

## PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA POLÍCIA MILITAR: A PERCEPÇÃO DO PROBLEMA E ALGUNS CUIDADOS IMPORTANTES A SEREM TOMADOS PELOS COMANDANTES

### *SUICIDE PREVENTION IN THE MILITARY POLICE: PERCEPTION OF THE PROBLEM AND SOME IMPORTANT PRECAUTIONS TO BE TAKEN BY COMMANDERS*

*Diego Porto<sup>1</sup>*

*Daniel Nunes da Silva<sup>2</sup>*

#### RESUMO

O objetivo geral deste estudo é apresentar ações e abordagens a serem tomadas pelos comandantes de corporação policial militar ao identificar traços de comportamento suicida em algum dos policiais sob seu comando. Para tanto, através do método dedutivo e da análise bibliográfica, estudou-se o fenômeno do suicídio, que integra a existência humana em sociedade, trazendo-se aspectos gerais acerca de como se apresenta o suicídio no contexto mundial atual, enfocando-se o suicídio policial. Apresentou-se também algumas linhas gerais que auxiliam o entendimento deste problema, remetendo-se às fases do comportamento suicida, perpassando-se também pelos mitos que envolvem este fenômeno social, e apresentando-se os fatores de risco e fatores de proteção para o suicídio. Por fim, demonstrou-se a alta ocorrência de atos suicidas nas organizações policiais para, em seguida, apresentar-se algumas maneiras pelas quais os comandantes podem abordar o tema para com os policiais que estão apresentando traços do comportamento suicida. Ao final, concluiu-se que o primeiro atendimento deve ser realizado pelo comandante em um local reservado e com diálogos francos que demonstrem interesse genuíno na solução do problema, em que haja

1 Bacharelado em Ciências Policiais pelo Curso de Formação de Oficiais da Polícia Militar de Santa Catarina; Especialista em Direito Público com Ênfase em Gestão Pública – Faculdade de Direito Prof. Damásio de Jesus – FDDJ; Bacharel em Direito – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

2 Major da PMSC; Especialista em Administração em Segurança Pública – Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; Especialista em Gestão Educacional e Metodologia do Ensino Interdisciplinar – DOM BOSCO; Bacharel em Direito – IES/FASC; Bacharel em Segurança Pública – Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI

empatia e que sejam evitados julgamentos ou desprezo do sofrimento sofrido pelo policial em comportamento suicida.

**Palavras-chave:** saúde mental; polícia militar; suicídio; prevenção; orientações aos comandantes.

## **ABSTRACT**

*The overall goal of this study is to present approaches and measures that should be taken by military police commanders in order to identify signs of suicidal behavior in the officers under their command. For this purpose, using the deductive method and a review of the literature, this study focused on the phenomenon of suicide, which is part of human existence in society. This work addresses general aspects about suicide in the current global context, and particularly focuses on police suicide. It presents some general guidelines that can help clarify this issue by referring to the stages of suicidal behavior, as well as covering the myths surrounding this social phenomenon. In addition, it discusses risk factors and protective factors as far as suicide is concerned. Finally, it refers to the high occurrence of suicide events in police organizations, and then suggests some ways in which commanders can cope with this issue when police officers show signs of suicidal behavior. It was concluded that commanders should make a preliminary assessment in a private room and have straightforward communication while showing a genuine interest in resolving the problem. Moreover, there should be empathy and avoidance of criticism or contempt for the suffering of police officers with suicidal behavior.*

**Keywords:** mental health; military police; suicide; prevention; guidelines to commanders.

## **1 INTRODUÇÃO**

O tema relativo ao suicídio é ainda considerado um tabu a ser ultrapassado na sociedade. No imaginário popular, acredita-se que o debate aberto acerca deste delicado tema poderá incentivar pessoas a adotarem esta solução para agruras que possam se apresentar em suas vidas. No entanto, generalizar este pensamento é uma ideia errônea sobre o suicídio e que acaba por restringir e delimitar o entendimento deste fenômeno social.

Nas corporações policiais o contexto é ainda mais grave, pois existem peculiaridades que influenciam na prática deste ato por seus agentes. As estatísticas de mortalidade policial em decorrência de ato suicida corroboram com esta afirmação, daí a necessidade de o tema ser amplamente debatido, entendido e assimilado, em especial pelos gestores dessas instituições.

Este estudo tem por objetivo, portanto, trazer aspectos gerais que possibilitem a com-

preensão e as dimensões deste problema na sociedade, bem como suas implicações nas corporações policiais militares, trazendo, ao seu final, orientações a serem seguidas pelos comandantes destas organizações, que os possibilitem identificar sinais do comportamento suicida nos seus subordinados, bem como indicar passos a serem adotados por estes gestores a partir da identificação dos sinais deste comportamento nos policiais militares.

Durkheim (2011, p. 14) propôs, no século XIX, a definição do ato suicida como sendo “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela saiba que produziria esse resultado”. Entende-se, portanto, o suicídio como aquele ato que, realizado pela própria vítima, buscava extirpar sua vida. Assim, seguindo a linha proposta por Durkheim (2011, p. 14) a tentativa se enquadra como o ato suicida interrompido antes da ocorrência do resultado morte.

Entretanto, para além do ato em si, há todo um comportamento suicida que envolve a tomada de decisão, passando assim por intenção suicida, ideação manifestada, tentativa até sua consumação (SANTOS, 2007, p. 02). Consumação ocorre, portanto, após pensamento, planejamento, tentativa e execução.

Os suicídios resultam de uma complexa interação entre variados fatores tanto biológicos, como genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais entre outros (OMS, 2006, p. 01), pois são fenômenos complexos que envolvem uma pesada carga decisória.

Os dois primeiros capítulos deste trabalho serão então dedicados à compreensão das dimensões, características, tipologia e concepções populares sobre o fenômeno do suicídio. O terceiro capítulo estudará o suicídio nas corporações policiais militares, propondo prescrições aos comandantes das instituições para abordagem de policiais em comportamento suicida, visando evitar a consumação deste ato tão recorrente nos círculos policiais.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

Nesta etapa do trabalho serão abordados os principais aspectos teóricos acerca do suicídio, a apresentação de um breve contexto atual sobre este fenômeno e alguns outros assuntos adjacentes que servirão para embasar as orientações apresentadas ao final deste item.

### **2.1 Aspectos gerais acerca do suicídio**

#### *2.1.1 Contexto atual do fenômeno social*

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2006, p. 1) anualmente um maior número de pessoas morrem em decorrência de atos suicidas do que como consequência de todos os conflitos mundiais combinados. O dado é alarmante e por isso fica evidente a

necessidade de se quebrar o tabu que o tema do suicídio guarda, para tentar entendê-lo e preveni-lo.

O Relatório Global Para Prevenção do Suicídio (OMS, 2014, p. 07) aponta que mais de 800 mil pessoas se matam anualmente ao redor do mundo, perfazendo uma taxa de 11,4 mortes para cada 100 mil habitantes e uma realidade de, em média, uma morte a cada 40 segundos.

Conforme notícia veiculada no Portal eletrônico G1 no ano de 2014, o Brasil é o oitavo país em número de suicídios, veja-se:

O Brasil é o oitavo país em número de suicídios. Em 2012, foram registradas 11.821 mortes, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres (taxa de 6,0 para cada grupo de 100 mil habitantes). Entre 2000 e 2012, houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes – alta de 17,8% entre mulheres e 8,2% entre os homens. O país com mais mortes é a Índia (258 mil óbitos), seguido de China (120,7 mil), Estados Unidos (43 mil), Rússia (31 mil), Japão (29 mil), Coreia do Sul (17 mil) e Paquistão (13 mil) (GLOBO, 2014)

Durkheim (2000, p. 24-25) defende que o suicídio apresenta relativa estabilidade nas sociedades e que a sua variabilidade é devida à individualidade social de suas causas. Variam as taxas, portanto, conforme a idade, sexo, estado civil, contexto social, contexto geográfico, profissão e religião, entre outros. Em entrevista à Fundação Fiocruz, Minayo (2014) afirma que dentro do Brasil as taxas de suicídio são desigualmente distribuídas entre as regiões, sendo mais baixas no Norte e muito mais altas no Sul, chegando nesta última região a se assemelhar às taxas da Europa Central, onde as taxas de suicídio são mais elevadas.

Em mesmo sentido, o manual de Prevenção de Suicídio – Um Recurso Para Conselheiros, elaborado pela OMS (2006, p. 03), informa o seguinte:

Estima-se que aproximadamente um milhão de pessoas tenha cometido suicídio em 2000, colocando o suicídio entre as dez causas de morte mais frequentes em muitos países do mundo. Dez a vinte milhões de pessoas terão tentado suicidar-se. Mas presume-se que os números reais sejam ainda mais elevados. Embora as taxas de suicídio variem de acordo com categorias demográficas, elas aumentaram aproximadamente 60% nos últimos 50 anos. A redução da perda de vidas devida a suicídios tornou-se um objectivo internacional essencial em saúde mental (OMS, 2006, p. 03).

Diante deste quadro, a Associação Mundial para Prevenção do Suicídio – AMPS estabeleceu o dia 10 de setembro como o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, buscando conscientizar a população que o suicídio pode ser prevenido. No Brasil, tem-se o mês de setembro como marco na busca da prevenção do suicídio, trata-se do setembro amarelo.

Ainda com o fito de dimensionar o problema, extrai-se da análise de dados apresentada pelo Portal da Saúde do Governo Federal (DATASUS) que no Brasil a mortalidade anual decorrente de suicídios vem se aproximando do número de óbitos decorrentes da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). Enquanto o número de óbitos decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) no ano de 2014 corresponde a 12.575

pessoas, o número de mortes decorrentes do suicídio foi de 10.653 pessoas em território nacional naquele mesmo período. E a mortalidade por suicídio segue crescente.

Em termos mundiais, quando se analisa a população com faixa etária entre 15 e 29 anos, o suicídio se apresenta como a segunda principal causa de morte, sendo responsável por 7,3% dos óbitos e apenas ficando atrás dos acidentes de trânsito, que são responsáveis por 11,6% das mortes nesta faixa etária (PERASSO, 2015).

De acordo com Waiselfisz (2014, p. 98), o número de suicídios no país cresceu 33,6% no período compreendido entre os anos de 2002 e 2012, o que representa um crescimento amplamente superior ao da taxa de homicídios (2,1%) no período, e superior também ao aumento da taxa de mortalidade por acidentes de trânsito (24,5%) também no mesmo período. Em perspectiva, superou também o crescimento percentual da população, que foi de 11,1% no período.

O Manual de Prevenção ao Suicídio – Manual Dirigido a Policiais Militares, elaborado pela Polícia Militar de Santa Catarina, informa os seguintes dados:

As taxas de suicídio têm aumentado significativamente no Brasil, como podemos observar pelos dados do Ministério da Saúde:

- Entre 1980 e 2012, as taxas de suicídio cresceram 62,5%;
- Em Santa Catarina, os suicídios aumentaram 9,5% entre 2002 e 2012;
- Em 2012, o Brasil apresentou taxa de 5,2 suicídios para cada 100 mil habitantes;
- No mesmo ano, Santa Catarina apresentou a segunda maior taxa de suicídio do país (8,6 suicídios por 100 mil habitantes); (PMSC, 2015, p. 03)

Quando analisados os índices de mortalidade por suicídio tomando por fator de *discrímen* as características ocupacionais, constata-se que o número de policiais que se mata é sempre muito superior ao número de suicidas na população em geral (MIRANDA, 2016, p. 18-19). Para exemplificar esta afirmação, a mesma autora traz uma tabela sobre o risco relativo de morte por suicídio comparando números de policiais militares no estado do Rio de Janeiro com a população em geral daquela unidade federativa, conforme se segue:

#### QUADRO 1 – RISCO RELATIVO DE MORTE POR SUICÍDIO NA PMERJ

ANO	TAXA DA PMERJ	TAXA DA ESTADO DO RJ	RISCO RELATIVO
2005	10,7	2,8	3,8
2006	10,5	2,6	4,0
2007	5,3	2,2	2,3
2008	5,3	2,1	2,5
2009	13,2	2,0	6,6

**Fonte:** RELATÓRIO DE PESQUISA. “Suicídio e risco ocupacional: o caso da polícia militar do estado do Rio de Janeiro” (CNPQ, 2012).

Em Portugal, os dados seguem a mesma tendência, conforme excerto a seguir:

Em concreto, o jornal “Portugal Diário”, em Janeiro de 2004, noticiou que em treze anos, entre 1992 e 2003, 47 efectivos da PSP [Policia de Segurança Pública] cometeram suicídio, números que ultrapassam largamente a média nacional. Ou seja, em cada 20 mil efectivos, há cinco que se matam, enquanto em cada 20 mil cidadãos, apenas 1,6 põe termo à vida (SANTOS, 2007, p. 03).

Por tudo o que se expôs até aqui, fica evidente a importância do tema suicídio, bem como a necessidade de debatê-lo, em especial naquilo que atine às situações desta prática em corporações policiais. Faz-se evidente a necessidade de aprofundamento de estudos nesta temática para eliminar o tabu que ainda paira sobre a matéria.

### 2.1.2 Tipos de Suicídio (Durkheim)

Durkheim (2011, p. 258) propõe a classificação do fenómeno social do suicídio em três categorias distintas entre si pela motivação do agente e características que envolvem suas ocorrências. Para o autor, o fator preponderante na classificação atine à maior ou menor interação social dos agentes com a comunidade que o cerca. Nesta perspectiva, as taxas de ocorrência de suicídio variam em proporção inversa à integração social dos grupos sociais que o autor estudou. Assim, segundo o sociólogo, os suicídios podem ser classificados em:

1) Egoísta: é o suicídio caracterizado pela fraca interação do agente com seu meio social. aquele em que o indivíduo possui poucas e fracas relações sociais, resultando num sentimento de desmotivação e até em quadro psíquico de depressão (NUNES DA SILVA, 2014, p. 25).

2) Altruísta: é o suicídio marcado pela interação social extremamente forte agente para com a comunidade que o cerca. Assim, sua ocorrência se dá por um motivo maior que o próprio indivíduo, o suicida atua em prol da comunidade a que pertence, de modo que tira a própria vida para não representar um fardo em seu meio social. Trata-se, portanto, de uma oposição ao suicídio egoísta (DURKHEIM, 2011, 275).

3) Anômico: o suicídio anômico é aquele cuja ocorrência se dá porque a sociedade deixa de regular a vida do indivíduo. As demandas pessoais, financeiras, emocionais ou afetivas do sujeito não encontram lastro na situação social que se apresenta. Segundo Durkheim (2011, p. 311), este é o motivo por que muitas pessoas se matam nas crises econômicas, quando passam a ter de levar uma vida com a qual não estão acostumados e nem preparados para enfrentar. É consequência da desregulação social da vida do indivíduo, veja-se o excerto abaixo:

A anomia é, portanto, em nossas sociedades modernas, um fator regular e específico de suicídios; é uma das fontes em que se alimenta o contingente anual. Por conseguinte, estamos diante de um novo tipo, que deve ser distinguido dos outros. Difere deles na medida em que depende, não da maneira pela qual os indivíduos estão ligados à

sociedade, mas da maneira pela qual ela os regulamenta. O suicídio egoísta tem como causa os homens já não perceberem mais razão de ser na vida; o suicídio altruísta, essa razão lhes parece estar fora da própria vida; o terceiro tipo de suicídio, cuja existência acabamos de constatar, tem como causa o fato de sua atividade se desregrar e eles sofrerem com isso. Por sua origem, daremos a essa última espécie o nome de suicídio anômico (DURKHEIM, 2011, p. 328-329.)

Ainda no contexto do suicídio anômico, é interessante notar que Durkheim (2011, 322-323) afirma que as pessoas mais humildes, por terem um universo cognitivo em regra mais limitado e estarem sujeitas a vontades distintas às suas próprias, que acabam limitando suas próprias aspirações, tendem a se suicidar menos do que aqueles que são mais financeiramente bem-dotados. Exemplifica afirmando que quem vive de rendas suicida-se mais do que os operários fabris porque a sociedade exerce sobre estes últimos uma maior regulação do indivíduo do que faz nos primeiros. Isto porque, segundo o autor, para quem possui poucas limitações – o que é o caso daqueles que têm muitas posses – qualquer limitação que se lhes aplique acaba por afetá-los demasiadamente, ao passo que o mesmo não se aplica àqueles que já têm uma vida bem regulada pelas necessidades que a vida lhes impõem.

### *2.1.3 Fases do suicídio*

Embora não se descarte a ocorrência do suicídio como ato individual isolado e impulsivo, normalmente o ato de autolesão que provoca a morte da pessoa vem acompanhado de uma série de eventos que indicam a intenção do indivíduo de cometimento do ato suicida. Assim, comumente o agente apresenta o comportamento suicida, cujo delineamento se segue:

O comportamento suicida é então definido como a ação por meio da qual o indivíduo provoca uma autolesão, a despeito do grau da intenção de morte e do reconhecimento da verdadeira razão para este ato. Este conceito permite conceber este comportamento ao longo de um contínuo: começando com pensamentos de autodestruição, progredindo para ameaças de autoagressão, planejamento suicida, tentativas de suicídio e finalmente o suicídio, não havendo necessariamente tal progressão linear (SGOBIN, 2013, p. 21).

Distinguem-se, portanto, três fases no comportamento suicida: uma de fase de ideação, um segundo estágio correspondente à tentativa de suicídio e, por fim, a consumação do ato.

Fase de ideação (pensamento, ameaças e plano para suicídio): trata-se do primeiro estágio do comportamento suicida e engloba dois momentos distintos: a formulação de pensamentos e ameaças de autodestruição objetivando a morte e a etapa de elaboração de um plano, um planejamento para que o indivíduo busque levar a cabo a sua intenção de se matar.

Fase da tentativa: é a fase em que o indivíduo em comportamento suicida passará a se utilizar dos meios capazes de ceifar sua vida. A tentativa deve ser analisada por meio de alguns aspectos principais: o grau de intenção manifesta de morrer, a gravidade médica do ato pretendido e o método empregado para consumá-lo.

Nesta perspectiva, a diferença entre jovens que tentam o suicídio e os que conseguem consumá-lo reside basicamente na letalidade dos meios escolhidos por eles (RESMINI, 2004, p. 37). Os meios mais comuns para tentar o ato suicida são a ingestão de substâncias tóxicas, a inalação de gases, o enforcamento, o afogamento, o uso de armas de fogo e de instrumentos cortantes ou perfurantes, a provocação de acidentes de trânsito entre outros (NUNES DA SILVA, 2014, p. 22-23).

Ao tratar da fase de tentativa suicida, importa mencionar ainda o parassuicídio, conceito estabelecido em 1977 por Kreitman (REIS, 2016) que corresponde à utilização de meios autolesivos, geralmente por ingestão medicamentosa, pelo agente em comportamento suicida, sem, contudo, que este tenha de fato a intenção de consumir o ato ou então tendo pouca vontade de levar a cabo seu intento. Todavia, cabe a ressalva de que o parassuicídio requer também a mesma atenção dada às demais tentativas mais contundentes de pôr fim a própria vida, pois, em se tratando também de uma tentativa, a falta de regular tratamento pode ensejar a consumação do ato.

Consecução: a consecução representa o sucesso do indivíduo na sua tentativa de ceifar a própria vida, é a tentativa bem-sucedida. Ressalta-se que das pessoas que tentam cometer o suicídio, estima-se ainda que apenas 10% obtenham êxito em seu intento (CORDEIRO, 2010, p. 47-48 *apud* NUNES DA SILVA, 2014, p. 23).

A efetivação do ideal suicida deriva, portanto, de um processo complexo de tomada de decisão, de modo que as vítimas deste fenômeno social apresentam comportamento em que o sujeito inicia com ideias sobre extirpar a própria vida, passando pelo planejamento, tentativa até culminar com a sua consumação.

## 2.2 Suicídio em organizações policiais

Não é segredo que os policiais estão sujeitos a uma maior carga de *stress* do que a maioria dos demais trabalhadores. Isto se dá, entre outros fatores, pela natureza da sua profissão, que muitas vezes envolve o risco de vida, desregulação do sono, privação de convívio familiar etc. Por conta de fatores estressores como os citados, ao longo dos anos, os policiais estão mais propensos ao cometimento do suicídio que a maioria das demais profissões (SANTOS, 2007, p. 18).

Há uma série de fatores que pode influenciar neste comportamento. Os principais foram estudados pela pesquisadora portuguesa Susana Ferreira dos Santos no contexto do país luso durante o ano de 2006, tendo sido a tese de mestrado publicada no ano seguinte.

Segundo a autora, além dos fatores pessoais que podem levar qualquer pessoa ao cometimento do ato suicida, os policiais lidam com fatores organizacionais que influenciam esse comportamento. Todavia, ressalta-se que todos os fatores elencados por SANTOS (2007, p. 13-28) são aplicáveis à realidade brasileira, conforme será demonstrado a seguir.

Para SANTOS (2007, p. 13-28), os principais fatores organizacionais que podem induzir policiais ao suicídio são: a) a estrutura organizacional; b) o papel de polícia e a cultura policial; c) o isolamento social; d) a imagem pública negativa; e) o stress e f) o acesso à arma.

a) Estrutura organizacional: o ambiente organizacional nas polícias é opressivo aos indivíduos que integram essas forças. Assim, restringe a individualidade e faz os policiais se sentirem desmotivados por não poderem bem se expressar. Veja-se o excerto a seguir:

O sistema policial é percebido como altamente opressivo, não valorizando a iniciativa, responsabilidade ou resolução de problemas e, com tal, os policiais aprendem a não enveredar por atitudes de iniciativa ou tomada de responsabilidade pelas acções (SANTOS, 2007, p. 07-08)

Desta forma, a estrutura organizacional das corporações policiais limita a liberdade (inclusive de expressão) dos integrantes da força, gerando frustração nos policiais e, conseqüentemente, remetendo os agentes a pensamentos negativos, levando-os, por fim, à infelicidade.

No Brasil, o aspecto organizacional interno mais repressivo marcante se dá nas polícias militares, em decorrência da submissão dos policiais a um regime jurídico disciplinar e penal mais rígido do que o aplicado ao funcionalismo civil. É através desse sistema que se regula a conduta dos policiais, que podem ser responsabilizados por fatos tipificados como crimes militares ou até por simples infração disciplinar. A submissão a estes regimes faz com que os policiais se sintam muitas vezes coagidos e sem liberdade de ação e expressão.

Nesse sentido, o estudo intitulado “Hierarquia, aspectos da cultura organizacional e implicações na qualidade de vida: um estudo nas Polícias Militares Brasileiras”, promovido pelo Ministério da Justiça, indicou que o tipo de punição mais frequentemente indicado pelos PM’s participantes foi a prisão administrativa/disciplinar, seguido pela advertência escrita, advertência verbal, prestação de serviços e suspensão, respectivamente (BRASIL, 2016, p. 83). Assim, esse regime jurídico-disciplinar mais rígido acaba gerando nos PM’s o medo de expressar suas opiniões pelo receio da punição que delas podem advir. Esse contexto opressivo é tido como um fator de risco para o suicídio nas corporações policiais militares.

b) Papel de polícia e a cultura policial: o indivíduo que entra para a polícia adota um novo estilo de vida, pois passa a ser reconhecido por marginais ao andar nas ruas e desempenha um papel de fiscalização e repressão para com a sociedade. Deste modo, a assunção deste *status* de polícia, que integra a cultura policial, pode inviabilizar que o sujeito assuma outros papéis ou identidades sociais, o que acaba por afastar o policial da sociedade, enfraquecendo importantes vínculos que funcionariam como fatores protetores do suicídio policial.

c) Isolamento social: a atividade policial exige do agente certo distanciamento emocional das ocorrências, para que consiga melhor racionalizar e decidir em situações de crise. No entanto, em decorrência dos treinamentos pelos quais passa e pelo desempenho profissional na atuação em situações extremas, o policial vai natural e inconscientemente incorporando

isso à sua vida e personalidade, e essa despersonalização passa a integrar a vida do policial, o que acaba isolando o agente da força, que somente conseguirá se sentir parte do grupo policial. O isolamento social é fator de risco para o suicídio (DURKHEIM, 2011, p. 258).

d) Imagem pública negativa: a atividade policial é manifestação da força estatal de cunho majoritariamente repressivo, por isso as experiências de contato da sociedade com os policiais frequentemente se dão por uma vertente negativa. Assim, a polícia vai perdendo legitimidade e os policiais passam a ser ordinariamente hostilizados pela população. Em determinadas comunidades, os policiais são verdadeiramente tratados como inimigos, pois constituem a última barreira entre o cumprimento da lei e a consecução do ato delituoso pretendido pelos criminosos. Essa imagem negativa da polícia perante a sociedade é comumente reforçada pela mídia que enfatiza aspectos negativos da atuação policial.

Diante desse quadro, os agentes públicos sentem-se à margem da sociedade a que servem, sendo constantemente comparados a criminosos pela população e pela mídia. Não conseguem, por isso, manter a saúde mental e nem se sentir integrantes da sociedade que buscam proteger. Tem-se, assim, outro fator de risco para o suicídio policial.

e) *Stress*: inúmeros são os fatores ensejadores de *stress* na atividade policial, que é tida dentre as profissões mais estressoras em âmbito mundial (SANTOS, 2007, p. 23-24). Nesse sentido, pode-se destacar o perigo, o sentimento de inutilidade, o convívio com a miséria e condições subumanas em várias comunidades, o desprezo social, o trabalho por turnos de serviço e até a morte de parceiros em serviço, entre outros.

De se mencionar também a alta incidência dos membros de carreiras policiais em sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), em decorrência de eventos traumáticos presenciados no exercício da profissão ao longo da carreira, como a morte de companheiros de trabalho, atendimento a ocorrências com perda de vidas entre outros. Segundo Lima (2003, p. 87), em seu estudo sobre a incidência de distúrbios mentais em determinadas profissões, elaborado a partir de prontuários obtidos em instituições de tratamento psiquiátrico, o TEPT representa a segunda maior incidência de distúrbios mentais em policiais militares, estando presente em 9% dos policiais estudados, atrás apenas do alcoolismo, que acometia 54,5% da amostra estudada naquelas instituições.

Assim, também por conta do *stress* experimentado em decorrência da profissão, os policiais podem se tornar um grupo vulnerável ao cometimento do suicídio, o que ainda é reforçado pela acessibilidade que gozam à arma de fogo, conforme será visto abaixo.

f) Acesso à arma: por fim, o último elemento elencado por SANTOS (2007, p. 17-19) como um dos principais fatores organizacionais que podem ensejar o comportamento suicida nos policiais é o acesso à arma de fogo. Citando o artigo norte americano intitulado “QPR: *Police Suicide Prevention*”, a autora afirma que o “suicídio é frequentemente um acto impulsivo. Não obstante esta impulsividade, a natureza letal da arma assegura muito pouca oportunidade de salvamento e ressuscitação” (Quinnett, 1998, *apud* SANTOS, 2007, p. 17).

Violanti (1996, *apud* SANTOS, 2007, p. 18) sugere “que as armas são o método eleito em 95% dos suicídios na polícia”. O policial que decide tirar a própria vida possui um meio de alta letalidade para atingir seu intento, o que afasta o medo de sobreviver com sequelas e sofrer ainda mais do que já vinha sofrendo. Acredita que o suicídio porá fim aos seus problemas e a arma o ajuda a resolver isso com mais facilidade. Fica, portanto, encorajado a se matar.

O acesso à arma em tempo integral também influencia na prática suicida por policiais:

Também Violanti (1996) conclui, não apenas que os policiais usam maioritariamente as suas armas para cometer suicídio, mas também que, em 90% dos casos, esses suicídios são efectuados fora do local de trabalho. Este resultado permite dar crédito à ideia de que a acessibilidade da arma de serviço 24 horas por dia, poderá aumentar consideravelmente o risco de suicídio nos policiais (SANTOS, 2007, p. 18).

Além dos fatores trazidos por Santos (2007), conforme demonstrado acima, vale também a menção à peculiaridade característica da natureza da atividade policial, em que os agentes lidam diariamente com as piores mazelas sociais, como brigas familiares, abandono de incapazes, homicídios, estupros etc. Todos estes fatores podem ser internalizados de maneira negativa pelos policiais, podendo influenciar também na adoção do comportamento suicida.

Exposto o quadro socioprofissional com que os policiais têm de lidar, estes são os principais fatores que influenciam o policial na decisão e na execução de atos suicidas.

### *2.2.1 Fatores de risco para o suicídio e alguns aspectos protetores*

Entendido o suicídio como um fenômeno social complexo e que depende de uma multiplicidade de fatores que concorrem para o seu acontecimento, passa-se ao estudo de alguns fatores preponderantes na vida de uma pessoa que podem influenciá-la na adoção do comportamento suicida. Assim, a partir deste momento, serão estudados os principais fatores de risco para o suicídio e, em seguida, serão apresentados aspectos protetores do suicídio.

A OMS (2006, p. 04) lista os seguintes fatores de risco para o suicídio:

Os comportamentos suicidas são mais comuns em certas circunstâncias devido a factores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais. Os factores de risco gerais incluem:

- Estatuto socioeconômico e nível de educação baixos; perda de emprego;
- Stress social;
- Problemas com o funcionamento da família, relações sociais e sistemas de apoio;
- Trauma, tal como abuso físico e sexual;
- Perdas pessoais;
- Perturbações mentais tais como depressão, perturbações da personalidade, esquizofrenia e abuso de álcool e de substâncias;
- Sentimentos de baixa autoestima ou de desesperança;
- Questões de orientação sexual (tais como homossexualidade);

- Comportamentos idiossincráticos (tais como estilo cognitivo e estrutura de personalidade);
- Pouco discernimento, falta de controle da impulsividade, e comportamentos auto-destrutivos;
- Poucas competências para enfrentar problemas;
- Doença física e dor crônica;
- Exposição ao suicídio de outras pessoas;
- Acesso a meios para conseguir fazer-se mal;
- Acontecimentos destrutivos e violentos (tais como guerra ou desastres catastróficos).

Perceba-se que grande parte destes fatores de risco envolvem uma mudança no *status* do indivíduo perante a comunidade que o cerca e até em relação ao que ele tem por seu na vida, como, por exemplo, a perda do emprego, as alterações no estatuto socioeconômico, problemas com o funcionamento da família e nas demais relações sociais, perdas pessoais, acontecimentos destrutivos e violentos, *stress social*, entre outros. Essas situações ensejam fatores de risco ao suicídio que Durkheim (2000, p. 328-329) classifica de anômico, em que há uma forte alteração na normatização e regulação da vida do indivíduo diante do quadro social que se apresenta. Acredita-se que este seja o tipo de suicídio mais recorrente dentre os policiais na atualidade.

Um fator de risco para o suicídio que chama a atenção é o que envolve o consumo de drogas e de álcool. Isto porque, muitas vezes as pessoas podem tornar-se mais agressivas e até mais corajosas após ingerir substâncias tóxicas ou psicoativas. Nesse sentido, o álcool pode tornar-se um desinibidor para aquele que apresenta comportamento suicida. Veja-se:

A associação entre impulsividade/agressividade e taxas de suicídio entre os alcoolistas é alta; o alcoolismo é uma das mais frequentes desordens psiquiátricas relacionadas ao comportamento suicida, entre 15% e 25%, segundo Gorwood. Estima-se que, cerca de 15% dos alcoolistas vão-se suicidar, enquanto 40% vão fazer pelo menos uma tentativa de suicídio (CORREA; BARRERO, 2006, p. 136).

Assim, o consumo excessivo de álcool e outras drogas, bem como as doenças mentais representam fatores que podem influenciar o sujeito na adoção do comportamento suicida. Além disso, convém a menção também de que não são raros os casos de que pessoas diagnosticadas com depressão recorrem às drogas e ao álcool para tentar aliviar o sofrimento psicológico pelo qual passam. Estes dois fatores somados (doença mental e consumo excessivo de drogas) representam grave risco à potencial adoção do comportamento suicida.

Todavia, se por um lado há fatores de risco para o suicídio, importa também a menção de que por outro existem também fatores que servem de proteção às pessoas contra a adoção do comportamento suicida. Nesse sentido, destacam-se os seguintes fatores de proteção:

Vínculos saudáveis com pessoas, família e instituições, existência de um projeto de vida com metas alcançáveis, modelos sociais que promovam a valorização da vida e da saúde física e mental, ambiente de trabalho saudável, autoestima elevada, exercício da espiritualidade

de, manejo razoável do humor e do estado de ansiedade, atividades de lazer, esportivas e culturais, desvinculadas do uso ou abuso de substâncias psicoativas entre outros (BRASIL, 2015).

Todos estes aspectos de proteção possuem em comum a circunstância de se constituírem em elementos de manutenção da pessoa em interação com a sociedade que permeia, evitando a ausência de normatização da vida do indivíduo. Ou seja, faz com que o sujeito se sinta parte importante da comunidade em que vive, criando vínculos sociais e laços de convivência com as pessoas que o cercam, o que faz com que o sujeito se sinta amparado pelo meio social em que vive, protegendo-o dos sentimentos que estimulam o suicídio.

### 2.2.2 Mitos e ideias erradas sobre suicídio

Há no imaginário popular uma série de ideias errôneas acerca do suicídio, o que pode ser fruto de um tratamento equivocado dado ao tema pela sociedade, que o considera um *tabu*. A tabela a seguir, extraída da reportagem de Carvalho (2016), elenca alguns dos principais mitos acerca do suicídio e a realidade acerca desse importante fenômeno social:

MITOS	VERDADES
As pessoas que ameaçam se matar não farão isso, querem apenas CHAMAR A ATENÇÃO.	A maioria dos suicidas FALA OU DÁ SINAIS sobre uma possível tentativa. Boa parte expressa aos profissionais de saúde, meses ou semanas antes, o desejo de tirar a própria vida.
Não devemos falar sobre o suicídio, pois isso pode AUMENTAR O RISCO.	Falar sobre o suicídio NÃO AUMENTA O RISCO. Falar com alguém sobre o assunto pode amenizar a angústia e a tristeza que esses pensamentos trazem.
O SUICÍDIO é uma decisão individual, já que cada um tem o direito de exercer o seu livre arbítrio.	Os suicidas, geralmente, estão passando por doenças mentais que ALTERAM O LIVRE ARBÍTRIO.
Não é recomendado que a MÍDIA aborde o assunto.	É importante que a mídia aborde o assunto de forma ADEQUADA E RESPONSÁVEL.
Quando uma pessoa mostra sinais de melhora ou sobrevive a uma tentativa de suicídio, ESTÁ FORA DE PERIGO.	Um dos períodos mais perigosos é quando se está melhorando de alguma crise após uma tentativa de suicídio. A pessoa ESTÁ CORRENDO RISCO, pois esse período é de enorme fragilidade.

No intuito de desmistificar esta importante pauta, além dos acima apresentados, a OMS (2006, p. 09-11) elencou alguns outros mitos O rol não é taxativo, destacando-se: a) *o suicídio é sempre impulsivo e ocorre sem aviso* – na verdade o suicídio costuma ser pensado e planejado antecipadamente; b) *os suicidas desejam morrer e estão decididos a se matar* – geralmente os suicidas possuem sentimentos ambivalentes sobre a morte e; c) *após uma tentativa frustrada de suicídio, a pessoa nunca mais tentará novamente* – o momento pós- crise o que a pessoa se encontra mais vulnerável, não extingue-se o risco de nova tentativa.

### 2.3 Considerações sobre suicídio na Polícia Militar

As peculiaridades do serviço policial – que envolvem aspectos como temor de morte, stress decorrente da hierarquia, medo de punições disciplinares, escalas de serviço que limitam o convívio social dos policiais, a adoção de uma identidade policial que acaba por afastar o profissional da segurança pública do restante da sociedade e a incompreensão social da importância da atividade de polícia, além do sentimento de inutilidade do serviço pelos policiais, entre outros – acabam acarretando nestes servidores uma maior tendência ao comportamento suicida. E isso, conforme já visto, é agravado pela acessibilidade à arma de fogo, que se constitui no principal meio de execução do ato suicida.

Variados estudos realizados ao redor do mundo constataam maiores taxas de suicídio dentre agentes da segurança pública quando comparadas com as taxas da população em geral. A este respeito, Miranda (2016, p. 18-19) traz dados da PM do Estado do Rio de Janeiro:

Quanto à relação entre o suicídio e as características ocupacionais, estudos anglo-saxônicos afirmam que policiais fazem parte do grupo de alto risco. Kate (2008), por exemplo, compara as taxas de suicídio da polícia de São Francisco com a população geral, em 10 anos (1987-1997). A taxa de suicídio da população geral, segundo a autora, chegou a 21 por 100.000 habitantes, no referido período. Já entre policiais, a taxa foi de 33,33 por 100.000. A autora estima que a cada dois dias um policial se suicida em São Francisco.

O diferencial das taxas de suicídio de policiais e da população geral também é expressivo no Brasil. Musumeci e Muniz (1998, p. 30) fizeram um mapeamento da vitimização de policiais militares e civis, na cidade do Rio de Janeiro, e constataram que a taxa de suicídio da polícia militar carioca em 1995 foi 7,6 vezes superior à da população geral, ainda que 100% das mortes tenham acontecido durante a folga do policial.

Minayo et alii (2003; 2005), analisando as condições de trabalho, de saúde e de qualidade de vida de 1.058 policiais civis e 1.108 policiais militares, concluíram que a taxa de sofrimento psíquico de policiais da PMERJ é 13,3% superior ao da Polícia Civil (33,6% x 20,3%). Os policiais entrevistados de ambas as organizações declararam tristeza, tremores e um sentimento de inutilidade (MIRANDA, 2016, 18-19).

O contexto acima apresentado se reproduz em todo território nacional, deixando evidente a necessidade de as corporações policiais, em especial as polícias militares, estudarem,

compreenderem, e trabalharemos o tema atinente ao suicídio em âmbito interno, conscientizando policiais acerca do problema.

Vale destacar neste momento que, embora o estudo esteja se propondo a trazer orientações aos comandantes para lidar com suicídio na tropa, também estes comandantes podem vir a apresentar o comportamento suicida. Também este fato evidencia a necessidade de amplo debate acerca do tema no âmbito das instituições policiais militares.

Neste sentido, passa-se a seguir a apresentar algumas indicações e alertas para que os comandantes (entendidos aqui aqueles que exercem função de comando de tropa ou fração de tropa – oficiais, sargentos e subtenentes), tenham um norte quando se depararem com algum policial que está apresentando sinais do comportamento suicida, no intuito de evitar que isso se desdobre no trágico desfecho da consumação do suicídio policial.

### *2.3.1 Os sentimentos no comportamento suicida e alguns alertas aos comandantes*

A psicologia entende o fenômeno do suicídio como sendo decorrente de quatro sentimentos principais, que são apresentados pela vítima durante o desenvolvimento do comportamento suicida. Nesse sentido, os sentimentos indicativos de risco suicida: depressão, desesperança, desamparo e desespero – trata-se da regra dos 4D do suicídio. Quem apresentar qualquer destes sentimentos pode incorrer em comportamento suicida (PMSC, 2016, p. 08). Por isso, uma vez percebidos pelos comandantes, as pessoas que os apresentem devem ser acompanhadas de perto pelos gestores das corporações militares.

Existem frases de alerta que auxiliam na identificação de potencial comportamento suicida. Assim, o comandante deve atentar para frases, como: “Eu preferia estar morto”; “Eu não posso fazer nada”; “Eu não aguento mais”; “Eu sou um perdedor e um peso pros outros”; “Os outros vão ser mais felizes sem mim”. Diante destas frases, o comandante deve buscar descobrir como o seu policial se sente em relação à situação em que sua vida se encontra.

Quaisquer destes sinais, exigem do comandante a capacidade de motivar o seu policial, apresentando melhores perspectivas e estimulando-o a acreditar que a situação em breve irá melhorar. Para isto, frases como “essa sua situação é temporária”, “isso logo passará” entre outras podem servir de estimulantes. Não se deve fazer o problema parecer trivial, todavia.

Isto porque jamais se deve menosprezar o sentimento alheio, por mais pequeno que possa parecer o problema. É fundamental que haja empatia para com o subordinado, pois cada pessoa sabe como determinada situação a afeta. A este respeito, o Ministério da Saúde publicou:

O contato inicial é muito importante. Frequentemente, ele ocorre numa clínica, casa ou espaço público, onde pode ser difícil ter uma conversa particular.

1. O primeiro passo é achar um lugar adequado, onde uma conversa tranquila possa ser mantida com privacidade razoável.

2. O próximo passo é reservar o tempo necessário. Pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo para deixar de se achar um fardo. É preciso também estar disponível emocionalmente para lhes dar atenção.

3. A tarefa mais importante é ouvi-las efetivamente. Conseguir esse contato e ouvir é por si só o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida.

O objetivo é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, pelo desespero e pela perda de esperança e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor.

Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não-julgamento é fundamental para facilitar a comunicação (BRASIL, 2006, p. 55).

Perceba-se que a comunicação empática, o respeito ao próximo e ao seu sofrimento e o genuíno interesse nos problemas apresentados formam a tônica da abordagem e da conversa a ser buscada pelo comandante para com o policial em comportamento suicida.

Nesse contexto, é importante que sejam dirigidas ao policial em crise perguntas através das quais seja possível identificar: a) os aspectos atinentes ao estado mental do agente; b) o estágio em que se encontra o seu plano suicida e; c) como está o seu sistema de apoio social. Para proceder a esta identificação situacional, o Manual de Prevenção do Ministério da Saúde informa os seguintes aspectos a serem observados:

Estado mental atual – Parece estar sob efeito de alguma substância? Apresenta discurso coerente, porém com pensamentos sobre morte e suicídio?

Plano suicida atual – Quão preparada a pessoa está, grau de planejamento e quão cedo o ato está para ser realizado.

Sistema de apoio social da pessoa (família, amigos etc.) (BRASIL, 2006, p. 57).

No intuito de obter estas informações, algumas perguntas podem ser feitas, por exemplo: “você se sente triste?”, “você sente que ninguém se preocupa com você?”, “você sente que a vida não vale mais a pena ser vivida?”, “você já pensou que seria melhor estar morto ou tem vontade de morrer?”. Ressalte-se, no entanto, que isso deve ser feito de maneira respeitosa, em um ambiente reservado e num momento em que o comandante perceba que conquistou a confiança do subordinado, quando este já esteja conseguindo se expressar confortavelmente sobre seus sentimentos, demonstrando sinais de que está se sentindo compreendido e sintase capaz de conversar sobre seus sentimentos negativos como solidão, desamparo, desespero etc. (BRASIL, 2006, p. 58).

A abordagem do gestor não pode piorar a já ruim situação do subordinado. Para tanto, é importante que o comandante saiba maneiras de como se comunicar e como não o fazer. E isso, no meio policial militar pode ser um problema, pois as peculiaridades da atividade, dos treinamentos e instruções pelas quais os policiais militares passam ao longo da carreira, acabam reduzindo a sensibilização destes profissionais aos problemas pessoais alheios, conforme já visto anteriormente. E isso acaba gerando maior dificuldade da promoção de uma comunicação empática do comandante para com seus subordinados.

As orientações do Manual de Prevenção do Suicídio sobre como se comunicar estabelecem que, durante o diálogo, quem está procedendo ao atendimento deve:

- Ouvir atentamente, com calma.
- Entender os sentimentos da pessoa (empatia).
- Dar mensagens não verbais de aceitação e respeito.
- Expressar respeito pelas opiniões e pelos valores da pessoa.
- Conversar honestamente e com autenticidade.
- Mostrar sua preocupação, seu cuidado e sua afeição.
- Focalizar nos sentimentos da pessoa (BRASIL, 2006, p. 56).

Além disso, jamais deverá ser emitido qualquer juízo de valor e qualquer julgamento sobre a situação e os problemas apresentados pelo subordinado em comportamento suicida. A valoração negativa, mesmo que emitida de forma não-verbal, pode agravar ainda mais a situação vivenciada pelo agente em crise, fazendo-o perceber desaprovação até daqueles que supostamente deveriam apoiá-lo, incentivá-lo e estimulá-lo no âmbito da sua vida profissional.

Por outro lado, a validação, a demonstração de aceitação e o respeito às declarações emitidas pelo policial que está apresentando indícios de comportamento suicida auxiliam o comandante na obtenção de confiança e constituem-se elemento fundamental para que o subordinado consiga falar com franqueza sobre a situação que está enfrentando.

Existem também maneiras de não se comunicar com o sujeito em crise. Nesse sentido, o Ministério da Saúde indica que no primeiro atendimento o profissional não deve:

- Interromper muito frequentemente.
- Ficar chocado ou muito emocionado.
- Dizer que você está ocupado.
- Fazer o problema parecer trivial.
- Tratar o paciente de uma maneira que possa colocá-lo numa posição de inferioridade.
- Dizer simplesmente que tudo vai ficar bem.
- Fazer perguntas indiscretas.
- Emitir julgamentos (certo x errado), tentar doutrinar (BRASIL, 2006, p. 56).

Assim, o comandante não pode, em hipótese alguma, fazer com que a vítima do comportamento suicida se sinta inferiorizada ou que perceba descaso no tratamento que lhe está sendo dispensado. Estes aspectos são pontos cruciais do atendimento primário na prevenção do suicídio. Por isso, o gestor da corporação jamais deve se valer da hierarquia para tentar fazer impor sua forma de pensar sobre as declarações do seu subordinado em crise. Nem, tampouco, deve enfatizar o sofrimento sofrido pelo policial ou demonstrar-se demasiadamente afetado, pois isto pode fazer com que o policial encontre legitimação para seus pensamentos suicidas.

Em suma, a conversa capitaneada pelo comandante deve ser marcada pela confiança e pela empatia, devendo ele demonstrar sinais de aprovação e compreensão da situação vivida pelo seu subordinado, destacando os aspectos positivos da personalidade e da vida do policial em crise, e sem menosprezar seu sofrimento, sem emitir julgamentos e nem tampouco aparentar ser demasiadamente genérico nas suas colocações. Impõe-se a criação de uma estreita conexão que evidencie o genuíno interesse do gestor nos problemas apresentados e na busca conjunta de uma solução para eles. A vida do subordinado é o principal objetivo a ser perseguido.

Tão logo o comandante perceba a incidência de seu policial em comportamento suicida, o comandante deve proceder aos trâmites administrativos, nos termos da legislação pertinente e providenciar a suspensão do porte de arma do policial, evitando que o sujeito em crise tenha acesso a este letal meio para consumação do ato, pois a evolução de estágios no comportamento suicida pode ocorrer de maneira muito rápida, de modo que o sujeito que está ideando suicidar-se pode muito facilmente passar à tentativa e até mesmo consumir o fato.

Após o primeiro momento de atendimento pelo comandante, este deverá encaminhar o policial ao serviço de psicologia da corporação, para que uma equipe de profissionais devidamente capacitados possa dar prosseguimento no tratamento do comportamento suicida.

Em tempo, destaca-se ainda a necessidade e importância da promoção de seminários e palestras que busquem desmistificar o tema e conscientizar os policiais acerca da problemática representada pelo suicídio nas corporações policiais militares. Para tanto, sugere-se que o comandante firme parcerias com outros atores sociais engajados com o tema, como hospitais, postos de saúde e universidades, para promoção de eventos que poderiam ocorrer no mês de setembro de cada ano, somando-se aos esforços mundiais na prevenção do suicídio.

Por fim, propõe-se um *checklist* criado a partir de tudo que se apresentou no trabalho, visando auxiliar na identificação e prevenção do suicídio nas corporações policiais militares:

### 2.3.2 Checklist aos comandantes para prevenção do suicídio:

- 1) Prestar atenção no comportamento dos subordinados, em especial nas frases de alerta, como: “Eu preferia estar morto”; “Eu não aguento mais”, entre outras;
- 2) Providenciar ambiente reservado e seguro para conversar com o policial em comportamento suicida;
- 3) Ouvir atentamente os problemas do policial em crise, buscando identificar aspectos do estado mental do agente, do seu plano suicida e de seu sistema de apoio social;
- 4) Emitir sinais não-verbais de aprovação durante o diálogo com o policial em crise, como um breve aceno de cabeça validando o que o policial está contando;
- 5) Promover a comunicação empática, demonstrando genuíno interesse e focalizando

nos sentimentos do policial em comportamento suicida;

6) Tentar apresentar perspectivas positivas para a situação do policial, sem, contudo, fazer o sofrimento daquele policial parecer algo trivial;

7) Jamais menosprezar o sofrimento apresentado e nem o fazer sentir-se inferiorizado;

8) Nunca utilizar a hierarquia para tentar impor sua forma de pensar ao policial em crise;

9) Nunca emitir julgamentos acerca da situação do policial em comportamento suicida, mesmo que de forma não-verbal;

10) Providenciar, nos termos da legislação de regência, a suspensão do porte de arma do policial, caso perceba sua incidência em comportamento suicida, em qualquer de suas fases;

11) Encaminhar o policial aos serviços de assistência social, de psicologia, bem como aos médicos da corporação, para que o PM em comportamento suicida possa ter acompanhamento capacitado;

12) Tratar do tema nas reuniões ordinárias entre os chefes de seções administrativas e demais comandantes, demonstrando-se preocupado e estimulando que os demais também se atentem ao problema;

13) Estimular a interação entre os policiais através da promoção de eventos de confraternização e integração entre os policiais do batalhão em que serve, buscando favorecer a criação de redes de apoio social aos policiais;

14) Promover, pelo menos uma vez por ano, eventos para debate sobre o tema do suicídio policial, no intuito de desmistificar e propor um debate aberto sobre o problema.

### 3 CONCLUSÃO

Ao findar deste estudo, evidenciou-se a importância desta matéria no contexto atual, enfatizando-se a necessidade de um debate franco e aberto. Além disso, destacou-se a necessidade da realização de estudos capazes de promover o entendimento acerca deste fenômeno social, de modo a desmistificar e romper o tabu que existente sobre o tema.

Foram ainda apresentados os tipos de suicídio, definidos por Durkheim (2011, p. 258), que se dividem em suicídio egoísta, suicídio altruísta e suicídio anômico, de acordo com as peculiaridades que ensejam a ocorrência. Apresentou-se também as fases do suicídio, que compreendem a ideação (pensamento), tentativa e, por fim, consecução.

Constatou-se, no Brasil e mundialmente, a maior incidência de comportamento suicida em servidores das forças policiais, quando comparados com as demais profissões. Evidenciou-se que, além dos fatores pessoais que podem influenciar alguém a cometer suicídio, as polícias possuem alguns aspectos organizacionais que podem influir neste comportamento, destacando-se: a) a estrutura organizacional; b) o papel de polícia e a cultura policial; c) o

isolamento social; d) a imagem pública negativa; e) o stress e; f) o acesso à arma.

Posteriormente, foram apresentados os principais fatores de risco para o suicídio, dando-se ênfase, à utilização excessiva de álcool e outras drogas e às doenças mentais. Apresentaram-se também alguns fatores protetores contra o suicídio, dos quais destacam-se, entre outros, um ambiente de trabalho saudável, a perseguição de metas de vida alcançáveis etc.

Em seguida, foram apresentados os principais mitos que a sociedade difunde sobre o tema do suicídio, como aquelas ideias de que “quem quer se suicidar não fala, simplesmente faz”, “falar sobre suicídio estimula pessoas a se suicidarem”, “quem fala em se matar somente deseja chamar a atenção”, entre outras.

Trouxe-se algumas recomendações aos comandantes das corporações policiais militares para identificar o comportamento suicida e para auxiliá-los no primeiro atendimento aos policiais sujeitos ao seu comandamento, finalizando o estudo com a propositura de um *checklist* com 12 passos a serem seguidos pelos comandantes na prevenção do suicídio na sua tropa.

Nesse sentido, ressaltou-se a importância de uma comunicação empática e da criação de uma conexão e aquisição de confiança pelo gestor da corporação, para, em seguida apresentar perspectivas positivas ao policial em comportamento suicida. Ainda, concluiu-se que a abordagem a ser realizada pelo comandante ao perceber que seu policial está apresentando os sinais característicos do comportamento suicida (desespero, desesperança e desamparo) deve ser sempre gradativa e em ambiente reservado, sem qualquer emissão de julgamento moral ou outra forma de juízo de valor e sem menosprezar o sentimento alheio.

Foi ainda ressaltado que, se o comandante suspeitar da incidência de seu policial em comportamento suicida, deverá providenciar a suspensão do porte de arma do policial em crise, nos termos da legislação pertinente, bem como a necessidade de, após o primeiro atendimento, encaminhar o policial aos serviços de assistência social e psicologia da corporação para que os profissionais tecnicamente capacitados acompanhem o desenvolvimento do quadro psicológico daquele policial em crise, evidenciando-se, assim, a necessidade de serviços de assistência social e de psicologia bem estruturados e valorizados dentro das corporações policiais militares.

No que tange ao aspecto supramencionado, sugere-se ainda a criação de quadros específicos para profissionais especialistas nas áreas de assistência social e de psicologia, à semelhança do que acontece com os quadros de médicos e dentistas, para que seja possível realizar um acompanhamento de policiais que apresentam problemas psicológicos ou em algum aspecto atinente ao seu sistema de apoio social – pois, como visto, um sistema de apoio social é um dos principais fatores de proteção para o suicídio, devendo portanto ser estimulado.

Ainda no que atine ao sistema de apoio do policial, sugere-se aos comandantes a promoção de eventos de integração e confraternização (jogos, gincanas, competições etc.) nos batalhões, pois isso pode favorecer a criação de uma rede de apoio que irá auxiliar na pre-

venção do suicídio policial.

Encerrou-se o trabalho sugerindo aos comandantes a discussão do tema em reuniões ordinárias com os demais comandantes e chefes de seções, bem como a formulação de parcerias com outras entidades interessadas para que sejam disponibilizados anualmente palestras e seminários acerca da problemática, buscando à desmistificação do suicídio e objetivando sempre a sua prevenção, com ênfase no suicídio policial militar.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Hierarquia, aspectos da cultura organizacional e implicações na qualidade de vida: um estudo nas polícias militares brasileiras** / coordenação, David Mablona Marques Romão ... [et al.]. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2016.

BRASIL, Exército Brasileiro. **Guia de orientação para comandantes sobre o suicídio**. Centro de Inteligência do Exército – CIE. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio – manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. UNICAMP. Campinas, SP, 2006.

**BRASIL é o 8º país com mais suicídios no mundo, aponta relatório da OMS**. Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/09/brasil-e-o-8-pais-com-mais-suicidios-no-mundo-aponta-relatorio-da-oms.html>. Acesso em 26 de fevereiro de 2017.

CARVALHO, Larissa; **Setembro amarelo: ações que divulgam as formas de preservação da vida**. Disponível em: <http://portaldonic.com.br/jornalismo/setembro-amarelo-acoes-que-divulgam-as-formas-de-preservacao-da-vida/#close>. Acesso em 06 de abril de 2017.

CORDEIRO, Vinícius. **Marcha soldado – sonhos, pressão de dilemas: do que são feitos os novos policiais militares de SP**. Disponível em: <https://tab.uol.com.br/jovem-pm/#marcha-soldado>. Acesso em 30 de março de 2017.

CORRÊA, Humberto; BARRERO, Sérgio Perez. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: editora Atheneu, 2006.

DANTAS, Carolina. **Suicídio: é preciso falar sobre esse problema**. Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/suicidio-e-preciso-falar-sobre-esse-problema.ghtml>. Acesso em: 30 de abril de 2017.

DATASUS - Brasil. **Sistema de Informação sobre Mortalidade/MS/SUS/DASIS**. In: Informação de Saúde – Estatísticas Vitais - Óbitos por causas externas, Ministério da Saúde. Brasília. 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em 22 de fevereiro de 2017.

DURKHEIM, Émile. **O Suicídio. Estudo da Sociologia**. Tradução Mônica Sthael. – 2. ed. – São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

ESCÓSSIA, Fernanda da. **Por que os policiais se matam: pesquisa traz números e relatos de suicídios de PMs**. Disponível em: [http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/03/160322\\_policiais\\_suicidios\\_fe\\_if](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/03/160322_policiais_suicidios_fe_if). Acesso em 30 de março de 2017.

**LEVANTAMENTO revela que um PM comete suicídio a cada 15 dias em SP**. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2017/03/31/levantamento-revela-que-um-pm-comete-suicidio-a-cada-15-dias-em-sp.htm?cmpid=copiaiecola>. Acesso em 15 de março de 2017.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. **A polêmica em torno do nexo causal entre distúrbio mental e trabalho**. Psicologia em revista. Belo Horizonte, v. 10, n. 14, 2003. Disponível em: [http://portal.pucminas.br/imagdb/documento/DOC\\_DSC\\_NOME\\_ARQUI20041213154638.pdf](http://portal.pucminas.br/imagdb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20041213154638.pdf). Acesso em: 17 de maio de 2017.

MIRANDA, Dayse; GUIMARÃES, Tatiana. **O suicídio policial: o que sabemos?**. Dilemas, v. 9, p. 1-18. Rio de Janeiro, RJ, 2016.

MIRANDA, Dayse. **Diagnóstico e prevenção do comportamento suicida na polícia militar do Estado do Rio de Janeiro** / organização Dayse Miranda. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2016.

MINAYO, Maria Cecília. **Suicídio: pesquisadores comentam relatório da OMS, que apontou altos índices no mundo**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/suicidio-brasil-e-80-pais-das-americas-com-maior-indice>. Acesso em: 20 de fevereiro 2017.

MODESTO, Enio. **Suicídio – como evitá-lo?**. Disponível em: <http://www.focomagazine.com.br/materia/2272/suiciacutedio---como-evitaacute-lo>. Acesso em 23 de abril de 2017.

NUNES DA SILVA, Daniel. **Suicídio: a atuação da polícia militar em ocorrências envolvendo atos suicidas**. Polícia Militar de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2014.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Transtornos Mentais e Comportamentos**. Departamento de Saúde Mental. Genebra, 2000. Disponível em [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_phc\\_port.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf). Acesso em 23 de abril de 2017.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da mídia**. Departamento de Saúde Mental e Comportamentais, Genebra. 2000. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_media\\_port.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf). Acesso em 26 de março de 2017.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do Suicídio – Um recurso para conselheiros**. Genebra, 2006. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf). Acesso em: 08 de abril de 2017.

PERASSO, Valeria. **OMS: Suicídio já mata mais jovens que o HIV em todo o mundo**. Disponível em: [http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/09/150922\\_suicidio\\_jovens\\_fd](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/09/150922_suicidio_jovens_fd). Acesso em: 15 de maio de 2017.

REIS, Vanessa Almeida dos. **Automutilação e o conceito de parassuicídio**. Disponível em: <http://vanessareis.com.br/automutilacao-e-o-conceito-de-parassuicidio/>. Acesso em: 17 de maio de 2017.

RESMINI, Enio. **Tentativa de Suicídio – Um prisma para compreensão da Adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

SANTOS, Susana Maria da Silva Ferreira Matias dos. **Suicídio nas forças policiais: um estudo comparativo na PSP, GNRe PJ**. Porto, 2007.

SEHNEM, S. B., PALOSQUI, V. **Suicídio, uma questão de saúde pública: características epidemiológicas do suicídio no Estado de Santa Catarina**. UNOESC. Joaçaba. 2011. Disponível em: [https://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/view/1364/pdf\\_221](https://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/view/1364/pdf_221). Acesso em 08 abril de 2017.

SGOBIN, Sara Maria Teixeira. **Custos diretos e indiretos de tentativas de suicídio de alta letalidade internadas em hospital geral**. Campinas, SP: [s.n.], 2013.

SILVA, Anderson. **Santa Catarina é segundo estado em número de suicídios a cada 100 mil habitantes, diz pesquisa**. Diário Catarinense On Line. Florianópolis. Publicado em 03 jul. 2014. Disponível em: <http://anoticia.clicrbs.com.br/sc/noticia/2014/07/santa-catarina-e-segundo-estado-em-numero-de-suicidios-a-cada-100-mil-habitantes-diz-pesquisa-4542355.html>. Acesso em 22 de abril de 2017.

SILVA, Maurivan Batista da; VIEIRA, Sarita Brazão. **O processo de trabalho do militar estadual e a saúde mental**.

Saude soc. [online]. 2008, vol.17, n.4, pp.161-170. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000400016>. Acesso em: 30 de abril de 2017.

SILVEIRA, Andrea Maria. Violanti JM. **Dying for the job: police work exposure and health**. Springfield: Charles C Thomas Publisher; 2014. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3967-3968, Dec. 2016 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001203967&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203967&lng=en&nrm=iso). Acesso em 09 Abril de 2017.

WASELFISZ J.J. **Mapa da violência 2016 – homicídios por armas de fogo no Brasil**. Rio de Janeiro: FLACSO. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016\\_armas\\_web.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf). Acesso em 22 de abril 2017.

WASELFISZ J.J. **Mapa da violência 2014 – os jovens do Brasil**. Brasília: Instituto Sangari, 2014. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014\\_JovensBrasil.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf). Acesso em 30 de março de 2017.