

POR QUE POLICIAIS SE MATAM?

destruição
policiais
sociedade
humano
confronto
caída abismo
quilha
violência
rança
ações homem
ruas
efeitos
suicídio
outro
álise

DAYSE MIRANDA (ORG.)



**DIAGNÓSTICO
E PREVENÇÃO DO
COMPORTAMENTO SUICIDA
NA POLÍCIA MILITAR
DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO**

ORGANIZADORA:

DAYSE MIRANDA



Rio de Janeiro – RJ
Fevereiro de 2016

FICHA TÉCNICA

AUTORA E ORGANIZADORA¹

Dayse Miranda

CO-AUTORES E PSICÓLOGAS DA PMERJ²

Cap PM Psi Alexandra Valéria Vicente da Silva
Cap PM Psi Marcela dos Santos Reis
Cap PM Psi Rogéria de Almeida Silva Quintella
1º Ten PM Psi Carmen Côrtes Furtado
1º Ten PM Psi Lidiane Pereira Raposo de Menezes

CO-AUTORES E PESQUISADORES DO LABORATÓRIO DE ANÁLISE DA VIOLÊNCIA (LAV/UERJ)

Bárbara Gabriela Santos de Sá
Fernanda Novaes Cruz
Pablo de Moura Nunes de Oliveira
Sandra Regina Cabral de Andrade.
Tatiana Guimarães Sardinha Pereira
Tatiana Assunção Miranda

PESQUISADORES DE CAMPO

Andréia Cidade Marinho
Cíntia Lopes de Barros
Diogo Sardinha Pereira
Emanuelle Silva Araújo
Isis do Mar Marques
Neide Ruffeil
Sandra Regina Cabral de Andrade
Tatiana Guimarães Sardinha Pereira

PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DOS MAPAS Felipe Corbett

ASSESSORA DO PROJETO

Rosemery Carvalho de Oliveira (ASSISTENTE
TÉCNICA SESEG/RJ; BOPE/PMERJ E GEPESP/LAV)

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

D526

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.
148 p. ; 24 cm.

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-65679-37-4

1. Suicídio. 2. Suicídio - Aspectos psicológicos. 3. Segurança pública – Aspectos sociais. I. Miranda, Dayse.

16-30370

CDD: 616.858445
CDU: 616.89-008.441.44

1 Dayse Miranda é doutora em Ciência Política pela USP, professora e coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Suicídio e Prevenção (GEPeSP/LAV/UERJ). O GEPeSP possui dois canais de comunicação com o seu público alvo. Seminários, cursos, rodas de conversas e iniciativas governamentais e acadêmicas de prevenção do suicídio são divulgados na página do facebook: www.facebook.com/gepesplav. Artigos, relatórios de pesquisas, teses e dissertações e publicações do gepesp estão disponíveis no site: www.gepesp.org.

2 Todos os co-autores são também colaboradores do Grupo de Estudo e Pesquisa em Suicídio e Prevenção (GEPeSP/LAV).

AGRADECIMENTOS

Este livro é o resultado de uma pesquisa realizada com a colaboração de vários profissionais das áreas de sociologia, segurança pública e da saúde a quem os autores agradecem. São eles: Dorian Borges, Gláucio Ary Dillon Soares, Julita Lemgruber, Silvia Ramos, Joana Marie Girard Ferreira Nunes, Edinilsa Ramos de Souza, Maria Cecília de Souza Minayo e Mônica Kother Macedo.

Os autores agradecem em especial a Ignacio Cano por ter acreditado na proposta original e por ter dado apoio incondicional ao desenvolvimento do projeto de pesquisa “Suicídio e Risco Ocupacional: o caso da Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro” no Laboratório de Análise da Violência (LAV/UERJ).

Reconhecemos também a contribuição de especialistas do Quadro de Oficiais de Saúde da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. A participação desses profissionais na reunião de trabalho, realizada na Diretoria Geral de Saúde (DGS) em agosto de 2014, foi de suma importância para a reflexão sobre o diagnóstico e as propostas de prevenção do comportamento suicida entre policiais militares (praças e oficiais) dirigidas aos profissionais de saúde da Corporação. São eles: Cel PM Alberto Alves Borges – Ex-chefe da Diretoria Geral de Saúde; Ten Cel PM Med Ana Cláudia Pinheiro de Vasconcellos – HCPM (ex-coordenadora do Setor de Psiquiatria); Ten Cel PM Enf Vânia Lúcia H. – ex-Chefe do SASP/DGS; Ten Cel PM Psi Fernando C. Derenusson – Coordenador do Núcleo Central de Psicologia/DGS; Ten Cel PM Med Willians Lorenzahn – HPM-Nit; Maj PM Nut Maria Estela Bezerra Galdeano – BOPE/COE; Maj PM Psi Kelly Batalha Siqueira HPM-Nit; Cap PM Psi Ana Cristina F. Lacerda – BPCHq; Cap PM Ass Soc Ana Cristina Loivos Porto de Castro – Diretoria de Assistência Social; Cap PM Psi Bianca Sant’Anna de Souza Cirilo – Colégio da Polícia Militar; Cap PM Psi Damiana Correa de Souza – 18º BPM; Cap PM Enf Juana dos Anjos Cunha Louzada – Diretoria de Assistência Social/DAS; 1º Ten PM Psi André Barroso Bento – 27º BPM; 1º Ten PM Psi Ana Paula Santos Meza – BPCHq; 1º Ten PM Psi Carlos Alexandre de O Antonio – COE; 1º Ten PM Psi Mariana Beatriz Lima Marins – HCPM; e 1º Ten PM Nut Roberta Castro de Barros.

Os autores agradecem a colaboração do Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESeC/UCAM) que nos permitiu publicar este livro.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pelo auxílio financeiro sem o qual não teríamos realizado este estudo.

A todos policiais militares da PMERJ que aceitaram compartilhar seus sonhos, segredos e sofrimentos com a nossa equipe.

A responsabilidade por este trabalho é dos autores.

SUMÁRIO

	7	APRESENTAÇÃO
	11	PREFÁCIO
	17	INTRODUÇÃO
PARTE I	22	DIAGNÓSTICO DO COMPORTAMENTO SUICIDA NA PMERJ
CAPÍTULO 1	24	Definições de violências autoinfligidas
CAPÍTULO 2	27	O diagnóstico do comportamento suicida na PMERJ
	28	CONHECENDO AS ESTATÍSTICAS
	31	PROBLEMAS E SOLUÇÕES METODOLÓGICAS
	41	O PERFIL DOS PMS DECLARANTES DE IDEIAÇÃO SUICIDA E TENTATIVA DE SUICÍDIO NA PMERJ
	41	Perfil sociodemográfico do policial
	46	Perfil profissional do policial
	51	O PERFIL DO POLICIAL MILITAR VÍTIMA DE MORTE POR SUICÍDIO NA PMERJ
	53	Análise de casos
CAPÍTULO 3	58	Circunstâncias das tentativas de suicídio declaradas
CAPÍTULO 4	65	Fatores associados à tentativa de suicídio declarada à pesquisa
	67	FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS
	68	CONDIÇÕES DE TRABALHO
	73	SITUAÇÕES DE RISCO E VITIMIZAÇÕES SOFRIDAS POR POLICIAIS MILITARES NOS ÚLTIMOS 12 MESES
	76	SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA
	82	CAPITAL SOCIAL E RELAÇÕES INTERPESSOAIS DENTRO E FORA DA POLÍCIA
	82	Confiança interpessoal
	83	Sociabilidade informal
	85	Associativismo
	86	UMA SÍNTESE

PARTE II	88	RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA NA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CAPÍTULO 5	92	Ações preventivas dirigidas aos gestores da PMERJ
	93	PREVENÇÃO INSTITUCIONAL
	93	Ações de sensibilização
	94	Capacitação/formação
	95	PREVENÇÃO SITUACIONAL
	96	PREVENÇÃO INTEGRADA
CAPÍTULO 6	100	Ações preventivas dirigidas aos profissionais de saúde
	101	MENSURANDO O RISCO
	103	Baixo risco de suicídio na PMERJ
	104	Médio risco de suicídio na PMERJ
	105	Alto risco de suicídio na PMERJ
	106	COMO LIDAR COM O POLICIAL SOB O RISCO DE SUICÍDIO?
	106	Atenção aos sinais
	119	O SERVIÇO DE ACOLHIMENTO EMERGENCIAL EM SAÚDE MENTAL
	119	A proposta piloto
	120	Estrutura do serviço
	122	A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NAS UNIDADES DA PMERJ
	122	A prevenção do comportamento suicida segundo o Grupo de Referência
	125	Como o profissional de saúde pode atuar em sua unidade?
	133	REDES DE APOIO AO POLICIAL EM SITUAÇÃO DE RISCO
	134	Redes de apoio externas ao policial em situação de risco
	135	Instituições que oferecem apoio ao sujeito em sofrimento
	137	CONCLUSÃO
	143	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APRESENTAÇÃO³

Os anos 80 do século XX, no Rio de Janeiro, se apresentaram como prenúncio de que tempos difíceis estavam por vir. Facções criminosas organizadas passaram a exercer influência sem precedentes no sistema prisional do estado, bem como nas associações de moradores das comunidades carentes. Na segunda metade da década, armamento mais sofisticado — como pistolas e submetralhadoras nove milímetros — era encontrado com facilidade nas mãos dos criminosos.

Foi, todavia, nos primeiros quatro anos da década de 1990, que a cidade viu recrudescer o crime e a violência. Fortemente armados com fuzis, metralhadoras e até lança-granadas, os bandidos passaram ao ataque. Policiais foram mortos em emboscadas à luz do dia; delegacias invadidas por grupos fortemente armados tendo como consequências agentes da lei fuzilados e presos resgatados. A população das favelas e das áreas imediatas passou a receber ordens dos criminosos, que limitaram horário de trânsito e infligiram o pagamento de pedágios. Constituíram-se zonas liberadas onde a polícia tinha dificuldades para “entrar”, e estas eram contadas em número expressivo.

A partir de 1995 passaram a vigorar novas políticas na área de segurança pública, iniciando uma luta incessante da Polícia Militar contra os narcotraficantes. A busca pelo confronto passou a nortear as ações da polícia, o que causou significativas baixas ao crime organizado, mas gerou terríveis efeitos colaterais, vitimizando policiais e a população civil como um todo.

³ PINHEIRO NETO, Alberto. *A competência essencial do BOPE: uma análise exploratória*. 2013. 79 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas - FGV, Rio de Janeiro. 2013.

Com a chegada do novo milênio, passamos a vivenciar investidas contra prédios públicos, incluindo a própria sede do Executivo estadual, através de atentados com explosivos e armas de alto poder de destruição; além de incontáveis ameaças à integridade física das mais altas autoridades e seus familiares, tentativas de invasão da privacidade e quebra do sigilo de informações nos mais diversos níveis do Poder Executivo estadual.

No final de 2006, a ousadia e crueldade dos criminosos pareciam sem limites, levando a Cidade Maravilhosa a uma crise sem precedentes. Atos de selvageria e terrorismo estampados nos noticiários descreveram o Rio de Janeiro internacionalmente como território sem lei – a beira do caos. Traficantes queimaram pessoas em ônibus (dezembro) e policiais militares foram caçados e assassinados nas ruas. O ano de 2007 foi um ano especialmente complicado: os traficantes partiram para o confronto aberto com alto grau de violência, gerando uma série de embates. Com a sequência das ações, os bandidos acabaram contidos em determinadas localidades e permitiram que as Forças de Segurança do Estado trabalhassem subsidiadas com inteligência policial. Assim, em 2008, assistimos a uma mudança na dinâmica do crime no Rio de Janeiro, abrindo as portas para um processo que passou a ser chamado de Pacificação (PINHEIRO NETO, 2013).

O Plano Estratégico do governo do estado do Rio de Janeiro (2012, p. 81)⁴, analisa a situação opinando ser improvável a erradicação do crime em qualquer sociedade, mas indica que sejam mantidos em níveis toleráveis os indicadores criminais no estado. Para tanto, consideramos que o avanço realizado com a implementação das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP) em territórios outrora submetidos ao crime é condição necessária para iniciar a sua transformação em territórios de cidadania, desde que ocorra imediata reorganização do Programa de Pacificação com o indispensável alinhamento operacional e administrativo com a PMERJ. Esta ação está contemplada no Planejamento Estratégico da PMERJ para o triênio 2015-2018, através do projeto “Batalhão de Polícia de Proximidade”.

Todavia, é preciso destacar que ao se falar de violência, mormente em sua face mais aterradora que é a ceifa de vidas humanas. Não se pode perder de vista aspectos intrínsecos a esta questão. A violência brutal não existe em si mesma. Via de regra é consequência de um estado de coisas que avilta uma sociedade levando-a muitas vezes ao descontrole.

⁴ Plano Estratégico do Governo do Estado do Rio de Janeiro 2012 – 2031 – Rio de Janeiro, 2012. Disponível no site: <http://download.rj.gov.br/documentos/10112/179269/DLFE-50346.pdf/PlanoEstrategico20122031.pdf>

Nesta complexa atmosfera de absoluta incerteza e elevado risco, encontramos os profissionais da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro submetidos a risco frequente de morte, a pressão psicológica constante e ao estresse físico e mental nas atividades diurnas de policiamento.

Diante desse cenário, ter a capacidade de analisar o contexto em que atuamos, estabelecer metas e procedimentos, conduzir e engajar equipes e, sobretudo, o genuíno interesse no desenvolvimento e bem-estar dos homens e mulheres que integram a corporação são fundamentos prioritários do comando geral da PMERJ.

CORONEL ALBERTO PINHEIRO NETO

PREFÁCIO

SOBRE O SUICÍDIO

Antecipaste a hora. Teu ponteiro enlouqueceu, enlouquecendo nossas horas. Que poderias ter feito de mais grave do que o ato sem continuação, o ato em si, o ato que não ousamos nem sabemos ousar porque depois dele não há nada?

CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE

Perdi meu pai, com menos de dois anos. Ele optou por partir, antecipando sua hora, como nos versos de Drummond. Há os que deixam bilhetes. Alguns mandam sinais desesperados, como aqueles naufragos dos filmes, a depositar mensagens dentro de garrafas que atiram ao mar, na esperança de um milagre. Não foi assim com meu pai. Aconteceu-lhe ficar amuado, desligando-se de tudo e de todos. Por fim, veio o tédio e o abandono da vontade de continuar. Disseram-me certa vez que a proximidade dos seus não lhe importava mais. Ele simplesmente se “divorciara da vida”.

Peço desculpas ao leitor por essa confidência. Se me animei em revelar algo da minha privacidade, algo que talvez o enfade, foi por reconhecer nas palavras que me serviram durante muito tempo como explicação, uma sabedoria digna de registro, considerando os propósitos desta obra. Cada vez mais vejo naquela sentença uma advertência para este tempo de banalização da violência, no qual estamos todos enredados.

Não tenho a pretensão de esclarecer o mistério por trás do triunfo da autodestruição sobre a vontade de viver. O ato suicida não é simples. Sua origem deve ser procurada no silêncio do coração, local onde o homem engendra o pensamento que vai torná-lo dissonante consigo mesmo. O coração é um abismo. A alma humana tem razões que a razão desconhece. Entender os mecanismos profundos desse fenômeno seria como decifrar as raízes do Mal. Não. Quero apenas pontuar questões. Levantar algumas perplexidades. Relacionar, enfim, o tema deste livro à problemática da violência.

Do modo como entendo o problema, todo suicídio é um homicídio por si próprio. Envolve uma vontade de matar. Em si, o suicídio é a realização de um desejo de destruição que não é diferente daquele que tem produzido, entre nós, mais de 1 milhão de assassinatos nos últimos trinta anos. Sem considerar os motivos, a distinção entre o ato de disparar um tiro contra um homem ou contra a própria cabeça é tão somente a orientação dada ao desejo de matar. Quero falar dessa vontade de aniquilação e suas consequências, sobretudo para aqueles que concebem seu ofício como guerra.

Antes de entrar propriamente no assunto, gostaria de efetuar uma pequena digressão. Permitam-me contar-lhes uma experiência. Eu almoçava em Brasília. Um aparelho de televisão pendia do teto a irradiar uma voz que dizia dos homicídios praticados no Brasil. Quando o apresentador mencionou o fato de a taxa brasileira corresponder à espantosa cifra de 27 mortes por 100.000 habitantes – a Organização das Nações Unidas considera endêmica a taxa que supera 10/100.000 –, pude ouvir, da mesa ao lado, um respeitável e engravatado senhor comentar, entre um gole e outro de cerveja, que em sua opinião aqueles indicadores nada significavam, uma vez que todas aquelas existências, de algum modo, mereceram o desenlace infeliz. O comentário foi disparado sem qualquer sobresalto. Não havia sinal de ódio. Disse aquilo distraidamente, por pura irreflexão.

Lembrei-me, então, de uma frase de Simone Weil. Trata-se de uma asserção sobre a violência. Uma verdade sobre a qual todos nós, policiais militares, deveríamos meditar. Em um ensaio sobre a *Iliada* de Homero, Simone define a violência como “aquilo que transforma quem quer que lhe seja submetido em uma coisa”.⁵ De acordo com Simone Weil – e ao contrário do que possa parecer numa análise superficial –, vítima e algoz estão submetidos à violência. Ambos são vitimados. Se o vencido é esmagado pela força, na embriaguez do vencedor se encontra a sua ruína. Ninguém se subtrai de seus efeitos. Na lição da grande pensadora francesa, a violência tem a estranha capacidade de mutilar reciprocamente. Não tem senhor. Ninguém a domina. Aquele que tiraniza o outro sofre na alma os efeitos da própria crueldade. E mais: quando endêmica, como no caso brasileiro, há o risco de um contágio coletivo de embrutecimento dos afetos, associado ao seu espalhar. É como nos dizem os versos de Augusto dos Anjos: “de tanto viver entre feras, o homem sente o desejo de também ser fera”.

⁵ WEIL, Simone; BOSI, Ecléa (Org.). *A condição operária e outros estudos sobre a opressão*. São Paulo: Paz e Terra, 1996, p. 379.

Os que se abandonam sob o signo da violência se desumanizam. O primeiro sintoma dessa metamorfose é o embotar da comisseração, essa capacidade de experimentar “tristeza acompanhada da ideia de um mal que atingiu um outro que imaginamos ser nosso semelhante”.⁶ O rosto desse outro, como diria Levinas, vai perdendo aos poucos a capacidade de nos convocar; de chamar nossa responsabilidade diante de sua morte. No fundo, ao estabelecermos a distinção entre nós e eles; amigos e inimigos, ou na variante apresentada pelo meu vizinho de ocasião, os que merecem e aqueles que não merecem morrer, damos o primeiro passo na instauração da violência como um estado de divórcio entre o humano e a vida como perseverança no Ser.

A concepção do trabalho policial como guerra; a percepção do criminoso como o inimigo – como esse outro que deve ser varrido a canhonadas –, reflete a demanda histórica brasileira de gestão dos excluídos. É o fruto maduro de uma sociedade hierarquizada, onde a cidadania se confunde com o direito do consumidor. Essa mentalidade desumana e antidemocrática atravessa as instituições policiais, contagiando seus agentes, legitimando seus abusos; transformando policiais, um pouco mais a cada dia, em máquinas de matar e de morrer, até o ponto no qual do humano não sobra nada além de ruínas.

Não quero me alongar muito nessa análise. Iríamos longe. Fiz esse pequeno desvio a fim de chamar a atenção para um aspecto pouco explorado sobre o fenômeno da violência: o seu caráter constituinte. A violência nos transmuda em algo que já não é humano, apesar de parecer como tal. Paga-se um preço alto pela desumanização: o sofrimento. E assim, chegamos ao que nos concerne.

Neste início de século, todos nós, brasileiros e brasileiras, vivemos perigosamente sob o signo da barbárie. Nos últimos 30 anos, mais de um milhão de pessoas foram assassinadas no Brasil. De acordo com o relatório divulgado no final de 2014 pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, a cada dez minutos um ser humano é reduzido a pó neste país.⁷ Foram contadas 53.646 mortes violentas em 2013.⁸ Pelo menos seis pessoas são mortas pelas polícias brasileiras, todos os dias.

⁶ Trata-se da definição que Spinoza dá ao afeto no capítulo III da *Ética*.

⁷ Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

⁸ Homicídios dolosos. Latrocínios e lesões corporais seguidas de morte. Esse total não inclui as vítimas de trânsito.

No estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2011 e 2014, ocorreram 6.030 confrontos armados envolvendo policiais militares e suspeitos da prática de crime; mais de 1.500 pessoas morreram em decorrência desses entreveros; 80 toneladas de drogas foram apreendidas; 21.245 armas de fogo foram retiradas das ruas, entre as quais 980 fuzis⁹.

Nos quatro anos referidos, 85.048 pessoas foram presas no estado durante o serviço de patrulhamento da polícia militar. Esses confrontos acarretaram a morte de 47 polícias e o afastamento de outros 629, em razão dos ferimentos sofridos em ação. Os dados divulgados pelo Conselho Nacional de Justiça indicam que somos a terceira população carcerária do mundo¹⁰.

Um horror. Eis uma síntese possível do Brasil, espantoso moinho de gastar gente, segundo a bela e terrível metáfora criada por Darcy Ribeiro¹¹. Nas ruas e vielas dessa máquina de triturar gente, exercemos o papel de polícia ostensiva. Viver sob o signo da violência, acreditar nela como modo de resolver conflitos, altera nossa relação com a morte e por via de consequência subtrai densidade de sentido à vida.

Na fratura instaurada pelo estado de violência, a partir da recusa em assumir a responsabilidade ética diante do próximo, nessa imoralidade originária, radica-se a morte como solução final para as desafeições. No limite, se impõe a saída da autodestruição, quando a incompatibilidade envolve o homem consigo mesmo. Afinal, segundo o ensinamento de Emmanuel Levinas, o rosto do Outro é a via de acesso à redenção, enquanto a indiferença pelo semelhante nos destina, irremediavelmente, à solidão e ao aniquilamento.

Policiais militares, somos uma categoria profissional a viver perigosamente nessa beirada de abismo. Convivemos o tempo todo com ele, orbitando em suas margens, observando suas profundidades sombrias e impenetráveis. Não reparamos nas feridas provocadas na alma pela violência, a não ser quando rebentam. Elas crescem silenciosas e devagar, como certos pensamentos. Agem no fundo do Ser, ou antes na vontade de permanecer no Ser. Imaginando combater o Mal, como se costuma dizer, acabamos envolvidos em suas armadilhas. Nietzsche, esse grande filósofo da suspeita, disse um dia: “quem combate monstruosidades deve cuidar para que não se torne um monstro. E se você olhar longamente para um abismo, o abismo também olha para dentro de você.”

⁹ Fonte: Estado-Maior Geral da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro.

¹⁰ Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

¹¹ RIBEIRO, Darcy. *O povo brasileiro*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

À Polícia Militar tem sido destinado um imenso bloco de gelo. Sua tarefa tem sido enxugá-lo. O espelhamento institucional com o Exército tem acarretado a inevitável compreensão do ser policial militar, não como um serviço público capaz de utilizar a força, mas como uma força garantidora da ordem. Por inspiração da doutrina de segurança nacional (meado dos anos 1950) e com o advento da ditadura militar, nossa corporação – encarregada do policiamento ostensivo, com exclusividade, no final dos anos 1960 – passou a operar a partir de um ideário notadamente belicista. A redemocratização não significou o fim do modelo inspirado na guerra. O confronto armado continua a ser estimulado em ampla escala, da cobertura jornalística e sua lógica do espetáculo ao discurso político de ocasião como estratégia de enfrentamento do crime – sobretudo do tráfico de drogas –, a empurrar a polícia em sucessivas cruzadas em defesa de uma sociedade doente, onde os homens se definem pelo tamanho de suas contas bancárias.

Há 30 anos, ao menos, pelotões de servidores públicos armados, em sua maioria jovens negros e pobres (26 anos de idade em média), são empurrados para dentro de bairros pobres - onde os aguardam outros jovens igualmente pobres e majoritariamente negros -, num esforço inútil para reduzir uma criminalidade, que as contradições do mundo contemporâneo só tende a ampliar. O resultado desse descompasso é o sofrimento. Um sofrimento psíquico que atormenta e pode inverter o sentido do conflito, porque a guerra, como violência extrema, tem o condão de apagar qualquer ideia de finalidade, inclusive a finalidade de viver. Comecei com um poeta. Terminei com um poeta. Não faço isso por acaso, os poetas são os grandes decifreadores do silêncio. Adélia Prado escreveu um dia o seguinte: “Tudo que nasce deve nascer sem empecilho, mesmo que os nascituros formem hordas e hordas de miseráveis e os governos não saibam o que fazer com os sem-teto, os sem-terra, os sem dentes e as igrejas todas reunidas em concílio esgotem suas teologias sobre caridade discernida e não tenhamos mais tempo de atender à porta a multidão de pedintes. Ainda assim, a vida é maior, o direito de nascer e morar num caixote à beira da estrada. Porque um dia, e pode ser um único dia em sua vida, um desertado daqueles sai de seu buraco à noite e se maravilha, chama o seu compadre de infortúnio: vem cá, homem, repara se já viu céu mais estrelado e bonito que esse. Para isso vale nascer.”

INTRODUÇÃO

Dados recentes da Organização Mundial da Saúde indicam que mais de 800 mil pessoas se matam todos os anos no mundo (1º Relatório Global para Prevenção do Suicídio, OMS, 2014). Aproximadamente 75% dos casos ocorreram em países de baixa e média renda. O envenenamento, o enforcamento e o uso de armas de fogo são os métodos mais comuns de suicídio global. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),

“A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio e o tabu em torno deste tipo de morte impede que famílias e governos abordem a questão abertamente e de forma eficaz. A mortalidade de pessoas com idade entre 70 anos ou mais é maior” (RELATÓRIO GLOBAL PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO, 2014).

No Brasil, nas últimas três décadas, 205.990 pessoas morreram por suicídio, de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). A evolução do número de mortes por causas externas no país sofreu um aumento significativo: 275% dos homicídios; 153% dos suicídios e 119% dos acidentes, de 1980 a 2011 (WAISELFISZ, 2013, p. 20). As taxas de mortes por causas externas sofreram um incremento de 28% no mesmo período. A taxa nacional de mortalidade por suicídio era estimada em 3,3 por 100 mil para a população geral em 1980, chegando a 5,1 por 100 mil habitantes no ano de 2011 (SIM/MS). O Brasil ocupa hoje a oitava posição no ranking dos países das Américas em número de suicídios.

Maria Cecília de Souza Minayo, pesquisadora e coordenadora científica do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES/ENSP) afirma que

“ocupamos o 113º lugar no mundo e oitavo na América Latina em taxas de suicídio. No entanto, há uma questão a se preocupar: dentro do país também as taxas são distribuídas desigualmente. São mais baixas no Norte e muito mais alta na região Sul, onde em várias cidades elas se assemelham às da Europa Central (onde as taxas são mais elevadas). Outro ponto importante a ser observado é que as taxas de suicídio masculino estão crescendo, enquanto as taxas de suicídio feminino permanecem estáveis”¹².

O sociólogo francês Émile Durkheim (1897 [2004]) há mais de um século nos ensinou que, apesar de o suicídio ser um fenômeno relativamente estável, as taxas variam segundo sexo, idade, contexto social/geográfico, estado civil, idade, religião e profissões.

Diversos autores contemporâneos confirmaram muitas das hipóteses de Durkheim. Léon-Marín et alii (2003) descrevem a tendência da mortalidade por suicídio e o perfil sociodemográfico, identificando diferenças de sexo e nível socioeconômico. As autoras analisaram a tendência das taxas brutas de suicídio, em Campinas e São Paulo, no período 1976-2001, segundo o sexo. A análise sociodemográfica dos óbitos, no período de 1996-2001, foi realizada a partir do Banco de Dados de Óbitos de Campinas. O estudo confirma a tendência sobre a mortalidade masculina. A taxa masculina de suicídios foi 2,7 vezes superior à das mulheres. Os riscos de morte por suicídio são maiores entre os homens e, aparentemente, também não guardam relação com o nível socioeconômico.

Soares (2007), em seu estudo sobre suicídio, idade e gênero, ressalta que a idade, na grande maioria das pesquisas, feitas em países diferentes, tem uma relação visível e definida com as taxas de suicídio, que aumentam muito entre os idosos. Em quase todas as idades, explica o pesquisador, a taxa de suicídios dos homens é mais alta do que a das mulheres. Nas idades mais avançadas, o suicídio aumenta muito, sobretudo entre os homens. Algumas das possíveis explicações, levantadas para dar conta desse diferencial, é a proporção mais alta de homens que se aposentam e são incapazes de lidar com o ócio pós-aposentadoria, a mais alta incidência de doenças e o mais baixo capital social.

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

¹² Para ler a entrevista com a pesquisadora Maria Cecília de Souza Minayo na íntegra, acesse o site: <<http://www.agencia.fiocruz.br/pesquisadores-comentam-quest%C3%A3o-do-suic%C3%ADdio-no-brasil-partir-de-relat%C3%B3rio-da-oms>>

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.

Apesar da gravidade do problema, o suicídio entre policiais não tem recebido a devida atenção do poder público nem das organizações policiais internacionais e nacionais. Loh (1994) e Turvey (1995) explicam que uma das razões da invisibilidade do fenômeno entre policiais deve-se à cultura hierárquica e autoritária da polícia.

O sofrimento psíquico de policiais brasileiros tem ocupado cada vez mais espaço no debate público e na mídia. Todavia, a saúde mental dos agentes de segurança permanece invisível aos olhos dos gestores. No Rio de Janeiro, o descaso em relação ao sofrimento emocional desses profissionais é condizente com o caráter tradicional das políticas de segurança pública. Por décadas, executivos estaduais priorizaram investimentos materiais em detrimento de políticas de valorização de recursos humanos. A prevenção de doenças mentais e emocionais de policiais civis, militares e bombeiros nunca fez parte da agenda de políticas de segurança pública do estado do Rio de Janeiro.

A relevância de se investigar a magnitude e os possíveis fatores associados à violência autoprovocada por policiais militares está em oferecer subsídios para a prevenção de um dos mais graves riscos de vitimização que comprometem não somente o desempenho profissional de policiais militares da ativa, mas também a segurança dos cidadãos.

A polícia militar é uma instituição que reúne inúmeros fatores estressantes e de risco em comparação com as demais organizações de segurança pública. Partimos da hipótese de que a taxa de morte por suicídio na Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro (PMERJ) é alta, embora a taxa de suicídio na população geral no estado seja

relativamente baixa para padrões nacionais e internacionais dos países com nível semelhante ou maior de urbanização e de industrialização¹³. Soares et alii (2012), analisando os dados do Ministério da Saúde, concluíram que a média das taxas (por 100 mil habitantes) no estado do Rio de Janeiro, de 2002 a 2008 é 2,56. A média das taxas de morte por suicídio no Brasil é de 3,89, entre os anos de 1980 a 2008.

O referido argumento está baseado na especificidade da condição policial militar do estado da do Rio de Janeiro: os agentes de segurança estão altamente expostos a situações de risco de vitimização e violência urbana. Dados organizados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública descrevem com mais detalhe a realidade da PMERJ: a polícia que mais mata é também a que mais morre¹⁴. A letalidade policial, segundo especialistas, cresceu em 37% em 2014 em relação ao ano anterior (CANO, 2015). No Brasil, 3.022 pessoas morreram por policiais no ano de 2014, em comparação com 2.203 em 2013. Essas cifras precisam ser analisadas com muito cuidado, pois, conforme ressaltou Ignacio Cano, é possível que esse quantitativo seja ainda maior quando se sabe que há estados que não apresentaram informações, como o Rio Grande do Norte e Roraima¹⁵.

Em contrapartida, há estados, como é o Rio de Janeiro, onde a letalidade policial é ainda mais grave. Em 2014, a taxa foi de 3,5 por 100.000. Em seguida, o estado do Amapá (3,3 por 100.000). “Unidades da federação com indicadores superiores a 1,5 por 100.000 incluem: Alagoas (2,3), Bahia (1,8), Pará (2,0), Paraná (1,8), São Paulo (2,2) e Sergipe (1,9)” (Idem, 2015, p. 28).

O outro lado dessa violência é a continuidade da evolução da vitimização de policiais em estados brasileiros, como Rio de Janeiro (98 policiais mortos em 2014) e São Paulo (91 policiais mortos). Em ambos os estados, os números são parecidos a 2013. No geral, dos 398 policiais militares mortos por homicídios em 2014, quase 25% correspondem às mortes de policiais somente no estado do Rio de Janeiro. Esses dados sugerem que a alta exposição

¹³ Segundo Soares et alii (2012, p. 3), “No estado do Rio de Janeiro, entre trezentas e quatrocentas pessoas se suicidam a cada ano. O Rio de Janeiro é um estado que apresenta características e tendências diferentes das encontradas no Brasil como um todo”.

¹⁴ CANO, I. “Letalidade e vitimização policial”. 9º *Anuário de Segurança Pública*. Fórum de Segurança Pública. Set, p. 28-29, 2015.

¹⁵ Cano explica que o incremento da letalidade policial no país deve-se “às mortes resultantes de policiais militares em serviço, pois tanto as vítimas da Polícia Civil (dentro e fora de serviço) quanto às pessoas falecidas pela intervenção de policiais militares fora de serviço apresentam uma tendência de continuidade nos dois últimos anos. A maioria das vítimas fatais da polícia, por outro lado, corresponde de fato a intervenções de policiais militares durante o serviço” (2015, p. 28)

de policiais militares à letalidade policial pode torná-los mais suscetíveis à vitimização letal. Esse argumento se aplica às situações de violências autoprovocadas vivenciadas por policiais militares da PMERJ. Essa é a hipótese que buscamos verificar neste trabalho.

Este livro é composto por seis capítulos, além desta introdução e da conclusão. Esses capítulos estão distribuídos em duas partes. A primeira é dedicada aos resultados do projeto de pesquisa “Suicídio e risco ocupacional: o caso da polícia militar do estado do Rio de Janeiro”¹⁶. Ela está subdividida em quatro capítulos, subseções e uma síntese dos principais achados. As concepções clássicas da sociologia e da saúde de violências autoinfligidas são trazidas inicialmente. No segundo capítulo, apresentamos estatísticas de mortes por suicídio e tentativas de suicídios notificadas à seção de recursos humanos de policiais da ativa. Os procedimentos metodológicos da pesquisa de diagnóstico na PMERJ e o perfil dos policiais militares declarantes de ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado também fazem parte deste capítulo.

O terceiro capítulo apresenta uma análise descritiva das circunstâncias das tentativas de suicídio declaradas. Os possíveis fatores associados às tentativas de suicídios “comunicadas” por policiais militares da amostra são objeto do quarto capítulo. Incluímos também um resumo dos achados da pesquisa sobre as violências autoprovocadas por agentes de segurança da PMERJ.

A segunda parte traz as recomendações para a prevenção do comportamento suicida entre policiais militares da PMERJ. Esse conteúdo está distribuído entre dois capítulos. O quinto capítulo discute as condições estruturais necessárias para a implementação de um plano estratégico de prevenção do comportamento suicida a médio e longo prazo. O sexto capítulo descreve as estratégias preventivas dirigidas aos profissionais de saúde da PMERJ.

A conclusão sintetiza as principais descobertas e retoma os argumentos chave sobre a prevenção do comportamento suicida entre policiais militares apresentados ao longo do trabalho. Adicionamos à análise final a experiência do Programa de Prevenção de Manifestações Suicidas da Polícia Militar do estado de São Paulo (PPMS) com o intuito de ressaltar os aspectos positivos e os limites do programa como parte de uma política institucional em andamento, mas possível de se tornar uma referência nacional.

¹⁶ Este diagnóstico integra o projeto de pesquisa de pós-doutoramento da autora principal, cujo título é “Suicídio e risco ocupacional: o caso da Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro”. A pesquisa foi desenvolvida, com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2010 a 2012.

PARTE I

RESULTADOS DA
PESQUISA DE
DIAGNÓSTICO DO
COMPORTAMENTO
SUICIDA NA PMERJ

Os principais achados do projeto de pesquisa “Suicídio e Risco Ocupacional: o caso da Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro” são objeto de análise da primeira parte deste livro. Trata-se de um estudo exploratório que buscou investigar o perfil de policiais militares, a gravidade e as dimensões do problema no estado do Rio de Janeiro. Quem são os policiais militares que se matam? E os que pensam, mas não tentam suicídio? E os que pensam e tentam se matar? Por que agentes de segurança pública tentam se matar? Será que o número de mortes por suicídio e tentativas entre a população policial militar é maior do que entre a população geral do estado da Guanabara? Podemos dizer o mesmo no que concerne à taxa e ao risco relativo de mortes por suicídio entre policiais? Em que condições, policiais militares pensam, tentam e cometem suicídio? Quais são fatores associados ao comportamento suicida entre policiais militares da PMERJ?

Para responder a essas questões, elaboramos um questionário com perguntas sobre ideação suicida e tentativa de suicídio, como também realizamos entrevistas biográficas com policiais militares que desejaram colaborar com a pesquisa. O perfil das vítimas e as circunstâncias das mortes por suicídio foram reconstituídos por meio de entrevistas semiestruturadas com amigos/colegas e familiares. No total, levantamos 26 casos de suicídio cometidos por PMs (ativos e inativos) entre 2005 e 2009. É o que veremos a seguir.

Durkheim (2004, p. 14), em sua clássica obra, *O suicídio*, apresenta uma definição geral: “chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte”. Essa definição parece ser consensual entre especialistas. Contudo, as explicações para este fato *sui generis*, conforme denominou o sociólogo, são diversificadas. Trata-se de um fenômeno complexo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define o suicídio como uma violência do tipo autoinfligida, isto é, uma espécie de violência que a pessoa inflige a si mesma. Essa definição abrange o comportamento suicida e a agressão autoinfligida. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio – também chamadas em alguns países de “para-suicídios” ou “auto-injúrias deliberadas” – e suicídios propriamente ditos. A auto-agressão inclui atos como a automutilação (DAHLBERG et alii, 2006, p. 1166)¹⁷.

Suicídio é também chamado tecnicamente por “comportamento suicida fatal”. Esse tipo resulta de um ato deliberadamente empreendido e executado com pleno conhecimento. A Organização Mundial da Saúde associa o comportamento violento à intencionalidade, indepen-

¹⁷ DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. “Violência: um problema global de saúde pública”. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, 2006, p. 1163-1178.

dente do resultado produzido. Por essa razão, o suicídio em alguns países é considerado como crime. (Relatório da Organização Mundial de Saúde, 2002). Por tentativa de suicídio ou comportamento suicida não - fatal nomeia os atos cometidos por indivíduos que pretendem se matar, mas cujo desfecho não resulta em óbito.

Assim como o suicídio e as tentativas de suicídio, as ideações suicidas são conceitualmente fenômenos complexos e repletos de divergências. A ideação suicida, segundo a OMS, se refere aos vários graus de intensidade do pensamento de se matar. Daqueles que, eventualmente, tentam suicídio, aproximadamente 10% se matam. Uma significativa proporção de pessoas que pensam em se matar – *suicidal ideation* em termos médicos –, nunca, todavia, chegaram de fato a tentar o ato violento. Na média, mulheres têm mais pensamentos suicidas do que os homens (LINDEN et alii, 1997)¹⁸.

Gili-Planas et alii (2001) defendem que a ideação suicida pode ser compreendida como relato espontâneo ou resposta a diferentes questionamentos, que abrangem desde pensamentos de que a vida não vale a pena ser vivida até preocupações contínuas. Especialistas nacionais como Botega et alii (2005)¹⁹ definiram ideações suicidas como desejos e pensamentos “comunicados”. Estudos deste tipo possuem muitas limitações metodológicas, uma vez que pensamento não é uma variável passível de observação objetiva. Uma delas, segundo os autores, é esclarecer a existência de diferença entre um grupo que comunica e um grupo que não comunica a ideação suicida (Idem, 2005, p. 1840).

Um quarto tipo de violência autoinfligida é a automutilação. O Relatório Sobre Violência e Saúde (2002) definiu essa categoria de violência como um ato de destruição direta e deliberada de parte do corpo ainda que sem intenção de se matar. O documento apresenta três tipos de automutilação existentes no mundo: 1) automutilação grave – o ato de cegar-se ou cortar dedos, mãos, braços, pés, pernas ou genitália; 2) automutilação estereotipada designa os gestos repetidos de se machucar, tais como bater a cabeça, morder-se, arrancar cabelos, efetuar cortes em partes do corpo; 3) automutilação superficial ou moderada distingue-se das categorias anteriores por seu menor

¹⁸ LINDEN, M.; BARNOW, S. “The Wish to Die in Very Old Persons Near the End of Life: A Psychiatric Problem? Results from the Berlin Ageing Study (BASE)”. *International Psychogeriatrics*, 1997, v. 9, p. 291-307.

¹⁹ BOTEGA, N. J.; BARROS, M. B. A.; OLIVEIRA, H. B.; DALGALARRONDO, P.; MARÍN-LEÓN, L. “Suicidal Behavior in the Community: Prevalence and Factors Associated with Suicidal Ideation”. *Rev Bras Psiquiatria*, v. 27, 2005, p. 45-53.

grau de gravidade: arranhar-se, queimar-se levemente e enfiar agulha na pele²⁰. De acordo com o documento do OMS, os atos de automutilações entre pessoas de 15 a 44 anos de idade estão entre as quatro maiores causas de morte, as sextas de causas de morbidade (OMS, 2002, p. 19).

Minayo, em seu estudo recente sobre violências autoinfligidas, discute a respeito dos 194 sites existentes, no <http://dir.group.yahoo.com> (28/1/2004) de automutilação. Segundo a autora, as discussões em torno do tema são de extremo desconforto das vítimas em relação a sua situação atual no mundo. Esse desconforto expressa a sensação de aprisionamento num corpo que não corresponde a sua verdadeira identidade (Idem, 2005, p. 207).

Neste livro, analisamos três categorias de violências autoprovocadas. São elas: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. O suicídio é concebido como ato-violento intencional. Os suicídios consumados foram mapeados a partir dos relatos dos parentes e amigos das vítimas. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define as tentativas de suicídio como atos suicidas intencionais. Neste estudo, as tentativas de suicídio são atos comunicados pelos participantes da pesquisa. E finalmente, sob a influência da perspectiva conceitual de Botega et alii (2005), consideramos as ideações suicidas como todo pensamento suicida comunicado.

A análise desses fenômenos está fundada nas características estruturais das profissões e ocupações enquanto fatores de risco para o comportamento suicida, sem deixar de considerar os aspectos individuais e os problemas de saúde mental que estão associados ao ato e aos pensamentos suicidas, tal como sugeriu Minayo (2003). Essas dimensões foram investigadas por meio de técnicas de pesquisa quantitativa e qualitativa, conforme veremos no próximo capítulo.

²⁰ MINAYO. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

O DIAGNÓSTICO DO COMPORTAMENTO SUICIDA NA PMERJ

CAPÍTULO 2

Parte das informações trazidas neste livro resulta de uma pesquisa original sobre o comportamento suicida na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ), conforme mencionamos na introdução. O estudo buscou compreender a violência autoprovocada por policiais militares do estado a partir da combinação de técnicas de pesquisa quantitativa e qualitativa. Um questionário, composto por perguntas relativas à ideação suicida e tentativas de suicídio, foi aplicado numa amostra de 224 policiais militares (praças e oficiais).

Duzentos e onze entrevistas biográficas foram conduzidas com policiais militares, que aceitaram responder ao questionário. O objetivo aqui estava em contrastar os achados obtidos pelas duas técnicas de pesquisa adotadas pelo estudo: o *survey* e as entrevistas biográficas. Todas essas entrevistas foram realizadas após a deliberação do parecer técnico do Comitê de Ética em Pesquisa – SR2 da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em maio de 2011.

O perfil do policial militar suicida e as circunstâncias das mortes foram reconstituídos por meio das entrevistas semiestruturadas com parentes e amigos das vítimas.

Iniciaremos este capítulo pela análise descritiva das estatísticas oficiais das mortes por suicídio e tentativas de suicídios organizadas pela PMERJ.

Conhecendo as estatísticas

Os suicídios são fenômenos numericamente significativos no Brasil e no mundo. O risco de morte por suicídio é ainda mais grave entre grupos ocupacionais vulneráveis a fatores estressantes e situações violentas e traumáticas como a de profissionais de segurança pública (SOARES et alii 2007; VIOLANTI, 2001). Dados oficiais, disponibilizados pela Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro, revelaram que o risco de mortes por suicídio e tentativas de suicídio entre policiais é também relevante. Segundo a Seção de Recursos Humanos do Estado Maior da PMERJ, cinquenta e oito mortes por suicídios e trinta e seis de tentativas de suicídio foram notificadas entre os anos de 1995 e 2009.

Dos 58 óbitos por suicídio de policiais militares da ativa, três deles aconteceram em serviço e 55 nos dias de folga no estado do Rio de Janeiro. Foram em média três suicídios a cada ano. O número de mortes por suicídio na folga foi 18 vezes maior do que em serviço, nos 15 anos analisados. Esse dado confirma a tendência de que policiais são muito mais vitimizados (mortos e/ou feridos) na folga e/ou no desempenho de atividades informais (o bico) do que em serviço (MUSUMECI; MUNIZ, 1998).

Embora esses números sejam altos, o trabalho de campo revelou que essas cifras estão subestimadas. As entrevistas com profissionais de saúde da PMERJ sugerem que muito dos casos de suicídios consumados e tentativas de suicídio não são informados ao setor responsável por inúmeras razões. Entre elas, estão as questões socioculturais – o tabu em torno do fenômeno; a proteção ao familiar da vítima (a preservação do direito ao seguro de vida) e a existência de preconceito ao policial militar diagnosticado com problemas emocionais e psiquiátricos.

A subnotificação das estatísticas da Seção de Recursos Humanos dos Policiais Militares da Ativa (PM1/EMG) compromete não somente a confiabilidade dos dados de mortalidade, como também as taxas (que são calculadas controlando a população).

Dados oficiais mostram que o comportamento das taxas de mortalidade por suicídios e de tentativas de suicídio na PMERJ, entre 1995 e 2009, são instáveis. A Tabela 1 resume momentos de crescimento e de queda dos números e das taxas de suicídio consumado e tentativa entre policiais militares da ativa, no período de 1995 a 2009.

TABELA 1 – EVOLUÇÃO DA TAXA DE SUICÍDIO E DE TENTATIVA POR 100.000 NA POPULAÇÃO DA PMERJ, 1995 A 2009

ANO	EFETIVO	SUICÍDIOS	TENTATIVAS DE SUICÍDIO	TAXA SUICÍDIOS	TAXA TENTATIVAS DE SUICÍDIO
1995	28185	11	4	39	14
1996	28162	5	0	18	0
1997	28587	5	2	17	7
1998	28691	1	3	3	10
1999	29172	6	4	21	14
2000	38928	4	2	10	5
2001	35765	4	1	11	3
2002	32669	5	5	15	15
2003	38594	5	4	13	10
2004	37671	0	0	0	0
2005	37533	4	2	11	5
2006	38077	4	4	11	11
2007	37950	2	4	5	11
2008	37878	2	0	5	0
2009	37937	5	1	13	3

FONTE: Estado Maior EMG/PM1 da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro

Quando analisamos uma série histórica mais estável, estimamos o risco relativo das mortes por suicídio de policiais militares (homens e mulheres) em comparação ao da população geral do estado do Rio de Janeiro, entre 2005 e 2009. O risco relativo calculado pela “ocupação policial” mensura quantas vezes o risco de morte de um policial por suicídio é maior ao de uma pessoa da população geral. Ele é calculado a partir da razão entre as taxas de suicídio da população policial militar (numerador) e as taxas de suicídio da população geral (denominador).

QUADRO 1 – RISCO RELATIVO DE MORTE POR SUICÍDIO NA PMERJ

ANO	TAXA DA PMERJ	TAXA DO 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

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

O risco relativo de morte de policiais militares por suicídio foi quase 4 vezes superior ao da população geral (homens e mulheres) do estado do Rio de Janeiro, de 2005 a 2006 (Ver quadro 1). Porém, entre os anos de 2007 e 2008, o risco relativo sofre uma redução de quase a metade. No ano seguinte, o risco de morte por suicídio dos policiais militares chega a ser quase sete vezes superior ao da população geral. Não sabemos os motivos dessas oscilações. Conjecturamos, sem poder demonstrar, que a instabilidade dos riscos possa estar associada, entre outros fatores, aos casos subnotificados e à má classificação das *causa mortis*.

É também importante destacar que há valores calculados sobre totais pequenos no denominador, particularmente, no que se refere aos casos de suicídios cometidos por mulheres. Isso faz com que os riscos sejam instáveis e possam mudar bastante de um ano para outro. Por isso, qualquer interpretação dessa evolução deve ser cautelosa, especialmente nos estados e nas instituições policiais com população mais reduzida.

Problemas e soluções metodológicas

Pelas estatísticas oficiais de mortes e tentativas de suicídio não foi possível identificar e selecionar os possíveis participantes da pesquisa. A solução encontrada foi trabalhar com uma amostra de conveniência²¹. Essa amostra foi constituída a partir de consultas aos profissionais de segurança pública lotados em 18 unidades da PMERJ. A equipe de pesquisadores do LAV/UERJ realizou 48 palestras e 10 conversas informais, entre os meses de abril e maio de 2011. Essas unidades foram selecionadas segundo três critérios.

O primeiro critério está baseado na premissa de que quanto maior a incidência de crimes violentos, registrados nas áreas de atuação do batalhão, maior será a vulnerabilidade de policiais militares às violências autoprovocadas. A seleção das unidades baseou-se na distribuição dos registros de homicídio doloso, lesão corporal seguida de morte, latrocínio – roubo seguido de morte, tentativa de homicídio, lesão corporal dolosa e estupro, no âmbito das Áreas Integradas de Segurança Pública (AISP) do estado do Rio de Janeiro²², no ano de 2009. Essa escolha se baseou no ano mais recente disponível até o momento da realização das palestras.

Dez batalhões do Comando de Policiamento da Capital (CPC) e do Interior foram selecionados segundo a incidência de crimes violentos registrados nas respectivas áreas de sua atuação, no ano de 2009. São eles: 2; 3; 5; 6; 9; 15;16;19; 22; 40. Esses batalhões atuam em áreas que se distribuem em quatro faixas de ocorrências: de 0 até 999; de 1000 a 2999; de 3000 a 4999; e mais de 5000.

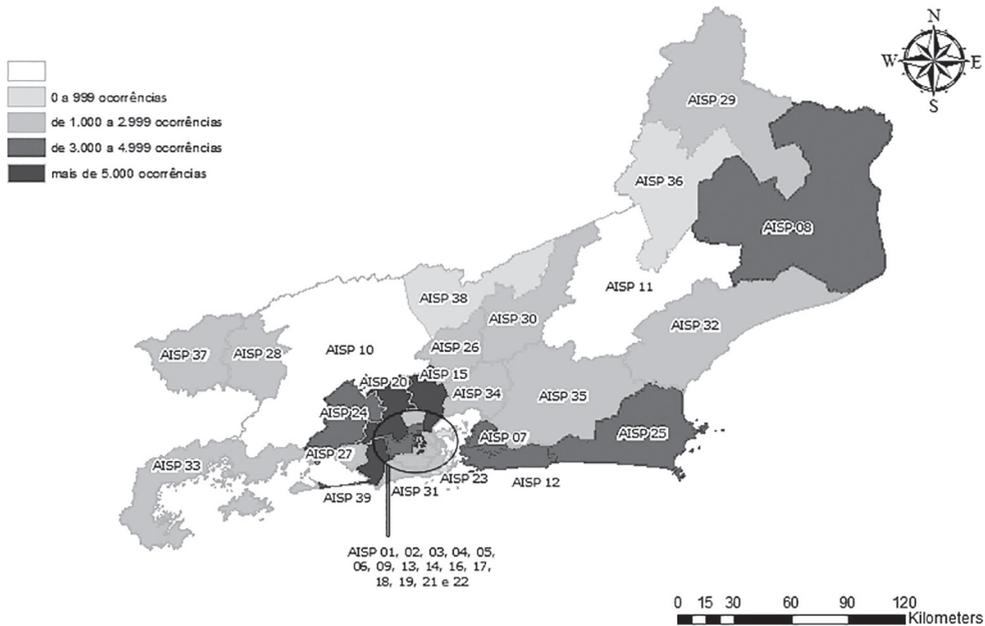
O mapa 1 resume as Áreas Integradas de Segurança (AISPs) segundo os quatro níveis de registros de crimes violentos no estado do Rio de Janeiro no ano de 2009.

²¹ A amostra por conveniência é feita a partir de elementos da população que aceitem participar da pesquisa, ou dos que estiverem mais disponíveis. O universo investigado foi construído a partir de convites feitos a policiais militares (praças e oficiais) e aos seus familiares em dois momentos da pesquisa. Primeiramente, os convites eram realizados por meio de palestras abertas a todos da Polícia. E num segundo momento, o interesse dos candidatos a participar da pesquisa era confirmado por ligações telefônicas.

²² A distribuição das ocorrências criminais do Estado está organizada segundo Região Integrada de Segurança Pública (RISP), Área Integrada de Segurança Pública (AISP) e Circunscrição de Delegacia Policial. O contorno geográfico de cada AISP foi estabelecido a partir da área de atuação de um batalhão de Polícia Militar e as circunscrições das delegacias de Polícia Civil contidas na área de cada batalhão. A atual divisão territorial do Estado do Rio de Janeiro, segundo o critério de Áreas Integradas de Segurança Pública, contempla um total de 40 AISPs, as quais se caracterizam basicamente pela articulação territorial, no nível tático-operacional, entre a PCERJ e PMERJ (Acesso ao Instituto de Segurança Pública – ISP, em 18 fev. 2012).

MAPA 1 – OCORRÊNCIA ANUAL DE CRIMES VIOLENTOS

Estado do Rio de Janeiro (2009)
por Área Integrada de Segurança Pública (AISP)



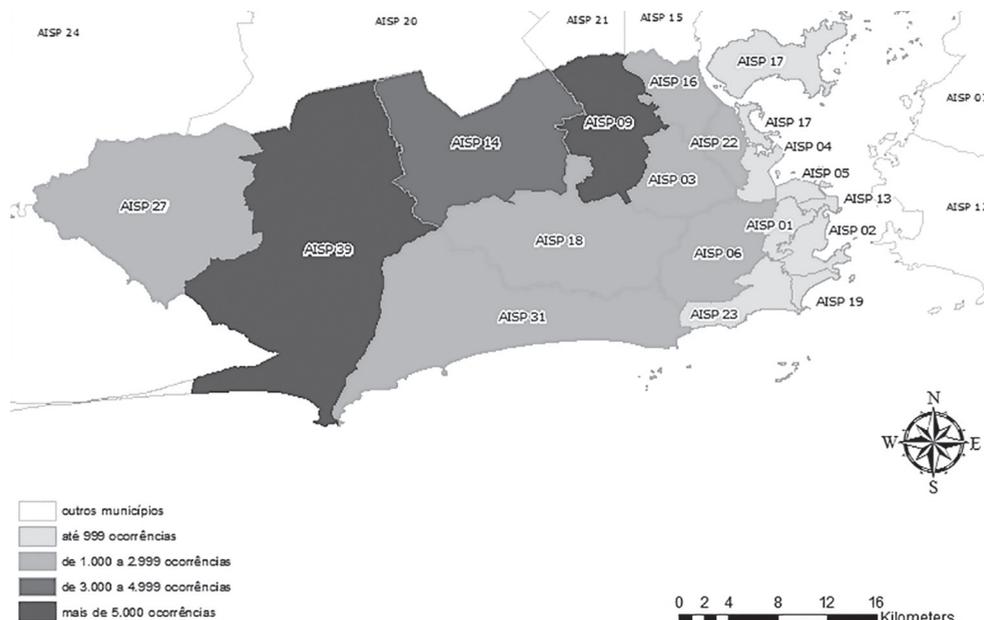
FONTE: Estatísticas criminais do Instituto de Segurança Pública do estado do Rio de Janeiro (ISP/RJ)

O mapa 2 evidencia a distribuição espacial dos batalhões na cidade do Rio de Janeiro. Três deles atuam nas Áreas Integradas de Segurança Pública (AISPs) de menor incidência de crimes violentos no ano de 2009. São eles: 2º; 5º e 19º. Essas áreas englobam bairros da Zona Sul e do centro da cidade do Rio de Janeiro. A incidência de crimes violentos nessas áreas variou entre 865 a 968 registros em 2009.

Dos batalhões, que atuam em áreas de nível médio alto de registros de crimes violentos (1000 a 2999), selecionamos o 3º; 6º; 16º e 22º. Essas unidades estão situadas em áreas que abrangem bairros da zona Norte (Méier, Lins Vasconcelos, Cachambi, Abolição, Piedade, Maria da Graça, Praça da Bandeira, Tijuca, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí e Grajaú entre outros) e bairros do subúrbio da cidade do Rio de Janeiro (Ramos, Olaria, Bonsucesso, Mangueiras, Benfica e Maré).

MAPA 2 – OCORRÊNCIA ANUAL DE CRIMES VIOLENTOS

Município do Rio de Janeiro (2009)
por Área Integrada de Segurança Pública (AISP)

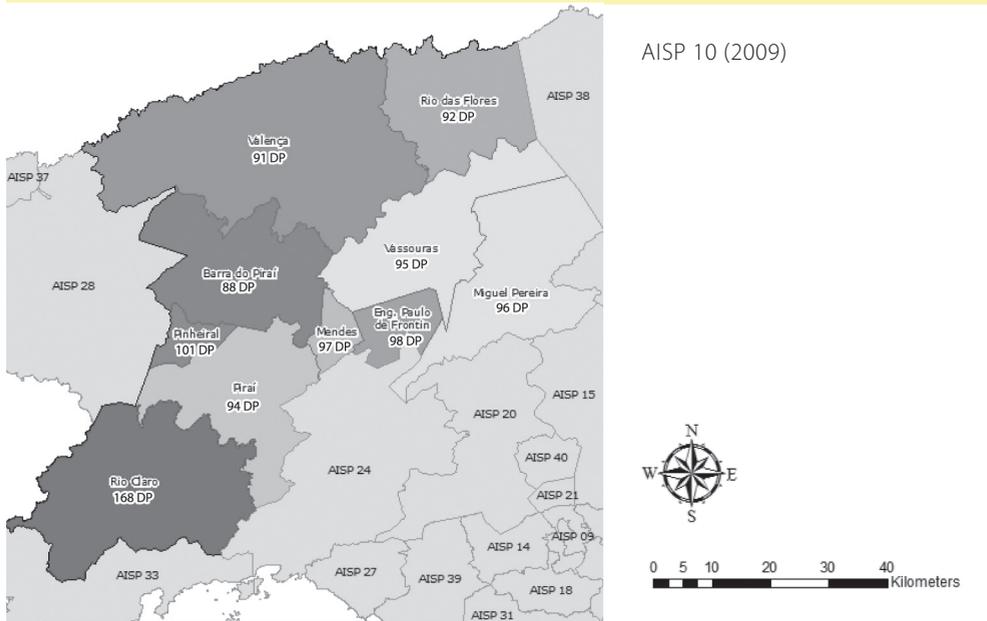


FONTE: Estatísticas criminais do Instituto de Segurança Pública do estado do Rio de Janeiro (ISP/RJ)

Por último, no mapa 2 estão também os batalhões que atuam em áreas de altíssimos níveis de ocorrências. São eles: 9º e 15º batalhões. Nessas áreas, as ocorrências variaram entre 5005 a 6039 crimes violentos no ano de 2009. O 9º BPM atua na nona AISP que abrange bairros do subúrbio do Rio de Janeiro (Vila Cosmos, Vila da Penha, Marechal Hermes entre outros). O 15º batalhão atua na Baixada, área tradicionalmente conhecida pelas altas cifras de crimes violentos. No ano de 2009, mais de 5000 ocorrências de crimes violentos foram registradas somente nesta área (Duque de Caxias, Campos Elíseos, Xerém e Imbariê) do Rio de Janeiro.

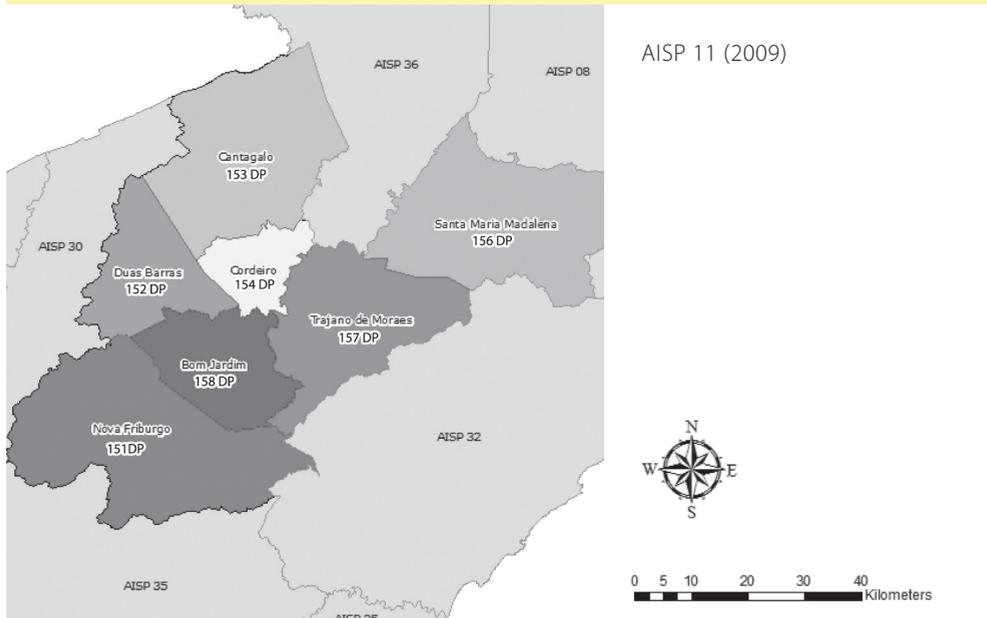
O terceiro mapa representa a área da AISP do 40º batalhão. Essa unidade atua na zona Oeste do Rio de Janeiro (Campo Grande, Santíssimo, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, Guaratiba, Barra de Guaratiba e Pedra de Guaratiba). Segundo os dados do ISP para o ano de 2009, nessa área estão os bairros mais violentos da Zona Oeste.

MAPA 4 – ÁREA DE ATUAÇÃO



FONTE: Estatísticas criminais do Instituto de Segurança Pública do estado do Rio de Janeiro (ISP/RJ)

MAPA 5 – ÁREA DE ATUAÇÃO



FONTE: Estatísticas criminais do Instituto de Segurança Pública do estado do Rio de Janeiro (ISP/RJ)

O terceiro e último critério adotado para selecionar as unidades participantes da pesquisa está vinculado à especificidade das atividades desempenhadas por policiais militares. Três batalhões, responsáveis pela execução do policiamento ostensivo especializado²³, duas unidades administrativas e um setor de saúde foram escolhidos. As três primeiras unidades são: o Batalhão de Operações Especiais (BOPE) e Batalhão de Polícia de Choque (BPChq) e o Batalhão de Polícia Florestal e de Meio Ambiente (BPFMA)²⁴.

O estudo também teve acesso a um público que exerce funções administrativas em ambientes internos. Policiais militares lotados no Quartel General (QG) e na Diretoria de Inativos e Pensionistas (DIP) foram convidados a participar da pesquisa. Por último, o convite foi estendido aos policiais militares que estavam internados no Centro de Reabilitação Renascer da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro para o tratamento de dependência química. O objetivo consistia em verificar a relação entre o alcoolismo, dependência química e comportamento suicida entre policiais militares da PMERJ, tal como a literatura especializada mostrou (KATES, 2008; VIOLANTI, 1995). O Renascer é um grupo de trabalho, vinculado ao Hospital Central da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Trata-se de uma equipe interdisciplinar que se dedica ao tratamento de policiais militares ativos e reformados acometidos de dependência química, há mais de 20 anos. Em dezembro de 2016, a PMERJ inaugurou o Centro de Reabilitação Renascer.

Em síntese, a pesquisa coletou 984 fichas, incluindo as preenchidas e as em branco. Desse total, 81 declarações de ideações e tentativas de suicídio em algum momento de suas vidas foram coletadas. Oitenta e nove policiais informaram ter um colega/amigo policial vitimizado por suicídio. Duzentas e quarenta e duas declarações de policiais que informavam não ter vivenciado nenhuma das situações citadas foram registradas. Esse tipo de policial foi cadastrado no grupo de entrevistados “controle”. Houve também três policiais que preencheram a ficha de cadastro da pesquisa, mas não informaram o grupo de entrevistados do qual gostariam de fazer parte. Por esta razão, eles foram primeiramente classificados na categoria dos “Sem Grupo”.

Ao término de cada palestra, a equipe orientou aos participantes que assinassem apenas uma das opções descritas na ficha de cadastro. Contudo, o esperado não aconteceu.

²³ De acordo com o regimento interno da polícia militar do estado do Rio de Janeiro, art. 11, as Unidades Especiais serão empregadas a partir da perturbação da ordem, após o emprego das frações de choque das UOp.

²⁴ Até a realização das entrevistas (ano de 2011), o BPFMA estava ativo. O Florestal foi extinto no ano de 2012 e substituído com a criação do Comando da Polícia ambiental da CPA.

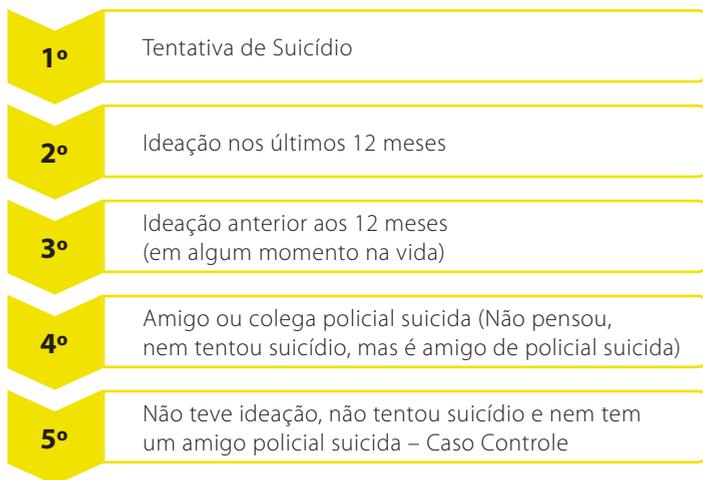
QUADRO 2 – RESULTADO DAS CONSULTAS AOS POLICIAIS MILITARES NAS PALESTRAS

BATLHÃO	TENTATIVA	TEVE IDEACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	TEVE IDEACÃO ANTERIOR AOS 12 MESES	AMIGO MORTO POR SUICÍDIO	CONTROLE	SEM GRUPO	TOTAL DE RECUSAS	TOTAL DE ACEITES
2 BPM	1	2	1	2	16	0	32	22
40 BPM	1	1	3	3	13	0	38	21
10 BPM	5	1	3	5	4	0	14	18
11 BPM	3	3	5	9	22	0	123	42
15 BPM	0	2	2	1	3	0	29	8
3 BPM	4	2	2	6	25	2	44	41
5 BPM	5	4	4	17	12	0	18	42
6 BPM	1	4	2	5	16	0	28	28
16 BPM	0	1	1	1	9	0	21	12
19 BPM	1	1	0	1	20	0	31	23
9 BPM	1	1	0	6	2	0	21	10
DIP	0	2	0	5	17	0	2	24
Choque	1	1	2	4	26	0	19	34
Renascer	3	1	2	3	1	0	0	10
22 BPM	2	2	4	3	11	1	50	23
QG	3	3	4	10	14	0	7	34
Florestal (BPFMA)	2	0	0	1	9	0	29	12
BOPE	0	0	2	5	21	0	62	28
Sem Informação	0	0	0	2	1	0	1	3
Total	33	11	37	89	242	3	569	415

81

Houve policiais que declararam ter vivenciado mais de uma situação. Houve policiais que não somente informaram ter tentado suicídio em algum momento de sua vida, como também declararam ter tido um colega e/ou amigo policial morto por suicídio; entre outras combinações. No quadro 2, estão os resultados das primeiras consultas aos policiais militares que estiveram nas palestras.

Para resolver o problema de duplicações de preferências, os grupos de participantes foram ordenados de acordo com a seguinte classificação:



O policial militar que optou pelas categorias- “ter pensado em se matar nos últimos 12 meses”; e “ter um colega e/ou amigo policial vitimizado por suicídio”- foi cadastrado no grupo de entrevistado de maior interesse para a pesquisa. Neste caso, seria o primeiro, isto é, “Teve ideação nos últimos doze meses”. O mesmo procedimento foi adotado para as demais declarações. No total, 15 registros foram redistribuídos entre os grupos de maior preferência (tentativa; ideação nos últimos 12 meses e anterior aos doze meses e amigos de PMs suicidas).

Após reclassificação das declarações de policiais militares “voluntários” segundo os grupos de maior preferência, a pesquisa chegou a um total de 96 policiais cadastrados nos três grupos vulneráveis (ideação suicida nos últimos 12 meses, ideação anterior aos 12 meses; tentativa de suicídio); 235 policiais registrados no grupo controle e 81 do grupo de amigos de policiais “suicidas”. Os três casos “sem informações” foram deslocados para o grupo “Controle” (policiais militares que declararam nunca ter pensado e tentado suicídio ao longo da vida e não ser amigo de policial “suicida”), totalizando 238 participantes. Esse procedimento foi adotado após uma segunda consulta aos referidos policiais militares através de ligações telefônicas.

A tabela 2 resume o resultado do cadastramento dos participantes das palestras segundo o *ranking* de preferências adotado pela coordenação.

TABELA 2 – RESULTADO DO CADASTRAMENTO DE POLICIAIS MILITARES SEGUNDO OS GRUPOS DE ENTREVISTADOS

CATEGORIAS DE PARTICIPANTES DAS PALESTRAS	TOTAL GERAL		TOTAL DE CASOS VÁLIDOS	
	N	%	N	%
		984	100	415
Tentativa	33	3	33	8
Ideação nos últimos 12 meses	32	3	32	8
Ideação anterior aos 12 meses	31	3	31	7
Controle (não pensou, não tentou e nem tem um amigo policial suicida)	238	24	238	57
Colegas e/ou amigos de policial “suicida”	81	8	81	20
Recusas	569	58		

FONTE: Elaboração própria

Das 415 declarações válidas, 8% correspondem aos casos de tentativas; 8% equivalem aos casos de ideações suicidas nos últimos 12 meses, 7% às ideações suicidas anteriores aos 12 meses (ao longo da vida), 57% aos casos “controle” e 20% aos casos de colegas e/ou amigos de policiais “suicidas”. Após o cadastramento, a equipe fez contato com os policiais interessados em colaborar com o estudo. Do total de 415 policiais voluntários cadastrados (amostra), 274 policiais militares foram contatados, ou seja, 85%.

A primeira etapa da pesquisa compreendeu as seguintes atividades: três entrevistas exploratórias, seis pré-testes e a aplicação de 224 questionários válidos. Houve 41 recusas, isto é, 15% dos 274 policiais cadastrados após as palestras.

TABELA 3 – RESULTADO DA OPERAÇÃO DO SURVEY

	TOTAL		TOTAL DE CASOS VÁLIDOS	
	N	%	N	%
Policiais Militares contactados	274	100		
Pré-Teste	9	3		
Recusas/Desistências	41	15		
Questionários aplicados segundo as categorias de participantes declaradas	224	82	224	100
Tentativa de suicídio	22	8	22	10
Ideação suicida (nos últimos 12 meses e ideação anterior aos 12 meses)	50	18	50	22
Controle (não pensou, não tentou e nem tem um amigo policial suicida)	152	55	152	68

FONTE: *Elaboração própria*

A segunda etapa foi dedicada às entrevistas biográficas. Todos os policiais militares, que responderam o questionário, foram convidados a compartilhar as suas histórias de vida. Desse total, 13 policiais recusaram o convite.

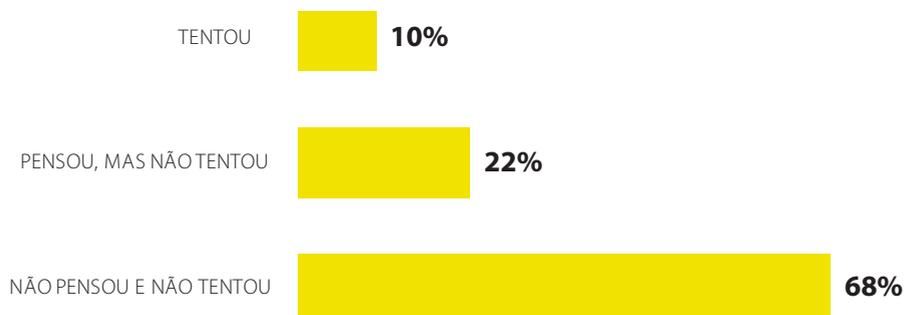
Muitas das recusas se deram em função do intervalo de tempo entre cada encontro (a palestras, a aplicação dos questionários e as entrevistas biográficas). O tempo médio podia levar até dois meses. Esse problema aconteceu devido ao número reduzido de pesquisadores e aos endereços de residências de difícil acesso. A maioria das entrevistas foi realizada nos locais de trabalho dos entrevistados. Contudo, policiais militares dos grupos de vulneráveis (os que tiveram ideações e/ou tentativas de suicídio) preferiram dar entrevistas em suas residências ou em locais “neutros” (nem nas residências, nem nos locais de trabalho).

As narrativas coletadas revelam fatos e percepções, que em grande parte complementam, somam e esclarecem os dados coletados pelo *questionário* sobre ideações suicidas e tentativas de suicídio entre policiais militares do Rio de Janeiro. Esses achados são apresentados e discutidos nas seções subsequentes.

O perfil dos PMs declarantes de Ideação suicida e Tentativa de suicídio na PMERJ

A diferença dos perfis dos policiais militares que comunicaram pensamentos e tentativas de suicídio pode ser observada quando comparada ao grupo de entrevistados que não declararam. Essa diferença entre os três grupos de participantes da pesquisa é visível no gráfico 1. Do total de participantes (n=224), 10% disseram já ter tentado suicídio e 22% comunicaram ter tido ideação suicida em algum momento de suas vidas. Em contrapartida, 68% disseram nunca ter tentado e pensado em se matar durante toda a sua vida.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DE ENTREVISTADOS POR CATEGORIAS DE ANÁLISE (N=224)



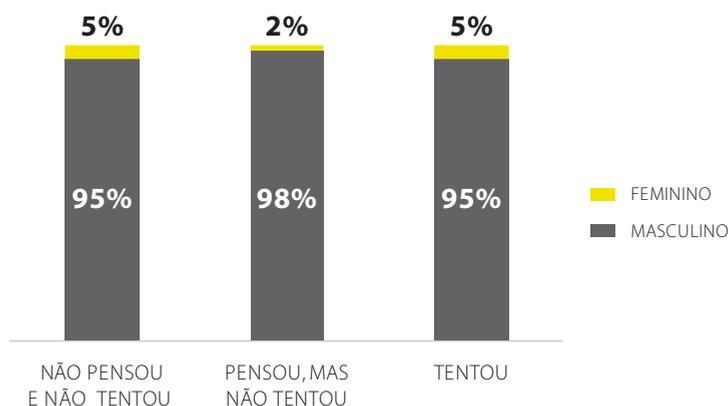
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO POLICIAL

Quanto ao perfil sociodemográfico, a distribuição percentual por sexo dos policiais militares que participaram da pesquisa– Suicídio e risco ocupacional na polícia militar do estado do Rio de Janeiro – não difere muito do efetivo nacional. A maior parte do efetivo²⁵ das forças policiais militares brasileiras é composta por homens, em 2012, chegando a 90,5% do total.

²⁵ Os dados sobre o efetivo policial foram obtidos na publicação: Pesquisa perfil das instituições de segurança pública 2013 (ano-base 2012). Coordenação geral: Isabel Seixas de Figueiredo, Gustavo Camilo Baptista. Brasília: Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), 2014.

A polícia militar do estado do Rio de Janeiro também reflete esta disparidade entre os sexos. Embora o ingresso de mulheres tenha ocorrido pela primeira vez há mais de duas décadas (1º Março 1983), o efetivo feminino não chega a 9% do total de policiais militares da PMERJ no ano de 2012. A participação das mulheres neste estudo é baixa em comparação ao total de entrevistados, ou seja, 95,5% são do sexo masculino. Esse fato é um dos vieses da amostra investigada.

GRÁFICO 2 – IDEIAÇÃO E TENTATIVA SUICIDA DOS POLICIAIS MILITARES SEGUNDO SEXO



O efeito dos homens e das mulheres sob esse fenômeno também pode ser avaliado através do cálculo das taxas de ideação suicida e de tentativa de suicídio por sexo. Esse recurso é valioso neste caso, sobretudo, quando estamos lidando com um grupo cuja profissão é eminentemente masculina (baixo índice global de feminização das forças policiais). Em função do baixíssimo número de participantes do sexo feminino, este estudo não pôde testar a hipótese de que mulheres pensam e tentam mais suicídio do que os homens. (TOM STURED et alii, 2008; SILVA et alii, 2006; BOTEGA et alii, 2005).

A faixa de idade é um fator relevante quando se trata do suicídio. Na população em geral, há uma forte correlação entre o aumento da idade e o aumento das taxas de suicídio (DURKHEIM, 2004; MINAYO, 2005). Dados extraídos dos questionários respondidos revelam que a maior parte dos entrevistados da PMERJ tem idade compreendida entre 30 e 49 anos, o que corresponde a 83% do total da amostra (n=224). A distribuição etária não é um fator de diferenciação entre as três categorias de participantes analisadas (Ver tabela 4).

TABELA 4 – IDEIAÇÃO E TENTATIVA SUICIDA DOS POLICIAIS MILITARES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA

FAIXAS ETÁRIAS	NÃO PENSOU E NÃO TENTOU		PENSOU, MAS NÃO TENTOU		TENTOU		TOTAL	
De 24 a 29 anos	18	12%	4	8%	0	0%	22	9,8%
De 30 a 39 anos	70	46%	32	64%	13	59%	115	51,3%
De 40 a 49 anos	52	34%	11	22%	8	36%	71	31,7%
50 anos ou mais	12	8%	3	6%	1	5%	16	7,1%
TOTAL	152	100%	50	100%	22	100%	224	100%

A classificação por cor também não revelou diferenças expressivas entre os grupos. Há uma predominância de pretos e pardos entre os policiais militares que participaram da pesquisa. Pela análise comparativa dos policiais brancos, podemos perceber que estes tendem a ter um percentual mais alto entre os que pensaram e não tentaram suicídio. 66% do total (224) se declararam preto e/ou pardo. Apenas 1 policial militar (pensou, mas não tentou) se declarou amarelo e 1 indígena (tentou).

A análise das taxas de ideação suicida e de tentativa de suicídio por duas categorias de cor “Branca” e “Não Branca” (preta, parda, indígena e amarela) revela que os policiais militares mais vulneráveis são os que se declararam “Branca”. Esta categoria tem a taxa mais alta para a ideação suicida (30,6%). Por outro lado, o mesmo não se verifica entre os policiais militares que disseram ter tentado suicídio em algum momento de suas vidas (18,7%). Neste grupo, a categoria mais vulnerável é a “Não Branca” (10,7%) (Ver tabela 5).

TABELA 5 – TAXA DE IDEIAÇÃO E DE TENTATIVA DE SUICÍDIO PARA OS POLICIAIS MILITARES QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA POR COR/RAÇA

	PENSOU, MAS NÃO TENTOU	TENTOU
Branca	30,6%	8,3%
Não Branca	18,7%	10,7%

A maior parcela dos entrevistados (53%) tem como grau de escolaridade o ensino médio completo (tabela 6). O grupo controle (policiais que disseram não ter pensado e não tentado) possui um maior percentual de policiais com ensino superior completo. O diagnóstico não encontrou diferenças estatísticas significativas entre os três grupos de entrevistados. Em função desse viés, não foi possível testar a hipótese de que pessoas com maior nível de escolaridade são mais suscetíveis ao comportamento suicida.

TABELA 6 – TAXA DE IDEAÇÃO E DE TENTATIVA DE SUICÍDIO PARA OS POLICIAIS MILITARES QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA POR ESCOLARIDADE

ESCOLARIDADE	NÃO PENSOU E NÃO TENTOU		PENSOU, MAS NÃO TENTOU		TENTOU		TOTAL	
Ensino Fundamental completo	2	1%	0	0%	2	9%	4	2%
Ensino médio incompleto	8	5%	0	0%	1	5%	9	4%
Ensino médio completo	74	49%	32	64%	12	55%	118	53%
Superior incompleto	35	23%	12	24%	6	27%	53	24%
Superior completo	25	16%	6	12%	1	5%	32	14%
Pós-graduação	8	5%	0	0%	0	0%	8	4%
TOTAL	152	100%	50	100%	22	100%	224	100%

Outro dado interessante a ser destacado é o percentual de pessoas com ensino superior incompleto. Entre os que disseram ter tentado suicídio, 27% têm o ensino superior incompleto e 55% têm o ensino médio completo. Esses percentuais indicam que a escolaridade dos policiais militares, que comunicaram atos suicidas, se distribui entre ensino médio completo e superior incompleto, sendo este último mais significativo. Os relatos mostram que, nesta categoria estão: 1) aqueles policiais que conseguiram ingressar no ensino superior graças à estabilidade financeira do funcionalismo público e; 2) os policiais que não conseguiram concluir sua formação superior devido à instabilidade das escalas de trabalho.

A situação conjugal declarada pelos três grupos de participantes da pesquisa foi similar. Dos 224 policiais militares, 74% disseram estar casados ou morar juntos (a) com um (a) companheiro (a) no momento da entrevista. As diferenças não foram estatisticamente significativas entre os três grupos de participantes da pesquisa.

De acordo com a teoria durkheimiana, o grupo dos casados é o mais protegido contra o suicídio, e isto ocorre não somente pela relação com cônjuge, mas também pela relação familiar caracterizada pela presença de filhos. No que concerne ao número de filhos, a investigação não encontrou diferenças estatísticas significativas entre as três categorias de entrevistados. Em contrapartida, as entrevistas qualitativas sugerem que quanto maior a proximidade com filhos (as), esposas, pai e ou mãe, maior a proteção dos policiais militares ao comportamento suicida.

Por último, no que diz respeito à filiação religiosa, uma diferença percentual de 14% pode ser observada entre os grupos de entrevistados. O elemento religioso é mais forte entre os policiais do grupo controle. Quase 88% dos policiais militares que não pensaram e não tentaram suicídio informaram ter alguma filiação religiosa. Estudos nacionais e internacionais sublinham que a religião, mais especificamente a religiosidade, é capaz de fornecer ao indivíduo uma rede de apoio espiritual e, em alguns casos, material (STACK et alii, 1983; BOTEGA et alii, 2006).

PERFIL PROFISSIONAL DO POLICIAL

Para traçar o perfil profissional dos policiais militares da amostra, consideramos nesta análise a graduação dos policiais, o tempo de serviço, a natureza das funções exercidas (interna ou externa), as transferências de unidades e o grau de satisfação em trabalhar na PMERJ.

TABELA 7 – IDEIAÇÃO E TENTATIVA SUICIDA DOS POLICIAIS MILITARES SEGUNDO POSTO OU GRADUAÇÃO

PATENTE/ GRADUAÇÃO	NÃO PENSOU E NÃO TENTOU		PENSOU, MAS NÃO TENTOU		TENTOU		TOTAL	
Major	1	1%	1	2%	0	0%	2	1%
Capitão	3	2%	0	0%	0	0%	3	1%
Tenente	5	3%	0	0%	0	0%	5	2%
Aspirante	1	1%	0	0%	0	0%	1	0%
Subtenente	4	3%	1	2%	1	5%	6	3%
Sargento	52	34%	18	36%	11	50%	81	36%
Cabo	57	38%	23	46%	9	41%	89	40%
Soldado	29	19%	7	14%	1	5%	37	17%
TOTAL	152	100%	50	100%	22	100%	224	100%

A hierarquia e a disciplina são temas básicos nas instituições militares. Os policiais militares praças compõem a maior parte da amostra pesquisada nos três grupos de entrevistados. Apenas 11 dos 224 respondentes ao questionário fazem parte do quadro de oficiais da PMERJ. Desse total, apenas 1 policial militar Major confessou ter tido pensamentos suicidas em algum momento de sua vida (Consultar tabela 7).

A hierarquia é também uma variável relevante para os estudos internacionais de ideação suicida e da tentativa de suicídio entre policiais (STACK; KELLEY, 1994; VIO-

LANTI, 1995; NOGUEIRA, 2005; MIRANDA, 2015). Esse fato se deve às atividades que cada categoria ou posto exerce e as relações de poder dentro da instituição. A tabela 7 evidencia que entre os policiais militares “praças” que comunicaram ideações suicidas, 46% eram cabos, 36% sargentos e 14% eram soldados. E entre os que informaram atos suicidas, 50% eram sargentos; 41% cabos e 5% soldados.

Em relação ao tempo de serviço não foram observadas diferenças estatísticas significativas entre os três grupos de entrevistados. Os policiais que responderam o questionário tinham em média 6 a 15 anos de serviço.

Quanto às funções exercidas pelos três grupos de entrevistados (trabalho interno/administrativo e trabalho externo/policiamento ostensivo, atendimento de chamados etc), os percentuais também se distribuem de forma homogênea. Em contrapartida, os policiais que comunicaram ideação suicida e/ou atos suicidas se destacam com percentuais relativamente maiores no que concernem às atividades administrativas. O exercício dessa atividade na PMERJ pode resultar de adoecimento. Policiais diagnosticados com algum tipo de doença física e/ou mental, segundo as entrevistas, podem receber restrições médicas para atuar nas ruas e, conseqüentemente, são redirecionados para atividades internas e ou administrativas.

As transferências de unidade é assunto que mobiliza grande parte dos entrevistados da amostra investigada. Quase a metade dos entrevistados do grupo de risco (ideação suicida e tentativa de suicídio) confessou ter sido transferida nos últimos cinco anos (em relação ao dia da entrevista). Esse dado corresponde 48% dos que pensaram, mas não tentaram e 45% aos que tentaram suicídio em algum momento da vida. Quanto aos motivos da última transferência, policiais militares que comunicaram ideação suicida ou tentativa de suicídio quase 12% confessaram desconhecê-los. Muitos definem esse procedimento por “bico”. Policiais que são muitas vezes transferidos “sem um motivo administrativo ou disciplinar”, contam os participantes, estão envolvidos em conflitos com seus superiores favorecidos pelas relações hierárquicas abusivas. Essa prática administrativa gera muito desgaste emocional entre policiais militares, particularmente, por que afeta diretamente a sua vida pessoal.

A transferência por “problemas de saúde” só foi observada entre dois policiais que disseram ter pensado, mas não tentado suicídio em algum momento de sua vida. A mudança de batalhão por “vontade própria” foi maior entre os policiais que não pensaram e não tentaram com 14% (Ver tabela 8).

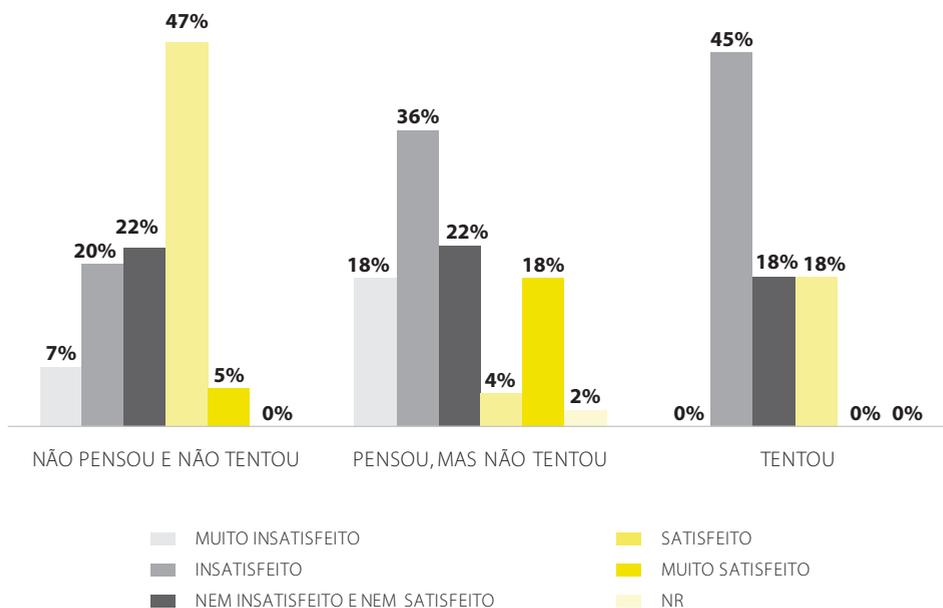
TABELA 8 – IDEIAÇÃO E TENTATIVA SUICIDA DOS POLICIAIS MILITARES SEGUNDO O MOTIVO DA ÚLTIMA TRANSFERÊNCIA

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA	NÃO PENSOU E NÃO TENTOU SUICÍDIO		PENSOU, MAS NÃO TENTOU		TENTOU		TOTAL	
"Bico"/Motivo Desconhecido	5	3%	2	4%	2	9%	9	4%
Conclusão de Curso de Formação	4	3%	1	2%	0	0%	5	2%
Convite/Ascensão Profissional	3	2%	2	4%	1	5%	6	3%
Extinção/Mudança de Área do Batalhão	8	5%	4	8%	2	9%	14	6%
Incompatibilidade/ Inadaptação com o Trabalho	1	1%	2	4%	1	5%	4	2%
Insatisfação/ Problemas/ Desavenças no Local de Trabalho	9	6%	0	0%	2	9%	11	5%
Mudança/Ordem do Comando	9	6%	4	8%	0	0%	13	6%
Permuta/Resposta a uma Demanda do Comando	9	6%	1	2%	0	0%	10	4%
Problemas de Saúde (física e ou psíquica)	0	0%	2	4%	0	0%	2	1%
Suspeito de Crime/ Reintegração à Corporação	1	1%	1	2%	0	0%	2	1%
Vontade Própria/ Interesse Pessoal	22	14%	5	10%	2	9%	29	13%
NA	81	53%	26	52%	12	55%	119	53%
TOTAL	152	100%	50	100%	22	100%	224	100%

O nível de satisfação profissional também foi um dado importante para diferenciar o perfil dos três grupos de entrevistados. A pergunta “Como o(a) Sr(a) se sente ao trabalhar na polícia militar do estado do Rio de Janeiro?” revela que há diferenças estatísticas significativas entre casos declarados de ideação suicida, tentativa de suicídio e os não que não pensaram e não tentaram (controle).

Do total de policiais militares que disseram “não pensou e não tentou” (152), 47% confessaram se sentir satisfeitos em trabalhar na PMERJ. Por outro lado, os policiais militares que comunicaram ideação suicida (50) e tentativa de suicídio (22) informaram não estar satisfeitos em trabalhar na PMERJ, ou seja, 45% e 36% respectivamente (Ver gráfico 3).

GRÁFICO 3 – IDEIAÇÃO E TENTATIVA SUICIDA DOS POLICIAIS MILITARES SEGUNDO COMO SE SENTE AO TRABALHAR NA PMERJ



* P-Valor < 0,001

A magnitude do sentimento de insatisfação em trabalhar na PMERJ, confessada pelos participantes da pesquisa, pode ser compreendida a partir de 10 categorias relacionadas ao ambiente de trabalho policial militar (Ver tabela 9).

TABELA 9 – IDEIAÇÃO E TENTATIVA SUICIDA DOS POLICIAIS MILITARES SEGUNDO INSATISFAÇÃO COM ALGUMAS CARACTERÍSTICAS NO TRABALHO NA PMERJ

CATEGORIAS DE INSATISFAÇÃO RELACIONADAS AO AMBIENTE DE TRABALHO DO POLICIAL MILITAR	TENTOU	PENSOU, MAS NÃO TENTOU	NÃO PENSOU E NEM TENTOU SUICÍDIO
Amizades entre colegas de trabalho na PM*	9%	14%	4%
Relacionamento com o seu atual comandante de unidade*	59%	14%	16%
Infra-estrutura e recursos materiais disponíveis*	55%	70%	44%
Apoio dado pelo Comando Geral à Tropa*	95%	50%	40%
Salário Bruto Mensal*	73%	84%	84%
Oportunidades de Ascensão*	80%	80%	63%
Reconhecimento profissional pela instituição*	59%	86%	72%
Cursos de Formação ou Especialização realizados na PMERJ	50%	60%	56%
Último treinamento oferecido pela PMERJ*	86%	50%	38%
Valorização da Sociedade Carioca*	0%	80%	72%

* P-Valor < 0,01

A tabela 9 mostra que das dimensões de insatisfação em trabalhar na PMERJ, três delas se destacaram em termos de diferenças percentuais. São elas: o “Apoio dado pelo comando geral à tropa”: 95% (Tentativa de suicídio), 50% (Ideação suicida) e 40% (Controle); o “Último treinamento oferecido pela Polícia (PM)”: 86% (tentativa de suicídio), 50% (Ideação suicida) e 38% (Controle); e, as “Oportunidades de ascensão na carreira”: 80% (Tentativa de suicídio), 80% (Ideação suicida) e 63% (Controle). Essas diferenças estatísticas estão no nível de 99% de confiança.

É interessante destacar que policiais militares, que comunicaram ideação suicida e os que disseram “não ter pensado e nem tentado suicídio”, apresentaram um alto grau de insatisfação com o salário bruto mensal da PMERJ, ou seja, 84% (Ideação suicida); 84% (Controle) e 73% (Tentativa de suicídio). Essa insatisfação é compreensível quando constatamos que a maior parcela da amostra declarou renda mensal bruta de até R\$ 3.000,00. É importante sublinhar que a renda declarada não se limita ao soldo pago por trabalhar na PMERJ. Esse rendimento é produto de outras atividades de trabalho

segundo entrevistados. As biografias reforçaram o quanto o baixo rendimento mensal é uma das suas principais fontes de estresse do profissional de segurança pública da Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro.

Em síntese, concluímos que o perfil demográfico e profissional dos policiais militares – participantes desse estudo – deve ser interpretado com muita cautela. Esse cuidado se deve às características da amostra. Do total de participantes (n=224), observamos que há maior incidência de homens (por se tratar de uma instituição predominantemente masculina), adultos de 30 a 49 anos, pardos, casados ou em comunhão estável, com grau de escolaridade até o ensino médio, praças (sargentos, cabos e soldados) e filiados a algum grupo religioso. Esses atributos nos dificultam a chegar à conclusões confiáveis no que concerne às especificidades do grupo de participantes que comunicaram pensamentos e/ou atos suicidas. Mas podemos dizer que a satisfação profissional é um fator protetivo ao comportamento suicida entre policiais militares. Do total de 152 policiais do grupo controle, 52% disseram estar satisfeitos e muito satisfeitos em trabalhar na PMERJ.

O perfil do policial militar vítima de morte por suicídio na PMERJ

O perfil e as circunstâncias das mortes de policiais militares, vítimas de suicídio, foram reconstituídos através de duas fontes²⁶. A primeira é a base de dados organizada pelo Grupo de Atendimento aos Familiares de Policiais Militares Falecidos (GAFPMF). Essa base é composta por informações de policiais militares, vitimizados por mortes natural e violenta, entre os anos de 2005 e 2009. As características sociodemográficas e profissionais dos policiais militares vítimas por suicídio, levantadas pelo GAFPMF, estão reunidas no quadro a seguir.

²⁶ Os casos de suicídios consumados analisados neste trabalho foram extraídos de duas fontes de informações (GAFPMF e Grupo de Mães e Viúvas da PMERJ), conforme foi explicitado. Para evitar repetições, trabalhamos apenas com os casos passíveis de serem identificados pelo nome completo das vítimas (diretas).

QUADRO 3 – PERFIL DO POLICIAL MILITAR VÍTIMA DE SUICÍDIO – RIO DE JANEIRO, 2005 A 2009

- > Dos 26 casos analisados, apenas dois eram mulheres.

- > Quatorze são casados ou vivem em união consensual (n=26). Dos 26, quatorze tinham filhos, pelo menos um filho.

- > Nove foram definidos como brancos e 17 pardos.

- > Dos 26, dez eram evangélicos.

- > Dos 26, vinte e três eram praças (sargentos, cabos e soldados); dois coronéis e um subtenente.

- > Em relação à situação funcional, 19 eram da ativa e sete eram inativos.

- > Dos ativos, 16 policiais trabalhavam em unidades operacionais e três em unidades administrativas.

FONTE: Grupo de Atendimento aos Familiares de Policiais Militares Falecidos (GAFPMF)

A segunda fonte adotada pelo estudo é a base de informações de vítimas de mortes violentas organizada pelo Grupo de Mães e Viúvas da PMERJ. Esses contatos viabilizaram a realização das autópsias psicológicas ou psicossociais²⁷, ou seja, entrevistas semiestruturadas com familiares. Todos os parentes das vítimas foram convidados a participar da pesquisa através das palestras – “As Vítimas Ocultas da Violência na PMERJ”- ocorridas na Diretoria de Inativos e Pensionistas (DIP)²⁸. O recrutamento e as entrevistas com parentes e amigos de policiais militares mortos por suicídio constituem a terceira e última etapa da pesquisa.

As autópsias psicossociais acerca dos suicídios cometidos por policiais da PMERJ permitiram coletar dados sobre as circunstâncias das mortes (o local e o método da

²⁷ Autópsia psicossocial é uma técnica empregada por estudos médicos e científicos que visam conhecer as circunstâncias da morte; os fatos relevantes na vida da vítima e de seu contexto sociocultural e relacional. Essas informações são obtidas a partir de relatos de parentes, amigos e conhecidos das vítimas. A autópsia psicológica foi usada pela primeira vez por Gregory Zilboorg num estudo psicanalítico com agentes da polícia metropolitana de Nova York que cometeram suicídio. A autópsia psicológica como método de investigação clínica e científica foi desenvolvida por Norman Farberow, Robert Litman e Edwin Sneedman, do Centro de Prevenção de Suicídio de Los Angeles, no final dos anos 1950 e início dos 1960.

²⁸ Esses eventos foram divulgados por meio de cartas registradas, cartazes distribuídos pelas unidades da polícia e pelos boletins internos publicados semanalmente na página eletrônica da PMERJ.

morte); a existência de bilhete e/ou registro do desejo de cometer o suicídio; o histórico médico e psiquiátrico, a formação familiar, a natureza das relações pessoais, a personalidade e o estilo de vida das vítimas; como também o sepultamento e as reações dos entrevistados no pós-morte.

Para ilustrar as dinâmicas das mortes e os possíveis fatores associados aos suicídios relatados por familiares e amigos das vítimas, selecionamos três casos reais. Essas histórias foram contadas com nomes fictícios, uma vez que a privacidade das vítimas e de seus familiares e amigos policiais militares devem ser preservadas.

ANÁLISE DE CASOS

O estudo de caso pode ser uma ferramenta eficaz para pensar a prevenção das mortes por suicídio. A análise de três casos nos convida a refletir a respeito das possíveis ações que podem reduzir o risco de morte por suicídio na PMERJ.

CASO 1:

O primeiro policial analisado apresentava um comportamento agressivo, conhecido pelos recorrentes atos de violência físicas e verbais contra familiares. Miguel não conseguia estabelecer uma relação de proximidade com os filhos pequenos, não utilizava os serviços de psiquiatria e psicologia, mas fazia uso de medicamento para transtornos de humor, receitado por um amigo médico (clínico geral). Não houve diagnóstico médico sobre a condição psíquica e/ou mental do policial. Muitos sinais sobre a intenção de se matar foram dados – o referido policial “brincava” de roleta-russa em casa, diante de sua esposa e filhos. No trabalho, a vítima mencionou “ter vontade de dar um tiro na cabeça”. Miguel passava por um momento de separação conjugal. No dia de sua morte, quando questionado sobre deixar o apartamento da família, disse a esposa que naquele mesmo dia “resolveria o seu problema”. Miguel despediu-se do enteado, da esposa e de um de seus filhos. A própria arma do policial foi utilizada como instrumento para o suicídio. No momento do suicídio, a vítima estava sozinha em sua residência. A morte foi premeditada, o local do suicídio (banheiro do apartamento) foi meticulosamente preparado para que o ato não sujasse o ambiente, a porta foi trancada e um bilhete passado por debaixo da porta. O texto dizia “Fulana (a esposa do policial), saio antes do combinado”, o dia seguinte a morte era a data. Não houve registros de tentativas anteriores.

REFLEXÃO:

A primeira questão a ser tratada é a agressividade da vítima. Em diferentes momentos, o policial demonstrou um comportamento agressivo, chegando a ameaçar familiares verbal e fisicamente. Este traço não foi reportado e nem percebido pelos familiares/amigos institucionais como um fator de risco. Pelo contrário. A agressividade é descrita pelo familiar como um traço de personalidade que surgiu após o nascimento dos filhos do casal.

Crises conjugais e doença de familiares aparecem neste caso como indicadores de propensão ao suicídio. O policial passava pelo processo de separação e estava na iminência de sair de casa. Além disso, dois filhos do policial militar nasceram com problemas de saúde, ambos sofriram internações em hospitais constantemente. A mãe do policial sofria com uma doença degenerativa (Mal de Parkinson).

O policial, nas últimas semanas antes do suicídio, procurou um amigo médico e obteve receita e medicamento de uso controlado para transtornos de humor. Dias antes da morte, o policial estava mais quieto, triste e chegou a chorar em uma conversa com um amigo – fato nunca ocorrido antes. Em diferentes momentos e formas, o policial verbalizou o desejo de pôr fim à sua vida, entretanto, familiares não acreditaram que ele poderia cometer tal ato. Um familiar chegou a mencionar que não acreditava que ele poderia se matar e deixar os filhos. A verbalização da intenção de se matar merece destaque. Afinal, muitos estudos já sublinharam os sinais como fator protetivo do ato suicida.

A presença de morte por suicídio na família também caracteriza este caso. A avó da vítima havia morrido por suicídio, deixando seis filhos pequenos, inclusive, a sua mãe. O hábito de “brincar com sua arma de fogo” era frequente no ambiente doméstico. Contudo, seus familiares não percebiam tal atitude como um problema – um fator de risco para vida da vítima. Pelo contrário, a esposa relatou o fato com naturalidade.

Os amigos de Miguel não souberam relatar a respeito da situação psíquica e familiar da vítima.

A relação tensa estabelecida entre o policial e seu pai, a doença na família (o Mal de Parkinson de sua mãe), o acesso à arma de fogo quando a vítima estava em situação de vulnerabilidade, a dificuldade em estabelecer vínculos com os filhos pequenos e a personalidade agressiva e perfeccionista são fatores de risco relevantes para a compreensão deste caso.



CASO 2:

João se suicidou aos 32 anos, no Batalhão de Choque, com um tiro na cabeça dentro do alojamento. O amigo relatou que João não apresentava nenhum comportamento diferente nos últimos dias. Descreveu-o como sendo muito alegre, extrovertido e com muitos amigos. Porém, no dia do suicídio, eles se encontraram rapidamente e a vítima disse que estava com um problema e queria conversar; sua aparência também estava diferente, com olheiras e barba por fazer. Logo depois ele se matou. Não há evidências de que João estava fazendo tratamento de saúde antes, como também não existem informações do seu histórico de saúde mental (transtorno mental e de tentativas de suicídio). João estava separado da esposa, elemento comum nas outras narrativas de suicídio de policiais. O suicídio foi premeditado. Ele se matou assim que chegou ao batalhão e deixou duas cartas, uma para o pai e outra para a esposa.

REFLEXÃO:

Esse caso, ao contrário do primeiro, ilustra um perfil de policial alegre e extrovertido. Muitas vezes, as pessoas interpretam a extroversão como um comportamento positivo. Contudo, sinais de euforias podem ser sintomas de uma depressão ansiosa. Um dado interessante nesse caso é o fato de o sinal ter sido desconsiderado. O policial chegou a verbalizar com o corpo e gestos que precisava de ajuda (a aparência diferente e estava com um problema). Os sinais merecem atenção. As vítimas quase sempre expressam corporalmente que precisam de ajuda. Daí a razão para a prevenção demandar capacitação de um público, conforme veremos na segunda parte deste livro. As cartas deixadas pelo policial e o local da morte são elementos simbólicos e subjetivos que merecem ser considerados e discutidos pelas equipes de saúde da Instituição.



CASO 3:

O terceiro caso analisado é a de uma policial que se suicidou aos 27 anos. Regina também se matou com um tiro na cabeça, mas dentro de casa. Seu colega relatou que não teve contato com a vítima nos últimos dias que antecederam a sua morte, pois ela já estava lotada em outra unidade. O colega a descreveu como uma pessoa divertida, tranquila e que tinha o sonho de entrar para a polícia. Não há informações se a vítima tinha contato com algum profissional da saúde. Regina apresentou um histórico de atendimento na psiquiatria em sua família primária (a mãe). O amigo relatou que Regina não tinha tentado suicídio antes. Ela era solteira, não tinha filhos e morava sozinha. Esses atributos são considerados pela literatura (nacional e internacional) como fatores de risco para o suicídio.

REFLEXÃO:

Os três casos analisados confirmam alguns aspectos apontados por especialistas (nacionais e internacionais) como diagnóstico de doença mental, sinais dados pela vítima na semana da morte, dinâmica familiar conturbada, instrumentos utilizados e a presença de registro. A ausência de espaços para o diálogo é um traço marcante da cultura organizacional da Polícia Militar. Nos três exemplos, os policiais não compartilharam as suas dores e nem pediram por ajuda. A primeira vítima ameaçou várias vezes se matar com a própria arma, mas seus familiares não acreditaram. No segundo caso, em particular, o amigo percebeu que a vítima estava com problemas com a esposa. Todavia, a vítima não falava sobre isso. No terceiro caso, há a iniciativa do colega de perguntar o que está acontecendo quando ela procura um psiquiatra, mas a vítima desconvorsou. Esses elementos se associam com aspectos já indicados pela literatura especializada sobre a dificuldade do policial de dividir seus problemas, ou aspectos de sua vida pessoal com colegas, amigos e familiares. Conclusão: as três vítimas sofriram muito, e sozinhas.



O perfil do policial suicida na PMERJ, reconstituído a partir das autópsias psicossociais com os seus colegas, amigos e familiares, reúne as seguintes características:

- > Ser homem, casado, com filhos e evangélico.
- > A maioria dos policiais mortos por suicídio fazia exercícios físicos; não fumava e consumia bebida alcoólica. .
- > Alguns suicidas utilizaram serviços médicos antes da morte. O serviço psiquiátrico é um recurso pouco usado pelo policial militar.
- > Não há concentração de mortes por suicídio nos diferentes batalhões.
- > A maioria das vítimas de morte por suicídio era praças (soldados, cabos e sargentos).
- > Os policiais suicidas tinham ocupação remunerada fora da PMERJ. A atividade principal era a segurança privada.
- > A maioria parte dos mortos por suicídio declarou satisfação em trabalhar na PMERJ.
- > E, por último, as vítimas apresentavam problemas de saúde física e mental, a saber: diabetes, gastrite, problemas psiquiátricos (depressão e alteração de humor) e dependência química.

FONTE: Elaboração própria

Ao analisar as duas fontes de informações de mortes violentas na PMERJ, concluímos que o perfil dos policiais militares mortos por suicídio, entre os anos 2005 e 2009, é similar em alguns aspectos. São eles: homens, casados ou vivem em união consensual e com filhos; evangélicos e praças em sua grande maioria (sargentos, cabos e soldados).

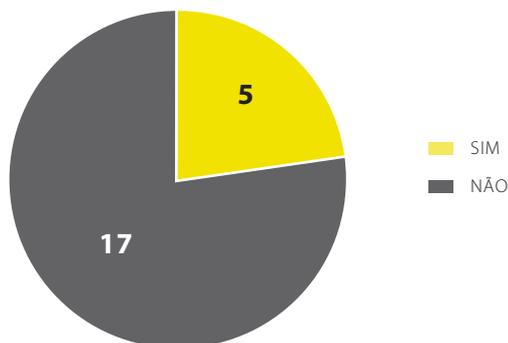
Finalmente, no terceiro e quarto capítulos, discutimos as dinâmicas e os fatores associados às tentativas de suicídio declaradas pelos respondentes do questionário.

A pesquisa sobre o comportamento suicida na PMERJ contou com a colaboração de 22 policiais militares que declararam ter tentado por fim em sua própria vida. As tentativas de suicídio são entendidas aqui como atos autodestrutivos “não sucedidos”, cuja intenção de se matar foi declarada pela vítima à nossa equipe. Esse total representa 10% da amostra pesquisada.

Para analisar as circunstâncias dos 22 casos declarados, selecionamos oito situações. São elas: (1) planejamento do incidente; (2) meios utilizados; (3) motivações; (4) a regularidade das tentativas de suicídio; (5) o histórico de tentativas de suicídio anteriores; (6) histórico de mortes violentas na família; (7) registros de cartas, mensagens ou bilhetes e (8) quantitativo de crises e internações.

O diagnóstico concluiu que a maioria dos casos aconteceu sem planejamento. Dezesete policiais agiram por impulsividade. Muitos deles afirmaram que o incidente significou uma resposta imediata ao acúmulo de problemas diversos. Embora esses policiais não tenham planejado o ato suicida, 19 do total (n=22) confessaram ter *pensado na maneira* pela qual poria “fim” a sua própria vida.

GRÁFICO 4 – PLANEJAMENTO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIOS



FONTE: Pesquisa “Suicídio e Risco Ocupacional: o caso da Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro, 2011

Os suicídios no Brasil são cometidos prioritariamente por enforcamento. Dados recentes do Sistema de Informação de Mortalidade inovam uma tendência identificada pelo estudo de Minayo (2005). Segundo a autora, 3.488 (51,5%) morreram por suicídio por enforcamento no ano de 2000. O uso de armas de fogo (19,6%) ficou em segundo lugar e, em terceiro, o envenenamento por drogas e medicamentos.

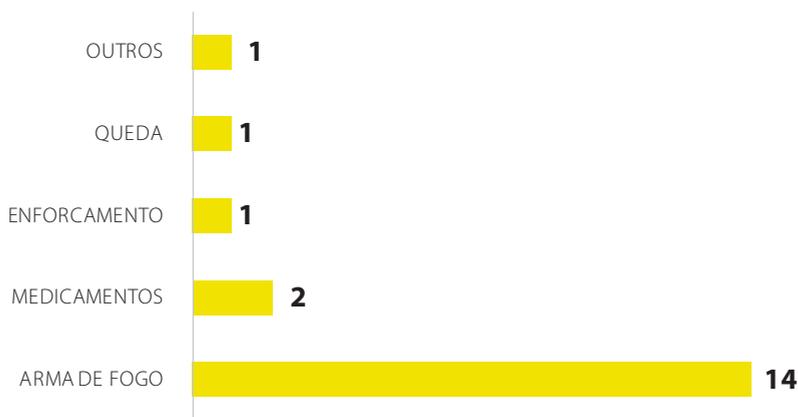
Uma década depois, essa ordem de preferências é alterada. O enforcamento permanece sendo o principal meio utilizado para cometer suicídio, mas a arma de fogo perde lugar para as mortes provocadas por envenenamento. Os meios mais utilizados para provocar as mortes por suicídios em 2009 foram: enforcamento (61%); a auto-intoxicação (15%); o disparo de arma de fogo (11 %); queda (4%); o objeto cortante (3%); e a fumaça ou fogo, o afogamento, ou outros meios não especificados (GUIMARÃES, 2012, p. 74). No ano de 2009, 9.379 registros de mortes por suicídios foram notificados ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM).

Em relação às tentativas de suicídio no país, é importante destacar que do conjunto de elementos utilizados, os envenenamentos constituem a principal causa de internação (MINAYO, 2005). De acordo com o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), os agentes tóxicos mais comuns nas tentativas de suicídio na população brasileira são os medicamentos, respondendo por 8.247 dos casos ou 56,3% do total. Os dois agentes tóxicos mais utilizados para provocar suicídio são os venenos contra ratos e agrotóxicos. Em 2000, 2.060 pessoas (14,4%) tentaram suicídio com raticidas, assim como 1.933 (13,2%) se envenenaram com agrotóxicos (BRASIL, 2004). Pelo Sistema de Informação Hospitalar do SUS, de todas as lesões provocadas por tentativa

de dar cabo à vida, as que são realizadas por meio de fogo são as mais danosas, embora ocorram com menor frequência se comparadas aos envenenamentos/autointoxicação.

No ambiente de trabalho de policiais, ao contrário da população geral, as oportunidades de acesso aos meios letais disponíveis são maiores, fazendo da arma de fogo o principal meio de provocar o suicídio. Dos 22 casos de tentativas declarados à pesquisa, 17 policiais militares confessaram que o instrumento idealizado para por fim à vida foi a sua própria arma de fogo. Apenas duas dessas pessoas declararam ter ingerido medicamentos para por fim à sua própria vida, tal como mostra o gráfico 5.

GRÁFICO 5 – INSTRUMENTO IDEALIZADO PARA POR “FIM” À VIDA

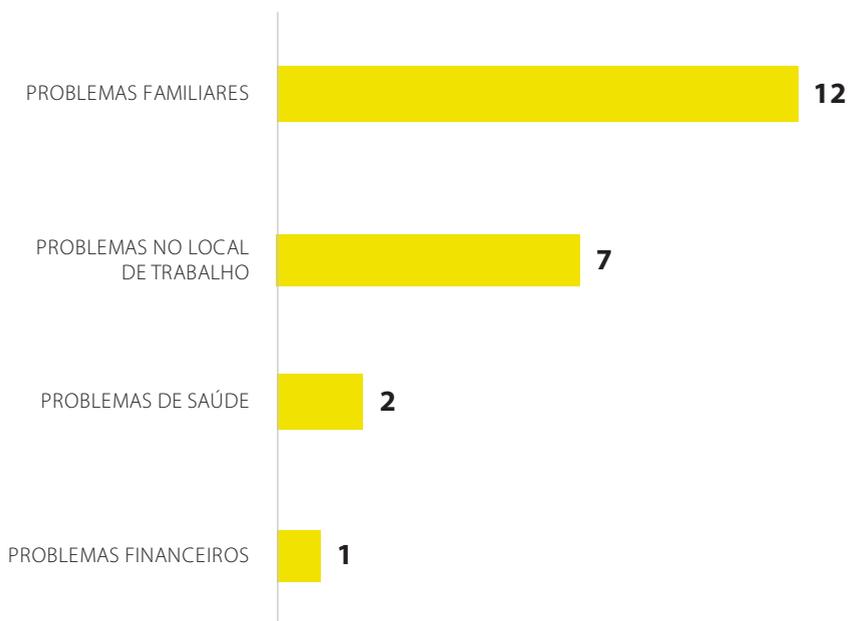


FONTE: Pesquisa “Suicídio e Risco Ocupacional: o caso da Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro, 2011

Nogueira (2005, p. 108), analisando prontuários de policiais militares internados de outubro a dezembro de 2003, por tentativas de suicídios, no hospital psiquiátrico de Belo Horizonte (MG), observou que os motivos mais citados para o ato suicida foram: conflitos familiares e as condições de trabalho. Dos 15 prontuários, três policiais militares associam o fato à sensação de perseguição, discriminação e/ou injustiça. Dois fatores ocupam a segunda posição no ranking dos fatores associados às tentativas de suicídios. São eles: as transferências de local de trabalho e a sobrecarga de trabalho.

A pesquisa de diagnóstico na PMERJ identificou o mesmo padrão de motivações entre os policiais “suicidas”. O gráfico 6 mostra que a maioria dos policiais atribuiu o seu ato a questões familiares (12), aos conflitos no ambiente de trabalho (7), a questões de saúde (2) e, por último, a problemas financeiros (1).

GRÁFICO 6 – MOTIVAÇÕES PARA AS TENTATIVAS DE SUICÍDIOS



FONTE: Pesquisa “Suicídio e Risco Ocupacional: o caso da Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro, 2011

Um segundo estudo (1978)²⁹ sobre os casos de tentativas de suicídios no Pronto Socorro do Hospital de Sobradinho, Distrito Federal, controlado por sexo, constatou que existem diferenças estatísticas significativas segundo as motivações para a violência autoprovocada na população local.

A maior incidência de conflitos interpessoais afetivos está entre mulheres suicidas na população. Em contrapartida, as tentativas de suicídio, associadas aos problemas de natureza profissional e financeira, estão entre homens suicidas. Como já mencionado, a pesquisa sobre o suicídio na PMERJ não encontrou diferenças entre sexos, pois praticamente todos os casos de tentativas de suicídio identificados são homens (n=21).

A tabela 10 ilustra que para quase a metade dos policiais “suicidas” o fato ocorreu nos últimos cinco anos. Apenas quatro policiais militares informaram ter tido essa experiência há menos de um ano.

²⁹ Hesketh, J. L.; Castro, A. G. (1978).

TABELA 10 – HÁ QUANTO TEMPO A TENTATIVA DE SUICÍDIO OCORREU

	FREQUÊNCIA
De 16 a 20 anos	2
De 6 a 10 anos	7
De 1 a 5 anos	9
Menos de 1 ano	4
TOTAL	22

FONTE: Pesquisa “Suicídio e Risco Ocupacional: o caso da Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro, 2011

As tentativas de suicídio podem ser um sinal de que um suicídio possa acontecer. Segundo Skogman (2004)³⁰, aproximadamente 40% dos suicídios ocorrem durante o primeiro ano depois da tentativa. O diagnóstico feito na PMERJ mostra que 12 dos policiais entrevistados disseram ter tentado apenas uma única vez. Cinco dos 22 casos informaram que ter tentado duas vezes. Apenas dois policiais militares declararam ter tentado se matar cinco vezes ou mais.

TABELA 11 – AS OCORRÊNCIAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA VIDA

	FREQUÊNCIA
Uma vez	12
Duas vezes	5
Três vezes	2
Quatro vezes	1
Acima de 5 vezes	2
TOTAL	22

FONTE: Pesquisa “Suicídio e Risco Ocupacional: o caso da Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro, 2011

Soares et alii, (2007)³¹ sublinham que o histórico familiar influencia a probabilidade de suicídio. O diagnóstico, entretanto, não confirmou essa hipótese. Dos 22 casos de tentativas, apenas três deles informaram a presença de suicídio na família. Uma explicação para a existência de outro(s) suicídio(s) na família está na propensão genética de doenças

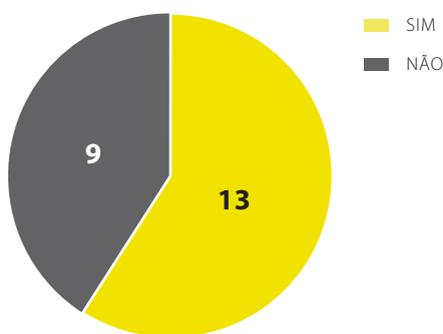
³⁰ SKOGMAN, K.; ALSÉN, M.; OJEHAGEM, A. “Sex Differences in Risk Factors for Suicide After Attempted Suicide”, *Social Psychiatry and Epidemiology*, v. 39, 2004, p. 113-120.

³¹ SOARES, G.; MIRANDA, D.; BORGES, D. *As vítimas ocultas da violência urbana na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007, p-110-117.

altamente associadas ao suicídio consumado (como depressão e bipolaridade). Não há um número expressivo de ocorrências de outras tentativas na família de policiais militares.

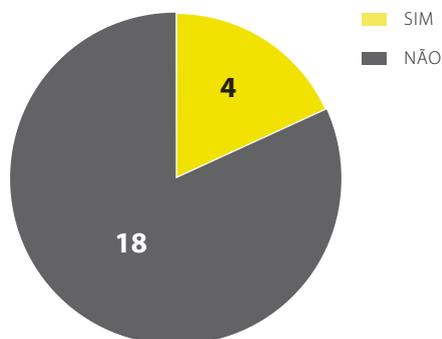
Dos 22 casos observados, quatro disseram ter um histórico familiar de tentativas de suicídios “sem sucesso”. Por outro lado, verificamos que a ocorrência de outros tipos de mortes violentas na família (homicídios e acidentes) é substantiva. O gráfico 7 demonstra que mais da metade dos entrevistados respondeu ter vivenciado perdas de parentes por mortes violentas em suas famílias.

GRÁFICO 7 – HISTÓRICO DE MORTES VIOLENTAS (HOMICÍDIO E ACIDENTES) NA FAMÍLIA



FONTE: Pesquisa “Suicídio e Risco Ocupacional: o caso da Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro, 2011

GRÁFICO 8 – REGISTROS DE PENSAMENTOS SUICIDAS POR NOTAS, CARTAS, BILHETES, AGENDA OU E-MAIL



FONTE: Pesquisa “Suicídio e Risco Ocupacional: o caso da Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro, 2011

Há duas possibilidades de explicações para essas associações, embora elas não tenham sido estatisticamente significativas. A primeira delas é de que a probabilidade de suicídios de membros de uma família aumenta na presença de outras mortes violentas. A segunda é a de que o estilo de vida dos membros de uma família (num sentido amplo do conceito) aumente a chance do suicídio (e de acidentes) ocorrer.

A pesquisa “Vítimas ocultas da Violência Urbana na cidade do Rio de Janeiro” (2007) concluiu que suicídios na população geral “carioca” ocorreram com frequência bem mais alta do que se esperaria aleatoriamente em famílias marcadas pela violência, inclusive por outro suicídio.

Goulart (1999) sustenta que em muitas mortes causadas *aparentemente* por suicídio não há registros em notas, cartas e/ou bilhetes. O esperado é que as circunstâncias esclareçam se a morte foi provocada pela própria pessoa. O diagnóstico na PMERJ também observou um pequeno número de policiais militares que tenham registrado seus desejos e pensamentos suicidas em cartas, bilhetes, agenda ou e-mails. Dos 22 casos de tentativas de suicídio declarados, apenas 4 policiais deixaram registros.

Quanto às internações, do total de 12 policiais militares que disseram ter tentado suicídio uma única vez, cinco ficaram hospitalizados. Entre eles, quatro policiais permaneceram no hospital por uma semana por tentativas de suicídio provocadas por arma de fogo e ingestão de medicamentos.

Em resposta à pergunta “Depois das crises e internações, o (a) Sr(a) voltou a trabalhar?”, doze policiais responderam que voltaram ao trabalho enquanto seis nunca pararam de trabalhar. Apenas um policial deixou de trabalhar na PMERJ. Três dos policiais “suicidas” não responderam à pergunta. O estudo de Nogueira (2005) também constatou que policiais militares suicidas muitas vezes permanecem realizando as suas rotinas de trabalho após a tentativa de suicídio.

Quanto ao relacionamento interpessoal no local de trabalho após a tentativa de suicídio, dos 22 policiais militares “suicidas”, seis disseram que seus colegas da PMERJ passaram a tratá-los de uma forma diferenciada; e cinco desabafaram que a sua relação nunca mais foi a mesma. Apenas um policial do mesmo grupo declarou que a relação mudou por alguns meses.

Por último, no que diz respeito aos recursos de proteção adotados para evitar novas tentativas, apenas três policiais militares confessaram ter buscado o apoio familiar; oito policiais recorreram à religião; dois pediram ajuda a amigos e outros dois optaram por mudanças de hábitos após a tentativa. Seis policiais disseram não ter buscado recurso de proteção contra possíveis reações. Apenas um policial não respondeu a esta pergunta.

Segundo o “Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde” (OMS, 2002), os registros oficiais sobre tentativas de suicídio em vários países são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio. A maioria das ocorrências de tentativas não chega ao conhecimento das autoridades de saúde. E quando chegam às unidades de assistência, os registros elaborados nas emergências hospitalares normalmente informam apenas a causa secundária, isto é, a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos (MINAYO, 2005, p. 208)³². A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos 10 vezes.

No Brasil, no ano 2000, 9.312 casos de tentativas de suicídios foram notificados às unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse número não corresponde à realidade. Um exemplo disso são os registros de tentativas de suicídios notificados ao Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). Esse sistema abrange apenas as tentativas provocadas por envenenamento. Das ocorrências registradas em 2000, referentes à intoxicação humana por agentes tóxicos, as tentativas de suicídio corresponderam a 20% do total. No ano de 2000, 14.649 episódios foram notificados (MINAYO, 2005).

³² Minayo, C. “Suicídio: violência autoinfligida”. In: _____. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 206-241.

O acesso a dados confiáveis de tentativas de suicídio no Brasil e no mundo é ainda mais complexo quando deslocamos o foco da análise para as instituições policiais militares cujas estruturas organizacionais são altamente hierarquizadas e rígidas. Essa dificuldade também se confirma nos estudos internacionais (VIOLANTI, 2007).

Os possíveis fatores associados aos casos de tentativas de suicídio foram identificados por meio de um questionário aplicado entre policiais militares que desejaram colaborar com o estudo. Primeiramente, no que concerne aos fatores sociodemográficos [sexo; idade, cor/raça [branco e não branco], estado civil [casado e não casado], filiação religiosa, filhos, nível educacional), a pesquisa não encontrou diferenças estatísticas significativas entre os três grupos de entrevistados (policiais que pensaram, mas não tentaram suicídio; os que pensaram e tentaram; e os que não pensaram e nem tentaram suicídio - os casos controle). Supomos que esse resultado se deve ao reduzido número de casos de tentativas de suicídios. A mesma tendência foi observada entre os casos de ideações suicidas³³.

As correlações entre variáveis dependente/ independente medem a força e a direção da associação entre elas. Encontramos modestas associações estatísticas entre as tentativas de suicídio declaradas por policiais militares e os possíveis fatores institucionais, organizacionais e individuais (saúde e qualidade de vida).

Para mensurarmos as correlações, trabalhamos com duas variáveis dependentes recodificadas a partir da variável original do questionário “Em algum momento da sua vida, o Sr (a) pensou em se matar”? A primeira variável resposta é *nominal* com o nível de mensuração nominal (tentou suicídio e não pensou e nem tentou). A segunda variável dependente tem o nível de mensuração ordinal. Ela é composta por três escalas: não pensou nem tentou; pensou mas não tentou; e, pensou e tentou. Nos itens subsequentes, estão os resultados das correlações significativas entre tentativas de suicídios e os possíveis fatores associados ($p < 0,01$ e/ou $p < 0,04$).

³³ Os coeficientes de correlações das ideações suicidas “comunicadas” (50) por serem próximos aos das tentativas de suicídio, optamos por limitar a análise deste capítulo apenas aos fatores associados às tentativas de suicídios. Este trabalho, seguindo um ranking de categorias de violências autoinfligidas, analisa apenas os atos suicidas devido à gravidade do fenômeno. O fenômeno das ideações suicidas será explorado numa publicação dedicada exclusivamente ao tema.

Fatores sociodemográficos

Mulheres tentam mais suicídios do que homens tanto na população geral quanto nas organizações policiais, segundo evidências encontradas por pesquisas internacionais e nacionais³⁴. Os dados do diagnóstico realizado na PMERJ, conforme mencionamos no segundo capítulo, não permitiram chegar a conclusões confiáveis a esse respeito, uma vez que o número de policiais militares do sexo feminino é desproporcional ao de participantes do sexo masculino³⁵. O tamanho da amostra (n=22) também comprometeu a significação estatística das associações entre idade, estado civil e cor/raça na análise das tentativas de suicídio.

Quanto à filiação religiosa, o sociólogo francês Émile Durkheim concluiu que os protestantes são mais vulneráveis a cometer suicídio do que os católicos³⁶. O autor explica que essa diferença está na questão da intolerância religiosa entre protestantes em comparação aos dos católicos. O protestante transfere maior responsabilidade individual aos seus atos. Por outro lado, entre os católicos a tendência seria o contrário. A pesquisa na PMERJ confirmou a hipótese de Durkheim. Dos 22 policiais suicidas da amostra, onze se declararam evangélicos; cinco católicos e um kardecista. Cinco do total de policiais suicidas disseram não ter religião, mas acreditar em Deus. Apesar do modesto coeficiente de correlação, a filiação religiosa é estatisticamente significativa na análise dos casos de tentativas de suicídio.

Especialistas contemporâneos (STACK, S., 1983; STARK, R., et alii, 1983; ALMEIDA, A. M.; NETO, F. L., 2004), por outro lado, argumentam que a religiosidade (frequências aos cultos ou rituais religiosos) é mais adequada à compreensão da vulnerabilidade do fenômeno suicida. A amostra investigada nos permitiu visualizar essa questão. Dos 17 policiais militares que disseram ter religião, dez frequentavam as suas atividades religiosas menos de uma vez por semana. Os católicos que tentaram suicídio foram

³⁴ HESKETH, J. L.; CASTRO, A. G. de. "Fatores correlacionados com a tentativa de suicídio". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 12, p. 138-46, 1978. MITCHELL, A. J.; DENNIS, M. "Self Harm and Attempted Suicide in Adults: 10 Practical Questions and Answers for Emergency Department Staff". *Emergency Medicine Journal*, v. 23, n. 4, p. 251-255. 2006.

³⁵ Dos 22 casos declarados, apenas uma policial do sexo feminino confessou ter tentado por "fim" em sua própria vida. XIMENES, L. F. Lidando com tentativas de suicídio em um serviço de emergência: estudo compreensivo de representações e práticas médicas. 2004. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2004.

³⁶ Durkheim, É. *O suicídio*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

aqueles que informaram frequentar nunca ou quase nunca – ou em comemorações especiais – os seus cultos religiosos. O esperado é que quanto maior for a frequência aos cultos, menor será a prevalência de casos de suicídio de um determinado grupo social. Em nossa amostra, a filiação religiosa contou muito mais do que a religiosidade (a frequência aos cultos religiosos), no que diz respeito à proteção ao comportamento suicida entre policiais.

Por último, Arun et alii (2004)³⁷, estudando a relação entre o comportamento suicida entre pacientes internados no Sul da Índia, constataram que a maior incidência de casos de tentativas de suicídios estava entre os de baixo nível de escolaridade. O diagnóstico na PMERJ não chegou ao mesmo resultado. Cinquenta e quatro por cento dos casos de tentativas de suicídio declararam ter o ensino médio completo e 27% o curso superior incompleto. A amostra novamente comprometeu a significação estatística da associação entre escolaridade e as tentativas de suicídio.

Condições de trabalho

A satisfação com o trabalho na PMERJ está associada negativamente com tentativa de suicídio³⁸. Quatorze dos policiais militares que tentaram suicídio em algum momento de sua vida disseram estar “muito insatisfeitos e insatisfeitos” com o seu trabalho na PMERJ. Enquanto que quatro disseram estar “nem insatisfeito e nem satisfeitos”; e 4 satisfeitos. Nenhum dos casos se declarou “muito satisfeitos”.

Moraes, L.F. R. et alii (2000) investigou a qualidade de vida e o estresse no trabalho da Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG). Essa pesquisa constatou que os níveis de estresse mais elevados entre policiais militares mineiros estavam associados à insatisfação com a PMMG. O nível de satisfação com o trabalho, por sua vez, está correlacionado com a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). A promoção de maior satisfação

³⁷ ARUN, M. et alii. “ParaSuicide: An Approach to Profile of Victims”. *Journal of Indian Academy of Forensic Medicine (JIAFM)*, v. 26, n. 2. 2004, p. 58-61.

³⁸ O coeficiente de correlação de Kendall's tau-b entre tentativa de suicídio e satisfação em trabalhar na PMERJ foi de -0,27. Pelo mesmo coeficiente de correlação, medimos a força das relações entre variáveis nominal e ordinal.

entre os membros da polícia mineira, segundo os autores, passa pela revisão de aspectos da cultura organizacional e das políticas de recursos humanos.

Na tabela 12, estão os achados que confirmam as evidências encontradas pelo estudo com policiais militares do estado de Minas Gerais. O coeficiente de correlação entre satisfação e tentativa de suicídio na PMERJ foi relativamente forte e negativo (-0,27). Isso significa dizer que policiais militares mais insatisfeitos em trabalhar na PMERJ são os mais suscetíveis a tentar suicídio. Os relatos de policiais, lotados no 10º Batalhão em Barra do Piraí, reforçam as evidências identificadas pelo *survey*. Um relato muito frequente entre os policiais militares que tentaram suicídio é o desabafo sobre a insatisfação com o serviço na PMERJ.

[...] O ser humano erra várias vezes, mas o policial, nós não podemos errar uma vez. Aí vem insatisfação completa com o meu serviço, insatisfação integral, até culminar numa depressão, num transtorno obsessivo compulsivo; eu não sabia o que é que era até eu disparar contra o peito uma pistola .40, que eu fui ver o que é que eu tinha, já estava agravado, já estava suprimido na minha cabeça, e não consegui mais trabalhar; aí encerrei minha carreira com, praticamente, 15 anos de polícia, vida útil de um policial que foi instrutor de tiro e munição no 10º Batalhão e de vários outros batalhões; eu dava instrução de tiro e munição. E descobri uma coisa: várias pessoas que eu formei morreram, vários conhecidos meus foram atacados por bandidos, foram mortos, acidente de trânsito; só desgraça, só desgraça (Policial militar praça, Operacional).

Essa insatisfação está relacionada a vários aspectos do trabalho policial. Para ilustrá-la, a pesquisa analisou seis categorias profissionais. A tabela 12 mostra o ranking dos maiores aos menores coeficientes de correlação: infraestrutura e recursos materiais disponíveis no atual local de trabalho (-0,18); o reconhecimento profissional pela polícia (-0,17); oportunidades de ascensão na carreira (-0,16); treinamento (-0,16); apoio do comando (-0,14) e valorização social (-,014).

Oito dos policiais “suicidas” responderam que estavam insatisfeitos; cinco muito insatisfeitos; quatro “nem insatisfeito e nem satisfeito”; e quatro satisfeitos com os recursos materiais de trabalho oferecidos pela PMERJ. Apenas um policial militar confessou estar “muito satisfeito”. No que diz respeito ao reconhecimento profissional pela instituição, 20 policiais que tentaram suicídio disseram estar “muito insatisfeitos e insatisfeitos” com o reconhecimento profissional na PMERJ.

TABELA 12 – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E TENTATIVAS DE SUICÍDIO

CONDIÇÕES DE TRABALHO	CORRELAÇÃO	P-VALOR
Satisfação com trabalho na PMERJ	-0,27**	0,00
Infra-estrutura e os recursos materiais de trabalho	-0,18**	0,00
Reconhecimento profissional pela Instituição	-0,17**	0,00
Oportunidades de ascensão na carreira policial militar	-0,16**	0,00
Frequencia de Treinamento realizado pela Polícia nos últimos 5 anos	-0,16**	0,00
Apoio dado pelo Comando Geral à Tropa	-0,14**	0,01
Valorização da Sociedade Carioca	-0,14*	0,01

* Nível de significância de 95%

** Nível de significância de 99%

A insatisfação com o reconhecimento do profissional de segurança pela PMERJ também está presente nos relatos de policiais militares que denunciaram os efeitos perversos dos serviços extras sem avisos prévios. Esse tipo de escala é fonte de estresse, pois ela desorganiza não somente as atividades internas à corporação, mas também a vida pessoal do policial. Outro fator estressor do serviço extra é quando um policial é designado a executar atividades para as quais ele não está habituado a realizar no seu cotidiano de trabalho. O policial pode ser convocado a trabalhar em outro batalhão, em jogos de futebol e eventos festivos.

A vivência trágica de um policial, lotado no setor administrativo é um bom exemplo. A história é de um policial que foi escalado para fazer um “serviço extra” na rua e acabou sendo vitimizado. Essa experiência, embora não seja uma situação recorrente, pelo menos entre os policiais da amostra pesquisada, expõe como as escalas extras funcionam e exemplificam as péssimas condições de trabalho na PMERJ. Um policial colega da vítima nos contou como aconteceu o episódio:

Segunda foi enterro de um colega aqui, ele foi escalado no Rock in Rio e trabalhava aqui na parte administrativa. É o que acontece. Assim como todos nós, ele trabalha com imagem, eu trabalho com imagem, com notícias; então o estado quer tapar o buraco, você não tem um efetivo suficiente, então tem um megaevento como Rock in Rio é um evento particular, só que a responsabilidade do policiamento externo é da polícia militar; então você é escalado fora do seu ambiente de trabalho (...), quer dizer, você sai do seu ambiente natural de trabalho em que você atua; uma coisa que você está rotineira na massa do sangue. Escalaram um colega lá no Rock in Rio, ele pagou com a vida na segunda-feira. Ele morreu. Ele tirou o serviço dele lá à noite, quer dizer, o serviço nosso é aqui durante o dia, ele tirou serviço no Rock in Rio à noite; 5h30 da manhã, vindo embora pra casa, foram assaltar a moto dele e ele morreu; tava com a farda dentro da bolsa, né? Com a arma na cintura você é obrigado a se deslocar com o seu fardamento, porque a gente foi pro Batalhão 31 na Barra. Você não tem armário no batalhão. Obrigatoriamente você tem que ter um carro ou ter algum lugar pra você guardar o seu fardamento; quer dizer, a corporação, a instituição, não respeita o seu profissional. Você tem minimamente uma condição de trabalho, um armário, um local pra você fazer uma refeição (Policial militar praça, setor administrativo).

Uma segunda narrativa, compartilhada por um policial lotado no 40º Batalhão, nos ajuda a compreender a relação entre o uso abusivo dos serviços extras e o adoecimento mental. Nas palavras do policial:

[] O que aconteceu foi o seguinte. Foi muito simples, eles me botaram pra psiquiatria, porque eu me revoltei com eles, entende? Eu acho que foi a forma que eles acharam de... porque problema mental, eu não tenho. O que aconteceu foi o seguinte: eles estavam me botando de serviço extra direto, eu estava entrando de serviço extra direto, a minha carga horária estava sendo excedida; eu pegava seis horas da manhã, aí eu ia pra Fazendinha, no Complexo do Alemão; a minha rendição, no Complexo do Alemão, era às oito da manhã; quer dizer, era pra ser de seis às seis, a rendição era às oito, então, eu já estava trabalhando duas horas a mais pro estado; eu chegava aqui, no batalhão, quase às 10 horas da manhã; então, quer dizer, eu trabalhava quatro horas a mais pro estado, sem nenhum tipo de recompensa, nem financeira, nem recompensa de folga, e muito pelo contrário, me botavam a segunda folga de extra.

[.....] Então, eu já estava perdendo até o convívio com a minha família, porque o final de semana que eu tinha pra passar com os meus filhos, que não moram comigo, eu não podia porque eu estava de extra; isso tudo foi mexendo muito, me abalou muito. Então, eu peguei, vim aqui pro quartel, e dei um monte de tiro aí dentro; foi a forma que eu achei de extravasar o que eu estava passando. Então, quando aconteceu isso, de imediato, eles pegaram, tomaram a minha arma, e me levaram pro HCPM (Policial militar praça, Operacional).

A insatisfação com as oportunidades de ascensão na carreira policial militar é o terceiro coeficiente de correlação mais forte (-0,16). Dez dos policiais que tentaram suicídio confessaram estar muito insatisfeitos, e seis disseram estar “insatisfeitos” com as oportunidades de promoção na carreira oferecidas pela instituição. Em contrapartida, dois policiais do mesmo grupo declararam estar “nem insatisfeitos e nem satisfeitos” e quatro responderam estarem “satisfeitos” com as oportunidades de ascensão na polícia. A pesquisa não encontrou policiais, que tentaram suicídio, muito satisfeitos em trabalhar na PMERJ.

Apesar do modesto coeficiente de correlação³⁹, a frequência de treinamento oferecido pela polícia nos últimos cinco anos está estatisticamente associada à tentativa de suicídio. Dez policiais “suicidas” disseram não ter feito nenhum treinamento nos últimos cinco anos; nove declararam ter recebido de uma a duas vezes. Enquanto que dois declararam ter recebido de três a cinco vezes e um disse ter treinado mais de cinco vezes no referido período.

A quinta categoria associada aos casos de tentativas de suicídio é a insatisfação com “o apoio dado pelo comando geral à tropa”⁴⁰. Dos 22 casos de tentativas, 37% insatisfeitos; 23% disseram estar “muito insatisfeitos”; 27% “nem insatisfeito e nem satisfeito” e 18% satisfeitos. Nenhum dos casos declarou estar “muito satisfeito” com o apoio dado pelo Comando Geral da época à Tropa.

O sexto e último indicador de insatisfação associado à tentativa foi a valorização social⁴¹. Dezenove desabafaram estar “muito insatisfeitos e insatisfeitos” com a falta de reconhecimento da população do estado do Rio de Janeiro. Enquanto que dois casos disseram estar “nem insatisfeito e nem satisfeitos” e um caso disse estar “satisfeito” com a percepção social no que diz respeito ao seu trabalho.

³⁹ Com o coeficiente de correlação de -0,16 no nível de significância de 99%.

⁴⁰ Com o coeficiente de correlação de -0,14 no nível de significância de 99%.

⁴¹ Com o coeficiente de -0,14, no nível de significância de 99%.

Essas estatísticas indicam que os entrevistados, que se declararam “mais insatisfeitos” e “insatisfeitos” com os recursos materiais disponíveis no seu ambiente de trabalho; a falta de reconhecimento da Corporação; a falta de oportunidades de ascensão na profissão; a falta de apoio dado à tropa e a visão estigmatizada da sociedade do estado do Rio de Janeiro em relação ao trabalho policial são os mais suscetíveis a tentar contra a sua própria vida.

Situações de risco e vitimizações sofridas por policiais militares nos últimos 12 meses

Teorias fundadas nas abordagens das oportunidades ganharam destaque nos estudos de crimes/vitimização. A teoria das atividades rotineiras – *Routine Activity Approach*, desenvolvida por Cohen e Felson (1979) – é uma delas. Os autores buscam explicar a relação entre vítima e ofensor não por meio das características dos criminosos, mas das circunstâncias em que os crimes ocorrem. A proximidade entre ofensor e vítima, a exposição e a atratividade da vítima em potencial são fatores geradores de oportunidades para a ocorrência do evento de crime/vitimização. A exposição refere-se à visibilidade ou à acessibilidade física da pessoa ou do objeto alvo do crime para o criminoso.

Uma segunda teoria baseada na perspectiva das “oportunidades” é o de Hindelang et alii (1978). Os autores investigaram como o estilo de vida – *Life-Style Model* – do indivíduo e as oportunidades geradas por ele influenciam a probabilidade de vitimização. O pressuposto aqui é o de que o estilo de vida adotado pelos indivíduos influencia o nível de risco das situações as quais se submetem.

Inspirados nos principais argumentos das abordagens das oportunidades do crime/vitimização, testamos a correlação entre situações de risco vivenciadas no exercício das atividades policiais, as vitimizações sofridas nos últimos 12 meses e as tentativas de suicídio. Partimos da hipótese de que quanto mais frequente a exposição às situações de risco de vitimização, maior a vulnerabilidade de policiais militares aos pensamentos e a tentativas de suicídio.

Cem por cento dos policiais militares, que declararam atos suicidas, confessaram também ter vivenciado situações de risco no exercício de suas atividades profissionais. A mais comum, segundo os entrevistados, foram as situações de “confrontos físicos e

armados” e “incurções em favelas”. Desse total, quinze policiais contaram ter participado de operações de risco em que seus colegas tenham sido alvejados. Dez deles presenciaram a perda de um colega e/ou amigo por arma de fogo de uma a três vezes em serviço. Não encontramos associações estatisticamente significativas entre situações de risco e vitimizações e as tentativas de suicídio comunicadas. Esse resultado provavelmente se deve ao limitado número de casos de tentativas de suicídio.

As entrevistas biográficas, todavia, sugerem a existência de associação entre situações de risco (confrontos físicos e armados) e as perdas de colegas em serviço na análise das tentativas de suicídio. Muitos policiais militares mencionaram ter perdido parceiros de trabalho em confronto armado, e ao mesmo tempo desabafaram que tiveram que socorrer os mesmos, regressar ao batalhão e, imediatamente, serem (re)encaminhados por seus superiores aos postos de trabalho.

Essa prática ao longo de 30 anos de carreira pode acarretar negativas consequências para a saúde mental do policial. Uma delas são os sintomas de desordem de estresse pós-trauma (DEPT). A pesquisa na PMERJ constatou que os sintomas da DETP estão presentes tanto nas falas de policiais, que declararam pensamentos suicidas e tentativas de suicídios, quanto de policiais que não pensaram e nem tentaram. Os sintomas mais comuns nos três grupos de entrevistados são: lembranças repentinas, flashbacks (datas, lugares, pessoas, situações parecidas, notícias, cheiros etc) e anestesia (*numbing*, que se refere à incapacidade de ter e expressar vários sentimentos) (SOARES et alii, 2007).

Um cabo da polícia militar descreve como a perda de sensibilidade (*numbing*) é comum na medida em que policiais vivenciam situações violentas e traumáticas no exercício de sua profissão.

[...] Mas é que, infelizmente, o primeiro processo que você sofre é a perda da sua sensibilidade. Por exemplo, o colega morreu domingo de manhã, segunda-feira foi o enterro dele, né? E tá todo mundo trabalhando normalmente. A vida continua? A vida continua. Mas é tratado só como número. Só estão preocupados em arranjar mais um. Quando eu fui lá dar ciência ao major que nós estaríamos aqui pra dar entrevista, já tem um policial apresentando a ficha pra ela e ela já está assinando quem vem pra cá e acabou; só quem vai lamentar a falta dele vai ser o filho, a esposa ou a ex-esposa, não sei. Aqui ele não existe mais. As coisas dele são colocadas dentro de um saco (Policial militar praça, Operacional).

Em circunstâncias em que o próprio policial militar é alvejado com algum ferimento grave, dados do *survey* mostram que há uma associação estatística significativa na análise das tentativas de suicídio, porém, modesta. Isso significa dizer que policiais militares, que disseram ter sofrido algum ferimento grave em situação de confronto, estão “sujeitos” a tentar contra a sua própria vida (consultar tabela 13).

TABELA 13 – CORRELAÇÕES ENTRE SITUAÇÃO DE RISCO, VITIMIZAÇÕES E TENTATIVAS DE SUICÍDIO

VARIÁVEIS	CORRELAÇÃO	P-VALOR
Situação de risco no exercício de sua profissão		
Teve algum ferimento grave no exercício de suas atividades profissionais	0,18*	0,02
Violências não letais sofridas por PMs nos últimos 12 meses por alguém do seu convívio		
Amedrontamento ou perseguição	0,23*	0,01
Insulto, humilhação e xingamento	0,20**	0,03

* Nível de significância de 95%

** Nível de significância de 99%

Dois situações de vitimização sofridas nos últimos nos últimos 12 meses estão associadas estatisticamente com os casos de tentativas de suicídio. São elas: as de “amedrontamento ou perseguição”⁴² e os “insultos, humilhações ou xingamentos”⁴³. Embora não tenhamos controlado pelo momento da última tentativa, observamos que as “situações de violência verbais” sofridas por policiais nos últimos 12 meses estão estatisticamente associadas aos casos de tentativas de suicídio.

Essas estatísticas nos levam a concluir que policiais militares da amostra que disseram ter sido vítimas de agressões emocionais (amedrontamento, insultos, humilhações ou xingamentos), nos últimos 12 meses, estão sujeitos a tentar suicídio em algum momento de suas vidas.

⁴² O coeficiente de correlação de 0,23 no nível de significância de 95%.

⁴³ O coeficiente de 0,20 no nível de significância de 99%.

Saúde e qualidade de vida

O primeiro indicador que iremos comentar é o de qualidade de vida. Minayo e colaboradores (2003; 2008) definiram a qualidade de vida como categoria que possui sentido objetivo e subjetivo quanto a condições, situações e estilos de vida. O presente estudo compreende que o conceito de qualidade de vida está associado a hábitos saudáveis, à satisfação na vida familiar, profissional e ambiental.

Dos 22 casos observados, quatorze disseram que não fazem exercícios físicos. A correlação entre exercício físico e violência autoprotetida contra a própria vida é modesta, porém estatisticamente significativa⁴⁴ Esta estatística indica que policiais, que não têm o hábito de praticar atividades físicas com regularidade, estão suscetíveis a tentar suicídios. As biografias sinalizam que conflitos no trabalho afetam as relações interpessoais na família e vice-versa. Esse é um dado citado pela maioria dos policiais entrevistados, inclusive, pelos que disseram não ter pensado e nem tentado (grupo controle). Um policial militar praça, lotado no Batalhão de Operações Especiais (Bope), narra o sofrimento no ambiente de trabalho e na vida pessoal de policiais da PMERJ:

Se o Sr. fosse escrever o seu livro, por onde começaria?

Começaria, pela minha corporação na polícia militar. Como sonho, isso aí, depois disso, a construção da minha família ao meu lado. Esposa, filhos. E a transformação que, na luta diária na profissão, por mais que eu queira, é... Viver a minha vida pessoal, na verdade a gente vive mais a vida profissional no nosso caso do que a vida pessoal, porque a gente leva os problemas daqui pra casa, as ocorrências que a gente se envolve, as coisas que a gente assiste, a insensibilidade de você, você não pode geralmente você não pode demonstrar pros seus colegas quando você se sensibiliza com uma situação que você vê aqui na polícia militar, ou com um cidadão aqui fora [...]

[...] A história da polícia militar é a covardia, do regulamento, que eu acho o regulamento desigual. O exemplo da profissão, a punição dentro da polícia militar, dos praças dos oficiais, os praças são mais cobrados, são punidos mais severamente do que o oficial, quando o oficial comete um ato, digamos assim, se corrompeu algum valor de... O prazo é de imediato, ele é julgado e excluído da polícia militar, o oficial geralmente botam panos quentes, botam ele no cantinho... Passa-se um tempo, promovem ele e ele continua na polícia militar. Isso pra mim é decepcionante.

⁴⁴ O coeficiente de correlação Phi foi de $-0,19$ no nível de significância estatística de 99%.

[...] A minha família, que é o meu suporte, a minha esposa, o meus filhos, quando eu chego em casa, dá alegria de conviver com eles, a vida também é diferente daqui . Só que também por um lado, eu levo essa influência do militarismo pra dentro de casa, eu acabo levando isso pra dentro de casa, às vezes eu sou... Às vezes eu trato a minha esposa como se eu estivesse no quartel, eu esqueço isso e levo isso (Policial militar praça, Operacional).

A associação estatística entre a saúde física e mental e tentativas de suicídio foi medida a partir de quatro indicadores de saúde, a saber: (1) a utilização dos serviços de psiquiatria e psicologia da PMERJ; (2) o uso dos serviços de psiquiatria e psicologia da rede privada; (3) ter pesadelos e (4) problemas com o sono.

Os serviços de psicologia e psiquiatria da PMERJ apresentam significância estatística na análise das tentativas de suicídio⁴⁵ (Ver tabela 14). Dos 22 casos, mais da metade dos policiais declararam ter consultado com psicólogos. E dez fizeram e/ou estavam fazendo tratamento psiquiátrico no Hospital Central da Polícia Militar (HCPM).

TABELA 14 – CORRELAÇÕES ENTRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E TENTATIVAS DE SUICIDIO

VARIÁVEIS	CORRELAÇÃO	P-VALOR
Serviços de Saúde Mental		
Utilização de serviços de psiquiatria oferecido pela PMERJ	0,48*	0,00
Utilização de serviços de psicologia oferecido pela PMERJ	0,41*	0,00
Utilização de serviços de psicologia oferecido FORA da PMERJ	0,19*	0,01
Utilização de serviços de psiquiatria oferecido FORA da PMERJ	0,08	0,28
Problemas com Sono e/ou Pesadelo		
Ter pesadelos	0,40**	0,00
Dificuldades para adormecer a noite, acordar frequentemente à noite e acordar muito cedo pela manhã	0,31*	0,00

* Nível de significância de 95%

** Nível de significância de 99%

Não obstante, a procura pelos serviços psicológicos e psiquiátricos da rede privada de saúde não é usual. Apenas cinco policiais, dos que tentaram suicídio, confessaram ter recorrido a um psicólogo da rede de saúde privada. E ao tratamento psiquiátrico, apenas dois.

⁴⁵ Coeficientes de 0,41 e 0,48 no nível de significância de 95%.

Na tabela 14 também estão os coeficientes de correlação entre tentativas de suicídio e o uso dos serviços de saúde mental fora da PMERJ. Trata-se de uma modesta correlação⁴⁶, porém significativa para os atendimentos psicológicos. O mesmo não é observável no que diz respeito aos serviços psiquiátricos. Não há correlação estatística significativa entre este tipo de serviço e os casos de tentativa analisados.

As biografias esclarecem que o desinteresse por esses serviços se deve, em grande parte, a questões econômicas e ao preconceito. O custo do serviço de psiquiatria no país é muito alto, tornando-o menos acessível a um público cuja renda média mensal declarada é de R\$ 2.000,00.

Os tabus em torno da saúde mental são frequentes no ambiente de trabalho da PMERJ. Policiais que sofrem de doenças mentais são rotulados pelos colegas e superiores por “malucos”. Muitos dos policiais em tratamento psiquiátrico confessaram que seus pares e superiores passaram tratá-los com distância e estranhamento após a tentativa de suicídio.

Essa rejeição pode ser explicada pela imagem do policial herói, guerreiro e missionário construída durante toda a sua formação. Muitas etnografias sobre a vida na Caserna nos ensinaram que policiais militares são profissionais de segurança pública treinados para cumprir ordens sem direito de errar (MUNIZ, 1999). O mito de heroísmo faz do policial um profissional inflexível e perfeccionista. Essa condição de rigidez acaba sendo cristalizada no adoecimento emocional, que muitas vezes pode levar à ideiação suicida e ao planejamento da própria morte, e até o ato em si.

Guimarães (2015) elucida que quando um dos membros da PMERJ apresenta uma doença mental, ele rompe com os valores primordiais da corporação. A condição de adoecimento dos policiais se torna um fator secundário. A reação dos pares é, por vezes, de completo estranhamento deste novo sujeito. Sua enfermidade é ignorada e, para manter intacta a imagem do intrépido guerreiro, os pares daqueles que adoecem iniciam o processo contínuo de estigmatização/rotulação, elucida a autora (Idem, p. 128).

O comportamento suicida e o tratamento psiquiátrico, contam os policiais, estão correlacionados a estereótipos e a punições. A experiência do cabo Silva ilustra o quanto o estigma em torno do ato suicida é preocupante na instituição. A indiferença dos membros da Corporação (pares e superiores) está expressa na omissão de apoio institucional e no tratamento da policial “suicida” após a tentativa de suicídio. Nas palavras de um policial que tentou suicídio duas a três vezes:

⁴⁶ Com o coeficiente de 0,19 no nível de confiança de 95%.

“Fiquei 15 dias em casa; quando eu voltei pra trabalhar, eu estava trabalhando já com arma de fogo, normalmente. Não entrei nem em SINA – Serviço Interno Não Armado. Quando eu voltei, eu fiquei seis dias detido no batalhão, preso. É. Meu tratamento foi esse. Eu fiquei dois dias hospitalizado, e 15 dias em casa. No 16º dia, eu voltei à companhia. Me entregaram à tropa, e fui punido. Por disparo de arma de fogo em via pública. Entendeu? Só que tem um erro aí; eu li “Disparo de arma de fogo em via pública”, quando não há um fixo; o fixo era eu; eu não dei disparo a esmo; eu era o alvo. Então não foi disparo a esmo, foi um tiro consciente, em mim mesmo, não foi inconsciente. E fiquei seis dias no batalhão. Agravou? Muito. Ao invés da polícia me dar apoio psicológico, me tratar, não; primeiro, ela me puniu. Por isso que eu não procurei... todas foram... todas as minhas perguntas que foram feitas, por intermédio da polícia, eu falo que não, e não vou procurar; o motivo é que eu estava realmente doente; agora vou caminhar com as minhas próprias pernas, e vou ter que me cuidar, por quê? Está me entendendo? Não tive apoio nenhum. Nenhum, nenhum”. (Policial militar praça, Operacional).

Além do preconceito institucional, policiais em situação de vulnerabilidade psíquica e emocional “temem” ter a sua arma acautelada, embora esse procedimento não faça parte do regulamento interno da Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro. Daí a razão para muitos deles não buscarem o serviço de psiquiatria no HCPM. Mais da metade dos policiais “suicidas” alegam que a suspensão do acesso à arma de fogo pode comprometer a sobrevivência material. O serviço de segurança privada é a segunda opção de rendimento mensal para a grande maioria dos policiais militares da PMERJ.

Por último, o quarto fator, que compromete a decisão do policial militar pelo tratamento psiquiátrico, é a perda das bonificações financeiras pagas aos profissionais de segurança em condição de “APTO A”⁴⁷.

Problemas com o sono é um sintoma altamente correlacionado a transtornos mentais e comportamentais, segundo especialistas⁴⁸. A tabela 14 evidencia que os casos de tentativa de suicídio declarados possuem fortes relações com pesadelos⁴⁹ e dificuldades

⁴⁷ Policial em condição APTO A não possui restrição médica para o manuseio de arma de fogo e/ou trabalho de policiamento ostensivo.

⁴⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção de suicídio: um manual para profissionais de saúde em atenção primária. Transtornos Mentais e Comportamentais*. Departamento de Saúde Mental. Genebra, 2000.

⁴⁹ Coeficiente de 0,40 no nível de confiança de 99%

para “adormecer a noite e acordar frequentemente à noite e acordar muito cedo pela manhã”⁵⁰. Dos 22 casos de tentativas, 19 disseram ter problemas com o sono. Oito policiais confessaram ter pesadelos “quase sempre ou sempre” e dez “algumas vezes”. Em contrapartida, apenas um confessou ter pesadelo “quase nunca” e três “nunca”.

TABELA 15 – CORRELAÇÕES ENTRE INDICADORES DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE E TENTATIVAS DE SUICÍDIO

VARIÁVEIS	CORRELAÇÃO	P-VALOR
Indicadores de Depressão		
Se sentir "para baixo", deprimido/a sem perspectiva nas duas últimas semanas	0,40**	0,00
Pouco interesse nas atividades de trabalho nas duas últimas semanas	0,35**	0,00
Sentimento de fracasso ou decepção por ter frustrado a sua família ou a si mesmo nas duas últimas semanas	0,37**	0,00
Desejos de matar ou ferir de alguma maneira outra pessoa	0,26**	0,00
Se sentir cansado/a ou com pouca energia na duas últimas semanas	0,24**	0,00
Indicadores de Ansiedade		
A sensação de medo e pânico nas duas últimas semanas	0,35**	0,00
Dificuldades de se concentrar nas coisas, como ler jornal ou ver TV nas duas últimas semanas	0,32**	0,00

** Nível de significância de 99%

Os sintomas de depressão são tidos pela literatura especializada como fatores de risco para o comportamento suicida na população geral⁵¹. A pesquisa também encontrou uma forte relação entre indicadores de depressão e as tentativas informadas. São eles: “Se sentir para baixo, deprimido/a sem perspectiva nas duas semanas de referência”; “Sentir pouco interesse nas atividades de trabalho nas duas semanas de referência”; e “Ter um sentimento de fracasso ou decepção por ter frustrado a sua família

⁵⁰ Coeficiente de 0,31 no nível de confiança de 95%.

⁵¹ BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. “Suicide and Psychiatric Diagnosis: A Worldwide Perspective”. World Psychiatry, v. 1, n. 3. 2002, p. 181-185; World Health Organization. (2014). Country reports and charts available. Recuperado de <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html>.

ou a si mesmo nas duas semanas de referência”. Em relação ao primeiro indicador, 13 dos casos disseram se sentir para “baixo” na semana de referência entre “todos os dias”; “várias vezes ao dia” até “algumas vezes ao dia”. Por outro lado, oito disseram se sentir para “baixo” entre “poucas vezes a nunca”.⁵²

Dezesseis dos casos suicidas responderam que sentiram pouco interesse pelas suas atividades de trabalho na semana de referência entre “todos os dias”; “várias vezes ao dia” até “algumas vezes ao dia”. Enquanto que cinco do mesmo grupo confessaram ter se sentido da mesma forma “raramente ou nunca”⁵³. Apenas um policial que tentou suicídio não respondeu a referida pergunta. Finalmente, no que diz respeito ao terceiro indicador, onze policiais disseram “ter um sentimento de fracasso ou decepção por ter frustrado a sua família ou a si mesmo nas duas semanas de referência” e os demais confessaram ter se sentido da mesma forma “entre poucas vezes ao dia a nunca”⁵⁴.

A literatura especializada⁵⁵ também afirma que transtornos de ansiedade são fatores associados à tentativa de suicídio. A pesquisa na PMERJ confirmou esse achado. Para tal, dois indicadores foram testados. O primeiro é “ter a sensação de medo e pânico nas duas semanas de referência”. O segundo indicador é “ter dificuldades de se concentrar nas coisas como ler jornal ou ver TV nas duas semanas de referências”. Ambos apresentam correlações positivas no nível de significância de 99% (Ver tabela 15). Quatorze policiais disseram ter tido dificuldades para se concentrar nas atividades cotidianas nas duas semanas de referência. Oito policiais militares declararam ter dificuldades para se concentrar “entre poucas vezes ao dia; raramente a nunca”.

As conversas informais com técnicos e médicos do setor de psiquiatria do Hospital Central da Polícia Militar (HCPM) confirmaram os resultados obtidos pelos questionários e pelas entrevistas biográficas. Entre os problemas de saúde mais citados pelos psiquiatras da PMERJ estão: a alteração de humor, depressão, psicose, insônia, dificuldades para se concentrar, os sintomas de ansiedade, cansaço, irritabilidade, angústia, nervosismo e ideação homicida.

⁵² O coeficiente de correlação de *Kendall's tau b* foi alto, isto é, 0,40 no nível de significância de 99%.

⁵³ Essa correlação teve o coeficiente de 0,35 no nível de significância de 99%.

⁵⁴ O coeficiente de correlação dos indicadores de depressão foi de 0,37 no nível de significância de 99%. Esse coeficiente explica 13% respectivamente da variância.

⁵⁵ BOTEGA, J. N. et alii. “Comportamento suicida: epidemiologia”. *Revista de Psicologia*, v. 25, n. 3, 2014, p. 231-236.

Capital social e relações interpessoais dentro e fora da polícia

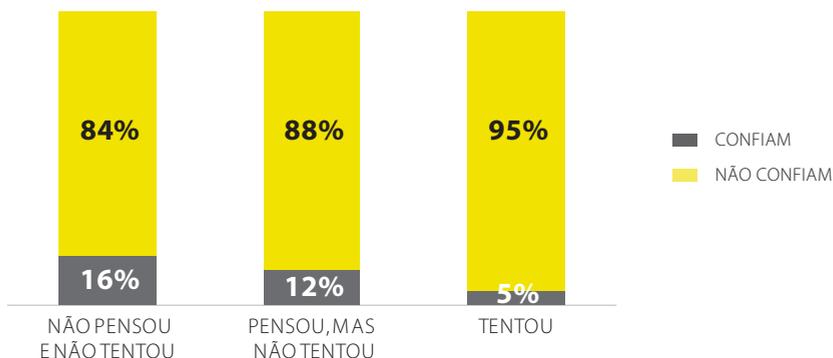
As relações sociais entre policiais militares fora e dentro de sua instituição é a quinta dimensão investigada. Capital social é entendido como produto de redes de relações entre indivíduos e grupos. A associação entre capital social e vitimização se dá em três direções: a primeira delas é maior capital social, menor a probabilidade de crime e vitimização. A segunda: maior capital social, menor a propensão ao crime; e terceiro: maior o nível de capital social, maior a possibilidade de superação de situações traumáticas (SOARES et alii, 2007, p. 173-175).

Partimos da hipótese de que capital social (redes de relações sociais) é um fator de proteção contra os pensamentos e as tentativas de suicídios. As possíveis interações entre capital social e tentativa de suicídio foram analisadas nesta seção à luz de três indicadores. São eles: a confiança interpessoal (em relação às pessoas de dentro e fora do ambiente de trabalho), sociabilidade informal (redes de contatos entre familiares, amigos, grupos religiosos e de auto-ajuda) e a participação cívica (associativismo).

CONFIANÇA INTERPESSOAL

O primeiro indicador analisado é o nível de confiança interpessoal. Quando comparamos o nível de confiança interpessoal entre policiais militares nos três grupos de entrevistados, observamos que os que tentaram suicídio são os que menos confiam no próximo (consultar gráfico 9).

GRÁFICO 9 – IDEIAÇÃO E TENTATIVA SUICIDA DOS POLICIAIS MILITARES SEGUNDO CONFIANÇA NAS PESSOAS



* P-Valor < 0,004

Dos 22 casos de tentativa de suicídio, 95% não confiam no outro. O segundo grupo “mais desconfiado” são os que pensaram, mas não tentaram, com 88% dos casos (n=50). Por último, no grupo dos que nem pensaram e nem tentaram, 84% disseram não confiar nas pessoas do seu convívio. Trata-se de uma diferença modesta, porém estatisticamente significativa.

O mesmo padrão de respostas é observável em relação ao nível de confiança interpessoal entre os colegas de trabalho na PMERJ. Os policiais que tentaram se destacam em comparação aos demais grupos. Dos 22 casos, apenas dois policiais disseram confiar nos seus colegas de trabalho. Entre os que comunicaram ideação suicida (n=50), oito policiais militares confessaram acreditar nos seus colegas de trabalho. Entre os policiais, que não “pensaram e nem tentaram suicídio” (n=152), trinta e oito disseram confiar nos seus pares.

Os dados sugerem que há não associação entre o nível de confiança interpessoal nos colegas de trabalho e os casos de tentativas de suicídio. As entrevistas biográficas, por outro lado, indicam que policiais militares desconfiados de seus pares, superiores e da sociedade em geral são os mais suscetíveis a tentar suicídio.

SOCIABILIDADE INFORMAL

Esse indicador mede o volume de contatos, interações e de comunicação de policiais militares (casos de tentativas de suicídio e controles) no trabalho e na família. Embora, a intensidade da associação entre a sociabilidade informal e as tentativas de suicídio “comunicadas” por policiais militares tenha sido modesta, as correlações foram significativas nos níveis de 95% e 99% respectivamente.

A tabela 16 mostra as categorias de relações interpessoais estão negativamente correlacionadas às tentativas de suicídio em algum momento da vida. As mais fortes correlações foram com os seguintes indicadores: 1) “Sair para ‘baladas’ com amigos e colegas de turma de formação”; 2) “Visitar outros amigos”; e, 3) “Fazer churrasco em suas próprias casas com colegas e amigos de turma”⁵⁶. O terceiro indicador apresenta um coeficiente um pouco menor, porém significativo (Consultar tabela 16).

Entre os policiais que tentaram suicídios, dois disseram sair para “baladas raramente”, quatro responderam “quase nunca” e 16 declararam “nunca sair com colegas de turma” para as baladas. No que concerne à frequência de “visitas a seus colegas e

⁵⁶ Os seus coeficientes de *Kendall's tau b* foram de -0,21 e 0,20 respectivamente. Esses coeficientes de correlação explicam apenas 4% da variância.

amigos de turma”, três policiais responderam “raramente”, dois “quase nunca” e 16 disseram “nunca” visitar seus colegas. Por último, seis policiais “suicidas” disseram que “raramente” fazem churrascos em suas próprias casas, dois declararam “quase nunca” e 12 responderam “nunca” fazem churrascos com seus amigos em suas próprias casas.

TABELA 16 – NÍVEL DE SOCIABILIDADE INFORMAL E TENTATIVAS DE SUICÍDIO

VARIÁVEIS	CORRELAÇÃO	P-VALOR
Capital Social / Relações Interpessoais na PMERJ		
Sair para "Baladas" com amigos e colegas de turma de formação	-0,21**	0,00
Visitar "outros colegas e/o amigos" com os amigos de turma	-0,20**	0,00
Fazer churrasco em suas próprias casas com os amigos de turma	-0,18**	0,01
Ir as festas de aniversários de familiares com os amigos de turma de formação	-0,13*	0,03
Sair para "beber" com amigos e colegas de turma de formação	-0,13*	0,04
Relações Familiares e Vida Social		
Ir ao clube com filhos e/ou esposa	-0,21**	0,00
Ir ao cinema com os filhos e/ou esposa	-0,20*	0,00
Fazer churrasco em suas próprias casas	-0,19*	0,00
Comemorar aniversários	-0,18**	0,00
Conversar e/ou brincar com seus filhos	-0,17*	0,00
Ir a praia com os filhos e/ou esposa	-0,16**	0,01
Visitar outros parentes	-0,14*	0,02
Fazer pelo menos uma das refeições com a sua esposa ou filhos	-0,12*	0,02

* Nível de significância de 95%

** Nível de significância de 99%

O nível de sociabilidade informal na família também foi modesto. Três dos indicadores analisados se destacam em relação aos demais. São eles: 1) “Ir ao clube com filhos e/ou esposa”⁵⁷; 2) “Ir ao cinema com os filhos e/ou esposa”⁵⁸; e, 3) “Fazer churrascos em suas próprias casas”⁵⁹. Todas as relações foram estatisticamente significativas.

⁵⁷ Com o coeficiente de -0,21 no nível de significância de 99%.

⁵⁸ Com o coeficiente de -0,20 no nível de significância de 95%.

⁵⁹ Com o coeficiente de -0,19 no nível de significância de 99%.

Em relação ao primeiro indicador, cinco policiais militares “suicidas” disseram “raramente” ir ao clube social com os filhos e/ou esposa; três “quase nunca” e onze confessaram “nunca” sair com os filhos ao clube. Quanto ao segundo, seis policiais responderam “raramente” ir ao cinema com a família, nove “nunca” e quatro “algumas vezes”. Apenas um policial disse ir frequentemente ao cinema com os filhos. Dois policiais “suicidas” não responderam esta pergunta. Por último, cinco disseram “raramente” fazer churrasco em casa com os filhos e/ou esposas, três “quase nunca” e 11 “nunca”.

A vida social dos policiais militares, portanto, ajuda a compreender as tentativas de suicídio na amostra pesquisada: as pessoas mais isoladas são as que mais tentam. Contudo, há muitos outros fatores. A sociabilidade informal (frequências de contatos informais e relações interpessoais) é apenas um deles, cuja contribuição é estatisticamente significativa, porém modesta.

ASSOCIATIVISMO

Policiais que tentaram suicídio em algum momento de suas vidas não possuem uma vida cívica. Quase 100% da amostra não é filiada à associação de moradores e a reuniões de escola de samba. Apenas um policial, entre os que tentaram suicídio, confessou ser membro de Associação de Praças e Oficiais e de clubes esportivos. Dois policiais contaram ser filiados à torcida organizada. A maior participação está nos grupos religiosos: nove policiais que tentaram suicídio disseram frequentar regularmente atividades religiosas.

A mesma tendência encontramos entre os policiais militares pertencentes à categoria de entrevistados “controle” (n=152). A participação em organizações associativas foi muito baixa. Apenas 5% do total de PMs, que não pensaram e nem tentaram suicídio, participam de associação de moradores e 7% de associações de praças/oficiais; 16% são filiados a clube social/esportivo e 37% a grupos religiosos. Cem por cento do total da amostra pesquisada (n=224) não são filiados a torcida organizada.

Conclusão: não há correlação estatisticamente significava entre associativismo e os casos de tentativa de suicídio analisados.

Uma síntese

Os 224 questionários aplicados em 18 unidades operacionais e administrativas⁶⁰ da PMERJ sugerem que as ideações suicidas e tentativas de suicídio “declaradas” estão relacionadas a fatores sociodemográficos, institucionais, organizacionais, relacionais e individuais. Entre eles estão:

1. Filiação religiosa – o elemento religioso é fator protetivo ao comportamento suicida entre policiais da amostra. Encontramos uma diferença percentual de 14% entre os grupos controle e o de risco.
2. As vivências de agressões verbais e físicas não letais (perseguições/amedrontamento, xingamentos, insultos, humilhações por pessoas do seu convívio) sofridas nos últimos 12 meses (em relação ao momento da entrevista).
3. A insatisfação com a PMERJ, no que concerne à escala de trabalho, à infraestrutura; aos materiais de uso profissional; ao treinamento oferecido pela Instituição nos últimos cinco anos (em relação ao momento da entrevista); à falta de reconhecimento profissional (por parte dos seus superiores); à ausência de oportunidades de ascensão na carreira e à desvalorização da sociedade.
4. A transferência de unidades sem a concordância ou aviso prévio ao policial foi um dos problemas mais citados por policiais que tentaram suicídio. Contudo, não observamos a mesma tendência entre os policiais que não declararam manifestações suicidas. A mudança de batalhão por “vontade própria” foi a resposta mais citada pelos policiais do grupo controle.
5. O baixo nível de sociabilidade informal entre colegas de turma da PMERJ e na família.
6. A baixíssima confiança interpessoal nos colegas da PMERJ e nos outros.
7. Indicadores de depressão: “Se sentir para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva” e “Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as suas atividades de trabalho” e problemas de saúde física.
8. Pesadelos e problemas com o sono, ter dificuldades para adormecer à noite, acordar frequentemente à noite e acordar muito cedo pela manhã.

⁶⁰ As unidades foram selecionadas a partir de três critérios: áreas de maior risco de morte/violência letal; a localização geográfica de batalhões e a especialidade das atividades desempenhadas por policiais militares. São elas: 2, 3, 5, 6, 9, 15, 16, 19, 22, 40, 10, 11, Bope, BPChpq; o antigo Batalhão de Polícia Florestal e de Meio Ambiente (BPFMA); Quartel General (QG); Diretoria de Inativos e Pensionistas (DIP) e Grupo Renascer.

O perfil dos policiais mortos por suicídios na PMERJ segundo as autópsias psicossociais é similar ao dos casos notificados pelo Grupo de Apoio aos Familiares de Policiais Mortos e Feridos (GAFPMF). As vítimas de suicídio na PMERJ, entre os anos de 2005 e 2009, podem ser caracterizadas da seguinte forma: homens, casados e/ou em união estável com filhos, pardos e evangélicos; em sua maioria são praças (sargentos, cabos e soldados) e lotados em unidades operacionais. Todos os policiais vitimizados por suicídios, identificados pelas autópsias psicossociais com familiares e amigos (n=54), recorreram às suas respectivas armas de fogo como meio. Esse dado é muito importante para a formulação das políticas de prevenção do suicídio na PMERJ.

As entrevistas biográficas sugerem fatores associados ao comportamento suicida não identificados pelos questionários. Dentre eles, podemos destacar o uso de bebidas alcoólicas, o uso excessivo de substâncias entorpecentes, problemas familiares (por exemplo: problemas na infância/adolescência, violência doméstica, dificuldades financeiras etc.), problemas no ambiente profissional (perdas de colegas de trabalho, processos judiciais etc.) e alterações comportamentais (agressividade).

Policiais militares do grupo controle também revelaram informações interessantes. Muitos se diferenciam dos “colegas do tipo problema” pelo seu estilo de vida e pela forma de perceber o trabalho na PMERJ. Esses policiais justificam não pensar em se matar por possuir filhos; por ser religiosos; por desfrutar das horas vagas com atividades de lazer (Ex: jogar futebol e beber cerveja com os amigos de infância); e por estar envolvido com o trabalho de polícia apenas em seu expediente na PMERJ. Mais da metade dos policiais militares, que “não pensaram e nem tentaram suicídio”, descreveram o seu trabalho na PMERJ como um ritual de passagem com data e hora para acabar.

Esse diagnóstico⁶¹ nos faz concluir que a prevenção do comportamento suicida (ideações suicidas, tentativa de suicídios e o suicídio consumado) entre profissionais de segurança pública da PMERJ está para além dos tratamentos médico e psicológico. A prevenção envolve inclusive mudanças organizacionais que interferem no cotidiano do trabalho policial. Daí a razão para propormos nos próximos capítulos estratégias preventivas em dois níveis de atuação: macro e micro. Esse assunto será explorado com mais detalhe na segunda parte deste livro.

⁶¹ É importante lembrar que este diagnóstico sobre o comportamento suicida foi construído a partir de uma amostra de policiais militares que contribuíram voluntariamente com o estudo. Trata-se de uma amostra de conveniência, conforme já foi mencionado na parte metodológica deste livro.

PARTE II

The background features a complex, abstract composition of white geometric shapes, including triangles, rectangles, and irregular polygons, scattered across a dark grey field. Some shapes are solid, while others are outlined or semi-transparent, creating a layered, architectural effect. The overall aesthetic is modern and minimalist.

RECOMENDAÇÕES PARA A
PREVENÇÃO DO
COMPORTAMENTO
SUICIDA NA POLÍCIA MILITAR DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A gravidade do fenômeno, revelada pelo diagnóstico realizado na polícia militar do estado do Rio de Janeiro (PMERJ) no ano de 2011, fez surgir um enorme sentimento de urgência por estratégias institucionais de prevenção do comportamento suicida. Na época, todavia, não havia no quadro de oficiais de saúde da PMERJ, profissionais especializados no tema, ou seja, uma *expertise*.

Em abril de 2013, no seminário: “O suicídio policial na polícia militar no estado do Rio de Janeiro”, organizado pelo Laboratório de Análise da Violência (LAV), a polícia militar do estado do Rio de Janeiro (PMERJ) firma uma parceria com o Laboratório de Análise da Violência. Dessa parceria, nasce o Grupo de Estudo e Pesquisa em Suicídio e Prevenção (GEPeSP). Esse grupo é formado por profissionais do quadro de oficiais de saúde da PMERJ e pesquisadores do LAV/UERJ.

O GEPeSP tem como principal objetivo formar multiplicadores de ações preventivas do comportamento suicida entre profissionais de segurança pública no Brasil. Trata-se de uma experiência inovadora cujo foco está na valorização profissional e promoção da qualidade de vida dos agentes de segurança do país. A iniciativa piloto se deu na polícia militar do estado do Rio de Janeiro por motivos já explicitados antes. A coordenação desenvolveu uma metodologia experimental, envolvendo aulas expositivas e palestras com especialistas, consultas técnicas aos profissionais de diferentes áreas da PMERJ⁶² e análises de dados oficiais e pesquisas de suicídio entre policiais (nacionais e internacionais).

As recomendações para a prevenção do comportamento suicida entre policiais militares da PMERJ fazem parte do conjunto dos produtos desenvolvidos pela equipe do GEPeSP. São propostas de intervenção em dois níveis: macro e micro. A primeira abrange as ações intersetoriais de prevenção no nível macro. São elas: estratégias de promoção e atendimento da saúde física e mental de policiais, gestão de pessoal (revisão das escalas de trabalho e práticas voltadas para a qualidade de vida e valorização profissional), gestão de logística (promover melhorias nas salas administrativas, locais para refeições e alojamento; higienização dos coletes) e gestão da formação e treinamento. Essas ações visam

⁶² Agradecemos a todos os pesquisadores de diferentes áreas de conhecimento que contribuíram para a formação dos primeiros pesquisadores e especialistas (*expertise*) do GEPeSP. Esses profissionais ministraram aulas expositivas, seminários e palestras. As consultas técnicas aos profissionais especializados na saúde e na assistência social foram de suma importância por ter proporcionado o intercâmbio de ideias sobre o trabalho proposto pelo GEPeSP. Esses profissionais estão na lista de agradecimentos.

incentivar a prevenção integrada da violência autoprovocada por policiais militares (praças e oficiais). Entendemos por estratégias de prevenção integrada de manifestações suicidas entre policiais como uma das dimensões da política de segurança.

Na prática, torna-se inviável planejar e executar ações de policiamento em áreas instáveis quando 90% dos atendimentos emergenciais do ambulatório de psiquiatria são de policiais militares da ativa, dentro dos quais, aproximadamente 30% atuam em unidades de polícia pacificadora⁶³.

Até o mês de agosto de 2015, o quadro de médicos psiquiatras do serviço ambulatorial da PMERJ estava sobrecarregado⁶⁴. O efetivo de oficiais médicos psiquiatras na área assistencial era de cinco profissionais no ambulatório e um no Renascer. A proporção médico/paciente era de 5 para 38 mil usuários. Esta relação encontrava-se aquém da preconizada pelo Ministério da Saúde em sua Portaria 1101 de 2012. Esse instrumento define um psiquiatra para cada cinco mil habitantes⁶⁵. Atualmente, o setor de psiquiatria do HCPM está desativado. A Instituição conta apenas com um médico para atender a todos os usuários do sistema de saúde mental da polícia militar do estado do Rio de Janeiro⁶⁶.

Essa realidade nos levou refletir sobre o atual modelo de gestão da segurança pública do estado do Rio de Janeiro. Como explicar a crise da saúde, em particular, do setor de saúde mental de policiais militares da PMERJ, quando uma das prioridades do atual governo do estado é promover ações voltadas para a educação, valorização e a promoção da qualidade de vida dos profissionais de segurança? Afinal, o que tem comprometido a implementação da política de valorização profissional na PMERJ? Em que medida a promoção da saúde do trabalhador faz parte da agenda de prioridades dos gestores da cúpula decisória da polícia militar do estado do Rio de Janeiro? Como pensar propostas de prevenção do comportamento suicida sem que esse tema faça parte do planejamento estratégico do comando da corporação?

O objetivo deste trabalho não é responder essas perguntas, mas sim estimular uma reflexão séria e comprometida com a prevenção da violência autoprovocada por poli-

⁶³ Registros do ambulatório de psiquiatria do Hospital Central da Polícia Militar (HCPM) obtidos antes do fechamento do setor (Setembro/2015).

⁶⁴ Informações obtidas em conversas informais em reuniões na Diretoria Geral de Saúde (DGS) da PMERJ.

⁶⁵ Relatório sobre o serviço de psiquiatria realizado pela comissão para estudo do modelo de assistência em saúde mental da PMERJ. Esse documento foi apresentado à diretoria de saúde da PMERJ em maio de 2015.

⁶⁶ Informação obtida através de conversas informais com gestores da área de saúde da PMERJ.

ciais militares da PMERJ. Para tanto, propomos um conjunto de ações estratégicas capazes de dar visibilidade política e institucional ao tema. Esperamos que esse debate incentive a médio e longo prazo mudanças estruturais necessárias para a execução das funções do policial com menor risco à saúde e aos desgastes físicos, emocionais e mentais inerentes à profissão.

O sucesso da aprovação, implementação e monitoramento das propostas apresentadas neste capítulo dependerá do nível de adesão dos comandantes de Organização Policial Militar (OPM)⁶⁷, chefes e diretores de unidades (saúde, pessoal e logística etc.). E na esfera governamental, a natureza das relações entre governador, secretário de segurança pública e a cúpula decisória da polícia será fundamental. É o que veremos no quinto capítulo deste livro.

Finalmente, apresentamos as propostas dirigidas aos profissionais de saúde da PMERJ. São ações a serem executadas no nível micro. Essas propostas integram um projeto piloto, idealizado e formulado por profissionais do quadro de oficiais de saúde e pesquisadores do Laboratório de Análise da Violência (LAV/UERJ), cujo foco está na criação de um serviço de acolhimento emergencial em saúde mental. Este serviço deverá ser executado por uma equipe composta por profissionais de áreas distintas de conhecimento, como a psicologia, psiquiatria, enfermagem e assistência social. Essa equipe será responsável pela construção, efetivação de protocolos de atendimentos específicos, assim como pela execução das estratégias de prevenção do comportamento suicida entre policiais. Essas informações serão tratadas com detalhes nas seções do sexto capítulo.

⁶⁷ As OPM são todas as unidades da polícia militar. São elas: as CPAs (Comando de Policiamento de Área). Esse comando coordena os Batalhões da Polícia Militar (BPMs); as Unidades de Ensino; as unidades intermediárias: Comando de Operações Especiais (COE); Comando de Polícia Ambiental (CPAM); Comando de Polícia Especializada (CPE) e Comando de Polícia Pacificadora (CPP).

O primeiro passo para a concretização de uma política institucional de prevenção de adoecimento psíquico e emocional de policiais é o reconhecimento do tema como uma prioridade na agenda do comando geral da polícia militar. Em outras palavras, é fazer da prevenção do comportamento suicida uma política a ser inserida no planejamento estratégico da instituição. O segundo passo é sensibilizar os principais atores institucionais sobre a gravidade do problema e a necessidade de aderir à campanha de prevenção de violências autoprovocadas por policiais militares na PMERJ.

O desenvolvimento dessas etapas demandará estratégias que afetem a cultura organizacional e os processos de trabalho na Polícia. A prevenção do suicídio no ambiente organizacional da PMERJ pode ser feita através de três tipos de programas, a saber: institucional,; situacional e integrada.

Prevenção institucional

A prevenção institucional é destinada a alterar a cultura organizacional, isto é, a conduta, as atitudes e a percepção dos membros da Corporação (OBSERVATÓRIO DE FAVELAS, 2012, p.112). Esses programas são subdivididos em três tipos. São eles: prevenção: primária, secundária e terciária. A primária é dirigida à população em geral da organização (prevenção universal). A segunda é destinada aos grupos de risco (baixo, médio e alto) de cometer suicídio. E a terceira visa impedir que pessoas que tentaram suicídio voltem a vivenciar a experiência.

A prevenção institucional deverá ser feita através de ações de sensibilização e capacitação dos atores principais. A Polícia Militar, por ser uma organização baseada na hierarquia e disciplina, torna-se essencial investir na sensibilização e capacitação de atores responsáveis pela gestão de setores estratégicos da corporação. O resultado desse tipo de prevenção é lento, pois essas ações demandam mudanças de comportamento e percepções influenciadas por uma cultura organizacional marcada por estigmas e preconceitos ao paciente com doença mental.

AÇÕES DE SENSIBILIZAÇÃO

A pesquisa de diagnóstico, descrita na primeira parte deste trabalho, mostrou que a vulnerabilidade ao comportamento suicida entre policiais militares do estado da Guanabara está associada aos seguintes fatores de risco:

- Mitos sobre o suicídio.
- Fácil acesso aos meios letais disponíveis.
- Péssimas condições de trabalho: escala de trabalho, horas extras e transferência de unidades “bico”.
- Abuso de autoridade.
- Punições institucionais: prisões por agressões não letais (verbais).
- Exposição contínua à violência (letal e não letal).
- Perdas de colegas e amigos de trabalho.
- Isolamento social.
- E baixa confiança interpessoal.

Esse conhecimento precisa ser divulgado na PMERJ através da realização de palestras temáticas e seminários dirigidos a atores (oficiais e praças) de diferentes áreas de atuação e de visitas continuadas às unidades de maior risco de vitimização letais ao policial militar.

CAPACITAÇÃO/FORMAÇÃO

O sucesso da implementação de uma política demanda também habilidade e capacidade dos gestores e de atores institucionais envolvidos de colocá-la em prática. A capacitação e a formação dos atores-chave deverão ser parte estratégica da política. Para concretizar essa ideia, propomos à equipe multiprofissional, em conjunto com núcleo geral de psicologia da PMERJ, que planeje e promova três modalidades de capacitações. A primeira será dirigida aos gestores de níveis estratégicos e intermediários. Esses atores poderão auxiliar a política, estimulando a divulgação do tema em suas unidades/diretorias, como também contribuindo para a efetivação de uma gestão mais humanizada e comprometida com a “ética do cuidado do policial militar”⁶⁸.

O segundo tipo visa oferecer um conteúdo técnico específico aos profissionais da área de saúde da PMERJ. Para dar continuidade ao processo formativo iniciado com pesquisadores e colaboradores do GEPeSP/LAV, a polícia militar poderá estabelecer novas parcerias com universidades e centros de estudo e pesquisa sobre o tema de violência e instituições policiais.

Finalmente, a mobilização e a formação sobre o tema da prevenção do comportamento suicida entre policiais militares não poderão estar limitada a profissionais de saúde mental. Daí a razão para estimular uma capacitação de caráter informativo. Esse trabalho deverá ser voltado para policiais militares atuantes no policiamento ostensivo (praças e oficiais) e os responsáveis pelas ações especiais que queiram colaborar com a implementação da política.

⁶⁸ Essa expressão foi trazida pelo Coronel Antônio Carlos Carballo Blanco na reunião do dia 06 de maio de 2015, no Estado Maior da PMERJ.

Prevenção situacional

Esse tipo de prevenção é “dirigido a modificar as condições do ambiente físico por meio de intervenções que reduzam as chances de ocorrer atos de violência neste ambiente” (OBSERVATÓRIO DE FAVELAS, 2012, p.112.). No caso da prevenção do suicídio na PMERJ, sugerimos que sejam implantadas ações que reduzam o número de situações de risco.

Duas situações merecem destaque quando se trata do risco de vitimizações de policiais. A primeira é quando o policial passa por uma readaptação após uma perfuração por arma de fogo, vindo a trabalhar interno, mas não perde o porte de arma (APTO B).

A segunda é quando o policial é alvejado por arma de fogo e se torna incapaz de trabalhar no policiamento de ruas. Esse policial passa a ser considerado APTO C, ou seja, trabalhar interno, no expediente, mas sem arma. Em ambas as circunstâncias, os responsáveis pela gestão das unidades administrativas devem controlar o uso de arma de policiais militares em Serviço Interno Não Armado (SINA). O objetivo é reduzir o risco de novas vitimizações e, em particular, novas tentativas de suicídio dentro e fora do próprio batalhão.

A terceira situação, que faz parte da rotina de trabalho da PMERJ, é quando o policial está em tratamento psiquiátrico. Torna-se imprescindível investir na política de controle de uso de arma, em particular, por policiais de SINA por motivos de saúde mental. O ideal seria determinar o acautelamento da arma do policial/paciente com risco de suicídio. Esse procedimento deveria ser incluído no regulamento interno da PMERJ. Comandantes de batalhão também têm um papel fundamental no controle do uso de armas de policiais que fazem uso de medicamentos controlados. Nesses casos, é necessário evitar que o policial seja escalado para serviços extras em grandes eventos. Do contrário, o risco de vitimização (letais ou não) de policiais e dos cidadãos aumentará.

INTEGRANDO A PREVENÇÃO



Sob a influência de um pensamento isolacionista, políticas públicas no Brasil costumam ser idealizadas e formuladas de forma fragmentada. Essa escolha pode comprometer a implementação de uma determinada política. Afinal, áreas de políticas muitas vezes estão interligadas. A política de prevenção de mortes por suicídio não é diferente. Em especial, quando estamos tratando de um tipo de vitimização que afeta a vida do policial e a de seus familiares e a da população.

Propomos aqui um desenho de política de prevenção integrada. Cada dimensão da política interage com as demais formando uma estrutura interdependente. O diagnóstico do sofrimento psíquico social de policiais da PMERJ mostrou que fatores institucionais, organizacionais e individuais estão associados ao comportamento suicida. Esse achado confirma a complexidade do fenômeno. Daí a razão para a política de prevenção do suicídio na PMERJ envolver diferentes campos de atuação, mas uma

dimensão interdependente da outra. O desenho de política de prevenção do comportamento suicida entre agentes de segurança deve compor seis dimensões integradas. Essas áreas de política se comunicam na medida em que podem ser fatores protetivos das violências autoinfligidas na instituição. São elas:

- Melhoria da infraestrutura das unidades.
- Incentivo à gestão administrativa humanizada.
- Formação e treinamento baseados nos preceitos da prevenção.
- Atenção ao policial que tenha se envolvido em ocorrências de risco e experiências traumáticas.
- Incentivo à promoção da imagem social da polícia militar.
- Assistência à saúde mental.

Adequações das instalações físicas nos diferentes ambientes de trabalho e melhorias das condições dos equipamentos de uso cotidiano precisam ser realizadas em caráter de urgência. Os policiais, que tentaram suicídio em algum momento de suas vidas, segundo o estudo estão insatisfeitos com infraestrutura (salas administrativas, os locais para refeições e alojamentos) e recursos materiais disponíveis no atual local de trabalho (coletes, impressoras, internet, arquivos e armamento)

O reconhecimento profissional é uma das dimensões mais importantes a ser considerada quando se trata da prevenção do suicídio entre policiais. O adoecimento psíquico dos policiais que tentaram suicídio está associado à desvalorização do profissional de segurança pública pelos seus superiores. Prevenir o comportamento suicida na PMERJ implica, portanto, em investir em procedimentos de um modelo de gestão humanizado, segundo o qual a condição humana do policial deve ser prioridade. A redução das longas jornadas de trabalho através da revisão das escalas, em especial, em batalhões situados em áreas de maior risco de vitimização, faz-se essencial. Esse modelo de gestão tem como foco a saúde e a qualidade de vida do trabalhador e a valorização profissional.

A baixa frequência de treinamentos oferecidos pela polícia foi a terceira dimensão de insatisfação em trabalhar na PMERJ. Policiais militares suscetíveis às tentativas de suicídio (da amostra pesquisada) se sentem desprotegidos e inseguros quando o treinamento oferecido pela instituição deixa a desejar. Esse fato sugere a revisão dos conteúdos da formação, incluindo temáticas relacionadas à prevenção do comportamento suicida entre policiais.

Policiais estão expostos com frequência às situações de risco (confrontos físicos e armados) e de perdas de colegas em combate. Essa condição torna-os mais vulneráveis aos pensamentos e atos suicidas. A pesquisa confirmou essa hipótese. Um desenho de política de prevenção do comportamento suicida, portanto, deve considerar as situações de risco e traumáticas (como a perda de amigos/colegas policiais em confrontos), visando oferecer serviços de aprimoramento profissional e acompanhamento psicológico voltados para policiais que tenham se envolvido em ocorrências de risco (eventos traumáticos) ou que apresentem qualquer alteração comportamental após o evento traumático.

A desvalorização social e a baixa confiança nas pessoas da sociedade são dois fatores de risco graves de acordo com os dados da pesquisa. Para reverter esse quadro é preciso investir em ações capazes de reduzir o número de encontros conflituos entre policiais e cidadãos durante o patrulhamento e a abordagem policial. Sugerimos que estratégias de aproximação entre o policial militar e os principais atores sociais (ONGs, líderes comunitários, acadêmicos etc.) sejam incentivadas. Essa interação poderá produzir relações menos conflituas e aumentará o grau de confiança de policiais em relação à sociedade e vice-versa.

Por último, temos a política de assistência à saúde mental. Essa política demanda por resoluções de carências estruturais do setor de psiquiatria da PMERJ. Membros da Comissão para Estudo do Modelo de Assistência em Saúde Mental da PMERJ⁶⁹ sublinharam quatro ações emergenciais que precisam ser implementadas a curto e médio prazos. São elas:

1. A contratação de psiquiatras através de concurso público ou de contratação temporária. De acordo com a portaria do Ministério da Saúde, o número de médicos psiquiatras estimado para atender um universo de 228.506 usuários é de 48 profissionais⁷⁰.
2. A contratação de psiquiatras que permitirá a descentralização do atendimento ambulatorial, como também a expansão para uma possível enfermaria de curta permanência para tratamento de casos de sofrimento agudo psiquiátrico. Os serviços da Seção de Perícias Médicas e do Grupo Renascer também seriam beneficiados.

⁶⁹ Relatório sobre o serviço de psiquiatria realizado pela Comissão para Estudo do Modelo de Assistência em Saúde Mental da PMERJ. Esse documento foi apresentado à Diretoria de Saúde da PMERJ em maio de 2015.

⁷⁰ Dados do Sistema Esplanada Sustentável (SISPES) em 21 ago. 2014.

3. A realização de um convênio com uma clínica psiquiátrica para o atendimento ambulatorial aos dependentes e pensionistas. Segundo os dados estatísticos organizados pela Diretoria Geral de Saúde (DGS), esse público corresponde a 35% dos atendimentos ambulatoriais no setor de psiquiatria. Os dependentes e pensionistas da PMERJ somam hoje 130.455 pessoas. Se esse público passar a ser acompanhado por uma clínica conveniada, a demanda por psiquiatras passaria a ser de 20 médicos ao público de policiais ativos e inativos.
4. O deslocamento de novos técnicos e/ou servidores públicos para o setor de psiquiatria é essencial. O baixo efetivo do setor de psiquiatria do HCPM compromete o atendimento ambulatorial de policiais militares e seus dependentes.

Todos os programas e políticas de prevenção propostas nesta seção devem ser avaliados com regularidade. O primeiro passo é verificar se o programa ou as ações preventivas propostas foram implementadas tal como foram desenhadas. A avaliação e o monitoramento⁷¹ dessas ações também implicam em 1) mensurar em que medida a política atingiu os resultados previstos; 2) calcular os custos da iniciativa e comparar a relação entre custo e benefícios; 3) identificar os obstáculos e as dificuldades encontradas para implantar as ações propostas; 4) analisar as percepções dos atores institucionais sobre as estratégias de prevenção e como elas influenciam a implementação e os resultados; 5) corrigir as expectativas e as metas futuras com base nos resultados obtidos e, por último, 6) aprimorar a política ou programa à luz dos aprendizados da experiência piloto⁷².

⁷¹ De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o monitoramento e a avaliação são dois conceitos muito próximos. Contudo, não há consenso sobre o significado dos termos. Ambos visam orientar os tomadores de decisão (*decision makers*) no que concerne à continuidade das ações, a necessidade de correções ou mesmo a suspensão da política ou programa. O monitoramento e a avaliação são, portanto, fundamentais para a sustentabilidade de uma política.

⁷² OBSERVATÓRIO DE FAVELAS, 2012, P. 117.

Este capítulo propõe uma reflexão sobre as violências autoinfligidas para o campo da saúde como estratégia para informar, sensibilizar e co-responsabilizar os profissionais da área, focando na prevenção adequada aos policiais militares em situação de risco (baixo, médio e alto). Buscamos também explorar as características do policial militar vulnerável e os fatores de risco para o comportamento suicida entre policiais militares. É nesse intuito que propomos orientações como formas de atuação. As recomendações dirigidas aos profissionais de saúde da PMERJ têm dois objetivos secundários: 1) estabelecer protocolos e procedimentos para o atendimento e encaminhamento do sujeito em situação de risco; e, 2) fornecer subsídios para notificar e monitorar a ideiação suicida, tentativa de suicídio e as mortes por suicídio na população policial militar. Seis tópicos poderão ser explorados pelos profissionais de saúde que atuam em diferentes unidades da PMERJ. O primeiro remete aos instrumentos de mensuração do risco (baixo, médio e alto). O segundo é a abordagem ao policial em situação de vulnerabilidade. O terceiro está vinculado aos procedimentos do encaminhamento de um paciente sob o risco de suicídio. O “Serviço de acolhimento emergencial em saúde mental” é o projeto piloto elaborado pelas psicólogas e colaboradoras do GEPeSP. Esse serviço busca oferecer um atendimento especializado ao público suscetível às manifestações suicidas (ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado). O quinto tópico remete às orientações voltadas para a prevenção do suicídio de acordo com o público alvo. O sexto e último é dedicado às redes de contatos e de apoio externas ao policial militar vulnerável a pensamentos e atos suicidas.

Mensurando o risco

O suicídio é definido como a tentativa bem-sucedida ou não de alguém que busca, intencional e deliberadamente, o autoextermínio, tratando-se de um comportamento com registros históricos e que na atualidade apresenta vítimas em todas as regiões do planeta (BERTOLOTE, 2012). A magnitude do tema é destacada pelas estatísticas que apontam para o crescimento de casos num plano global e que comparativamente destacam o Brasil como área de preocupação pela contabilidade absoluta de casos (BOTEGA et alii, 2006).

Este comportamento é compreendido como um fenômeno de explicação complexa para o qual concorrem diversos fatores tais como: características individuais, desenvolvimento psicossocial, interações sociais, perdas significantes durante a infância, sexo, idade, estado civil, o pertencimento a determinados grupos profissionais e o alcance de meios para cometimento do ato. Os motivos que precipitam as tentativas de suicídio englobam o concurso de certos quadros psiquiátricos: a ocorrência de doenças dolorosas que diminuem a capacidade dos indivíduos, a incidência de comorbidades, dentre outros (BOTEGA et alii, 2006).

Os fatores explicativos e precipitantes daquilo que leva uma pessoa a atentar contra a própria vida são multicausais. Não há um consenso sobre a contribuição dos aspectos destacados. As tentativas de suicídio deixam uma série de marcas dolorosas na vítima como, por exemplo, sequelas físicas que limitam as atuações antes usuais, como a locomoção e alimentação independentes de auxílio.

O suicídio consumado vai além ao promover uma série de pessoas à categoria de vítimas secundárias. Essas são os sobreviventes que convivem, muitas vezes, com a busca por um sentido para o ato extremo. Divididos entre dor, raiva e impotência, muitos desses também adoecerão, além de passar a figurar em uma série de estudos estatísticos que associam os familiares de suicidas a um grupo de maior vulnerabilidade.

A preocupação com policiais assume magnitude ímpar, uma vez que esse grupo de profissionais concentra várias características predisponentes, tais como dificuldades psicológicas, preocupações com o trabalho, problemas de relacionamento, abuso de álcool e dificuldades na vida pessoal, além de serem portadores de arma de fogo (VIOLANTI, 1997).

Os resultados da pesquisa de diagnóstico, descritos na primeira parte deste livro, confirmam a relevância do tema. A população policial militar investigada é em sua maioria composta por homens, que combinam certos tipos de personalidade (alto neu-

roticismo) e características individuais compatíveis com traços de depressão, ansiedade e impulsividade. Os relatos de policiais, amigos e ou familiares evidenciam que a referida população é marcada pela ausência de figuras importantes (paterna) e de histórias de pobreza na infância. O estilo de vida combina consumo de substâncias, compulsões e maior estresse, além do porte de arma de fogo.

A compreensão do perfil dos policiais militares suscetíveis ao comportamento suicida da amostra pesquisada nos auxiliou a adotar estratégias relevantes para a identificação e mensuração do risco de suicídio entre policiais. Dentre elas, podemos destacar a consulta junto ao Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI). Esse levantamento teve como objetivo principal localizar os instrumentos psicológicos disponíveis no Brasil. A pesquisa revelou uma enorme carência de medidas psicológicas voltadas para esse fim (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010). No mercado editorial nacional, apenas duas medidas específicas foram identificadas como úteis para o diagnóstico de risco de suicídio: o subteste de desesperança e o de ideação suicida das Escalas Beck (CUNHA, 2001).

Por essa razão, tomamos como referência os instrumentos indicados pela literatura nacional. O objetivo é refletir sobre a mensuração do adoecimento psíquico e a avaliação do risco de suicídio policial junto aos profissionais de saúde da polícia militar do estado do Rio de Janeiro. Para facilitar o tratamento do tema, optamos por abordá-lo a partir de três níveis possíveis de risco:

- > Baixo risco;
- > Médio risco;
- > Alto risco.

BAIXO RISCO DE SUICÍDIO NA PMERJ

O fato de policiais militares estarem em constante contato com alto nível de tensão e situações de violência, como vimos nos primeiros capítulos, faz desses profissionais um grupo ocupacional de risco. Essa condição deve ser considerada quando se deseja mensurar seja qual for o nível do risco. Ações de caráter preventivo buscarão os sujeitos de “baixo risco” de suicídio.

Para esse fim, sugerimos que todos os policiais militares sejam submetidos ao teste *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica o teste SRQ-20 quando o objetivo for identificar e mensurar níveis de sofrimento psíquico, ou seja, a presença de sintomas de depressão, ansiedade, confusão mental e ideação suicida (SANTOS, ARAUJO E OLIVEIRA, 2009). Esses sintomas podem estar associados a desconfortos orgânicos como, por exemplo, falta de apetite, dores na cabeça, dores no estomago, sudorese, tremores e insônia. O SRQ-20 pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde. O referido teste apresenta baixo custo e é de fácil aplicação e correção.

Os sujeitos identificados no SRQ20 como portadores de sofrimento mental (aspecto determinado após o resultado do referido teste – com escore igual ou superior a sete pontos – e de entrevista com profissional de saúde mental), deverão ser encaminhados para uma nova avaliação com um psicólogo ou com um médico psiquiatra. O profissional responsável pelo encaminhamento deverá contatar diretamente o profissional de saúde ou setor que acolherá – neste caso o policial –, de modo a certificar-se quanto ao acatamento das orientações por parte do sujeito com potencial risco de suicídio.

Além de ser um instrumento útil para avaliação de sofrimento mental, a análise semântica de alguns itens do SRQ-20 aponta a utilidade destes na identificação de risco específico para o suicídio, pois, ao responder afirmativamente ao item 14 (“É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?”), item 15 (“Tem perdido o interesse pelas coisas?”), item 16 (“Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?”) e item 17 (“Tem tido ideia de acabar com a vida?”), o sujeito exemplifica comportamentos e atitudes que possam estar associadas diretamente ao aumento do risco de suicídio. As posturas subjetivas mencionadas nas referidas questões indicam a presença de um humor depressivo e de ideias suicidas.

MÉDIO RISCO DE SUICÍDIO NA PMERJ

Para os sujeitos com indicadores significativos de risco de suicídio, mas que não relatem ideações e tentativas de suicídio anteriores, indicamos aos psicólogos da corporação o uso do teste BHS (*Beck Hopelessness Scale*) – Escala de Desesperança Beck. O objetivo principal desse instrumento é medir a dimensão do pessimismo, ou seja, a quantidade de compreensão negativa do mundo. Trata-se de um teste que busca identificar e mensurar o nível do constructo desesperança apresentado pelo indivíduo, sendo este considerado o aspecto central na depressão e o ponto de associação entre depressão e suicídio. A desesperança também parece corroborar para a eclosão de vários transtornos mentais que se apresentam como importantes indicadores relacionados ao risco.

No atendimento ao policial militar, principalmente aquele em atividade fim, e em constante atuação de enfrentamento junto à criminalidade, o profissional de saúde deverá estar atento a comportamentos que demonstrem o afastamento das condutas de segurança requeridas para a prática da ação policial militar. Alguns destes procedimentos são citados pela literatura especializada (BOTEGA et alii, 2009). Os aspectos que podem ser identificados como indicadores de aumento do risco para o suicídio na população policial militar são:

- Aflição rotineira/ prolongada.
- Constante percepção de risco.
- Medo constante.
- Agitação psicomotora.
- Sudorese intensa frente às situações inesperadas, mas de baixo risco objetivo.
- Exposição deliberada em situações de risco (treinamentos e atuações com grande sofrimento, atividades inusitadas, provocações).
- Sensação de cansaço prolongado.
- Desmotivação.
- Falta de perspectivas no serviço.

ALTO RISCO DE SUICÍDIO NA PMERJ

É importante destacar que alguns comportamentos adotados por policiais militares podem estar associados a traços de maior impulsividade, agressividade e de menor resistência à frustração, a saber:

- Participar, intencionalmente, de atividades de risco sem equipamento de proteção.
- Ser voluntário em operações de grande risco.
- Realizar atos heróicos (como se expor deliberadamente em conflitos armados para permitir a retirada de colegas feridos).
- Dirigir de forma imprudente e em alta velocidade.
- Envolver-se em discussões e brigas rotineiramente.
- Apresentar respostas agressivas e/ou impulsivas quando frustrado.
- Apresentar respostas agressivas e/ou impulsivas em situações convencionais,
- Constante conduta de agressão verbal.
- Apresentar respostas autoagressivas (autopunição, mutilações, somatizações).
- Quadros psiquiátricos diversos.
- Abuso de substâncias químicas/tóxicas.
- Choro imotivado.
- Prostração.
- Embotamento.
- Labilidade.
- Sentimento de inutilidade no trabalho/para a família.
- Autopercepção desfavorável (sem importância social/familiar/profissional).

Quando presentes e relacionados a ideias suicidas, bem como a tentativas de suicídio, as características citadas acima indicam um alto risco de suicídio para policiais militares. Nesses casos, de modo a se completar o diagnóstico, sugerimos a aplicação da Escala de Ideação Suicida Beck – BSI (Beck Scale for Suicide Ideation, no original, em inglês). Esse instrumento é adequado para a identificação segura de sintomas compatíveis com alto risco de suicídio segundo as consultas realizadas junto ao Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI).

Como lidar com o policial sob o risco de suicídio?

O primeiro desafio a ser enfrentado no tratamento do suicídio é a desnaturalização dos eventos violentos como irrelevantes. Os policiais estão constantemente expostos a conflitos armados, com alto risco de morte iminente. Embora os eventos de morte sejam naturalizados pelos policiais, a exposição à violência e situação de morte pode tornar o indivíduo mais vulnerável a doenças psíquicas, à dependência química e a doenças psicossomáticas – sobretudo às enfermidades do sistema digestivo, ósseo e nervoso (Souza et alli, 2012).

O segundo é sensibilizar policiais militares, praças e oficiais, a respeito dos principais fatores associados ao risco de suicídio. Bertolote (2012) aponta alguns fatores associados ao suicídio, dentre eles, os mais observados no grupo policial são: a presença de transtornos mentais, o abuso de substâncias químicas – álcool e drogas –, incidência e prevalência de comorbidades, rompimentos familiares e/ou amorosos, isolamento social, sentimento de desesperança, crises nervosas ou choro constante, problemas com sono, personalidade impulsiva/agressiva, situações vexatórias, humilhação pública e o acesso facilitado a meios de efetivar o suicídio.

Além dos problemas de saúde descritos pela literatura especializada, há sinais não verbalizados. Muitas vezes esses sinais não são percebidos por amigos, familiares e colegas/amigos das vítimas. Todavia, eles podem ser indicadores de risco.

Os comportamentos e atitudes não verbalizados, mitos sobre o suicídio, a abordagem do policial suicida, cuidado de profissionais de saúde em relação ao público vulnerável são assuntos que serão tratados nos itens subsequentes.

ATENÇÃO AOS SINAIS

É possível perceber quando uma pessoa está em risco de suicídio: ela costuma falar sobre isso. Mesmo que não verbalizem, podemos identificar algumas situações que podem ser percebidas como indicadores. É preciso estar atento aos sinais para não correr o risco de passarem despercebidos e perdermos a oportunidade de salvar uma vida. Afinal, o corpo fala por si só.

DE QUE SINAIS ESTAMOS FALANDO?

No ambiente policial é comum que os pares sejam os primeiros a perceber e apontar os comportamentos inabituais. Um policial de comportamento retraído, com dificuldade para se relacionar com os colegas de trabalho, frequentemente, se torna alvo de comentários dos demais. Basta surgir um encontro com um profissional de saúde para um colega aproveitar a situação e exclamar: “Olha Dr., esse aí é maluco!”; “Fulano não anda bem”; “ Vou mandar você lá pra psicologia!”. O que será que desperta a atenção dos colegas nesse sujeito? Cada uma destas situações deve receber atenção especial do profissional de saúde, sendo necessário investigar o caso. Uma vez relatado um problema, ainda que de forma descontraída, o profissional de saúde não deve ignorar a informação que está sendo dada.

MITOS SOBRE O SUICÍDIO⁷³

- **“Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso”**
Questionar sobre ideias de suicídio, fazendo-o de modo sensato e franco, aumenta o vínculo com o paciente. Este se sente acolhido por um profissional cuidadoso, que se interessa pela extensão de seu sofrimento.
- **“Ele está ameaçando suicídio apenas para manipular”**
A ameaça de suicídio sempre deve ser levada a sério. Chegar a esse tipo de recurso indica que a pessoa está sofrendo e que necessita de ajuda.
- **“Quem quer se matar, se mata mesmo”**
Essa ideia pode conduzir ao imobilismo terapêutico ou ao descuido no manejo das pessoas sob risco. Não se trata de evitar todos os suicídios, mas sim os que podem ser evitados.
- **“Quem quer se matar não avisa”**
Pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou que se matam havia comunicado de alguma maneira sua intenção para amigos, familiares ou conhecidos.

⁷³ Werlang, B. G.; Botega, N. J. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

- **“O suicídio é um ato de covardia (ou de coragem)”**
 O que dirige a ação autoinflingida é uma dor psíquica insuportável e não uma atitude de covardia ou coragem.
- **“No lugar dele, eu também me mataria”**
 Há sempre o risco de o profissional identificar-se profundamente com aspectos de desamparo, depressão e desesperança de seus pacientes, sentindo-se impotente para a tarefa assistencial. Há também o perigo de se valer de um julgamento pessoal subjetivo para decidir as ações que fará ou deixará de fazer.
- **“Veja se da próxima vez você se mata mesmo”**
 O comportamento suicida exerce um impacto emocional sobre a equipe de saúde, podendo provocar sentimentos de franca hostilidade e de rejeição. Isso é capaz de impedi-la de encarar a tentativa de suicídio como um possível marco em uma trajetória pessoal acidentada, a partir do qual se podem mobilizar forças para uma mudança de vida.
- **“Quem se mata é bem diferente de quem apenas tenta”**
 Diversos estudos epidemiológicos demonstraram que, vistas em conjunto, as pessoas que tentam o suicídio apresentam características diferentes daquelas que chegam a um desenlace fatal. No entanto, esses achados não deveriam funcionar como alibi para a pouca atenção dispensada aos que tentam o suicídio, mas não morrem.
- **“Após uma tentativa de suicídio, uma melhora rápida das condições mentais significa que o perigo passou”**
 Uma melhora rápida exige atenção redobrada, não significa que a crise acabou. Vale lembrar que muitos suicídios se efetivam pouco tempo após uma tentativa prévia.

O PRIMEIRO CONTATO

O contato inicial é muito importante. Na PMERJ, ele pode acontecer das formas mais inusitadas: em uma consulta, uma instrução, uma avaliação regular, na mesa do rancho, ao adentrar uma seção administrativa, em uma conversa informal e inúmeras outras que certamente cada profissional poderia relatar.

Para que a partir desse contato inicial uma conversa realmente aconteça, é necessário que o profissional de saúde não subestime a situação e se disponibilize a ouvir esta pessoa, dispensando a ela o tempo necessário, encontrando um local adequado. A privacidade do policial deve ser preservada. É compreensível que na correria da rotina da Corporação oferecer este tempo pareça uma tarefa muito difícil. Todavia, ouvir o policial pode ser o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida.

A primeira abordagem deve ser feita de forma mais ampla. Sem mencionar o tema do suicídio. É indicado uma entrevista mais geral com o intuito de investigar o estado de saúde mental do policial. Quando identificamos no sujeito risco de por fim à própria vida, estamos lidando com uma situação extremamente delicada. Quanto mais cuidado para lidar com o sujeito, maior a chance de êxito o profissional terá nesse primeiro contato. Por isso que, nesta ocasião, o julgamento não é aconselhável. Pelo contrário, é preciso desconstruir os mitos a respeito da questão, aceitando e acolhendo a dor e o sofrimento do paciente. Assim uma abordagem calma, aberta e dotada de empatia, baseada no respeito pelas opiniões e valores pessoais do policial, irá acontecer naturalmente. Seguem algumas “frases de alerta” que podem ajudar a identificar o risco de suicídio:

- “Eu preferia estar morto”.
- “Eu já sei o que vou fazer”.
- “Eu não aguento mais”.
- “Eu sou um perdedor e um peso pros outros”.
- “Os outros vão ser mais felizes sem mim”.

Frente às pistas dadas, o profissional DEVE perguntar: “Você já pensou em dar fim à sua vida?” Não fazer é um dos mitos a serem desconstruídos em relação à abordagem ao suicida. Acredita-se que perguntar sobre o tema induz ao ato. Pelo contrário. Perguntar de forma sensata e acolhedora desencadeará no paciente sensação de alívio e acolhimento, necessários para o fortalecimento do vínculo médico/paciente. Há frases ou pensamentos por parte da equipe de saúde que podem colocar em risco qualquer tentativa de apoio, por exemplo:

- “No lugar dele eu também estaria deprimido”
- “Esta depressão é compreensível; não vou tratar”
- “Só os fracos desistem de viver, ele é policial, tem que ser forte”
- “Você só está estressado...”
- “Depressão é uma consequência natural do envelhecimento”
- “Só depende de você, precisa ter força de vontade!”
- “Primeiro vamos tentar algumas estratégias de gerenciamento de estresse...”
- “Retorne daqui a um ou dois meses, e então conversaremos mais longamente...” .

Outras atitudes também podem comprometer o contato inicial. Como dizer que você está ocupado ou fazer o problema parecer trivial. Evite interromper a conversa muito frequentemente, demonstrar estar chocado ou muito emocionado.

Procure não tratar o paciente de uma maneira que possa colocá-lo numa posição de inferioridade. Dizer simplesmente que tudo vai ficar bem, fazer perguntas indiscretas e emitir julgamentos sobre o que é certo e errado ou tentar doutrinar. Quando uma pessoa começa a questionar a razão de sua existência, sugerindo que a morte seria a solução, ela costuma gerar um sentimento de irritação e até revolta em quem está ouvindo. A partir daí começam os sermões e conselhos, na tentativa de mostrar que pessoas passam por situações terríveis, mas que no final tudo sempre dá certo. Seguir explicando ao paciente que problemas passam, e aí surgem outros, e que sempre vamos aprendendo a lidar com eles pode ser uma estratégia ineficiente.

Na prática, essas percepções não costumam funcionar com o sujeito com ideação suicida. O profissional de saúde deve ter um comportamento e um discurso neutro (sem preconceitos) para não repetir o quadro de rejeição ao qual o paciente com pensamentos suicidas possa estar vivenciando.

COMO ABORDAR O POLICIAL COM RISCO DE SUICÍDIO?

Segundo Botega et alii (2006)⁷⁴, metade das vítimas de suicídio passou por consulta médica seis meses antes de sua morte, no entanto, 50/60% dessas pessoas nunca tinham se consultado com um profissional de saúde mental ao longo de suas vidas. Esses dados mostram a importância que os profissionais de saúde generalistas (clínicos gerais) têm na identificação de pessoas que estão em situação de vulnerabilidade.

Todos os profissionais de saúde devem estar atentos para os sinais que seus pacientes possam dar em uma consulta. Ao atender um paciente, recomenda-se que esses profissionais façam perguntas simples em relação à saúde mental do mesmo, como por exemplo: “como você tem se sentido ultimamente?”. Ao perceber que o paciente não está bem é importante acolher o mesmo, dedicando tempo para ouvir o que está acontecendo em sua vida.

O profissional de saúde deve ouvir o paciente atentamente quando percebê-lo deprimido, desesperado, sem esperança, sem planos para o futuro. O ideal é incentivá-lo a compartilhar a condição na qual se encontra no momento da conversa. Tudo isso deve ser feito de forma gradual. A resistência inicial é quebrada quando o paciente percebe que o profissional está preocupado com ele. É importante que o paciente entenda que atendê-lo com cuidado e respeito é o seu trabalho.

Caso o profissional perceba que há risco de suicídio é importante investigá-lo. É preciso saber por quanto tempo o paciente tem pensado em se matar, se ele faz ou tem feito planos disso, se apresenta histórico de tentativas anteriores ou em sua família ou se tem meios para fazê-lo. Caso o policial apresente histórico de tentativas anteriores, há risco. Embora cada caso seja singular, é sempre indicado que o paciente com risco tenha sua arma acautelada em local seguro e que seja avaliada a necessidade de o policial ser escalado para serviços em que possa trabalhar desarmado.

Se houver a necessidade do paciente ser encaminhado, o profissional deve fazê-lo de acordo com o risco, como também deve solicitar a contrarreferência do atendimento ou marcar uma consulta de retorno do paciente para que possa acompanhar o caso. Para padronizar os procedimentos nesses casos, elaboramos uma proposta de protocolo de conduta e de encaminhamento de pacientes de baixo, médio e alto risco (Ver quadro 4).

⁷⁴ Botega et alii. “Prevenção do comportamento suicida”. *Psico*, v. 37, n. 3, 2006, p. 213-220.

QUADRO 4 – PROTOCOLO DE CONDUTA E ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE DE BAIXO, MÉDIO E ALTO RISCO

RISCO	CARACTERÍSTICAS	CONDUTA E ENCAMINHAMENTO
Baixo	O policial declara ideias suicidas, mas não tem planos e nem fixou datas.	Ouvir, acolher o policial e encaminhá-lo com urgência para o serviço de psicologia e psiquiatria. Acompanhá-lo até que ele receba o tratamento adequado.
Médio	O policial declara pensamentos suicidas e planos, mas não fixou datas para concretizar o fato.	Ouvir, acolher o policial e encaminhá-lo com urgência para o serviço de psicologia e psiquiatria. Estabelecer um contrato com a pessoa de que ela vai fazer contato com você ou com algum profissional de saúde caso pense em se matar. Fazer contato com a família com a autorização e ciência do policial. Orientar a família. Providenciar o acautelamento da arma do policial.
Alto	O policial tem um plano, tem os meios, já pode ter tentado anteriormente e deseja fazê-lo quanto antes.	Ouvir, acolher o policial e encaminhá-lo com urgência, acompanhado por você ou um familiar, para o serviço de psiquiatria ou para a emergência do HCPM. Entrar em contato com a família para que ela vá até o local, caso não esteja presente. Providenciar o acautelamento da arma do policial.

RECOMENDAÇÕES DIRIGIDAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATENDEM PACIENTES EM RISCO:

- **Sempre considere a necessidade do acautelamento da arma do policial**, mesmo em caso de baixo risco, o fato de o mesmo ter arma de fogo torna-o mais vulnerável ao suicídio.
- **Estabeleça um vínculo com o profissional de saúde** para o qual encaminhou o paciente e/ou pelo qual teve o paciente encaminhado. É essencial que os profissionais de saúde troquem mais informações sobre os pacientes que atendem, garantindo assim mais qualidade no tratamento dos mesmos.
- **Solicite apoio institucional em situações nas quais o policial se encontra em médio e alto risco**, como por exemplo pedir uma viatura para levar o mesmo ao HCPM.

- **Estabeleça contato com outros profissionais de saúde caso queira discutir um caso** ou precise de ajuda em relação a um paciente específico. O atendimento a um paciente com risco de suicídio é sempre complexo. Muitas vezes é aconselhável que o profissional discuta o caso com um colega.

O ENCAMINHAMENTO DE UM PACIENTE SOB O RISCO DE SUICÍDIO

Há pouco tempo o Brasil passou a considerar o suicídio como um problema de saúde pública e passível de ser enfrentado através de políticas públicas de prevenção. O suicídio, entre as causas externas de mortalidade, permanecia na sombra dos elevados índices de homicídios e de acidentes de trânsito. O Brasil deu o primeiro passo ao lançar em 2006 as diretrizes brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção de Suicídio (BOTEGA et alii, 2006).

Iniciativas voltadas para a prevenção do suicídio na rede pública de saúde, no Rio Grande do Sul e no estado de São Paulo, ilustram bem esses avanços institucionais. Neste item, descrevemos a trajetória institucional dos programas de prevenção de suicídio implantados nos dois referidos estados. Ambas as experiências nos permitiram pensar a contribuição do Serviço de Atenção à Saúde do Policial (SASP) na prevenção do comportamento suicida entre policiais da polícia militar do estado Rio de Janeiro.

ALGUNS ELEMENTOS DA PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO NA POPULAÇÃO GERAL DO RIO GRANDE DO SUL

A proposta de prevenção do suicídio na população geral para os municípios do estado do Rio Grande do Sul está baseada na criação de uma rede local de serviços intersetoriais que funcionam de forma integrada na vigilância, prevenção e controle do suicídio. Esta proposta é resultado de um projeto de pesquisa desenvolvido em quatro municípios do Rio Grande do Sul – Candelária, Santa Cruz do Sul, São Lourenço do Sul e Venâncio Aires, todos com elevados índices de suicídio.

O manual, “Prevenção do suicídio no nível local: orientação para formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e orientação para os profissionais que a integram e trabalho”, propõe a formação de redes locais de vigilância, prevenção e controle do suicídio. Essas redes são formadas por pessoas de diferentes setores de atuação ou de serviços diferentes num mesmo setor. Todas as pessoas que compõe a rede conhecem

a complexidade e o caráter multifatorial do suicídio e sabem identificar os sujeitos em condições de vulnerabilidade, fazendo abordagem adequada para cada caso.

A rede local é constituída por dois níveis de articulação. O primeiro nível é formado pela área de saúde, composta pelos profissionais de vigilância epidemiológica, serviços de urgência, de saúde mental e da atenção primária. O segundo nível envolve as ações intersetoriais, ou seja, o trabalho articulado de outros setores na prevenção do suicídio, tais como: a imprensa, educação, saúde, assistência social, segurança pública, ONGs e as famílias. Estes últimos irão definir e aplicar medidas de apoio às pessoas em situação de vulnerabilidade e suas famílias (SILVA, et alli, 2010).

No campo da saúde, a rede local de vigilância, prevenção e controle do suicídio seguem experiências internacionais. Os serviços de saúde envolvidos nesta estratégia são as unidades de urgência/emergência, serviços de referência em saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Esses serviços, a partir de protocolos e fluxos de atendimento definidos, garantem ao sujeito em sofrimento tratamento, encaminhamento e acompanhamento adequados. A comunicação entre os integrantes da rede permite um trabalho articulado e delineamento conjunto de planos de cuidado para cada sujeito e sua rede social, evitando, dessa forma, novas tentativas.

Os pacientes nas unidades de pronto atendimento são encaminhados aos serviços de referência em saúde mental, onde recebem o tratamento adequado. Vale a pena ressaltar a importância da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência de lesões autoprovocadas (as tentativas de suicídio e suicídios), bem como a colocação nas declarações de óbito do código correto da Classificação Internacional de Doenças (CID) nos casos de suicídio.

As unidades de saúde da família assumem papel estratégico no acompanhamento dos sujeitos em sofrimento, pois garantem a continuidade e adesão ao tratamento, possibilitando que o serviço de saúde mental conheça os avanços e os principais problemas enfrentados pelo sujeito ao longo do tratamento.

A EXPERIÊNCIA DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

A polícia militar do estado de São Paulo, através do Centro de Apoio Social (CAS)⁷⁵, implementou o Programa de Prevenção em Manifestações Suicidas (PPMS) há mais de década. Esta iniciativa faz parte de um conjunto de programas desenvolvidos pelo CAS com objetivo de atender às demandas psicossociais do policial militar. Como por exemplo o Programa de Valorização Humana (PVH), criado no ano de 1999 no intuito de mapear o estado emocional de policiais militares, visando desenvolver programas de atenção psicossocial, bem como promover a sua qualidade de vida. O PVH ainda está ativo, através da nota de instrução N° PM3-003/03/01. Contudo o seu desencadeamento depende de solicitação do Comandante de Batalhões (OPM) interessado.

O programa da polícia militar de São Paulo produziu um diagnóstico das condições psicossociais do policial, através de visitas e avaliações psicológicas, com posterior produção de relatórios sobre o perfil da unidade da polícia militar e devolutivas realizadas no nível individual e coletivo.

- Programa de Aprimoramento Profissional e Acompanhamento Psicológico (PAAPM), voltado para policiais que se envolveram em ocorrências de risco (Evento Potencialmente Traumático) ou que apresentaram ou apresentam qualquer alteração comportamental, a despeito de vivências de situações traumáticas.
- Programa de Preparação para Inatividade (PPI), hoje denominado por Programa de Sensibilização para o Encerramento da carreira Policial Militar (PROSEN).
- Programa Prevenção ao Uso Abusivo de Álcool e outras Drogas (PPAD).

Estes programas trabalham de forma integrada com intuito de atender às condições humanas do policial militar, através da troca de informações dos policiais atendidos. Essa integração permite a equipe do CAS oferecer serviços de acordo com as características e diagnósticos individuais (MIRANDA, D.; GUIMARÃES, T., 2012).

⁷⁵ Centro de Apoio Social: “Sua missão institucional permanece direcionada ao atendimento biopsicossocial e espiritual, favorecendo a saúde e o desenvolvimento humano de policiais militares. As tarefas do CAS estão distribuídas entre três seções administrativas. São elas: a Seção de Aprimoramento Profissional e Apoio ao PM (SAPAP); a Seção de Pesquisa, Desenvolvimento e Execução de Projetos (SEPDEC); por último, a Seção de Orientação Social e Jurídica (SOSJ). A cada uma dessas estão vinculadas subseções. A SAPAP contempla duas subseções: 1) A administrativa do PAAPM (Programa de Acompanhamento e Apoio ao Policial Militar) e 2) A de acompanhamento psicológico. A SEPDEC agrega a subseção de pesquisa e a de atendimento clínico. Por último, três subseções estão vinculadas a SOSJ, a saber: a de orientação social, a de auxílio funeral e a de seguro de acidentes pessoais” (MIRANDA, D.; GUIMARÃES, T., 2012).

O Programa de Prevenção em Manifestações Suicidas (PPMS) oferece atendimento em grupo e individual e acompanhamento aos casos de tentativa e ideação suicida após avaliação psicológica do policial e reconhecimento da sua situação⁷⁶, atendimento aos “sobreviventes”⁷⁷ e realização de palestras e peças de teatro para sensibilização da tropa quanto ao tema⁷⁸. Atualmente, o PPMS não realiza mais peças de teatro como estratégia de sensibilização da tropa.

A forma como o PPMS se estruturou para oferecer atendimento aos sujeitos em sofrimento na PMESP pode ser útil na elaboração de propostas inovadoras para prevenção do suicídio na polícia militar do Rio de Janeiro. O PPMS realiza suas atividades na capital, grande São Paulo e no interior através de parceria com Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs). Para garantir tal articulação e formação de uma rede de atendimento, o CAS fica responsável pelo treinamento da equipe, além de ter como objetivo a disseminação dos Núcleos de Atenção Psicossocial por todo estado e descentralização de PPMS para locais desprovidos do programa.

UMA INOVAÇÃO INSTITUCIONAL DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: SASP (SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO POLICIAL)

O SASP é uma inovação institucional que visa avaliar, de forma regular, as condições de saúde de todos os policiais da ativa. Este serviço é de cunho preventivo, pois busca a identificação precoce de alguma alteração na saúde do policial. O adoecimento psíquico é um dos componentes da saúde do policial observados pelo SASP, mediante a avaliação feita pelo profissional da psicologia. Por meio da avaliação psicológica, é possível entrar em contato com policiais que podem estar vivenciando um processo de adoecimento, mas que não procuraram ajuda. Esse fato é comum na PMERJ.

⁷⁶ Este policial pode chegar ao PMMS através do encaminhamento realizado pelo comando de sua unidade, de forma espontânea (a procura do próprio policial) e por convocação da equipe do CAS quando é informado o fato através das ocorrências de tentativas de suicídio declaradas ou não (MIRANDA, D.; GUIMARÃES, T., 2012).

⁷⁷ Amigos e familiares de pessoas que consumaram o suicídio.

⁷⁸ “O foco inicial era conscientizar a tropa sobre a magnitude do problema e esclarecimento das possíveis causas do suicídio na instituição, mas posteriormente passo a contar com outros temas, tais como: o de resiliência, de estresse, tabagismo e de administração financeira familiar passaram a ser abordados (MIRANDA, D.; GUIMARÃES, T., 2012).

Um dos recursos utilizados nessa avaliação é o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), instrumento criado pela Organização Mundial de Saúde, conforme já mencionamos. Esse questionário é composto por 20 questões relacionadas ao modo pelo qual policial vem se sentindo nos últimos 30 dias. As respostas são binárias. Elas podem ser sim ou não. Uma das questões presentes no SRQ-20 refere-se à ideação suicida. O psicólogo que atende um policial que responde essa questão de forma positiva deve se aprofundar no assunto para entender a situação.

Apesar da importância da avaliação da psicologia no SASP, qualquer outro profissional pode e deve estar atento aos sinais de sofrimento expressos pelo policial. Normalmente, quando o policial comunica pensamentos suicidas é porque ele já vem enfrentando dificuldades em sua vida que podem acarretar em danos à sua saúde, danos estes verificados pelas avaliações dos outros profissionais presentes no SASP. É necessário que o profissional esteja atento para o fato de que as alterações de saúde que o policial apresenta (como por exemplo, hipertensão, diabetes, doenças cardíacas etc.), frequentemente estão relacionadas às suas condições de vida e trabalho. Atender o policial, portanto, significa entender o adoecimento do paciente para além dos sintomas, percebendo a correlação desse adoecimento com o estilo de vida do policial.

Como o profissional de saúde do SASP deve proceder quando o policial “comunica” ideação suicida?

- Investigar em que contexto de vida o policial se encontra no momento.
- Perguntar com que frequência ele tem pensado em suicídio.
- Perguntar se ele já tem algum plano.
- Perguntar se ele já tentou alguma vez.
- Perguntar se ele tem alguma rede de apoio consistente (família, amigos, colegas de trabalho), que saiba das dificuldades que vem passando.
- Avaliar o nível do risco no qual o policial se encontra para assim analisar a conduta e encaminhamento pertinentes.

Como o profissional de saúde do SASP deve encaminhar o paciente com ideação suicida?

O paciente com ideação suicida exige um cuidado maior. Essa situação é plausível quando é feito seu encaminhamento para outro profissional segundo o grau de vulnerabilidade e o risco no qual o policial se encontra. Isso significa que o trabalho do pro-

fissional de saúde do SASP torna-se mais delicado quando for necessário encaminhar um policial que declarou ideação suicida. O profissional de saúde precisa estar atento ao contexto e ao nível de gravidade de sua ideação suicida. O protocolo apresentado no subitem anterior também pode e deve ser utilizado pelo profissional atuante no SASP.

Contudo, é preciso levar em consideração o nível de vulnerabilidade o qual policial se encontra (baixo, médio ou alto de risco) antes de tomar uma decisão quanto ao encaminhamento. Nessa situação, é fundamental que o profissional de saúde tenha acesso à rede de contatos atualizadas da PMERJ com os telefones das unidades. Esse contato pode proporcionar até mesmo que o agendamento da consulta seja feito já no momento da avaliação do SASP. É importante também que o profissional notifique os casos de ideação à coordenação do SASP, para que este policial possa ser reavaliado em período curto de tempo.

Recomendações aos profissionais do SASP:

- Avaliar se o policial possui nível baixo, médio ou alto de risco e encaminhar de acordo com o risco.
- Encaminhar para local próximo da residência ou do trabalho do policial, de acordo com sua preferência.
- Fazer contato com profissional da unidade para agendar a consulta com o mesmo.
- Obter a contra referência do atendimento para o qual o policial foi encaminhado.
- Notificar a situação para a coordenação do SASP para que o paciente seja reavaliado em um espaço curto de tempo.

O SASP é uma iniciativa da PMERJ que tem se mostrado eficaz na detecção do adoecimento de policiais, inclusive daqueles com ideação suicida e que não procuraram ajuda. No entanto, ainda é preciso avançar na construção de estratégias dentro da PMERJ que deem conta da questão do suicídio levando em consideração a complexidade deste fenômeno.

Inspirados na experiência da polícia de São Paulo e pensando nos recursos já existentes no quadro de saúde da PMERJ, propomos para condução deste desafio a criação de um Serviço de Acolhimento Emergencial em Saúde Mental. Este serviço seria composto por uma equipe multidisciplinar. Essa equipe ficaria responsável pelas iniciativas de treinamento de pessoal, sensibilização da tropa, divulgação dos procedimentos propostos, triagem de pacientes emergenciais, integração da rede da PMERJ com a rede pública, dentre outras. Esta proposta será abordada nos próximos itens.

O Serviço de Acolhimento Emergencial em Saúde Mental

O suicídio por ser um fenômeno multicausal (BERTOLOTE, 2012) extrapola os limites das áreas da psiquiatria e da psicologia. A identificação, o tratamento e o acompanhamento de pacientes em situação de risco demandam, portanto, uma equipe multidisciplinar.

A Organização Mundial da Saúde recomendou que a prevenção do suicídio fosse realizada por profissionais de saúde qualificados na identificação precoce e no tratamento de pessoas com risco de suicídio. Isso significa sublinhar a relevância da capacitação das equipes responsáveis pelo manejo deste fenômeno multifatorial e multideterminado como é o suicídio (BOTEGA et alii, 2006).

A PROPOSTA PILOTO

A criação de um Serviço de Acolhimento Emergencial em Saúde Mental, com ênfase no suicídio, mostra-se necessária para a construção e efetivação de protocolos de atendimentos específicos e para a implementação de estratégias de prevenção. Esse serviço é importante não só para aqueles que tenham apresentado comportamento suicida, mas para toda comunidade policial que pode vir a conviver, em algum momento, com pessoas que apresentem algum nível de adoecimento psíquico e emocional, chegando aos casos de ideações suicidas e/ou tentativas de suicídio.

Além de promover ações preventivas no âmbito do suicídio, atuando em consonância com as propostas descritas neste trabalho, o referido serviço garante ao sujeito que apresentou o comportamento suicida um acolhimento multiprofissional. A atuação da equipe possibilita que esse paciente seja atendido pelos profissionais necessários ao seu tratamento, evitando, também, uma lacuna entre a ideação ou a tentativa de suicídio e o tratamento específico para o caso.

Esta equipe passaria a ser a referência na realização do primeiro atendimento dos casos emergenciais de saúde mental, promovendo uma escuta multidisciplinar. Entretanto, a mesma não acompanharia o paciente avaliado, mas sim o referenciaria para o atendimento ambulatorial, psicológico e psiquiátrico, ou outra especialidade que se fizer necessária ao tratamento. Ao longo do tempo, o trabalho deste serviço pode colaborar para a criação de um serviço de saúde mental no HCPM, de modo que os

profissionais da área atuem de forma articulada e co-responsável em consonância com as políticas de saúde mental vigentes no Brasil.

Para iniciar a montagem dessa equipe, sugere-se que a Diretoria Geral de Saúde (DGS) convide os profissionais das áreas citadas e que de preferência tenham formação e/ou experiência nesse campo e o interesse de colaborar com a implantação do referido projeto piloto.

ESTRUTURA DO SERVIÇO

O serviço deverá ser composto por uma equipe multidisciplinar formada por três psicólogos, dois psiquiatras (a contratar), três assistentes sociais, três enfermeiros e que tenham experiência de trabalho no campo da saúde mental, bem como conhecimento acerca do funcionamento da rede pública de saúde.

O Hospital Central da Polícia Militar (HCPM), por ser a unidade de saúde que possui o principal setor de emergência da corporação, é o local estratégico para comportar a sede do serviço. A proximidade do setor de emergência facilitaria um primeiro contato, ainda no hospital, não apenas com o sujeito que tentou o suicídio, mas também com sua família e amigos. Esse fato pode contribuir para uma maior adesão ao tratamento/acompanhamento a ser proposto pela equipe multidisciplinar.

ATRIBUIÇÕES

- Construir com os profissionais do Serviço de Pronto Atendimento (SPA) do HCPM um protocolo para o atendimento dos casos de emergência psiquiátrica.
- Capacitar os profissionais de saúde da PMERJ para identificação dos policiais em risco de suicídio.
- Realizar palestras a respeito da prevenção de violências autoinfligidas da PMERJ.
- Preparar profissionais de saúde para atuarem como multiplicadores junto a suas equipes e unidades, de modo que as recomendações para a prevenção e o protocolo de atendimento ora propostos sejam institucionalizados.

- Formular ações em conjunto com psicólogos que atuam em batalhões para a sensibilização da tropa no que se refere à identificação e ao encaminhamento dos casos de risco.
- Organizar, em unidades em que não existam psicólogos, ações para a sensibilização da tropa. O objetivo é capacitar os próprios policiais a identificar situações de risco, tornando a equipe multiprofissional uma referência de apoio ao policial em situação de vulnerabilidade às manifestações suicidas.
- Articular-se com a rede pública de saúde mental (estadual e municipal). A equipe deverá ser responsável por realizar uma maior integração com a rede pública de saúde. Essa poderá vir a ser uma referência para o tratamento de policiais e seus dependentes, especialmente daqueles que residem no interior.
- Mapear os leitos de internação psiquiátrica na rede pública. Essa ação visa oferecer aos profissionais de saúde da PMERJ alternativas para a realização de encaminhamento do seu público interno.
- Acompanhar, através de visitas e do contato com os familiares os policiais militares internados na rede pública.
- Realizar coleta sistemática de informações de mortalidade violenta (homicídio, acidentes e, em particular, as mortes por suicídio) na população policial da PMERJ. Essa ação tem como objetivo mensurar o impacto do serviço através da construção de indicadores de violências autoinfligidas (pensamentos suicidas, tentativa de suicídio e suicídio consumado), antes e depois da implantação do projeto piloto.
- Uma segunda ferramenta de avaliação, visando explorar a percepção que diferentes atores têm do serviço (Proposta Piloto), seria a realização de uma consulta aos policiais e seus familiares e/ou amigos acolhidos pela equipe de referência. Essa iniciativa pode contribuir para a continuidade e o aperfeiçoamento do serviço, assim como estimular novas políticas de saúde dentro da corporação.
- E, por último criar um instrumento de notificação dos casos de ideação e tentativa de suicídio. Essa ferramenta permitirá que os profissionais de saúde possam notificar a equipe, resguardando a identidade do policial.

A atuação do profissional de saúde nas unidades da PMERJ

A OMS (WHO, 1998) ressalta que as recomendações para a prevenção do suicídio estão organizadas em três aspectos fundamentais: 1) a ampliação da conscientização da comunidade acerca do suicídio e seus fatores de risco, 2) a intensificação de programas e serviços de conscientização e 3) a assistência, incremento e o aprimoramento da ciência sobre o tema, de forma a aumentar os recursos de prevenção e de ação sobre o suicídio.

Propomos aqui orientações dirigidas ao profissional de saúde para atuar preventivamente segundo três públicos-chave em contextos organizacionais distintos da PMERJ. O primeiro é composto por atores do comando geral e Estado Maior; comandantes de unidades (nos níveis intermediário e operacional). Para tanto, acreditamos ser necessário atuar através de mecanismos motivacionais e de valorização profissional do policial.

O segundo público engloba os policiais militares da ativa que atuam nas unidades operacionais (praças e oficiais) e administrativas (praças e oficiais). Para este grupo, sugerimos ações voltadas para a promoção da qualidade de vida, saúde física e mental. Por último, tratamos de ações que visam atingir o público da inatividade. Segundo Violanti (2007), a condição da inatividade do policial está altamente associada ao comportamento suicida. Daí a necessidade de traçar ações específicas para reduzir o risco do suicídio do policial militar inativo.

A PREVENÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA SEGUNDO O GRUPO DE REFERÊNCIA

As orientações de prevenção seguirão o modelo proposto por Botega (2006): prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

As medidas de prevenção primária visam abranger toda a população de policiais. A importância das medidas de prevenção primária é definida, segundo Bertolote (2012) por ações de promoção geral da saúde, tanto no plano físico, quanto no plano psíquico.

De acordo com Botega et alii (2006), a prevenção do suicídio é realizada através do conhecimento dos seus fatores de risco, da identificação precoce dos indivíduos que os

apresentem e da intervenção nas situações de risco. Suominen et alii (2004 apud BOTEGA et alii, 2006) destacou que no trabalho de prevenção há necessidade de reforçar os fatores ditos protetores e diminuir dos fatores de risco nos níveis individual e coletivo. Os fatores protetores seriam: bons vínculos afetivos, sensação de estar integrada a um grupo ou comunidade, religiosidade, estar casado ou com companheiro fixo e ter filhos pequenos. Para promover a prevenção primária, sugerimos alguns dos fatores de proteção que podem ser trabalhados com os três públicos de referência mencionados antes. São eles:

- Estimular e contribuir com o convívio social através das confraternizações de fim de ano, comemoração dos aniversariantes do mês, bem como a festa da família, proporcionando que os familiares possam se aproximar do convívio profissional do policial.
- Promover a qualidade de vida, estimulando a prática de atividades físicas regulares e com acompanhamento dos profissionais de educação física presente nas unidades.
- Buscar o apoio da capelania, a fim de aproximar a religiosidade do convívio policial.
- Elaborar e/ou apoiar programas de conscientização, informação e sensibilização sobre o tema suicídio, seu impacto e como enfrentá-lo em todos os níveis hierárquicos da corporação. É importante priorizar as orientações aos comandantes de companhia e chefes de seção no que concerne ao modo de proceder e encaminhar o policial em caso de suspeição de ideação.
- Realizar ciclos de palestras que sensibilizem como a qualidade de vida melhora o ambiente do trabalho.
- Abordar a temática da saúde mental em todos os níveis da formação policial.
- Elaborar encontros temáticos por área, trazendo temas relacionados à qualidade de vida no trabalho, saúde mental entre outros.
- Criar um espaço destinado a ouvir o policial. É preciso ter no comando um espaço que o policial possa se sentir seguro para conversar e ou contar seus problemas.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

As medidas de prevenção secundária visam atingir aos grupos que já se encontram em situação de risco para o comportamento suicida. Neste ponto é importante estar atento para fatores como alcoolismo, uso excessivo de substâncias entorpecentes, problemas familiares (separação, mortes na família, dificuldades financeiras etc.), problemas no

ambiente profissional (morte de colegas de trabalho, situações de estresse excessivo) e alterações comportamentais (insônia, agressividade, fúria etc.). Dentre os mecanismos de proteção secundária para os três grupos de policiais, propomos:

- Programa de acompanhamento psicológico regular para policiais que estejam presos no UP/PMERJ ou que estejam respondendo processo. Estes dois pontos se mostraram como fatores de risco chave para esses policiais.
- Programa de acompanhamento jurídico da PMERJ para auxiliar no amparo dos policiais expostos a situação acima descrita.
- Estar atento às punições institucionais autoritárias, especificamente nas prisões e transferências de batalhões ou unidades.
- Organização de uma rede de cuidados com fluxo assistencial que permita o diagnóstico precoce dos policiais em situação de risco. Nesta rede de cuidado, todo o corpo policial, e não somente o corpo médico, pode sinalizar a mudança de comportamento ou a preocupação com o colega e, com isso, facilitar seu encaminhamento para um profissional de saúde.

PREVENÇÃO TERCIÁRIA

A prevenção terciária visa atender aos policiais que tenham comunicado ideação suicida ou tentado suicídio. Para estes casos, o comportamento suicida, conforme aponta a literatura, pode aparecer mais de uma vez, sobretudo se o policial ainda estiver vivendo o sofrimento. Para lidar com este grupo, propomos as seguintes ações:

- Perceber o comportamento suicida como problema que abrange todo o trabalho policial, isto é, deixar de recorrer apenas ao processo de psiquiatrização e ao uso de medicamentos. É de suma importância estudar medidas que possam melhorar a qualidade de vida e amenizar o sofrimento do policial.
- Realizar aproximações com a família do policial. É importante que o comandante esteja ciente da vida pessoal do policial, como também a família participe mais da vida profissional do policial.

- Controlar práticas entre os colegas que promovam alguma forma de *bullying* com os policiais que tenham passado pelo problema. Sendo este um dos temas que pode ser trabalhado nas palestras e ou encontros temáticos.
- Atenção a procedimentos como a cautela da arma.

COMO O PROFISSIONAL DE SAÚDE PODE ATUAR EM SUA UNIDADE?

Sabemos que grande parte das atividades sugeridas anteriormente não depende exclusivamente da atuação do profissional de saúde. Por conta disso, sugerimos estratégias de prevenção de acordo com o público de referência: 1) oficiais responsáveis pela gestão nos níveis estratégico, intermediário e operacional, 2) policiais militares da ativa, localizados em unidades operacionais e administrativos e 3) policiais militares inativos.

1º PÚBLICO: COMANDO GERAL E GESTORES (NOS NÍVEIS ESTRATÉGICO, INTERMEDIÁRIO E OPERACIONAL)

- **Palestras** – de sensibilização ao tema suicídio e divulgação das recomendações para a Prevenção ao Suicídio na PMERJ. Estas palestras podem ser proferidas para os gestores da cúpula decisória e comandantes de unidades, quando o psicólogo tiver a possibilidade de explorar estas questões.
- **Encontros temáticos por área** – reuniões esporádicas da equipe multidisciplinar de prevenção com os comandantes de unidade divididos por área de CPA. A meta é introduzir as ações preventivas em todas as unidades da corporação. Nesses encontros, propõe-se alertar o comando da instituição que o problema do suicídio não é apenas um caso de saúde, mas que a vida e a subjetividade dos policiais militares podem ser afetadas pelos valores, crenças e a cultura da Instituição.
- **Temas que podem ser abordados nas palestras e em encontros:**
 - Recursos Humanos, relacionamento interpessoal, relações de trabalho, práticas de convivência e valorização do trabalho do policial.
 - Estímulo ao convívio social através das confraternizações de fim de ano, comemoração dos aniversariantes do mês, bem como a festa da família, proporcionando que os familiares possam se aproximar do convívio profissional do policial.

- Promoção da qualidade de vida, estimulando a prática de atividades físicas regulares e com acompanhamento dos profissionais de Educação Física presente nas Unidades.
- Apoio do SAR – Serviço de Assistência Religiosa, a fim de aproximar a religiosidade da vida do policial.
- Parcerias com órgãos de educação, cultura, lazer e habitação.
- **Formação policial** – a PMERJ realiza vários cursos de formação e aperfeiçoamento desde a entrada e ao longo da carreira do policial militar (formação e capacitação continuada). É interessante aproveitar esses espaços para abordar o tema e pensar novas estratégias.
 - **Nos cursos de Formação de Soldados e Formação de Oficiais**, o tema pode ser abordado de forma mais superficial, apresentando dados e desconstruindo os mitos mais comuns. Esse tema pode ser explorado por uma disciplina de psicologia, existente na grade curricular dos cursos ou em forma de palestra na carga horária final dos cursos destinada às atividades extracurriculares como a semana de palestras.
 - **No Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais**, o tema pode ser abordado de forma mais específica. O objetivo aqui é informar o Estado Maior de cada unidade sobre como proceder nos casos de ideação suicida e tentativa de suicídio. Este livro pode se tornar uma referência para consulta.
 - **No Curso Superior de Polícia** os oficiais superiores seriam demandados a revisar a temática. A meta aqui é estimular o Comando a pensar e propor estratégias de prevenção, conforme vimos no quinto capítulo deste livro.
- **Divulgação da campanha através de recursos cênicos, audiovisuais e publicitários.**
 - Campanha acerca da saúde mental e prevenção ao suicídio, produzindo panfletos informativos e cartazes para serem distribuídos por todas as unidades.
 - Aproximação com a Coordenadoria de Comunicação Social da PMERJ com o intuito de promover um vídeo institucional sobre a prevenção do comportamento suicida entre policiais militares.
 - Incentivo de espetáculos teatrais sobre o suicídio e prevenção. Essa iniciativa seria realizada pela equipe de teatro “Disse que” do Centro de Capacitação em Programas de Prevenção – CCPP/PROERD com auxílio da equipe Multidisciplinar de Prevenção ao Suicídio.

- **Operacionalização dos dados da saúde do policial**

- Os dados provenientes do atendimento a saúde mental do policial são os principais aliados para a sensibilização do comando acerca da dimensão do problema. Daí a razão para se investir na atualização e na qualidade dos dados de saúde.

2º PÚBLICO: POLICIAIS DA ATIVA (PRAÇAS E OFICIAIS)

O policial militar, em função das características de seu trabalho, convive muitas horas com os colegas de profissão. Isso ocorre com os que atuam tanto na parte administrativa, quanto na parte operacional. Deste modo, é importante que o profissional de saúde da PMERJ saiba trabalhar com a tropa habilidades que a permita identificar casos de vulnerabilidade entre os próprios colegas. Esse público pode intervir e prevenir agravos. Com intuito de instrumentalizar o profissional de saúde para a atuação junto à tropa, recomendamos ações e estratégias comprometidas com a promoção da saúde e o tratamento psíquico social do policial militar.

Cabe retomar alguns dos principais fatores de risco de comportamento suicida, apontados pela Organização Mundial de Saúde, que podem despertar a atenção por parte dos colegas. São eles: o histórico de tentativas de suicídio; os transtornos mentais (depressão, alcoolismo e transtornos de ansiedade); o sofrimento emocional (perdas recentes e datas marcantes para o sujeito); história familiar de tentativas de suicídio e suicídios consumados e ideação suicida persistente.

A pesquisa de diagnóstico realizada na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro revelou, além dos fatores citados pela literatura, que a vivência de conflitos interpessoais no trabalho, as situações de humilhação, a desvalorização ou frustração, traços de impulsividade e agressividade estão associados ao comportamento suicida entre policiais.

Para lidar com esse quadro, o profissional de saúde deverá realizar palestras para a tropa, dando ênfase a temas relacionados aos fatores de risco descritos acima. É importante destacar que não se trata de criar estereótipos associados aos fatores de risco mencionados, mas sim de apontar condições que sinalizam a necessidade de maior atenção.

As palestras devem abordar a importância da manutenção de relações afetivas mais sólidas, da criação de redes de contato e confiança entre colegas de trabalho. Essa iniciativa pode ser favorecida com a participação de policiais militares nos eventos da unidade

onde atuam, ou pelo compartilhamento entre colegas, em momentos de lazer fora do trabalho. Esperamos que essas práticas contribuam para a redução do nível de desconfiança no trabalho e o aprimoramento do desempenho das funções.

Temas vinculados à promoção da saúde e ao bem-estar são bem-vindos quando a tropa é o público de referência. A criação de um ambiente em que se fomenta a busca por uma vida mais saudável é o primeiro passo para se ter uma tropa mais ativa, produtiva e com mais saúde física e mental.

AÇÕES PARA A PREVENÇÃO PRIMÁRIA

- **Palestras temáticas:** O profissional de saúde deve aproveitar suas entradas nas unidades para através de palestras, visando abordar temas que contribuam para a melhor qualidade de vida dos policiais. Cabe ao profissional avaliar quais são os temas mais importantes e relevantes para a melhora da qualidade de vida, levando em consideração as especificidades de cada unidade.
Propomos, por exemplo, as seguintes temáticas:
 - **A importância da integração à vida das unidades:** Como participação nas confraternizações da unidade. Fatores que podem contribuir para o convívio saudável entre a tropa, favorecendo o estreitamento de laços entre policiais e seus familiares.
 - **Confiança no colega de trabalho:** para que os policiais não se sintam sozinhos e que possam contar com o apoio dos colegas de trabalho quando necessário. Conhecer a vida do colega é um instrumento importante de aproximação dos laços. É preciso também estimular o contato com as famílias dos policiais, visando chamar a atenção da existência de fatores de risco como: a separação conjugal, perda de ente querido, problemas financeiros entre outros;
 - **Demais temáticas ligadas à saúde do profissional,** como: alimentação saudável, correção postural, gerenciamento financeiro, conflitos e relações familiares, comunicação e confiança nas relações de trabalho entre outros.

AÇÕES PARA A PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

Para os policiais que já se apresentam em situação de risco, propomos as seguintes intervenções:

- **Divulgação dos serviços de saúde oferecidos pela corporação em todas as unidades:** Através de um cartaz exposto em um local de fácil visualização, deve-se divulgar os contatos do psicólogo responsável pela unidade e os serviços de saúde oferecidos em cada batalhão e nas unidades especializadas da PMERJ, como o Grupo Renascer ou a Capelania.
- **Palestras e ou encontros temáticos sobre os fatores associados ao sofrimento emocional e psíquico do policial:** Os temas a serem trabalhados com a tropa envolvem situações que vulnerabilizam o policial, como depressão, transtornos de ansiedade, dependência química, problemas familiares (separação, mortes na família, dificuldades financeiras), problemas no ambiente profissional (morte de colegas de trabalho, situações de estresse excessivo) e alterações comportamentais (insônia, agressividade, fúria etc.). Nestes encontros, é preciso reforçar sobre os serviços de saúde oferecidos pela corporação, fornecendo uma listagem atualizada das unidades da PMERJ, com telefones, onde há psicólogos, como também o folder elaborado por nossa equipe sobre o comportamento suicida na PMERJ.
- **Temas que podem ser abordados nas palestras e em encontros:**
 - **Atenção aos sinais de adoecimento:** Nos contatos com a tropa, é importante pontuar que todos fiquem atentos para falas que expressem tristeza e desânimo, ou alterações comportamentais significativas, como dificuldades frequentes para dormir, episódios de agressividade ou irritabilidade ou aumento da ansiedade. Nestes casos, deve-se orientar a tropa a levar o colega em sofrimento a buscar ajuda, ou conduzi-lo ao psicólogo, oferecendo suporte emocional. Em unidades onde não há psicólogo, deve-se buscar outra próxima do trabalho ou residência para que seja realizada uma consulta. Essa busca pode ser feita através de contato telefônico com a Diretoria Geral de Saúde e o Núcleo Central de Psicologia.

E caso o policial em questão não busque ajuda e se verifique maior comprometimento emocional, recomenda-se comunicar a situação ao superior imediato e à equipe de saúde da unidade, para que sejam providenciados tratamento e outros cuidados necessários. Caso haja psicólogo na unidade onde

atua o policial em risco, deve-se aconselhar o colega a procurá-lo, ou mesmo acompanhá-lo ao setor.

É importante que os profissionais, que trabalham diretamente com o policial com problemas emocionais, estejam cientes do risco envolvido no não tratamento imediato. Antes da evolução do caso, se houver algum indício de adoecimento profissional, é importante que os colegas de trabalho dêem ciência aos superiores e aos profissionais de saúde do batalhão.

- **Desmistificação do assunto:** É essencial que o assunto seja tratado de forma aberta por toda a tropa. Porém, isso demanda que a tropa trate com cuidado e seriedade colegas que apresentam indícios de problemas emocionais. Tratar a questão com cuidado e seriedade é necessário para que o tratamento seja realizado prontamente, minimizando o risco de evolução.
- **Atenção específica aos perfis e grupos especiais:** Determinados perfis ou unidades podem demandar atuações específicas. Um exemplo disso seria o grupo composto pelos policiais próximos à aposentadoria. O profissional de saúde pode através de um contato específico com policiais neste perfil (atendimento individual ou encontros coletivos) criar mecanismos de conversa com intuito de suavizar o desligamento da corporação e a necessidade da busca de novas atividades.

AÇÕES PARA A PREVENÇÃO TERCIÁRIA

Aqui o tema do suicídio deve ser tratado de forma clara e direta pelo profissional de saúde, abordando temas como: o suicídio no ambiente de trabalho e os cuidados a serem tomados pela tropa com o colega em situação de comportamento suicida.

- **Temáticas de palestras e demais orientações voltadas para a tropa**
 - **Adoecimento mental e suicídio:** É de extrema importância que o conhecimento sobre os fenômenos relacionados ao suicídio (e especificamente ao suicídio entre policiais) sejam conhecidos por todas as esferas da PMERJ. Os riscos associados e seu tratamento são componentes de extrema relevância quando se traça um modelo de prevenção ao suicídio. Neste caso, é preciso incentivar que a tropa colabore para o restabelecimento do colega, afirmando a necessidade de reforço da rede de apoio para redução do risco. É preciso capacitar a tropa para a avaliação do risco.

Se o policial já fala em planos de como se matar, o risco é elevado, sendo necessário impedir imediatamente o acesso aos meios de cometer suicídio. Para tanto, deve-se afastá-lo de sua arma de fogo ou outro meio que tenha à disposição e conduzi-lo ao psicólogo. Caso haja maior vínculo com o policial, é interessante entrar em contato com familiares ou amigos próximos na tentativa de fortalecer a rede de apoio.

Há ainda situações de maior risco em que o policial “comunica” o desejo de se matar prontamente. Nestes casos, o policial deve ser orientado a não deixar o colega sozinho. É preciso informar à família sobre a situação e conduzi-lo imediatamente ao serviço de emergência mais próximo para realizar avaliação psiquiátrica.

Alguns cuidados devem ser apontados para a tropa, tais como: evitar de tratar o problema associado ao comportamento suicida como trivial; colocar o policial em posição de inferioridade, tentar doutriná-lo ou emitir julgamentos. Deve-se ainda sensibilizar a tropa para a necessidade do acolhimento do policial em crise suicida.

3º PÚBLICO: O POLICIAL NA INATIVIDADE

Os policiais inativos também demandam cuidados. É necessário impedir o acesso aos meios de cometer suicídio e colaborar para que recorra a um serviço de psicologia da PMERJ ou da rede de saúde privada. Neste grupo, também se deve considerar a presença de condições clínicas incapacitantes. Tais condições clínicas podem inclusive ter sido motivo de reforma, o que para alguns geram conflitos emocionais e grande frustração, com ruptura da autoimagem antes associada a poder e heroísmo. Além disso, no caso dos inativos a presença dos familiares e amigos deve ser reforçada pelo profissional de saúde, como sendo de grande importância para o início e a continuidade do tratamento. A família é a rede de apoio mais próxima desses policiais.

Sugerimos a abordagem das medidas acima por meio de palestras de preparação para a inatividade. Contudo, o profissional de saúde pode encontrar outros espaços para transmitir este tipo de orientação de acordo com as especificidades de sua unidade. Seja através do atendimento, seja em alguma fase da formação policial, entre outros. Cabe ao profissional de saúde, independente do nível de prevenção, encontrar e explorar espaços de discussão com a tropa.

Um tema muito importante a ser trabalhado com esse público é a Desordem de Estresse Pós-traumático. A Desordem de Estresse Pós-Trauma (DEPT) é um tipo de resposta a um acontecimento inesperado, irreversível e traumático. A maioria dos que vivem um evento traumático se recupera desta experiência sem desenvolver a DEPT. Entretanto, alguns são seriamente afetados, e mais tarde desenvolvem a DEPT, reação capaz de alterar a maneira da pessoa de pensar, sentir e agir, podendo se manifestar em um amplo leque de sintomas físicos. Em casos extremos, o trauma pode interromper a vida profissional e pessoal de quem afeta (SOARES, G.; MIRANDA, D.; BORGES, D., 2007).

Estudos internacionais mostram que ocupações sujeitas a 1) maior exposição a situações de risco de violência, 2) a um alto grau de estresse, 3) e ao risco de convivência com mortes violentas são suscetíveis a desenvolver a DEPT. Loh (1994), Bär et. alii e Violanti (2007) demonstraram que a Desordem de Estresse Pós-Trauma (DEPT) entre policiais é ainda mais alarmante, uma vez que as situações de risco e estresse são vivenciadas diariamente, como os ferimentos, a morte de colegas de trabalho. Os sintomas mais comuns entre policiais, segundo essa literatura, são:

- Lembranças repentinas – *Flashbacks* (datas, lugares, pessoas, situações parecidas, notícias, cheiros etc.).
- Comportamentos que objetivam evitar a exposição – *Avoidance*;
- Agitação quando aparece algo que vincula a estímulos associados com o trauma (*Hyperarousal*);
- e Anestesia (*numbing*) se refere à incapacidade de ter e expressar vários sentimentos.

Estudos norte-americanos revelam que em 1994, houve 300 suicídios comprovados entre policiais nos Estados Unidos, que é mais do que o dobro dos mortos no exercício desta atividade profissional, que foram 1371. A taxa de suicídios de policiais é o dobro da taxa da população americana como um todo. Há estimativas, não confirmadas, que sugerem que nove em cada dez suicídios de policiais se devem à DEPT.

Essa literatura ressalta ainda que o risco é maior entre policiais inativos. Ao longo de suas carreiras, policiais inativos desenvolvem vários sintomas da DEPT, em função do acúmulo de situações violentas e estresse ocupacional, muitas vezes sem acompanhamento médico. No Brasil, esse tema é muito pouco pesquisado. Sabemos que há na polícia militar de Santa Catarina um programa de gerenciamento de estresse pós-traumático e profissional, como também na polícia do estado de São Paulo o Programa de Aprimoramento Profissional e

Acompanhamento Psicológico (PAAPM) – voltado para policiais da ativa que se envolverem em ocorrências de risco (Evento Potencialmente Traumático) ou que apresentarem qualquer alteração comportamental, a despeito de vivências de situações traumáticas e o Programa de Preparação para Inatividade (PPI). Em ambos os casos, os sintomas de Desordem de Estresse Pós-traumático são monitorados por profissionais de saúde mental.

No Rio de Janeiro, embora, não existam iniciativas individuais ou coletivas que contemplem a prevenção do suicídio entre policiais inativos, sugerimos que profissionais de saúde divulguem os sintomas DEPT e a sua possível relação com o risco de suicídio na população policial militar (ativa e inativa). A divulgação desse conhecimento na comunidade policial é a principal orientação a ser seguida. Cabe, portanto, ao profissional buscar evidências sobre o tema, como também investigar casos que possam ilustrar a necessidade de construir programas voltados para este público.

Redes de apoio ao policial em situação de risco

Relações sociais, segundo a tradição sociológica interacionista, são definidas por capital social. Estudos de criminologia também testaram a relação entre o nível de capital social e as mortes violentas. Estudos recentes (SOARES, G.; MIRANDA, D.; BORGES, D. 2007) sobre trauma e violência concluem que o nível de capital social está associado positivamente com a superação das vítimas. Redes de relações entre indivíduos e grupos também são consideradas por essa literatura como fatores de proteção ao comportamento suicida. Entre policiais militares não é diferente. A pesquisa de diagnóstico na PMERJ revelou que existe associação entre relações sociais (contatos) e o comportamento suicida entre policiais da Instituição. Em outras palavras, policiais que pensaram e que tentaram suicídio na amostra pesquisada possuem poucos contatos sociais.

O baixo nível de confiança interpessoal também importa. Entre os policiais que informaram ter tido pensamentos suicidas há menos de um ano, todos declararam não confiar nas pessoas. Os dados mostraram que policiais que tentaram são os que menos confiam no próximo, em seguida, os que pensaram, mas não tentaram e, por último, os casos que não pensaram ou tentaram suicídio.

A desconfiança institucional se reproduz entre os colegas de trabalho da PMERJ. Para estes casos, o padrão se repete. O diagnóstico realizado na PMERJ evidencia que os três grupos de entrevistados disseram não confiar em seus colegas de trabalho. Con-

forme o esperado, policiais em situação de vulnerabilidade emocional são os que menos confiam em seus pares. E policiais militares, que confessaram não ter pensado e nem tentado suicídio, também não confiam em seus pares, sendo que em menor proporção.

O indicador de sociabilidade informal confirma a tendência observada entre violências autoprovocadas (ideação suicida e tentativa de suicídio), redes de contatos e confiança interpessoal. Policiais pouco sociáveis dentro e fora da polícia são os mais suscetíveis a desenvolver comportamentos suicidas.

Esses dados reforçam, como parte do trabalho de prevenção do suicídio na polícia militar do Rio de Janeiro, a urgência de se fortalecer as redes de apoio ao policial militar, inclusive as redes informais e internas. Capital social, como fonte geradora de vínculos de solidariedade e afetividade, pode aumentar as chances de recuperação nos casos de sofrimento psíquico (SILVA; COSTA, 2010).

REDES DE APOIO EXTERNAS AO POLICIAL EM SITUAÇÃO DE RISCO

Quando olhamos com maior atenção ao problema das violências autoinfligidas na polícia militar, vemos que o fenômeno não é simples e demanda uma série de ações institucionais para que possa ser minimizado. Uma delas é estimular a integração entre as redes de apoio interna e externa à PMERJ. As redes de apoio aos policiais militares externas à Instituição podem ser complementares às ações de prevenção propostas. Essa rede é constituída por contatos formais, ou seja, instituições e associações/grupos organizados que se dedicam a construir e solidificar uma rede de ajuda aos sujeitos em situação de risco, como também por contatos informais de familiares e amigos de policiais.

O envolvimento religioso também é um relevante fator de proteção para o suicídio. O envolvimento religioso propicia ao sujeito uma rede social de apoio; crenças na vida após a morte e em um Deus; objetivos à vida e autoestima; modelos de enfrentamento de crises; significado às dificuldades da vida e desaprovação enfática do suicídio (ALMEIDA; NETO, 2004).

A ausência de redes de apoio externas à PMERJ pode ser um fator complicador na dinâmica do comportamento suicida entre policiais, uma vez que policiais militares são carentes de proteção institucional, isolados socialmente e altamente desconfiados. Entre os policiais com pensamentos suicidas e/ou tentativa de suicídio e os que não declararam, há uma diferença de 16% no que concerne à confiança interpessoal.

A integração das redes de apoio (interna e externa) à PMERJ pode fortalecer a proteção ao adoecimento no trabalho. Portanto, possibilitar que o policial encontre apoio em qualquer instância é de suma importância.

INSTITUIÇÕES QUE OFERECEM APOIO AO SUJEITO EM SOFRIMENTO

É no intuito de oferecer apoio ao sujeito em sofrimento que organizamos aqui uma lista de instituições que podem somar a rede de proteção da PMERJ. Solidificar os laços de apoio, tanto dentro quanto fora da Corporação, pode ajudar o policial militar a superar a falta de confiança citada anteriormente. As instituições descritas neste capítulo podem ser eficientes para lidar com os problemas domésticos enfrentados pelos policiais. Muitas delas têm o interesse em dar apoio aos familiares. Apresentar aos policiais esses locais de diálogo significa fortalecer a rede de proteção da Corporação.

O CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA

O CVV é o Centro de Valorização da Vida, reconhecido como uma das ONGs mais antigas do Brasil, com atuação reconhecida desde 1973. Ela integra uma rede internacional de instituições que oferecem apoio emocional para os que sofrem de manifestações suicidas. A instituição é reconhecida nacionalmente e integrou o Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde que definiu as ações que integram a Estratégia Nacional para a Prevenção do Suicídio. O CVV atua em diversas frentes e pode servir como um aliado importante por estar organizado de forma sigilosa, com os contatos realizados via telefone (141), chat, e-mail, VoIP, correspondência ou pessoalmente nos postos físicos espalhados pelo país.

EMOCIONAIS ANÔNIMOS

Os Emocionais Anônimos organizam grupos de ajuda mútua em diferentes questões e doenças psicológicas. Possuem atuação em diferentes cidades brasileiras e podem ser usados como um espaço de troca entre o policial com problemas emocionais com outros indivíduos, auxiliando terapeuticamente no seu problema e criando uma rede de apoio fora da PMERJ. Os Emocionais Anônimos possuem grupos em diferentes locais. Maiores informações podem ser conseguidas pelo e-mail emocionais@ajudae-mocional.com.br e pelos telefones (45) 3225-9540 e (21) 99317-6636.

TERAPEUTAS SEM FRONTEIRAS

Esse grupo tem como missão o auxílio em processos de transição e evolução pessoal, oferecendo de maneira gratuita serviço de apoio emocional e terapêutico. Esse grupo pode servir como outro espaço de diálogo e terapia para os policiais militares da PMERJ. Os Terapeutas Sem Fronteiras podem ser acessados pelo *site* e pelo telefone (61) 23345-7692.

FÊNIX – ASSOCIAÇÃO PRÓ SAÚDE MENTAL

Essa organização foi criada em 1997 com o intuito de dar apoio aos portadores de transtornos mentais e seus familiares. Nesse caso, a família do policial também poderia receber ajuda e sustentação emocional para ser fortalecida como suporte ao policial. A Associação Fênix oferece auxílio e informações via o e-mail fenix@fenix.org.br, pelo *site* e pelo telefone (11) 3208-1225.

CONCLUSÃO

Esse livro buscou apresentar a magnitude e as dimensões das violências autoinfligidas cometidas por policiais militares no Rio de Janeiro, como também propor recomendações de ações preventivas. Inspirados na experiência do Programa de Prevenção de Manifestações Suicidas da Polícia Militar do estado de São Paulo (PMESP), elaboramos uma proposta de investigação sobre “Suicídio e risco ocupacional: o caso da polícia militar carioca”. Esse projeto teve como ponto de partida a tentativa de pesquisar os riscos de suicídios associados a determinadas atividades profissionais, focalizando na condição do policial militar.

Todavia, o difícil acesso a informações confiáveis sobre suicídios consumados e tentativas de suicídio, na polícia militar do estado do Rio de Janeiro e no Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), inviabilizou a concretização desse objetivo. As estatísticas disponibilizadas pela PMERJ também não favoreciam. Quando analisamos a evolução das mortes por suicídios consumados e das tentativas de suicídios entre policiais militares do estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 1995 a 2009, conforme vimos no segundo capítulo, encontramos taxas e riscos relativos instáveis.

A solução encontrada foi realizar uma pesquisa exploratória que nos ajudasse a compreender o comportamento suicida entre policiais no estado do Rio de Janeiro. Mas ao contrário da PMESP, no Rio de Janeiro, o fenômeno do suicídio era completamente desconhecido pelos gestores e demais atores institucionais. Como pesquisar um objeto inexistente?

Rastreamos os casos de ideias suicidas e tentativas e os suicídios consumados por meio de palestras de sensibilização. Como mencionamos no segundo capítulo deste livro, as violências autoinfligidas na PMERJ foram identificadas através da aplicação de questionário numa amostra de policiais militares que aceitaram colaborar com o estudo. E os casos de suicídios consumados foram mapeados através de duas listas de vítimas secundárias informais: a do grupo de apoio aos familiares de policiais mortos e feridos (GAFPMF) e a do grupo de mães e esposas de policiais vítimas de mortes violentas.

Em visita à Polícia Militar do estado de São Paulo (em março de 2012), observamos alguns aspectos similares à realidade da Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro, no que diz respeito ao sofrimento emocional de seus policiais. Um relatório de pesquisa elaborado pela Fundação Getúlio Vargas/SP⁷⁹ revelou que o adoecimento psíquico de policiais militares em São Paulo está associado: 1) aos sintomas de depressão e ansiedade (irritabilidade e descontrole emocional); 2) à dependência química; 3) às ideias suicidas e homicidas; 4) às tentativas de suicídio; e 5) ao preconceito e à resistência ao tratamento com os profissionais de saúde mental (psicólogos e psiquiatras).

Na Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro, como vimos no quarto capítulo, os casos de ideias suicidas e tentativas investigadas estão correlacionadas: 1) à insatisfação profissional; 2) às situações de riscos e vitimizações não letais vivenciadas por policiais (ameaças e insultos); 3) ao estilo de vida do policial (a frequência de atividades físicas praticadas); 4) aos problemas com o sono; e 5) ao baixíssimo nível de capital social. Em outras palavras, o isolamento social; a baixa confiança nos pares e a inexistência de participação cívica (associativismo) tornam o policial da PMERJ vulnerável às ideias suicidas e tentativas de suicídio. O Quadro 05 resume os achados das pesquisas sobre adoecimento psíquico e emocional de policiais militares realizadas na PMESP e PMERJ.

A Polícia Militar do estado de São Paulo, por outro lado, se destaca em relação às iniciativas de prevenção ao comportamento suicida implantadas há mais de uma década. Essas ações estão integradas e estruturadas em programas interdependentes. A equipe responsável conta que o Programa de Prevenção em Manifestações Suicidas (PPMS) foi uma conquista institucional. Porém, como toda iniciativa, há algumas limitações, mas que não comprometem a relevância do programa.

No que diz respeito ao impacto do PPMS sobre a incidência de tentativas de suicídio e mortes por suicídio, a equipe não soube responder. As avaliações são realizadas a partir dos retornos (feedbacks) individuais (de policiais militares assistidos pelo programa). Não há avaliações sistemáticas das metas previamente estabelecidas pela equipe responsável.

⁷⁹ FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Relatório de pesquisa: Sofrimento psíquico do soldado da PM. São Paulo: FGV, 2007.

QUADRO 5

DIAGNÓSTICO NA PMESP	DIAGNÓSTICO PMERJ
Estatísticas de Suicídios	
<p>Segundo o Relatório da FGV (2007), as taxas de suicídio entre praças chegou a ser 4 vezes superior a da população geral no ano de 2003 (SIM/DATASUS, 2003) . A taxa de mortes por suicídio da população geral de SP chegou a 17 por 100.000 habitantes contra</p>	<p>As estatísticas de mortes violentas não confiáveis na PMERJ. As taxas e o risco relativo de suicídio são instáveis.</p>
Condições de Trabalho	
	<p>Insatisfação com o trabalho na PMERJ; as amizades de trabalho e os recursos materiais (infraestrutura) oferecidos pela Instituição</p>
Condições de Saúde Mental	
<p>Depressão e Ansiedade- agressividade (auto e hétero), irritabilidade e descontrole emocional.</p>	<p>Depressão e Ansiedade estão associados aos casos de ideação suicida e tentativa de suicídio da amostra pesquisada</p>
<p>Pensamentos auto-destrutivos e violentos: ideações suicidas e homicidas.</p>	<p>Pensamentos auto-destrutivos e violentos: ideações suicidas e homicidas.</p>
<p>Dependência química.</p>	<p>Não encontramos associação entre os casos de tentativa e dependência química. Esse dado deve ser analisado com cautela.</p>
<p>O uso de álcool entre policiais militares.</p>	<p>Não encontramos diferenças estatísticas entre casos e controle no que diz respeito ao uso de álcool. Esse dado deve ser analisado com cautela.</p>
	<p>Problemas com sono e pesadelos estão associados com as ideações suicidas comunicadas e tentativas de suicídio.</p>
<p>As tentativas de suicídio são maiores policiais militares do sexo feminino</p>	<p>Dos 22 casos de tentativas de suicídio, havia apenas 1 policial militar do sexo feminino na amostra. Logo, não foi possível verificar as diferenças de gênero.</p>
<p>Preconceitos com os profissionais de saúde mental (psicólogos e psiquiatras). Esses preconceitos vêm sendo trabalhado nas palestras para o público geral e específico há mais de 15 anos.</p>	<p>Encontramos vários relatos que revelam estigmas em relação aos serviços de psicologia/psiquiatria, embora a correlação com ideação suicida tenha sido significativa.</p>

QUADRO 5 (CONTINUAÇÃO)

DIAGNÓSTICO NA PMESP	DIAGNÓSTICO PMERJ
Situações de Risco e Vitimizações de Policiais Militares	
	A frequência de ocorrências de risco acompanhadas com a perda de colega/amigo policial apareceu associado aos pensamentos suicidas declarados.
	Agressões verbais, amedrontamento/perseguição e insultos, humilhação e xingamentos estão associados aos pensamentos suicidas e tentativas de suicídios declarados. Apesar dessa correlação, não é possível afirmar que o fenômeno violento tenha acontecido antes.
Redes de Contatos e Apoio	
A fé e o apoio de familiares, amigos e colegas de trabalho são os recursos de proteção mais citados pelos entrevistados.	Policiais do estado do Rio de Janeiro são socialmente isolados. Esse grupo foi o mais vulnerável ao adoecimento emocional e às ideias suicidas e tentativas de suicídios na amostra pesquisada.

A divulgação do PPMS se restringe ao ambiente institucional da PMESP. Nem mesmo as polícias militares das demais unidades federativas do país conhecem o programa e a sua eficácia. O acesso aos registros de vitimizações de policiais por suicídio é restrito aos profissionais vinculados ao programa. Internamente, segundo os profissionais de saúde, o Programa de Prevenção em Manifestações Suicidas (PPMS) é reconhecido por policiais militares praças e oficiais.

No estado do Rio de Janeiro, como já ressaltamos, quando chegamos pela primeira vez na PMERJ o suicídio era um fenômeno totalmente desconhecido. A prevenção de violências auto-inflingidas estava longe de ser pensada. Atualmente, as iniciativas voltadas para a atenção psíquica e emocional do policial ainda são completamente isoladas do restante das políticas institucionais da Diretoria Geral de Saúde. As políticas de saúde são descontínuas e desarticuladas. Quando não, elas se limitam a iniciativas individuais.

O diagnóstico e as recomendações propostas neste trabalho buscam dar visibilidade ao sofrimento emocional e psíquico do policial da PMERJ e à urgência de se promover ações de intervenção. Certamente, essa meta começa a ser idealizada e planejada com a publicação e a divulgação deste livro.

A experiência da polícia de São Paulo nos ensinou que é possível aprovar e implementar políticas de prevenção de violências autoprovocadas por profissionais de segurança pública. Se são eficazes, ainda não sabemos. Afinal, no Brasil existe ainda uma tradicional resistência às avaliações sistemáticas que possam revelar limitações dos programas⁸⁰. Esse fato, todavia, não invalida experiências de prevenção como a da polícia militar do estado de São Paulo. Pelo contrário, elas sinalizam o quanto é preciso investir na produção e divulgação de ações preventivas do suicídio entre policiais militares. Esse é mais um desafio a ser enfrentado pela polícia militar do estado do Rio de Janeiro a curto, médio e longo prazo.

⁸⁰ OBSERVATÓRIO DE FAVELAS. Guia municipal de prevenção da violência letal contra adolescentes e jovens/UNICEF. Rio de Janeiro, 2012.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, K. P. de; LIMA, M. A. D. S.; KOHLRAUSH, E.; SOARES, J. F. “Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas”. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*. v. 12, n. 1, 2010, p. 195-200.
- ALMEIDA, A. M.; NETO, F. L. “Religião e comportamento suicida”. In: MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Orgs..) *Suicídio: estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p. 53-60.
- BEDEIAN, Arthur. “Suicide and Occupation: A Review”. *Journal of Vocational Behavior*. v. 21, 1982, p. 206-223.
- BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. “Suicide and Psychiatric Diagnosis: A Worldwide Perspective”. *World Psychiatry*, v; 1, 2002, p. 181-185.
- _____. “A Global Perspective in the Epidemiology of Suicide”. *Suicidological*. v. 7, n. 2, 2002, p. 6-8.
- _____. *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Unesp, 2012.
- BOTEGA, N. J.; D’OLIVEIRA, C. F. A.; CAIS, C. F. S.; STEFANELLO, S. *Prevenção do suicídio: manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica*. Campinas: Unicamp, 2009.
- _____. WERLANG, B. S. G.; CAIS, C. F. S.; MACEDO, M. M. K. (2006). “Prevenção do comportamento suicida”. *PSICO/PUCRS*. v. 37, n. 3, 2006, p. 213-220.
- CHARLTON, J. “Trends and Patterns in Suicide in England and Wales”. *International Journal of Epidemiology*. v. 24, 1995, p. 45-52.
- CASSORLA, R. M. S.; SMEKE, E. L. M. “Auto-destruição humana”. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 10, p. 61-73, 1994. Suplemento 1.
- CUNHA, J. A. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. Disponível em: <<http://www.cvv.org.br/>>. Acesso em: 20 mai. 2014.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. “Sistema de avaliação de testes psicológicos – Satepsi”. *Psicologia on Line*. 2010. Acessado em 15 de abril, 2011. Em <www2.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm?lista1=sim>.
- COHEN, L.; FELSON, M. “Social change and crime rate trends: a routine approach”. *American Sociological Review*, v. 44, 1979, p. 588-608.
- DURKHEIM, É. *O suicídio*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

- EMOCIONAIS ANÔNIMOS. Disponível em: <<http://www.emocionaisanonimos.com/>>. Acesso em: 20 mai. 2014.
- FÊNIX – ASSOCIAÇÃO PRÓ SAÚDE MENTAL. Disponível em: <fenix.org.br>. Acesso em: 20 mai. 2014.
- GILI-PLANAS, M.; ROCCA-BENNASAR, M.; FERRER-PEREZ, V.; BERNADO-ARROYO, M. “Suicidal Ideation, Psychiatric Disorder, and Medical Illness in A Community Epidemiological Study”. *Suicide Life Threat Behav*, v. 31, 2001, 207-213.
- GUIMARÃES, T. (2012), *Suicídio e ocupação: uma análise comparada*. Monografia (Graduação em Ciências Sociais). Departamento de Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.
- _____. (2015). Tiro de misericórdia: uma análise dos fatores institucionais do suicídio na polícia militar do Rio de Janeiro – PMERJ. Dissertação (Mestrado em Sociologia e Antropologia). Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.
- HELLIWELL, P. J. “Suicide Amongst Anaesthetists in Training”. *Anaesthesia*. v. 38, 1983, p. 1997.
- HEM, E.; BERG, A. M.; EKEBERG, I. “Suicide in Police: A Critical Review”. *Suicide & Life Threatening Behavior*. n. 31, 2001, p. 224-233.
- JAMES, G. “Police Detective Commits Suicide”. *New York Times*, New York, p. B15, 15 nov. 1993.
- HINDELANG, M.; GOTTFREDSON, M. R.; GAROFALO, J. (1978). *Victims of Personal Crime: An Empirical Foundation for a Theory of Personal Victimization*. Cambridge, MA: Ballinger.
- KATES, A. R. *CopShock, Second Edition: Surviving Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*. Cortaro: Holbrook Street Press, 2008.
- LEÓN, L., M.; BARROS, MBA. “Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico”. *Revista de Saúde Pública*. v. 37, n. 3, 2003.
- LOH, J. “The Man with a Gun is a Cop; The Gun is in His Mouth”. *The Oregonian*, Oregon, p. A24, 30 jan. 1994.
- MARZUK, P. M.; NOCK, M. K.; LEON, A. C.; PORTERA, L; TARDIFF, K. “Suicide among New York City Police Officers”. *American Journal Psychiatry*. n. 159, 2002, p. 2069-2071.
- MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G.; SOUZA, E. R. *A eloquência do gesto final: suicídio em Itaboraí*. Rio de Janeiro: CLAVES, 2003. Relatório de Pesquisa/CNPQ.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. *Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- _____. “Suicídio: violência autoinfligida”. In: _____. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P. *Missão prevenir e proteger: condições de vida, de trabalho e saúde dos policiais dos policiais militares do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: FioCruz, 2008.
- MIRANDA, D. (2010), “Suicídio e risco ocupacional: a condição do policial militar do estado do Rio de Janeiro”. Relatório Parcial de Pesquisa, CNPQ.

- _____. (2012), “Risco ocupacional: a condição do policial militar do estado do Rio de Janeiro”. Relatório de Pesquisa sobre Suicídio, CNPQ.
- _____, et alii, (2015). “O comportamento suicida entre profissionais de segurança pública e prevenção no Brasil. Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP) do Ministério da Justiça (MJ) em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)”. (Artigo no Prelo).
- MORAES, L.F. R.; FERREIRA, A. S. “Trabalho e organização: influências na qualidade de vida e estresse na polícia militar do estado de Minas Gerais”. Artigo extraído da pesquisa “Diagnóstico de qualidade de vida e estresse no trabalho da polícia militar do estado de Minas Gerais”, (2000).
- MUSUMECCI, B.; MUNIZ, J. Relatório de Pesquisa sobre ‘Mapeamento da vitimização de policiais no Rio de Janeiro’. CESEC, 1998.
- MUNIZ, Jacqueline O. Ser policial é sobretudo uma razão de ser: cultura e cotidiano da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado) – PPG em Ciência Política, IUPERJ: Rio de Janeiro, 1999.
- NOGUEIRA, G. E. G. *Análise de tentativas de auto-extermínio entre policiais militares: um estudo em saúde mental e trabalho*. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório*. Brasília, 2009.
- _____. “Informe sobre la salud en el mundo”. In: *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. “Prevenção de suicídio: um manual para profissionais de saúde em atenção primária”. *Transtornos mentais e comportamentais*. Departamento de Saúde Mental. Ginebra, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Suicide Report: Preventing suicide: a global imperative*, 2014.
- OBSERVATÓRIO DAS FAVELAS. *Guia municipal de prevenção da violência letal contra adolescentes e jovens/UNICEF*. Rio de Janeiro, 2012.
- O’HARA, A. F.; VIOLANTI, J. M. “Police Suicide: Web Surveillance of National Data”. *Int J Emerg Ment Health*, v. 11, n 1, 2009, p. 17-23.
- RELATÓRIO DE PESQUISA. “Sofrimento psíquico do soldado da PM”. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2007.
- SANTOS, K. O. B.; ARAUJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. “Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* em população urbana”. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 25, n. 1, 2009, p. 214-222.
- STACK, S. “The Effect of Religious Commitment on Suicide: A Cross-National Analysis”. *Journal of Health and Social Behavior*. v. 24, 1983, p. 362-374.

- _____. "A Comparative Analysis of Suicide and Religiosity". *Journal of Social Psychology*, v. 119, 1983a, p. 285-286.
- _____.; KELLEY, T. "Police Suicide: An analysis". *American Journal of Police*. n. XIII, 1994, p. 73-90.
- _____. "Occupation and Suicide". *Social Science Quarterly*. v. 82, n. 2, 2001.
- STARK, R.; DOYLE, D. P.; RUSHING, L. "Beyond Durkheim: Religion and Suicide. *Journal for the Scientific Study of Religion*". v. 22, 1983, p. 120-131.
- SILVA, M. N. R. M. O.; COSTA, I. I. "A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção". *Rev Tempus Actas Saúde Colet*. v. 4. n. 1, 2010, p. 19-29.
- SOARES, G.; MIRANDA, D.; BORGES, D. *As vítimas ocultas da violência urbana na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.
- _____, Gláucio. Blog Suicídio, Pesquisa e Prevenção. Disponível em: <<http://suicidiopesquisaeprevencao.blogspot.com/2007/01/maisevidncias-de-que-o-suicidio-tem.html>>;
- _____, CAMPAGNAC, T.; GUIMARÃES, T. "Gênero e suicídio no Rio de Janeiro". *Cadernos de segurança pública*. v. 4, n. 3, 2012, p. 1-8. Acesso em: <<http://www.isp.rj.gov.br/revista/download/Rev20120304.pdf>>.
- SOUZA, E.; MINAYO, C.; GUIMARAES, J.; PIRES, T. O. de. "Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, jul. 2012, p. 1297-1311.
- TERAPEUTAS SEM FRONTEIRA. Disponível em: <fenix.org.br>. Acesso em: 20 mai. 2014.
- TURVEY, B. "Police Officers: Control, Hopelessness, & Suicide". *Knowledge Solutions Library*. 1995. Acesso em: <<http://www.corpus-delicti.com/suicide.html>>;
- VIOLANTI, J. M. *Police Suicide: Epidemic in Blue*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher LTD, 20017.
- _____. "Suicide and the Police Role: A Psychosocial Model Policing". *An International Journal of Police Strategy and Management*. v. 20, n. 4), 1997, p. 698-715.
- _____. "The Mystery Within: Understanding Police Suicide". *FBI Law Enforcement Bulletin*, February, 1995, p. 19-23.
- WAISELFISZ, Júlio J. *Mapa da Violência. Homicídios e Juventude no Brasil*, Brasília, Cebela/Flacso, 2013.
- WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora. 2004.

ANEXOS

ANEXO 1	148	SRQ 20 - SELF REPORT QUESTIONNAIRE
ANEXO 2	149	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAH/HESFA
ANEXO 3	150	FICHAS DE INSCRIÇÃO DE VOLUNTÁRIOS A PARTICIPAR DA PESQUISA (POLICIAIS MILITARES)
ANEXO 4	151	FICHAS DE INSCRIÇÃO DE VOLUNTÁRIOS A PARTICIPAR DA PESQUISA (FAMILIARES DE POLICIAIS MILITARES)
ANEXO 5	152	ROTEIRO DE ENTREVISTAS “AUTOPSIAS PSICOSSOCIAIS”
ANEXO 6	156	ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS
ANEXO 7	158	QUESTIONÁRIO SOBRE IDEIAÇÃO SUICIDA E TENTATIVA DE SUICÍDIO NA PMERJ

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo.

INSTRUÇÕES

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1. Você tem dores de cabeça frequentes?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
2. Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
3. Dorme mal?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
4. Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
5. Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
6. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
7. Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
8. Tem dificuldades de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
9. Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
10. Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
17. Tem tido idéia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
19. Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
20. Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

NOME E RG POLICIAL:

ASS:

ESCORE BRUTO:

APLICADOR:

ASS:

RESOLUÇÃO Nº 196/96 – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

O Sr.(a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: **“Suicídio e Risco Ocupacional: o caso da polícia militar carioca”**, que tem como objetivo central: estudar os riscos de suicídios associados a determinadas atividades profissionais, focalizando na condição de policial militar. Este estudo será realizado a partir das estatísticas de mortalidade por suicídio do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM, do Datasus - Ministério da Saúde) e de dados qualitativos extraídos de entrevistas semi-estruturadas. A pesquisa de campo será realizada nos Batalhões da PMERJ, localizados em áreas de maior e menor risco de mortes. A duração das entrevistas é em torno de 60 minutos, dependendo do entrevistado.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a PMERJ.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de roteiros de entrevista e questionário de perfil. A entrevista será gravada em CDs para posterior transcrição, que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sr.(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada à sua participação. O **benefício** relacionado a sua contribuição será de aumentar o conhecimento científico para a área de sociologia de mortes violentas, bem como produzir subsídios para a elaboração de políticas institucionais de prevenção do suicídio policial na Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro. O Programa de Prevenção de Manifestações Suicidas (PPMS) implementado pela Polícia Militar do Estado de São Paulo em 2004 é a nossa referência. Esse programa é coordenado pelo Dr Neury Botega, professor da UNICAMP e psiquiatra especialista na área de Suicídios.

“Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.”

Sr.(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

SUJEITO DA PESQUISA: _____

PESQUISADOR: _____

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Comissão de Ética em Pesquisa – SR2/UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524, Sala 3018, Bloco E. Cep: 20550-900
Tel: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

PÚBLICO-ALVO: **POLICIAIS MILITARES (PRAÇAS E OFICIAIS)**

1. O Sr.(a) gostaria de dar a sua contribuição a pesquisa?

sim não

Se a resposta for positiva, por favor, responder as perguntas abaixo:

2. Nome completo:

3. Telefone de contato:

4. Local que deseja dar entrevista:

em sua residência na UERJ

em outro local. Qual seria?

5. A que grupo de entrevistado o Sr.(a) pertence:

- policiais militares que tiveram ideação suicida (pensaram em cometer suicídio) nos últimos doze meses.
 - policiais militares que tiveram ideação suicida anteriores aos dozes meses.
 - policiais militares que tentaram suicídio em algum momento da sua vida.
 - policiais militares que NUNCA pensaram e nem tentaram suicídio em toda a sua vida.
 - policiais militares que tiveram algum colega e/ou amigo de trabalho da PMERJ morto por suicídio.
-

Obrigada pela sua participação.

Em breve, entraremos em contato!

PÚBLICO-ALVO: **FAMILIARES DE POLICIAIS MILITARES**

1. O Sr.(a) gostaria de dar a sua contribuição a pesquisa?

sim não

Se a resposta for positiva, por favor, responder as perguntas abaixo:

2. Nome completo:

3. Telefone de contato:

4. Local que deseja dar entrevista:

em sua residência na UERJ

em outro local. Qual seria?

5. Alguém na sua família ou algum amigo da PMERJ morreu por:

- suicídio
- homicídio
- morte em confronto com arma de fogo
- acidente de trânsito em serviço (viatura da PM)
- acidente com arma de fogo
- não, ninguém faleceu assim.

Muito obrigada, por favor, não responder a próxima pergunta.

6. Qual a sua relação de parentesco com a vítima?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mãe / Pai | <input type="checkbox"/> Enteado / Enteadada |
| <input type="checkbox"/> Filho / Filha | <input type="checkbox"/> Avô / Avó |
| <input type="checkbox"/> Irmão / Irmã | <input type="checkbox"/> Tio / Tia |
| <input type="checkbox"/> Esposo(a) / Companheiro(a) | <input type="checkbox"/> Primo / Prima |
| <input type="checkbox"/> Padrasto / Madrasta | <input type="checkbox"/> Amigo / Amiga |

Outro. Qual seria?

Obrigada pela sua participação.

Em breve, entraremos em contato!

PÚBLICO-ALVO: **FAMILIARES E AMIGOS DE PMs VITIMIZADOS POR MORTES VIOLENTAS**

BLOCO 1 – UMA RECONSTITUIÇÃO DA HISTÓRIA DA VÍTIMA

Gostaria de conhecer um pouco da estória do Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] em diferentes momentos de sua vida.

INFÂNCIA

1. O (a) Sr.(a) se recorda de alguma lembrança do (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] dessa época?
2. Com quem o Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] morava nessa época?
3. O(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] tinha irmãos?
4. Qual a lembrança do(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] com os irmãos?
5. E na escola? O(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] tinha amigos?

ADOLESCÊNCIA

6. Como foi? Onde e com quem o Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] morava?
7. Existe alguma outra lembrança do Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] quando jovem?
8. O(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] tinha amigos?
9. E as namoradas?
10. Que o(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] mais gostava de fazer (lazer)?

FASE ADULTA (ANTES DA PMERJ)

11. Antes de entrar na Polícia, como era o cotidiano do (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL]?
12. Quais eram os hábitos dele?
13. Existe alguma lembrança marcante do Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] nesta fase?
14. O(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] tinha amigos? E as namoradas?
15. Que o(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] mais gostava de fazer (lazer)?

O CASAMENTO & A CHEGADA DOS FILHOS (ESPOSA)

16. Quando vocês se conheceram?
17. Onde e como foi?
18. O(a) Sr.(a) poderia dizer o que o Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] gostava de fazer nos finais de semana?

A RELAÇÃO COM FILHOS

19. Como você descreveria o seu pai?
20. Como era sua relação com o seu pai?
21. O que vocês costumavam fazer juntos?
22. O que o seu pai mais gostava de fazer nos finais de semana?
23. Qual a lembrança que você tem do seu pai?

AMIZADE (SOMENTE PARA AMIGOS/COLEGAS)

24. Quando vocês se conheceram?
25. E onde?
26. Como era a relação de vocês? Amigo? Colega de trabalho?
27. O(a) Sr.(a) tem alguma lembrança marcante do (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL]?
28. O que vocês costumavam fazer para se divertir? Para onde costumavam sair?
29. Vocês costumavam frequentar a casa um do outro?

PMERJ (SOMENTE PARA AMIGOS/COLEGAS)

30. Quando (ano e mês) o(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] entrou na PMERJ?
31. Que idade ele tinha?
32. Quais foram os motivos que o levaram a optar pela carreira de policial militar?
33. Qual foi a reação da família (mãe; pai; irmão; tio(a); avó/avô) e dos amigos próximos?
34. Na época, alguém da família era policial? Ele conhecia alguém policial? Existia alguma referência?
35. O(a) Sr.(a) poderia nos contar como foi ser amigo/collega do policial _____ [NOME DO POLICIAL]? O(a) Sr.(a) poderia contar com mais detalhes?
36. O(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] tinha amigos na PMERJ?
37. O que o (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] gostava de fazer para se divertir?
38. Dos Batalhões ou unidades da PMERJ que o(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] trabalhou, qual ele mais gostou? Por quê?
39. E o que ele menos gostou? O(a) Sr.(a) saberia dizer?
40. Que tipo de trabalho o(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] gostava de fazer na PMERJ?
41. Quais foram as funções que o(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] exerceu no tempo que ele trabalhou na Polícia?
42. Existia alguma função que o(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] mais gostava de fazer? Qual?
43. (Em caso de transferência de Batalhão e Unidade) O(a) Sr.(a) saberia dizer os motivos das transferências?
44. O(a) Sr.(a) saberia dizer se o Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] presenciou alguma situação de risco de morte na PMERJ? Quando? O(a) Sr.(a) poderia de contar?
45. O(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] recebeu algum tipo de suporte da PMERJ ou de alguma amigo após a vivência dessa situação?
46. Que tipo (afetiva ou financeira)?

A VIDA FAMILIAR E PMERJ (SOMENTE PARA OS FAMILIARES)

47. Quando (ano e mês) o(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] entrou na PMERJ?
48. Que idade ele tinha?
49. Quais foram os motivos que o levaram a optar pela carreira de policial militar?
50. Qual foi a reação da família (mãe; pai; irmão; tio(a); avó/avô) e dos amigos próximos?

51. Na época, alguém da família era policial? Ele conhecia alguém policial? Existia alguma referência?
52. O(a) Sr.(a) poderia nos contar como foi ser mãe/pai/esposa/filho/amigo do policial _____ [NOME DO POLICIAL] ? O(a) Sr.(a) poderia contar com mais detalhes?
53. O(a) Sr.(a) _____ (nome do policial) tinha amigos na PMERJ?
54. O que o (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] gostava de fazer para se divertir?
55. O(a) Sr.(a) saberia dizer se o Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] presenciou alguma situação de risco de morte na PMERJ? Quando? O(a) Sr.(a) poderia de contar?
56. O(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] recebeu algum tipo de suporte da PMERJ ou de alguma amigo após a vivência dessa situação? Que tipo (afetiva ou financeira)?

BLOCO 2 – DESCRIÇÃO DO FATO (HOMICÍDIO OU ACIDENTE)

1. *(Se a vítima utilizou serviço psicológico/psiquiátrico)*. O (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] utilizou serviços de atendimento psicológico/psiquiátrico. Ele chegou a comentar com alguém sobre isso?
2. *(Se a vítima utilizou serviço psicológico/psiquiátrico)*. Nessa época, o (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] estava tomando algum medicamento?
3. *(Se a vítima foi internada)*. Na época que o (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] foi internado, o(a) Sr.(a) acompanhou este momento?
4. Gostaria que o(a) Sr.(a) contasse um pouco das duas últimas semanas de vida com o Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL]. Como foi?
5. Aconteceu algo de diferente na semana da morte que tenha alterado o comportamento do (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL]?
6. O Sr.(a) se recorda das últimas palavras, ou comentários feitos pelo (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] na semana da morte?
7. O(a) Sr (a) poderia contar como tudo aconteceu? Onde e de que maneira o Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] morreu?
8. O(a) Sr.(a) se recorda da data de falecimento do Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL]?
9. O(a) Sr.(a) presenciou a morte?
10. Quem foi a primeira pessoa da família ou amigo (a) íntimo a ver o corpo?
11. Através de quem o(a) Sr.(a) ficou sabendo da morte?

BLOCO 3 – DESCRIÇÃO DO FATO (SUICÍDIO)

1. *(Se a vítima utilizou serviço psicológico/psiquiátrico)*. O (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] utilizou serviços de atendimento psicológico/psiquiátrico. Ele chegou a comentar com alguém sobre isso?
2. *(Se a vítima utilizou serviço psicológico/psiquiátrico)*. Nessa época, o (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] estava tomando algum medicamento?

3. (*Se a vítima foi internada*). Na época que o (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] foi internado, o(a) Sr.(a) acompanhou este momento?
4. Gostaria que o (a) Sr.(a) contasse um pouco dos últimos momentos de vida do(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] .
5. O(a) Sr.(a) observou alguma alteração no comportamento do Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] ?
6. O Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] pessoa parecia triste e deprimida na semana da morte?
7. O Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] parecia tensa ou preocupada com algum problema específico?
8. O Sr.(a) se recorda das últimas palavras, comentários feitos pelo Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] na semana da morte?
9. O Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] já tinha tentado o suicídio antes?
10. E na sua família? Existiu algum caso de tentativa ou de suicídio antes da morte do seu (filho/filha/esposo/esposa/amigo/amiga)?
11. Ocorreram outros casos de mortes violentas na família como homicídios ou acidentes fatais?
12. O(a) Sr.(a) se recorda da data de falecimento do Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] .
13. O(a) Sr.(a) poderia descrever o dia em que o seu (filho/filha/esposo/esposa/amigo/amiga) veio a falecer?
14. Onde e de que maneira ele morreu?
15. O Sr.(a) saberia dizer se o(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] deixou alguma carta, bilhete ou nota?
16. O Sr.(a) _____ presenciou a morte?
17. Quem foi a primeira pessoa da família ou amigo (a) íntimo a ver o corpo?
18. Através de quem o (a) Sr.(a) ficou sabendo da morte?

BLOCO 4 – RESPOSTAS AO FATO (HOMICÍDIO OU ACIDENTE)

1. Como as pessoas próximas reagiram à morte do Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] ?
2. E os seus colegas de trabalho? Como eles reagiram?
3. E a sua Instituição? O Sr.(a) teve algum tipo de apoio da PMERJ? Qual?
4. Em relação aos trâmites burocráticos, como foi?
5. O que mudou na sua vida depois da morte do Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] ?
6. O que o(a) Sr.(a) tem feito para superar a perda do Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] ?

BLOCO 5 – RESPOSTAS AO FATO (SUICÍDIO)

1. Como as pessoas próximas reagiram em relação à atitude do(a) Sr.(a)?
2. E os seus colegas de trabalho? Como eles reagiram?
3. E a sua Instituição? O Sr.(a) teve algum tipo de apoio da PMERJ? Qual?
4. Em relação aos trâmites burocráticos, como foi?
5. O que mudou na sua vida depois da morte do(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] ?
6. O que a Sr.(a) tem feito para superar a perda do(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] ?

Muito obrigada!

PÚBLICO-ALVO: **FAMILIARES DE PM CONTROLE** (POLICIAIS MILITARES **NÃO** VITIMIZADOS POR MORTES VIOLENTAS)

BLOCO 1 – UMA RECONSTITUIÇÃO DA HISTÓRIA DA VÍTIMA

Gostaria de conhecer um pouco da estória do Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] em diferentes momentos de sua vida.

INFÂNCIA

1. O (a) Sr.(a) se recorda de alguma lembrança do (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] dessa época?
 2. Com quem o Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] morava nessa época?
 3. O(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] tinha irmãos?
 4. Qual a lembrança do(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] com os irmãos?
 5. E na escola? O(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] tinha amigos?
-

ADOLESCÊNCIA

6. Como foi? Onde e com quem o Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] morava?
 7. Existe alguma outra lembrança do Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] quando jovem?
 8. O(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] tinha amigos?
 9. E as namoradas?
 10. Que o(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] mais gostava de fazer (lazer)?
-

FASE ADULTA (ANTES DA PMERJ)

11. Antes de entrar na Polícia, como era o cotidiano do (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL]?
 12. O que o (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] gostava de fazer? Ele tinha algum hábito?
 13. Existe alguma lembrança marcante do Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] nesta fase?
 14. O(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] tinha amigos? E as namoradas?
 15. Que o(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] mais gostava de fazer (lazer)?
-

O CASAMENTO & A CHEGADA DOS FILHOS (FAMÍLIA)

16. Quando vocês se conheceram?
 17. Onde e como foi?
 18. O(a) Sr.(a) poderia dizer o que o Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] gostava de fazer nos finais de semana?
-

A VIDA FAMILIAR E A PMERJ (FAMÍLIA E AMIGOS)

19. Quando (ano e mês) o(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] entrou na PMERJ?
 20. Que idade ele tinha?
 21. Quais foram os motivos que o levaram a optar pela carreira de policial militar?
 22. Qual foi a reação da família (mãe; pai; irmão; tio(a); avó/avô) e dos amigos próximos?
 23. Na época, alguém da família era policial? Ele conhecia alguém policial? Existia alguma referência?
 24. O(a) Sr.(a) poderia nos contar como é ser mãe/pai/esposa/filho/amigo do _____ [NOME DO POLICIAL]? O(a) Sr.(a) poderia contar com mais detalhes?
 25. O(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] tinha amigos na PMERJ?
 26. O que o (a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] gostava de fazer para se divertir?
 27. O(a) Sr.(a) saberia dizer se o Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] presenciou alguma situação de risco de morte na PMERJ? Quando? O(a) Sr.(a) poderia de contar?
 28. O(a) Sr.(a) _____ [NOME DO POLICIAL] recebeu algum tipo de suporte da PMERJ ou de alguma amigo após a vivência dessa situação? Que tipo (afetiva ou financeira)?
-

Muito obrigada!

ANEXO 7 – QUESTIONÁRIO SOBRE IDEIAÇÃO SUICIDA
E TENTATIVA DE SUICÍDIO NA PMERJ

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
LABORATÓRIO DE ANÁLISE DA VIOLÊNCIA

SUICÍDIO E RISCO OCUPACIONAL NO RIO DE JANEIRO

Nº QUESTIONÁRIO: DATA: HORÁRIO DE INÍCIO: HORÁRIO DE TÉRMINO:

LOCAL DA ENTREVISTA:

NOME DO ENTREVISTADOR:

BLOCO 1 – PERFIL SOCIOECONOMICO

P.1. Sexo: [NÃO PERGUNTE, OBSERVE] 1. Masculino 2. Feminino

P.2. Quantos anos o(a) Sr.(a) tem? anos 98. NA 99. NS/NR

P.3. Qual é a sua situação conjugal? [LER OPÇÕES - ÚNICA]
 1. Casado(a)/mora com companheiro(a)
 2. Desquitado(a) ou separado(a) Judicialmente
 3. Divorciado(a) 4. Viúvo(a) 5. Solteiro(a) 98. NA 99. NS/ NR

P.4. Quantos filhos o (a) Sr.(a) tem? 98. NA 99. NS/NR

P.5. Em qual cidade o(a) Sr.(a) mora? [NÃO LER OPÇÕES - ÚNICA]
 1. Nesta cidade **P.5.1. Qual bairro?**
 2. Em outra cidade **P.5.2. Qual cidade?**
 98. NA 99. NS/NR

P.6. Dentro destas respostas, qual a que melhor identifica sua cor ou raça:
[LER OPÇÕES - ÚNICA]
 1. Branca. 2. Preta. 3. Parda. 4. Amarela. 5. Indígena.
 98. NA 99. NS/ NR

P.7. Até que série o(a) Sr.(a) estudou? [NÃO LER OPÇÕES - ÚNICA]
 1. Nunca estudou
 2. Alfabetizado
 3. Ensino Fundamental incompleto (1º Grau incompleto)
 4. Ensino Fundamental completo (1º Grau completo)
 5. Ensino médio incompleto (2º Grau incompleto)
 6. Ensino médio completo (2º Grau completo)
 7. Superior incompleto (Universidade / Faculdade incompleta)
 8. Superior completo (Universidade / Faculdade completa)
 9. Pós-graduação 98. NA 99. NS/ NR

P.8. Até que série a sua mãe estudou? [NÃO LER OPÇÕES - ÚNICA]

1. Nunca estudou
 2. Alfabetizado
 3. Ensino Fundamental incompleto (1º Grau incompleto)
 4. Ensino Fundamental completo (1º Grau completo)
 5. Ensino médio incompleto (2º Grau incompleto)
 6. Ensino médio completo (2º Grau completo)
 7. Superior incompleto (Universidade / Faculdade incompleta)
 8. Superior completo (Universidade / Faculdade completa)
 9. Pós-graduação 98. NA 99. NS/ NR

P.9. O(a) Sr.(a) tem alguma religião? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]

1. Sim. **P.9.1. Qual?**
 1. Evangélico
 2. Espírita Kardecista
 3. Umbanda, Candomblé ou outra religião de origem africana
 4. Católica Romana
 5. Outra religião:
 98. NA
 99. NS/ NR
2. Não. [SE MARCAR ESTA OPÇÃO SIGA PARA QUESTÃO P.11]
 98. NA 99. NS/ NR

P.10. Com que frequência o (a) Sr.(a) participa de atividades ou cultos de sua religião?

[LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]

1. Todos os dias ou quase todos os dias
 2. Algumas vezes por semana
 3. Uma vez por semana
 4. Nunca ou quase nunca / Comemorações Especiais
 98. NA 99. NS/ NR

[SE RESPONDER A QUESTÃO P.10 PULE PARA O BLOCO 2]

P.11. O(a) Sr.(a) tem alguma crença? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]

1. Não tenho religião, mas acredito em Deus
 2. Não tenho religião e não acredito em Deus
 3. Umbanda, Candomblé ou outra religião de origem africana
 5. Outros:
 98. NA

BLOCO 2 – ESTILO DE VIDA

P.12. O (a) Sr.(a) faz atividades físicas regularmente?

1. Sim. **P.12.1. Com que frequência?** [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]
- 1. De 1 a 2 vezes por semana
 - 2. De 3 a 5 vezes por semana
 - 3. Mais de 6 vezes por semana
 - 98. NA 99. NS/ NR
2. Não
98. NA 99. NS/ NR

P.13. Atualmente o (a) Sr.(a) fuma?

1. Sim. **P.13.1. Quantos cigarros o (a) Sr.(a) consome em média?**
[LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]
- 1. De 1 a 5 cigarros por dia
 - 2. De 6 a 10 cigarros por dia
 - 3. De 11 a 20 cigarros por dia
 - 4. Mais de 20 cigarros por dia
 - 98. NA 99. NS/ NR
2. Não
98. NA 99. NS/ NR

P.14. Atualmente o (a) Sr.(a) consome bebida alcoólica?

1. Sim **P.14.1. Que tipo de bebida o (a) Sr.(a) mais consome?**
2. Não [SE MARCAR ESTA OPÇÃO PULE PARA BLOCO 3]

P.15. Com que frequência o (a) Sr.(a) consome bebida alcoólica?

- [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]
- 1. De 1 a 2 vezes por semana 2. De 3 a 5 vezes por semana
 - 3. Mais de 6 vezes por semana 98. NA 99. NS/ NR

BLOCO 3 – TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

P.16. Qual era sua ocupação profissional antes de ser admitido na PMERJ?

[CITE APENAS A ÚLTIMA]

P.17. Quais são os motivos que fizeram o (a) Sr.(a) escolher a PMERJ?

[RESPOSTAS MÚLTIPLAS] [NÃO LER OPÇÕES]

- 1. Baixa concorrência às vagas no concurso público
- 2. Estava desempregado
- 3. Estabilidade financeira e profissional
- 4. Salário
- 5. Vocação
- 6. Influência de conhecidos ou familiares
- 7. Prestígio Social
- 8. Outros **P.17.1. Quais?**

ANEXO 7 – QUESTIONÁRIO SOBRE IDEIAÇÃO SUICIDA
E TENTATIVA DE SUICÍDIO NA PMERJ

P.18.	Quando o(a) Sr.(a) ingressou na PMERJ? Mês <input type="text"/> <input type="text"/> Ano <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
P.19.	Quanto tempo o(a) Sr.(a) tem de serviço na PMERJ ? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA] <input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 2. De 1 a 5 anos <input type="checkbox"/> 3. De 6 a 10 anos <input type="checkbox"/> 4. De 11 a 15 anos <input type="checkbox"/> 5. De 16 a 20 anos <input type="checkbox"/> 6. De 21 a 25 anos <input type="checkbox"/> 7. Mais de 26 anos <input type="checkbox"/> 98. NA <input type="checkbox"/> 99. NS/ NR
P.20.	Qual a sua atual patente na PMERJ? [NÃO LER OPÇÕES - ÚNICA] <input type="checkbox"/> 1. Coronel <input type="checkbox"/> 2. Tenente-Coronel <input type="checkbox"/> 3. Major <input type="checkbox"/> 4. Capitão <input type="checkbox"/> 5. Primeiro-Tenente <input type="checkbox"/> 6. Segundo-Tenente <input type="checkbox"/> 7. Aspirante <input type="checkbox"/> 8. Cadete <input type="checkbox"/> 9. Subtenente <input type="checkbox"/> 10. Primeiro-Sargento <input type="checkbox"/> 11. Segundo-Sargento <input type="checkbox"/> 12. Terceiro-Sargento <input type="checkbox"/> 13. Cabo <input type="checkbox"/> 14. Soldado <input type="checkbox"/> 98. NA <input type="checkbox"/> 99. NS/ NR
P.21.	Em que unidade da PMERJ o Sr.(a) está trabalhando atualmente? [NÃO LER OPÇÕES - ÚNICA] <input type="checkbox"/> 1. Segundo BPM <input type="checkbox"/> 2. Terceiro BPM <input type="checkbox"/> 3. Quinto BPM <input type="checkbox"/> 4. Sexto BPM <input type="checkbox"/> 5. DIP (Diretoria de Inativos e Pensionista) <input type="checkbox"/> 6. Nono BPM <input type="checkbox"/> 7. Décimo BPM <input type="checkbox"/> 8. Décimo-Primeiro BPM <input type="checkbox"/> 9. Décimo-Quinto BPM <input type="checkbox"/> 10. Décimo-Sexto BPM <input type="checkbox"/> 11. Décimo-Nono BPM <input type="checkbox"/> 12. Quadragésimo BPM <input type="checkbox"/> 13. Quartel General (QG) <input type="checkbox"/> 14. Vigésimo-Segundo BPM <input type="checkbox"/> 15. Batalhão - Florestal (BPFMA) <input type="checkbox"/> 16. Batalhão de Choque <input type="checkbox"/> 17. BOPE <input type="checkbox"/> 18. Outra. P.21.1. Qual? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 98. NA <input type="checkbox"/> 99. NS/NR
P.22.	Desde quando o(a) Sr.(a) nesta unidade? Mês <input type="text"/> <input type="text"/> Ano <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
P.23.	As atividades que o (a) Sr.(a) desempenha atualmente na polícia militar são: [RESPOSTA ÚNICA] <input type="checkbox"/> 1. Internas (Expediente) <input type="checkbox"/> 2. Externas (Rua) <input type="checkbox"/> 98. NA <input type="checkbox"/> 99. NS/ NR
P.24.	Nos últimos 12 meses, quantas funções diferentes o(a) Sr.(a) exerceu nas unidades da PMERJ em que trabalhou? <input type="checkbox"/> 1. De 1 a 2 funções <input type="checkbox"/> 2. De 3 a 5 funções <input type="checkbox"/> 3. De 6 a 7 funções <input type="checkbox"/> 4. Mais de 8 funções <input type="checkbox"/> 98. NA <input type="checkbox"/> 99. NS/ NR
P.25.	Nos últimos cinco anos, o(a) Sr.(a) foi transferido de unidade policial? <input type="checkbox"/> 1. Sim. P.25.1. Quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 2. Não fui transferido [SE MARCAR ESTA OPÇÃO PULE PARA P.27.] <input type="checkbox"/> 98. NA <input type="checkbox"/> 99. NS/ NR
P.26.	Qual foi o motivo de sua última transferência? <input type="text"/> <input type="text"/>

P.27. Quando foi a sua última promoção? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]

1. Nunca tive promoção
 2. Nos últimos 12 meses
 3. Entre 2 e menos de 3 anos
 4. Entre 4 e menos 5 anos
 5. Cinco anos ou mais
 98. NA 99. NS/ NR

BLOCO 4 – AS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA PMERJ

P.28. Qual é sua renda mensal BRUTA na Polícia (em reais – R\$): [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]

1. De 1.000 a 2.000
 2. De 2.001 a 3.000
 3. De 3.001 a 4.000
 4. Mais de 4.000
 98. NA 99. NS/ NR

P.29. Atualmente, o (a) Sr.(a) recebe gratificação? [RESPOSTA ÚNICA]

1. Sim 2. Não 98. NA 99. NS/NR

P.30. Além da atividade policial, o (a) Sr.(a) exerce com regularidade alguma outra ocupação remunerada?

1. Sim. **P.30.1. Qual é o ramo desta atividade?**
 1. Segurança Privada [ESCOLTA DE VALORES OU PESSOAS, SEGURANÇA PATRIMONIAL, VIGILÂNCIA]
 8. Outros segmentos profissionais **P.30.2. Quais?**
 2. Não [SE MARCAR ESTA OPÇÃO PULE PARA P.32.]
 98. NA 99. NS/ NR

P.31. Qual é sua renda mensal BRUTA nesta atividade (em reais – R\$): [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]

1. Menos de 1000
 2. De 1.000 a 2.000
 3. De 2.001 a 3.000
 4. De 3.001 a 4.000
 5. Mais de 4.000
 98. NA 99. NS/ NR

P.32. Atualmente, como o(a) Sr.(a) se sente em trabalhar na PMERJ? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]

1. Muito Insatisfeito
 2. Insatisfeito
 3. Nem Insatisfeito e nem satisfeito
 4. Satisfeito
 5. Muito Satisfeito
 98. NA 99. NS/ NR

ANEXO 7 – QUESTIONÁRIO SOBRE IDEIAÇÃO SUICIDA
E TENTATIVA DE SUICÍDIO NA PMERJ

P.33. Como o (a) Sr.(a) se sente em relação aos itens descritos abaixo?

[LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA – RESPOSTA ÚNICA PARA CADA SUB-ITEM]

	MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEM INSATISFEITO, NEM SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO	NA	NS/NR
P.33.1. Amizades entre colegas do seu atual local de trabalho na PMERJ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.33.2. Relacionamento com o seu atual Chefe/Comandante de unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.33.3. Infra-estrutura e os recursos materiais disponíveis no seu atual local de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.33.4. Apoio dado pelo Comando Geral à Tropa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.33.5. Salário Bruto Mensal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.33.6. Oportunidades de Ascensão na Carreira	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.33.7. Reconhecimento Profissional pela Instituição	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.33.8. Cursos de Formação e/ou Especialização realizados na PMERJ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.33.9. Último treinamento realizado na PMERJ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.33.10. Valorização da Sociedade Carioca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.33.11. Outros: Qual? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99

P.34. Nos últimos cinco anos, quantas vezes o(a) Sr.(a) recebeu treinamento da sua Instituição? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]

1. Nenhuma 2. De 1 a 2 vezes 3. De 3 a 5 vezes 4. Mais de 5 vezes
 98. NA 99. NS/ NR

BLOCO 5 – “O FAZER POLICIAL”

P.35. O(a) Sr.(a) já vivenciou alguma situação de risco no exercício da sua profissão?

1. Sim **P.35.1. Que tipo?**

 2. Não
 98. NA 99. NS/ NR

P.36. Alguma vez o(a) Sr.(a) participou de uma operação em que um colega e/ou amigo policial tenha sido alvejado por arma de fogo?

1. Sim. **P.36.1. Quantas vezes?** [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]
- 1. De 1 a 3 vezes
 - 2. De 4 a 6 vezes
 - 3. De 7 a 9 vezes
 - 4. Mais de 10 vezes
 - 98. NA
 - 99. NS/ NR
2. Não [SE MARCAR ESTA OPÇÃO PULE PARA P.38.]
98. NA 99. NS/ NR

P.37. Qual foi a consequência mais grave que seu colega e/ou amigo policial sofreu?

[LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - MARQUE A CONSEQUENCIA MAIS GRAVE]

1. Óbito
2. Ferimentos graves (incapacitação profissional)
3. Ferimentos médios (afastamento do trabalho com posterior retorno a atividade policial)
4. Ferimentos leves
98. NA 99. NS/ NR

P.38. Mesmo sem presenciar a situação, o(a) Sr.(a) já perdeu algum colega e/ou amigo policial por morte violenta (acidente; homicídio ou suicídio)? [RESPOSTA ÚNICA]

1. Sim 2. Não 98. NA 99. NS/ NR

P.39. E o(a) Sr.(a), já sofreu algum ferimento grave?

1. Sim. **P.39.1. Quantas vezes?** [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]
- 1. De 1 a 3 vezes
 - 2. De 4 a 6 vezes
 - 3. De 7 a 9 vezes
 - 4. Mais de 10 vezes
 - 98. NA
 - 99. NS/ NR
2. Não [SE MARCAR ESTA OPÇÃO PULE PARA O BLOCO 6]
98. NA 99. NS/ NR

P.40. Qual foi a consequência mais grave?

P.41. O(a) Sr.(a) recebeu algum tipo de apoio após vivenciar essa situação?

[LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - RESPOSTAS MÚLTIPLAS]

1. Sim. **P.41.1. De quem?**
- 1. Institucional
 - 2. Famílias
 - 3. Amigos / colegas
 - 4. Outros **P.41.2. Quais?**
2. Não
98. NA 99. NS/ NR

BLOCO 6 – LEMBRANÇAS

PESQUISADOR – ATENÇÃO: este bloco deve ser aplicado apenas a policiais que informaram ter vivenciado as duas situações abaixo: (I) o próprio ferimento grave; e (II) o ferimento ou morte de um colega/amigo policial.

PARTE I – LEMBRANÇAS RELACIONADAS À VIVÊNCIA DO POLICIAL ENTREVISTADO
INDEPENDENTE DE TER SIDO FERIDO

P.42. Com que frequência, cenas relacionadas a situações de risco que o(a) Sr.(a) tenha vivenciado no trabalho aparecem na sua cabeça?

[LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]

1. Quase sempre ou sempre
 2. Algumas vezes
 3. Quase nunca
 4. Nunca [SE MARCAR ESTA OPÇÃO PULE PARA P.45]
 98. NA 99. NS/ NR

P.43. O(a) Sr.(a) procura evitar essas lembranças? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]

1. Quase sempre ou sempre 2. Algumas vezes 3. Quase nunca
 4. Nunca 98. NA 99. NS/ NR

P.44. Alguns dos itens abaixo fazem o(a) Sr.(a) lembrar imediatamente da situação vivenciada? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - RESPOSTAS MÚLTIPLAS]

1. Lugares (ruas, esquinas, bares, apartamentos, etc)
 2. Pessoas
 3. Objetos
 4. Notícias/mídia
 5. Horários (madrugada, hora de chegada, hora de saída)
 6. Luzes
 7. Datas (aniversários, natal, dia da semana)
 8. Cheiros
 9. Vozes ou sons
 10. Situações parecidas com o acontecido
 11. Outras coisas **P.44.1. Quais?**
 12. Nada me faz lembrar do incidente
 98. NA
 99. NS/ NR

PARTE II – LEMBRANÇAS RELACIONADAS À PERDA DE UM COLEGA E/OU AMIGO

P.45. Em geral, o(a) Sr.(a) costuma se lembrar da morte de seu colega e/ou amigo?

[LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]

1. Quase sempre ou sempre
 2. Algumas vezes 3. Quase nunca
 4. Nunca [SE MARCAR ESTA OPÇÃO PULE PARA O BLOCO 7]
 98. NA 99. NS/ NR

P.46. Alguns dos itens abaixo fazem o(a) Sr.(a) lembrar imediatamente da morte (a) do seu colega e/ou amigo? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - RESPOSTAS MÚLTIPLAS]

- 1. Lugares (ruas, esquinas, bares, apartamentos, etc)
- 2. Pessoas
- 3. Objetos
- 4. Notícias/mídia
- 5. Horários (madrugada, hora de chegada, hora de saída)
- 6. Luzes
- 7. Datas (aniversários, natal, dia da semana)
- 8. Cheiros
- 9. Vozes ou sons
- 10. Situações parecidas com o acontecido
- 11. Outras coisas **P.46.1. Quais?**
- 12. Nada me faz lembrar do incidente [SE MARCAR ESTA OPÇÃO PULE PARA O BLOCO 7]
- 98. NA
- 99. NS/ NR

P.47. O(a) Sr.(a) procura evitar as lembranças relacionadas à perda de seu colega e/ou amigo(a)? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]

- 1. Quase sempre ou sempre
- 2. Algumas vezes
- 3. Quase nunca
- 4. Nunca 98. NA 99. NS/ NR

BLOCO 7 – CAPITAL SOCIAL & REDES SOCIAIS

P.48. De uma maneira geral, o(a) Sr.(a) diria que se pode confiar nas pessoas ou que se deve ter o “pé atrás” ao lidar com elas? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]

- 1. Pode-se confiar nas pessoas
- 2. Deve-se ter o “pé atrás” ao lidar com as pessoas
- 98. NA 99. NS/ NR

P.49. De uma maneira geral, o(a) Sr.(a) diria que se pode confiar nos seus colegas de trabalho da PMERJ ou que se deve ter o “pé atrás” ao lidar com eles? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]

- 1. Pode-se confiar nas pessoas do meu trabalho
- 2. Deve-se ter o “pé atrás” ao lidar com as pessoas do meu trabalho
- 98. NA 99. NS/ NR

P.50. Durante o seu curso de formação (CFAP ou Academia de Polícia), o(a) Sr.(a) fez amigos e/ou colegas? [RESPOSTA ÚNICA]

- 1. Sim 2. Não [PULE PARA A P.53] 98. NA 99. NS/ NR

P.51. Depois da formatura, o(a) Sr.(a) e os seus amigos e/ou colegas de turma mantiveram o contato? [RESPOSTA ÚNICA]

- 1. Sim 2. Não [SE MARCAR ESTA OPÇÃO, PULE PARA A P.53]
- 98. NA 99. NS/ NR

ANEXO 7 – QUESTIONÁRIO SOBRE IDEIAÇÃO SUICIDA
E TENTATIVA DE SUICÍDIO NA PMERJ

P.52. Na sua folga, o(a) Sr.(a) e seus amigos e/ou colegas de turma costumam:

[LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA – RESPOSTAS MÚLTIPLAS]

	FREQÜENTEMENTE	ALGUMAS VEZES	RARAMENTE	QUASE NUNCA	NUNCA	NA	NS/NR
P.52.1. Sair para as “Baladas”	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.52.2. Jogar bola	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.52.3. Sair para beber e jogar conversa “fora”	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.52.4. Visitar outros colegas e/ou amigos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.52.5. Fazer churrascos em suas próprias casas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.52.6. Ir a festas de aniversário de familiares filho(a); esposa(a); mãe e pai etc	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.52.7. Qualquer outro tipo de atividade Especifique: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99

P.53. E nas unidades em que trabalhou, o(a) Sr.(a) fez amigos e/ou colegas?

[RESPOSTA ÚNICA]

1. Sim 2. Não [PULE PARA A P.55] 98. NA 99. NS/ NR

P.54. Na sua folga, com que frequência o(a) Sr.(a) e seus amigos e/ou colegas da sua atual seção/unidade de trabalho costumam:

[LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA – RESPOSTAS MÚLTIPLAS]

	FREQÜENTEMENTE	ALGUMAS VEZES	RARAMENTE	QUASE NUNCA	NUNCA	NA	NS/NR
P.54.1. Sair para as “Baladas”	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.54.2. Jogar bola	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.54.3. Sair para beber e jogar conversa “fora”	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.54.4. Visitar outros colegas e/ou amigos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.54.5. Fazer churrascos em suas próprias casas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.54.6. Ir a festas de aniversário de familiares filho(a); esposa(a); mãe e pai etc	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.54.7. Qualquer outro tipo de atividade Especifique: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99

P.55. O(a) Sr.(a) é filiado(a) ou participa regularmente das atividades das seguintes organizações? [LEIA CADA UMA DAS OPÇÕES]

	SIM	NÃO	NA	NS/NR (ESPONTÂNEA)
P.55.1. Associação de moradores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.55.2. Associação de Praças/Oficiais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.55.3. Clube social ou esportivo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.55.4. Torcida organizada	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.55.5. Grupos Religiosos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.55.6. Reuniões ou Ensaios de Escola de Samba	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.55.7. Qualquer outro tipo de associação Especifique: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99

AGORA VAMOS FALAR UM POUCO DA SUA RELAÇÃO COM SUA FAMÍLIA

P.56. Com que frequência, o (a) Sr.(a) brinca, passeia ou conversa sobre os assuntos da escola/faculdade do(s) seus filhos(as)? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA – ÚNICA]

1. Não tem filhos [NÃO LER ESTA OPÇÃO] 2. Frequentemente
 3. Algumas vezes 4. Quase Nunca 5. Nunca 98. NA 99. NS/ NR

P.57. Com que frequência, o(a) Sr.(a) faz pelo menos uma das refeições com a sua esposa(o) e/ou filhos(as)? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA – ÚNICA]

1. Não tem esposa e/ou filhos [NÃO LER ESTA OPÇÃO]
[SE MARCAR ESTA OPÇÃO, PULE PARA O BLOCO 8]
 2. Frequentemente 3. Algumas vezes 4. Quase Nunca 5. Nunca
 98. NA 99. NS/ NR

P.58. Com que frequência, o (a) Sr.(a) e os seus filhos e/ou esposa (o) fazem as atividades abaixo? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA – MÚLTIPLAS RESPOSTAS]

	FREQÜEN- TEMENTE	ALGUMAS VEZES	RARAMENTE	QUASE NUNCA	NUNCA	NA	NS/NR
P.58.1. Vão ao cinema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.58.2. Visitam parentes [pais; irmãos (as); avô (a); tios(as) primos(as)]	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.58.3. Vão ao clube	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.58.4. Vão à praia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.58.5. Fazem churrasco em casa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.58.6. Comemoram aniversários	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.58.7. Qualquer outro tipo de atividade Especifique: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99

BLOCO 8 – CONFLITOS

P.59. Nos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a) foi vítima por alguém do seu convívio em algumas das situações listadas abaixo? [SE SIM, PERGUNTAR QUANTAS VEZES]

	SIM, QUANTAS VEZES?	NÃO	NA	NS/NR
P.59.1. Insulto, humilhação ou xingamento	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.59.2. Espancamento ou tentativa de estrangulamento	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.59.3. Esfaqueamento ou tiro	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.59.4. Ameaça com faca ou arma de fogo	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.59.5. Amedrontamento ou perseguição	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99
P.59.7. Alguma outra situação? Qual? <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 99

BLOCO 9 – SAÚDE

P.60. Nos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a) utilizou os serviços médicos oferecidos pela Polícia?

1. Sim. **P.60.1. Como o(a) Sr.(a) avalia o atendimento médico que recebeu na PMERJ? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]**
- 1. Ruim
 - 2. Regular
 - 3. Bom
 - 98. NA
 - 99. NS/ NR
2. Não [SE MARCAR ESTA OPÇÃO PULE PARA P.62.]
98. NA 99. NS/ NR

P.61. Qual foi o diagnóstico dado pelo médico da PMERJ?

P.62. Pelo mesmo motivo, o(a) Sr.(a) buscou a assistência de saúde fora da PMERJ?
[RESPOSTA ÚNICA]

1. Sim **P.62.1. Qual?**
2. Não [SE MARCAR ESTA OPÇÃO PULE PARA P.64.]
98. NA 99. NS/ NR

P.63. Como o(a) Sr.(a) avalia o atendimento médico que recebeu fora da PMERJ?
[LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]

1. Ruim 2. Regular 3. Bom 98. NA 99. NS/ NR

ANEXO 7 – QUESTIONÁRIO SOBRE IDEIAÇÃO SUICIDA
E TENTATIVA DE SUICÍDIO NA PMERJ

P.64. O(a) Sr.(a) já utilizou os serviços de atendimento psicológico da PMERJ?
 1. Sim. **P.64.1. Como o(a) Sr.(a) avalia o atendimento psicológico recebido na PMERJ?** [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]
 1. Ruim 2. Regular 3. Bom 98. NA 99. NS/ NR
 2. Não 98. NA 99. NS/ NR

P.65. O(a) Sr.(a) utilizou os serviços de atendimento psicológico fora da PMERJ?
 1. Sim. **P.65.1. Como o(a) Sr.(a) avalia o atendimento psicológico recebido fora da PMERJ?** [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]
 1. Ruim 2. Regular 3. Bom 98. NA 99. NS/ NR
 2. Não 98. NA 99. NS/ NR

P.66. O(a) Sr.(a) utilizou os serviços de atendimento psicológico da PMERJ?
 1. Sim. **P.65.1. Como o(a) Sr.(a) avalia o atendimento psicológico recebido na PMERJ?** [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]
 1. Ruim 2. Regular 3. Bom 98. NA 99. NS/ NR
 2. Não [SE MARCAR ESTA OPÇÃO, PULE PARA A QUESTÃO P.68.]
 98. NA 99. NS/ NR

P.67. Qual foi o diagnóstico dado pelo psiquiatra da PMERJ?

P.68. O(a) Sr.(a) utilizou os serviços de atendimento psiquiátrico fora da PMERJ?
 1. Sim. **P.68.1. Como o(a) Sr.(a) avalia o atendimento psiquiátrico que recebeu fora da PMERJ?**
 1. Ruim 2. Regular 3. Bom 98. NA 99. NS/ NR
 2. Não [SE MARCAR ESTA OPÇÃO, PULE PARA O BLOCO 10]
 98. NA 99. NS/ NR

P.69. Qual foi o diagnóstico dado pelo psiquiatra da Instituição fora da PMERJ?

BLOCO 10 – PROBLEMAS COM SONO/PESADELO

P.70. Nos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a) teve algum problema no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou acordar muito cedo pela manhã? [RESPOSTA ÚNICA]
 1. Sim.
 2. Não [SE MARCAR ESTA OPÇÃO, PULE PARA A QUESTÃO P.76]
 98. NA 99. NS/ NR

P.71. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando começou a ter problemas para dormir?
 98. NA 99. NS/ NR

- P.72. Qual o principal motivo da sua dificuldade para dormir?** [NÃO LER AS OPÇÕES - ÚNICA]
1. Problemas Financeiros
 2. Problemas no Trabalho
 3. Problemas Familiares
 4. Problemas de Saúde
 5. Outros **P.72.1. Quais?**
 98. NA
 99. NS/ NR
-
- P.73. Em geral, quantas vezes o(a) Sr.(a) costuma acordar durante a noite?**
[LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]
1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. 2 a 3 vezes 4. Mais de 3 vezes
 98. NA 99. NS/ NR
-
- P.74. Como o(a) Sr.(a) se sente durante o dia:** [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]
1. Disposto 2. Cansado 3. Sonolento 4. Irritado
 5. Sem concentração 6. Indisposto 98. NA 99. NS/ NR
-
- P.75. O(a) Sr.(a) costuma se lembrar dos seus sonhos?**
[LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]
1. Quase sempre ou sempre 2. Algumas vezes
 3. Quase nunca 4. Nunca 98. NA 99. NS/ NR
-
- P.76. O(a) Sr.(a) tem pesadelos?** [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]
1. Quase sempre ou sempre 2. Algumas vezes
 3. Quase nunca 4. Nunca 98. NA 99. NS/ NR

BLOCO 11 – PROBLEMAS DE DEPRESSÃO & ANSIEDADE

ATENÇÃO, PESQUISADOR: [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA - ÚNICA]

DURANTE AS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR.(A) FOI INCOMODADO/A POR QUALQUER UM DOS PROBLEMAS ABAIXO:

- P.77. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as suas atividades de trabalho:**
1. Todos os dias 2. Várias vezes ao dia 3. Algumas vezes ao dia
 4. Poucas vezes ao dia 5. Raramente 6. Nunca
 98. NA 99. NS/ NR
-
- P.78. Dificuldade de se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão:**
1. Todos os dias 2. Várias vezes ao dia 3. Algumas vezes ao dia
 4. Poucas vezes ao dia 5. Raramente 6. Nunca
 98. NA 99. NS/ NR
-
- P.79. A sensação de medo, pânico (como um frio na espinha, ou um aperto no estômago):**
1. Todos os dias 2. Várias vezes ao dia 3. Algumas vezes ao dia
 4. Poucas vezes ao dia 5. Raramente 6. Nunca
 98. NA 99. NS/ NR

P.80. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva:

1. Todos os dias 2. Várias vezes ao dia 3. Algumas vezes ao dia
 4. Poucas vezes ao dia 5. Raramente 6. Nunca
 98. NA 99. NS/ NR

P.81. Se sentir cansado/a ou com pouca energia:

1. Todos os dias 2. Várias vezes ao dia 3. Algumas vezes ao dia
 4. Poucas vezes ao dia 5. Raramente 6. Nunca
 98. NA 99. NS/ NR

P.82. Um sentimento de fracasso ou uma decepção por ter frustrado a sua família ou ao (a) Sr.(a) mesmo(a):

1. Todos os dias 2. Várias vezes ao dia 3. Algumas vezes ao dia
 4. Poucas vezes ao dia 5. Raramente 6. Nunca
 98. NA 99. NS/ NR

P.83. Desejos de se ferir de alguma maneira ou pensamentos de que seria melhor estar morto/a:

1. Todos os dias 2. Várias vezes ao dia 3. Algumas vezes ao dia
 4. Poucas vezes ao dia 5. Raramente 6. Nunca
 98. NA 99. NS/ NR

P.84. Desejos de matar ou ferir de alguma maneira outra pessoa:

1. Todos os dias 2. Várias vezes ao dia 3. Algumas vezes ao dia
 4. Poucas vezes ao dia 5. Raramente 6. Nunca
 98. NA 99. NS/ NR

BLOCO 12 – IDEIÇÕES SUICIDAS

ATENÇÃO, PESQUISADOR: explicar ao entrevistado que este bloco se refere aos pensamentos e idéias relacionados ao desejo de por fim a sua própria vida.

P.85. Em algum momento da sua vida, o(a) Sr.(a) chegou a pensar em se matar?

[RESPOSTA ÚNICA]

1. Sim. **P.85.1. Quantas vezes?**
 1. De 1 a 2 vezes 2. De 3 a 5 vezes 3. Mais de 6 vezes
 98. NA 99. NS/ NR
2. Não [SE MARCAR ESTA OPÇÃO PULE PARA O BLOCO 15]
 98. NA 99. NS/ NR

P.86. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) pensou em se matar?

1. Menos de 1 ano 2. De 1 a 5 anos 3. De 6 a 10 anos
 4. De 11 a 15 anos 5. De 16 a 20 anos 6. De 21 a 25 anos
 7. Mais de 26 anos 98. NA 99. NS/ NR

P.87. Na última vez, por quanto tempo essas idéias permaneceram na sua mente?

P.88. Durante esse período, qual foi a frequência?

[LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA – ÚNICA]

1. Todos os dias 2. Várias vezes ao dia 3. Algumas vezes ao dia
 4. Poucas vezes ao dia 5. Raramente 6. Nunca
 98. NA 99. NS/ NR

P.89. O (a) Sr.(a) chegou a comentar com alguém sobre o desejo de “por fim” à sua vida?

1. Sim. **P.89.1. Com quem?** [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA – ÚNICA]

1. Mãe/Pai 2. Esposa(o) 3. Filho(a) 4. Irmão(a)
 5. Primo(a) 6. Amigo(a) Próximo(a) 98. NA 99. NS/ NR
 2. Não
 98. NA 99. NS/ NR

P.90. O (a) Sr.(a) chegou a registrar por escrito (carta; bilhetes; agenda ou email) esses pensamentos? [RESPOSTA ÚNICA]

1. Sim 2. Não 98. NA 99. NS/ NR

P.91. Na época, o(a) Sr.(a) utilizou os serviços de atendimento psicológico da PMERJ?

[RESPOSTA ÚNICA]

1. Sim 2. Não 98. NA 99. NS/ NR

P.92. Na época, o(a) Sr.(a) utilizou os serviços de atendimento psiquiátrico da PMERJ?

[RESPOSTA ÚNICA]

1. Sim 2. Não 98. NA 99. NS/ NR

P.93. Na época, o(a) Sr.(a) utilizou os serviços de atendimento psicológico FORA da PMERJ? [RESPOSTA ÚNICA]

1. Sim 2. Não 98. NA 99. NS/ NR

P.94. Na época, o(a) Sr.(a) utilizou os serviços de atendimento psiquiátrico FORA da PMERJ? [RESPOSTA ÚNICA]

1. Sim 2. Não 98. NA 99. NS/ NR

P.95. O (a) Sr.(a) chegou a pensar uma maneira para por “fim” a sua vida?

1. Sim. **P.95.1. Qual seria o meio mais provável?**

[LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA – ÚNICA]

1. Por Arma de fogo
 2. Enforcamento
 3. Queda
 4. Medicamentos
 5. Outros **P.95.1. Quais?**
 2. Não
 98. NA
 99. NS/ NR

P.96. E atualmente, o(a) Sr.(a) ainda pensa em se matar? [RESPOSTA ÚNICA]

1. Sim 2. Não 98. NA 99. NS/ NR

BLOCO 13 – TENTATIVAS DE SUICÍDIO

P.97. Em algum momento da sua vida, (a) Sr.(a) chegou a tentar suicídio?
 1. Sim. **P.97.1. O(a) Sr.(a) chegou a preparar o “incidente” com uma certa antecedência?** [RESPOSTA ÚNICA]
 1. Sim 2. Não 98. NA 99. NS/ NR
 2. Não [SE MARCAR ESTA OPÇÃO PULE PARA O BLOCO 15]
 98. NA 99. NS/ NR

P.98. Quando aconteceu este incidente? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA – ÚNICA]
 1. Menos de 1 ano 2. De 1 a 5 anos 3. De 6 a 10 anos
 4. De 11 a 15 anos 5. De 16 a 20 anos 6. De 21 a 25 anos
 7. Mais de 26 anos 98. NA 99. NS/ NR

P.99. O que levou o(a) Sr.(a) a tomar essa atitude de tentar o suicídio?
[RESPOSTAS MÚLTIPLAS] [NÃO LER AS OPÇÕES]
 1. Problemas familiares
 2. Problemas financeiros
 3. Problemas de Relacionamento com o Chefe na unidade de trabalho
 4. Problemas Administrativos no local de trabalho
 5. Problemas de saúde
 6. Outros **P.99.1. Quais?**
 98. NA 99. NS/ NR

P.100. Essa foi a primeira vez que o Sr.(a) tentou suicídio?
 1. Sim 2. Não [SE MARCAR ESTA OPÇÃO PULE PARA P.102]

P.101. O (a) Sr.(a) ficou hospitalizado?
 1. Sim. **P.101.1. Por quanto tempo?** [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA – ÚNICA]
 1. Por uma semana 2. Por duas semanas
 3. Por três semanas 4. Acima de 4 semanas
 98. NA 99. NS/ NR
 2. Não
 98. NA 99. NS/ NR
[SE RESPONDER A QUESTÃO P.101, PULE PARA A QUESTÃO P.105]

P.102. Quantas vezes o Sr.(a) tentou suicídio? [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA – ÚNICA]
 1. Duas vezes 2. Três vezes 3. Quatro vezes
 4. Acima de 5 vezes 98. NA 99. NS/ NR

P.103. Na última tentativa, o(a) Sr.(a) ficou hospitalizado?
 1. Sim. **P.103.1. Por quanto tempo?** [LEIA ATENTAMENTE CADA ALTERNATIVA – ÚNICA]
 1. Por uma semana 2. Por duas semanas
 3. Por três semanas 4. Acima de 4 semanas
 98. NA 99. NS/ NR
 2. Não
 98. NA 99. NS/ NR

P.104. Qual(ais) foram o(s) motivos desta última vez?

98. NA 99. NS/ NR

P.105. Em sua família, existe algum caso de suicídio consumado?

1. Sim. **P.105.1. Quem?** [RESPOSTAS MÚLTIPLAS]
1. Mãe/Pai 2. Avó/Avô 3. Irmão(a) 4. Filho(a)
 5. Esposa(o) 6. Tio(a) 7. Primo(a)
 8. Outros **P.105.2. Quem?**
 98. NA 99. NS/ NR

2. Não
 98. NA 99. NS/ NR

P.106. Em sua família, alguém chegou a tentar suicídio, mas não conseguiu?

1. Sim. **P.106.1. Quem?** [RESPOSTAS MÚLTIPLAS]
1. Mãe/Pai 2. Avó/Avô 3. Irmão(a) 4. Filho(a)
 5. Esposa(o) 6. Tio(a) 7. Primo(a)
 8. Outros **P.106.2. Quem?**
 98. NA 99. NS/ NR

2. Não
 98. NA 99. NS/ NR

P.107. Em sua família, alguém foi vitimizado(a) por outro tipo de morte violenta (homicídio ou acidente)?

1. Sim. **P.107.1. Quem?** [RESPOSTAS MÚLTIPLAS]
1. Mãe/Pai 2. Avó/Avô 3. Irmão(a) 4. Filho(a)
 5. Esposa(o) 6. Tio(a) 7. Primo(a)
 8. Outros **P.107.2. Quem?**
 98. NA 99. NS/ NR

2. Não
 98. NA 99. NS/ NR

BLOCO 14 – RESPOSTAS AO FATO

ATENÇÃO, PESQUISADOR: BLOCO A SER RESPONDIDO POR POLICIAIS MILITARES QUE INFORMARAM TER TENTADO SUICÍDIO

P.108. Depois da tentativa o(a) Sr.(a) conversou sobre este problema com:

- [RESPOSTAS MÚLTIPLAS]
1. Familiares 2. Colegas e amigos da PMERJ 3. Comunidade/vizinho
 4. Grupo de ajuda 5. Grupo religioso 6. Ninguém
 7. Outros **P.108.1. Quem?**
 98. NA 99. NS/ NR

ANEXO 7 – QUESTIONÁRIO SOBRE IDEIAÇÃO SUICIDA
E TENTATIVA DE SUICÍDIO NA PMERJ

P.109.	Depois da tentativa, o (a) Sr.(a) recorreu aos serviços de atendimento psicológico da PMERJ? [RESPOSTA ÚNICA] <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 98. NA <input type="checkbox"/> 99. NS/ NR
P.110.	Depois da tentativa, o (a) Sr.(a) recorreu aos serviços de atendimento psiquiátrico da PMERJ? [RESPOSTA ÚNICA] <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 98. NA <input type="checkbox"/> 99. NS/ NR
P.111.	Depois da tentativa, o(a) Sr.(a) utilizou os serviços de atendimento psicológico FORA da PMERJ? [RESPOSTA ÚNICA] <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 98. NA <input type="checkbox"/> 99. NS/ NR
P.112.	Depois da tentativa, o(a) Sr.(a) utilizou os serviços de atendimento psiquiátrico FORA da PMERJ? [RESPOSTA ÚNICA] <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 98. NA <input type="checkbox"/> 99. NS/ NR
P.113.	Depois das crises e internações, o(a) Sr.(a) voltou a trabalhar? [RESPOSTA ÚNICA] <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Nunca Parei de Trabalhar <input type="checkbox"/> 98. NA <input type="checkbox"/> 99. NS/ NR
P.114.	Depois da tentativa, seus colegas da PMERJ mudaram a forma de tratá-lo? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não [SE MARCAR ESTA OPÇÃO, PULE PARA P.116] <input type="checkbox"/> 98. NA [SE MARCAR ESTA OPÇÃO, PULE PARA P.116] <input type="checkbox"/> 99. NS/ NR [SE MARCAR ESTA OPÇÃO, PULE PARA P.116]
P.115.	Por quanto tempo? <input type="checkbox"/> 1. Mudou durante alguns dias <input type="checkbox"/> 2. Mudou durante algumas semanas <input type="checkbox"/> 3. Mudou durante alguns meses <input type="checkbox"/> 4. Mudou durante alguns anos <input type="checkbox"/> 5. Nunca mais foi a mesma <input type="checkbox"/> 98. NA <input type="checkbox"/> 99. NS/ NR
P.116.	Depois da tentativa, o(a) Sr.(a) teve algum apoio (Emocional ou Financeiro)? <input type="checkbox"/> 1. Sim. P.116.1. De quem? [RESPOSTAS MÚLTIPLAS] <input type="checkbox"/> 1. Familiares <input type="checkbox"/> 2. Chefe da unidade de trabalho da época <input type="checkbox"/> 3. Amigos da PMERJ <input type="checkbox"/> 4. Outros P.116.2. Quem? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 98. NA <input type="checkbox"/> 99. NS/ NR <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 98. NA <input type="checkbox"/> 99. NS/ NR

P.117. O (a) Sr.(a) buscou algum recurso para evitar a ocorrência de uma nova tentativa?

1. Sim. **P.117.1. Qual(ais)?** [RESPOSTAS MÚLTIPLAS]

1. Familiares

2. Religiosos

3. Amizades

4. Mudança de hábitos

5. Outros **P.117.2. Quais?**

98. NA 99. NS/ NR

2. Não

98. NA 99. NS/ NR

BLOCO 15 – PLANOS FUTUROS

BLOCO DE PERGUNTAS PARA TODOS OS ENTREVISTADOS

P.118. O(a) Sr.(a) tem planos para o seu futuro?

1. Sim

2. Não [SE MARCAR ESTA OPÇÃO, PULE PARA P.120]

98. NA [SE MARCAR ESTA OPÇÃO, PULE PARA P.120]

99. NS/ NR [SE MARCAR ESTA OPÇÃO, PULE PARA P.120]

P.119. Quais são esses planos? Destaque os três principais:

P.119.1.

P.119.2.

P.119.3.

98. NA [PULE]

99. NS/ NR [PULE]

PESQUISADOR, ATENÇÃO: SE O ENTREVISTADO RESPONDER A QUESTÃO P.119. (QUESTÃO ANTERIOR), ENCERRAR O QUESTIONÁRIO AQUI!

P.120. Por que o(a) Sr.(a) não tem planos?

1. Porque eu nunca tive

2. Porque as coisas independem de nós

3. Porque não vale a pena

4. Outros **P.120.1. Quais?**

98. NA

99. NS/ NR

Muito obrigada!

REALIZAÇÃO:



GERESP

APOIO:

