

**INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA**

ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Lina Margarida Rodrigues Ramalhete Santos

# Depressão e Risco de Suicídio em Militares da GNR

Dissertação apresentada à Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica, Ramo de Família e Intervenção Sistémica, elaborada sob a orientação da Professora Doutora Sandra Cristina Afonso de Oliveira.

**Coimbra**

**2009**

***À Filipa***

***Ao Humberto***

***Aos meus Pais***

***Os meus melhores Mestres...***

## **Agradecimentos**

*A existência de espaços como este em trabalhos de produção teórica que vamos desenvolvendo ao longo do nosso percurso académico, permitem-nos sem demagogia, a possibilidade (re)lembrar aqueles que por este ou outros trajectos comigo se cruzaram, tendo contribuído ou mesmo continuando a contribuir para as minhas transformações.*

*A realização deste trabalho obrigou-me a recorrer de modo constante àqueles de que se reveste a minha Rede Social. Num ou noutro quadrante dessa rede, muitos foram os que comigo partilharam da sua sabedoria, inteligência, disponibilidade... Para eles, que directa ou indirectamente contribuíram para a realização deste trabalho, fica o meu reconhecimento.*

*À Professora Doutora Sandra Oliveira, que ao longo de um ano, que foi longo, me mereceu todo o reconhecimento pessoal, profissional e académico. Obrigado pela disponibilidade, capacidade de trabalho e generosidade. Vou guardar memórias doces de todas as horas que me dispensou.*

*À Guarda Nacional Republicana enquanto Instituição pela confiança face ao estudo. Disponível para colaborar desde o primeiro momento.*

*Ao Major António Valente por toda a atenção e colaboração. Sem a confiança existente não teria sido possível prosseguir com este trabalho.*

*Ao Major Armindo Henrique, pela abertura demonstrada face à investigação.*

*A todos os homens e mulheres que colaboraram, porque (sobre)vivem à linha ténue sob a qual se desenvolve todo o trabalho de um Militar.*

*À Dr.<sup>a</sup> Helena Amaro. Obrigado pela paciência, apoio e disponibilidade. O seu contributo e conhecimentos de SPSS foram fundamentais para tornar este trabalho mais rico.*

*Ao Sérgio e Gabriela pela formatação. Ao Tiago porque sempre esteve disponível para mediar a minha comunicação com os computadores.*

*À Dr.<sup>a</sup> Susana e Dr.<sup>a</sup> Carla, pelo apoio oferecido.*

*Ao Carlão, pela motivação que foi oferecendo.*

*Ao meu amigo Paulo Pires, que para além de Comandante é um ser humano extraordinário.*

*À minha amiga Susana, que foi imprescindível na ajuda prestada nos vastos conhecimentos de inglês.*

*Ao Luís e à Sofia, por razões únicas...*

*A todos os outros que aqui não referi, mas foram a fonte de inspiração para a prossecução deste trabalho.*

## RESUMO

**Palavras chave:** *Depressão, Suicídio, Militares, GNR.*

A taxa média de suicídio nas forças de segurança segundo fonte do Gabinete do Ministro da Administração interna, foi nos últimos 5 anos de 11,3%. Muito embora estes valores se mostrem inferiores às taxas registadas na sociedade civil, torna-se emergente actuar no sentido de reduzir as taxas de incidência do suicídio nas forças de segurança. A realização de estudos que abordem esta realidade assume assim especial pertinência.

Para a investigação, a amostra contou com 95 sujeitos, todos militares da GNR, em funções na zona centro do país, e teve como objectivo central o estudo relacional entre a eventual existência de Depressão e comportamentos de risco Suicidários nos Militares da GNR.

Para medir o risco de suicídio foi utilizada Escala de Risco Suicidário de Stork, bem como o Inventário Clínico da Depressão (IACLIDE) aferido para a população portuguesa, pelo psiquiatra Adriano Vaz Serra. Foram recolhidos alguns dados de caracterização sócio-demográfica.

Os nossos resultados indicam que a amostra em estudo não apresenta valores de depressão, isto é, 90,5% (n= 95) da amostra encontra-se com um grau de depressão considerado normal. Contudo, 1,1% da amostra total apresenta um grau de depressão considerado grave.

No que se reporta às dimensões do IACLIDE e tal como esperado, sintomas, factores e previsão de incapacidade apresentam valores mais elevados no caso do subgrupo dos sujeitos com depressão.

O resultado dos estudos do questionário de risco suicidário de J. Stork, revelaram que o índice de risco suicidário para a amostra em estudo, corresponde a um risco considerado normal.

Quanto ao estudo da relação entre variáveis, observa-se uma distribuição irregular em que os sujeitos sem depressão apresentam diversos graus de risco suicidário, do mesmo modo que indivíduos com diferentes graus de depressão podem ou não estar em risco.

## ABSTRACT

**Key Words:** *Depression, Suicide, Soldiers, GNR.*

The middle tax of suicide in the strength of security according to the Office of the Ministro da Administração Interna was in the last five years of 11,3 %. Much though these values appear inferior to the taxes registered in the civil society. That makes emergent to act in the sense of reducing the taxes of incidence of suicide in the strength of security. The realization of studies that board this reality assumes so special relevance.

For the investigation the sample disposed of 95 subjects, all soldiers of the GNR, in functions in the centre zone of the country, and took as a central objective the relational study between the eventual existence of Depression and behaviours of secondary risks in the Soldiers of the GNR.

To measure the risk of suicide was used the Stork Scale of Suicide Risk, as well as the Depression Clinical Inventory (IACLIDE) checked for the Portuguese population, by the psychiatrist Adriano Vaz Serra. They were gathered some data of demographic and social characterization.

Our results indicate that the sample in study does not present values of depression, i.e. 90,5 % (n = 95) of the sample represents a degree of depression that was evaluated as normal. Nevertheless, 1,1 % of the total sample presents a degree of depression that was evaluated as seriously.

What concerns the dimensions of the IACLIDE and such as waited, symptoms, factors and foresight of incompetence present values more lifted up in case of the sub-group of the subjects with depression.

The questionnaire study results of secondary risk of J. Stork showed that the rate of secondary risk for the sample in study corresponds to a risk evaluated as normal.

As for the relation study between the variables there is observed an irregular distribution in which subjects without depression present several degrees of secondary risk in the same way which individuals with different degrees of depression can or can not to be in risk.

## ***SUMÁRIO***

Introdução.....	8
Objectivos .....	19
Metodologia.....	20
Apresentação dos Resultados.....	22
Discussão dos Resultados.....	30
Considerações Finais.....	33
Bibliografia.....	35
Anexos.....	37
Anexo A Questionário de Caracterização sócio-demográfica.....	38
Anexo B Inventário de Avaliação Clínica da Depressão.....	41
Anexo C Escala de J. Stork.....	47
Anexo D Metodologia.....	53
Anexo E Outputs.....	57
Anexo F Autorização de recolha de dados (GNR).....	80

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> - Caracterização Geral Da Amostra	22
<b>Tabela 2</b> - Caracterização Profissional	23
<b>Tabela 3</b> - O Grau De Depressão	24
<b>Tabela 4</b> - Dimensões Do IACLIDE	25
<b>Tabela 5</b> - Risco De Suicídio J.STORK	26
<b>Tabela 6</b> - Grau De Depressão e Risco De Suicídio	27
<b>Tabela 7</b> - Estudo Das Correlações	28
<b>Tabela 8</b> - Regressão Linear Simples	29

## **INTRODUÇÃO**

Abordar o tema da depressão como refere Matos (2001), faz emergir dúvidas e interrogações no que se reporta à *natureza* e *qualidade* das perdas que originam o fenómeno depressivo em sentido lato.

A primeira relaciona-se com o que o doente depressivo perdeu (a *natureza* da perda): o que se encontra na origem da depressão, não é tanto a perda directa (por morte ou retirada dos objectos / pessoas), mas o ambiente familiar disfuncional e conflituoso associado à perda ou retirada do afecto (pelo sujeito) por parte dos objectos significativos, isto é, a perda do amor das pessoas e não a perda das pessoas.

A segunda está relacionada com a *qualidade* da perda: na verdadeira depressão, a qualidade da perda, o afecto que o indivíduo perdeu, foi o amor verdadeiramente dito, o amor dedicado, generoso e oblativo; na falsa depressão, depressão anaclítica ou *borderline*, foi a protecção e cuidados, a funcionalidade do objecto – faltou a função do objecto; na depressão (verdadeira) pode permanecer a função, mas falta o amor, o desejo de estar/conviver com o objecto.

É deste modo que Matos (2001) distingue entre luto e depressão (perda do objecto ou do amor do objecto) e entre desamparo e depressão (perda da função do objecto e perda do amor do objecto, pois pode haver função de cuidados sem afecto na função de cuidar).

O mesmo autor apresenta três noções para situar o estudo das depressões numa perspectiva dinâmica:

- Depressão dita «reactiva»;
- Depressão patológica;
- Depressividade.

Deste modo, a depressão «reactiva», é a depressão normal ou fenómeno de luto; caracterizando a reacção de uma personalidade de estrutura genital ou pós edipiana à perda de um objecto privilegiado. Neste caso falamos de *depressibilidade: qualidade de se poder deprimir* (ser depressível), de ser capaz de fazer um trabalho de luto, sendo este um sinal de boa saúde mental (idem, ibidem).

Falamos em depressão patológica (que nem sempre atinge a profundidade e o grau psicótico da melancolia) quando a natureza predominantemente narcísica dos laços



objectais condiciona uma intolerância e uma susceptibilidade particularmente intensas à perda do amor e protecção desse objecto fundamental. Diz-se embora não muito correctamente, que o objecto é investido pela libido narcísica ou que o objecto é sobretudo um objecto narcísico, objecto funcional, ou *self*-objecto – objecto do self, do próprio, e não objecto da pulsão, na terminologia de Kohut. Nestes casos, assiste-se a uma angústia que está aquém da verdadeira angústia de castração (Kohut, *cit. in* Matos, 2001). Como o objecto aqui é do tipo funcional ou complementar (um instrumento ou um prolongamento do próprio), o sujeito sente ao perdê-lo que se destaca e afasta uma parte essencial de si mesmo.

Por fim falamos de *depressividade* sempre que a existência de um duro e permanente conflito com os introjectos acarreta uma constante situação de esmagamento do *Self*, e esgotamento do Eu, que se traduz por um vago sentimento de inferioridade e/ou um comportamento de relativa incapacidade e revela um esforço defensivo contínuo para não se deixar deprimir: ficar deprimido (abatido) pela cedência à *opressão* do objecto interno. Ou deprimir-se (sentir-se triste e com sentimentos de solidão) pelo abandono desse objecto *tutor* (Matos 2001).

Abraham (1911, *cit. in* Matos, 2001, p.123), referiu que a nostalgia do seio e da mãe, desse «maravilhoso» objecto perdido, é o traço cheio da vivência depressiva.

Na obra Freudiana não existe uma teoria definida sobre depressão, embora o autor tenha identificado e descrito manifestações depressivas nas diferentes estruturas de personalidade.

Fédida (2002, *cit. in* Monteiro e Lage, 2007) considera, tendo por base o artigo *Luto e melancolia*, que a depressão deve ser concebida como luto, indicando também uma definição mais precisa para se detectar, na melancolia, uma alteração psíquica importante, sendo que, os termos depressão e luto são aqui compreendidos como equivalentes. Assim, baseando-se nesse posicionamento, reserva-se, para a melancolia, a indicação de formas mais severas de inibição motora e afectiva, assimbolia, nas quais pode ocorrer a alternância de episódios maníacos e de paralisia, e, para a depressão, indicar-se-ão quadros clínicos bem definidos de neurose ou sintomas que se apresentem nas mais diversas neuroses, onde a elaboração dos lutos se coloca.

Contudo, é exactamente em torno da falta e da perda do objecto que a estruturação do sujeito é norteadada, levando assim o luto a ocupar um lugar central. É na medida em que se correlaciona a questão dos sintomas depressivos e da melancolia que se observa uma tendência à depressão dentro da própria constituição humana.

Fédida, (2000, *cit. in* Monteiro e Lage 2007) dá ênfase à ideia de que a depressão não deve ser caracterizada enquanto estrutura psíquica, por se tratar de um estado próprio à constituição do aparelho psíquico, possibilitando declarar que tal quadro caracteriza o ser humano. Como se sabe, o ser humano, não suporta por longos períodos o contacto com duras realidades, tendo assim um excelente recurso à sua disposição para se proteger desse contacto frustrante e ameaçador, a depressão.

Deloya (2002, *cit. in* Monteiro e Lage 2007) acrescenta que a depressão caracteriza um modo de existir através de um estado em que o homem se julga incapacitado para encontrar outra forma de lidar com novas exigências da sociedade contemporânea.

Nessa perspectiva, a depressão pode ser considerada como reguladora da vida psíquica. É uma forma de reacção da civilização aos seus mal-estares, é o recurso que surge perante as ameaças da vida psíquica anunciadas por Freud em *O mal-estar da civilização* (1917). Aliás, aquando desse trabalho, Freud considerou a felicidade um estado apenas vivido como um fenómeno efémero, ou seja, considerava a felicidade como algo limitado no tempo: “Somos feitos de modo a só podermos derivar prazer intenso de um contraste” (1930, p.95). As possibilidades de felicidade são restringidas pela própria constituição do humano. No que diz respeito à infelicidade, ela é vivenciada com mais facilidade, pois existem possibilidades de desprazer que ameaçam o homem a partir de três lugares que são constantemente observados como fonte de sofrimento: o primeiro tem origem no corpo, que, envia sinais de fragilidade pela dor e angústia vivenciadas no processo de envelhecimento e no reconhecimento da fragilidade do corpo. O segundo provém do mundo externo, que é ameaçador. O terceiro lugar, considerado o mais ameaçador, emerge das decepções decorrentes das relações com outros seres humanos. Deste modo, conclui o autor, a procura de felicidade passou a constituir o evitamento do sofrimento, e em segundo plano, a vivência de experiências que provocam prazer.

Posteriormente, Freud (1933), afirma ainda, que de um modo geral, os seres humanos adoecem de um conflito básico entre as exigências pulsionais do id (evitamento do sofrimento) e os mecanismos de defesa do ego (vivências que provocam prazer).

Com estas afirmações Freud, defendia que o ego do melancólico, hoje denominado de indivíduo depressivo, possui, como para qualquer ser humano, confrontos com o id. No entanto, é na relação do ego com o superego que ocorre o confronto mais intenso para o ego. O indivíduo melancólico, possui terríveis “condenações egóicas” em virtude do seu superego ser extremamente severo. Para Freud (1917), o surgimento da melancolia, entendida como doença, teria origem em situações de perda, seja por morte, incluindo situações de desconsideração, desprezo ou desapontamento, as quais podem trazer sentimentos opostos de amor ódio ou o reforço de uma ambivalência já existente.

Apesar das inúmeras contribuições para a explicação da origem da depressão, esta continua a constituir-se como um campo que não reúne consenso. Existem vários autores que exploram a sua etiologia, no entanto a orientação teórica destes mesmos autores tem grande peso no referencial teórico explicativo para a causa das coisas. De relevo é a contribuição da psicanálise no que se reporta ao estudo da depressão.

A partir de uma possível associação de ramos da psicanálise na relação com a depressão, Zimmerman (1999) destaca em relação às depressões resultantes da perda que é fundamental estabelecer entre o que é o “bom objecto” e o “objecto altamente idealizado”. Ambos podem ser semelhantes, mas na sua essência são profundamente distintos. Quando a perda for de um bom objecto, a elaboração processa-se de acordo com o luto normal. Quando a perda for de um objecto muito idealizado, o mais provável é que o ego do indivíduo possa sentir-se desamparado, entregue aos objectos maus e perseguidores, que lhe impõe um convite ao sofrimento e à morte, configurando-se assim quadros melancólicos. Com esta análise, o carácter da idealização fica acentuado pelo autor. As necessidades de idealização surgem nos seres humanos quando, no seu desenvolvimento, a herança filogenética ou a doação de um “mundo emocional de vida” foram insuficientes para o crescimento mental”. A consequência é a presença de uma ou mais áreas imaturas, mais desorganizadas nas mentes humanas de uma parte da população. Essa desorganização ou imaturidade pode ter uma expressão em termos do quadro psicopatológico ou de perturbação do comportamento. Nesse sentido, ao debruçarmo-nos no estudo da depressão, emerge como incontornável falar também num fenómeno tão fortemente associado: o suicídio, seja ele efectivo seja na sua forma tentada.

Segundo Afonso (2004) talvez tenha sido Robert Burton, na sua obra *The Anatomy of Melancholy* de 1621, o primeiro a abordar o assunto numa perspectiva médico-científica, ao associar o suicídio à melancolia (depressão).

O suicídio não é um acto aleatório sem finalidade. Pelo contrário, trata-se do escape a um problema ou crise que invariavelmente causa grande e intenso sofrimento, estando associado a necessidades frustradas ou não satisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos ambivalentes entre a sobrevivência e um *stress* insuportável, um estreitamento de opções percebidas e uma necessidade de fuga.

O suicida emite sinais de angústia, e a ideia de “quem fala não faz”, não é verdadeira no que respeita ao suicídio. Posto isto, a avaliação do risco continua a ser um desafio mais relevante do que no imediato, a causa deste.

Moreira e colaboradores, num trabalho publicado em 2000, realizado no serviço de internamento psiquiátrico do Hospital Adolfo Menezes, na região de São José no Brasil, concluíram que 30% da população estudada sofria de depressão, 20% destes sofriam de transtorno bipolar e 10% sofria de esquizofrenia. É de salientar que dos doentes estudados 100% apresentavam ideação suicida.

É justamente neste contexto que Moreira *et al.* refere que o risco suicidário é maior quando associado a transtorno psiquiátrico.

Outros autores como Goodwin e Runk (1992 *cit. in* Mello 2000) muito embora conheçam a diversidade conceitual entre investigadores afirmam, que a maioria dos suicidas sofrem de doença mental no momento do acto.

O suicídio, segundo Dixon e colaboradores (1994, *cit. in* Schwartz & Rogers, 2004) pode ocorrer em qualquer indivíduo ou família, independentemente da idade, classe sócio-económica ou raça. Não está portanto confinado a um determinado género ou sistema de crenças. Qualquer sistema cultural é passível de produzir indivíduos que possam vir a decidir pôr fim às suas vidas (Turvey, 1995, *cit. in* Santos, 2007).

Apesar das mulheres cometerem três vezes mais tentativas (Silva, 2002, *cit. in* Santos, 2007) diversos estudos apontam que o suicídio é um fenómeno mais comum entre os indivíduos do sexo masculino (Bongar, 2002, *cit. in* Packman *et al.*, 2004).

Schwartz e Rogers (2004, *cit. in* Santos, 2007), corroboram esta ideia com base em estudos realizados em diversos países onde o *ratio* de suicídio, foi sempre mais elevado em indivíduos do sexo masculino.

Para Kaplan (1997, *cit. in* Moreira *et al.* 2000), os métodos mais usados são no caso dos homens as armas de fogo, o enforcamento e a precipitação.

Quanto à idade, entre os homens o suicídio atinge um pico e continua a aumentar após os 45 anos. Entre as mulheres ocorre a partir dos 55 anos.

O processo suicida, numa perspectiva global, pode desenvolver-se durante dias, semanas, ou meses (Chiles & Strosahl, 1993, *cit. in* Saraiva 1999).

Existe uma confluência de factores que envolvem um indivíduo em interacção com pessoas do seu círculo social ou familiar. No caso de uma situação interpretada como intolerável, sem saída à vista, a morte pode ser encarada como a única alternativa, para pôr fim ao sofrimento.

Sob uma forma compreensiva, Freud e os seus seguidores tentaram demonstrar que o tema da morte adquire significado patológico em alguns casos, ligada a impulsos agressivos inconscientes. Deste modo, procurando explicar o suicídio, foi elaborando uma ideia de agência psíquica que poderia justificar a culpa e a auto-acusação como conceitos importantes para o entendimento da depressão e da melancolia. É assim que, em 1923 na sua obra *O ego e o id*, surge o conceito de superego - com funcionamento inconsciente – sendo que a descrição das relações entre esta instância e o ego possibilitaram uma melhor compreensão da dinâmica do suicídio. Para o ego viver, precisa de auto-estima e apoio das forças protectoras do superego e assim, o medo da morte na melancolia, acontece quando o ego se desespera, porque se sente odiado e perseguido pelo superego. O suicídio é uma expressão de que a tensão produzida pelo superego se tornou insuportável.

É num contexto, imaginário e afectivo, que o suicídio inúmeras vezes, se insere, explicando a euforia, boa disposição, que se observa, nestes casos, nos momentos antecedentes do acto último e completo de renúncia ao prazer de viver.

É a ilusão de obter o triunfo pela aceitação da derrota.

“Desapareceu quando estava prestes a atingir o merecido reconhecimento...

Morre quando estava prestes a concretizar o seu projecto... isto é o que o sujeito julga que ajuizarão os que ficam, o objecto que fica” (Matos, 2001).

É o indivíduo que se mata por acidente, consciente ou inconscientemente, mas sem que ninguém adivinhe ou possa saber que se quis matar. Foi aquele que não aceitou o *insight* que teve sobre a sua conduta de onnipotência, não suportando sofrer a humilhação que

vislumbrava. Mas se esse tempo do sucesso e da vitória não vem, nem é projectado no além-túmulo, a hora da verdade, essa, chegará ... quase sempre. É, então, o consciente balanço da existência. Este é habitual o mais tardar, na idade média da vida.

Enunciamos aqui ainda segundo Matos (2001), razões masoquistas e narcísicas para a morte, que explicam um certo desejo de morrer, ou de uma das faces do desejo de morrer:

1. Obter o amor total e duradouro do objecto;
2. Vulnerabilidade narcísica;
3. Intolerância à dor da perda, do abandono. Com aumento da resistência à procura da dor-sofrimento, do penar para obter perdão e amor;
4. Impossibilidade de suportar o orgulho ferido e a derrocada da onnipotência.

Matos (2001), destaca a última por a considerar a mais frequente na chamada «crise da idade média». É neste período que o desejo inconsciente de morrer pode ser mais persistente. Aqui, como sempre, a grande tragédia é a incapacidade de fazer «o luto pelo tempo de amor perdido». Fixado ao objecto infantil idealizado, sujeito, assujeitado ao seu desejo e determinação, não pode amar e ser amado pelos objectos possíveis e encontrados do seu tempo e idade, da sua contemporaneidade, da sua fibra, do seu estilo e qualidade, da sua ténpera e da sua escolha.

Ser agente de autoridade é um trabalho de risco, porque se por um lado há profissionais que compartilham características de risco de suicídio com a população geral, há factos e estatísticas que se aplicam especificamente ao cumprimento do dever (Baker & Baker, 1996; Bongar, 2002; Cummings, 1996; Hill & Clawson, 1988; Loo, 1999; Mohandie & Hatcher, 1999; Quinnet, 1998; Violanti, 1995; *cit. in* Miller, 2005).

Miller (2005), autor americano, com produção teórica publicada abordou a problemática do suicídio em agentes e as questões inerentes ao fenómeno. O autor refere que as crises suicidas raramente ocorrem isoladas, sendo que são mais frequentes em agentes com precedente depressivo, ou em agentes que recentemente tenham vivido concomitantemente situações de *stress*, desânimo e ou desamparo.

É bastante comum um modelo de ciclos de estados de humor no decurso da vida de um indivíduo. Todavia, as crises suicidas de agentes, bem como com a maior parte das pessoas

numa situação de aflição extrema, tende a ser breve. Isto significa que, o tempo de intervenção pode, literalmente, fazer a diferença entre a vida ou a morte.

Como a maioria dos indivíduos, os agentes suicidam-se em reacção a situações pessoais e interpessoais, consideradas intoleráveis e sem resolução aparente, como refere Miller (2005).

Contudo, ao contrário de muitos indivíduos os agentes tendem a ser muito profissionais, investindo assim na sua formação profissional, no cumprimento do dever e por isso reagem fortemente quando esta imagem é alvo de ameaça. Em muitos casos de suicídio houve um efeito cumulativo de *stress*, muitas vezes implicando uma combinação de problemas profissionais e pessoais – os dois pilares de auto-estima que a maior parte dos agentes deve invocar (Miller, 2005).

Determinadas características no trabalho de um militar distinguem-no por si só de outras profissões face à intensidade e ao investimento pessoal investido. De acordo com o que se designa de “personalidade e cultura do agente”, grande parte da execução do cumprimento do dever pode servir de tampão e exacerbar a resposta destes ao *stress* (Allen, 1986; Blau 1994; Cummings, 1996; Henry, 2004; Moleiro, 1995, 1998, 1999, 2003; Mohandie e Hatcher, 1999; *cit. in* Miller, 2005).

A cultura do agente reforça o “ethos” profissional que ecoa com a filosofia pessoal de muitos militares a qual é transposta para o trabalho, adquirida a partir do meio familiar, social e cultural onde se inserem.

A maioria dos agentes tem um forte desejo de aprovação. Muitos destes agentes têm grande conforto e apoio familiar, sendo este muitas vezes o único meio existente para poderem desligar-se física e emocionalmente do seu estatuto de autoridade. Na maior parte do tempo estas ligas instáveis de auto-suficiência e necessidade de aprovação social prevê que se crie um núcleo psíquico mas rígido de protecção contra “assaltos” á auto-estima do militar (Miller, 2005).

Infelizmente, esta orientação deixa pouco espaço para aceitar a falibilidade ou o erro. O “núcleo” frágil de auto-estima de um agente pode desencadear para uma crise suicida se for violada por uma barreira profissional ou por um *stress* familiar, ou se especialmente combinados.

Para estes agentes a vergonha é muito pior que o medo, e perder o respeito dos colegas ou da família é percebido com uma enorme sensibilidade (Miller, 2005). Viver com este tipo de crises pode ser literalmente intolerável.

A rigidez que pode caracterizar muitos dos pensamentos dos agentes é exacerbada perante situações de *stress*, conduzindo a distorções cognitivas que influenciam os processos psicológicos prejudicando a sua capacidade de pensar.

Uma outra característica da personalidade e cultura do agente que os coloca em situação de risco está relacionada com o temperamento e treino a que estão sujeitos. As suas acções são orientadas e usadas para responder de modo rápido e decisivo em situação de crise.

Os factores cultura e personalidade não afectam apenas a forma como o agente interpreta a sua situação, mas também como este lhe dará resposta. Além de determinação uma característica de estilo de resposta de um agente face ao cumprimento da lei é a agressividade, no sentido de ser pró-activo em saber quando deve fazer uso de força apropriada e autoridade para controlar situações perigosas. Isto pode incluir o uso de uma força mortal, se não houver outra escolha. Para um agente suicida que se sente pessoalmente ameaçado por um estado crítico – tanto como por qualquer suspeito que encontre na rua e lhe aponte uma arma – uma acção agressiva contra o mesmo pode representar a “única escolha”, ou seja, a única saída possível face à situação que se coloca. Ainda por último, como factor predisponente e não menos relevante há a apontar o uso e a presença constante da arma. O acesso e a presença desta, caracteriza a profissão e aumenta o perigo de violência impulsiva e auto-dirigida. Nem mesmo o cidadão comum que possua uso e porte de arma faz desta sua companhia constante, como particularmente acontece na população militar (Miller, 2005).

Uma parte importante na prevenção envolve a identificação dos factores de risco. Os riscos de suicídio podem ser divididos em riscos em geral e riscos especificamente relacionados com os postos (Allen, 1986; Bongar, 2002; Cummings, 1996; Mohandie & Hatcher, 1999; Packman, Marlitt Bongar & Pennuto, 2004; *cit. in* Miller, 2005).

Segundo Miller (2005), homens, tipicamente caucasianos e com idade avançada aumenta o risco de suicídio, largamente porque aumenta o risco de depressão. Ser pertença numa família com historial suicida é um factor de risco, assim como uma história pessoal com anteriores tentativas suicidas. Um individuo depressivo, psicótico, com consumo de estupefacientes ou que tenha um passado histórico destes síndromes o risco é claramente crescente. Recentes alterações significativas de humor são também um sinal de perigo.

Indivíduos que vivem sozinhos ou que de uma forma ou de outra se encontram isolados e com poucos recursos quer pessoais quer económicos pode apresentar-se também como um indicativo de risco.



Passar pela experiência de uma perda recente quer pessoal quer no trabalho, ou o enfrentar uma doença grave são um risco predisponente.

O aniversário da morte relativo à perda de alguém ou trauma pode resultar num episódio de suicídio depressivo. Temas que digam respeito a traumas do passado ou injustiças podem leva-los a ter um *feedback* de uma depressão que pode resultar num impulso violento, ou qualquer outro dirigido a si próprio.

Miller (2005), acrescenta ainda que alguns dos factores de risco específicos no suicídio de um agente sobrepõem-se aos factores de risco em geral, enquanto que outros são específicos/exclusivos à profissão do agente.

Agentes que estão a ser alvo de uma investigação ou procedimento disciplinar, especialmente se esta representa o culminar de uma forma ou de outra num episódio que humilhe o militar, pode levar a que este sinta medo porque pode vir a perder o seu *status* ou identidade na sua profissão, o que para alguns é excessivamente negativo do ponto de vista emocional pois investem numa carreira e isto poderá ser um facto muito difícil de superar.

O desapontamento, humilhação e o desespero são exponencialmente engrandecidos num agente, face a uma incapacidade de ajuda a um colega de profissão em situação de crise, quando presumido lapso de desempenho, e este, conduziu a um prejuízo ou morte de um agente ou de um civil inocente (Miller 2005).

Ao longo do processo formativo os militares “são vistos como “ardósias” que serão reescritas para reflectir a formação e a conduta apropriada aos agentes” (Cook, 2003).

O tempo de formação militar é usado para vincular e apreender valores como a confiança mútua. Nesta fase de aprendizagem é aprendido um método sistematizado e dirigido aos superiores e eles deverão aprender a clivar/separar o pensamento civil do pensamento protector e cumpridor da lei.

A organização militar pauta-se pela não tolerância à insubordinação ou práticas ilegais pelos elementos que a constituem. Deste modo, todos sem excepção conhecem as consequências das suas acções segundo a política e procedimentos. Neste período há um abandono de alguma liberdade pessoal aquando da decisão de aliar-se a uma força de cariz militar. Assim, devem apreender a reter a sua raiva e/ou divergências.

Cook (2003), em trabalho publicado refere que a entrada na vida militar actua como o primeiro evento de socialização que leva o militar para fora da sua vida como civil. Como em qualquer outro evento tudo o que é novo constitui-se como stressante, mais ainda quando a entrada numa nova vida permite outra visão sobre o quotidiano -o de ser militar-.

A ter em conta é que o *stress* é visto como um acto cultural que se vai construindo e é definido pela partilha de experiências inseridas num mesmo grupo.

McElroy e Townsend (1996, *cit. in* Cook 2003), refere que:

“apesar da aceitação do *stress* como uma causa de desordem psiquiátrica e física, alguns antropólogos interrogam a validade do *stress*, sugerindo que o conceito é a cultura e classes vinculadas”.

Pertencer à cultura militar é estar em exposição constante ao *stress* que se poderá encontrar no trabalho. Exemplo disso são os turnos, injúrias, escalas sobrecarregadas, preocupação e preparação mental para acontecimentos do dia seguinte que se prendem com pagar contas, manter-se saudável, passar tempos gratificantes em família e amigos etc.

O *stress* vivido no dia a dia no trabalho com a probabilidade de ser morto ou ferido, de ser responsabilizado por algo, ter uma escala de serviço sujeita a alterações, ter menos tempo livre, todos estes factores são suficientes para o militar sentir um *stress* insuperável e este fazer sentir-se sobre o desempenho de funções na vida como militar. Os problemas normalmente dirigidos aos agentes vêm de todas as direcções: família, público, comandos, interior e ambiente. O *stress*, no seu conjunto, deve ser visto no contexto em que existe: físico, mental, social, político, ambiental e cultural (Cook, 2003).

Quando as pessoas têm um bom suporte social fica facilitado o encontro de recursos disponíveis para ajudá-los a organizar as fontes de *stress* vivenciadas e técnicas para diminuir a pressão. Outras pessoas, em que a falta de um suporte, faz com que sofram negativamente por isolamento e alienação de outros, que aumenta a possibilidade de uma depressão, e possível suicídio (Cook, 2003).

## **OBJECTIVOS**

Na sequência dos pressupostos até aqui enunciados o presente trabalho de investigação reveste-se de um cariz exploratório e tem como objectivo geral o estudo da relação entre a eventual existência de depressão e o nível de risco suicidário nos militares da Guarda Nacional Republicana. A pertinência de um estudo deste cariz surge da necessidade premente de compreender tanto o fenómeno da depressão e do risco de suicídio em termos da sua prevalência nos militares da GNR, bem como da relação entre estes fenómenos a qual pode explicar um maior grau de risco ou uma diminuição de qualidade de vida destes sujeitos. Tal facto é nos indicado pelas estatísticas que muito embora válidas não são conclusivas na implicação de perturbação depressiva e comportamento suicidário.

Estabelecemos então como objectivos específicos:

- 1 - Estudo dos níveis de depressão entre sujeitos militares da GNR;
- 2 - Estudo dos níveis de risco suicidário entre sujeitos militares da GNR;
- 3 – Análise da relação entre as variáveis depressão e risco de suicídio nos militares da GNR;
- 4 – Análise descritiva das características sócio-demográficas dos sujeitos em estudo.

## **METODOLOGIA**

### **População**

Para este estudo recorreremos de modo aleatório a militares da GNR, a exercer funções na zona centro do país, que de modo voluntário acederam colaborar.

### **Amostra**

De acordo com Pais Ribeiro (1999), a amostra presente na nossa investigação é uma amostra não probabilística, por conveniência, na medida em que inclui apenas sujeitos acessíveis ao universo de conhecimento dos investigadores.

### **Instrumentos utilizados**

Foram utilizados para a recolha de dados, um questionário sócio-demográfico construído especificamente para a população em estudo e de acordo com as suas particularidades, que aborda questões como o género, idade, estado civil, grau de instrução, hierarquia militar e anos de serviço.

Para testar a existência de indivíduos deprimidos foi utilizado o IACLIDE. Este instrumento, aferido para a população portuguesa, por Adriano Vaz Serra, em 1994, destina-se a medir a intensidade dos quadros clínicos depressivos.

O IACLIDE é um instrumento de auto-avaliação, que utiliza uma escala de tipo Likert para medir a intensidade de um quadro clínico depressivo. É composto por 23 itens que se referem a perturbações de 4 tipos distintos: biológicos, cognitivos, interpessoais, desempenho de tarefa. Significam a relação que o indivíduo deprimido estabelece com o corpo, consigo próprio como pessoa, com os outros e com o trabalho.

Criado a partir de uma amostra de 340 deprimidos a correlação “Par/Ímpar” foi de 0,854 e o Coeficiente de Spearman-Brown de 0,920, traduzindo uma boa consistência interna. Apresentou um Coeficiente de Validação Concorrente de 0,717 com a versão portuguesa do Inventário Depressivo de Beck, aferida em 1973 por Vaz Serra e Pio de Abreu. Um teste U de Mann-Whitney revelou uma excelente diferenciação entre a nota global e cada um dos sintomas quando a amostra de deprimidos foi comparada com 340 indivíduos normais, isto é, com indivíduos que nunca tiveram transtorno psicopatológico. O ponto de corte entre normais e deprimidos corresponde à nota global 20. Esta pontuação ascendeu,

nos casos de depressão leve, moderada e grave, para os valores médios, respectivamente de 28, 45 e 58.

Para avaliar o risco de suicídio foi utilizada a Escala de Percepção de Risco (J. Stork)

A escala de risco suicidiário de J. Stork, aferida para a população portuguesa, é constituída por 76 itens. Estes são medidos por um formato dicotómico de resposta (V/F).

Relativamente aos dados obtidos, estes foram introduzidos, tratados, codificados e analisados no programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 17.0, para Windows SPSS.

### **Procedimentos**

A recolha de dados decorreu entre Janeiro e Março de 2009.

Para utilização do instrumento de avaliação clínica da depressão (IACLIDE), foi solicitada autorização ao Professor Doutor Adriano Vaz Serra.

O acesso ao universo militar de 95 sujeitos, contou com a colaboração da GNR, depois de solicitada uma autorização prévia. Os sujeitos em estudo, todos militares da GNR a exercer funções na zona centro do país, aceitaram colaborar depois de clarificados os objectivos da investigação.

## RESULTADOS

### 1. Caracterização da amostra

CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA						
		N	%			
<b>Género</b> (n= 95)	Masculino	<b>90</b>	<b>94,7%</b>			
	Feminino	5	5,3%			
<b>Estado civil</b> (n= 95)	Solteiro	24	25,3%			
	Casado	<b>64</b>	<b>67,4%</b>			
	União de facto	2	2,1%			
	Divorciado	5	5,3%			
<b>Filhos</b> (n= 94)	Sim	<b>64</b>	<b>68,1%</b>			
	Não	30	31,9%			
<b>Nº Filhos</b> (n= 57)	1 Filho	21	36,8%			
	2 Filhos	<b>31</b>	<b>54,4%</b>			
	3 Filhos	4	7%			
	4 Filhos	1	1,8%			
<b>Grau Instrução</b> (n= 95)	E. Básico	6	6,3%			
	E. Preparatório	22	23,2%			
	E. Secundário	<b>64</b>	<b>67,4%</b>			
	E. Superior	3	3,2%			
<b>IDADE</b> (n=95)		<b>Média</b>	<b>D.P.</b>	<b>Mediana</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>
		<b>38</b>	8	<b>38</b>	21	54

**Tabela 1:** A amostra em estudo é composta por um total de 95 sujeitos, com expressão significativa de indivíduos do sexo masculino (94,7%), o que vem confirmar a ideia comum das diferenças de género nas forças militares – o sexo feminino está apenas representado em 5,3% dos casos. As idades variam entre os 21 e os 54 anos, sendo que média e mediana se situam ao nível dos 38 anos (D.P.= 8,01), indicando portanto uma distribuição normal para a variável idade.

<b>CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL</b>					
		<b>N</b>	<b>%</b>		
<b>Classe</b> (n=94)	C. Praças	<b>76</b>	<b>80,9%</b>		
	C. Sargentos	18	19,1%		
<b>Arma</b> (n=94)	Infantaria	<b>78</b>	<b>83%</b>		
	Cavalaria	16	17%		
<b>Hierarquia Militar</b> (n=95)	Soldado	<b>45</b>	<b>47,4%</b>		
	Cabo	<b>27</b>	<b>28,4%</b>		
	Cabo-chefe	4	4,2%		
	Segundo-sargento	4	4,2%		
	Primeiro-sargento	4	4,2%		
	Sargento-ajudante	7	7,4%		
	Sargento-chefe	4	4,2%		
<b>Residência em serviço</b> (n=95)	Res. Habitual	<b>81</b>	<b>85,3%</b>		
	Instalações GNR	14	14,7%		
<b>Anos de Serviço</b> (n=95)		<b>Média</b>	<b>D.P.</b>	<b>Moda</b>	<b>Min. Máx.</b>
		<b>15</b>	8	<b>10</b>	1 31

**Tabela 2:** Em termos de caracterização profissional, é possível verificar através da análise da tabela que a amostra é maioritariamente composta por militares da GNR que pertencem à classe de Praças – 80,9% contra 19,1% pertencentes à classe de Sargentos. Com uma representação igualmente expressiva encontramos a Infantaria – 83% contra 17% pertencentes à Cavalaria.

Estão ainda representados 7 estatutos da hierarquia militar.

Por fim, podemos ainda observar que os anos de serviço variam entre 1 e 31 anos, sendo o tempo médio de 15 anos (D.P.=8) e a duração mais frequente de 10 anos de serviço.

## 2. Estudo dos resultados globais e das dimensões do IACLIDE

### 2.1. O grau de depressão

		N	%	Média	D.P.
GRAU DEPRESSÃO	Normal	86	90,5%	5,4	5,7
	Leve	5	5,3%	24	4,7
	Moderado	3	3,2%	43,7	7,0
	Grave	1	1,1%	55	N/A
	TOTAL	95	100%	8,1	10,7

\*N/A – Não se aplica

**Tabela 3:** Da análise da tabela facilmente percebemos que os sujeitos em estudo não apresentam valores de depressão, sendo que 90,5% apresentam um grau de depressão considerado normal. Apenas, 9 sujeitos apresentam um grau de depressão com significado clínico.



2.2. Dimensões do IACLIDE

DIMENSÕES IACLIDE		Amostra total		Sem depressão		Com Depressão	
		Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.
SINTOMAS	Biológicos	0,48	0,56	<b>0,37</b>	0,43	<b>1,53</b>	0,61
	Cognitivos	0,35	0,49	<b>0,23</b>	0,29	<b>1,46</b>	0,65
	Interpessoais	0,37	0,56	<b>0,24</b>	0,36	<b>1,59</b>	0,72
	Desempenho Tarefa	0,27	0,51	<b>0,15</b>	0,29	<b>1,36</b>	0,79
FACTORES	F1	0,36	0,6	<b>0,24</b>	0,45	<b>1,47</b>	0,78
	F2	0,1	0,56	<b>0,02</b>	0,34	<b>0,91</b>	1,26
	F3	0,27	0,51	<b>0,19</b>	0,4	<b>1,05</b>	0,81
	F4	0,46	0,83	<b>0,3</b>	0,55	<b>1,89</b>	1,51
	F5	0,36	0,65	<b>0,33</b>	0,63	<b>0,55</b>	0,88
INCAPACIDADES	V. Geral	0,5	0,48	<b>0,39</b>	0,26	<b>1,58</b>	0,78
	V. Trabalho	1,31	0,32	<b><u>1,26</u></b>	0,22	<b><u>1,8</u></b>	0,59
	V. Social	1,08	0,37	<b>0,99</b>	0,21	<b><u>1,9</u></b>	0,5
	V. Familiar	0,98	0,46	<b>0,87</b>	0,25	<b><u>1,99</u></b>	0,78

**Tabela 4:** Dos resultados apresentados na tabela 4 interessa reter apenas alguns aspectos. Por um lado, e tal como esperado, tanto os sintomas, como os factores e a previsão de incapacidade apresentam valores mais elevados no caso do subgrupo dos sujeitos com depressão. Por outro lado, a previsão de incapacidade para a vida de trabalho, social e familiar dos sujeitos deprimidos tendem para o valor 2 (a incapacidade pode variar entre 0 e 4, desde inexistente a altamente incapacitante), o que nos dá indicações de que estes sujeitos se sentem moderadamente incapacitados nestas áreas da sua vida. Por último, é ainda de referir que a incapacidade para a vida de trabalho apresenta apenas uma diferença descritiva de 0,5 pontos entre sujeitos com e sem depressão.

### 3. Estudo dos resultados do questionário de risco de suicídio de J. Stork

		N	%	Média	D.P.
<b>RISCO SUICÍDIO</b>	<b>Normal</b>	<b>87</b>	<b>91,6%</b>	<b>22</b>	<b>14,7</b>
	<b>Intermédio</b>	3	3,2%	<b>70,3</b>	<b>2,5</b>
	<b>Fraco</b>	2	2,1%	<b>87,5</b>	<b>5</b>
	<b>Importante</b>	3	3,2%	<b>102,3</b>	<b>3,5</b>
	<b>TOTAL</b>	95	100%	<b>27,4</b>	<b>23,3</b>

**Tabela 5:** O índice de risco de suicídio para a amostra total é considerado normal, já que a maioria dos sujeitos se situam dentro do intervalo de normalidade (média = 22 pontos com D.P.=14,7). Ainda assim, os resultados obtidos por uma minoria de sujeitos são reveladores da presença de risco de suicídio, mais ou menos grave (3,2%; N = 3)

#### 4. Estudo da relação entre depressão e suicídio

Antes de passarmos à apresentação da estatística inferencial, a qual servirá para fazer o estudo da relação entre as variáveis experimentais – depressão e risco de suicídio – é importante sublinhar um aspecto, nomeadamente o facto de não se ter verificado a existência de uma distribuição normal para cada um dos questionários, o que logo à partida pode introduzir viés na aplicação e análise de testes paramétricos que, para além deste requisito, exigem ainda a homogeneidade da variância, posta em causa pela desigualdade do número de sujeitos incluídos em cada um dos subgrupos, nomeadamente, deprimidos e não deprimidos e com/sem risco de suicídio.

Deste modo, será apresentada uma estatística descritiva das relações entre graus de depressão e risco de suicídio (*crosstabs*) e uma estatística correlacional para caracterizar a relação entre as variáveis em estudo.

##### 4.1. Frequências cruzadas – grau de depressão e risco de suicídio

		GRAU DEPRESSÃO				TOTAL
		Normal	Leve	Moderada	Grave	
RISCO SUICÍDIO	Normal	84	2	1	0	87
	Intermédio	1	1	0	1	3
	Fraco	1	0	1	0	2
	Importante	0	2	1	0	3
	TOTAL	86	5	3	1	95

**Tabela 6:** Na tabela acima foi nosso objectivo avaliar a existência de concordância/sobreposição entre os diferentes graus de depressão e as várias categorias de risco de suicídio.

Naturalmente, a maior parte dos sujeitos que apresentam um grau de depressão normal (isto é, sem depressão) têm um risco de suicídio dito normal. Também para dois casos de depressão leve e um de depressão moderada o risco é normal.

Três casos – normal, depressão leve e depressão grave – encontram-se numa situação intermédia entre normalidade e risco. A categoria “fraco risco” está presente em dois casos – sem depressão e depressão moderada. Por último, observa-se que o risco importante de

suicídio está presente no caso de dois sujeitos com depressão leve e de um com depressão moderada.

#### 4.2. Estudo das correlações

		Grau Depressão	Factor3 (Suicídio)
Risco suicídio	Pearson	0,718**	0,486**
	Sig.	0,0	0,0

\*\* Para um grau de significância ao nível de 0,01

**Tabela 7:** Por último, procedeu-se ao estudo da correlação entre depressão e risco de suicídio. Através da análise da tabela é possível observar uma correlação positiva e altamente significativa (forte) entre o grau de depressão e o risco de suicídio.

### 4.3. Análise da regressão linear

	<b>b</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
<b>Análise da Regressão Linear</b>	1,554	0,515

**Tabela 8:** Análise da regressão linear simples - estudo da relação entre duas variáveis, nomeadamente a depressão e o risco de suicídio. É possível confirmar a existência de relação entre as variáveis depressão e suicídio, observada já a partir do estudo da correlação das mesmas. Nesta análise interessam-nos dois principais valores:

- a) O declive da recta ou **b** (**H0: b=0 e H1: b≠0**)
- b) O coeficiente de determinação ou **R<sup>2</sup>** (Percentagem de variabilidade que é explicada pela regressão; mede a qualidade/adequação do modelo de regressão)

No presente caso definiu-se como variável independente o grau de depressão e como variável dependente o risco de suicídio, sendo a hipótese experimental (H1) a de que a depressão tem um papel na explicação do suicídio. Esta hipótese é confirmada já que o declive (b=1,554) é superior a zero, indicando portanto que o risco de suicídio pode ser explicado pela presença/grau de depressão.

No que diz respeito ao coeficiente de determinação convencionou-se que se o seu valor se aproxima de 1 então há um bom ajuste do modelo aos dados, e se aproxima de 0 há um mau ajuste do modelo. No caso em estudo o modelo de regressão ajusta-se aos dados de forma moderada (R<sup>2</sup>=0,515), ou seja há uma aproximação da relação linear á real relação entre as variáveis, sendo contudo impossível garantir que o risco de suicídio é explicado totalmente pela depressão, tal como já havia sido discutido na tabela 6.

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

É objectivo desta investigação estudar a eventual relação entre a existência de depressão e o nível de risco suicidário nos militares da GNR, sendo que o fenómeno “Suicídio e Depressão” se reveste de aspectos multidimensionais, encontrando-se em constante discussão e debate na comunidade que se dedica ao estudo dos processos mentais, a Psicologia.

A amostra apresenta-se maioritariamente masculina, com um espectro de idades entre os 21 e os 54 anos.

A prevalência do suicídio é descrita na literatura científica como maior entre os divorciados, solteiros e viúvos. Na nossa amostra 67,4% dos indivíduos são casados.

85,3% dos sujeitos refere permanecer na residência habitual em período de trabalho, o que poderá afastar a ideia da deslocação do seio familiar em detrimento do trabalho.

O grau de depressão normal apresenta-se em 90,5% dos sujeitos em estudo, estando por outro lado com depressão grave apenas 1 sujeito de toda a amostra. Se do ponto de vista puramente estatístico a percentagem de deprimidos pode ser considerada pouco expressiva, do ponto de vista clínico a existência de aproximadamente 10 casos de depressão em cada 100 sujeitos remete-nos para uma questão essencial, a da necessidade de avaliação e intervenção terapêutica regular junto destas forças militares de modo a evitar o aumento do grau de severidade dos quadros depressivos sinalizados precocemente.

Baker, (1998, *cit. in* Miller, 2005) refere que “a melhor forma de intervir perante a crise é a prevenção da crise” logo, ao longo do processo selectivo há muito a fazer afim de mitigar os factores predisponentes de *stress*, depressão e suicídio.

É na perspectiva de realizar uma adequada e eficaz prevenção, que o Ministério da Administração Interna solicitou ajuda à Sociedade Portuguesa de Suicidologia. Foi proposta a elaboração de um programa que veio a designar-se de Plano de Prevenção do Suicídio nas Forças de Segurança. Este desenvolve-se em três eixos: Sensibilização – Prevenção, Tratamento, e por último Intervenção – Contenção em casos de emergência.

Relativamente às dimensões do IACLIDE era esperado que os valores relativos aos sintomas, aos factores, e à previsão das incapacidades fosse tanto mais elevado quanto a existência de depressão. No entanto, a incapacidade para a vida de trabalho apresenta apenas uma diferença de 0,5 pontos entre sujeitos com e sem depressão. Este facto poderá

levar-nos a pensar numa análise futura aquilo que são as verdadeiras condições de trabalho das forças militares.

O conteúdo violento da profissão, o contacto frequente com a morte, a violência e o *stress* face às responsabilidades são considerados elementos do quotidiano, causadores de danos na saúde destes profissionais (Amir, 1995, *cit. in* Amador, Santorum, Cunha, & Braum, 2002).

Tal como observado para o estudo da depressão, também o risco de suicídio não parece ter um valor significativo do ponto de vista estatístico. Contudo, ao considerarmos que um total de 8 sujeitos em cada 100 podem de facto estar em risco (seja ele maior ou menor), então esses casos passam a ter relevância clínica que carece de uma interpretação mais cuidada.

A questão que se coloca imediatamente é a de saber se a percentagem de sujeitos em risco na amostra em estudo é equivalente ou superior á da população geral, pois caso se venha a verificar que é superior, podemos levantar a hipótese já apontada por alguns, da existência de um maior risco de suicídio associado ao exercício de funções militares. Nesse caso, e mais uma vez em consonância com o discutido para os casos de depressão, a avaliação, intervenção psicológica e social junto destes profissionais deve ser repensada com vista a minimizar a probabilidade de passagem ao acto.

A avaliação psicológica como refere Miller (2005), é de enorme importância no processo de selecção de novos agentes para assegurar que estes possuem um grau razoável de maturidade e estabilidade psicológica/emocional. Reavaliações periódicas deveriam fazer parte de um procedimento modelo pessoal, que desse conhecimento dos problemas quando estes ainda se encontram numa fase embrionária, para que depois não se tornem em problemas de maior relevância. Também pressupõe um sistema eficiente para lidar com agentes em angústia psicológica, assim qualquer problema observado poderá receber tratamento adequado num ambiente de suporte. Uma das vias possíveis para a consecução destes objectivos seria a de obter ajuda materializada e educacional, com foco em agentes com depressão.

Finalmente, a organização de “leis saudáveis” contribuem para uma saúde global e psicológica bem como resiliência nos locais de trabalho. Contribuem ainda para reforçar práticas e uma maior abertura comunicacional entre os diferentes níveis de organização (Peak, Gaines & Glesnor, 2004; Thibault, Lynch & McBride, 2004; *cit. in* Miller, 2005).

A discussão dos resultados não ficaria completa sem a identificação de algumas limitações que implicam desde logo um cuidado especial na análise e eventual generalização dos resultados.

Primeiramente, temos uma distribuição irregular, sendo que, por exemplo, os sujeitos sem depressão apresentam diversos graus de risco de suicídio, do mesmo modo que indivíduos com diferentes graus de depressão podem ou não estar em risco.

Esta distribuição irregular resulta de uma amostra que é em 90% constituída por sujeitos sem depressão e sem risco de suicídio. Estes resultados em termos de baixa prevalência de depressão e risco podem ser explicados, explorados com base em duas hipóteses:

Por um lado, a desajustabilidade social que é atitude comum á classe militar no sentido de evitar manifestações de fraqueza e que podem determinar esta irregularidade dos resultados. Por outro lado, o que os resultados indicam é que nem todos os sujeitos com depressão estão em risco de suicídio e que nem todos aqueles que estão em risco de suicídio têm necessariamente que ter subjacente um quadro depressivo. Esta interpretação dos dados justificaria uma avaliação global e regular dos sujeitos, isto é, uma avaliação psicossocial que nos abriria as portas para o despiste de diferentes entidades patológicas e de vivências profissionais e/ou pessoais desgastantes que levem o sujeito a considerar o suicídio como a única forma de resolução das dificuldades (ou sofrimento) sentidas.

Depois de estudadas as correlações conclui-se ainda existência de uma correlação positiva e altamente significativa entre as duas variáveis (grau de depressão e risco de suicídio). Isto significa que ao aumento da severidade da depressão corresponde um aumento do risco de suicídio, confirmando-se assim a hipótese experimental da relação entre estas variáveis. Há autores que referem que embora sejam observadas variações nos dados epidemiológicos de suicídio entre deprimidos, estima-se que algo entre 10 e 30% dos indivíduos com depressão apresenta comportamento suicida durante a sua vida (Baldessarini, 1996; Guimarães, 1999; *cit. in* Baptista, 2004). Esta taxa atinge a casa dos 80% quando consideradas as ideações suicidas (Moore & Bona, 2001; *cit. in* Baptista, 2004).

Analisou-se ainda a correlação entre risco de suicídio medido pelos índices obtidos no questionário de *Stork* e o factor 3 do IACLIDE, relativo suicídio, o que confirma em certa medida a convergência e relação entre as variáveis em estudo.



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A relação entre saúde mental e trabalho ocupa cada vez mais um lugar de destaque no âmbito das organizações e dos investigadores.

É neste âmbito que emerge a importância do ambiente em que se desenvolve a actividade laboral. Este deverá decorrer em condições agradáveis, ao nível dos equipamentos bem como das condições em que se desenvolve o próprio trabalho.

O recrutamento de recursos humanos para o desenvolvimento de profissões ditas desgastantes e sujeitas a altos níveis de *stress*, por se encontrarem permanentemente sob pressão deverá ser exigente, de modo que se preconize ao longo da carreira um plano de formação contínua, um plano de carreira estável e uma remuneração adequada e justa às funções desempenhadas. Daqui resultaram certamente sujeitos mais estáveis numa perspectiva “Mental e Psicológica”, mais preparados para enfrentar as tensões inerentes à profissão que representam.

O fenómeno do suicídio não se circunscreve ao universo dos militares da GNR. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), um milhão de pessoas no mundo cometem suicídio anualmente, e entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se, o que por si só, já são dados suficientes para alertar os profissionais para este problema de saúde pública mundial. O acompanhamento terapêutico constitui um recurso em psicologia clínica e psiquiatria de grande utilidade e relevância. Dele devem servir-se as instituições.

Neste contexto, impõe-se a necessidade de desenvolver mais estudos para investigar o fenómeno.

As conclusões da presente investigação partiram da resposta dada a questionários de caracterização sócio-demográfica e 2 escalas psicométricas, tendo-se concluído que a amostra poderá ser insuficiente para um estudo que se quer rigoroso e com grande precisão estatística, exigindo uma particular atenção na individualidade do profissional Militar.

No entanto, não será de excluir como já anteriormente referido que a desejabilidade social poderá ter condicionado os resultados em estudo. A desejabilidade social reflecte uma propensão por parte das pessoas a dar respostas consideradas como socialmente mais aceitáveis e a negar associação pessoal com opiniões ou comportamentos considerados socialmente reprováveis. Essa tendência pode colocar em risco a validade de uma pesquisa devendo ser controlada nomeadamente com uma amostra mais representativa.

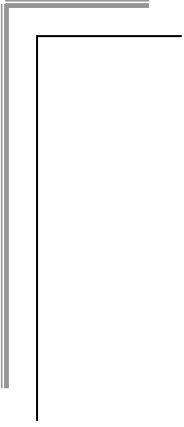
A maior limitação encontrada nesta investigação reporta-se portanto à dimensão da amostra. Esta deveria ser mais significativa, idealmente representativa da instituição (GNR), afim de representar um grande número de sujeitos. Um maior número de sujeitos contornaria potencialmente as limitações introduzidas pela desajustabilidade social e reduziria a probabilidade de uma distribuição irregular que por extensão abriria uma maior possibilidade de análise estatística e validade na generalização dos resultados.

Para futuras investigações propõem-se estudos de revisão, bem como estudos de comparação e estudos etiológicos abrangendo toda a área de actuação da GNR. Poderia ainda, ser aberta ao investigador, a possibilidade de uma entrevista individual, com os militares, onde pudessem ser identificadas incongruências entre discurso e resposta dada nos instrumentos de avaliação.

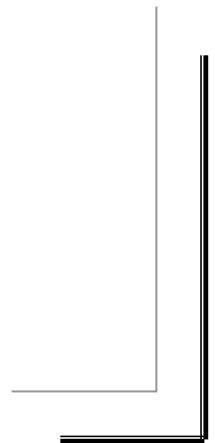
## **BIBLIOGRAFIA**

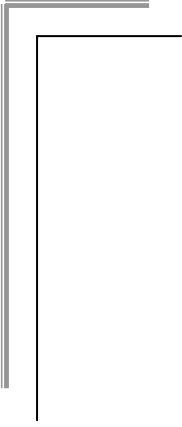
- Afonso, P. (2004). *Será depressão ou simplesmente tristeza*. Cascais: Principia.
- Amador, S.F., Santorum, K., Cunha, S. C., Braum, M. S., (2002). *Por um programa preventivo em saúde mental do trabalhador na brigada militar*. Revista Ciência e Profissão, 3, 54-61.
- Baptista, M. N. (2004). *Suicídio e depressão – Actualizações*. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro.
- Cook, L. (2003). *Police stress: Learning through experience, research and observation*. Department of Antropology. San José State University.
- Eufrásio, M., Fernandes, O. Monteiro, Lopes, I. C., Reis, A. R., & Dias, C. A. (1987). *Adaptação da Escala de Risco Suicidiário de J. Stork para a População Portuguesa*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Freud, S. (1929/1974b). *O mal-estar na civilização*. In: Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago.
- Gabinete do Ministério da Administração Interna, (2007). *Plano de Prevenção do Suicídio nas Forças de Segurança*.
- Matos, A.C., (2001). *A Depressão: episódios de um percurso em busca do seu sentido*, Lisboa: Climepsi Editores.
- Mello. F. M. (2000). *O Suicídio e as suas Relações com a Psicopatologia: Análise Qualitativa de Seis Casos de Suicídio Racional*. Cad. Saúde Pública, 16 (1): 163-170, Jan-Mar.
- Miller, L., (2005). *Police officer suicide: causes, prevention, and practical intervention strategies, (2005)*. International Journal of Emergency Mental Health, Vol. 7, No. 2, pp. 101-114.

- Monteiro, C.C.K., Lage, V.M.A. (2007). *Depressão – Uma “Psicopatologia” classificada nos manuais de psiquiatria*. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(1), 106-119.
- Monteiro, K. C. C., Lage, A. M. V. (2007). *A dimensão psíquica na compreensão da depressão*. *Psicol. Am. Lat.* [online]. Disponível na World Wide Web: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo>. Acesso em Janeiro 2009.
- Moreira, A. C., Vilamaior, C. M. L., Simão, C.D.S.R., Ribeiro, R. de C. H. (2000). *Incidência da tentativa de suicídio em pacientes psiquiátricos: Principais diagnósticos*. *Acta Paul Enf*, São Paulo, V.13, número especial, Parte II, p. 17-20.
- O.M.S. (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para clínicos gerais*. Genebra
- Packman, W., Marlitt, R., Bonger, B. & Pennuto, T. (2004). *A comprehensive and concise assessment of suicide risk*. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 667-680.
- Ribeiro, J. L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Santos, S. F. (2007). *Suicídio nas forças policiais: Um estudo comparativo na PSP, GNR e PJ*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Saraiva, C. B. (1999). *Para-suicídio. Contributos para uma compreensão dos comportamentos suicidários recorrentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Schwartz, R. & Rogers, J. (2004). *Suicide Assessment and Evaluation Strategies: A primer for counselling psychologists*. *Counselling Psychology Quarterly*, 17, 1, 89-97.
- Turvey, B. (1995). *Police officers: Control, hopelessness & suicide*. In: <http://www.corpusdelicti.com/suicide.html>.

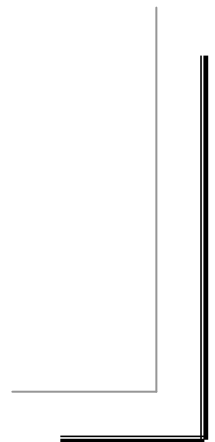


# **ANEXOS**





**ANEXO A**  
**Questionário de Caracterização Sócio**  
**demográfica**



**- QUESTIONÁRIO -**  
**CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA**

Este questionário inscreve-se no âmbito de um estudo que se encontra a ser realizado pela Mestranda Lina Ramalheite Santos na Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga e orientado pela Professora Doutora Sandra Oliveira.

Pretende-se com este estudo reflectir sobre aspectos de natureza psicológica, que uma vez abordada, permitirão uma melhor compreensão á complexa vivência dos Militares da Guarda Nacional Republicana.

A sua colaboração é imprescindível para o desenvolvimento desta investigação sendo as respostas absolutamente confidenciais, destinando-se apenas para efeitos do estudo.

Obrigado

**1. Identificação**

**1.1. Género**

Sexo Masculino .....   
Sexo Feminino.....

**1.2. Idade**\_\_\_\_\_.

**2. Estado civil**

Solteiro .....   
Casado .....   
União de Facto .....   
Viúvo .....   
Divorciado .....

Se a sua resposta foi divorciado,  
há quanto tempo? \_\_\_\_\_.

**3. Filhos**

Sim.....   
Não.....   
Se respondeu sim, número de filhos \_\_\_\_\_.

**4. Grau Instrução**

Ensino Básico (4ª classe) .....   
Ensino Preparatório.....   
Ensino Secundário.....   
Ensino Superior.....   
Outro (*indique*) \_\_\_\_\_

**5. Classe a que pertence**

Classe de Praças.....   
Classe de Sargentos.....

**6. Qual a arma a que pertence**

Infantaria.....

Cavalaria .....

**7. Hierarquia militar**

Soldado.....

Cabo.....

Cabo-chefe.....

Furriel.....

Segundo-sargento.....

Primeiro-sargento.....

Sargento-ajudante.....

Sargento-chefe.....

Sargento-mor.....

**8. Quando se encontra a trabalhar, onde reside:**

Na residência habitual .....

Instalações da GNR .....

**9. Se a resposta á pergunta anterior foi instalações da GNR, indique qual:**

Casa de função .....

Caserna .....

Outra (Indique) \_\_\_\_\_

**10. Quantos km separam o local de trabalho da sua residência:**

Menos de 10 km

Entre 10 a 40 km

Entre 40 a 80 km

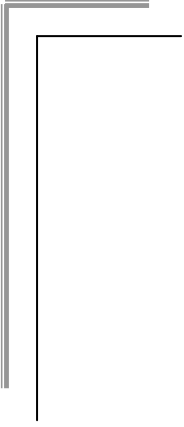
Entre 80 a 100 km

Mais de 100 km

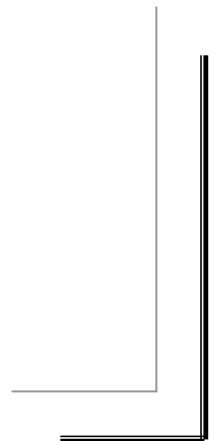
**11. Há quantos anos exerce funções na GNR? \_\_\_\_\_.**

**Obrigado pela sua colaboração**





**ANEXO B**  
**Inventário de Avaliação Clínica da**  
**Depressão**



## INSTRUÇÕES

Cada um dos sintomas que a seguir é apresentado não se refere à sua maneira de ser habitual mas sim ao estado em que se sente pelo menos desde há duas semanas para cá. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Se lhe parecer que duas respostas diferentes já foram experimentadas por si, assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo  aquela que se aproximar mais do seu estado actual.

---

1.

- O interesse pelo meu trabalho é o mesmo de sempre
- Ultimamente ando a sentir um interesse menor pelo meu trabalho
- Presentemente sinto, com bastante frequência, desinteresse pelo que tenho de fazer
- Actualmente ando a sentir, muitíssimas vezes, um grande desinteresse pelo meu trabalho
- Perdi por completo todo o interesse que tinha pelo meu trabalho.


2.

- No meu dia-a-dia não preciso de recorrer à ajuda das outras pessoas mais do que o costume
- Presentemente recorro mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer
- No momento actual recorro bastante mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer
- Agora recorro muitíssimo mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer
- Actualmente sinto-me completamente incapaz de fazer seja o que for sem a ajuda dos outros.


3.

- Ando-me a sentir tão sossegado como de costuma
- Ando-me a sentir interiormente mais desassossegado do que o habitual
- Sinto-me interiormente bastante mais desassossegado do que o costume
- Sinto-me interiormente muitíssimo mais desassossegado do que o habitual
- Sinto-me interiormente num estado permanente de agitação.


4.

- Presentemente, no contacto com os outros (familiares, amigos ou conhecidos) sou capaz de falar sobre os temas habituais das conversas comuns
- No momento actual tenho tendência, no contacto com os outros, a falar mais do que o habitual daquilo que sinto ou me preocupa, embora consiga conversar também sobre outros temas
- Reconheço que agora passo bastante tempo a falar aos outros daquilo que me anda a preocupar e estou a sentir, embora possa também abordar outros assuntos


- No momento presente, no contacto com os outros, falo muitíssimo mais do que o costume daquilo que me preocupa e ando a sentir, evitando abordar assuntos diferentes
- Actualmente, no contacto com os outros, só sei falar daquilo que me preocupa e tenho sentido, mostrando-me incapaz de conversar de quaisquer outros assuntos.


5.

- A minha consciência não me acusa de nada em particular que tenha feito
- Ando-me a sentir um fardo para a minha família, amigos e colegas
- Sinto actualmente que há faltas no meu passado que não devia ter cometido
- Penso, muitas vezes, que cometi certas faltas graves no meu passado
- Passo o tempo a pensar que o estado em que me sinto é consequência das faltas graves que cometi na minha vida.


6.

- A minha capacidade de fixação é a mesma que sempre tive
- Às vezes custa-me fixar aquilo que preciso
- Sinto, bastantes vezes, ando a fixar pior aquilo que posso
- Sinto, muitíssimas vezes, que me esquecem facilmente as coisas
- Sinto-me incapaz de fixar seja o que for.


7.

- Não me sinto mais infeliz do que o costume
- Tenho períodos em que me sinto mais infeliz do que habitualmente
- Ando-me a sentir bastante mais infeliz do que o costume, embora tenha ocasiões em que me sinta tão feliz como dantes
- Só em raros momentos é que me consigo sentir infeliz
- Actualmente não tenho um único momento em que me sinta feliz.


8.

- No momento presente não tenho qualquer dificuldade em começar a dormir
- Quando me deito passo cerca de meia hora sem conseguir adormecer
- Actualmente, quando me deito, demoro cerca de 1 - 2 horas antes de conseguir adormecer
- Quando me deito, nalgumas noites não consigo dormir nada
- Se não tomar nada para adormecer as minhas noites são de insónia completa.


9.

- O valor que dou às coisas que faço e a mim próprio não é maior nem é menor do que o costume
- Actualmente penso por vezes que, como pessoa, tenho pouco mérito naquilo que faço
- Ultimamente apanho-me a pensar, bastantes vezes, que não valho nada
- Penso, com muita frequência, que não tenho qualquer valor como pessoa
- No momento actual sinto constantemente que não valho nada como pessoa.


- 10.
- A minha confiança em relação ao futuro é a mesma de sempre
  - Ao contrário de antigamente sinto-me por vezes inseguro em relação ao futuro
  - No momento actual sinto, bastantes vezes, falta de confiança no futuro
  - Sinto agora, muitíssimas vezes, falta de confiança no futuro
  - Presentemente perdi por completo a esperança que tinha no futuro.
- |  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

- 11.
- Depois de conseguir adormecer não tenho tendência a acordar durante a noite
  - Actualmente acordo 1 hora antes do habitual e depois não consigo voltar a dormir
  - Presentemente ando a acordar ao fim de 4 - 5 horas de sono e depois não consigo voltar a dormir
  - Após ter adormecido, acordo ao fim de 1 ou 2 horas e não sou capaz de voltar a dormir
  - Se não tomar nada par dormir, a minha noite é de completa insónia.
- |  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

- 12.
- Considerando a minha vida passada não sinto que tenha sido um fracasso
  - No momento presente, observando o meu passado, acho que tive alguns fracassos
  - Penso que no meu passado existiu um número bastante grande de fracassos
  - Actualmente considero que tive, no meu passado, um número muitíssimo grande de fracassos
  - Quando observo a minha vida passada considero-a como um acumular constante de fracassos.
- |  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

- 13.
- Quando acordo de manhã sinto-me renovado para enfrentar o meu dia
  - Apesar de ir fazendo o que necessito de fazer, quando acordo de manhã tenho a sensação de estar sem energia para o que preciso de efectuar
  - Logo que acordo de manhã e posteriormente ao longo do dia sinto-me bastante fatigado e é com dificuldade que vou realizando o que preciso de fazer
  - Desde que acordo de manhã e depois durante o dia sinto-me tão fatigado que já não consigo fazer tudo o que tenho a fazer
  - Quando acordo de manhã o meu cansaço é tão grande que me sinto incapaz de fazer seja o que for.
- |  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

- 14.
- O meu convívio com as outras pessoas é o mesmo de sempre
  - O meu estado de espírito actual leva-me, por vezes, e mais do que o costume, a evitar conviver com as outras pessoas
  - No momento presente fujo bastante do convívio com as outras pessoas
  - Devido à maneira como me ando a sentir raramente me sinto capaz de conviver com as outras pessoas
  - Presentemente não me sinto capaz de conviver seja com quem for.
- |  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

- 15.
- No momento presente não noto quaisquer dificuldades na minha capacidade de concentração
  - Sinto por vezes dificuldade em me concentrar no que estou a fazer
  - Sinto com frequência dificuldade em me concentrar naquilo que executo
- |  |
|--|
|  |
|  |
|  |

- Sinto muitíssimas vezes dificuldade em me concentrar naquilo que faço
- Sinto-me actualmente incapaz de me concentrar seja no que for.


16.

- Não penso que os meus problemas sejam mais graves do que o habitual
- Ando com medo de não ser capaz de resolver alguns dos problemas que tenho
- Penso com frequência que não é fácil encontrar solução para alguns dos meus problemas
- Passo o tempo preocupado com os meus problemas, pois sinto que são de solução muitíssimo difícil
- Considero que os meus problemas não têm qualquer solução possível.


17.

- Quando é necessário sou capaz de tomar decisões tão bem como dantes
- Agora sinto-me mais hesitante do que o costume para tomar qualquer decisão
- No momento actual demoro bastante mais tempo do que dantes para tomar qualquer decisão
- Presentemente custa-me tanto tomar decisões que passo o tempo a adiá-las
- Actualmente sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão sem a ajuda das outras pessoas.


18.

- A satisfação que sinto com a vida é a mesma de sempre
- Actualmente sinto-me mais aborrecido do que o costume com a vida que tenho
- Sinto, com frequência, que a minha vida não me dá o prazer de antigamente
- Sinto, com muitíssima frequência, que a minha vida não me traz qualquer satisfação
- Perdi por completo a alegria de viver.


19.

- No momento presente acho que a vida vale a pena ser vivida e não sinto qualquer desejo de fazer mal a mim mesmo
- Actualmente sinto que a vida não vale a pena ser vivida
- No momento presente não me importaria de morrer
- Tenho com muita frequência desejos de que a morte venha
- Ultimamente tenho feito planos para pôr termo à vida.


20.

- Ao executar as minhas tarefas diárias usuais não sinto maior fadiga do que o costume
- No cumprimento das minhas tarefas ando a sentir-me mais fatigado do que o habitual sem razão para isso
- Naquilo que tenho de fazer ao longo do dia, embora sem motivo para isso, sinto-me bastante mais fatigado do que o costume
- Sinto-me, sem motivo justificativo, muitíssimo fatigado naquilo que tenho de fazer, deixando de executar algumas das minhas tarefas usuais
- Sinto-me exausto, ao menor esforço, deixando de cumprir a maior parte das tarefas que antigamente realizava.


21.

- Quando me comparo com os outros sei que sou capaz de me sair tão bem como eles a fazer o que é preciso
- Actualmente, ao comparar-me com os outros, acho por vezes que não me desempenho tão bem como eles nas tarefas que precisam de ser feitas
- Presentemente considero que as outras pessoas fazem as coisas bastante melhor do que eu
- Acho que me saio muitíssimo pior do que os outros a fazer o que é necessário ser feito
- Considero que os outros são sempre capazes de fazer melhor do que eu as coisas que precisam de ser feitas.


22.

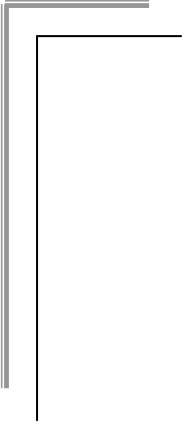
- Quando executo qualquer tarefa faço-a com a rapidez do costume
- No momento presente sinto-me mais lento a fazer o que tenho para fazer
- Actualmente demoro bastante mais tempo do que o habitual a fazer o que tenho para fazer
- Sinto-me muitíssimo mais lento a fazer tudo quanto tenho para fazer
- Presentemente demoro uma enormidade de tempo a fazer seja o que for.


23.

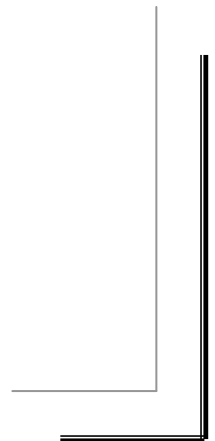
- A capacidade de me manter activo é a mesma do costume
- Não me sinto capaz de me manter tão activo como o habitual
- Actualmente dá-me para passar largos momentos sem fazer absolutamente nada
- No momento actual raramente faço o que preciso de fazer
- Só me dá vontade de estar todo o tempo deitado na cama, sem fazer nada.


---

**Após preencher este inventário veja se respondeu a todas as questões. Não deixe nenhuma por preencher.**



**ANEXO C**  
**Escala de J. Stork**



## Escala de J. Stork

### INSTRUÇÕES

- 1 – Leia com atenção cada frase do questionário pela ordem apresentada.
- 2 – Cada questão contém duas alternativas de resposta: Verdade / Falso.
- 3 – Assinale a primeira resposta que a frase lhe sugerir:  
Se a considerar Falsa assinale o F rodeando-o com um círculo;  
Se a considerar Verdadeira assinale o V rodeando-o com um círculo.
- 4 – Trabalhe com rapidez, não pensando muito na resposta que deverá dar.

Idade \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

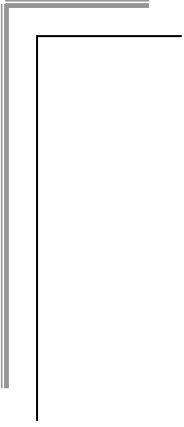


1 - O facto de me sentir isolado e solitário desespera-me	V	F
2 - Sou da opinião de que todo o ser humano pode em todas as ocasiões deci-dir livremente	V	F
3 - Penso muitas vezes no meu passado	V	F
4 - Tenho muitas vezes a impressão de ser perseguido pela pouca sorte	V	F
5 - Sinto-me culpado perante a minha mãe	V	F
6 - Os meus pais têm para mim aspirações demasiado elevadas (eles sobrestimam-me)	V	F
7 - Sou muitas vezes atormentado pelo remorso e arrependimento	V	F
8 - Raramente encontrei um Homem de valor	V	F
9 - Tenho muitas vezes ideias de remorsos e arrependimento	V	F
10 - A minha mãe é demasiado ansiosa	V	F
11 - A morte tem também algo de tranquilizante e pacífico	V	F
12 - As vezes passo a noite sem dormir por causa de grandes preocupações	V	F
13 - Sinto-me por vezes possuído por cóleras violentas e destrutivas	V	F
14 - Sou muito agarrado a minha mãe	V	F
15 - Experimento muito facilmente um sentimento de culpabilidade	V	F
16 - Alguém da minha família ou dos meus conhecidos já se suicidou	V	F
17 - A minha mãe foi muito feliz	V	F
18 - Os meus pais sabem (souberam) associar de modo feliz a serenidade e o afecto	V	F
19 - Não me sinto numa situação difícil	V	F
20 - Sinto-me ou já me senti muitas vezes desesperado ou esquecido pelos pais	V	F
21 - Penso muitas vezes na morte	V	F
22 - Sinto desejo de saltar para o espaço quando estou no cimo de uma ponte	V	F
23 - Tenho muitas vezes dificuldades em obedecer	V	F
24 - Perco muitas vezes a confiança em mim próprio	V	F

25 - Sinto-me as vezes oprimido com o peso do destino	V	F
26 - Só com dificuldades consigo arranjar amigos	V	F
27 - Estou muitas vezes só	V	F
28 - Já me encontrei em situações que me pareciam absolutamente sem saída	V	F
29 - A minha mãe é muito nervosa	V	F
30 - Posso compreender que alguém se mate para se unir na morte a um ente querido	V	F
31 - O álcool ajuda-me a ultrapassar as situações difíceis	V	F
32 - Pode dizer-se que a minha vida familiar é harmoniosa	V	F
33 - Com uma tentativa de suicídio pode pôr-se a prova o destino, Deus ou a providência	V	F
34 - Perco-me demasiadas vezes em sonhos	V	F
35 - Já mudei mais de três vezes de local de trabalho (curso)	V	F
36 - A minha mãe é demasiada possessiva	V	F
37 - Revolto-me muitas vezes com Deus	V	F
38 - Penso que poderia drogar-me se tivesse oportunidade disso	V	F
39 - Desconheço o sentimento de grande desespero	V	F
40 - Gostaria de recomeçar a minha vida noutras circunstâncias	V	F
41 - Acho a vida de todos os dias demasiado monótona	V	F
42 - Insurjo-me muitas vezes contra a autoridade	V	F
43 - Sinto a minha liberdade entravada	V	F
44 - A minha mãe está muito ligada a mim e procura muitas vezes junto de mim consolação	V	F
45 - Deixo-me impressionar facilmente por decepções e fracassos	V	F
46 - Considero-me fechado sobre mim e um pouco melancólico	V	F
47 - Tenho muitas vezes pesadelos	V	F

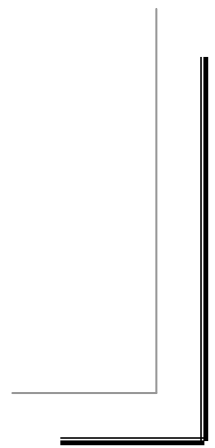
48 - Tenho frequentemente tantos pensamentos no meu espírito que não consigo adormecer	V	F
49 - O meu pai influencia-me ou força-me na escolha da minha profissão	V	F
50 - Tenho muitas vezes um sentimento de aborrecimento, falta de interesse e inutilidade	V	F
51 - Tenho tendência a gaguejar	V	F
52 - O meu pai tem poucas razões para se orgulhar de mim	V	F
53 - Os meus pais impuseram-me demasiadas vezes a sua vontade	V	F
54 - Existiram na minha família casos de doenças nervosas sujeitas a internamento numa clínica ou consulta psiquiátrica	V	F
55 - Fico muitas vezes obcecado com pensamentos inúteis, que me fazem perder o meu tempo	V	F
56 - O meu pai devia ter me dado mais directrizes, devia ter-se ocupado mais de m	V	F
57 - Uma pessoa pode castigar-se a si própria com a morte	V	F
58 - A minha mãe é para mim um exemplo	V	F
59 - Num acesso de cólera já tive intenção de matar alguém	V	F
60 - Sinto-me muitas vezes melancólico e deprimido	V	F
61 - A minha profissão (curso) dá-me pouca alegria	V	F
62 - Os meus pais não me deram a possibilidade de me desenvolver harmoniosamente	V	F
63 - Não tenho estima suficiente por mim próprio	V	F
64 - A temeridade e a embriaguez da velocidade seduzem-me	V	F
65 - Bateram-me muitas vezes quando era criança	V	F
66 - A minha mãe foi muitas vezes demasiado severa	V	F
67 - Não condenaria o suicídio por razões morais	V	F
68 - Não dou (ou dei) á minha mãe muita alegria	V	F
69 - Sou muitas vezes demasiado impulsivo, demasiado impaciente, ajo demasiado depressa	V	F
70 - O meu pai é para mim um exemplo	V	F
71 - Tenho falta de confiança em mim próprio	V	F

72 - Sinto-me muitas vezes exagerado, atormentado ou oprimido pelo passado	V	F
73 - Os meus pais não deviam ter-me imposto tanto a sua vontade	V	F
74 - Enquanto bebé ou criança pequena ainda fui colocado/a durante meses num infantário separado da minha mãe	V	F
75 - A morte não representa para mim algo de ameaçador, de assustador	V	F
76 - Cometi já uma vez um delito sem ter sido descoberto pela polícia	V	F



# **ANEXO D**

## **Metodologia**



## IACLIDE

- Escala de tipo Likert para medir a intensidade de um quadro clínico depressivo (0-4 → *gravidade progressiva*).
  - “A escala foi construída a partir do pressuposto de que a gravidade de uma depressão varia em função do número de sintomas assinalados e da intensidade que atingem” (Vaz Serra, 1994).
  
- Instrumento de auto-avaliação, composto por 23 itens que se referem a perturbações de 4 tipos distintos: a) **6 biológicos (26,1%)**; b) **10 cognitivos (43,5%)**; c) **3 interpessoais (13,1%)**; c) **4 desempenho de tarefa (17,3%)**.
  - “Representam a relação que o indivíduo deprimido estabelece com o corpo, consigo próprio como pessoa, com os outros e com o trabalho” (Vaz Serra, 1994).

<b>Itens</b>	<b>Tipo de sintoma avaliado</b>
1. Desinteresse pelo trabalho	<b>Cognitivo</b>
2. Dependência dos outros	<b>Interpessoal</b>
3. Desassossego interior	<b>Biológico</b>
4. Débito excessivo de queixas	<b>Cognitivo</b>
5. Culpabilidade	<b>Cognitivo</b>
6. Prejuízo da memória de fixação	<b>Biológico</b>
7. Sentir-se infeliz	<b>Cognitivo</b>
8. Insónia inicial	<b>Biológico</b>
9. Auto-depreciação	<b>Cognitivo</b>
10. Perda de esperança no futuro	<b>Cognitivo</b>
11. Insónia tardia	<b>Biológico</b>
12. Sentimento de fracasso	<b>Cognitivo</b>
13. Acordar fatigado	<b>Biológico</b>
14. Afastamento social	<b>Interpessoal</b>
15. Dificuldade de concentração	<b>Biológico</b>
16. Incapacidade de resolução de problemas	<b>Cognitivo</b>
17. Incapacidade de tomar decisões	<b>Cognitivo</b>
18. Perda da alegria de viver	<b>Cognitivo</b>
19. Ideação suicida	<b>Cognitivo</b>
20. Fatigabilidade no desempenho de tarefas	<b>Desempenho Tarefa</b>
21. Depreciação no desempenho de tarefas	<b>Desempenho Tarefa</b>
22. Inibição motora	<b>Desempenho Tarefa</b>
23. Inactividade	<b>Desempenho Tarefa</b>

## COTAÇÃO IACLIDE

### 1. Pontos de corte:

- Entre normais e deprimidos corresponde à nota global de 20;
- Entre depressões leves e moderadas corresponde à nota global de 34;
- Entre moderadas e graves corresponde à nota global de 53;

Grau de depressão	Média nota global
LEVE	28
MODERADA	45
GRAVE	58

### 2. Médias dos diferentes tipos de sintomas

Têm um maior interesse em termos clínicos; permitem conhecer em que aspectos um deprimido tem maiores dificuldades na sua vida quotidiana.

### 3. Factores (explicam 54,238% da variância total).

- **Factor 1** (22; 20; 13; 15; 23; 6; 1; 17) → o mais importante. Estão representados sintomas que traduzem dificuldade do desempenho de tarefa, associados a queixas bio. e cog. correspondentes à *Depressão endógena*.
- **Factor 2** (12; 17; 9; 21; 5; 16; 10; 2) → sugere que o sujeito que apresenta este tipo de sintomas tem uma personalidade obsessiva subjacente, pronta a censurar-se, hesitante e pessimista, desenvolvendo de preferência sintomas cog. em que está patente uma *relação perturbada do indivíduo consigo próprio*.
- **Factor 3** (19; 18; 7; 10) → reúne os elementos da constelação suicida.
- **Factor 4** (3; 4; 2; 14) → parece corresponder a sintomas desenvolvidos por uma personalidade apelativa, em que há marcada instabilidade emocional e dependência dos outros.
- **Factor 5** (11; 8) → transtornos do sono

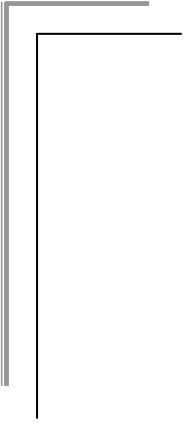
### 4. Incapacidades (0-4; de inexistente a altamente incapacitante)

Predição da incapacidade → *há ou não propensão para o sujeito se sentir incapacitado para a vida geral ou para aspectos circunscritos da sua vivência?*

## **Escala de percepção de risco (J. Stork)**

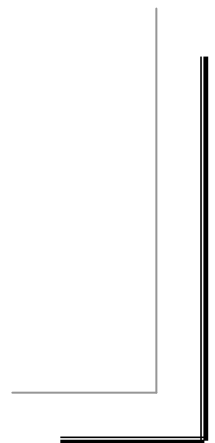
- Escala de risco suicidário de J. Stork, aferida para a população portuguesa por M. Eufrásio, O. Monteiro Fernandes, I.C. Lopes e A.R. Reis, sob a supervisão de Carlos Amaral Dias, em 1986, e reduzida de 175 itens (versão original) para 76 itens.
- Os 76 itens são medidos por um formato de resposta tipo dicotómico (V/F).
- Cada resposta possui uma cotação que varia entre 0 e 3 pontos e o somatório final é convertido para cinco níveis de risco suicidário:
  - Categoria 1: ESTADO NORMAL (0-63)
  - Categoria 2: ESTADO INTERMÉDIO (64-79)
  - Categoria 3: FRACO RISCO (80-97)
  - Categoria 4: RISCO SUICIDÁRIO IMPORTANTE (98-107)
  - Categoria 5: RISCO SUICIDÁRIO EXTREMAMENTE IMPORTANTE (> 107)

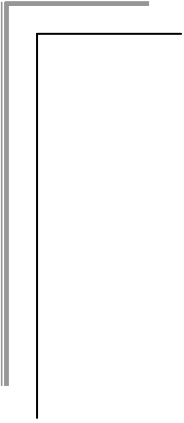




# **ANEXO E**

## **Outputs**





**ANEXO F**  
**Autorização para a Recolha de Dados**

