um grupo de trabalho da OMS, para ato com desfecho fatal em que o falecido, sabendo ou esperando um desfecho potencialmente fatal, iniciou e levou a cabo com o propósito de provocar as mudanças por ele pretendidas (Saraiva & Gil, 2014). Esta é a abordagem vigente na OMS, por outras palavras, o ato de pôr termo à sua vida, com um resultado fatal, tendo este sido deliberadamente iniciado e com prévio conhecimento do seu resultado (OMS, 2012, 2014).

Atualmente, o suicídio é considerado um ato de aniquilação autoinduzido, melhor compreendido como um mau-estar multidimensional. Este comportamento suicida é causado por uma complexa interação entre fatores individuais, interpessoais, sociais e culturais (Leenaars, 1999; Peixoto & Azenha, 2014b; Quartilho, 2014).

Em termos estatísticos, as taxas de suicidalidade aumentaram cerca de 60% ao longo das últimas cinco décadas, sendo que atualmente estimam-se que cerca de 800 000 pessoas por ano morrem por suicídio, ou seja, cerca de 16 pessoas em cada 100 mil, 3000 pessoas por dia, um suicídio a cada 40 segundos, o que levou a OMS e investigadores desta matéria a considerar o suicídio um grave problema de saúde pública (Carvalho, 2014; Chehil & Kutcher, 2007; Nock et al., 2008; OMS, 2000, 2006, 2012, 2014, 2016, 2017; Peixoto, Sampaio, Carlos Santos, Costa Santos & Saraiva, 2014b; Santos, 2014; Werlang, Cais, Macedo & Botega, 2006).

Noutras estatísticas apontadas pela OMS, o suicídio ocupa uma das três maiores causas de morte na faixa etária dos 15 aos 29 anos, embora a grande maioria dos casos se verifiquem na população idosa. Globalmente, o suicídio engloba 50% de todas as mortes violentas no género masculino e 71% no feminino. Anualmente, um maior número de pessoas morre por suicídio comparativamente ao número de pessoas vítimas de todos os conflitos armados à escala mundial (OMS, 2000, 2006, 2009, 2014). Estima-se que em 2020, aproximadamente 1,53 milhões de pessoas morrerão por suicídio em todo o mundo (Chehil & Kutcher, 2007; Fleischmann & Bertolote, 2005; OMS, 2012).

As estatísticas relativas a tentativas de suicídio, de acordo com muitos autores, apontam para um *ratio* existente de 20 tentativas por cada suicídio consumado, o que revela a quantidade de indivíduos que precisam de apoio (Peixoto et al., 2014b). A OMS aponta para que entre dez a vinte milhões de pessoas se terão tentado suicidar, em 2000 (OMS, 2006).

Ao apurar a dispersão deste fenómeno à escala global¹, foram observadas divergências entre os vários países e regiões, sendo as taxas mais baixas detetadas nos países da América Central e do Sul. Nos Estados Unidos da América (EUA),

¹ Cfr. apêndice A.

Europa ocidental e Ásia são encontradas taxas intermédias. Por outro lado, a Europa Oriental apresenta as maiores taxas de suicídio (Nock et al., 2008).

1.2. Enquadramento nacional

O suicídio constitui-se, em Portugal, como um fenómeno reconhecidamente subdeclarado, não traduzindo a realidade epidemiológica do suicídio (DGS, 2013; Peixoto, Saraiva & Santos, 2014). De acordo com a DGS (2013, p. 17), o suicídio está associado a uma “morte fortemente estigmatizada por razões de ordem religiosa, sociocultural e política”.

Uma das razões para a subdeclaração do suicídio parte da incorreta classificação como acidente ou outra causa de morte (OMS, 2014). Surge, então, a dúvida de como será possível prevenir um fenómeno desta magnitude partindo do princípio que “muitos dos indivíduos que cometem suicídio não procuram ajuda e não informam terceiros acerca dos seus planos” (Chehil & Kutcher, 2007, p. 4).

Vaz Serra definiu, em 1971, o suicídio como “autodestruição por um ato deliberadamente realizado para conseguir este fim” (citado em Sampaio, 1991, p. 24). Já Mayo defendeu a existência de quatro elementos comuns ao ato suicida: Tem que ocorrer morte; cometido pelo próprio; pode ser ativo/passivo; implica intencionalidade de pôr cobro à vida (1992, citado em Saraiva & Gil, 2014). Porém, a definição apresentada pela DGS (2013, p. 3) expõe o suicídio como um “fenómeno complexo e multifacetado fruto de interações de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social”.

Por sua vez, o Plano Nacional de Prevenção de Suicídio (PNPS) 2013-2017, publicado pela DGS (2013, p. 110), apresenta o suicídio consumado como a morte provocada “por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica”.

Ao abordar quantitativamente o suicídio em Portugal, a DGS, através do Programa para a Saúde Mental (PNSM) de 2017, aferiu-se que a mortalidade de saúde mental é baixa - 3,1% em 2015 - e está relacionada quase exclusivamente com o suicídio (Ministério da Saúde [MS], 2017).

Em Portugal morrem, aproximadamente, 1000 pessoas por suicídio a cada ano², sendo mais predominante entre a população idosa e com maior incidência na região sul do país (DGS, 2013). Em 2016 foram registados 1048 óbitos por suicídio em Portugal sendo o pior ano registado até ao momento o de 2002 com 1199 registos de óbitos por suicídio (PORDATA, 2019).

1.3. Conceitos relacionados

Ao investigar o suicídio, torna-se necessário precisar alguns conceitos aquando da abordagem aos vários comportamentos suicidários sendo estes tidos como “multideterminados e pluridimensionais, não só porque neles estão envolvidas variáveis biológicas, psicológicas e sociais, mas também porque muito diversas são as suas intenções e significados” (Santos & Neves, 2014, p. 101).

O conceito de ideação suicida refere-se aos “pensamentos, fantasias, ruminações e preocupações acerca da morte, autoagressão e morte autoinfligida” (Chehil & Kutcher, 2007, p. 13). O conjunto de pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida pode ser visto como um precursor de comportamentos autolesivos ou atos suicidas. Podem apresentar-se sob a forma de desejos e/ou planos para cometer suicídio, sem que haja necessariamente passagem ao ato (DGS, 2013; OMS, 2014).

Uma ideia de suicídio pode, portanto, ter um espetro consideravelmente abrangente, que oscila desde o pensamento quase ocasional de que a vida não vale a pena ser vivida até à existência de um desejo de morte, com um plano específico e pormenores relativos a lugar, métodos e precauções (Peixoto & Azenha, 2014a).

Já o parassuicídio é um ato de consequências não fatais, no qual o indivíduo inicia deliberadamente um comportamento que lhe causará dano ou lesão, onde a intenção suicida é inexistente (Saraiva, 1999, 2010). Esta definição veio a ser complementada por Saraiva e Gil (2014) acrescentando que o parassuicídio surge como um ato iniciado de livre vontade pelo próprio em que este se automutila ou toma uma dose que excede o recomendado ou fora do habitual padrão de consumo.

² Cft. apêndice B.

Ao invés, a tentativa de suicídio, contrária ao parassuicídio, é uma ação autodirigida que apresenta por finalidade dar fim à própria vida, sem o êxito final, a morte. O indivíduo tenta, porém, por algum motivo, não se consegue suicidar (OMS, 2014; Werlang et al., 2006).

1.4. Abordagem epidemiológica: fatores de risco e fatores protetores

Os métodos de suicídio mais comuns, de acordo com a OMS (2014, p. 7), passam pela “ingestão de pesticidas, enforcamento e utilização de armas de fogo, mas apesar disso, muitos outros métodos são utilizados variando de acordo com o grupo populacional”. Em Portugal, uma das formas de suicídio mais frequente passa pela ingestão de medicamentos em excesso (DGS, 2013). Num estudo realizado por Gusmão et al. (2013), correlacionando a utilização de antidepressivos com o suicídio na Europa, concluiu-se que as taxas de suicídio têm tendência para diminuir nos países onde tem havido um consumo crescente de antidepressivos, sublinhando a importância do uso apropriado de antidepressivos na assistência a pessoas com sintomas de depressão.

Afirmado por Halbwachs, “o que distingue um suicídio externamente de qualquer outro tipo de morte é ser realizado com instrumentos ou meios que nos levam a assumir que o sujeito pretendia morrer” (Sampaio, 1991, p. 31). Porventura, mais do que referir os métodos que podem ser utilizados para cometer um suicídio, é procurar compreender as razões e motivos que possam estar na origem do mesmo.

Em 1985, Shneidman apontou as seguintes razões como sendo as mais comuns para o suicídio: A procura de uma solução; o cessar da consciência; a dor psicológica intolerável; as necessidades psicológicas ausentes; o isolamento; a desesperança; a ambivalência; a constrição cognitiva; a sensação de que já nada pode ser feito; a comunicação da intenção; a fuga ou desaparecimento repentino como a única solução (Santos & Batista, 2014).

Significa que o suicídio é uma interação entre fatores individuais e fatores sociais e culturais. No entanto, existem vários fatores que exponenciam o risco de suicídio como as perturbações mentais, a depressão, o desespero, esquizofrenia, o abuso de substâncias alcoólicas e outras substâncias, eventos traumáticos, fenómenos de rejeição, isolamento social, dificuldades económicas, desemprego, conflitos relacionais, o baixo nível educacional e a existência de doenças físicas como o cancro

ou infeções graves. Os fatores elencados anteriormente devem ser vistos como sinais de alarme partindo do pressuposto que, se revelam inespecíficos quando verificados de forma isolada, mas a sua ocorrência em conjunto deve alertar o terapeuta (Amaro & Henriques, 2014; Chehil & Kutcher, 2007; DGS, 2013; Fleischmann & Bertolote, 2005; OMS, 2006, 2012; Peixoto & Azenha, 2014a; Peixoto, Saraiva & Santos, 2014; Quartilho, 2014; Santos, 2014).

É, portanto, com base na identificação de fatores de risco e fatores de proteção de suicídio, que se torna possível avaliar o risco de suicídio e identificar indivíduos com maior probabilidade de concretização de suicídio num futuro próximo de forma a preveni-lo (Chehil & Kutcher, 2007; DGS, 2013; OMS, 2006). O conhecimento dos fatores que estão na origem de um suicídio constitui uma base essencial para a avaliação de risco, no entanto, esta é das tarefas mais complexas tanto em meios clínicos como em contextos ligados a programas de prevenção do suicídio, constituindo um dos maiores desafios formativos (Peixoto et al., 2014a).

Os fatores de risco afirmam-se então, como circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém cometer uma tentativa de suicídio ou mesmo suicidar-se (DGS, 2013; OMS, 2006, 2014).

A DGS refere no PNPS 2013/2017 que existem, sobretudo, três grandes categorias nos quais se enquadram os fatores de risco sendo estes de caráter individual, sociocultural ou situacional (DGS, 2013). Já Chehil e Kutcher (2007) defendem que os fatores de risco estão divididos em cinco itens: Características sociodemográficas do doente; suicidalidade passada e presente; diagnóstico e sintomas psiquiátricos; história individual; resiliências e vulnerabilidades da personalidade. Como tal, é necessária intervenção profissional para que se consiga fazer uma avaliação de risco completa num determinado indivíduo.

De acordo com Quartilho (2014, p. 20), o suicídio “ocorre mais frequentemente nos que estão socialmente isolados e que não têm apoio da família e dos amigos”. Noutra perspetiva, ao investigar os motivos que levam os adolescentes a cometer suicídio, Sampaio (1991) verificou que as famílias onde se inseriam esses jovens apresentavam vários conflitos intrafamiliares, dificuldades de comunicação e redes de comunicação pobres.

Por outro lado, os fatores tidos como protetores são os que, quando presentes e/ou reforçados, estão associados à prevenção de comportamentos autolesivos e atos suicidas (DGS, 2013; Nock et al., 2008; OMS, 2006, 2014). São aqueles associados a bons vínculos afetivos, fortes crenças religiosas, sensação de estar integrado num grupo ou comunidade, autoestima elevada ou forte conexão com família e amigos (Chehil & Kutcher, 2007; Fleischmann & Bertolote, 2005; Peixoto & Azenha, 2014a; Werlang et al., 2006). No entanto, apesar de serem estes os fatores que se pensa protegerem um indivíduo do suicídio, “não existem provas adequadas de que estes fatores de proteção previnam o ato do suicídio” (Chehil & Kutcher, 2007, p. 6).

Por conseguinte, são vários os fatores de risco e proteção do suicídio existentes. O *Centers for Disease Control* (CDC), a Agência Federal de Saúde Pública dos EUA, após uma meta análise a milhares de estudos enunciou os principais fatores de risco detetados³ (Santos, 2014).

É importante ter em conta que não é um único fator de risco ou protetor que determina ou evita um ato suicida (DGS, 2013). Como afirma Santos (2014, p. 111), “nem sempre um fator de risco constitui um sinal, há sinais que não são fatores de risco”.

1.5. Particularidades da profissão policial

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST, 2019, p. 1) alertou, em 2014, que “25% do total de trabalhadores europeus dizem sofrer de stresse no trabalho durante a maior parte ou a totalidade do seu horário de trabalho”.

Tendo por base estes dados, é necessário ter em consideração que os indivíduos cuja profissão está relacionada com a prestação de um serviço à sociedade ou que têm como obrigação prestar cuidados médicos, de bem-estar ou segurança, são particularmente vulneráveis ao stresse, como resultado da sua falta de controlo perante o meio envolvente no qual estes atuam. O trabalho por turnos, por exemplo, poderá ser um potenciador de stresse, pois afeta os padrões de sono, hábitos

³ Cfr. apêndice C.

alimentares, a vida familiar e o bem-estar psicológico do indivíduo (Shane, 2010; Violanti & Aron, 1994).

De acordo com Viviers e Louw (2010), ao investigar as origens do stresse e tentar implementar medidas para gerir o mesmo, concluíram ser necessário um modelo de pesquisa adequado e que contemple a permanente interação entre fatores psicológicos, ambientais e biológicos e o bem-estar psicológico.

O trabalho policial é considerado como uma das profissões mais stressantes da sociedade (Anshel, 2000; Martinho, 2019). As FS são hoje uma atividade profissional com um papel fundamental na segurança da sociedade e que apresentam características específicas. É também considerada uma das profissões mais exigentes, a nível físico e a nível psicológico e, muitas vezes, o profissional sente-se exausto e cansado, sem capacidade de resposta. Rapidamente pode começar a ficar irritado e frustrado, insensível e indiferente para com os que necessitam do seu serviço diminuindo os seus níveis de competência, sucesso e de eficácia no trabalho (Aster, 2008; DGS, 2013; Miller, 2005; Viegas, 2011).

O acesso e a presença da arma de fogo, característica inerente a esta profissão, aumenta o perigo de violência impulsiva e autodirigida. Nem mesmo o cidadão comum que possua uso e porte de arma faz desta sua companhia constante, como particularmente acontece na população policial (Miller, 2005). De tal modo, os militares procuram a solução para os seus problemas e para o fim do sofrimento que os avassala, por meio de um ato fatal e, na maioria dos casos, usam o meio que está mais à mão sendo este a arma de fogo (Martinho, 2019).

Atendendo à utilização rápida e alta letalidade da arma de fogo como meio de suicídio, existe uma maior probabilidade de o ato resultar em morte do que se for utilizado outro método de baixa letalidade como, por exemplo, agentes psicotrópicos (DGS, 2013; OMS, 2009; Saraiva, Cruz & Brás, 2014). A restrição ao uso e porte da arma de fogo deveria ser mais rigorosa realizando, se necessário, exigentes testes médicos e psicológicos para acesso à mesma (Saraiva, 2010).

A morte está constantemente presente no quotidiano destes profissionais, que “lidam diretamente com o processo de morte e morrer na sua atividade operacional” (Martinho, 2019, p. 108). A tentativa de manter uma vida familiar equilibrada e cumprir, simultaneamente, as exigências do trabalho policial, como por vezes, a pressão criada pelo risco de vida para o próprio e para outros, pode resultar em níveis

de stresse elevados e no aumento do risco de suicídio (Heinsen et al., 2001; Martinho, 2019; Zamorski, 2011).

O stresse policial pode ser então definido como uma resposta individual às frustrações e problemas do quotidiano das FS (McCready & Thompson, 2006). No entanto, alguns autores concluíram que o stresse é necessário a uma profissão como a de polícia, mas não intensivo, consecutivo e repetido ao ponto de uma pessoa não consiga aguentar com o mesmo. Existem formas e procedimentos possíveis de adotar em situações de stresse, promotoras de resiliência, que podem fazer toda a diferença na atuação e pós-atuação numa determinada situação (Andersen et al., 2015; Rebelo & Leal, 2010).

Num estudo conduzido por Violanti e Aron (1994) concluiu-se que determinados acontecimentos, como ter de matar alguém ou ser atacado fisicamente podem ter grande impacto a nível psicológico. Acontecimentos como, por exemplo, assistir crianças abusadas sexualmente ou presenciar a morte de um colega no cumprimento do serviço, são marcados como os eventos com mais impacto junto dos profissionais de segurança. Os mesmos autores, numa investigação subsequente, identificaram como fontes principais de stresse na atividade policial a participação em ocorrências nas quais é necessário o recurso a arma de fogo, o trabalho por turnos e ainda o apoio inadequado dos superiores hierárquicos (Violanti & Aron, 1995). Em Portugal, Martinho (2019) identificou nos militares da GNR que as dificuldades relacionais desempenham um papel importante nas crises suicidárias dos militares estando também associadas a sobrecarga de trabalho, rotatividade por turnos, problemas disciplinares/legais e abuso de álcool.

Além das abordagens e interações com a população, as FS também têm de se preocupar com comportamentos de colegas que possam desenvolver problemas de saúde mental. O problema advém da relutância em discutir em falar deste assunto sentindo-se receosos de informar, quer os pares quer os superiores, adiando ajuda e uma potencial intervenção, o que pode subsequentemente levar a um escalar dessa situação (Eski & Bell, 2015; Violanti & Aron, 1995).

Cada vez mais o stresse surge associado a problemas de saúde. As FS não são uma exceção a este facto. Os problemas advindos do stresse verificam-se a nível físico, através da proeminência para doenças cardiovasculares, elevado colesterol, problemas de estômago, mas também a nível psíquico sendo as consequências mais

comummente associadas a este fenómeno a depressão, a ansiedade, o nervosismo, stress pós-traumático, a fadiga e, em casos extremos, o suicídio (Pines & Keinan, 2005; Rebelo & Leal, 2010). Portanto, similarmente à restante população, os polícias suicidam-se em reação a situações pessoais e interpessoais, consideradas intoleráveis e sem resolução aparente (Miller, 2005, 2006).

Em Portugal, a taxa de suicídios verificados nas FS é elevada⁴ e superior à da população geral remetendo-se, entre os anos de 2007 e 2015, para sensivelmente o dobro das taxas registadas na população geral (Costa Santos, 2016; Martinho, 2018). Foram verificados até ao final de 2018, um total de 112 suicídios na GNR⁵, sendo o ano de 2008 considerado como o ano negro por se terem verificado um total de 11 suicídios (CPIS, 2019). Por essa razão, alguns autores consideram que o stresse advindo do trabalho de polícia bem como o fácil acesso à arma sejam as principais causas para uma superioridade das taxas de suicídio nas forças de segurança comparativamente com a população em geral, número este que pode vir a ser o dobro de mortes no cumprimento do serviço (Heinsen, Ramsay & Kinzel, 2001; Martinho, 2019; Zamorski, 2011).

1.6. O papel dos média: do efeito *Werther* ao efeito *Papageno*

Os média, enquanto instituição, e os seus profissionais são considerados atores críticos na prevenção e promoção do suicídio (OMS, 2000, 2014). São estes o “meio mais potente para um comportamento suicida se tornar reconhecido na comunidade e se transformar em modelo” (Roque, 2014, p. 507).

Podem assumir um papel de aliados cruciais aos programas de prevenção, mas também como um obstáculo, com críticas e denúncias em torno de um eventual poder de contágio de certos tipos de cobertura ou de representações mediáticas sobre indivíduos especialmente vulneráveis e em circunstâncias particulares (DGS, 2013; Lopes, Araújo & Pinto-Coelho, 2016; Saraiva et al., 2014).

A OMS em conjunto com a Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (AIPS) publicou pela primeira vez, em 2000, um manual dirigido aos

⁴ Cfr. apêndice D

⁵ Cfr. apêndice E.

profissionais dos média, como fazendo parte da iniciativa mundial *Suicide Prevention Program* (SUPRE) lançada em 1999 pela OMS, com o objetivo final de noticiar um suicídio “de uma forma apropriada, cuidadosa e potencialmente útil de forma a prevenir trágicas perdas de vida por suicídio” (OMS, 2000, p. 4). De tal modo, a OMS assume que não é a notícia de um suicídio em si que pode despoletar comportamentos suicidas, mas sim o modo como essa notícia é transmitida pelos média. No manual, é feito o alerta para uma interpretação cuidada e correta das estatísticas, uso de fontes credíveis e autênticas, evitar uma cobertura sensacionalista e pormenorizada, principalmente no que diz respeito a métodos utilizados ou como foram obtidos e ainda, nunca referir um determinado suicídio como “bem-sucedido”, mas sim “consumado” (OMS, 2000).

Consequentemente, foi lançado em 2017, uma atualização deste manual dedicado aos profissionais dos média, de forma a manter o papel de destaque que estes assumem na divulgação do suicídio, no qual foram elencadas algumas atualizações a ter em consideração (OMS, 2017).

Em Portugal, o Plano Nacional para a Prevenção do Suicídio (PNPS) 2013-2017 também aborda o papel dos média assumindo a importância que assumem na prevenção do suicídio, consoante promovam a educação do público ou publicitem o suicídio como a solução para os problemas da vida (DGS, 2013).

A imprensa nacional aborda o suicídio a partir de três ângulos: enquanto fenómeno público, enquanto objeto de ação preventiva institucional e enquanto ação individual sendo representado como uma entidade maléfica, que é preciso combater através de meios institucionais (Lopes et al., 2016). É definido por alguns autores que a “abordagem mais apropriada da problemática entre comunicação social e suicídio pode residir na formação adequada durante os cursos para a carreira nos média” (Roque, 2014, p. 512).

Os tipos de cobertura de atos suicidas pelos média podem desencadear um efeito de contágio, designadamente conhecido por efeito *Werther* (Cruz & Brás, 2014; DGS, 2013; Fink, Santaella-Tenorio & Keyes, 2018; OMS, 2000; Roque, 2014; Saraiva et al., 2014). Este surgiu pela primeira vez num romance escrito por Goethe, em 1774, que aborda o suicídio como um desespero de amor, solidão, vazio da alma, recusa da passagem do tempo e no qual o protagonista da história se suicida por um desgosto amoroso que deu origem a comportamentos suicidas imitativos por toda a

Europa (OMS, 2000; Peixoto & Azenha, 2014b; Phillips, 1974; Roque, 2014). Mais de 100 investigações foram conduzidas, procurando investigar o suicídio por imitação, tendo concluído que a reportagem dos casos de suicídio por parte dos média pode de facto levar a comportamentos suicidas subsequentes e adicionais (OMS, 2017; Stack, 1990).

Contrariamente, apesar de ser muito recente, o estudo dos efeitos de uma cobertura do suicídio responsável e potenciadora de efeitos protetores e estratégias de *coping* por parte dos média, alguns estudos sugerem que coberturas educacionais acerca de como lidar com comportamentos suicidas pode reduzir o risco do suicídio. Esta abordagem protetora por parte dos média foi apelidada de efeito *Papageno* após o protagonista de uma ópera de Mozart ter pensado em cometer suicídio, mas mudou de ideias ao ser lembrado de outras alternativas além da morte (Niederkrötenhaler et al., 2010; OMS, 2017).

Contextualizando este tipo de abordagem, o manual da OMS promove o papel dos média como preponderantes na divulgação de “informações sobre números de telefone e endereços de grupos de apoio e serviços onde se possa obter ajuda”⁶ e “identificação de fatores de risco e sinais de alerta sobre comportamento suicida” (OMS, 2000, p. 8).

Noutra perspetiva, a influência da *internet* e das redes sociais tem tido a sua influência no suicídio, partindo do pressuposto que, atualmente, parte significativa da vida de cada indivíduo decorre *online*. No entanto, existe uma dicotomia no seu impacto na população. Pode assumir um carácter positivo, como por exemplo através de páginas e fóruns de apoio a pessoas com ideação suicida, funcionando como rede de suporte, mas, também pode ser negativa advinda de *sites* pró-suicídio e pactos suicidas *online* constituindo-se estes como fatores de alto risco e facilitadores de comportamentos autolíticos (DGS, 2013; Roque, 2014).

Também o PNPS 2013/2017 realça que é necessário ter em conta o crescimento dos *sites* e fóruns em que o suicídio é incentivado como uma estratégia de resolução de problemas, tendo em conta os relatos de casos relacionados com cibersuicidas (DGS, 2013).

⁶ Cfr. Apêndice F.

CAPÍTULO 2. ABORDAGEM PREVENTIVA

2.1. Contextualização e evolução

Condensando o capítulo anterior, o suicídio pode ser compreendido como um transtorno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos (OMS, 2000, 2014).

Os esforços em torno da prevenção do suicídio devem ser “compreensivos, integrantes e sinérgicos, tendo por base que uma abordagem singular nunca terá um impacto considerável num fenómeno tão complexo como o suicídio (OMS, 2014, p. 11)”. O primeiro e mais importante passo para conseguir prevenir o suicídio é reconhecer que este problema existe, assumindo que as atividades de prevenção do suicídio assumem um carácter premente, vital e imprescindível na sociedade (Saraiva et al., 2014; Violanti, 1995).

Sempre que o tema suicídio é abordado há que ter em consideração o estigma associado ao mesmo, pois, em muitas culturas, o suicídio é visto como “um ato vergonhoso, pecaminoso, sinal de fraqueza, de egoísmo ou manipulação” (Chehil & Kutcher, 2007, p. 2). Os mitos em volta dos comportamentos suicidários e as causas complexas e multideterminadas que estão na origem de um suicídio corroboram e mantêm o estigma social e, muitas vezes, levam a um modelamento de contra atitudes dificultando a intervenção por parte dos profissionais e impedindo em larga medida que as pessoas procurem ajuda especializada por si próprias (OMS, 2014; Peixoto et al., 2014a; Santos & Neves, 2014; Santos & Tavares, 2014).

Por prevenção do suicídio pode assim entender-se o conjunto de estratégias que procuram reduzir os fatores de risco (perturbação depressiva) e promover os fatores protetores (suporte familiar e social) (Saraiva et al., 2014). A prevenção deve focar-se no apoio e melhoria do funcionamento em contextos interpessoais e sociais, bem como em diminuir significativamente as condições de risco emocionais, físicas e económicas (OMS, 2006).

No âmbito da iniciativa SUPRE da OMS, além do manual dirigido a profissionais da mídia, foram também criados manuais dirigidos aos primeiros intervenientes do suicídio, a conselheiros e a profissionais de saúde contendo algumas

guias de como interagir com o fenómeno do suicídio, permitindo alguma uniformização de procedimentos a nível internacional e informações referentes à identificação de pacientes suicidas (OMS, 2000).

Por sua vez, surgiu em 2012, criado pela OMS, o *Public health action for prevention of suicide: a framework* elencando um conjunto de estratégias que são necessárias à construção de um plano de prevenção do suicídio com vista uma união comunitária e combate do suicídio sem qualquer tipo de estigma associado. Nesse documento são identificados alguns dos passos essenciais para o desenvolvimento de uma estratégia de prevenção do suicídio: Identificação dos intervenientes em todo o espectro do suicídio; uma análise da situação de forma concreta e integral; avaliar as capacidades e disponibilidade de recursos; existência de compromisso político; abordar o estigma e consciencialização da população (OMS, 2012).

A OMS criou o *Global mental health action plan 2013–2020* constituindo-se como mais um passo fundamental para a prevenção do suicídio a nível mundial, tendo o mesmo sido adotado por todos os ministérios da saúde pertencentes aos 194 estados-membros, reconhecendo formalmente a importância da saúde mental. Em termos concretos de prevenção do suicídio, foi estabelecido, nesse ano, como uma das metas específicas deste plano – *global target 3.2* - a redução em 10% das taxas de suicídio em cada país até ao ano de 2020 (Arensman, 2017; OMS, 2013, 2014).

Subsequentemente, a OMS voltou a lançar em 2014 uma nova publicação, com o auxílio de representantes da AIPS, tendo em vista a prevenção específica do suicídio ao aumentar o empenho dos governos nacionais e ministérios da saúde para tomar ações concretas na prevenção do suicídio (Arensman, 2017; OMS, 2014). Esta publicação tem como objetivo último aumentar o alerta para o suicídio como um problema de saúde pública constituindo-se “um recurso para tornar a prevenção do suicídio um imperativo a nível mundial” (OMS, 2014, p. 3). Em 2018, foi publicado o *National suicide prevention strategies*, também pela OMS, com o objetivo de “encorajar os países a continuar os esforços desenvolvidos no que diz respeito à prevenção do suicídio e garantir que esta ocupa um lugar de topo na agenda política destes países” (OMS, 2018a, p. 3).

Os governos são, portanto, um interveniente crítico no desenvolvimento e melhoramento da vigilância e disseminação de informação necessária para uma atuação eficaz no fenómeno do suicídio (OMS, 2014). A inclusão das taxas de

mortalidade por suicídio, até 2030, como um objetivo de desenvolvimento sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU) retrata o empenho e atenção dos países na prevenção do suicídio (Arensman, 2017). Já a articulação entre os vários setores de prestação de cuidados de saúde dentro das FS e a organização institucional do setor da saúde mental é crucial para uma planificação adequada da prevenção do suicídio (Peixoto et al., 2014a).

Em Portugal, a legislação que norteia a organização dos serviços de saúde mental é a Lei n.º 36/98⁷, de 24 de julho (Lei de Saúde Mental), regulamentada pelo Decreto-Lei (DL) n.º 35/99, de 5 de fevereiro, republicado pelo DL n.º 304/2009, de 22 de outubro (Ministério da Saúde [MS], 2008).

Advindo do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, aprovado na Resolução do Conselho de Ministros (CM) n.º 49/2008 de 6 de março, foram previstas medidas gerais de desenvolvimento no que diz respeito a serviços locais de saúde mental, mais especificamente, estando prevista a criação de um programa de prevenção nas áreas de depressão e suicídio (Carvalho, 2014; MS, 2008).

Atualmente, sucedeu ao plano supramencionado o Programa Nacional para a Saúde Mental, da DGS, que contém as orientações programáticas a pôr em prática até 2020. As principais conclusões retiradas deste balanço, ao nível da saúde mental em Portugal, foram que o número de mortos relacionados com doenças mentais é baixo e está, na maioria, relacionado com suicídio (MS, 2017).

Advindo da edição da OMS, em 2012, do *Public health action for prevention of suicide: a framework* foi identificado um quadro de medidas de saúde pública para a prevenção do suicídio, que serviu de guião para os peritos que elaboraram o plano de prevenção do suicídio português (Carvalho, 2014; DGS, 2013).

Surgiu assim o Plano Nacional de Prevenção de Suicídio 2013-2017, criado pela colaboração entre Direção-geral de Saúde e uma comissão de peritos maioritariamente pertencentes à Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS) que, além da contextualização do suicídio em termos internacionais e nacionais, contempla medidas de carácter universal, seletivas e individuais de forma a que todas as medidas nele expostas alcancem a população em geral, grupos de risco específicos

⁷ De referir que a alteração mais recente ao diploma resultou da Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto.

e ainda indivíduos em elevado risco de suicídio (Carvalho, 2014; DGS, 2013). Este tipo de medidas está plasmado na sugestão elaborada em 2012, e detalhada com maior pormenor em 2014, pela OMS em que se prevê que uma combinação de medidas de cariz universal, seletivo e individual é essencial para um programa de prevenção do suicídio eficaz e abrangente (OMS, 2012, 2014).

A prevenção do suicídio requer uma visão, planeamento e um conjunto de estratégias que devem ser monitorizadas regularmente. É importante que um plano de prevenção do suicídio a nível nacional se dirija a realidades atuais, como a emergência de suicídios por contágio ou imitação, métodos de suicídio emergentes e grupos de elevado risco (Arensman, 2017; OMS, 2014). É possível então concluir que, “a prevenção do suicídio, apesar da sua complexidade, é operacionalizável, uma vez que existem fatores de risco e sinais de alarme identificáveis” (Saraiva et al., 2014, p. 473).

A OMS, tendo-se baseado em dados científicos, identificou três grandes níveis de estratégias de prevenção do suicídio sendo estes uma restrição do acesso a meios de automutilação/suicídio, o desenvolvimento de políticas para reduzir o consumo excessivo de álcool e encorajar e ajudar os média a abordar o suicídio de uma forma cuidadosa e responsável (OMS, 2012). No estudo levado a cabo por Arensman (2017) foram discriminados as componentes essenciais necessárias a um plano de prevenção do suicídio tendo por base nove componentes: Vigilância; acesso restrito a meios; os média; formação e educação; tratamento; consciencialização e redução do estigma; pósvenção; intervenção e acesso aos serviços.

Atualmente, reconhece-se que a educação pública do suicídio é uma das formas de o prevenir partindo do pressuposto que a “sensibilização e informação da população constituem, numa perspetiva de saúde pública, um objetivo central para a prevenção do suicídio” (DGS, 2013, p. 32). Ao consciencializar a população acerca da importância de reduzir o estigma e ignorância associados à doença mental e aos atos suicidas, conjuntamente com a educação na identificação de sinais de alarme e fatores de risco poderá ser um fator preponderante na prevenção do suicídio e intervenção imediata em situações de crise suicida (Cruz & Brás, 2014; OMS, 2000; 2012; Saraiva et al., 2014).

A restrição e controlo do acesso a meios letais é uma das medidas que tem demonstrado mais eficácia em vários países sendo esta “uma estratégia correta para

prevenir comportamentos autodestrutivos” (DGS, 2013, p. 87). Esta estratégia permite evitar uma decisão repentina, determinada pela impulsividade, considerando que a disponibilidade de um método de utilização rápida e letal é determinante para o desfecho fatal do ato suicida (Peixoto et al., 2014b). Exemplificando, “o fácil acesso a armas de fogo aumenta tipicamente a associação entre o comportamento impulsivo autodestrutivo e a morte” (Quartilho, 2014, p. 27). Também “a restrição no abuso de álcool pode ser uma componente de prevenção” (Saraiva et al., 2014, p. 478).

As medidas neste âmbito decorrem de alterações legislativas tendo em vista mais controlo, restrição do uso e manuseamento de pesticidas, desintoxicação do gás de uso doméstico, restrições ao consumo e venda de fármacos, construção de barreiras em locais públicos usados para precipitação, uso de antidepressivos menos tóxicos, maior rigor na concessão de licenças de uso e porte de arma de fogo (DGS, 2013; OMS, 2014,2016).

Como forma de promoção e reforço do compromisso político em combater as questões ligadas ao suicídio e à saúde mental, foi criado o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio, a 10 de setembro, organizado pela OMS e pela AIPS (OMS, 2014). Em Portugal, esse dia é também assinalado, com a parceria da DGS e organizado pela SPS, através do Programa Nacional de Saúde Mental (DGS, 2013).

2.2. A prevenção nas forças de segurança

No que diz respeito às FS, uma abordagem preventiva dos comportamentos suicidários deve contemplar fatores de natureza biológica, psicológica e social e assentar essencialmente na definição conceptual, identificação de fatores de risco, desenvolvimento e implementação das várias intervenções e finalmente, na avaliação (Peixoto et al., 2014b).

De acordo com Violanti (1995) é necessário dar formação às FS garantindo uma melhor resposta aos problemas pessoais e profissionais de forma a assegurar as ferramentas para reconhecer e evitar os problemas ao nível psicológico e comportamental que podem levar a um suicídio. Para além disso, dar formação aos superiores hierárquicos para reconhecer os sinais de aviso de um potencial suicídio bem como *debriefings* e educação na prevenção do suicídio podem atuar como catalisadores na terapia de profissionais afetados com stresse pós-traumático (Violanti, 2004).

No Canadá, num esforço de prevenir o suicídio junto da polícia de Montreal, todo o efetivo constituído por cerca de 4000 operacionais participou num programa tendo em vista o desenvolvimento de competências para lidar com o suicídio e desenvolvimento da entreajuda e solidariedade entre pares. O programa assentou em quatro pilares: Formação de todos os envolvidos; aposta nos recursos policiais no que diz respeito à prevenção; formação especializada de superiores hierárquicos e representantes de sindicatos; publicidade a toda a formação. No final do programa, verificou-se uma redução na taxa de suicídio em 79%, enquanto que noutros locais onde não foi posto em prática este programa, a taxa de suicídio manteve-se inalterada (Mishara & Martin, 2012).

É, portanto, necessária uma estreita colaboração e articulação entre os setores prestadores de cuidados de saúde mental no âmbito das FS e a assistência dos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é crucial para uma planificação adequada da prevenção do suicídio neste grupo de risco específico (DGS, 2013). Numa tentativa de realizar uma prevenção adequada e eficaz, o Ministério da Administração Interna (MAI) solicitou ajuda à SPS e foi proposta a elaboração de um programa que veio a designar-se de Plano de Prevenção do Suicídio nas Forças de Segurança (PPSFS) 2016/2020.

O plano supramencionado desenvolve-se em três eixos: Sensibilização e prevenção; tratamento; intervenção e contenção em casos de emergência (Santos, 2009; Sarmiento, Araújo, Carlos Santos & Simões, 2018). Este derivou do PNPS 2013/2017 no qual estão previstas medidas seletivas para o grupo de risco específico das FS, traçando as principais linhas de ação que devem ser adotadas (DGS, 2013).

Ao proceder a uma pesquisa documental no seio da GNR, esta investigação teve conhecimento de um documento elaborado por parte do Centro de Psicologia e Intervenção Social, em 2013, intitulado Guia de Prevenção do Suicídio, cujo objetivo final consiste em fornecer informação que possa auxiliar na compreensão e avaliação do risco de suicídio assim como na identificação de sinais de alerta prevenindo dessa mesma forma o suicídio (CPIS, 2013). Paralelamente a este guia, foi celebrado um

protocolo de colaboração⁸ para a criação de um sistema de referenciação e prioridade de atendimento para elementos das FS nos vários departamentos de psiquiatria e saúde mental nos hospitais do SNS considerados em risco de suicídio (MS, 2017).

No entanto, Peixoto et al. (2014a) afirmam que existem algumas áreas de atuação chave que se tornam essenciais aquando da planificação da prevenção do suicídio sendo estas coincidentes com as expostas no PNPS 2013/2017, nomeadamente no capítulo 3.4.4.⁹, especialmente destinado às FS (DGS, 2013; Martinho, 2019).

2.3. Análise de comportamentos e autópsias psicológicas dos militares

O método da autópsia psicológica é considerado como uma das metodologias de estudo do suicídio mais precisas, permitindo um estudo aprofundado dos casos, na sua génese e contexto, reconhecendo elementos que podem ser importantes numa intervenção subsequente (Carvalho, 2014). Por exemplo, as cartas suicidas, ou outras mensagens equivalentes proporcionadas pelos meios de comunicação, constituem um notável microcosmos da ideação suicida (Peixoto et al., 2014a).

No estudo de Jorge Costa Santos, encomendado pelo MAI, foi possível retirar algumas conclusões com a autópsia psicológica dos 51 militares que cometeram suicídio entre 1 de janeiro de 2007 e 31 de dezembro de 2015: A maioria dos militares que comete suicídio são elementos masculinos da categoria profissional de guardas; a média de idades situa-se nos 37 anos de idade¹⁰; o militar é casado, com filhos, e vive com a família; o tempo médio de serviço está na casa dos 16 anos e desempenha funções operacionais; cerca de 40% dos militares possuía antecedentes de perturbação mental e metade da amostra tinha tido consulta médica no ano anterior; o método mais utilizado para consumação do suicídio foi a arma de fogo¹¹ (Costa Santos, 2016).

⁸ O referido protocolo foi outorgado pelo General Comandante-geral da GNR, pelo Diretor Nacional da PSP bem como pelo Ministro da Administração Interna e Ministro da Saúde.

⁹ Cfr apêndice G.

¹⁰ Cfr. anexo A.

¹¹ Cfr. anexo B.

Todavia, ao tratar o tema desta investigação, manifesta-se a necessidade de fazer um levantamento de todos os estudos que envolveram militares da GNR, além dos produzidos pela própria instituição. No quadro 1 são apresentados estudos que, apesar da amostra utilizada poder ser considerada insuficiente para um resultado rigoroso e com precisão estatística, merecem ser referenciados e analisados por se tratarem de precursores no estudo desta temática em militares desta força de segurança.

Quadro 1 - Análise de estudos contendo militares da GNR como amostra.

Ano	Autor(es)	Amostra	Tema Central	Principais conclusões
2006	Alberto Bessa Peixoto, Carlos Saraiva e Nazaré Santos	4 militares	Autópsia psicológica dos militares suicidados	Levantamento do funcionamento e organização das estruturas de intervenção no suicídio na GNR e proposta de medidas em determinadas áreas de ação: Plano específico de prevenção do suicídio nas forças de segurança; reorganização dos cuidados de saúde mental; programa de seleção de candidatos e reavaliação no final do curso; procedimentos e restrição de uso e porte de arma; linha telefónica SOS; avaliação periódica do abuso de álcool e outras substâncias; estudo e investigação dos comportamentos suicidários nas FS.
2008	Susana Santos e Cristina Queirós	26 militares	Impacto do suicídio nas forças policiais portuguesas	A satisfação no trabalho correlaciona-se negativamente com a depressão e desânimo apontando que 9 dos inquiridos (num total de 78 pertencentes à GNR, PSP e PJ) admitiram efetivamente ter pensado, tentado ou preparado o suicídio.
2009	Lina Santos	95 militares	Análise da depressão e risco de suicídio em militares da GNR	Foram verificados aproximadamente dez casos de depressão em 100 sujeitos, remetendo para a necessidade de avaliação e intervenção terapêutica a fim de evitar o grau de severidade dos quadros depressivos de uma forma precoce, permitindo assim evitar desfechos mais infelizes.
2009	Jorge Afonso e Rui Gomes	95 militares	Análise do stresse ocupacional	Menores níveis de comprometimento organizacional e maior utilização de <i>coping</i> proactivo parecem caracterizar melhor os militares mais novos e/ou inexperientes enquanto que, contrariamente, um maior desejo de abandonar o local de trabalho e a profissão bem como maior cinismo parecem caracterizar melhor os profissionais mais velhos e/ou mais experientes.
2011	Ana Viegas	65 militares	Estudo do <i>burnout</i>	As variáveis relacionadas com os níveis mais elevados de <i>burnout</i> são as tarefas da profissão, a toma de fármacos, a relação com o superior e o clima organizacional. Sugere-se o desenvolvimento de programas específicos de controlo de stresse, prática/resolução de

				problemas e estudo do impacto de formações nas FS.
2012	Luís Alves	76 militares	Fatores de stresse e estratégias de <i>coping</i>	O principal fator gerador de stresse é o conflito trabalho-família. Por conseguinte, os recursos financeiros, materiais e humanos afetos à GNR são tidos como limitadores da atividade profissional dos militares.
2016	Jorge Costa Santos	51 militares	Autópsia psicológica dos militares suicidados	Neste estudo, um dos objetivos consistiu em traçar um perfil comum a todos os militares que cometeram suicídio bem como identificar potenciais fatores de risco. Torna-se então possível assegurar uma melhor prevenção baseada nos factos apresentados neste estudo, tendo sido apontadas recomendações dirigidas aos serviços de psicologia da GNR assim como algumas medidas a adotar, como: Rastreio aleatório do consumo de álcool e outras substâncias; medidas cautelares de desarmamento; analisar o absentismo por doença; reavaliação dos efetivos; formação de pares; estudo retrospectivo dos casos de suicídio.
2018	António Martinho	167 militares	Entrevistas de avaliação de comportamentos suicidários	Permitiu traçar um perfil dos militares que atenderam a consultas de saúde mental e compará-lo com o perfil dos militares que se suicidaram, obtido através de autópsias psicológicas. Para além de complementar a compreensão deste problema e a sua prevenção, permitiu identificar que muitos destes problemas estão associados à sobrecarga de trabalho e à rotatividade por turnos sendo a tríade mais comum a associação entre depressão, crises familiares/conjugais e stress laboral.

Fonte: Elaboração própria.

2.4. Estrutura de intervenção do suicídio na GNR

No que diz respeito aos serviços existentes ao dispor dos militares, a GNR atua na prevenção do suicídio através do Centro Clínico (CC) e do CPIS.

Este Centro Clínico, pertence à estrutura orgânica do Comando de Administração de Recursos Humanos (CARI) e divide a sua atividade em serviços clínicos e serviços farmacêuticos. Dentro dos serviços clínicos, existe o Departamento de Saúde Mental que comporta todas as intervenções ligadas à psiquiatria, psicologia e intervenção social¹². O Despacho n.º 489/18-OG (Ordem à

¹² Cfr. anexo C.

Guarda) de 30 de novembro foi responsável por alguns ajustes na organização interna no CARI resultando nas alterações supramencionadas.

De referir que no ponto 3, alínea (d) do Despacho n.º 489/18-OG, estão atribuídas ao Centro Clínico as missões de assegurar a proteção da saúde aos militares e funcionários civis da Guarda assim como a gestão dos seus recursos humanos, justiça, instalações e recursos logísticos e financeiros. Está também a seu encargo a avaliação médica dos candidatos à Guarda e a outros cursos de especialização nos quais sejam necessárias avaliações médicas bem como, simultaneamente, executar ações de formação na área da saúde.

Outro facto verificado nesta investigação é que a Delegação do Centro Clínico do Porto surge, em termos orgânicos, paralelamente ao Centro Clínico¹³. No entanto, está na dependência direta do Comandante do CARI mas o diretor desta delegação é o comandante do Comando Territorial do Porto, por inerência, de acordo com as alíneas (b) e (c) expostas no ponto 6 (Instruções de Coordenação) do Despacho n.º 489/19-OG de 30 de novembro. Porém, esta delegação está na dependência técnico-funcional e logística no âmbito sanitário do Centro Clínico nos termos do ponto 6, alínea (b) ponto 6 do Despacho n.º 489/18-OG de 30 de novembro. conjugado com o presente no Despacho 250/17-OG de 19 de dezembro.

O CPIS pertence à Divisão de Recursos Humanos (DRH) do CARI¹⁴, estando à sua responsabilidade o cumprimento do Art.º 11º do Decreto Regulamentar n.º 19/08, de 27 de novembro, que enquadra as competências da DRH, conjuntamente com o art.º 26º do Despacho n.º 11132/18, de 28 de novembro, no qual constam as competências específicas do CPIS¹⁵. É este o responsável pela linha de apoio criada pela GNR e disponível 24 horas por dia, recebendo chamadas relacionadas com os mais diversos problemas ou crises que os militares atravessam¹⁶. De realçar que o volume de chamadas nesta linha tem sido cada vez maior¹⁷ assumindo que o número

¹³ Cfr. anexo D.

¹⁴ Cfr. anexo E.

¹⁵ Cfr. anexo F.

¹⁶ Cfr. anexo G.

¹⁷ Cfr. apêndice H.

registado no ano de 2017 foi de 513 chamadas e, no ano seguinte, foram registadas um total de 1116 chamadas, ou seja, mais do dobro do ano anterior.

Paralelamente a estes serviços, não menos importantes na estrutura de intervenção do suicídio, surgem os comandantes, nomeadamente de posto e de destacamento. Ao abrigo das várias responsabilidades, entre as quais a de zelar pelo bem-estar dos seus militares, os comandantes revestem-se de um papel fulcral na sinalização e encaminhamento de um militar para qualquer um dos serviços supramencionados.

Além disso, o comandante tem como ferramenta de intervenção num possível suicídio a medida provisória de desarmamento de um militar estando esta prevista no n.º 3 do art.º 88º do Regulamento de Disciplina da Guarda Nacional Republicana (RDGNR)¹⁸ permitindo retirar ao militar a arma que, por motivo de serviço, lhe tenha sido distribuída bem como a suspensão do direito de detenção e porte de arma, quando tal se mostre necessário e conveniente. Ou seja, depreendendo da análise deste diploma, o comandante de destacamento, aconselhado pelo comandante de posto ou mesmo por um eventual camarada do visado e cumprindo os pressupostos legais do constante diploma, poderá retirar preventivamente a arma de fogo a esse militar o que pode, dessa forma, ser fulcral na prevenção de um suicídio, partindo do pressuposto que a esmagadora maioria dos casos de suicídio nas FS são cometidos com recurso a arma de fogo (Costa Santos, 2016).

¹⁸A Lei n.º 145/99 de 1 de setembro, Regulamento de Disciplina da GNR, e o Decreto-Lei n.º 30/2017 de 22 de março, Lei Orgânica da GNR (LOGNR) abordam a responsabilidade do militar para com o uso e porte da arma de fogo aquando do cumprimento do serviço policial.

CAPÍTULO 3. A PÓSVENÇÃO

3.1. Conceptualização e evolução

A palavra pósvenção nasceu com Schneidman que a definiu como as atividades que decorrem após um evento suicida, com o objetivo principal de amenizar as sequelas psicológicas de um suicídio na vítima-sobrevivente. Pretende assim intervir nas consequências adversas do suicídio, como o comportamento suicida, reduzindo-as (DGS, 2013; Jordan, 2011; Santos & Tavares, 2014; Saraiva, 2010).

Segundo Andriessen (2009), a pósvenção consiste em todas as atividades desenvolvidas por, com e para os sobreviventes de um suicídio, de modo a facilitar a recuperação a sua recuperação e prevenir resultados adversos, nos quais estão incluídos as tendências suicidas, ajudando a viver melhor e com menos stresse. Complementando, a pósvenção é uma estratégia onde as ações são realizadas após um suicídio naqueles que foram afetados por este facto (familiares, amigos, colegas, entre outros). Elas estão direcionadas para a informação, o apoio, a assistência imediata e o acompanhamento das pessoas que devem ser consideradas em risco de suicídio (Santos & Batista, 2014).

Um sobrevivente é considerado como uma pessoa que perdeu outra através de um suicídio, e cuja vida dessa pessoa é alterada por essa perda (Andriessen, 2009; OMS, 2012). Este conceito não é, no entanto, consensual (Andriessen, 2005; Andriessen & Krynska, 2012). Noutra perspetiva, Jordan & McIntosh (2011) definem sobrevivente como “alguém que experiencia um elevado nível de sofrimento psicológico, físico e/ou social, durante um período considerável de tempo, após a exposição ao suicídio de outra pessoa”. Conceito este partilhado por Saraiva (2010).

Os investigadores Jordan & McIntosh (2011) propuseram vários níveis de reação ao luto por suicídio, tais como a tristeza e o desejo de se reunir com o falecido (caraterísticas após mortes inesperadas) e o choque, nomeadamente a sensação de irreabilidade sobre a morte e o trauma de encontrar um corpo mutilado e destruído. Através da metáfora de uma pedra que é atirada ao lago, provocando várias ondulações e agitação na superfície da água, podemos pensar no alcance e dimensão

que pode ter o impacto de um suicídio. Estima-se que, de entre todas as pessoas com os vários tipos de relacionamento com o falecido, são afetadas entre seis a dez pessoas que, por sua vez, se tornam sobreviventes, de acordo com suicidólogos como Schneidman e Wroblewski (Andriessen & Krysinska, 2012; OMS, 2008; Santos & Tavares, 2014).

Ainda de acordo com Jordan & McIntosh (2011) é comum encontrar-se a sobrevivência associada às seguintes dimensões: Parentesco com o suicidado; ligação emocional; grau de sofrimento vivenciado após o suicídio (Santos & Tavares, 2014; Santos, Campos & Tavares, 2015). O suicídio “para além do desespero de quem o consome, tem inevitáveis repercussões em cascata na saúde mental de conviventes, conhecidos e na sociedade em geral, não menos relevantes e não apenas a curto prazo” (Carvalho, 2014, p. 541).

Através de uma investigação, Violanti (1995) verificou que são os sobreviventes que têm que lidar com as consequências do suicídio de um profissional das FS, sendo o acompanhamento dos mesmos abandonado após uma a duas semanas de condolências. Independentemente das estatísticas, as mortes de um profissional das FS traduz-se num impacto significativo não só na família e familiares do mesmo, como também em toda a estrutura de trabalho no qual o mesmo se inseria (Mishara & Martin, 2012).

Ou seja, além do elevado risco de comportamento suicidário, os sobreviventes, na sequência de um suicídio, presenciam maior número de sintomas psicopatológicos e doenças psicológicas, como depressão, ansiedade, sintomas de stress pós-traumático, ideação suicida e luto patológico (Jordan & McIntosh, 2011; OMS, 2006, 2008; Santos & Neves, 2014; Santos & Tavares, 2014). Finalizando, os sobreviventes constituem-se eles mesmos como um grupo de risco, sendo a pósvenção uma componente indispensável em programas de prevenção de suicídio (Andriessen & Krysinska, 2012).

Atualmente, os intervenientes ligados à prevenção do suicídio têm vindo a reconhecer que a pósvenção não é apenas o moralmente correto e a resposta mais solidária a uma tragédia, como também representa uma componente essencial na prevenção do suicídio, abordando os sobreviventes como um conjunto de pessoas com elevado risco de cometerem suicídio (Jordan, 2011). Desta forma, o grande desafio para uma pósvenção eficaz é garantir que cada sobrevivente pode receber a

ajuda e o apoio de que necessita, com a prestação de informação oportuna e adequada, reconhecendo as diferenças individuais entre os enlutados (Andriessen & Krysinska, 2012).

Muito importante na intervenção inicial junto de sobreviventes são os primeiros intervenientes, sejam eles pertencentes a forças policiais, bombeiros, profissionais médicos ou de primeiros socorros ou outros, pois são estes que estabelecem o contacto inicial com o indivíduo (Mitchell, Jordan & McMenamy, 2008; OMS, 2009). No entanto, estes primeiros intervenientes muitas vezes têm pouca ou nenhuma formação nesta área resultando numa fraca intervenção junto dos recentes enlutados (Jordan, 2011; Mitchell et al., 2008).

Em 2009, a OMS lançou um manual enaltecendo a importância e responsabilidade destes profissionais, no qual foram expostas a necessidade de uma formação adequada para “reconhecer os sintomas e sinais de doença mental, para identificar o risco de suicídio e compreender a legislação de saúde mental, de modo a facilitar o acesso aos cuidados de saúde” (OMS, 2009, p. 3). De facto, o papel destes intervenientes é fundamental, visto que através de uma abordagem com empatia, dirigida aos pensamentos do indivíduo, tentativas ou planos suicidas será encarada como uma expressão de apoio, competência e interesse profissional que levará o indivíduo a procurar ajuda (Chehil & Kutcher, 2007).

3.2. Potencialidades, formas e exemplos de pósvenção

O melhoramento da resposta e apoio aos afetados por suicídio e ideação suicida é considerado como uma componente chave para uma prevenção do suicídio bem sucedida (Arensman, 2017; OMS, 2014). Acrescentando, Werlang et al. (2006), ao analisar os planos de prevenção de diferentes países, encontraram alguns pontos de convergência entre eles, nomeadamente a procura por entender e compreender o serviço prestado àqueles que tentaram o suicídio e apoio a familiares enlutados.

Em 1999, após o 20º Congresso da Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio, foi estabelecido um grupo de trabalho para a pósvenção com o intuito de informar e expandir as atividades de pósvenção e os problemas dos sobreviventes (Andriessen, 2004). Atualmente, advindo desta iniciativa, é possível encontrar no

diretório da página *web* da AIPS¹⁹ informações acerca dos serviços disponíveis para sobreviventes.

De acordo com Andriessen & Farberow (2002), foram verificadas medidas tomadas no âmbito da pósvenção nos países anglo-saxónicos como os EUA, Canadá, Austrália, Inglaterra e Irlanda e em países escandinavos como a Suécia, Noruega e Dinamarca surgindo também a Nova Zelândia e a Bélgica. Ao desenvolverem medidas de prevenção, integraram políticas que abraçaram também estratégias de pósvenção.

Poderá então a pósvenção ser um eixo fundamental para a prevenção? Um dos pontos defendidos por Andriessen (2009) é que uma melhor compreensão do suicídio como fenómeno levará com certeza a uma melhor prevenção. Tendo em consideração que os sobreviventes estão envolvidos na prevenção de suicídio e, simultaneamente, são um grupo de risco suicidário, a pósvenção constitui-se como uma parte indispensável para um plano de prevenção do suicídio bem-sucedido. A pósvenção é prevenção (Andriessen, 2009). Também Jordan e McMenamy (2009) referem que a pósvenção com sobreviventes pode ser uma forma poderosa de prevenção, o que poderá evitar disfunções familiares, perturbações psiquiátricas ou eventuais suicídios.

Estudos realizados tendo em vista a identificação de necessidades percecionadas por sobreviventes destacaram o suporte por parte de profissionais de saúde mental e o apoio de família e amigos (Santos & Tavares, 2014). Os autores Jordan e McMenamy (2009) sugerem que grupos de suporte podem ser uma ajuda para os sobreviventes e que a psicoterapia poderá ser útil para pequenos grupos que desenvolvem problemas psicológicos/psiquiátricos.

Deste modo, os grupos de suporte para sobreviventes de suicídio e psicoterapia são formas promissoras para colmatar a larga variedade de problemas existentes e as necessidades destes indivíduos, contudo o número de estudos relativo à eficácia destes grupos é ainda insuficiente, o que não possibilita atestar o seu alcance (OMS, 2008).

¹⁹ Cfr. <https://iasp.info/postvention.php>, acedido a 22 de fevereiro de 2019.

Os grupos de suporte tornaram-se uma das formas mais comuns de intervenção pós-suicídio. Estes tipos de grupos de autoajuda, contrariamente a grupos de terapia, não se focam em mudar comportamentos disfuncionais ou atitudes entre os que neles participam. Ao invés, fornecem apoio a nível emocional e um ambiente não julgador no qual os participantes podem contar a sua história, receber empatia e trocar ideias acerca de como lidar com uma determinada situação (Jordan, 2011; OMS, 2006, 2008).

Além disso, estes grupos são eficazes para combater o isolamento e distanciamento que os sobreviventes muitas vezes sentem para com a sua rede social, oferecendo esperança de uma recuperação rápida do processo de luto (Jordan, 2011). Envolver o ambiente social no processo de luto também é um passo eficaz para a eficácia da pósvenção (Andriessen, et al., 2019).

Para além dos grupos de apoio mencionados anteriormente, as formas mais comuns de pósvenção passam por consultas de psicoterapia, recursos *online*, homenagens como a sinalização de dias nacionais pelos sobreviventes de suicídio, boletins informativos, difusão de folhetos e livros, educação comunitária e criação de vias por entre as quais os sobreviventes podem encontrar-se e interagir entre os mesmos (Jordan, 2011; Santos & Tavares, 2014).

Outra estratégia adequada de pósvenção é a autópsia psicológica, já mencionada no capítulo anterior. A mesma consiste numa tentativa de reconstruir o estilo de vida e a personalidade do suicida envolvendo familiares e profissionais, num ambiente facilitador de adaptação e *coping* ou, noutro contexto, como estratégia útil para lidar com o suicídio de um paciente (Peixoto et al., 2014a; Rothes, 2014). A sua finalidade prende-se com o facto de permitir, através da recolha da informação, um trabalho de intervenção quer no reequilíbrio das famílias das vítimas, quer na prevenção tanto do suicídio como da tentativa de suicídio (Peixoto et al., 2014a).

Ao nível da pósvenção organizacional, é possível esta ser potenciada através de uma resposta comunitária com base em assistência profissional começando por uma abordagem multifacetada, suporte e formação dos líderes dessa comunidade, para que eles mesmo consigam dar respostas apropriadas e abertas a outros membros da sua comunidade. Por sua vez, resultará num desenvolvimento de planos para lidar com o suicídio e as suas marcas a longo prazo, implementando mecanismos para impedir o suicídio no futuro (Jordan, 2011; OMS, 2008). Uma comunidade pode

desempenhar um papel crítico na prevenção do suicídio garantindo “apoio social aos mais vulneráveis e um acompanhamento continuado bem como o combate ao estigma e apoio aos enlutados por suicídio” (OMS, 2014, p. 9).

Em Portugal, o impacto do suicídio nos familiares tem sido pouco explorado, sendo escassas as investigações neste âmbito (Santos & Tavares, 2014; Santos et al., 2015). Como tal, esta investigação procurou fazer um levantamento das principais documentações e investigações de relevo na temática específica da pósvenção:

Quadro 2 - Principais documentos e investigações de relevo na área da pósvenção.

Ano	Autor/ Instituição	Síntese
2008	OMS/AIPS	Manual intitulado <i>Preventing suicide: How to start a survivors' group</i> no qual se procuram elencar alguns conselhos e boas práticas para dinamizar e garantir resultados positivos num grupo de apoio a enlutados por suicídio.
2011	Karyl Beal	Criação de um sistema inovador com base em suporte <i>online</i> para sobreviventes que inclui múltiplos quadros de mensagens nos quais é possível partilhar experiências e receber <i>feedbacks</i> de outros sobreviventes, constituindo-se como uma plataforma de homenagem e potencial forma de atuar na pósvenção adequada aos dias de hoje.
2014	Sara Santos, Rui Campos e Sofia Tavares	Num dos estudos pioneiros junto dos sobreviventes a nível nacional, foram identificados em 102 familiares enlutados, que cerca de 45% apresentavam ideação suicida e cerca de 60% demonstraram sinais de perturbação clinicamente significativa. Os resultados demonstraram também que a maioria dos sobreviventes apresentavam sintomatologia psicopatológica significativa, destacando-se, angústia, depressão e ansiedade relacionada com a ideação suicida apontando para uma urgente necessidade de programas de pósvenção.
2014	José Carlos Santos e Patrícia Batista	Identificação de fatores de risco em enlutados familiares de idosos que se suicidaram como o isolamento, solidão, angústia, noção de abandono, e depressão. Reiteraram a importância de identificação precoce de sinais de risco e necessidade dos profissionais de saúde agirem na fase de pósvenção e a importância de definir planos de prevenção do suicídio para cada região de acordo com o padrão de suicidalidade com recurso a identificação de casos de risco, de desesperança e na formulação de protocolos com as FS.
2014	Inês Rothes	Após uma análise das reações de profissionais de saúde ao suicídio de um paciente verificaram-se sentimentos de preocupação, dúvida, medo, frustração, choque, surpresa, insegurança e ansiedade, mas, noutra perspetiva, concluíram que este acontecimento se torna uma possibilidade de aprendizagem e de crescimento profissional podendo resultar em alterações positivas e adequadas na prática clínica.
2017	Karl Andriessen, Karolina Krysinska, Onja Grad	Manual criado com a participação de mais de 94 especialistas de vários países. Para além de todo o conhecimento, experiências e perspetivas, este livro constitui-se como uma referência ao nível da investigação, pelo resumo do estado da arte nesta área científica, mas também como um guia prático para profissionais que desempenham funções nesta área.
2017	Austrália	Manual com um conjunto de orientações para profissionais ligados à pósvenção, mas também a indivíduos ou grupos que mantenham contacto com enlutados como, por exemplo, profissionais de saúde ou assistentes

		sociais. Contém diretrizes necessárias para gerar capacidades dentro de uma determinada organização atuando na pósvenção, sendo estas relativas aos trabalhadores e ao seu apoio, ao desenvolvimento e implementação de práticas de pósvenção dentro da organização, investigação e avaliação.
2018	Andriessen, Krysinska, Draper, Dudley e Mitchell	Estudos baseados numa revisão sistemática de investigações que envolveram intervenções de profissionais com pessoas enlutadas em fase de pósvenção, verificando a existência de apenas 12 estudos nos quais foram utilizados grupos de controlo. Os investigadores descobriram que, apesar das várias décadas de investigação acerca da pósvenção, ainda é desconhecida a eficácia da intervenção junto dos sobreviventes e qual a modalidade de intervenção que tem mais resultados. A maioria dos participantes nesses estudos considerou a abordagem como positiva e neutra, não demonstrando qualquer tipo de arrependimento. Concluiu-se que as intervenções num luto por suicídio têm de ter um número mínimo de sessões, um período de tempo suficiente e conter aspetos terapêuticos, educacionais e de suporte, conduzidos por moderadores profissionais.
2019	Andriessen, et al.	

Fonte: Elaboração própria.

Apesar de tudo isto, convém realçar que mesmo existindo características comuns entre os indivíduos enlutados, todas as medidas e estratégias de pósvenção devem ser social e culturalmente adaptáveis de modo a “providenciar uma resposta efetivamente eficaz para as necessidades específicas dos sobreviventes” (Santos & Tavares, 2014, p. 451).

CAPÍTULO 4. METODOLOGIA, MÉTODOS E MATERIAIS

4.1. Introdução

Este capítulo contempla a metodologia de base utilizada no decorrer desta investigação científica assim como a respetiva abordagem ao problema de investigação, à análise do mesmo e aos métodos e técnicas de recolha, tratamento e análise de dados utilizados.

O fim de uma investigação científica é comumente associado à procura pela compreensão de melhores significados de um acontecimento ou conduta, a fazer inteligentemente o ponto de situação, a captar com maior perspicácia as lógicas de funcionamento de uma determinada organização (Quivy & Campenhoudt, 2005). De tal modo, esta investigação recorreu a um processo sistemático que assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico tendo em vista descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos (Fortin, 2009).

Esse processo, conhecido como método científico trata-se do “conjunto de processos ou operações mentais que devemos empregar na investigação. É a linha de raciocínio adotada no processo de pesquisa” (Prodanov & Freitas, 2013, p. 24). Noutra perspetiva, estes métodos podem ser vistos como “o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permitem alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros” (Lakatos & Marconi, 2003, p. 83).

4.2. Método de abordagem de investigação e justificação

Este RCFTIA tem como base uma metodologia qualitativa sendo o seu propósito o de “investigar ideias, de descobrir significados nas ações individuais e nas interações sociais a partir da perspetiva dos atores intervenientes no processo” (Coutinho, 2013, p. 28) tendo em vista “alcançar um entendimento mais profundo e subjetivo do objeto de estudo” (Vilelas, 2009, p. 108). Enquanto método de abordagem, este trabalho segue um raciocínio de natureza dedutiva, ou seja, “baseia-se no racional e lógico que parte do geral para o particular” (Sarmiento, 2013, p. 5).

No entanto, no decorrer de uma investigação científica, podem ser utilizados mais do que um método de modo a conseguir orientar todos os procedimentos objetivados num determinado estudo, mas, acima de tudo, para que sejam respondidas as questões de investigação (Prodanov & Freitas, 2013; Sarmiento, 2013).

Partindo do pressuposto mencionado anteriormente, foi privilegiado, como forma de ver cumprido o objetivo geral desta investigação, o método histórico e o método inquisitivo. O método histórico analisa acontecimentos e fenómenos, atendendo à datação, à constituição, ao desenvolvimento, à formação e às consequências do fenómeno. É um método típico de estudos qualitativos (Prodanov & Freitas, 2013; Sarmiento, 2013). O método inquisitivo é baseado no interrogatório, escrito e oral, e justifica-se pela aplicação de inquéritos por entrevistas (Sarmiento, 2013).

4.3. Modelo de análise

Para Quivy e Campenhoudt (2005, p. 109) este é o capítulo “charneira entre a problemática fixada pelo investigador, por um lado, e o seu trabalho de elucidação sobre um campo de análise forçosamente restrito e preciso, por outro”. Adotando tal premissa elaborou-se um quadro de análise²⁰ com a interligação entre os objetivos deste trabalho correlacionando-os com as questões de investigação o que permitiu uma melhor organização e coordenação dos inquéritos por entrevista lançados no decorrer desta investigação.

Na prossecução dos objetivos desta investigação surge a pergunta de partida, cuja formulação permitirá responder à problemática da investigação (Sarmiento, 2013). Como tal, retomamos a mesma:

PP. *Qual a abordagem da Guarda Nacional Republicana na prevenção, intervenção e pósvenção dos atos suicidários dos seus elementos?*

²⁰ Cfr. apêndice I.

Derivando desta última surgem as perguntas derivadas (PD), identificadas por (Fortin, 2009, p. 101) como “enunciados interrogativos precisos, escritos no presente”:

PD1. Quais as razões e fatores que estão na origem do suicídio de um militar da GNR?

PD2. Qual a estrutura de apoio assegurada pela GNR para garantir o bem-estar dos seus militares no que diz respeito à área da suicidologia?

PD3. Quais os mecanismos e procedimentos praticados pela GNR na prevenção do suicídio?

PD4. A pósvenção poderá ser uma forma eficaz de prevenção do suicídio na GNR?

4.4. Local, data de pesquisa e recolha de dados

Recolha de dados é o processo organizado e posto em prática junto de várias fontes com o objetivo de obter informações da realidade, sendo que “a natureza do problema de investigação determina o tipo de métodos de colheita de dados a utilizar” (Fortin, 2009, p. 239). Segundo Sarmento (2013), os dados que compõem uma investigação podem ser primários, se forem pesquisados pelo investigador, com vista a satisfazer uma necessidade de informação específica, e secundários, se os dados já existem e foram recolhidos, registados e analisados por outras pessoas.

No que diz respeito à pesquisa documental, a maioria provém de livros, manuais, legislação, revistas e artigos científicos disponíveis em repositórios científicos virtuais. Dos referidos, destacam-se o Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP), a EBSCO, e portais institucionais como o da *American Psychological Association* (APA) e da OMS. Paralelamente, em termos físicos, esta investigação teve lugar na Biblioteca da Escola da Guarda, na Biblioteca da AM e na Biblioteca Nacional de Portugal. Já o trabalho de campo, materializado em inquéritos por entrevista, decorreu entre 15 de março a 26 de abril de 2019. Após a validação deste instrumento de recolha de dados, foi remetido, com antecedência, juntamente com uma carta de apresentação e respetivo guião de entrevista, aos entrevistados (E) via correio eletrónico.

4.5. Métodos e técnicas de recolha de dados

Segundo Prodanov e Freitas (2013, p. 97) na fase do método de pesquisa e recolha de dados, o “objetivo é obter informações da realidade sendo nesta fase aquela em que são reunidos dados através de técnicas específicas”. Como tal, os métodos de recolha de dados utilizados com maior recorrência foram a análise documental e os inquéritos por entrevista.

A análise documental teve como fundamento um levantamento do estado da arte, sendo este produzido pelo investigador relativamente a fontes primárias, e pesquisada em bibliografia geral e específica sobre o tema em estudo (Sarmiento, 2013).

Já os inquéritos por entrevista visaram promover que “o interlocutor do investigador exprima as suas perceções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 192). A entrevista é considerada uma poderosa técnica de recolha de dados, pois fornece informações e elementos de reflexão muito ricos, garantidos por processos de comunicação e de interação humana e caracteriza-se por permitir um contato direto entre o entrevistador e os seus interlocutores, de forma metódica (Lakatos & Marconi, 2003; Quivy & Campenhoudt, 2005).

No que toca à classificação das entrevistas, realizaram-se entrevistas de cariz confirmatório, presencial, individual e semiestruturadas. Numa entrevista confirmatória, ao contrário da entrevista exploratória, visa a obtenção de informações que validem as informações recolhidas previamente nas fontes primárias e secundárias (Sarmiento, 2013). A entrevista semiestruturada consiste num conjunto de tópicos, ou perguntas-guia, relativamente abertas, que permite ao entrevistado falar mais abertamente e na ordem que lhe convier, o que “exige do entrevistador, por vezes, capacidade para reencaminhar a entrevista para os objetivos pretendidos” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 193).

4.6. Amostra

A amostra é “uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo” (Lakatos & Marconi, 2003, p. 163). Tendo por base os critérios de seleção e técnicas de amostragem existentes

procurou-se que, através da utilização deste instrumento, se atingisse uma visão global e profunda do problema de investigação. Porquanto, procurou-se entrevistar indivíduos cujos cargos e funções levem a essa mesma visão completa do tema desta investigação, atendendo como critério de seleção uma amostra com base em determinadas características específicas (Coutinho, 2013).

Pelos motivos supramencionados, no decorrer desta investigação foram lançados dois inquéritos por entrevista diferenciados, ou seja, um para cada grupo de entrevistados²¹. Um primeiro grupo, constituído por elementos pertencentes à estrutura da GNR, com o intuito de apurar a situação e eventuais potencialidades e vulnerabilidades na estrutura existente. Um segundo grupo, representado por estruturas exteriores à GNR, que pela sua preponderância e papel desempenhado na área desta investigação se tornam imprescindíveis de ter em conta devido à sua experiência e perspetivas deste problema.

O objetivo desta divisão prende-se numa análise de todos os pontos apontados pelo grupo um e, posteriormente, identificar uma eventual convergência ou divergência com as perspetivas defendidas pelo grupo dois. De referir que, no entanto, foi elaborada uma matriz de questões das entrevistas que foram direcionadas a cada entrevistado tendo em conta os objetivos desta investigação e as funções desempenhadas por cada entrevistado²². A amostra utilizada nesta entrevista é a constante do quadro 3 da presente investigação, abaixo representado:

Quadro 3 - Composição e caracterização da amostra.

Grupo	Identificação dos Entrevistados					Local	Data
	Código	Posto/ Grau Acadé- mico	Nome	Função	Instituição		
Grupo 1	E1	Coronel	Ilídio Canas	Ex-chefe do CPIS	GNR	Comando Territorial de Beja	04ABR19

²¹ Cfr. apêndices J, K, L e M.

²² Cfr. apêndice N.

	E2	Coronel	Carlos Alves	Diretor do CC	GNR	Centro Clínico	15MAR19
	E3	Tenente-coronel	António Martinho	Chefe do CPIS	GNR	Centro Clínico	25MAR19
	E4	Major	Leonel Ricardo	Diretor Clínico do CC	GNR	Centro Clínico	03ABR19
	E5	Major	Patrícia Nave	Diretora do Departamento de Saúde Mental do CC	GNR	Centro Clínico	20MAR19
	E6	Major	Pedro Luís	Chefe do Serviço de Psiquiatria do CC	GNR	Centro Clínico	12ABR19
Grupo 2	E7	Dr. ^a	Isabel Oneto	Secretária de Estado Adjunta e da Administração Interna	MAI	Lisboa	24ABR19
	E8	Dr.	Jorge Costa Santos	Médico psiquiatra, professor universitário, membro da SPS		Lisboa	26ABR19
	E9	Dr.	Carlos Braz Saraiva	Médico psiquiatra, professor universitário, membro da SPS		Coimbra	04ABR19

Fonte: Elaboração Própria

4.7. Tratamento e análise de dados

De acordo com Prodanov e Freitas (2013, p. 115), independentemente da “técnica (ou técnicas) de recolha de dados, o objetivo da etapa da análise e interpretação desses dados é responder, do melhor modo possível, ao problema de investigação”.

No que toca à análise documental, a mesma possibilitou a construção de um enquadramento teórico diverso, enquanto que o método das entrevistas está sempre associado a uma análise de conteúdo (Quivy & Campenhoudt, 2005). Todas as entrevistas devem ser lidas proporcionando uma compreensão da substância e o sentido dos discursos, de modo a identificar o sistema de categorias a usar no tratamento e, complementarmente, deve ser efetuada uma leitura horizontal das mesmas, que consiste na leitura de todas as respostas a cada questão dirigida aos

entrevistados com o objetivo final de codificar as respostas obtidas com a aplicação de entrevistas (Sarmiento, 2013).

Em suma, esta investigação procurou elaborar uma análise quantitativa e qualitativa dos dados obtidos nas entrevistas, criando matrizes de registo de análise de conteúdo, nomeadamente através de unidades de registo (UR) e unidades de enumeração (UE) seguindo o modelo de análise proposto por Sarmiento (2013), que será aprofundado no capítulo seguinte.

Tendo por base o princípio mencionado anteriormente, a análise de conteúdo das entrevistas foi realizada com recurso ao *software* QSR NVivo11. Este programa propiciou a organização e divisão das entrevistas por categorias permitindo uma análise completa e um desenho de padrões que se tornou fundamental para a obtenção das respostas às questões desta investigação²³.

Para além deste *software*, foram utilizados na elaboração e tratamento de dados do presente RCFTIA, o *Microsoft Office Word*, versão 2016, e para a elaboração de tabelas e quadros o *Microsoft Office Excel*, versão 2016. Em termos de gestão de bibliografia e pesquisa documental, o gestor de referências *Mendeley* foi uma ferramenta imprescindível e conveniente, seguindo as normas de formatação expostas na Norma de Execução Permanente (NEP) 522/ 2016 da AM.

²³ Cfr. apêndices O.

CAPÍTULO 5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

5.1. Introdução

Este capítulo contém a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos através dos inquéritos por entrevista aplicados. Num primeiro momento são apresentados os dados recolhidos, analisando de forma qualitativa e quantitativa todas as entrevistas, de modo a permitir um levantamento dos conteúdos abordados nas mesmas. Num segundo momento interpretam-se e discutem-se os dados recolhidos, comparando com a revisão de literatura levantada nos Capítulos Um, Dois e Três.

5.2. Apresentação de resultados

Tendo em vista uma análise mais detalhada e uma apresentação mais clara das categorias e subcategorias criadas através da análise das entrevistas, esta investigação decidiu expor na forma de uma tabela o recheio de todas as entrevistas, extraindo segmentos ou fragmentos de cada uma e a respetiva presença ou ausência de determinados dados.

A identificação das categorias e subcategorias foi o primeiro processo resultando nas UR ilustradas na tabela abaixo o que, por sua vez, permitirá uma maior acessibilidade ao conteúdo pretendido. Seguidamente, foi elaborada uma matriz de análise de conteúdo correlacionando as UR com os entrevistados, as UE e os resultados obtidos relativamente a cada questão da entrevista. Deste modo, procurou-se analisar e organizar os dados de uma forma quantitativa e qualitativa para uma análise mais clara e compreensível.

Quadro 4 - Análise qualitativa e quantitativa das entrevistas.

Categoria	Subcategoria	UR	Entrevistados									UE	Resultado
			E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9		
Questão 1 – Quais os principais fatores/circunstâncias que podem levar um militar a cometer suicídio?													
Suicídio	Fatores de predisposição	UR 1.1	X	X	X		X	X	X	X	X	8	8/8 (100%)

Questão 2 – Até que ponto a disponibilidade e acessibilidade a meios de suicídio (ex: arma de fogo) pode influenciar o número atual de suicídios?													
Suicídio	Meios e formas de suicídio	UR 1.2	X	X	X		X	X	X	X	X	8	8/8 (100%)
Questão 3 – Como é disponibilizada a informação sobre a prevenção do suicídio e meios de auxílio dos militares?													
Suicídio	Divulgação de Informação e Apoio	UR 1.3	X	X	X		X	X	X	X		7	7/8 (87,5%)
Questão 4 - O que é feito pela Guarda Nacional Republicana para evitar o suicídio de um militar?													
Suicídio	Intervenção	UR 1.4	X	X	X		X	X				5	5/6 (83,3%)
Questão 5 - Como poderá um militar informar que precisa de auxílio ou que se encontra numa situação da qual sente que não têm resolução?													
Suicídio	Encaminhamento	UR 1.5	X		X	X	X	X				5	5/6 (83,3%)
Questão 6 - Ao verificar que as estruturas de intervenção no suicídio encontram-se descentralizadas, de que forma se poderiam otimizar os seus recursos e meios técnicos?													
Prevenção	Estrutura da GNR	UR 2.1	X	X	X	X	X	X				6	6/6 (100%)
	Possível otimização de recursos	UR 2.2	X			X	X	X				4	4/6 (66,7%)
Questão 7 - Quais os mecanismos a acionar perante a deteção de sinais de alerta e identificação de fatores de risco em militares?													
Prevenção	Ativação de serviços	UR 2.3	X	X	X		X	X	X	X	X	8	8/8 (100%)
Questão 8 - Quais seriam os benefícios de formações específicas e programas educacionais na área da suicidologia?													
Prevenção	Formação	UR 2.4	X	X	X		X	X	X			6	6/8 (75%)
Questão 9 - Qual a preponderância que um plano de prevenção poderá ter na resolução deste problema?													
Prevenção	Melhoria de programas	UR 2.5		X			X	X	X	X	X	6	6/8 (75%)
Questão 10 - De que forma uma pósvenção a nível organizacional poderá constituir-se como uma mais valia?													
Pósvenção	Importante	UR 3.1	X	X	X		X	X	X	X	X	8	8/8 (100%)
Questão 11 - De que modo uma diminuição do estigma associado à doença mental e tratamento das mesmas seria favorável na intervenção do suicídio?													
Pósvenção	Diminuir o estigma	UR 3.2	X	X	X		X	X	X	X	X	8	8/8 (100%)
Questão 12 - Como descreveria, se existente, o apoio disponibilizado a todos os enlutados após o suicídio de um militar?													
Pósvenção	Apoio aos enlutados	UR 3.3	X	X	X		X	X	X	X	X	8	8/8 (100%)

Fonte: Elaboração própria.

Foi verificado, através da observação da tabela exposta acima, que em seis categorias num total de treze, originadas pelas respostas às questões das entrevistas, não foi atingida a percentagem total de respostas por toda a amostra. As restantes subcategorias obtiveram uma percentagem total nas respostas por parte dos entrevistados concluindo-se, portanto, que foram alcançados os objetivos de cada questão.

5.3. Análise e discussão de resultados

A discussão dos resultados obtidos nas entrevistas irá focar-se nas categorias e subcategorias em detrimento das questões de entrevista, tendo sido estas utilizadas apenas como instrumento de recolha de dados. Como tal, procede-se à referida análise:

5.3.1. Suicídio

No que diz respeito à categoria suicídio foram identificadas, após uma análise das entrevistas, várias subcategorias, entre as quais: Fatores de predisposição (UR 1.1); Meios e formas de suicídio (UR 1.2); Divulgação de Informação e Apoio (UR 1.3); Intervenção (UR 1.4); Encaminhamento (UR 1.5).

Dentro da subcategoria **Fatores de predisposição (UR 1.1)**, o suicídio foi identificado como pelos E2 e E3 como um fenómeno complexo e grave, multicausal, não exclusivo das forças de segurança, algo referido por vários autores, pela própria OMS e pelos estudos dos suicídios nas FS, encomendados pelo MAI, abordados no quadro 1 do presente RCFTIA.

Seguidamente, entre os fatores identificados estão causas multifatoriais que podem ser de ordem social, familiar, relacional, existencial, socioeconómica, psicológica entre outras (E1 e E6). Não existe um fator específico para um militar cometer suicídio (E5), no entanto, foram identificados: Consumo excessivo de álcool, problemas de saúde mental; isolamento do militar, ou seja, ausência de suporte familiar, ligação a amigos ou camaradas; roturas amorosas, divórcio, infidelidade; dívidas monetárias; conflito interno pessoal; pressão dos horários, a relação com os superiores, a complexidade do serviço policial (E1, E2, E3 e E5). Todos os fatores elencados correspondem aos identificados no quadro 8 presente no apêndice C.

Complementando, o E3 afirmou que fatores como, por exemplo, ser casado podem ser considerados um fator protetor junto da população geral, mas nas forças de segurança não o é, admitindo que maior parte dos que se suicidam são casados e têm família. Paralelamente, os militares têm dificuldade em gerir a exigência da profissão com as exigências da sociedade e da vida familiar.

Já na subcategoria **Meios e formas de suicídio (UR 1.2)** a arma de fogo foi apontada por todos os entrevistados como um fator facilitador, preponderante e

decisivo no suicídio de um militar por ser um meio tão letal e pela sua eficácia como meio de suicídio, que justifica o número de mortes por suicídio, quando comparado com outros meios que permitem que com uma intervenção imediata se revertam os seus efeitos. Na figura 8 constante no anexo B está comprovada a prevalência desse método como meio de suicídio junto das FS.

Retirar a arma ou não a um militar pode ser fundamental como forma de prevenção, atendendo ao cumprimento de todos os pressupostos legais para que haja legitimidade na adoção dessa medida preventiva, enaltecendo aqui o papel dos comandantes de posto e de destacamento como fundamental (E2 e E5). Esta medida está prevista no n.º 3 do art.º 88º do RDGNR conforme explorado no final do subcapítulo 2.4. da presente investigação.

Na **Divulgação e informação de apoio (UR 1.3)** esta é essencialmente providenciada através de ações de formação nos vários cursos existentes na GNR, assim como nas Unidades de modo a atingir o máximo de efetivo possível relativamente à temática da prevenção do suicídio (E1, E3 e E5). Paralelamente, é disponibilizada informação com recurso a trípticos, cartazes, brochuras, folhetos informativos, pósteres que devem estar afixados em todos os quartéis da GNR, e ainda através de um manual/guia de prevenção do suicídio (E1, E2, E3, E5 e E8). O manual foi vincado no âmbito desta investigação como uma ferramenta essencial para a compreensão e avaliação do risco de suicídio bem como na identificação de sinais de alerta prevenindo dessa mesma forma o suicídio (CPIS, 2013). No entanto, o E5 afirmou que ainda não se conseguiu aferir qual a eficácia e profundidade deste tipo de divulgações.

No que diz respeito à subcategoria **Intervenção (UR 1.4)**, procurou-se fazer um levantamento das ações que são levadas a cabo pela GNR aquando de uma situação relacionada com suicídio, junto dos entrevistados do grupo 1. Dessa forma, como resultado das entrevistas, verifica-se que a GNR atua através de cuidados especializados de Psiquiatria, Psicologia e Serviço Social institucional. Procura-se sinalizar e encaminhar militares que demonstrem sinais de alerta, por parte de comandantes, camaradas ou até mesmo dos próprios, para procurar consulta de especialidade. Após um encaminhamento por parte do CPIS, ou por iniciativa própria do militar, é encaminhado para o Centro Clínico para tratamento e avaliação. As

estruturas mencionadas nesta subcategoria são as destacadas no subcapítulo 2.4, no qual consta o respetivo enquadramento orgânico dos serviços supramencionados.

Relativamente ao processamento do **Encaminhamento (UR 1.5)**, o objetivo foi o de verificar como poderia um militar ser encaminhado para os serviços disponibilizados pela GNR. Como tal, foi verificado que os militares podem aceder a estes serviços através da linha de apoio, marcar consulta no Centro Clínico ou Hospitais militares, ou através das convenções existentes, através da Saúde e Assistência na Doença (SAD) à Guarda Nacional Republicana.

De acordo com o E3 e E5, a fase seguinte do encaminhamento depende ou não se já existe um acompanhamento do militar. Caso exista este pode ser continuar a ser feito, ou através das referidas convenções com a SAD, ou através do Centro Clínico. Caso não exista, terá de marcar uma consulta no CC ou noutro serviço disponível na sua área de residência onde se seguirá o apoio psicológico do militar, tratamento farmacológico ou, em casos extremos, o seu internamento.

De referir aqui a pertinência do protocolo de colaboração, como referido no capítulo 2.2 da presente investigação, que garante um sistema de referenciação e prioridade de atendimento para elementos das FS nos serviços de emergência de psiquiatria e saúde mental do SNS, constituindo-se uma mais valia na assistência aos militares que necessitem de apoio.

Quadro 5 - Tópicos chave identificados na categoria Suicídio.

N.º	Tópicos chave identificados				
	UR 1.1	UR 1.2	UR 1.3	UR 1.4	UR 1.5
E1	- “(...) fatores de ordem social, psicológica e de saúde mental.”	- “(...) acesso a armas de fogo pode ser um fator facilitador.”	- “(...) nos cursos de formação e de promoção e nas Unidades aos militares (...) através de trípticos, cartazes e brochuras.”	- “(...) apoio psicológico, psiquiátrico e de saúde (...)apoio de Assistentes Sociais a militares e famílias.”	- “(...) próprio militar ligar para a linha de apoio (...) marca consulta no Centro Clínico ou Hospitais militares (...) protocolos com a SAD (...)”
E2	- “(...) motivos são os mesmos que existem na sociedade civil, sejam estes económicos,	- “(...) o que faz a diferença é o acesso à arma de fogo.”	- “(...) cursos existentes como o de primeiros socorros psicológicos (...) através de palestras,	- “(...) encaminhament o do CPIS, ou por iniciativa do militar, passando a ser seguido pela	

	familiares ou outros.”		conferências (...)”	psiquiatria, psicologia, apoio regular, medicação, etc.”	
E3	- “(...) fatores como a pressão dos horários, a relação com os superiores, a complexidade do serviço policial, as relações afetivas (...)”	- “(...) na sociedade em geral, o método de suicídio utilizado é aquele que está mais à mão.”	- “(...) folhetos informativos (...) póster que deve estar afixado em todos os quartéis da GNR (...) um manual/guia de prevenção do suicídio (...) palestras em todas as unidades.”	- “(...) situação na qual existe necessidade de tratamento, são encaminhados para o Centro Clínico ou outros serviços existentes.”	- “(...) próprio militar ou o seu comandante, conforme a análise da situação, pode ligar para a linha de apoio, e é depois feito um encaminhamento.”
E4					- “(...) centro clínico dispõe de um departamento de saúde mental, (...) acessível a pedido do próprio, por referência médica ou de terceiros.”
E5	- “(...) fatores de predisposição ou circunstância que, estão relacionados com o isolamento do militar, ou seja, ausência de suporte familiar, ligação a amigos ou camaradas.”	- “(...) está comprovada essa prevalência de método de suicídio com recurso a arma de fogo.”	- “(...) através de ações de formação (...) também distribuídos panfletos (...)”	- “Após avaliação, o militar segue para o apoio psicológico, tratamento farmacológico ou, em casos extremos, o seu internamento. (...)”	- “(...) procura-se sinalizar e encaminhar militares que demonstrem sinais de alerta, por parte de comandantes, camaradas ou até mesmo dos próprios (...)”
E6	- “(...) causas são multifatoriais e podem ser de ordem vivencial, familiar, relacional, existencial, socioeconómica, entre outras.”	- “A acessibilidade a armas de fogo influencia o número de suicídios (...)”		- “(...) acesso a cuidados especializados de Psiquiatria, Psicologia e Serviço Social institucional nos centros clínicos da instituição (...)”	- “(...) o militar ou qualquer pessoa próxima que detecte sinais de risco, como um amigo, familiar ou outro camarada, pode contactar os serviços (...)”
E7	- “(...) as circunstâncias que levam ao suicídio não são diferentes entre	- “A posse constante de uma arma aliada ao saber manusear da	- “É difícil detetar os sinais de alerta o que torna o papel da informação		

	uma pessoa normal e um militar.”	mesma facilita o número de suicídios (...)”	extremamente importante (...)”		
E8	- “Um militar é, antes de mais, uma pessoa, com uma personalidade mais ou menos vulnerável, sujeita às vicissitudes da sua biografia pessoal (...)”	- “O acesso a meios letais, como é o caso das armas de fogo, representa um fator de risco de suicídio (...)”	- “(...) deverá ser disponibilizada por diversos meios (ações de formação periódicas, cartazes e folhetos, reuniões dirigidas por técnicos, telefone SOS, facilitação do acesso a apoio médico e/ou psicológico (...)”		
E9	- “(...) suicídio é um fenómeno comportamental multideterminado; ou seja, existem fatores predisponentes e fatores precipitantes.”	- “(...) arma é usada como instrumento de um ato suicida. (...) pela facilidade de acesso, pelo método violento, com elevada letalidade.”			

Fonte: Elaboração própria.

5.3.2. Prevenção

Na categoria Prevenção foram identificadas cinco subcategorias sendo estas: Serviços existentes (UR 2.1); Possível otimização de recursos (UR 2.2); Ativação de serviços (UR 2.3); Formação (UR 2.4); Melhoria de programas (UR 2.5).

Na subcategoria **Estrutura da GNR (UR 2.1)** verificou-se uma confluência total no discurso de todos os entrevistados do Grupo 1, atribuindo a responsabilidade dos serviços existentes dentro da GNR ao CPIS e ao CC. Novamente, as suas funções e atribuições são as expostas no decorrer do subcapítulo 2.4. desta investigação.

Por outro lado, surge a subcategoria **Possível otimização de recursos (UR 2.2)** assumindo que, à exceção do E3, todos os restantes admitiram que existe uma possibilidade de otimização dos serviços existentes nesta área. Por conseguinte, a principal referência como caminho a seguir, de acordo com os entrevistados, passa pela melhor coordenação entre serviços ou eventual unificação dos mesmos, sob a

mesma chefia ou comando de forma a melhorar a gestão e articulação de todo o tipo de apoio.

De acordo com o E2, a estrutura atualmente em vigor, dividida entre CC e CPIS, tem origens históricas tendo que este último sempre estado vinculado ao desempenho de funções no âmbito dos recursos humanos, enquanto que o CC foi criado para a vertente clínica. O CPIS, pela maior quantidade de psicólogos, acumulou a função de operar a linha de apoio (E3). No entanto, a maioria dos seus psicólogos está ligado à psicologia clínica, o que desvirtua a sua função adstrita ao CPIS de seleção e recrutamento (E5).

Outra alternativa, como sugestão do E5, passaria pela descentralização dos serviços de psicologia, atendendo não só a uma aproximação aos militares, mas também evitando o desgaste acumulado dos psicólogos ligados a esta atividade que têm de ocorrer a todas as situações de norte a sul do país. Os próprios psicólogos do CPIS são obrigados a deslocar-se a qualquer ocorrência para uma primeira intervenção em todo o território nacional, admitindo não só alguma demora na intervenção como um próprio desgaste dos intervenientes nestas situações (E3). Ainda de acordo com o E5, a própria Delegação do Centro Clínico do Porto tem sido alvo de desinvestimento, nomeadamente na área da saúde mental, apenas possuindo de momento o serviço de psicologia, assegurado por uma psicóloga e uma estagiária.

A subcategoria **Ativação de Serviços (UR 2.3)** pode sintetizar-se a quatro grandes alternativas para que o militar seja atendido: Telefonema para linha de apoio (800962000); marcação de consulta no CC ou Hospitais militares; marcação de consulta através das convenções existentes com a SAD; em casos extremos, seguir para o serviço de urgência mais próximo fazendo utilização do protocolo que dá prioridade no atendimento a militares da GNR. Existe uma equiparação possível nas respostas obtidas entre a presente subcategoria e a subcategoria Encaminhamento (UR 1.5), no entanto há que referir que apesar dos processos serem os mesmos, a ativação de serviços remete-se à possibilidade de procura de ajuda por parte do próprio militar enquanto que o encaminhamento se refere a todos os processos que podem ser desencadeados por terceiros.

De referir, com base no E2, E3 e E5, o surgimento como subcategoria emergente do papel dos comandantes pois, avaliando a sua importância no primeiro contacto com o militar, são estes a quem o papel de sinalização se reveste de um cariz

preventivamente mais eficaz. Reforçando, o comandante tem a responsabilidade e autoridade para retirar preventivamente a arma de fogo ao militar até se resolver essa situação, como mencionado no subcapítulo 2.4. desta investigação.

Atualmente, está a ser implementado no CC um instrumento de avaliação que faz uma triagem de militares que necessitem de encaminhamento para os serviços de Psicologia/Psiquiatria. Inicialmente, o modo de realizar esta “despistagem” é através de consultas nas especialidades de Medicina Preventiva e Medicina do Viajante com recurso a preenchimento de questionários, validados na área da psicologia, no final das respetivas consultas (E5).

É importante, nesta subcategoria, fazer a comparação entre os resultados obtidos nos dois grupos de entrevistados. Por conseguinte, o segundo grupo afirmou que há tarefas e ações que devem ser realizadas pelos serviços existentes, como: Avaliação dos candidatos a ingressar na corporação; recurso a pares (militares de referência, camaradas respeitados e com formação específica nesta área); aconselhamento via telefónica; facilitação do acesso a serviços de apoio psicológico e social; total apoio ao militar e às suas famílias.

Já na subcategoria **Formação (UR 2.4)**, destacou-se o Curso de Primeiros Socorros Psicológicos, cujo objetivo é dotar os militares com ferramentas e conhecimentos a nível de assistência e possível encaminhamento em situações que possam ocorrer, para sinalização e acompanhamento de um militar com o máximo de antecedência. O objetivo final é o de ter um militar por cada posto territorial com este curso numa tentativa de envolver toda a gente na temática da prevenção do suicídio (E3 e E5). Paralelamente, existe também formação neste âmbito ministrada ao Curso de Formação de Guardas, através de um módulo em Psicossociologia, e no Curso de Busca e Resgate em Montanha, que já tem inserido o Curso de Primeiros Socorros Psicológicos. São ministradas várias palestras e formações nos cursos de promoção existentes na GNR (E1, E2, E6). Como registado no enquadramento teórico, vários autores como Violanti (1995; 2004), Mitchell et al. (2008) e Mishara & Martin (2012) destacaram o papel da formação das FS no combate e prevenção do suicídio.

Em contrapartida, a formação ministrada nesta área não é suficiente e poder-se-ia introduzir este Curso de Primeiros Socorros Psicológicos em muitos outros cursos (E3 e E5). O E5 apontou ainda que os profissionais ligados à saúde mental em serviço na GNR deveriam estar mais interligados a este assunto e a outras instituições,

como a SPS, de forma a que se possa combater o estigma e o tabu associado ao suicídio, o que poderia diminuir a longo prazo o risco e o número de suicídios. Para além disso, o E7 afirma que a formação deve ter como prioridade o grupo de militares que tem tido uma maior preponderância neste tipo de comportamentos de forma a criar um sistema que permita identificar sinais de alerta de uma forma mais eficaz.

No que diz respeito à subcategoria **Melhoria de programas (UR 2.5)** pode concluir-se que a GNR tem procurado seguir os planos existentes, nomeadamente o Plano de Prevenção do Suicídio nas Forças de Segurança 2016/2020 mencionado no subcapítulo 2.2, e também o proposto por Jorge Costa Santos referido no quadro 1 do subcapítulo 2.2. do presente RCFTIA (E1, E2, E3). Deve atuar-se de forma muito organizada, sistemática e supervisionada de forma a que os resultados sejam alcançados, admitindo que um plano de prevenção bem estruturado é um princípio que permite prever um maior sucesso em qualquer área da saúde que se trate (E2 e E6).

Noutra perspetiva, o E3 afirma que é necessário aplicar os planos supramencionados, atendendo que os problemas são comuns em ambas as FS e o perfil do suicida é bastante idêntico entre o militar da GNR e o agente da PSP. No entanto, o E2, E5 e o E6 defendem que deve ser implementado algum tipo de diretriz adaptada à estrutura em vigor na GNR e ao atual problema do suicídio. Ou seja, alguma forma escrita e bem articulada poderia de forma mais concreta e vocacionada, delinear linhas de ação, definir redes de encaminhamento, ao invés de estar dependente da “boa vontade” e ligações informais (E5).

Já os entrevistados do segundo grupo defendem que, além das medidas já identificadas nos planos de prevenção, deve procurar-se otimizar as já existentes e garantir uma monitorização e reavaliação das medidas já implementadas, garantindo uma adaptabilidade do plano conforme as metas atingidas ou por atingir.

Quadro 6 - Tópicos chave identificados na categoria Prevenção.

N.º	Tópicos chave identificados				
	UR 2.1	UR 2.2	UR 2.3	UR 2.4	UR 2.5
E1	- “(...) a GNR é das instituições que tem uma melhor rede de apoio	- “(...) melhor coordenação entre serviço ou da unificação desses mesmo	- “(...) ligar para a linha de apoio (...) consulta no Centro Clínico	- “(...) existe um Curso de Primeiros Socorros Psicológicos e	- “(...) seguiu-se o plano proposto pelo Prof Dr Jorge Costa Santos, e

	psicológico, médico e social do país.”	serviços, sob a mesma chefia ou comando.”	(...) protocolos com a SAD (...) próprios camaradas/chefias ou família ou amigos.”	um módulo no curso de Guardas em Psicossociologia.”	que foi aprovado pelo MAI e cumprido pela GNR.”
E2	- “(...) atual estrutura que se encontra hoje em dia, dividida entre Centro Clínico e CPIS (...)”	- “(...) Apesar da situação atual não ser a ideal, esta funciona, mas é difícil de coordenar toda esta atividade (...)”	- “(...) O Centro Clínico atua em apoio, (...) passando a ser seguidos pela psiquiatria, psicologia, apoio regular, medicação, etc.”	- “(...) palestras neste âmbito nos cursos de formação e promoção existentes na GNR.”	- “(...) deve ser implementado um programa adaptado à GNR e ao atual problema relacionado com o suicídio.”
E3	- “(...) criada a linha de emergência (...) pode continuar a ser seguido, ou através dos protocolos, ou através do Centro Clínico.”	- “(...) No caso de uma junção do CPIS e do CC, estaríamos a misturar recrutamento e seleção com parte clínica (...)”	- “(...) próprio militar ou o seu comandante, conforme a análise da situação, pode ligar para a linha de apoio, e é depois feito um encaminhamento.”	- “(...) o CPIS está a apostar num curso de primeiros socorros psicológicos.”	- “Não vejo ser necessário um plano específico para a GNR (...)”
E4	- “(...) existem, disponíveis para os militares, apoios na área da saúde mental.”	- “(...) os recursos clínicos da área da psicologia deveriam estar centralizados no Centro Clínico.”			
E5	- “(...) são da responsabilidade e do CPIS e do Departamento de Saúde Mental do Centro Clínico.”	- “(...) seria proveitoso uma melhor articulação e coordenação entre os serviços de saúde mental na GNR, nomeadamente o CPIS e o CC, passando por uma direção única.”	- “O encaminhamento para a consulta de especialidade de psiquiatria no Centro Clínico pode ser feito pelos comandantes, sinalizando os seus militares, através da linha de apoio ou contacto informal (...)”	- “Os profissionais ligados à saúde mental em serviço na GNR deveriam estar mais interligados a este assunto e a outras instituições (...)”	- “Caso existisse um plano escrito e bem articulado poder-se-ia, de forma mais concreta e vocacionada, delinear linhas de ação, definir redes de encaminhamento (...)”
E6	- “(...) cuidados especializados de Psiquiatria, Psicologia e Serviço Social institucional nos centros	- “(...) possibilidade de maior interligação e conectividade entre serviços que poderá ser	- “(...) centro clínico da GNR ou o CPIS acionarão ações no sentido de esclarecer, apoiar e	- “A GNR, através dos serviços de saúde e CPIS, efetua várias formações e divulgações a	- “Um plano de prevenção bem estruturado é um princípio que permite prever um maior sucesso

	clínicos da instituição (...)"	alvo de atenção."	melhorar o contexto que origina o pedido de auxílio."	nível nacional (...)"	em qualquer área da saúde (...)"
E7			- "Total apoio ao militar e às famílias (...) não é fácil saber lidar com alguém que pensa em se suicidar. Há que saber como abordar/interagir com determinados comportamentos."	- "(...) formação deve ter como prioridade a linha de militares que tem tido uma maior preponderância para este tipo de comportamentos (...)"	- "(...) devem haver mais consultas, rastreios, entre outros (...) o que leva a concluir que é necessária uma programação bem estruturada."
E8			- "(...) cuidada avaliação dos candidatos a ingressar (...) reavaliação periódica (...) o recurso a pares (...) o aconselhamento por via telefónica junto do CPIS (...)"		- "Os resultados dependerão em larga medida, das medidas tomadas (...) obrigando a uma cuidada monitorização dos procedimentos (...)"
E9			- "Facilidade no acesso a consultas de especialidade, apoio social e familiar (...) Regra de ouro: criar proximidade, promover alternativas (...)"		- "(...) causas do suicídio nas FS são conhecidas e foram descritas. Só falta ativar ou otimizar as medidas há muito preconizadas."

Fonte: Elaboração própria.

5.3.3. Pósvenção

Por fim, na última categoria, identificada como Pósvenção, verificou-se a existência de três subcategorias: Importante (UR 3.1); Diminuir o estigma (UR 3.2); Apoio aos enlutados (UR 3.3)

No que diz respeito à subcategoria **Importante (UR 3.1)**, todos os entrevistados concordaram tratar-se de uma área de elevada relevância configurando-se a tarefa da pósvenção como uma tarefa crucial na prevenção do suicídio. Por outro

lado, o E3 apontou para o facto de que atualmente existem alguns problemas relacionados com o número de psicólogos a exercer funções na GNR, o que pode comprometer os resultados nesta área.

Na subcategoria **Diminuir o estigma (UR 3.2)** verificou-se novamente uma convergência nas opiniões de todos os entrevistados. Há que quebrar o estigma e o tabu associado ao suicídio através de uma sensibilização dos comandantes e formação dos militares para identificar fatores de risco (E2, E3, E5). Como verificado no enquadramento teórico e mencionado pelos E4, E8 e E9, uma das prioridades da OMS na prevenção do suicídio passa pela redução do estigma e tabu associado à doença mental. De acordo com o E3, os militares, por norma, não estão muito sensibilizados para detetar um mal-estar psicológico. Os sintomas psicológicos são invisíveis, o que muitas vezes leva a uma desvalorização dos mesmos, a uma desconfiança de uma eventual baixa ou dispensa médica levando a um agravar do estado psicológico do militar. Paralelamente, o E5 apoia uma maior comunicação e mais debate destas questões no seio da instituição de forma a reduzir o estigma, melhorar procedimentos e aumentar o encaminhamento e tratamento das pessoas.

Outro aspeto emergente nesta subcategoria foi a confidencialidade. O facto de numa convocatória de um militar para a sua vinda a uma consulta no CC mencionar qual a especialidade da consulta, viola de certa forma esta confidencialidade e privacidade do militar. Por conseguinte, eliminar este tipo de registo é fundamental para quebrar o estigma e mentalidades relativas ao tema do suicídio (E3 e E5).

Relativamente à subcategoria **Apoio aos enlutados (UR 3.3)** foi verificado que a GNR presta apoio a todos os familiares e amigos enlutados sempre que um pedido é solicitado, conforme foi mencionado por todos os entrevistados do Grupo 1. No entanto, segundo o E5, levantam-se algumas dúvidas quanto à eficácia e disponibilização deste apoio junto dos enlutados. Muitas vezes existe uma descontinuidade deste acompanhamento, limitando-se a intervenção aos momentos seguintes ao choque inicial, ou seja, não é feito um encaminhamento das pessoas para o Centro Clínico. O E3 afirma que, muitas vezes, as pessoas são pressionadas a não seguir estes serviços, por razões alheias, não tornando possível um acompanhamento contínuo destas pessoas.

Contudo, os entrevistados do segundo grupo defendem que o apoio aos enlutados por suicídio deve passar por reduzir eventuais sentimentos de culpa por

parte destes, devendo ser contactados os familiares próximos do falecido, não apenas para acompanhar o processo de luto, mas também para facultar um apoio ativo sempre que estes o desejem. Ou seja, a proximidade aos enlutados surge aqui como fulcral de forma a acolher mágoas, esbater culpas e esclarecer demais sentimentos.

Tendo por base que a pósvenção é uma das áreas ainda a aprofundar na GNR e na área da suicidologia, esta investigação resolveu construir uma nuvem de palavras resultante de todas as entrevistas com base no software de análise *software* QSR NVivo11.²⁴

Quadro 7 - Tópicos chave identificados na categoria Pósvenção.

N.º	Tópicos chave identificados		
	UR 2.1	UR 2.2	UR. 2.3
E1	- “Todos os mecanismos sejam eles uma pósvenção ou outro qualquer são sempre importantes (...)”	- “(...) as palestras que são efetuadas tem como objetivo a diminuição do estigma de forma a sensibilizar os militares (...)”	- “(...) prestam também apoio aos familiares e amigos se o pedido for solicitado.”
E2	- “(...) pósvenção pode de facto ajudar numa prevenção eficaz (...)”	- “(...) já não existe tanta resistência dos militares em frequentar estas consultas, o que demonstra uma redução do estigma, apesar de ainda existente.”	- “O Centro Clínico dá auxílio a todos os que requisitam os seus serviços (...)”
E3	- “(...) pósvenção ocupa um papel muito importante (...)”	- “É importantíssimo reduzir o estigma e o tabu relativamente à psicologia e ao suicídio (...)”	- “Penso que é suficiente mas pode-se sempre melhorar (...)”
E4			
E5	- “É importante, e já é feito atualmente, uma intervenção pós-suicídio (...)”	- “É essencial falar sobre o assunto de modo a eliminar o tabu que surge em redor do suicídio (...)”	- “(...) este processo não é muito eficaz pela descontinuidade deste acompanhamento, limitando-se a intervenção aos momentos seguintes ao choque inicial (...)”
E6	- “(...) apoiar os militares (e respetivos familiares) que tiveram tentativas de suicídio mas sobreviveram é um trabalho crucial.”	- “A diminuição do estigma (...) é sempre favorável para qualquer melhoria de resultados que se pode obter.”	- “(...) apoios que se podem prestar (...) são abertos e providenciados a todos os familiares (...)”
E7	- “É importante ter sempre em consideração as famílias e os colegas para uma	- “As causas que levam a um suicídio podem ser diferentes, mas a natureza humana é a mesma, há que	- “(...) fornecido apoio aos enlutados por suicídio sendo que a família e a própria

²⁴ Cfr. apêndice P.

	prevenção bem-sucedida (...)"	quebrar o estigma em volta deste tema (...)"	unidade são profundamente afetados com um suicídio."
E8	- "A pósvenção é uma forma de prevenção suscetível de contribuir para reduzir um eventual efeito de contágio (...)"	- "O combate ao estigma associado à doença mental constitui uma das prioridades da OMS, existindo várias diretivas visando este objetivo (...)"	- "(...) os familiares próximos do falecido deverão ser contactados, não apenas para acompanhar o processo de luto, mas também para facultar um apoio ativo sempre que estes o desejem."
E9	- "Embora uma tarefa árdua, a pósvenção é muito importante na diminuição das taxas de suicídio (...)"	- "(...) é essencial lutar contra o estigma, o que no caso das FS se torna uma tarefa mais difícil por causa dos estereótipos culturais."	- "(...) proximidade (...) Para acolher mágoas, esbater culpas e esclarecer demais sentimentos. Sem moralismos ou preconceitos."

Fonte: Elaboração própria.

5.4. Resposta às questões derivadas

5.4.1 Resposta à Pergunta Derivada 1

Em relação à **PD1**, "**Quais as razões e fatores que estão na origem do suicídio de um militar da GNR?**", verificou-se que o suicídio é um fenómeno complexo causado por múltiplos fatores que podem ser de ordem social, familiar, existencial, socioeconómica, entre outras. O suicídio não escolhe idades, género ou profissão e não existe exclusivamente nas FS. É de reforçar que não existe uma única causa que possa ser associada ao suicídio de um militar, assumindo que são vários os fatores de risco e fatores protetores, que foram identificados ao longo desta investigação, e que encerram em si um papel de relevo quando associados à identificação de sinais de alerta. Caso estes sinais sejam detetados atempadamente pode, de facto, prevenir-se um suicídio e encaminhar o militar para os serviços de auxílio existentes, seja dentro ou fora da instituição.

Importa agora, depois de esclarecido que os fatores que levam ao suicídio são de natureza humana e comuns a todas as pessoas, ter em atenção que existem particularidades inerentes à profissão policial que levam a uma predisposição facilitada a determinados fatores de risco e geradores de stresse. Alguns dos principais fatores, identificados ao longo deste RCFTIA, respondem a esta PD: Presença constante da arma de fogo, sendo este um meio decisivo, de alta letalidade e facilitador de um suicídio; complexidade do serviço policial; consumo excessivo de álcool ou outras substâncias; pressão do horário de serviço, isolamento do militar;

problemas na vida pessoal e familiar causados por relacionamentos amorosos, dívidas monetárias, gestão do tempo com a família, entre outros.

5.4.2 Resposta à Pergunta Derivada 2

Em relação à resposta da PD2, “Qual a estrutura de apoio assegurada pela GNR para garantir o bem-estar dos seus militares?”, esta pode dividir-se em duas partes sendo uma primeira o levantamento dos serviços existentes no seio da GNR e como estes operam e, por outro, a possibilidade ou não de uma otimização de todos estes recursos.

Na intervenção no suicídio, o primeiro passo e mais importante é reconhecer que o problema existe, algo que já havia sido identificado desde o primeiro estudo realizado em 2006 por Alberto Bessa Peixoto, Carlos Braz Saraiva e Nazaré Santos numa tentativa de levantar quais as causas e elencar algumas das soluções para o número de suicídios nas FS. Em 2016, um novo balanço dessas causas e soluções foi elaborado, desta volta por Jorge Costa Santos, em que ambos demonstram a preocupação das várias entidades governativas em lidar com esta problemática.

As estruturas existentes na GNR responsáveis pela prevenção do suicídio são o Centro de Psicologia e Intervenção Social e o Centro Clínico. Em termos genéricos, o CPIS tem a responsabilidade de assegurar a linha de apoio da GNR (800 962 000) assim como uma primeira intervenção no local através de uma equipa de psicólogos. Por outro lado, o CC atende a todas as consultas que são marcadas nas especialidades relacionadas com saúde mental e assegura a continuidade e encaminhamento dos casos que são sinalizados pelo CPIS. A orgânica e funções do CPIS e CC foram abordadas com maior pormenor no subcapítulo 2.4. da presente investigação.

Relativamente à segunda parte da resposta a esta PD, foram apontadas por parte dos entrevistados desta investigação algumas vulnerabilidades e possibilidades de melhoria na atual estrutura de combate ao suicídio. Por conseguinte, a principal oportunidade sugerida passa por uma melhor coordenação entre os serviços existentes, nomeadamente o CC e o CPIS. Essa proposta consiste na unificação desses mesmos serviços, sob a mesma chefia ou comando, de forma a melhorar a sua coordenação e gestão de todo o tipo de apoio. Atualmente, apesar de ambos os órgãos acumularem funções diferentes, adstritas a duas áreas distintas como a de seleção e recrutamento e outra ao apoio clínico, é verificável que o número de intervenções e

necessidade de apoio nesta área carece de uma maior coordenação e até mesmo de recursos humanos. Este facto pode ser comprovado com o volume cada vez maior da linha de apoio da GNR que duplicou no ano de 2018, conforme se verifica na figura 5 desta investigação.

Noutro eixo, aquando da análise dos planos existentes, nomeadamente o mais recente sendo o Plano de Prevenção do Suicídio nas Forças de Segurança 2016/2020, esta investigação conclui que o plano está de facto bem organizado e sistematizado como instrumento essencial para fazer face a esta problemática. Em contrapartida, sugere-se uma elaboração de doutrina interna na GNR, que permitirá de uma forma mais concreta melhorar procedimentos, delinear linhas de ação e definir redes de encaminhamento o que, por sua vez, permitirá uma aplicação e monitorização mais eficaz do plano supramencionado.

Uma outra estratégia de otimização passa pela descentralização dos serviços de psicologia, como forma de aproximar este apoio aos militares, a melhorar tempos de resposta em casos urgentes e de evitar o desgaste acumulado dos psicólogos que são obrigados a ocorrer a todas as situações de norte a sul do país, sejam os psicólogos do CPIS, sejam os do CC.

5.4.3 Resposta à Pergunta Derivada 3

Apurando os resultados obtidos em relação à **PD3 “Quais os mecanismos e procedimentos praticados pela Guarda Nacional Republicana na prevenção do suicídio?”**, depreende-se com esta investigação que a prevenção do suicídio é um dever e uma responsabilidade de todos. No entanto, evitar todos os suicídios é um objetivo quimérico. À semelhança da questão anterior também esta pergunta pode ser respondida em duas partes. Uma primeira que explique o modo de como funcionam os serviços ligados à saúde mental na GNR, desde a sinalização ao encaminhamento de um militar. Noutra perspetiva, aborda-se o papel da formação e divulgação de informação como forma preponderante de prevenir o suicídio e envolver todos nesta temática.

Relativamente à intervenção ou encaminhamento para os serviços de saúde mental, as hipóteses existentes passam essencialmente por telefonar para a linha de apoio (800 962 000), marcação de consulta no Centro Clínico ou Hospitais militares, marcação de consulta através das convenções existentes com a SAD ou, em casos

extremos, seguir para o serviço de urgência mais próximo fazendo utilização do protocolo que dá prioridade no atendimento a militares da GNR.

Existe assim uma atenção constante em sinalizar e encaminhar militares que demonstrem sinais de alerta, por parte de comandantes, camaradas ou até mesmo dos próprios, para procurar consulta de especialidade. Após um encaminhamento por parte do CPIS, ou por iniciativa própria do militar, é encaminhado para o Centro Clínico para tratamento e avaliação. De destacar aqui, o papel do comandante como responsável e figura com autoridade para retirar preventivamente a arma de fogo ao militar até se resolver uma determinada situação.

Noutra perspetiva, surge o papel da formação e disponibilização da informação como eixos preponderantes de prevenção do suicídio nas forças de segurança. A formação é essencial de forma a dotar de ferramentas e conhecimentos a todos os militares para assistência e encaminhamento em situações de forma a sinalizar e acompanhar um militar com o máximo de antecedência possível. A aposta num Curso de Primeiros Socorros Psicológicos é fundamental e deve ser vista como uma forma de servir melhor não só a população portuguesa, como também uma formação entre pares que contribuirá significativamente para a redução do estigma e do tabu associado às doenças e problemas mentais.

Além desta formação, ter informação sobre o apoio disponível em brochuras, folhetos informativos, pósteres afixados em todos os quartéis da GNR, e ainda um manual/guia de prevenção do suicídio permitem que haja, por parte da instituição, informação de rápido acesso e disponível para todos aqueles que precisem de apoio.

5.4.4 Resposta à Pergunta Derivada 4

Em relação à PD4, “**A pósvenção poderá atuar como uma forma eficaz de prevenção do suicídio?**”, verificou-se que esta se configura como um eixo primordial de prevenção do suicídio. A GNR presta apoio a todos os familiares e amigos enlutados sempre que um pedido é solicitado, no entanto, ainda não foi possível apurar a eficácia da disponibilização deste apoio junto dos enlutados, seja por uma descontinuidade do acompanhamento apenas nos momentos seguintes ao choque inicial, seja por não ser feito um encaminhamento das pessoas para o Centro Clínico.

Sobressai aqui a importância de reduzir o estigma relativamente à procura de apoio e informações. É necessário continuar a sensibilizar os militares e comandantes para identificar e comunicar eventuais fatores de risco e sinais de alerta. Não se devem desvalorizar os sintomas psicológicos apesar de não serem facilmente detetáveis. Deve procurar-se uma maior comunicação e mais debate destas questões no seio da instituição de forma a reduzir esse estigma, melhorar procedimentos e aumentar o encaminhamento e tratamento das pessoas.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente RCFTIA assumiu como grande problemática de investigação o número elevado de suicídios que se verificaram na Guarda Nacional Republicana, como retratado no subcapítulo 1.5, apontando para um total de 112 suicídios de militares desta instituição até ao final de 2018.

Esta investigação aborda assim a grande temática do suicídio, iniciando pela sua caracterização como fenómeno, a nível internacional e nacional, análise completa do seu impacto nas forças de segurança e, de seguida, pela procura de compreender quais as vulnerabilidades e potencialidades existentes ao nível da sua prevenção nos elementos da Guarda Nacional Republicana.

Ao chegar a este capítulo, encontram-se reunidas as condições para responder à PP que foi formulada no início desta investigação e que se pretende ver respondida finalizando este capítulo com as reflexões finais desta investigação, limitações e dificuldades encontradas no decorrer da mesma e recomendações para futuras investigações que incidam nesta temática.

Retomando a PP da presente investigação, *Qual a abordagem da Guarda Nacional Republicana na prevenção, intervenção e pósvenção dos atos suicidários dos seus elementos?*, depreende-se que a resposta à mesma assenta em três grandes elementos sendo estes a prevenção, intervenção e pósvenção.

Iniciando a resposta à questão, concluímos que a GNR norteia a sua atividade na área do suicídio pelo PPSFS 2016/2020, através de uma constante monitorização, implementação e intervenção no que toca às medidas pautadas no referido plano.

Podemos, de tal modo, destacar nesta investigação como atividades primordiais de prevenção do suicídio na GNR a divulgação de informação, a aposta na formação relacionada com este tema e ainda a criação de novas diligências que permitirão, de futuro, identificar com maior facilidade e eficácia sinais de risco em militares. Por conseguinte, a divulgação de informação e sensibilização em torno desta problemática são consideradas fundamentais sendo esta disponibilizada em folhetos informativos, palestras ministradas ao longo de todo o dispositivo, pósteres afixados em todos os quartéis e também de um manual/guia de prevenção do suicídio,

que contém informação essencial para auxiliar na compreensão e avaliação do risco de suicídio.

Por sua vez, foi verificado um aumento na formação nesta área, nomeadamente num Curso de Primeiros Socorros Psicológicos. Este é fundamental, não só como forma de disponibilização de apoio e quebra do tabu em volta do suicídio, mas também como forma de incentivo ao apoio entre pares e a um mais fácil encaminhamento e sinalização de um militar que precise de apoio. No entanto, fruto da sua recente criação, só ainda um número reduzido de militares frequentou este curso, tendo no horizonte o objetivo de ter um militar com este curso em cada quartel da GNR. Para além disso, este poderia ainda ser integrado noutros cursos de formação, à semelhança do que já é implementado no Curso de Formação de Guardas, e até em cursos de especialização e promoção como forma de dinamizar o processo de sensibilização de todos os militares para a importância de abordar este assunto de forma humana e responsável.

Dentro da prevenção destaque ainda para a criação de uma nova forma de monitorização e avaliação da saúde mental dos militares. Esta consiste na realização de um teste sob forma de questionário após as consultas dos militares nas especialidades de Medicina Preventiva e Medicina do Viajante. Apesar das respostas poderem ser influenciadas pela honestidade dos militares considera-se que esta é uma medida ativa e inovadora na forma de prever uma eventual necessidade de intervenção e como tal deve ser posta em prática e, se possível, alargada a outras especialidades de forma a atingir o maior número de militares possível.

Noutra perspetiva, analisando o posicionamento da GNR na intervenção do suicídio, as responsabilidades atribuídas nesta área repartem-se entre o CPIS e o CC sendo que, de grosso modo, ao CPIS cabe a tarefa de atender a linha de apoio, ocorrer a uma primeira intervenção em crise suicidária e encaminhar/sinalizar militares que necessitem de apoio, enquanto que ao CC cabe a assistência aos militares desde consultas de psiquiatria e psicologia a um possível internamento do mesmo. Um militar poderá ser atendido ou apoiado numa eventual crise suicidária através das seguintes alternativas: Telefonema para linha de apoio; marcação de consulta no Centro Clínico ou Hospitais militares; marcação de consulta através das convenções existentes com a SAD; em casos extremos, seguir para o serviço de urgência mais

próximo fazendo utilização do protocolo que dá prioridade no atendimento de elementos das FS.

É de realçar que foram comunicadas à presente investigação, potenciais formas de otimizar a eventual estrutura de intervenção do suicídio em vigor na GNR. A principal proposta assenta numa unificação dos serviços do CPIS e do CC num só órgão assente numa direção única pressupondo uma melhor coordenação, encaminhamento e gestão de recursos nesta área. Paralelamente, urge uma reversão do desinvestimento nos serviços de saúde mental no CC do Porto pois, atendendo à diminuta descentralização dos serviços disponibilizados ao longo de todo o território nacional, a magnitude implícita ao funcionamento apenas de apenas dois Centros Clínicos leva a que, quer os militares, quer os psicólogos sejam obrigados a percorrer longas distâncias para resolver uma determinada situação.

Por último, no que concerne à atividade de pósvenção na GNR esta denota-se sobretudo como a tarefa no âmbito preventivo mais urgente e humana a realizar. É necessário apoio total aos familiares, amigos e camaradas de um militar que cometeu suicídio. A GNR disponibiliza apoio a todos os que o requisitem e tais serviços são sempre ativados quando se regista a ocorrência de um suicídio.

Porquanto, seria importante tomar mais providências no sentido de quebrar o estigma e o tabu associado às doenças mentais, iniciando a sua abordagem inicial com um esforço de prevenção responsável baseado na compreensão e entreaajuda. É um objetivo utópico acreditar na redução das taxas de suicídio a zeros, mas, no entanto, devem ser levadas a cabo todas as medidas possíveis quando está em causa uma vida humana. Todavia, a GNR, apoiada por uma estratégia nacional de prevenção do suicídio, tem encetado todos os esforços possíveis com os recursos humanos e financeiros disponíveis para prevenir os comportamentos suicidários dos seus elementos.

Esta investigação permitiu-nos apurar que a GNR tem encetado, nos últimos anos, um papel fulcral na prevenção e intervenção do suicídio nos seus militares através da continuidade na divulgação de informação, aposta na formação e no funcionamento dos serviços ao dispor dos militares. Todavia, dada a natureza desconcertante desta problemática leva a que possam ser ainda tomadas e otimizadas determinadas medidas que levem a uma maior eficiência e eficácia de todo este sistema. Como recomendações desta investigação, apela-se para que as medidas

elencadas ao longo da mesma possam ser refletidas e consideradas em prol da nobre instituição GNR e também da população portuguesa.

De referir ainda que no decorrer do presente RCFTIA, foram verificadas algumas limitações nomeadamente a impossibilidade de acesso a alguns entrevistados, especialistas na área da suicidologia que não foi possível abordar pela indisponibilidade dos mesmos.

Para investigações futuras sugere-se um estudo que demonstre a preponderância dos comandantes, de posto e destacamento, na responsabilidade de sinalização e encaminhamento dos seus militares. Outro estudo possível passaria pela aplicação de um instrumento de avaliação de risco, tendo por base a avaliação de níveis de stresse ou *burnout* dos militares, em grupos de controlo específicos por forma a apurar o panorama geral da saúde mental dos militares da GNR.

Para finalizar, esta investigação releva a pertinência da temática em estudo, vinculada na introdução da presente investigação, como um contributo para o aumento do conhecimento científico nesta área e, paralelamente, a contribuição com potenciais linhas orientadoras adaptáveis às estruturas de resposta ao suicídio nas FS, tendo como fim a prevenção do mesmo. Todavia, é de distinguir a notabilidade desta investigação como forma de quebrar o tabu e o estigma associado à morte e ao suicídio, numa tentativa de instigar a relevância de falar, respeitar e procurar compreender o ser humano.

BIBLIOGRAFIA

- Academia Militar [AM]. (2015). *Norma de execução permanente n.º 520/4ª*, de 11 de maio: Trabalho de Investigação Aplicada.
- Academia Militar [AM]. (2016). *Norma de execução permanente n.º 522/1ª*, de 20 de janeiro: Normas para a redação de trabalhos de investigação.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho [AESST]. (2014). Publicações da União Europeia. In *Serviço das publicações da União Europeia*. Acedido a 12 de Março de 2019 em <https://publications.europa.eu/pt/publication-detail/-/publication/5f83d9a9-0987-4269-8bd5-3f825fcd4e95/language-pt>
- Alves, L. (2012). *Fatores de stress e estratégias de coping utilizadas pelos militares da Guarda Nacional Republicana no desempenho de funções*. Trabalho de investigação aplicada em Ciências Militares, na especialidade de segurança. Academia Militar, Lisboa.
- Amaro, F., & Henriques, L. (2014). Sociologia e crise. In D. Sampaio, C. Saraiva, & B. Peixoto, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 33-40). Lisboa: Lidel.
- Andersen, J., Arnetz, B., Gustafsberg, H., Koskelainen, M., Nyman, M., & Papazoglou, K. (2015). Applying resilience promotion training among special forces police officers. *Sage Open*, 5, 1-8. doi:10.1177/2158244015590446
- Andriessen, K. (2004). Suicide survivor activities - an international perspective. *Suicidologi*, 9(2), 26-31. doi:10.5617/suicidologi.1883
- Andriessen, K. (2005). A reflection on "suicide survivor". *Crisis*, 26, 38-39. doi:10.1027/0227-5910.26.1.38
- Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 30, 43-47. doi:10.1027/0227-5910.30.1.43
- Andriessen, K., & Farberow, N. (2002). *European directory of suicide survivor services*. Le Baradé: IASP.

- Andriessen, K., & Kryszyska, K. (2012). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 24-32. doi:10.3390/ijerph9010024
- Andriessen, K., Kryszyska, K., & Grad, O. (2017). *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support*. Göttingen/Boston: Hogrefe.
- Andriessen, K., Kryszyska, K., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. (2018). Harmful or helpful? A systematic review of how those bereaved through suicide experience research participation. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 39, 364-376. doi:10.1027/0227-5910/a000515
- Andriessen, K., Kryszyska, K., Hill, N., Reifels, L., Robinson, J., Reavley, N., & Pirkis, J. (2019). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry*, 19, 2-15. doi:10.1186/s12888-019-2020-z.
- Anshel, M. (2000). A conceptual model and implications for coping with stressful events in police work. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 375-400. <http://dx.doi.org/10.1177/0093854800027003006>
- Arensman, E. (2017). Suicide prevention in an international context: Progress and challenges. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 38, 1-6. doi:10.1027/0227-5910/a000461
- Assembleia da República [AR]. (1999). Lei n.º 145/99 de 1 de setembro: Regulamento de Disciplina da Guarda Nacional Republicana. *Diário da República*. 1.ª série, n.º 204, 6082-6103.
- Assembleia da República [AR]. (2007). Lei n.º 63/2007 de 6 de novembro: Lei Orgânica da Guarda Nacional Republicana. *Diário da República*. 1.ª série, n.º 213, 8043-8051.
- Assembleia da República [AR]. (2008). Lei n.º 36/2008 de 24 de julho: Lei de Saúde Mental. *Diário da República*. 1.ª série, n.º 169, 3544-3550
- Assembleia da República [AR]. (2008). Decreto Regulamentar n.º 19 de 27 de novembro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 231, 8540-8546.
- Aster, M. (2008). Stress and deviance in policing. *Deviant behavior*, 29, pp. 43-69.

- Australian Institute for Suicide Research and Prevention & Postvention. (2017). *Postvention Australia guidelines: A resource for organisations and individuals providing services to people bereaved by suicide*. Brisbane: Australian Institute for Suicide Research and Prevention.
- Beal, K. (2011). Parents of suicides - Friends and families of suicides Internet community. In J. Jordan, & J. McInstosh, *Grief After suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 381-388). Nova Iorque: Routledge/ Taylor & Francis.
- Carvalho, A. (2014). Plano nacional de prevenção do suicídio. In A. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 541-552). Lisboa: Lidel.
- Centro de Psicologia e Intervenção Social [CPIS]. (2013). *Guia de prevenção do suicídio*. Lisboa: CPIS - GNR.
- Chehil, S., & Kutcher, S. (2007). *Gestão de risco de suicídio - Um manual para profissionais de saúde*. Lisboa: Lundbeck Institute Portugal.
- Conselho de Ministro [CM]. (2008). Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de março: Plano Nacional de Saúde Mental. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 47, 1395-1409.
- Costa Santos, J. (2016). *Prevenção do suicídio e comportamentos autolesivos nas Forças de Segurança*. Estudo apresentado ao Ministério da Administração Interna. MAI, Lisboa.
- Coutinho, C. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática (2ª Ed.)*. Coimbra: Almedina.
- Cruz, J., & Brás, M. (2014). Mitos e falsas crenças sobre os atos suicidas. In A. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 493-503). Lisboa: Lidel.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2013). Plano nacional de prevenção do suicídio 2013/2017. In *Portal da DGS*. Acedido a 28 de novembro de 2013 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-deprevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>
- Durkheim, E. (2000). *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes.

- Eski, Y., & Bell, S. (2015). Police officers attitudes towards colleagues with mental health issues. *Policing: A Journal of Policy and Practice*, 10, 95–101. doi:10.1093/police/pav041
- Fink, D., Santaella-Tenorio, J. & Keyes, K. (2018). Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the US. *PLoS ONE*, 13, 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0191405
- Fleischmann, A., & Bertolote, J. (2005). Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 133, 8-12. doi:10.1002/ajmg.c.30041
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (5.^a Ed.). Loures: Lusociência.
- Gomes, A., & Afonso, J. (2009). Stress ocupacional em profissionais de segurança pública: Um estudo com militares da Guarda Nacional Republicana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(2), pp. 294-303.
- Guarda Nacional Republicana [GNR]. (2011) Despachos e determinações do comandante geral. Despacho n.º 9634/11-OG de 3 de agosto. *Diário da República*. 2.^a série, n.º 148, 31914-31922.
- Guarda Nacional Republicana [GNR]. (2018) Despachos e determinações do comandante geral. Despacho n.º 489/18-OG de 30 de novembro.
- Guarda Nacional Republicana [GNR]. (2018) Despachos e determinações do comandante geral. Despacho n.º 11132/18 de 28 de novembro. *Diário da República*. 2.^a série, n.º 229, 31634-31642.
- Gusmão, R., Quintão, S., McDaid, D., Arensman, E., Van Audenhove, C., Coffey, C. & Hegerl, U. (2013). Antidepressant utilization and suicide in Europe: An Ecological MultiNational Study. *PLoS ONE*, 8, 1-15. doi:10.1371/journal.pone.0066455
- Heinsen, D., Ramsay, R., & Kinzel, T. (2001). Suicide and law enforcement: Is suicide intervention a necessary part of police training? In D. Sheehan, & J. Warren, *Suicide and Law Enforcement* (pp. 105-113). Washington, D.C.: Departamento de Defesa dos EUA.
- Jordan, J. (2011). The evolution of suicide postvention. In J. Jordan, & J. McIntosh, *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 349-362). Nova Iorque: Routledge/Taylor & Francis Group.

- Jordan, J., & McIntosh, J. (2011). Suicide bereavement: Why study survivors of suicide loss? In J. Jordan, & J. McIntosh, *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 3-13). Nova Iorque: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Jordan, J., & McMenamy, J. (2009). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. In K. Andriessen, *Can postvention be prevention?* (30(1) ed., pp. 43-47). The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. doi:10.1027/0227-5910.30.1.43
- Lakatos, E., & Marconi, M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5.^a ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Leenaars, A. (1999). *Lives and deaths: Selections from the works of Edwin S. Shneidman*. Filadélfia: Brunner/Mazel.
- Leenaars, A. (2010). Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidology Online*, 1, pp. 5-18.
- Lopes, F., Araújo, R., & Pinto-Coelho, Z. (2016). Representações do suicídio na imprensa generalista portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34, 173-185. doi:10.1016/j.rpsp.2016.05.001
- Martinho, A. (2018). Prevenção do suicídio nas forças de segurança: Atendimento de militares da GNR em crise suicidária. In 4^o Congresso Ordem dos Psicólogos Portugueses (pp. 25-26). Braga: The Psychologist: Practice & Research Journal .
- Martinho, A. (2019). Os polícias que procuram a morte sem desejo de morrer. In *A Morte: Leituras da Humana Condição* (pp. 108-114). Guimarães: Instituto de Estudos Avançados em Catolicismo e Globalização.
- McCready, D., & Thompson, M. (2006). Development of two reliable and valid measures of stressors in policing: The operational and organizational police stress questionnaires. *International Journal of Stress Management*, 13(4), p. 494–518.
- Miller, L. (2005). Police officer suicide: causes, prevention, and practical intervention strategies. *International Journal of Emergency Mental Health*, 7(2), pp. 101-114.
- Miller, L. (2006). Suicide by Cop. *International Journal of Emergency Mental Health*, 8(3), pp. 165 - 174.

- Ministério da Administração Interna [MAI]. (2017). Decreto-Lei n.º 30/2017 de 22 de março: Estatuto dos Militares da Guarda Nacional Republicana. *Diário da República*. 1.ª série, n.º 58, 1507-1550.
- Ministério da Saúde [MS]. (1999). Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de fevereiro: Organização da Prestação de Cuidados de Psiquiatria e Saúde Mental. *Diário da República*. 1.ª série, n.º 30, 676-681.
- Ministério da Saúde [MS]. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Resumo executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Ministério da Saúde [MS]. (2009). Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de Outubro: Organização, Gestão e Avaliação dos Serviços de Saúde Mental. *Diário da República*. 1.ª série, n.º 205, 7933-7941
- Ministério da Saúde [MS]. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Mishara, B., & Martin, N. (2012). Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 33, 162-168. doi:10.1027/0227-5910/a000125
- Mitchell, A., Jordan, J., & McMenamy, J. (2008). What do survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Journal of Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(4), pp. 375-389.
- Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E. & Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther vs. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 234-243. doi:10.1192/bjp.bp.109.074633
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R. & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*, 30, 133-154. doi:10.1093/epirev/mxn002
- Organização Mundial de Saúde. (2000a). *Prevenção do Suicídio: Um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2000b). *Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da mídia*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2006). *Prevenção do Suicídio: Um recurso para conselheiros*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Preventing suicide: How to start a survivors' group*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Preventing Suicide: a resource for police, firefighters and other first line responders*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2013). *Global mental health action plan 2013–2020*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Preventing Suicide: A global imperative*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2016). *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2017). *Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2018a). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2018b). *World health statistics 2018: monitoring health for the sustainable development goals*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Peixoto, A., Saraiva, C. & Santos, N. (2006). *Prevenção do suicídio nas forças de segurança*. Estudo apresentado ao Ministério da Administração Interna. MAI, Lisboa.
- Peixoto, A., & Azenha, S. (2014a). Introdução à psicopatologia na ideação suicida. In A. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 299-306). Lisboa: Lidel.
- Peixoto, A., & Azenha, S. (2014b). Suicídio, cultura e religião. In A. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 3-13). Lisboa: Lidel.
- Peixoto, A., Saraiva, C., & Santos, N. (2014). Prevenção do suicídio nas forças de segurança. In A. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 425-433). Lisboa: Lidel.

- Peixoto, A., Saraiva, C., Sampaio, D., Carlos Santos, J. & Costa Santos, J. (2014a). Estudo e formação em suicidologia. In A. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 531-539). Lisboa: Lidel.
- Peixoto, A., Sampaio, D., Carlos Santos, J., Costa Santos, J. & Saraiva, S. (2014b). Investigação em suicidologia. In A. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 85-98). Lisboa: Lidel.
- Phillips, D. (1974). The Influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 39(3), pp. 340-354.
- Pines, A., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: The significant difference. *Personality and individual differences*, 39, 625-635. doi:10.1016/j.paid.2005.02.009
- PORDATA (2019). Óbitos de residentes em Portugal por algumas causas de morte. In *Portal da Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Acedido a 12 de março de 2019 em <https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+de+residentes+em+Portugal+por+algumas+causas+de+morte-156>
- Prodanov, C., & Freitas, E. (2013). *Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho académico (2.ª Ed.)*. Novo Hamburgo: Universidade Feevale.
- Quartilho, M. (2014). Contextos sociais e interpessoais. In D. Sampaio, C. Saraiva, & B. Peixoto, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 15-31). Lisboa: Lidel.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais (4.ª Ed.)*. Lisboa: Gradiva.
- Rebelo, J., & Leal, J. (2010). Stress ou burnout dos profissionais de segurança. *Revista Territorium*, 19, pp. 221-226.
- Roque, M. (2014). Comunicação social. In A. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 505-513). Lisboa: Lidel.

- Roque, M. (2014). Internet. In A. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 515-522). Lisboa: Lidel.
- Roths, I. (2014). Impacto do suicídio de pacientes nos técnicos de saúde. In A. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 455-470). Lisboa: Lidel.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho: O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Santos, J., & Batista, P. (2014). Processo de luto dos familiares de idosos que se suicidaram. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (12), pp. 17-24.
- Santos, L. (2009). *Depressão e Risco de Suicídio em Militares. Dissertação apresentada à Escola Superior de Altos Estudos*. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Santos, M. (2014). Da proteção e do risco. In A. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 111-125). Lisboa: Lidel.
- Santos, N., & Neves, E. (2014). Entrevista e intervenção em crise. In A. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 101-110). Lisboa: Lidel.
- Santos, S., & Tavares, S. (2014). Sobreviventes. In A. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 445-453). Lisboa: Lidel.
- Santos, S., Campos, R., & Tavares, S. (2014). Suicidal ideation and distress in family members bereaved by suicide in Portugal. *Death Studies*, 39(6), pp. 1-10. doi:10.1080/07481187.2014.946626
- Santos, S., Campos, R., & Tavares, S. (2015). O impacto do suicídio: Evidências atuais. *Evidências*, (1), pp. 16-23.
- Saraiva, C. (1999). *Para-suicídio*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Saraiva, C. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(3), pp. 185-205.

- Saraiva, C., & Gil, N. (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In A. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 41-53). Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C., Cruz, J., & Brás, M. (2014). Estratégias gerais de prevenção dos atos suicidas. In A. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 473-483). Lisboa: Lidel.
- Sarmento, J., Araújo, J., Carlos Santos, J., & Simões, R. (2018). Comportamentos suicidários na PSP. In J. Carlos Santos, *Prevenção de comportamentos suicidários: contributos da investigação* (pp. 117-130). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Sarmento, M. (2013). *Guia Prático sobre a metodologia científica para a elaboração, escrita e apresentação de teses de doutoramento, dissertações de mestrado e trabalhos de investigação aplicada (3ª Ed.)*. Lisboa: Universidade Lusíada Editora.
- Shane, J. (2010). Organizational stressors and police performance. *Journal of Criminal Justice*, 38, 807-818. doi:10.1016/j.jcrimjus.2010.05.008
- Stack, S. (1990). A reanalysis of the impact of non celebrity suicides – A research note. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(1), pp. 269-273.
- Susana, S., & Queirós, C. (2008). Um estudo exploratório sobre o suicídio nas forças policiais portuguesas. *Psicologia, Saúde e Doenças.*, 9(1), pp. 147-148.
- Viegas, A. (2011). *O estudo do burnout numa amostra de forças de segurança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: Processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Violanti, J. (1995). The mystery within: understanding police suicide. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 64(2), pp. 19-23.
- Violanti, J. (2004). Predictors of Police Suicide Ideation. *Suicide and life-threatening behaviour*, 34, pp. 277-283.
- Violanti, J., & Aron, F. (1994). Ranking police stressors. *Psychological Reports*, 75, 824–826. doi:10.2466/pr0.1994.75.2.824

- Violanti, J., & Aron, F. (1995). Police stressors: Variations in perception among police personnel. *Journal of Criminal Justice*, 23, 287-294. doi:10.1016/0047-2352(95)00012-F
- Viviers, A., & Louw, G. (2010). An evaluation of a psychosocial stress and coping model in the police work context. *SA Journal of Industrial Psychology*, 36, 1-11. doi:10.4102/sajip
- Werlang, B., Cais, C., Macedo, M., & Botega, N. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Revista Psico*, 37(3), pp. 213-220.
- Zamorski, M. (2011). Suicide prevention in military organizations. *International Review of Psychiatry*, 23, 173-180. doi:10.3109/09540261.2011.562186

APÊNDICES

**APÊNDICE A - TAXAS DE SUICÍDIO MUNDIAIS, POR 100 000 HABITANTES,
EM 2016**

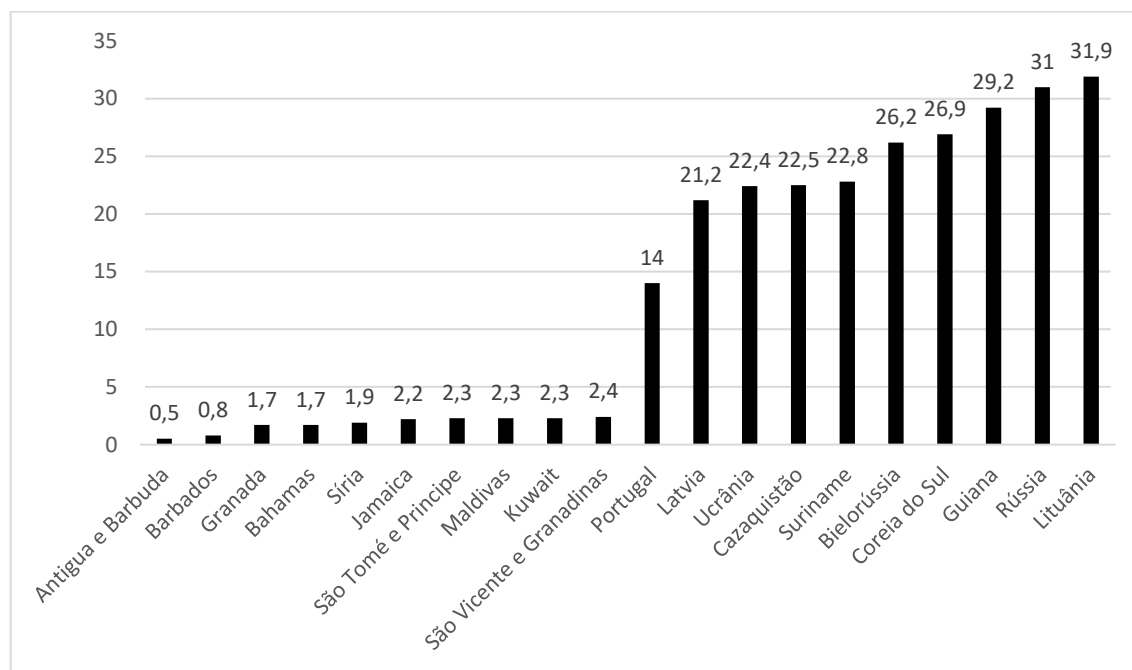


Figura 1 - Taxas de suicídio mundiais, por 100 000 habitantes, em 2016.

Fonte: Elaboração própria, adaptado de OMS (2018).

APÊNDICE B - NÚMERO DE ÓBITOS POR SUICÍDIO ENTRE 1960 E 2017, EM PORTUGAL

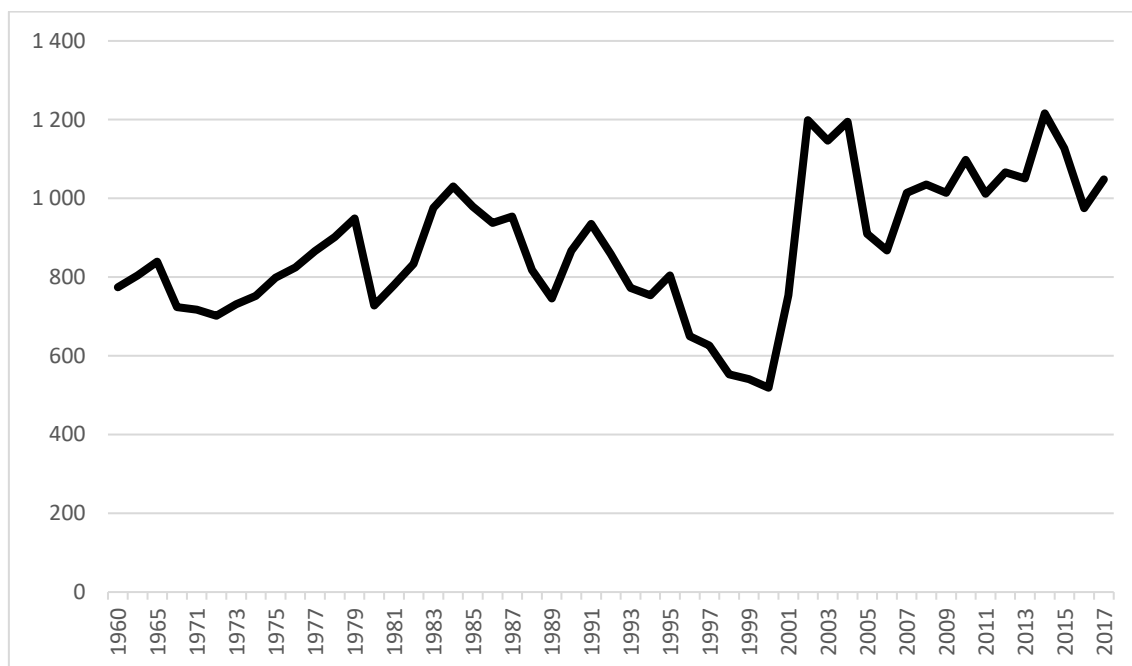


Figura 2 - Número de óbitos por suicídio entre 1960 e 2017, em Portugal.

Fonte: Elaboração própria, adaptado de PORDATA (2019).

APÊNDICE C - FATORES DE RISCO DE SUICÍDIO IDENTIFICADOS PELO CDC E PELO CPIS/GNR

Quadro 8 - Fatores de risco de suicídio identificados pelo CDC e pelo CPIS/GNR.

Fatores identificados pelo CDC	Fatores de risco CPIS/GNR
• Doença Mental (particularmente depressão, psicose e distúrbios de ansiedade); • Histórico de abuso de álcool ou drogas; • Tentativa prévia de suicídio; • História familiar de suicídio; • Maus-tratos ou abuso na infância; • Sentimentos de desespero; • Tendências agressivas ou impulsivas; • Barreiras no acesso a Serviços de Saúde; • Perda (relacional, social, laboral ou financeira); • Doença física incapacitante; • Acesso fácil a substâncias ou objetos letais; • Falta de suporte social e sensação de isolamento; • Incapacidade para procurar ajuda; • Crenças culturais ou religiosas nas quais o suicídio é um modo legítimo de pôr fim à vida; • Surtos locais de suicídio; • Isolamento e sentimento de desvalorização por parte de outras pessoas; • Incapacidade de procurar ajuda devido ao estigma associado a doenças mentais ou ao consumo de drogas ilícitas; • Exposição, direta ou mediata, a casos de suicídio.	• Sexo masculino; • Idades compreendidas entre 23-35 anos; • Diagnóstico psiquiátrico (Depressão, Perturbação Bipolar, Esquizofrenia...) e sintomas psiquiátricos (humor depressivo, perda de interesse ou prazer, sentimentos de desesperança...); • Isolamento social; • Mau relacionamento familiar, com camaradas e comandantes; • História familiar de violência e de suicídio; • Ideação suicida; • Intenção suicida; • Plano suicida; • Doença física; • Abuso de substâncias (álcool, drogas...); • Tentativa recente de suicídio; • Luto recente; • Perturbações da personalidade (impulsividade e agressividade).

Fonte: Elaboração própria, adaptado de CPIS (2013) e Saraiva & Gil (2014).

APÊNDICE D - NÚMERO DE SUICÍDIOS NA PSP E GNR DESDE 2000

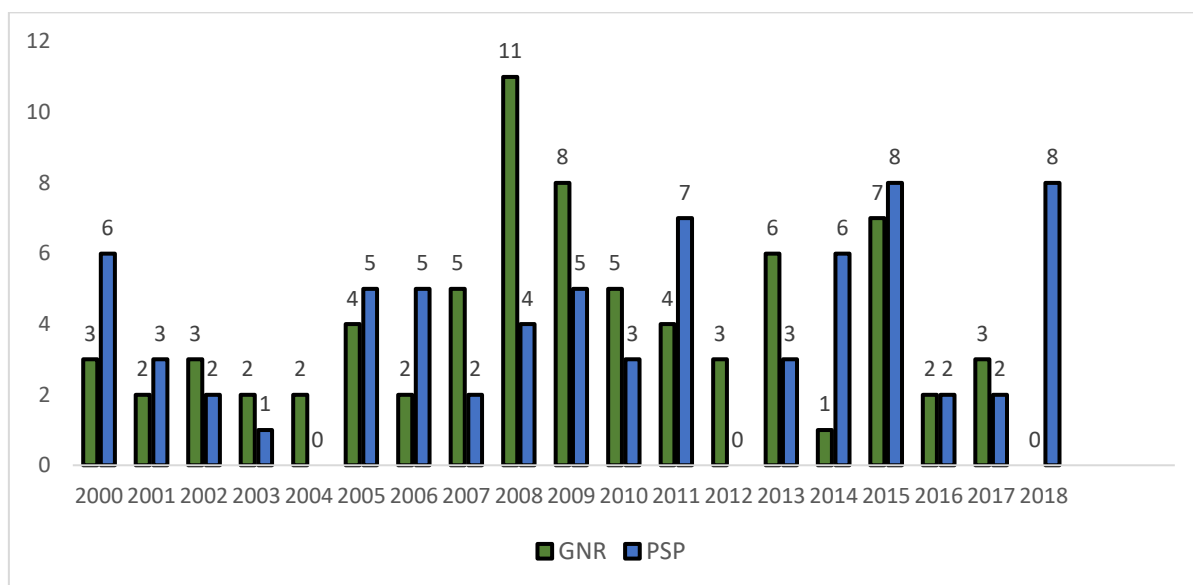


Figura 3 - Número de suicídios na PSP e GNR desde 2000.

Fonte: Elaboração própria, adaptado de DGS (2013) e CPIS (2019).

APÊNDICE E - NÚMERO DE SUICÍDIOS REGISTRADOS NA GNR ENTRE 1971 E 2018

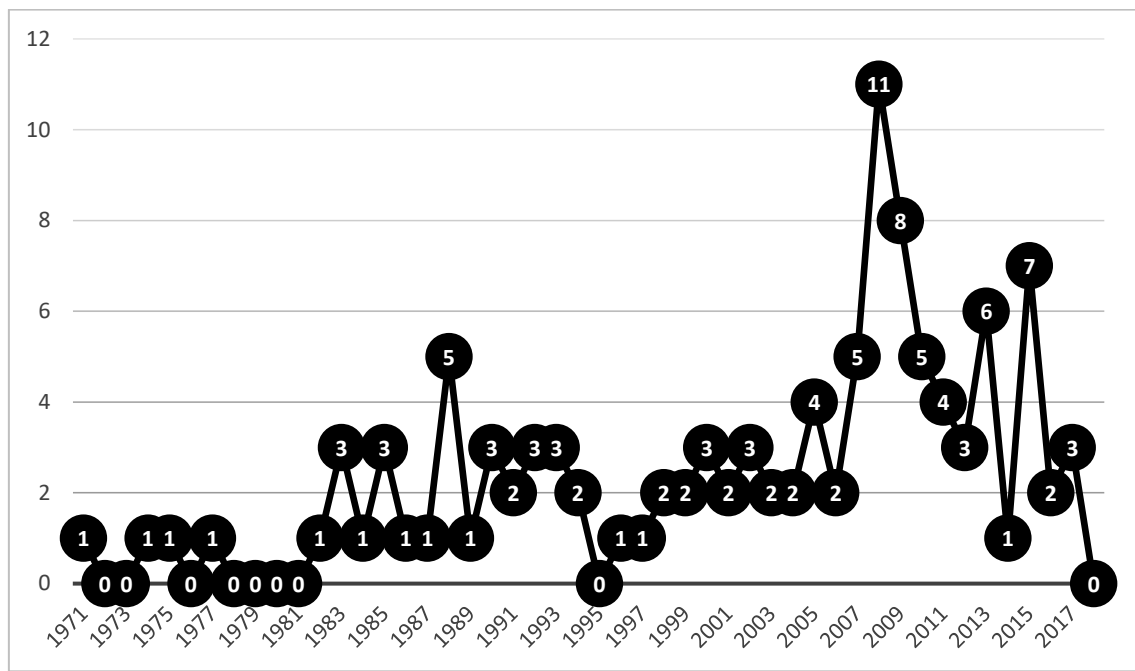


Figura 4 - Número de suicídios registrados na GNR entre 1971 e 2018.

Fonte: Elaboração própria, adaptado de CPIS (2019).

APÊNDICE F - CONTACTOS TELEFÓNICOS E DE APOIO EMOCIONAL E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM PORTUGAL

Quadro 9 - Contactos telefónicos e de apoio emocional e prevenção do suicídio em Portugal.

Instituição	Contacto(s)
GNR – Linha de apoio	800 962 000 (24h/dia)
INEM	112 (24h/dia)
SOS – Voz Amiga	800 202 669 (21h às 24h) 21 354 45 45 (16h às 24h) 91 280 26 69 (16h às 24h) 96 352 46 60 (16h às 24h)
Telefone da Amizade	808 223 353 228 323 535 (16h às 23h)
SOS – Estudante	808 200 204 (20h às 01h) 969 554 545 (20h às 01h)
Escutar – Voz de Apoio	225 506 070 (21h às 00h)
Conversa Amiga	808 237 327 (15h às 22h) 210 027 159 (15h às 22h)
Telefone da Esperança	222 030 707

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE G - ÁREAS DE ATUAÇÃO REFERENTES ÀS FORÇAS DE SEGURANÇA EXPOSTAS NO PNPS 2013/2017

**Quadro 10 - Áreas de atuação referentes às forças de segurança expostas no capítulo 3.4.4. do
PNPS 2013/2017.**

Objetivo	Linha de ação
Implementação de um plano específico de prevenção do suicídio das forças de segurança assente em três grandes pilares de desenvolvimento	Criação de um programa de ação e prevenção com objetivos bem estabelecidos e monitorizáveis
	Análise e estudo de autópsias psicológicas dos suicídios ocorridos de modo a entender as circunstâncias que psíquicas que conduziram a esse comportamento
	Implementação, monitorização e avaliação desse programa com possibilidade de ser realizada em parceria com organizações de reconhecido mérito no campo da suicidologia promovendo uma colaboração interinstitucional e uma troca de experiências
Redobrar a atenção relativa a cuidados de saúde mental nas FS	Facilitação da acessibilidade a recursos assistenciais, promovendo e agilizando a intervenção
	Otimização e articulação dos recursos próprios do Serviço Nacional de Saúde e da própria instituição
Implementar uma monitorização psíquica no processo de seleção de candidatos às forças de segurança	Presente no curso de formação e reavaliação no final do mesmo procurando uma identificação de fatores desde logo nesta fase
Redução do acesso a meios de suicídio, nomeadamente a arma de fogo	Desenvolvimento de procedimentos relativos à restrição do uso e porte de arma
Intervenção na crise permitindo a identificação de situações de risco	Desenvolvimento de uma linha telefónica SOS de ajuda
	Avaliação médica e psicológica, periódica e aleatória, do abuso e dependência de substâncias psicoativas
Criação de estratégias de tratamento e acompanhamento através da melhor compreensão das razões para comportamento suicida	Estudo e investigação do suicídio nas forças de segurança

Fonte: Elaboração própria, adaptado de DGS (2013).

**APÊNDICE H - VOLUME DE CHAMADAS DA LINHA DE APOIO DE
EMERGÊNCIA DA GNR ENTRE 2015 E 2018**

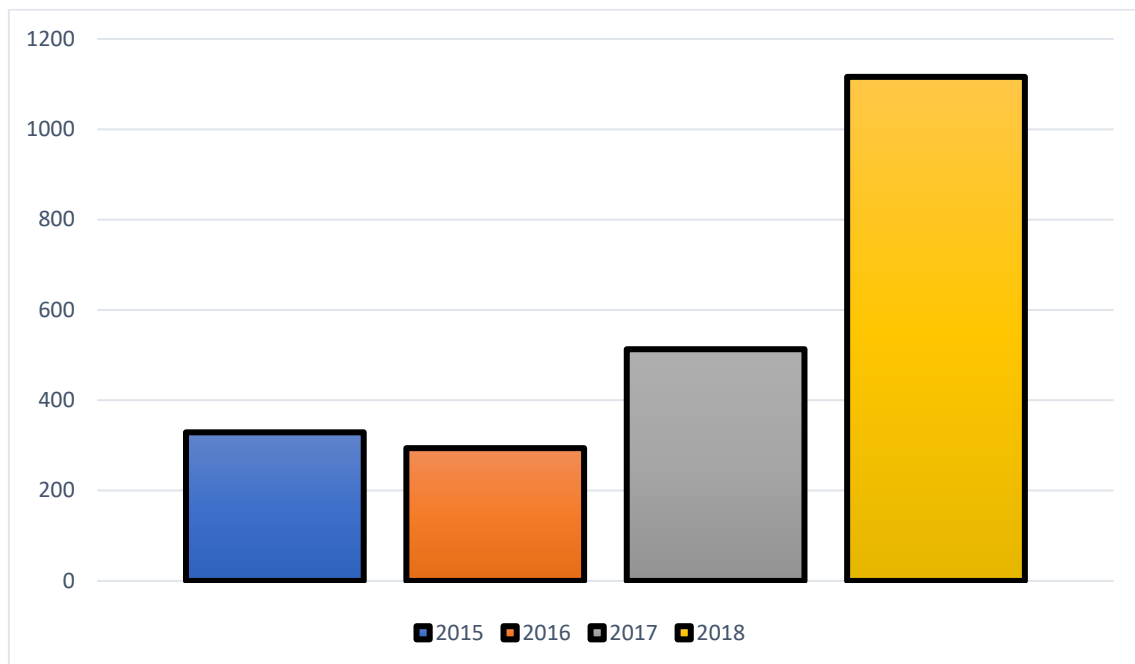


Figura 5 - Volume de chamadas da linha de apoio de emergência da GNR entre 2015 e 2018.

Fonte: Elaboração própria, adaptado de CPIS (2019).

APÊNDICE I – MODELO DE ANÁLISE

Quadro 11 - Modelo de análise.

Objetivo Geral	Pergunta de Partida	Objetivos Específicos	Perguntas Derivadas
Compreender os efeitos do suicídio na Guarda Nacional Republicana.	Qual a abordagem da Guarda Nacional Republicana na prevenção, intervenção e pósvenção dos atos suicidários dos seus elementos?	OE1. Analisar as causas e consequências do suicídio como fenómeno atendendo às várias correntes existentes.	PD1. Quais as razões e fatores que estão na origem do suicídio de um militar da GNR?
		OE2. Caracterizar os serviços existentes na Guarda Nacional Republicana no que diz respeito à prevenção e intervenção do suicídio.	PD2. Qual a estrutura de apoio assegurada pela GNR para garantir o bem-estar dos seus militares no que diz respeito à área da suicidologia?
		OE3. Determinar o impacto do suicídio nas forças de segurança, particularmente na Guarda Nacional Republicana.	PD3. Quais os mecanismos e procedimentos praticados pela GNR na prevenção do suicídio?
		OE4. Identificar a pósvenção como fenómeno impulsionado e potencial eixo de prevenção do suicídio.	PD4. A pósvenção poderá ser uma forma eficaz de prevenção do suicídio na GNR?

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE J - CARTA DE APRESENTAÇÃO



ACADEMIA MILITAR

AS LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES NA PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E PÓS-INTERVENÇÃO DO SUICÍDIO NA GUARDA NACIONAL REPUBLICANA

Autor: Aspirante de Infantaria da GNR Luís Carlos Santos Ferreira

Orientador: Tenente-Coronel de Infantaria CMD Renato Santos

Coorientador: Capitão de Infantaria da GNR José Cardoso

Mestrado Integrado em Ciências Militares na especialidade Segurança

Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada

Lisboa, março de 2019

CARTA DE APRESENTAÇÃO

A Academia Militar é um estabelecimento de ensino superior público universitário militar tendo como principal finalidade, formar os futuros oficiais dos quadros permanentes do Exército Português e da Guarda Nacional Republicana.

Como etapa final para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Militares, especialidade de segurança, ultima-se a elaboração e apresentação de um Trabalho de Investigação Aplicada sendo o mesmo submetido a apreciação e discussão pública perante um júri, tendo como principal objetivo o desenvolvimento de competências de investigação e exposição de conclusões correlacionando-as com os conhecimentos assimilados durante o ciclo de estudos do respetivo curso.

No âmbito de desenvolvimento deste Trabalho de Investigação Aplicada, venho solicitar a colaboração de V. Ex.^a na realização de uma entrevista com o objetivo de debater algumas questões e de recolher informações no que diz respeito ao tema da investigação “As Limitações e Potencialidades na Prevenção, Intervenção e Pósvenção do Suicídio na Guarda Nacional Republicana”.

Este trabalho tem como objetivo principal compreender os efeitos do suicídio na Guarda Nacional Republicana, procurando compreender quais as vulnerabilidades e potencialidades que permitam prevenir e combater este fenómeno de uma forma eficaz e bem-sucedida. Por forma a garantir uma recolha de informações completa e abrangente foram selecionados diversos especialistas e envolvidos na temática do suicídio tendo por base vários órgãos de relevo que lidam com este fenómeno conjuntamente com a Guarda Nacional Republicana.

De tal modo, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a que proporcione tal entrevista, tendo em consideração que o seu contributo será fundamental para alcançar os objetivos que investigação procura atingir.

Muito obrigado por toda a atenção e disponibilidade.

Atenciosamente,

Luís Carlos Santos Ferreira

Aspirante de Infantaria da Guarda Nacional Republicana

APÊNDICE K - GUIÃO DE ENTREVISTA DO GRUPO UM

	GUIÃO DE ENTREVISTA “As Limitações e Potencialidades na Prevenção, Intervenção e Pósvenção do Suicídio na Guarda Nacional Republicana”	
---	--	---

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

Nome		Função	
Posto/Cargo		Tempo da Função	
Unidade/Departamento		Data/Hora	
Habilitações literárias		Local	

2. ENQUADRAMENTO

Atualmente, o suicídio é visto como o conjunto de fatores sociais, psicológicos e culturais que levam uma determinada pessoa a cometer suicídio. A profissão das forças de segurança não é imune a este fenómeno, facto comprovado pelo total de 89 suicídios na Guarda Nacional Republicana e na Polícia de Segurança Pública entre 1 de janeiro de 2007 e 31 dezembro de 2015.

A pertinência desta investigação surge associada a este número e ao validar do compromisso e preocupação do comando da Guarda Nacional Republicana em diminuir a taxa de suicídio, bem como promover e potenciar as sinergias estratégicas existentes na instituição provocadas pelo mesmo.

O tema central desta investigação diz respeito ao suicídio na Guarda Nacional Republicana, principalmente sobre o que é feito em termos de prevenção, como também na intervenção e pósvenção do mesmo.

As estruturas de resposta existentes materializam-se através do Centro Clínico e ainda do Centro de Psicologia e Intervenção Social, ambos pertencentes ao Comando de Administração e Recursos Internos, enquadrados organicamente nos termos do Despacho n.º 489/19-OG de 30 de novembro.

A prevenção de um suicídio passa, portanto, pela procura de estratégias que procuram reduzir os fatores de risco, como o caso de perturbação depressiva, e promover os fatores protetores como o suporte familiar e social.

É importante também enquadrar o conceito de pósvenção como o conjunto de serviços que devem ser prestados aos sobreviventes do suicídio, procurando a sua recuperação psicológica depois da perda do seu ente significativo, incluindo a prevenção de comportamentos autodestrutivos. Consequentemente, os enlutados por suicídio são os que apresentam níveis elevados de rejeição, vergonha, culpa e estigma.

3. ENTREVISTA

1. O suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social. São vários os motivos que podem estar na origem de um suicídio. Quais os principais fatores/circunstâncias que podem levar um militar a cometer suicídio?
2. A profissão das forças de segurança acarreta a proximidade e utilização de vários equipamentos e ferramentas policiais com os quais é exercida a força, por vezes potencialmente letal. Até que ponto a disponibilidade e acessibilidade a meios de suicídio (ex: arma de fogo) pode influenciar o número atual de suicídios? Quais os maiores fatores de risco presentes?
3. Uma das competências do CPIS (Centro de Psicologia e Intervenção Social) é assegurar o apoio psicológico e de Serviço Social aos militares e civis da Guarda e respetivos familiares. Posto isto, como é disponibilizada a informação sobre a prevenção do suicídio e meios de auxílio aos militares?
4. Assumindo o compromisso da instituição ao procurar colmatar as feridas causadas pelo suicídio dos seus militares, que ações pratica a Guarda Nacional Republicana para evitar o suicídio de um militar?
5. Por vezes, advindo do estigma e pressão associada à profissão policial, muitos optam por esconder os seus problemas. Como poderá um militar informar que precisa de auxílio ou que se encontra numa situação da qual sente que não têm resolução?
6. Atendendo que os serviços de apoio aos militares são bipartidos entre o Centro Clínico e o Centro de Psicologia e Intervenção Social, verifica-se que não existe uma disponibilização centralizada e interligada. De que forma se poderiam otimizar os seus recursos e meios técnicos?
7. Previamente à definição de medidas de prevenção do suicídio deve procurar-se compreender as razões para este comportamento e identificar fatores de risco o que irá

contribuir para a eficácia dessas medidas, mas também de boas estratégias de acompanhamento e tratamento. Quais os mecanismos a acionar perante a detecção de sinais de alerta e identificação de fatores de risco em militares?

8. Através de uma sensibilização e educação dos militares nestas áreas consideradas sensíveis assistir-se-ia a desfechos diferentes nesta temática. Quais seriam os benefícios de formações específicas e programas educacionais na área da suicidologia? Há algum tipo de formação nos cursos existentes?
9. Os programas de prevenção devem ser desenhados, não só de forma a potenciar os fatores protetores, mas também a reverter ou reduzir os fatores de risco conhecidos. Qual a preponderância que um plano de prevenção bem estruturado poderá ter na resolução deste problema?
10. Uma resposta ao suicídio adaptada a uma determinada comunidade poderá resultar numa resposta multifacetada e em mecanismos apropriados para lidar com todo o tipo de situações. De que forma uma pósvenção a nível organizacional poderá constituir-se como uma mais valia?
11. O suicídio assume-se como uma causa de morte fortemente estigmatizada por razões de ordem religiosa, sociocultural e política. De que modo uma diminuição do estigma associado aos problemas mentais e tratamento das mesmas seria favorável na intervenção do suicídio?
12. Também os familiares e amigos são afetados por um suicídio. A presença de sentimentos de angústia, tristeza e saudade são comuns, ocorrendo, em casos extremos, mais situações de suicídio. Como descreveria, se existente, o apoio disponibilizado a todos os enlutados após o suicídio de um militar?
13. Gostaria de acrescentar algum ponto a esta entrevista?

Grato pela colaboração.

APÊNDICE L - GUIÃO DE ENTREVISTA DO GRUPO DOIS

	GUIÃO DE ENTREVISTA “As Limitações e Potencialidades na Prevenção, Intervenção e Pósvenção do Suicídio na Guarda Nacional Republicana”	
---	--	---

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

Nome		Função	
Posto/Cargo		Tempo da Função	
Unidade/Departamento		Data/Hora	
Habilitações literárias		Local	

3. ENTREVISTA

1. O suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social. São vários os motivos que podem estar na origem de um suicídio. Quais os principais fatores/circunstâncias que podem levar um militar a cometer suicídio?
2. A profissão das forças de segurança acarreta a proximidade e utilização de vários equipamentos e ferramentas policiais com os quais é exercida a força, por vezes potencialmente letal. Até que ponto a disponibilidade e acessibilidade a meios de suicídio (ex: arma de fogo) pode influenciar o número atual de suicídios?
3. Uma das competências do CPIS (Centro de Psicologia e Intervenção Social) da GNR é assegurar o apoio psicológico e de Serviço Social aos militares e civis da Guarda e respetivos familiares. Posto isto, como considera que deveria ser disponibilizada a informação sobre a prevenção do suicídio e meios de auxílio aos militares?
4. Previamente à definição de medidas de prevenção do suicídio deve procurar-se compreender as razões para este comportamento e identificar fatores de risco, o que irá contribuir para a eficácia dessas medidas, mas também de boas estratégias de acompanhamento e tratamento. Quais os mecanismos que deveriam ser acionados perante a deteção de sinais de alerta e identificação de fatores de risco em militares?

5. Através de uma sensibilização e educação dos militares nestas áreas consideradas sensíveis assistir-se-ia a desfechos diferentes nesta temática. Quais seriam os benefícios de formações específicas e programas educacionais na área da suicidologia?
6. Os programas de prevenção devem ser desenhados, não só de forma a potenciar os fatores protetores, mas também a reverter ou reduzir os fatores de risco conhecidos. Qual a preponderância que um plano de prevenção bem estruturado poderá ter na resolução deste problema?
7. Uma resposta ao suicídio adaptada a uma determinada comunidade poderá resultar numa resposta multifacetada e em mecanismos apropriados para lidar com todo o tipo de situações. De que forma uma pós-venção a nível organizacional poderá constituir-se como uma mais valia?
8. O suicídio assume-se como uma causa de morte fortemente estigmatizada por razões de ordem religiosa, sociocultural e política. De que modo uma diminuição do estigma associado aos problemas mentais e tratamento das mesmas seria favorável na intervenção do suicídio?
9. Também os familiares e amigos são afetados por um suicídio. A presença de sentimentos de angústia, tristeza e saudade são comuns, ocorrendo, em casos extremos, mais situações de suicídio. Como se deveria constituir o apoio disponibilizado a todos os enlutados após o suicídio de um militar?
10. Gostaria de acrescentar algum ponto a esta entrevista?

Grato pela colaboração.

APÊNDICE M – CONSENTIMENTO INFORMADO

Tenho conhecimento que a Academia Militar está a realizar um estudo que pretende investigar o suicídio na Guarda Nacional Republicana, principalmente sobre o que é feito em termos de prevenção, como também na intervenção e pósvenção do mesmo. O estudo tem como investigador o Aspirante de Infantaria da Guarda Nacional Republicana, Luís Carlos Santos Ferreira, com a orientação do Tenente-Coronel de Infantaria Renato Emanuel Carvalho Pessoa dos Santos (Academia Militar) e do Capitão de Infantaria da GNR José Cardoso.

Se concordar participar, vou ser entrevistado(a) individualmente pelo Aspirante de Infantaria Luís Ferreira, onde iremos debater ideias acerca desta temática. A entrevista tem uma duração média entre 45 minutos a 1 hora e será gravada em áudio. Eu tenho o direito de responder apenas às perguntas que quiser. Compreendo que posso não ganhar nada diretamente por participar neste estudo, mas a minha participação poderá ser muito útil para outras pessoas, no futuro. No final do estudo poderei ter acesso aos resultados do mesmo, através da solicitação ao investigador.

Aceito participar neste estudo e aceito ser entrevistado(a) no dia __/__/____, pelas _____ horas. Se, em algum momento, decidir que não quero participar, posso desistir e não preciso de explicar as minhas razões e isso não terá nenhuma consequência negativa para mim.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Muito obrigado pela colaboração.

Pela equipa de investigação,

Luís Carlos Santos Ferreira
Aspirante-aluno

Para qualquer esclarecimento, contactar santos.recp@mail.exercito.pt

APÊNDICE N – MATRIZ DAS QUESTÕES DE ENTREVISTA DIRECIONADAS POR CADA ENTREVISTADO

Quadro 12 - Matriz das questões de entrevista direcionadas por cada entrevistado.

Entrevistados	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12
E1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
E2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
E3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
E4				X	X	X						
E5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
E6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
E7	X	X	X				X	X	X	X	X	X
E8	X	X	X				X	X	X	X	X	X
E9	X	X	X				X	X	X	X	X	X

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE O – CODIFICAÇÃO ALFANUMÉRICA DAS RESPOSTAS ÀS ENTREVISTAS

Quadro 13 - Relação entre questões da entrevista e respetiva codificação alfanumérica.

Pergunta derivada	Questão da Entrevista	Categoria	Subcategoria	Unidade de referência
PD1 – Quais as razões e fatores que estão na origem do suicídio de um militar da GNR?	Q1	Suicídio	Fatores de predisposição	UR 1.1
	Q2		Meios e formas de suicídio	UR 1.2
	Q3		Divulgação de Informação e Apoio	UR 1.3
PD2. Qual a estrutura de apoio assegurada pela GNR para garantir o bem-estar dos seus militares no que diz respeito à área da suicidologia?	Q4		Intervenção	UR 1.4
	Q5		Encaminhamento	UR 1.5
	Q6	Prevenção	Estrutura da GNR	UR 2.1
PD3 - Quais os mecanismos e procedimentos praticados pela Guarda Nacional Republicana na prevenção do suicídio?	Q7		Possível otimização de recursos	UR 2.2
	Q8		Ativação de serviços	UR 2.3
	Q9		Formação	UR 2.4
PD4 - A pósvenção poderá atuar como uma forma eficaz de prevenção do suicídio?	Q10	Pósvenção	Melhoria de programas	UR 2.5.
	Q11		Importante	UR 3.1
	Q12		Diminuir o estigma	UR 3.2
			Apoio aos enlutados	UR 3.3

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Sarmiento (2013).

APÊNDICE P – NUVEM DE PALAVRAS DA CATEGORIA PÓSVENÇÃO

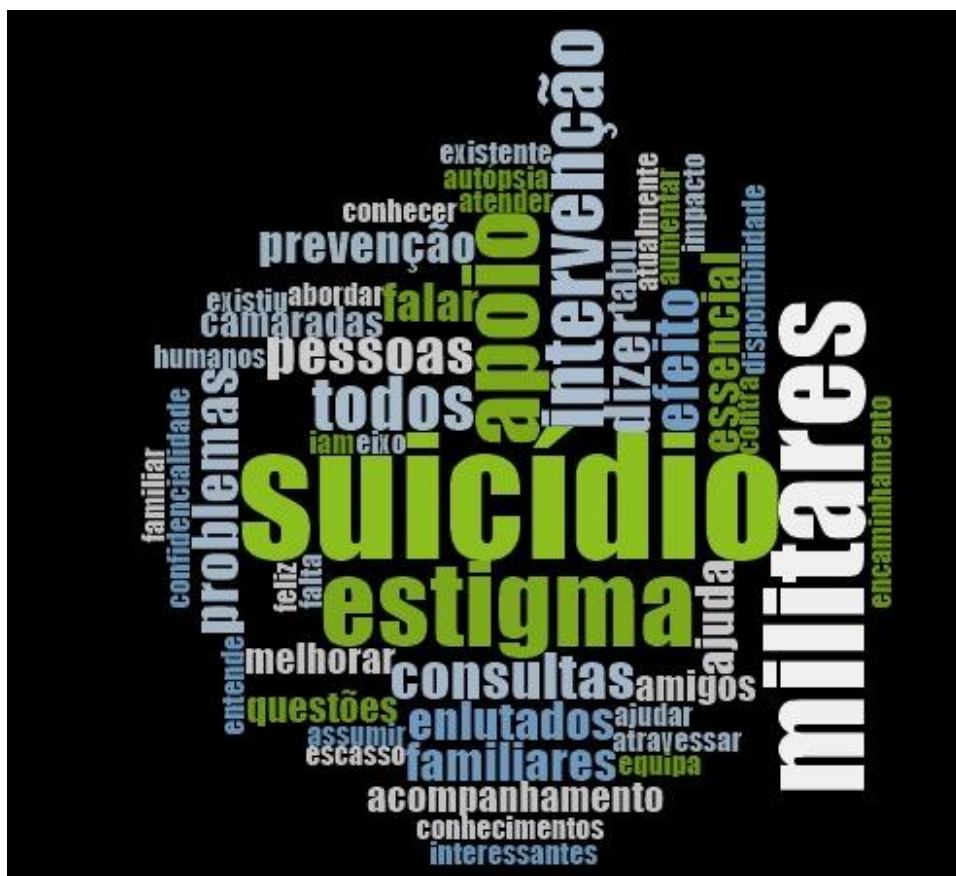


Figura 6 - Nuvem de palavras da categoria pósvenção.

Fonte: Elaboração própria.

ANEXOS

**ANEXO A - MÉDIA DAS IDADES DOS INDIVÍDUOS DAS FORÇAS DE
SEGURANÇA QUE COMETERAM SUICÍDIO ENTRE 2007 E 2015**

Grupos etários	TOTAL		GNR		PSP	
	N=89	%	N=51	%	N=38	%
21-25	3	3,4	3	5,9	0	0,0
26-30	12	13,5	9	17,6	3	7,9
31-35	16	18,0	12	23,5	4	10,5
36-40	15	16,9	8	15,7	7	18,4
41-45	17	19,1	8	15,7	9	23,7
46-50	20	22,4	11	21,6	9	23,7
51-55	5	5,6	0	0,0	5	13,2
>55	1	1,1	0	0,0	1	2,6

Figura 7 - Média das idades dos indivíduos das forças de segurança que cometeram suicídio entre 2007 e 2015.

Fonte: Costa Santos (2016, p. 28).

**ANEXO B - MÉTODO DE CONSUMAÇÃO DO SUICÍDIO NAS FORÇAS DE
SEGURANÇA ENTRE 2007 E 2015**

Método de consumação	TOTAL		GNR		PSP	
	N=89	%	N=51	%	N=38	%
Arma de fogo de serviço	47	52,8	15	29,4	32	84,3
Arma de fogo pessoal	20	22,5	19	37,3	1	2,6
Arma de fogo sem indicação	5	5,6	4	7,8	1	2,6
Enforcamento	11	12,4	9	17,6	2	5,3
Intoxicação com pesticidas	3	3,4	2	3,9	1	2,6
Intoxicação monóxido carbono	1	1,1	1	2,0	0	0,0
Precipitação de local elevado	1	1,1	0	0,0	1	2,6
Asfixia com saco de plástico	1	1,1	1	2,0	0	0,0

Figura 8 - Método de consumação do suicídio nas FS entre 2007 e 2015.

Fonte: Costa Santos (2016, p. 48).

ANEXO C - ESTRUTURA DO CENTRO CLÍNICO

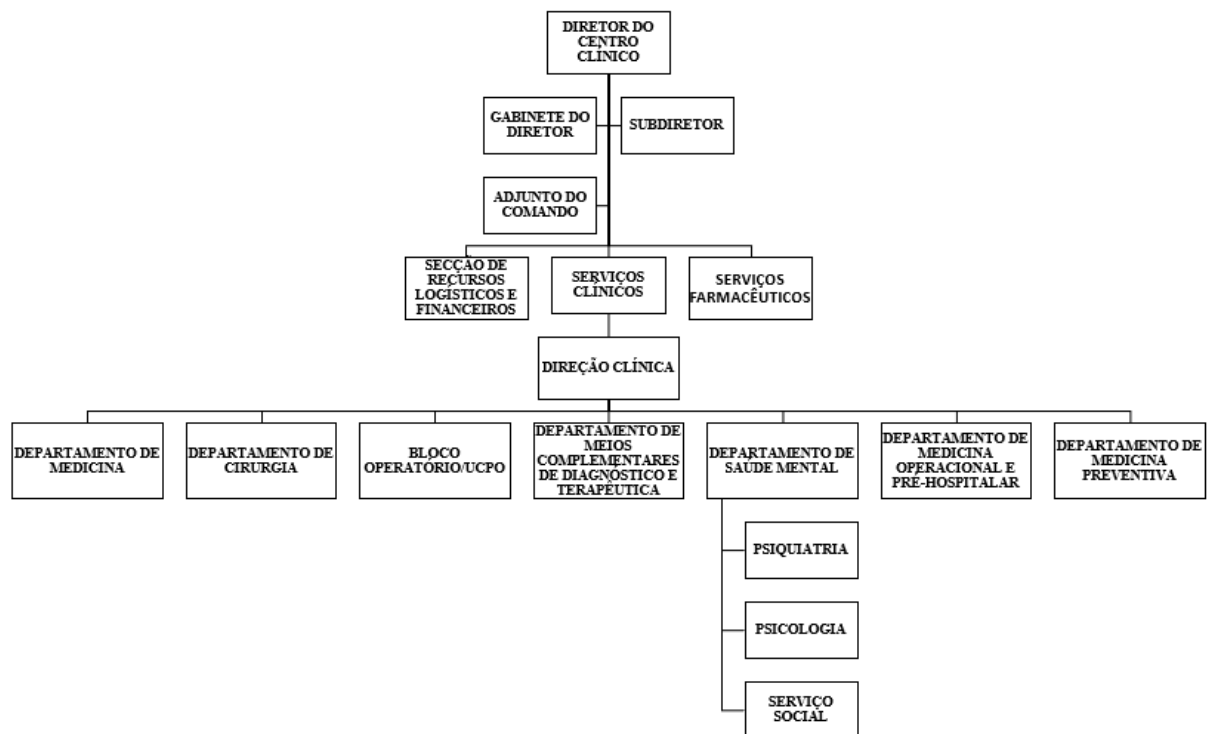


Figura 9 - Estrutura do Centro Clínico.

Fonte: Despacho n.º 489/18-OG, Anexo B.

ANEXO D - ESTRUTURA DO COMANDO DE ADMINISTRAÇÃO DOS RECURSOS INTERNOS



Figura 10 - Estrutura do Comando da Administração de Recursos Internos.

Fonte: Despacho n.º 489/18-OG, Anexo A.

ANEXO E - ESTRUTURA DA DIREÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

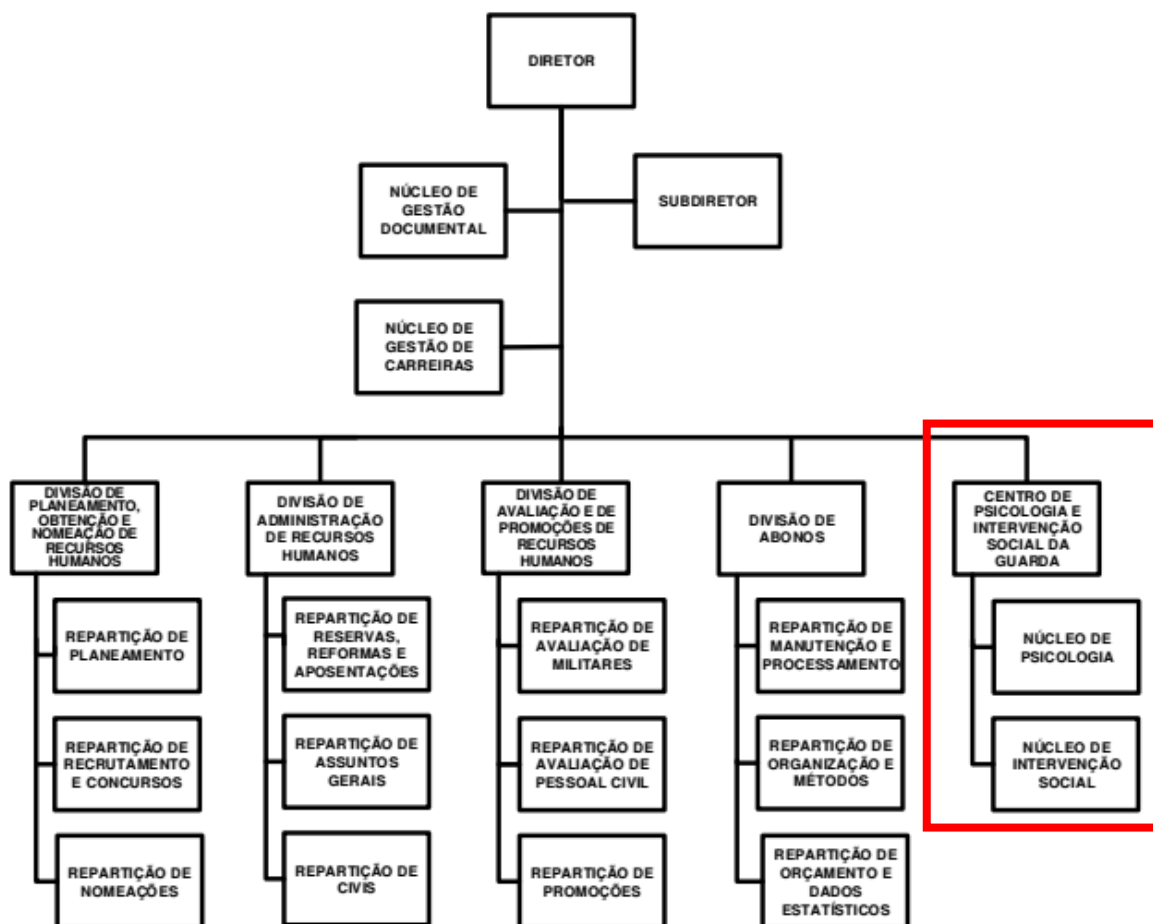


Figura 11 - Estrutura da Direção de Recursos Humanos.

Fonte: Despacho n.º 489/18-OG, Anexo C.

ANEXO F – COMPETÊNCIAS DO CPIS

Quadro 14 - Competências do CPIS.

Compete ao CPIS, no âmbito do 11.º do Decreto Regulamentar n.º 19/2008, de 27 de novembro:
a) Promover o controlo técnico de toda a atividade de Psicologia na Guarda; b) Realizar as provas de aptidão psicotécnica e psicológica no âmbito da seleção para ingresso nos quadros e para a frequência de cursos; c) Aperfeiçoar os métodos e técnicas de seleção de pessoal propondo, se necessário, protocolos de cooperação com instituições Universitárias ou outras entidades; d) Promover o bem-estar psicológico dos alunos quer de forma direta (acompanhamento individual) quer indireta (formação), procurando a melhoria dos processos de ensino, aprendizagem e desenvolvimento pessoal, e no auxílio ao processo de adaptação à Guarda; e) Identificar as necessidades de formação no âmbito das suas atribuições, promovendo cursos e ministrando ações de formação adequadas às necessidades dos militares da Guarda e dos técnicos do CPISG; f) Promover e realizar estudos de interesse para a Guarda no âmbito das ciências sociais e humanas, nomeadamente na área da Psicologia, Sociologia e Serviço Social; g) Coordenar os estágios que se realizem na Guarda, bem como controlar as aplicações de questionários, realização de entrevistas ou qualquer outro método que visem recolher informação para a realização de qualquer estudo do âmbito das Ciências Sociais; h) Assegurar o apoio psicológico e de Serviço Social aos militares e civis da Guarda e respetivos familiares; i) Colaborar nas atividades de negociação em apoio às Unidades.

Fonte: Artigo 26º do Despacho n.º 11132/18, de 28 de novembro.

**ANEXO G - MOTIVOS DE APOIO REGISTADOS PELA LINHA TELEFÓNICA
DE APOIO DO CPIS ENTRE 2012 E 2015**

Motivos de apoio	2012	2013	2014	2015
Perturbação do humor (depressão)	4	13	6	6
Perturbação de ansiedade	10	6	21	34
Ideação suicida	16	16	10	20
Problemas conjugais	19	14	19	38
Problemas profissionais	19	21	28	39
Problemas económicos	12	8	6	2
Tentativas de suicídio	0	2	10	1
Suicídio de militar	3	11	3	26

Figura 12 - Motivos de apoio registados pela linha telefónica de apoio do CPIS entre 2012 e 2015.

Fonte: Costa Santos (2016, p. 14).